



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**ÉVALUATION ÉCONOMIQUE ET DE SANTÉ PUBLIQUE**

# Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en hospitalisation à domicile (HAD) à destination des médecins prescripteurs

**Date de validation par le collège : novembre 2017**

**RAPPORT D'ÉVALUATION**

L'argumentaire scientifique de cette évaluation est téléchargeable sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Haute Autorité de Santé  
Service communication – information  
5, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex  
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

# Sommaire

<b>Abréviations et acronymes</b> .....	<b>5</b>
Introduction.....	6
<b>1. Historique de la demande, objectif et méthode de travail</b> .....	<b>8</b>
1.1 Historique de la demande.....	8
1.2 Objectif et méthode de travail.....	8
1.2.1 Objectif.....	8
1.2.2 Méthode de travail.....	9
<b>2. Contexte</b> .....	<b>11</b>
2.1 Cadre législatif et réglementaire.....	11
2.2 L'hospitalisation à domicile, une prise en charge globale, coordonnée et pluridisciplinaire.....	14
2.2.1 Définition de l'HAD et de son champ d'intervention.....	14
2.2.2 Soins délivrés en HAD.....	14
2.2.3 Les établissements d'HAD.....	15
2.2.4 Coordination avec de multiples acteurs.....	17
2.3 Une dynamique volontariste de développement de l'HAD mais une faible contribution dans les parcours de soins.....	18
2.3.1 Stratégie de développement de l'HAD.....	18
2.3.2 L'organisation liée à l'hospitalisation à domicile.....	21
2.3.3 Modèle tarifaire de l'HAD.....	25
2.3.4 Les changements récents dans l'organisation de la prise en charge en HAD.....	27
<b>3. Etat des lieux de l'activité d'HAD en France</b> .....	<b>32</b>
3.1 PMSI : un outil d'analyse de l'activité en HAD.....	32
3.1.1 Construction du PMSI-HAD.....	32
3.1.2 Données disponibles.....	34
3.1.3 Les modes de prise en charge en 2015.....	34
3.2 Etude de l'origine des patients hospitalisés en HAD dans le parcours de soins.....	36
3.2.1 Objectif de l'analyse des données du PMSI réalisée par la HAS.....	36
3.2.2 Méthode de sélection et d'analyse des données.....	36
3.2.3 Activité globale d'HAD en 2015.....	41
3.2.4 Modalités de prise en charge et caractéristiques des patients.....	42
3.3 Parcours des patients et modalités d'orientation.....	43
3.3.1 Parcours globaux des patients ayant une prise en charge en HAD en 2015.....	43
3.3.2 Modalités d'orientation de la première prise en charge en HAD identifiée en 2015.....	44
3.4 Synthèse de l'analyse des données du PMSI sur les modalités d'orientation en HAD.....	72
<b>4. Modalités de réalisation de l'algorithme</b> .....	<b>74</b>
4.1 Groupe de travail.....	74
4.1.1 Modalités de constitution.....	74
4.1.2 Modalités de consultation.....	75
4.2 Documents d'appui utilisés pour construire l'outil.....	75
4.2.1 Guide méthodologique de production des recueils d'information standardisés de l'HAD par l'ATIH.....	75
4.2.2 Recommandations.....	75
4.2.3 Grilles identifiées.....	76
4.3 Périmètre et architecture de l'outil définis par le groupe de travail.....	77
4.3.1 Périmètre.....	77
4.3.2 Construction.....	78
4.3.3 Contexte d'utilisation et positionnement dans le processus de décision d'orientation du patient.....	79
4.3.4 Information du patient.....	79
4.4 Phase de test : modalités de consultation des groupes d'essai et d'évaluation.....	80

4.4.1	Groupe d'essai .....	80
4.4.2	Groupe d'évaluation .....	82
<b>5.</b>	<b>Résultats de la phase de test de l'outil .....</b>	<b>84</b>
5.1	Groupe d'essai des prescripteurs : analyse des dossiers testés.....	84
5.1.1	Caractéristiques des prescripteurs ayant participé à la phase de test de l'outil .....	84
5.1.2	Caractéristiques des patients concernés par la phase de test .....	87
5.1.3	Caractéristiques des dossiers renseignés : éligibilité et accord d'admission par la structure d'HAD .....	89
5.2	Groupe d'essai des prescripteurs : analyse des questionnaires d'évaluation .....	97
5.2.1	Objectif / Finalité de l'outil.....	97
5.2.2	Pertinence des critères.....	98
5.2.3	Facilité d'utilisation de l'outil .....	99
5.2.4	Définition / clarification de certains critères .....	99
5.3	Groupe d'essai des structures HAD : analyse des questionnaires d'évaluation .....	101
5.3.1	Objectif / Finalité de l'outil.....	102
5.3.2	Pertinence des critères.....	102
5.3.3	Facilité d'utilisation de l'outil .....	103
5.3.4	Définition / clarification de certains critères .....	104
5.4	Synthèse de la phase de test et modifications de l'algorithme .....	106
5.4.1	Synthèse des commentaires du groupe d'essai et du groupe d'évaluation et modifications à apporter .....	106
5.4.2	Modifications de l'algorithme apportées par le groupe de travail post phase de test.....	107
<b>6.</b>	<b>Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD à destination des médecins prescripteurs : présentation de l'outil pilote .....</b>	<b>112</b>
6.1	Architecture synthétique.....	112
6.2	Maquette de l'algorithme .....	114
6.3	Outil en ligne dédié à l'algorithme .....	121
6.3.1	Page d'accueil de l'outil en ligne .....	121
6.3.2	L'algorithme en ligne .....	123
6.3.3	Les onglets d'informations.....	124
	Liste des tableaux.....	125
	Liste des graphiques, organigrammes et schémas.....	126
	Annexe 1. Liste des établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement pour lesquels l'hospitalisation à domicile est autorisée .....	127
	Annexe 2. Tableau des modes de prise en charge en HAD en 2017 .....	128
	Annexe 3. Orientation en HAD dans ViaTrajectoire .....	129
	Annexe 4. Phase de test. Guide d'utilisation de l'algorithme à destination des médecins prescripteurs .....	131
	Annexe 5. Phase de test. Guide d'utilisation du questionnaire d'évaluation à destination de l'équipe HAD .....	133
	Annexe 6. Phase de test – Questionnaire d'évaluation à destination des médecins prescripteurs .....	134
	Annexe 7. Phase de test – Questionnaire d'évaluation à destination des équipes d'HAD .....	138
	Annexe 8. Consultation des parties prenantes .....	142
	Participants .....	143
	Fiche descriptive .....	145

## Abréviations et acronymes

ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CEESP	Commission d'évaluation économique et de santé publique
CCAM	Classification commune des actes médicaux.
CIM	Classification internationale des maladies
CSP	Code de la santé publique
DCMPA	Diagnostics associés correspondant au mode de prise en charge associé
DCMPP	Diagnostics associés correspondant au mode de prise en charge principal
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DP	Diagnostic principal
DSS	Direction de la sécurité sociale
EHPA	Établissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESMS	Établissements sociaux et médico-sociaux
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FIR	Fonds d'Intervention régional
FNEHAD	Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile
FPP	finalité principale de prise en charge
GHPC	Groupe homogène de prise en charge
GHT	Groupe homogène de tarifs
GHT	Groupements hospitaliers de territoire
GT	Groupe de travail
HAD	Hospitalisation à domicile
IK	Indice de Karnofsky
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MECSS	Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale
MIGAC	Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MPA	Mode de prise en charge associé
MPP	Mode de prise en charge principal
MMP	Manifestation morbide principale
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PSY	Psychiatrie
RAPSS	Résumés anonymisés par sous-séquence
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et de réadaptation
TPN	Traitement des plaies par pression négative

## Introduction

L'hospitalisation à domicile (HAD) est une modalité d'hospitalisation à part entière qui permet à un malade, en situation complexe sur le plan clinique et psycho-social, de bénéficier, à domicile ou dans un établissement social ou médico-social qui en tient lieu, de soins continus et coordonnés. Elle permet d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation conventionnelle avec hébergement.

Les soins dispensés en HAD peuvent être de nature médicale et paramédicale et sont mis en place sur une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient.

L'HAD est nécessairement prescrite par un médecin (en concertation avec le médecin traitant ou le médecin désigné par le patient), en accord avec le patient et son entourage.

Elle s'inscrit dans le parcours du patient dans un processus de soins gradués, le plus souvent au décours d'une hospitalisation en soins aigus ; elle intègre la prise en compte de l'ensemble des besoins de la personne sur les plans sanitaire et psycho-social.

L'activité d'hospitalisation à domicile est soumise à autorisation ; les structures d'HAD sont soit autonomes et généralement portées par une association ou une fondation, soit rattachées à un établissement de santé public. Elles fonctionnent avec du personnel salarié de la structure ou font intervenir des professionnels libéraux, prestataires médicotехniques et autres services et assurent la coordination de l'équipe pluridisciplinaire qu'elles mobilisent.

Les conditions de sécurité et de qualité des soins dispensés par les structures d'HAD sont comparables à celles exigées pour un établissement de santé avec hébergement. En particulier, les établissements d'HAD sont soumis à une obligation de continuité des soins 24h/24 et 7J/7 articulée avec les dispositifs de permanences des soins, caractérisée par la possibilité d'intervention, à tout moment, d'une infirmière et de recours à un avis médical (intervention au domicile, conseil téléphonique ou téléprescription).

Le statut exigeant imposé aux établissements d'hospitalisation à domicile, ainsi que la technicité ou l'intensité des soins (fréquence ou durée), l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire coordonnée et médicalisée qu'elle mobilise et la continuité des soins qu'elle met en œuvre la distinguent des interventions au domicile du secteur ambulatoire et des services médico-sociaux.

Les établissements d'HAD proposent une offre spécifique au sein du système de santé à la croisée du sanitaire et du médico-social et à la charnière entre le secteur d'hospitalisation conventionnelle avec hébergement et soins en ville.

Si la loi hospitalière du 31 décembre 1970 officialise cette forme d'hospitalisation, ce n'est qu'à partir des années 2000 que l'HAD s'installe dans le paysage sanitaire, en particulier sous l'impulsion de la politique volontariste de soutien au développement instaurée par les pouvoirs publics.

La circulaire n° DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'HAD a fixé des objectifs quantitatifs ambitieux, avec un taux de recours cible de l'HAD, en 2018, de 30 à 35 patients par jour pour 100 000 habitants (soit un quasi doublement en cinq ans), mais aussi qualitatifs, à travers les conditions de pertinence, de polyvalence et d'articulation avec les acteurs du domicile dans le cadre d'une gradation des soins à organiser. Elle préconise l'augmentation des prescriptions de ville, des interventions dans les établissements sociaux et médico-sociaux, des modes de prise en charge en rééducation neurologique, chimiothérapie anti-cancéreuse et soins palliatifs.

Cet encouragement a été réitéré dans les conclusions des rapports de la Cour des comptes et de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur l'HAD qui

constataient que malgré la stratégie de développement impulsée par les pouvoirs publics, l'HAD demeure encore marginale dans les parcours de soins et sa spécificité mal reconnue<sup>1,2,3</sup>.

Encourager le développement de l'HAD nécessite d'étayer sa légitimité par une clarification des critères d'orientation des patients.

Dans ce contexte, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Direction de la sécurité sociale (DSS) ont saisi la Haute Autorité de Santé (HAS) afin d'élaborer un outil d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD à destination des médecins prescripteurs permettant de définir a priori pour quels patients une demande de prise en charge en HAD est pertinente dans leur parcours de soins.

L'origine de la demande, la problématique, les principaux enjeux ainsi que la méthode de réalisation proposée ont été préalablement traités dans la feuille de route validée par la Commission d'évaluation économique et de santé publique (CEESP) le 22 mars 2016, puis par le Collège de la HAS le 19 mai 2016 ; cela a fait l'objet d'une publication<sup>4</sup> sur le site de la HAS. Dans ce rapport, sont rappelés la saisine, les objectifs et la méthode de travail ainsi que le contexte, en particulier les spécificités de cette offre de soins et la dynamique volontariste de déploiement de l'HAD.

---

<sup>1</sup> Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MESCC) sur l'hospitalisation à domicile. Assemblée Nationale, juillet 2016. [http://www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/14/rap-info/i3977/\(index\)/rapports-information](http://www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/14/rap-info/i3977/(index)/rapports-information)

<sup>2</sup> Cour des comptes, *Rapport public annuel 2013*, Tome I, chapitre 1 : le médecin traitant et le parcours de soins coordonné, une réforme inaboutie, février 2013, p.187-218. [https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/RPA\\_2013\\_Tome\\_I\\_vol\\_1\\_1.pdf](https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/RPA_2013_Tome_I_vol_1_1.pdf)

<sup>3</sup> Cour des comptes, L'hospitalisation à domicile. Évolutions récentes. Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale à l'Assemblée nationale. Décembre 2015, <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20160120-hospitalisation-a-domicile.pdf>

<sup>4</sup> [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-06/feuille\\_de\\_route\\_-\\_algorithme\\_daide\\_a\\_la\\_decision\\_dorientation\\_des\\_patients\\_en\\_hospitalisation\\_a\\_domicile\\_had\\_a\\_destination\\_.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-06/feuille_de_route_-_algorithme_daide_a_la_decision_dorientation_des_patients_en_hospitalisation_a_domicile_had_a_destination_.pdf)

# 1. Historique de la demande, objectif et méthode de travail

## 1.1 Historique de la demande

En 2013, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Direction de la sécurité sociale (DSS) ont saisi la HAS afin qu'elle réalise une « grille d'analyse de la pertinence des demandes de transfert et d'admission en HAD ». A la suite de la réunion de cadrage associant la DGOS et la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD) du 19 mars 2014, une première feuille de route a été présentée à la Commission d'évaluation économique et de santé publique (CEESP) le 7 avril 2015.

Le 23 avril 2015, le Collège de la HAS a pris la décision de reporter le dossier dans l'attente de la publication d'une nouvelle version du guide méthodologique de production des recueils d'information standardisés de l'HAD par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) mettant à disposition des critères précis d'admission pour chacun des modes de prises en charge autorisés en HAD.

Une nouvelle réunion a été organisée avec la DGOS, le 22 janvier 2016, afin de préciser les objectifs de la grille d'analyse de la pertinence des transferts en HAD et de l'utilisation attendue, et d'étudier dans quelle mesure le nouveau guide de l'ATIH permettait d'y répondre. Après cet échange, la saisine a été maintenue et son périmètre a été précisé.

Dans la feuille de route validée par la CEESP le 22 mars 2016, puis par le Collège de la HAS le 19 mai 2016, sont précisés les objectifs, le périmètre de la demande et la méthode de réalisation. Le titre de la saisine initiale « Grille d'analyse de la pertinence des demandes de transfert et d'admission en HAD » a été modifié par : « Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD à destination des médecins prescripteurs ».

## 1.2 Objectif et méthode de travail

### 1.2.1 Objectif

L'objectif tel que validé dans la feuille de route est d'élaborer un outil d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD à destination de l'ensemble des médecins prescripteurs – médecins hospitaliers et médecins de ville – permettant de définir a priori pour quels patients une demande de prise en charge en HAD est pertinente dans leur parcours de soins.

Enclencher une dynamique forte et durable du développement de l'HAD suppose une meilleure connaissance de cette offre de soins, notamment par l'élaboration d'outils visant à clarifier les critères de recours à l'HAD. Le caractère structurant d'une grille d'analyse permet de valoriser les spécificités de l'HAD par rapport aux autres offres de soins existantes et d'asseoir les décisions d'admission sur des critères validés.

La saisine initiale portait uniquement sur l'élaboration d'un outil d'aide à la décision à destination des médecins hospitaliers des établissements de court séjour. A la demande des membres de la CEESP en avril 2015 et de la réunion avec les demandeurs du 22 janvier 2016, elle a été élargie à l'ensemble des prescripteurs hospitaliers et de ville.

Lors de la soumission de la seconde feuille de route aux membres de la CEESP en mars 2016, la question s'est posée de scinder la saisine en fonction du type de prescripteur : médecins hospitaliers, d'une part, et médecins traitants ou autres médecins de ville, d'autre part. En effet, en fonction du lieu d'origine de prise en charge du patient (domicile, établissement social, établissement médico-social, établissement hospitalier), le contexte et les caractéristiques des patients ne sont pas les mêmes et les critères de recours à l'HAD pourraient ne pas être entièrement superposables. Il est, cependant, apparu y avoir davantage de critères communs que de critères spéci-



fiques en fonction de ces deux catégories de prescripteurs. Par conséquent, les membres de la CEESP ont convenu que l'algorithme décisionnel devait être unique, quel que soit le prescripteur.

La feuille de route de 2016 précise également que l'outil d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD se fonde sur les critères fondamentaux de la prise en charge en HAD qui devront prendre en considération :

- la spécificité des soins administrés dans le cadre de l'HAD qui sont nécessairement des soins complexes, techniques, longs, dispensés par divers professionnels de santé nécessitant une coordination : l'évaluation du type de soins, de la charge en soins, du travail de coordination et de continuité des soins est particulièrement importante à considérer car ce sont des éléments susceptibles de délimiter le périmètre de l'HAD et de la distinguer d'une prise en charge ambulatoire ou d'une hospitalisation conventionnelle avec hébergement ;
- les caractéristiques des patients et leurs besoins en soins, qui ne devront pas se limiter aux critères médicaux mais inclure des critères de dépendance et/ou d'autonomie, psychologiques, sociaux et autres besoins qui justifient un recours à l'HAD ;
- les critères devront rester génériques, centrés sur les besoins de soins des patients tout en englobant la diversité des prises en charge en HAD ; il ne s'agit pas de balayer l'ensemble des modes de prise en charge de l'HAD concernant les indications médicales autorisées, ni de produire des référentiels d'indications par pathologie, mais de définir des critères permettant de justifier une prise en charge en HAD ;
- même si ces critères n'ont pas vocation à évaluer la faisabilité effective de la mise en place d'une HAD, ils devront être en cohérence avec les critères médicaux et psycho-sociaux utilisés par les équipes d'HAD pour valider une admission.

L'enjeu est ainsi d'élaborer un algorithme décisionnel unique conçu comme une succession de filtres qui permettront, progressivement, de ne sélectionner que les patients pour lesquels un recours à l'HAD est adapté a priori à leurs besoins de soins.

Il est important de souligner que cet outil d'aide à la décision n'a pas vocation à évaluer la possibilité de l'admission effective du patient en HAD, qui relève de l'appréciation de l'équipe de l'HAD : les critères d'admission sont spécifiques à l'évaluation de la situation du patient réalisée par l'équipe de coordination de l'HAD et des disponibilités de la structure (places, disponibilité du personnel médical et paramédical par rapport à la charge en soins, critères sociaux, conditions matérielles, éloignement et spécificités géographiques, contraintes personnelles du patient et de son entourage, etc.).

Enfin, le champ de l'HAD s'étend aux secteurs de l'activité hospitalière en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et soins de suite et de réadaptation (SSR). L'activité de psychiatrie ne sera pas abordée car ne correspondant pas aux soins réalisables dans le cadre d'une hospitalisation à domicile décrits par le guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés.

L'objectif de ce travail est ainsi d'élaborer un algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en hospitalisation à domicile (HAD) à destination des médecins prescripteurs (médecins hospitaliers et de ville).

## 1.2.2 Méthode de travail

La méthode de travail retenue se décline en trois temps.

Dans un premier temps, il s'agira d'établir un état des lieux de l'activité d'HAD en France : étude de l'origine des patients admis en HAD dans les parcours de soins et des conditions actuelles de transfert en HAD. Pour ce faire, la HAS s'appuiera sur :

- l'analyse des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), pour les patients orientés vers une prise en charge en HAD ;
- l'étude du guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'HAD concernant le descriptif des modes de prise en charge en hospitalisation à domicile ;
- l'utilisation de quelques grilles d'orientation existantes.

Dans un second temps, ces différents éléments et la collaboration d'experts rassemblés dans un groupe de travail permettront de construire un prototype d'algorithme d'aide à la décision.

Dans un troisième temps, le prototype entrera dans une phase de test auprès de plusieurs médecins prescripteurs (hospitaliers et de ville) et de professionnels de santé des structures d'HAD.

## 2. Contexte

### 2.1 Cadre législatif et réglementaire

Si la loi hospitalière n°70-1318 du 30 décembre 1970 officialise cette forme d'hospitalisation, il faut attendre la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière pour que l'HAD soit reconnue comme une alternative à part entière de l'hospitalisation conventionnelle en établissement de santé et que les règles constitutives soient fixées.

Les articles D.6124-306 et suivants du Code de la santé publique fixent les conditions techniques de fonctionnement qui s'imposent à toute structure réalisant une activité d'HAD. A chaque établissement d'HAD correspond une aire géographique précisée par l'autorisation prévue à l'article L.6122-1.

L'HAD s'installe dans le paysage sanitaire à partir de l'an 2000 : la circulaire du 30 mai 2000 clarifie le champ d'application de l'HAD, définit la typologie des actes pouvant être réalisés à domicile et précise les rôles respectifs du médecin traitant, du médecin coordonnateur et du médecin hospitalier. Mais, c'est à partir des dispositions de l'ordonnance du 4 septembre 2003, sous l'impulsion de la politique volontariste de soutien au développement instaurée par les pouvoirs publics, que l'HAD a pu se développer.

Par la suite, deux circulaires prises en application de cette ordonnance ont précisé le positionnement de l'HAD dans le système de santé : circulaire du 4 février 2004 qui spécifie les modalités de prise en charge générale et celle du 1<sup>er</sup> décembre 2006 qui rappelle le caractère polyvalent et généraliste de l'HAD, son régime d'autorisation, ses obligations, le rôle des différents acteurs internes et externes et son positionnement au sein de l'offre de soins locale.

Son intervention en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) a été autorisée en 2007.

Depuis la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, l'HAD est une modalité à part entière d'exercice des missions d'un établissement de santé. A ce titre, les structures d'HAD sont des établissements de santé soumis aux mêmes obligations que les établissements d'hospitalisation conventionnelle avec hébergement. Elles sont notamment tenues d'assurer la qualité, la sécurité et la continuité des soins 24h/24 et 7j/7, et sont certifiées par la HAS. Les structures d'HAD sont également soumises au contrat de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux.

Les décrets du 6 septembre 2012 ouvrent le champ de l'intervention de l'HAD à l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement.

Par la circulaire du 4 décembre 2013, les pouvoirs publics définissent une stratégie d'ensemble pour élargir la place de l'HAD dans le paysage sanitaire.

Dernièrement, le décret n° 2017-817 du 5 mai 2017 modifie les conditions techniques de fonctionnement des établissements d'HAD afin de tenir compte des évolutions intervenues dans l'organisation du système de santé.

**Tableau 1. Cadre législatif et réglementaire de l'HAD**

Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.	Reconnaissance légale de l'hospitalisation à domicile.
1973. Création de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD).	FNEHAD, seule fédération hospitalière spécifiquement dédiée à l'HAD.
Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.	Reconnaissance de l'HAD comme une structure de soins alternative à l'hospitalisation conventionnelle.
Circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai	Circulaire qui vise à mieux définir le rôle de l'HAD, son

2000 relative à l'hospitalisation à domicile.	<p>champ d'intervention, les types de soins délivrés et les critères d'admission.</p> <p>Elle précise les conditions d'une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients.</p> <p>Développement des structures d'HAD de manière substitutive à l'hospitalisation traditionnelle qui doit être favorisé par les Agences régionales de l'hospitalisation.</p>
Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant sur la simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé.	<p>Par cette ordonnance, la carte sanitaire n'est plus opposable aux structures d'hospitalisation à domicile, qui limitait la création de places d'HAD (fin des « taux de change ») ; prise en compte dans les Schémas régionaux d'organisation des soins (SROS).</p>
<b>Circulaire DHOS/O/2004/44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile.</b>	<p>Circulaire qui précise les missions et les modalités de prise en charge en hospitalisation à domicile en général, en périnatalité, en pédiatrie et en psychiatrie.</p>
Circulaire DHOS/O3/2006/506 du 1 <sup>er</sup> décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile.	<p>Circulaire qui vise à mieux définir le rôle spécifique de l'hospitalisation à domicile et sa place dans le dispositif sanitaire, notamment en comparaison des autres services de santé à domicile, à clarifier son mode d'organisation et ses missions ainsi qu'à préciser son apport en matière d'amélioration de la qualité de prise en charge des patients.</p> <p>Elle rappelle le caractère polyvalent et généraliste de l'HAD, précise son régime d'autorisation, ses obligations (sécurisation pharmaceutique, soins palliatifs, continuité des soins) et le rôle des différents acteurs internes et externes.</p>
Décret n° 2007-241 du 22 février 2007 relatif à l'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées et modifiant le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale.	<p>Autorise les établissements d'HAD à prendre en charge des patients en établissement d'hébergement des personnes âgées médicalisées ou non (EHPAD ou EHPA).</p>
Arrêté du 16 mars 2007 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées en vertu de l'article R. 6121-4 du code de la santé publique.	<p>Limite le nombre de prises en charges dont un certain nombre ne peut être réalisé qu'en association avec d'autres modes de prise en charge, réduisant de fait le champ d'intervention de l'HAD (seuls neuf des vingt modes de prise en charge de l'HAD potentiellement concernés peuvent être assurés à titre principal).</p>
Décret n°2007-660 du 30 avril 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des structures d'hospitalisation à domicile intervenant dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées.	<p>Obligation de signature d'une convention entre la structure d'hospitalisation à domicile et l'établissement qui prévoit notamment les conditions de l'intervention de la structure d'HAD dans l'établissement.</p>
Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).	<p>Loi qui a comme objectifs de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- protéger l'appellation « Hospitalisation à domicile » ;</li> <li>- reconnaître l'HAD comme un mode d'hospitalisation à part entière « modalité à part entière d'exercice des missions d'un établissement de santé » et non plus comme une simple alternative à l'hospitalisation conventionnelle ;</li> <li>- donner une définition large de la notion de « domicile » ;</li> <li>- assouplir le circuit du médicament en HAD.</li> </ul>

Décret n° 2012-1030 du 6 septembre 2012 relatif à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement <sup>5</sup> .	Ouverture du champ de l'intervention de l'HAD à l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement.
Décret n° 2012-1031 du 6 septembre 2012 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile intervenant dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement.	Fixe les conditions techniques et financières d'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile au sein des établissements sociaux et médico-sociaux.
Circulaire DGOS/R4/DGCS/2013/107 du 18 mars 2013 relative à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social.	Précise les conditions de mise en œuvre et les modalités de développement des partenariats entre structures sanitaires, sociales et médico-sociales et fixe les conditions de l'évaluation de la mise en œuvre de ce dispositif.  Rappelle les enjeux des décrets du 6 septembre 2012 qui visent à garantir l'accès à l'HAD de toutes personnes qui répondent à ses indications : handicapées, âgées, en situation de précarité ou mineures au titre de la protection.
Circulaire DGOS/R4 n°2013-398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD).	Définition par les pouvoirs publics d'une stratégie d'ensemble pour élargir la place de l'HAD dans le paysage sanitaire.
Arrêté du 19 janvier 2017 portant abrogation de l'arrêté du 16 mars 2007 modifié fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées en vertu de l'article R. 6121-4 du Code de la santé publique	Suppression à partir du 1 <sup>er</sup> mars 2017 des restrictions d'indications de l'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (dépendantes ou non). L'intervention de l'HAD en EHPAD était, depuis l'ouverture de ce dispositif en 2007, soumise à des limitations d'indications qui constituaient un frein au développement de l'HAD dans ce secteur.
Décret n° 2017-817 du 5 mai 2017 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile.	Insiste sur les dispositions à mettre en œuvre pour une continuité des soins effective avec autorisation d'intervention et de prescription par le médecin coordonnateur en l'absence du médecin traitant sous réserve de l'informer.

L'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement pour lesquels les établissements d'HAD sont autorisés à intervenir est listé en Annexe 1.

<sup>5</sup> Cf. Annexe 1.

## 2.2 L'hospitalisation à domicile, une prise en charge globale, coordonnée et pluridisciplinaire

### 2.2.1 Définition de l'HAD et de son champ d'intervention

Les structures d'hospitalisation à domicile permettent à un malade en situation complexe, sur les plans clinique et psycho-social, de bénéficier à domicile (ou dans un établissement social ou médico-social qui en tient lieu), de soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés qui, en l'absence d'un tel service, seraient pris en charge en établissement d'hospitalisation conventionnelle avec hébergement (circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 – article R6121-4-1 du Code de la santé publique).

L'HAD permet d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation en services de soins aigus ou de soins de suite et de réadaptation, lorsque la prise en charge à domicile est possible (article R6121-4).

Considérée d'abord comme une alternative à l'hospitalisation conventionnelle par la loi du 31 juillet 1991, elle a été reconnue par la loi du 31 juillet 2009 non seulement comme une modalité spécifique mais comme une hospitalisation à part entière ; à ce titre, les structures d'HAD sont des établissements de santé.

L'HAD constitue une prise en charge originale qui permet de prodiguer au domicile des soins lourds et techniques et/ou requérant une importante coordination pluridisciplinaire, non réalisables par les seuls professionnels de ville, dans des conditions de sécurité et de qualité comparables à celles d'un hébergement en établissement de santé, dès lors que sont remplies des conditions de faisabilité.

Elle est nécessairement prescrite par un médecin, en accord avec le patient et son entourage.

### 2.2.2 Soins délivrés en HAD

D'après l'article R. 6121-4-1 du Code de la santé publique, les soins délivrés en HAD :

- sont de nature **médicale** et **paramédicale** ;
- sont délivrés sur une **période limitée mais révisable** en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient.

La circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 précise que les malades concernés par l'HAD « *nécessitent des soins complexes, formalisés dans un projet thérapeutique clinique et psychosocial c'est à dire à la fois : une coordination des soins, une évaluation médicale au moins hebdomadaire qui conditionne la fréquence de la surveillance médicale en fonction de l'état clinique du patient, des soins infirmiers, quasi-quotidiens, de la compétence exclusive de l'infirmier, ou des soins infirmiers moins fréquents, avec des interventions de kinésithérapie quasi-quotidiens, auxquels peuvent s'ajouter, le cas échéant : des soins dispensés par un aide-soignant, des soins d'orthophonie, des conseils de diététique, une prise en charge psychologique, des prestations d'ergothérapie, une prise en charge sociale* ».

Elle établit un classement des soins délivrés en HAD selon trois catégories :

- **soins ponctuels** : « *soins techniques et complexes, chez des patients ayant une pathologie non stabilisée, pris en charge pour une durée préalablement déterminée. Ils peuvent être fréquemment réitérés (chimiothérapie, par exemple)* » ;
- **soins continus** : « *associent, pour une durée non déterminée préalablement, des soins techniques plus ou moins complexes, des soins de nursing, de maintien et d'entretien de la vie pouvant aller jusqu'à la phase ultime. Ils concernent des patients ayant une pathologie évolutive* » ;

- **réadaptation à domicile** : « est destinée à des patients pris en charge pour une durée déterminée, après la phase aiguë d'une pathologie neurologique, orthopédique, cardiologique ou d'une polypathologie ».

### 2.2.3 Les établissements d'HAD

La Loi « Hôpital Patients Santé Territoire » n°2009-879 du 21 juillet 2009, qui a reconnu l'HAD comme un mode d'hospitalisation à part entière, donne une définition assez large de la notion de « domicile » et protège l'appellation « hospitalisation à domicile » :

- « [...] Ils [les établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif] délivrent les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement relevant de l'action sociale et des familles » (article L. 6111-1 du code de santé publique « CSP ») ;
- « Seuls les établissements de santé exerçant une activité de soins à domicile et répondant aux conditions prévues par l'article L. 6122-1 peuvent faire usage dans leur intitulé, leurs statuts, contrats, documents ou publicité, de l'appellation d'établissement d'hospitalisation à domicile » (article L. 6125-2 du CSP).

Les structures d'HAD sont de véritables établissements de santé qui peuvent être rattachés à un établissement de santé qui a une activité d'hospitalisation dite « classique » ou être autonomes. L'autorisation d'activité de soins à domicile est délivrée par l'Agence régionale de santé (article L. 6122-1 du CSP). Cette autorisation, donnée pour une durée de cinq ans renouvelable (articles L. 6122-8 et L. 6122-10 du CSP), permet aux établissements d'HAD de développer leur activité sur un territoire déterminé. Hormis quelques exceptions, selon les autorisations spécifiques accordées par l'Agence régionale de santé (ARS), les établissements d'HAD disposent d'une exclusivité territoriale sur leur zone de desserte autorisée. Cette absence de concurrence nécessite d'organiser l'accessibilité à leurs services pour l'ensemble de la population concernée.

Ces établissements ont vocation à être généralistes et polyvalents (à l'exception de quelques-uns spécialisés en SSR ou en périnatalogie), les malades étant pris en charge dans leur globalité. Toutefois, toute structure d'HAD peut développer des activités particulières qui ne remettent pas en cause sa polyvalence (cf. circulaire du 4 décembre 2013<sup>6</sup>).

Les structures d'HAD sont des établissements de santé soumis aux mêmes obligations que les établissements d'hospitalisation conventionnelle avec hébergement et en assument toutes les obligations, en matière de sécurité, de qualité des soins et de gestion des risques ainsi que de respect des droits des patients.

Selon les chiffres clés de l'HAD publiés sur le site de l'ATIH<sup>7</sup>, pour l'année 2016, les 302 établissements autorisés à exercer l'hospitalisation à domicile ont assuré 4,9 millions de journées (27,6 jours d'hospitalisation en moyenne) pour 110 000 patients distincts (8 000 enfants de moins de 18 ans, 74 000 adultes de 18 à 79 ans, 28 000 adultes de plus de 80 ans).

<sup>6</sup> La diversité des modes de prise en charge autorisés et des populations accueillies en HAD témoigne de la compétence généraliste souhaitée pour cette activité. Vous veillerez à favoriser le déploiement de cette compétence généraliste de façon homogène sur les territoires, afin de contribuer à l'égalité d'accès des populations. (...) Le développement de spécialisations en complément d'une activité généraliste est un signe de diversification autant que d'amélioration de l'accessibilité de l'offre.

<sup>7</sup> ATIH chiffres clés – Données issues du PMSI HAD 2016 (chiffres arrondis à la centaine ou au millier près) [http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih\\_chiffres\\_cles\\_had\\_2016\\_0.pdf](http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih_chiffres_cles_had_2016_0.pdf)

Les caractéristiques des structures d'HAD et leur part d'activité en 2016 sont décrites d'après les données issues du PMSI HAD 2016 (ATIH chiffres clés) :

- 147 établissements avec une activité d'HAD uniquement :
  - 2 % sont des établissements publics ;
  - 73 % sont des établissements privés commerciaux ;
  - 85 % sont des établissements privés d'intérêt collectif.
- 150 établissements avec une activité mixte d'HAD et de MCO :
  - 98 % sont des établissements publics ;
  - 27 % sont des établissements privés commerciaux ;
  - 12 % sont des établissements privés d'intérêt collectif.
- 5 établissements avec une activité mixte d'HAD et de SSR.

Selon l'analyse de la répartition des modes d'entrée et de sortie effectuée par l'ATIH :

Mode d'entrée	32 % des séjours sont directement pris en charge à domicile ; 68 % des séjours font suite à une hospitalisation en établissement de santé.
Mode de sortie	à l'issue de 55 % des séjours, les patients restent à leur domicile ; à l'issue de 33 % des séjours les patients sont pris en charge en établissement de santé.

Dans son rapport pour l'année 2016, la FNEHAD mentionne que la dynamique de couverture de l'ensemble des départements français constatée ces dernières années se poursuit. Le taux de recours dans les départements d'outre-mer confirme l'importance de l'HAD dans ces territoires. De même, les départements où l'HAD a une histoire ancienne ont des taux de recours élevés : le Pas-de-Calais, l'Aveyron, le Var, Paris et les départements de la petite couronne, les départements du Sud-Ouest.

En 2016, le taux de recours national s'élève à 20,3 patients pris en charge chaque jour pour 100 000 habitants, contre 18,7 patients en 2013, avec d'importantes disparités régionales et infra-régionales (Source ATIH : tableau de suivi des indicateurs HAD).

Le coût moyen d'une journée pour l'Assurance maladie est de 197,4€ et le montant du coût global de l'HAD est estimé à 914 millions d'euros<sup>8</sup>.

### La diversité des lieux d'intervention de l'HAD

Le décret du 22 février 2007 autorise l'intervention des services d'HAD dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées médicalisées ou non (EHPAD ou EHPA). Dans le cas d'établissements médicalisés, les *"soins ne peuvent être délivrés à un résident que si l'état de santé de celui-ci exige une intervention technique, qui ne se substitue pas aux prestations sanitaires et médico-sociales dispensées par l'établissement, et si son admission en hospitalisation à domicile répond à des conditions de prise en charge définies par un arrêté du ministre chargé de la Santé et du ministre chargé de la sécurité sociale"* (article L.6122-1 du CSP).

Depuis 2012, les lieux d'intervention de l'HAD se sont diversifiés avec la possibilité de prendre en charge des personnes accueillies en établissement social et médico-social<sup>9</sup> et ce, afin d'améliorer

---

<sup>8</sup> Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD). Rapport d'activité 2015-2016. [http://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2016/10/Rapport-annuel\\_int-web.pdf](http://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2016/10/Rapport-annuel_int-web.pdf)

<sup>9</sup> Ensemble des établissements d'hébergement visés à l'article L.312-1-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), (cf. Annexe 1).



leur qualité de vie<sup>10</sup> (circulaire du 18 mars 2013). L'enjeu était de garantir l'accès de l'HAD à toutes les personnes qui le nécessitent et qui répondent à ses indications, qu'elles soient handicapées, âgées, en situation de précarité ou qu'il s'agisse de mineurs pris en charge au titre de la protection tant en matière administrative, civile, que pénale.

#### 2.2.4 Coordination avec de multiples acteurs

La prise en charge des malades dans leur globalité (médicale, paramédicale, psychologique, sociale, etc.), par nature « polyvalente et généraliste », est rendue possible par la coordination d'acteurs multiples, notamment pour assurer la cohérence entre les trois volets clinique, psychologique et social du projet thérapeutique.

Toute structure d'HAD doit mobiliser les ressources professionnelles nécessaires pour la coordination et la continuité des soins.

Pour compléter l'intervention de ses propres équipes qui comprennent : médecins coordonnateurs, infirmiers coordonnateurs, infirmiers, sages-femmes, ergothérapeutes, puéricultrices, assistants sociaux, psychologues, aides-soignants, etc., l'HAD entretient des relations avec de multiples acteurs appartenant aux secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux avec des statuts variés (les professionnels peuvent être salariés de la structure, salariés de toute personne morale ayant passé convention, d'exercice libéral) :

- le médecin traitant, véritable « pivot » de la prise en charge du malade dont il assure le suivi médical ;
- les intervenants libéraux paramédicaux (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, sages-femmes, etc.) qui, en fonction du modèle choisi, occupent un rôle plus ou moins important dans l'HAD, en complément ou en substitution du personnel salarié<sup>11</sup> ;
- les établissements d'hospitalisation complète et les médecins hospitaliers prescripteurs qui peuvent apporter leur expertise via le partage de procédures et protocoles thérapeutiques ou par télé-expertise ;
- les structures d'hébergement à caractère social ou médico-social dont les résidents peuvent désormais être pris en charge en HAD, l'établissement étant assimilé à un « domicile » avec la problématique particulière de la collectivité ;
- les réseaux de soins ou les équipes mobiles ;
- les prestataires medicotechniques qui apportent équipements et matériel médical et paramédical, à la demande et sous la supervision de l'HAD (la structure d'HAD prenant en charge les coûts associés) ;
- autres services d'aide à domicile, organismes sociaux et structures d'orientation pouvant être amenés à collaborer à la prise en charge en HAD.

<sup>10</sup> Le nombre de journées effectuées en établissements sociaux et médico-sociaux a augmenté de 22 % en moyenne chaque année depuis 2010. En 2015, la prise en charge dans ces établissements a représenté 5,9 % de l'activité totale réalisée par les établissements d'HAD : 93 % de l'activité a été réalisée dans les EHPAD, 5 % dans les autres établissements médico-sociaux et 2 % dans les établissements sociaux.

<sup>11</sup> Selon les données de la SAE 2015, les professionnels salariés mobilisés par l'HAD étaient : 3 073 IDE, 2212 aides-soignants, 663 IDE coordonnateurs, 324 cadres de santé, 285 médecins coordonnateurs, 198 assistants-sociaux, 108 psychologues, 66 pharmaciens, et 47 masseurs-kinésithérapeutes (source : rapport FNEHAD 2015-2016).

## 2.3 Une dynamique volontariste de développement de l'HAD mais une faible contribution dans les parcours de soins

### 2.3.1 Stratégie de développement de l'HAD

Depuis 2005, une dynamique volontariste de généralisation de l'offre d'HAD a été mise en œuvre sur le territoire afin de contribuer à répondre à la demande croissante de la population d'être soignée à domicile, à l'impact du vieillissement démographique et à l'augmentation des pathologies chroniques.

Dans le cadre de cette politique de soutien au développement de l'HAD, le rapport publié par l'IGAS<sup>12</sup>, en 2010, dresse un diagnostic de l'HAD en termes de positionnement dans l'offre de soins et de fonctionnement :

- 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 ;
- une prescription essentiellement hospitalière ;
- des relations complexes et une articulation limitée avec les autres intervenants du soin à domicile ;
- la difficile conciliation d'un service hospitalier avec le domicile ;
- des tarifs déconnectés de la qualité, de la lourdeur des soins et des réels coûts de prise en charge.

En 2013, la Cour des comptes a relevé que l'HAD restait mal connue et très peu développée en France<sup>13</sup>. Elle notait que son apport à une meilleure organisation du parcours de soins des patients pouvait être d'un grand intérêt en répondant à leurs attentes d'une meilleure qualité de vie tout en leur assurant une complète sécurité des soins et en contribuant à une plus grande efficacité des dépenses d'Assurance maladie. Elle soulignait, cependant, la difficulté à définir précisément son positionnement dans l'offre de soins et mettait en évidence la nécessité de clarifier son rôle et son apport, son fonctionnement et son financement.

Par la circulaire du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'HAD, les pouvoirs publics ont entendu définir une stratégie d'ensemble pour élargir la place de l'HAD en fixant comme objectif le doublement d'ici 2018 de la part d'activité de l'HAD, la portant de 0,6 % à 1,2 % de l'ensemble des hospitalisations complètes.

Cette circulaire positionne le développement de l'HAD dans une logique de substitution à l'hospitalisation complète devant conduire à l'amélioration de la prise en charge du patient ainsi qu'à des gains d'efficacité pour l'Assurance maladie, ce qui implique notamment une évolution de l'ensemble de l'offre sanitaire :

- *« des établissements d'HAD eux-mêmes qui devront s'engager dans les évolutions indispensables en termes de structuration, de taille critique, de réactivité, de professionnalisation, etc.*
- *des établissements de santé assurant l'hospitalisation avec hébergement, principaux prescripteurs de l'HAD, qui devront intégrer l'HAD plus souvent, y compris sur de nouveaux segments d'activité, ou de façon plus précoce dans les parcours des patients ;*
- *des professionnels libéraux qui devront apprendre à prescrire un recours à l'HAD quand un passage par les établissements d'hospitalisation peut être évité ».*

---

<sup>12</sup> Inspection générale des affaires sociales. Hospitalisation à domicile. Tome I rapport définitif. Novembre 2010. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000664.pdf>

<sup>13</sup> Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013. Chapitre IX p. 253. [https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport\\_securite\\_sociale\\_2013\\_version\\_integrale.pdf](https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport_securite_sociale_2013_version_integrale.pdf)

Quatre objectifs sont définis :

1. Conforter l'offre d'HAD.
2. Améliorer l'accessibilité à l'HAD.
3. Renforcer la pertinence du recours à l'HAD.
4. Affermir les compétences nécessaires aux interventions de l'HAD.

Elle fixe également des objectifs ambitieux dont elle définit les indicateurs de suivi :

- taux de recours avec une cible de 30 à 35 patients par jour pour 100 000 habitants à l'horizon 2018 ;
- substitution à l'hospitalisation complète et amélioration de l'accessibilité : augmentation des prescriptions à partir du domicile ou en aval des urgences, développement des interventions en structures médico-sociales ;
- renforcement de la pertinence de l'admission et du maintien en HAD ;
- diversification des modes de prise en charge (activité polyvalente) ;
- intégration dans l'offre de soins ambulatoire (gradation des soins) avec coopérations avec les autres intervenants du domicile (subsidiarité).

En décembre 2015<sup>14</sup>, le rapport sur les évolutions récentes de l'HAD publié par la Cour des comptes montrait que la place de l'HAD progressait peu et demeurait très secondaire dans les parcours de soins ; son recours par les prescripteurs, médecins libéraux et praticiens hospitaliers, reste très limité : « *la progression globale de l'activité en HAD au cours des dernières années est restée très nettement en deçà des objectifs fixés par la circulaire de 2013, avec des disparités géographiques importantes et persistantes. Le rythme de progression reste lent, avec une hausse de l'activité de + 4,7 % en 2013, + 1,9 % en 2014, et + 3,2 % en 2015, ce qui représente 4,5 millions de journées d'hospitalisation environ.* »

La Cour réitère les trois recommandations émises en 2013 :

- 1) mener à son terme l'élaboration des référentiels d'activité de l'HAD ;
- 2) réaliser des évaluations médico-économiques de l'hospitalisation à domicile par rapport aux prises en charge hospitalières conventionnelles et à différents autres types de prise en charge extrahospitalière en ville ;
- 3) mener à bien, dans les meilleurs délais, l'étude nationale des coûts, en s'appuyant en tant que de besoin sur des évaluations à dire d'experts, et mettre en œuvre une réforme de la tarification de l'HAD.

Elle en formule quatre nouvelles :

- 1) recomposer fortement l'offre de soins en HAD par regroupement des petites structures ;
- 2) simplifier le régime d'autorisation et assouplir la répartition des missions entre médecin traitant, médecin coordonnateur d'HAD et, le cas échéant, médecin coordonnateur d'EHPAD, pour faciliter notamment l'ajustement des prescriptions à l'évolution de l'état de santé des patients ;
- 3) faciliter par un cadre réglementaire adapté les coopérations entre services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et HAD, pour permettre la prise en charge conjointe de certaines situations ;

---

<sup>14</sup> Cour des comptes, L'hospitalisation à domicile. Évolutions récentes. Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale à l'Assemblée nationale. Décembre 2015, <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20160120-hospitalisation-a-domicile.pdf>

- 4) expérimenter de nouveaux modes de financement de manière à inciter à l'hospitalisation à domicile à la sortie d'une hospitalisation conventionnelle ou pour éviter une telle hospitalisation.

Le rapport d'information sur l'HAD publié en 2016 par la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS)<sup>15</sup> propose vingt recommandations.

**Tableau 2. Liste des recommandations du rapport d'information de la MECSS, 2016**

<b>Mieux définir l'HAD et mieux évaluer ses atouts</b>	
<b>Proposition n° 1</b>	Définir clairement par voie réglementaire l'HAD comme une activité de substitution à l'hospitalisation conventionnelle et aux SSR, distincte des autres modes de prise en charge à domicile.
<b>Proposition n° 2</b>	Confier à l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH), en coordination avec la CNAMTS, la réalisation d'études médico-économiques permettant de comparer le coût de l'HAD et celui des autres modes de prise en charge.
<b>Proposition n° 3</b>	Confier à la Haute Autorité de Santé l'élaboration de référentiels d'activité par grande pathologie susceptible d'être prise en charge en HAD.
<b>Renforcer le modèle médical de l'HAD</b>	
<b>Proposition n° 4</b>	Développer des solutions incitatives en vue de faire progresser la prise en charge en HAD au sein des établissements médico-sociaux, telles que : – la suppression de la minoration tarifaire, en faveur des établissements HAD ; – une rémunération des EHPAD indexée sur la qualité de la prise en charge, laquelle tiendrait compte du taux de prise en charge en HAD.
<b>Proposition n° 5</b>	Garantir que les prestations et les actes fournis par les structures d'HAD correspondent à la qualité et la permanence des soins hospitaliers et retirer les autorisations d'exercer aux établissements qui ne les garantissent pas.
<b>Proposition n° 6</b>	Recomposer l'offre de soins en HAD par un adossement des plus petites structures aux établissements de santé exerçant sur le même territoire.
<b>Proposition n° 7</b>	Développer un système d'appui technique et financier pour les médecins traitants qui s'investissent dans la prise en charge en HAD.
<b>Proposition n° 8</b>	Créer une procédure de délégation permettant au médecin coordonnateur de prendre en charge les prescriptions et le suivi effectif de la prise en charge.
<b>Proposition n° 9</b>	Revoir et simplifier les procédures de délégation de tâches du médecin à l'infirmière.
<b>Proposition n° 10</b>	Développer une offre de soins pour prendre en charge les patients qui sont en dessous du seuil d'admission en HAD.
<b>Proposition n° 11</b>	Favoriser les intégrations et les conventionnements « verticaux » pour assurer la fluidité du parcours de soins.
<b>Placer le partage de l'information médicale au cœur de l'HAD</b>	
<b>Proposition n° 12</b>	Les pouvoirs publics doivent soutenir spécifiquement l'effort d'informatisation des structures d'HAD ainsi que l'interopérabilité entre les systèmes d'information mis en place.
<b>Proposition n° 13</b>	Intégrer pleinement l'HAD dans le développement du nouveau DMP.
<b>Rénover le financement de l'HAD</b>	
<b>Proposition n° 14</b>	Engager la réforme de la tarification de l'HAD au plus tôt et, dans les faits, dès l'exercice 2018.
<b>Proposition n° 15</b>	Faire de la coordination et de la gestion de l'information médicale un élément de la tarification de l'HAD.
<b>Proposition n° 16</b>	Faire bénéficier de manière expérimentale l'HAD de nouveaux modes de

<sup>15</sup> Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MESCC) sur l'hospitalisation à domicile. Assemblée nationale, juillet 2016.

	financements prenant en compte son rôle, d'une part, de substitution à l'hospitalisation conventionnelle et, d'autre part, dans le maintien de structures de soins coordonnées sur le territoire.
<b>Faciliter le recours à l'HAD</b>	
<b>Proposition n° 17</b>	Enseigner aux futurs professionnels de santé la prise en charge en HAD, comme tout autre mode d'hospitalisation.
<b>Proposition n° 18</b>	Faire de l'HAD l'une des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé.
<b>Proposition n° 19</b>	Organiser une information à destination des professionnels de santé et du grand public sur les solutions d'HAD existant au sein de chaque groupement hospitalier de territoire.
<b>Proposition n° 20</b>	Mettre en place des solutions adaptées pour soutenir les aidants des patients en HAD.

Source : Rapport d'information en conclusion des travaux de la MECSS sur l'HAD.

### 2.3.2 L'organisation liée à l'hospitalisation à domicile

L'HAD est prescrite par un médecin hospitalier ou un médecin exerçant à titre libéral<sup>16</sup> (circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000).

Comme toute hospitalisation, l'admission et la prise en charge d'un patient en HAD ne sont réalisables qu'avec le consentement du patient ou de son représentant légal (articles R. 4127-36 et R. 4127-42 du CSP).

L'HAD est mise en place sous réserve de l'accord du médecin traitant (ou, à défaut, le médecin désigné par le patient), qu'il soit ou non prescripteur. L'article D. 6124-306 du CSP précise, en outre, que « *l'admission d'un patient dans un établissement d'hospitalisation à domicile, ainsi que sa sortie, sont prononcées par le responsable de cet établissement après avis du médecin coordonnateur mentionné à l'article D. 6124-308* ».

#### ► Prescription de l'HAD

##### Par un médecin hospitalier

Pour les opérateurs d'HAD, la relation avec les structures d'hospitalisation revêt une importance majeure dans la mesure où elle conditionne l'importance des flux d'entrée de patients qui proviennent largement de l'hôpital, à la suite d'une hospitalisation conventionnelle ou d'une consultation hospitalière.

Dans son rapport publié en 2016, la MECSS a mis en évidence le fait que 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). Dans les faits, 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. Les relations entre les services de MCO et les structures d'HAD peuvent être formalisées au travers de conventions<sup>17</sup>. Les conventions entre établissements de santé ou conventions de

<sup>16</sup> A noter que les médecins exerçant dans le secteur médico-social ont généralement « la double casquette » et prescrivent au titre de leur activité de médecine de ville. La fonction de médecin-coordonnateur d'établissement médico-social n'autorise pas à prescrire.

<sup>17</sup> La MECSS a observé que 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. Il existe également des situations où les médecins coordonnateurs exercent leurs fonctions à mi-temps, l'autre mi-temps étant consacré à un service de l'hôpital partenaire.

partenariat n'interviennent pas dans la prescription médicale de l'HAD ni dans l'orientation des patients ; elles ne sont pas systématiques et ont pour objectif d'améliorer la fluidité de l'organisation de la prise en charge (par exemple, la participation du personnel d'HAD aux réunions dans l'établissement MCO) ou d'encadrer/sécuriser certains soins techniques (par exemple, une chimiothérapie).

En pratique, la MECSS a observé que les relations entre établissements et structures d'HAD demeurent très « personnes dépendantes » et explique cette situation par une double origine : sauf exceptions, les décisions de prescription de l'HAD ne sont pas intégrées dans des procédures formalisées de gestion des sorties et sont peu fondées sur des référentiels par pathologies, des protocoles ou des grilles d'orientation.

Il existe peu d'éléments formalisés permettant d'aider le médecin dans sa prise de décision de prescription de l'HAD.

Deux enquêtes<sup>18</sup>, réalisées respectivement auprès des Centres hospitaliers universitaires (CHU) par la conférence des directeurs généraux et par la FNEHAD auprès de ses établissements adhérents, ont permis de mesurer le niveau de coopération formalisé entre les établissements et de mettre en évidence leurs perceptions respectives :

- l'HAD est perçue comme complexe ;
- les prescripteurs hospitaliers rencontrent des difficultés d'appropriation des critères d'admission, considérés comme difficiles à appréhender et à utiliser, conduisant à un déficit d'orientations vers l'HAD ;
- une variabilité des critères d'admission appliqués par les établissements d'HAD sollicités et des délais de prise en charge par l'HAD souvent jugés trop longs par les prescripteurs.

### Par un médecin de ville

Les données d'activités mettent en évidence le fait que les entrées de patients sur prescription des médecins de ville sont limitées malgré une certaine évolution. À noter que même pour les patients dont l'origine (notée dans le PMSI) est le domicile, la prescription d'HAD est le plus souvent effectuée par un médecin hospitalier (par exemple pour une chimiothérapie).

Les rapports à l'HAD des médecins de ville sont très hétérogènes, ces derniers méconnaissant assez fréquemment ses spécificités.

D'après la MECSS, le regard des médecins de ville a évolué au fur et à mesure qu'un nombre accru de leurs patients était admis en HAD : d'abord perçue comme pouvant les conduire à prendre en charge des patients trop lourds ou requérant une expertise spécifique, elle constate que « *des relations très étroites sont nouées avec les médecins traitants dans le cadre de la prise en charge ; 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* ».

La MECSS a également constaté pour certains prescripteurs que la pertinence du recours à l'HAD par rapport aux autres modes de prise en charge ambulatoire ou médico-social faisait encore débat entre les professionnels de santé : « *l'HAD est un mode de prise en charge spécifique qui n'a pas vocation à se substituer aux SSIAD ou aux soins de ville lorsque ceux-ci sont plus pertinents et moins coûteux ; or une définition incertaine par rapport aux autres modes de prise en charge et une documentation sur le plan médico-économique insuffisante entretiennent une concurrence qui n'a pas lieu d'être entre ces modes de prise en charge* ».

### ► Rôle du médecin traitant et du médecin coordonnateur de l'HAD

Qu'il soit ou non le prescripteur de l'HAD, formellement, le médecin traitant ou, à défaut, le médecin désigné par le patient est le « pivot » de la prise en charge du patient à domicile : il donne

<sup>18</sup> «CHU et HAD : mieux se connaître, mieux travailler ensemble, pour une meilleure continuité des parcours patients»  
[http://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2016/12/JEN\\_TR1.2\\_travaux-FNEHAD-CHU.pdf](http://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2016/12/JEN_TR1.2_travaux-FNEHAD-CHU.pdf)

son accord à la prise en charge et il est le référent médical du patient pendant le séjour (circulaire n° DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile, décret n° 2017-817 du 5 mai 2017 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile).

Sollicité par le médecin coordonnateur de l'HAD, le médecin traitant<sup>19</sup> (s'il n'est pas le prescripteur) 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 projet thérapeutique qu'il valide avec le médecin coordonnateur et le médecin prescripteur. Il réévalue, avec l'équipe d'HAD, l'état de santé du patient et adapte les prescriptions en fonction de son évolution, en lien, si besoin, avec le service hospitalier où a été hospitalisé le patient ou avec un médecin spécialiste. Il décide de l'hospitalisation en établissement conventionnel avec hébergement si nécessaire.

Le médecin coordonnateur de l'HAD est le référent médical de l'établissement d'HAD. Son rôle est de veiller à la bonne transmission des informations médicales et à l'accomplissement des actes. Il participe à l'évaluation des soins et à la validation des protocoles, il assure la liaison et la coordination médicale et organise la continuité des soins. Il émet un avis médical pour toute admission et sortie, et, sur la base d'un protocole de soins, assure la coordination avec les médecins libéraux et hospitaliers ainsi qu'avec les équipes soignantes et les services sociaux.

La question de la responsabilité donnée au médecin coordonnateur d'HAD évolue dans les textes. En principe, il ne prescrit pas, ne soigne pas et ne se substitue pas au médecin traitant sauf en cas d'urgence absolue<sup>20</sup>.

Selon le décret n° 2017-817 du 5 mai 2017 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile : « Lorsque le médecin traitant, ou, à défaut, le médecin désigné par le patient, ou son remplaçant n'est pas en mesure d'assurer, par une intervention au domicile, un conseil téléphonique ou une télé-prescription, la continuité des soins dans les conditions et délais requis par l'évolution de la situation du patient, le médecin coordonnateur peut intervenir en son lieu et place, y compris en matière de prescription, et le tient informé. »

### ► Déroulement d'une hospitalisation à domicile

La prescription d'HAD est effectuée en accord avec le patient et son entourage ainsi que le médecin traitant ou, à défaut, le médecin désigné par le patient. Le médecin prescripteur contacte l'équipe de l'HAD, et le directeur de l'établissement<sup>21</sup> prononce l'admission sur avis du médecin coordonnateur, après évaluation de sa faisabilité en concertation avec le médecin traitant ou, à défaut, le médecin désigné par le patient. Les critères d'admission sont spécifiques à l'évaluation de la situation du patient réalisée par l'équipe de l'HAD par rapport à ses besoins spécifiques sur les plans clinique et psycho-social, son niveau de dépendance et la possibilité d'aidants, l'éloignement et les spécificités géographiques, les contraintes personnelles du patient et de son entourage et aussi les disponibilités de la structure d'HAD (places, charge en soins, professionnels impliqués dans le projet thérapeutique), etc.

L'évaluation médicale initiale du patient réalisée, le projet thérapeutique est établi par l'équipe pluridisciplinaire d'HAD pour chaque patient en collaboration avec l'équipe du service prescripteur et le médecin traitant (ou, à défaut le médecin, désigné par le patient). Ce projet prend en compte les besoins d'aide à domicile supplémentaires (aide-ménagère, travailleuse familiale, repas à domicile et garde à domicile). Le projet thérapeutique composé de trois volets – clinique, social et psycho-

<sup>19</sup> La circulaire DHOS du 1<sup>er</sup> décembre 2006, relative à l'hospitalisation à domicile, précise que le médecin traitant est librement choisi par le malade. Ainsi, il n'est pas obligatoirement un médecin généraliste de ville ; un médecin hospitalier peut avoir le rôle de médecin traitant à condition qu'il soit déclaré en tant que tel (en l'absence d'accord du médecin traitant, la caisse nationale d'assurance maladie peut refuser la prise en charge tarifaire de l'HAD).

<sup>20</sup> La circulaire DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 précisait : « Dès lors, lorsque le médecin traitant, dont la place de référent de la prise en charge est réaffirmée, n'est pas en mesure d'assurer la continuité des soins dans les conditions et délais requis par l'évolution de la situation du patient, le médecin coordonnateur peut être amené à prescrire. La coordination avec le médecin traitant doit, dans de tels cas, faire l'objet d'une attention particulière, et il est recommandé de formaliser, le cas échéant, ce cadre d'intervention conjointe ».

<sup>21</sup> Cf. art. D6124-306 Code de la santé publique.

logique – formalise l'ensemble des soins requis par l'état du patient ; il définit le contenu, la nature et la fréquence des interventions de l'équipe soignante. Il comporte, en outre, l'évaluation de la faisabilité de la mise en place de l'HAD, les résultats à atteindre et les relais à organiser en vue de la sortie d'HAD. Il est régulièrement réévalué en fonction de l'état du patient, au moins une fois par semaine. L'éducation du patient et de son entourage fait partie des attributions des intervenants en HAD.

L'équipe chargée de l'exécution des soins intervient au domicile selon ce qui est défini dans le projet thérapeutique (nombre de passages par jour du personnel aide-soignant, infirmier, et en tant que de besoin kinésithérapeute, psychologue, sage-femme, diététicienne, podologue, ergothérapeute, assistante sociale, etc.).

Le médecin traitant (ou, à défaut, le médecin désigné par le patient) assure les visites à domicile, les prescriptions de médicaments, d'examens de laboratoire et d'autres examens complémentaires si besoin, certains pouvant nécessiter un transport<sup>22</sup> ponctuel du patient.

Les membres de l'équipe soignante sont soit salariés de l'HAD, soit en exercice libéral travaillant en partenariat avec l'HAD. Dans la mesure du possible, le choix du patient et de son entourage de privilégier l'équipe déjà impliquée dans la prise en charge à domicile doit être respecté.

Les honoraires des intervenants libéraux sont pris en charge par l'HAD, sur la base des tarifs conventionnels.

L'équipe psychosociale assure le bon déroulement social, psychologique et administratif de la prise en charge. Le service social évalue les conditions de vie au domicile. Il est en contact permanent avec les équipes paramédicales et engage les démarches nécessaires auprès des organismes sociaux et services à domicile.

Le matériel de soins, les produits pharmaceutiques et consommables sont fournis par le service d'HAD qui en assure la livraison et l'installation à domicile en collaboration avec les prestataires médicotecniques. L'HAD prend également en charge la gestion et l'élimination des déchets médicaux dans les conditions de sécurité d'un établissement de santé. Un dossier patient est mis en place à domicile.

L'établissement d'HAD doit assurer la continuité des soins 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 : astreinte médicale ou formalisation du recours à un avis médical et présence d'une astreinte opérationnelle soignante sur place. L'astreinte paramédicale est obligatoire ; en revanche, il n'y a pas d'obligation pour l'HAD d'assurer une astreinte médicale. Certains établissements ont mis en place une astreinte médicale avec le médecin coordonnateur de l'HAD, mais pour les autres, la permanence des soins est réalisée par le circuit de ville classique. Selon la circulaire DHOS n° 506 du 1<sup>er</sup> décembre 2006, le centre 15 et le SAMU n'ont cependant pas pour vocation à se substituer à la permanence des soins en HAD. Le décret n°2017-817 du 5 mai 2017 a permis de clarifier les obligations de continuité des soins des structures d'HAD et de ses articulations avec les deux dispositifs de permanence des soins, en établissement de santé comme en ambulatoire (cf. section 2.3.4).

Le patient est nécessairement informé des recours possibles à la permanence des soins en cas de difficulté, les structures d'HAD devant fournir un numéro d'appel joignable 24h/24. Selon le cas, le recours se fait auprès du médecin traitant s'il est disponible, par l'envoi d'un infirmier à domicile, avec l'appui possible d'une astreinte médicale, et, en cas d'urgence vitale, par recours au SAMU. De nombreux opérateurs d'HAD ont passé un accord avec leur SAMU correspondant, permettant à ce dernier de disposer d'un résumé de la situation médicale des personnes hospitalisées en HAD, sur son territoire, susceptibles d'avoir besoin d'une intervention.

Comme pour une hospitalisation conventionnelle, le patient est informé de ses droits (livret d'accueil), se voit demander la désignation d'une personne de confiance et peut demander à inter-

---

<sup>22</sup> Les transports pour des consultations spécialisées ou des examens d'imagerie sont pris en charge par le service d'hospitalisation à domicile s'ils sont prescrits par le médecin traitant ou par le médecin coordonnateur.



rompre son séjour (en cas de sortie contre avis médical, il devra dégager le service d'HAD de sa responsabilité).

Au cours de l'hospitalisation, une réévaluation régulière de l'état du patient est assurée par le médecin traitant en lien avec le médecin coordonnateur, pouvant aboutir à la poursuite de la prise en charge, à une admission ou réadmission en hospitalisation conventionnelle, ou à une sortie. La sortie est prononcée par la structure d'HAD, sur la base d'un accord entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur.

Si le patient reste à domicile, le relais s'organise en lien avec le médecin traitant qui poursuit la prise en charge : il peut s'agir d'une sortie simple si des soins ne sont plus nécessaires (par exemple fin d'un protocole de chimiothérapie) ou, selon les besoins, d'un relai par des soins de ville assurés par des professionnels libéraux, par un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), par un réseau de soins palliatifs, ou tout autre mode de prise en charge à domicile. Si l'état du patient nécessite une hospitalisation avec hébergement, celle-ci est organisée en lien avec le médecin.

L'HAD est une étape dans le parcours de soins des patients. La communication avec les intervenants paramédicaux libéraux est essentielle lors de la mise en place de l'HAD et en sortie d'HAD si le patient dont la situation est stabilisée reste à domicile mais nécessite des soins infirmiers. La coopération des professionnels de l'HAD et des SSIAD est essentielle<sup>23</sup> ; il est nécessaire de la favoriser.

### 2.3.3 Modèle tarifaire de l'HAD

#### ► Modèle actuel

Le financement de l'activité d'HAD est défini dans l'objectif de dépenses en médecine chirurgie obstétrique ; il est décomposé en trois enveloppes financières :

- la part tarifs comprend les journées d'hospitalisation à domicile ;
- les médicaments en sus correspondent aux dépenses engagées au titre de spécialités facturables en sus des prestations d'hospitalisation ;
- en complément, les établissements de santé peuvent recevoir des dotations correspondant à des Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ou au Fonds d'intervention régional (FIR).

Les établissements de santé publics et privés, ayant une activité autorisée en HAD, sont tenus de réaliser, pour chaque patient pris en charge en hospitalisation, par extraction depuis le système d'information de l'établissement de santé, un recueil d'informations portant sur l'activité de soins et sur sa facturation selon les principes du *Guide méthodologique de production des informations standardisées de l'hospitalisation à domicile*<sup>24</sup> en vigueur. Le recueil d'informations portant sur la facturation est induit par les principes du modèle de financement appliqué en HAD (financement à l'activité).

Le modèle tarifaire de l'HAD repose sur un forfait appelé groupe homogène de tarifs (GHT), destiné à couvrir l'essentiel des moyens humains, matériels et techniques mobilisés par la structure d'HAD, à l'exception des produits facturés en sus. Il s'appuie sur une classification de « groupes homogènes de prises en charge (GHPC) », basé sur le principe d'un forfait journalier pondéré par la charge en soins, qui varie en fonction de la pondération de quatre variables recueillies dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) : les modes de prise en charge

---

<sup>23</sup> [http://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2015/05/HADSSIAD\\_EtudeSynthese\\_BD.pdf](http://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2015/05/HADSSIAD_EtudeSynthese_BD.pdf)

<sup>24</sup> Guide méthodologique de production des informations standardisées de l'hospitalisation à domicile Bulletin officiel. No 2017/7 bis Fascicule spécial. [http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bos/2017/sts\\_20170007\\_0001\\_p000.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bos/2017/sts_20170007_0001_p000.pdf)

principal et associé éventuel, la durée de prise en charge et le degré de dépendance du patient (mesuré par l'indice de Karnofsky<sup>25</sup>).

Le mode de prise en charge principal (MPP) est celui ayant suscité la consommation la plus importante de ressources : frais de personnels, frais de location de matériel, frais de médicaments. Si le patient a bénéficié d'un autre mode de prise en charge que le mode principal, ayant consommé moins de ressources que lui, ce deuxième mode est le mode de prise en charge associé (MPA).

La durée de séjour a un impact dégressif sur les tarifs. Au sein de chaque séquence de soins, quatre périodes ou tranches de durée de prise en charge ont été définies (de 1 à 4 jours, du 5<sup>e</sup> au 9<sup>e</sup> jour, du 10<sup>e</sup> au 30<sup>e</sup> jour puis au-delà) ; elles conditionnent le niveau du tarif qui est dégressif.

Sur la base des modes de prise en charge principaux et associés et de l'indice de Karnofsky (IK), les séjours sont découpés en séquences de soins, à la base du GHT : la séquence reste la même tant que la valeur de ces variables ne change pas. L'état du patient doit être réévalué chaque semaine. Chaque journée du séjour se voit attribuer un tarif dépendant de ses MPP, MPA, IK et prenant en compte la dégressivité tarifaire liée à la durée du séjour. Un séjour long peut être constitué de plusieurs séquences si l'état du patient entraîne une modification de la prise en charge marquée par un changement de MPP, de MPA ou d'IK.

Enfin, les structures doivent caractériser les diagnostics sur la base de la dernière version de la classification internationale des maladies (CIM-10). Elles renseignent un diagnostic principal (DP) qui correspond au mode de prise en charge principal (MPP) et des diagnostics correspondant au mode de prise en charge principal (DCMPP) ou au mode de prise en charge associé (DCMPA) s'il y a lieu. Les établissements peuvent également renseigner des diagnostics associés si d'autres affections problèmes de santé et d'autres facteurs (sociaux, familiaux, etc.) sont pris en charge par l'équipe d'HAD sans être directement liés au MPP ou au MPA.

Tous les rapports publiés ces dernières années, dont le dernier relatif au financement des établissements de santé de la Mission Véran<sup>26</sup> d'avril 2017, s'accordent sur les défauts du financement de l'HAD paradoxalement peu favorable à son développement et ayant tendance à favoriser la prise en charge des pathologies les moins lourdes.

- Un modèle tarifaire daté et peu descriptif qui ne favorise ni une bonne valorisation de la charge en soins, ni un pilotage politique ciblé :
  - le manque d'évolution des tarifs a conduit à un décalage croissant entre le coût des activités et leur rémunération ;
  - le caractère peu descriptif de la liste de modes de prises en charge susceptibles de regrouper des situations cliniques très hétérogènes, qui ne facilite ni la lisibilité, ni l'expansion des possibilités de soins, ni le pilotage de l'HAD ;
  - le caractère inadapté et hétérogène de la classification est renforcé par le recours à l'IK pour évaluer la charge en soins, moyen de pondération trop imprécis et surtout, la classification n'intègre aucun élément de diagnostic ;
  - l'inclusion croissante du coût des médicaments dans les tarifs, préjudiciable au développement de l'HAD.
- Un modèle tarifaire qui représente un frein aux spécificités de l'HAD, pourtant novatrices :
  - Une spécificité forte de coordination des soins peu valorisée en raison des facteurs de surcoût lié au domicile mal pris en compte ;

<sup>25</sup> L'indice de Karnofsky est un indicateur synthétique d'état de santé global mesurant, sur une échelle de 0 à 100 % (100 % correspond à l'autonomie totale, 10 % à un processus fatal progressant rapidement), la dépendance fonctionnelle du sujet envers l'aide dans sa dimension « sociale » (gestes de la vie courante : travail, besoins personnels, vie à domicile, habillage, etc.) et la dépendance envers les soins médicaux.

<sup>26</sup> Véran O. L'évolution des modes de financement des établissements de santé : une nouvelle échelle de valeur, avril 2017.

[http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_\\_evolution\\_des\\_modes\\_de\\_financement\\_des\\_etablissements\\_de\\_sante.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport__evolution_des_modes_de_financement_des_etablissements_de_sante.pdf).

- Un modèle tarifaire qui incite paradoxalement peu à la coordination des soins et à la coopération avec le médecin traitant.

### ► Vers un nouveau modèle de financement de l'HAD

Sous l'égide de la DGOS et de l'ATIH, une réforme de la tarification est en préparation dont la mise en place progressive est prévue d'ici 2019-2020.

A court terme, les travaux mis en œuvre ont débouché sur des évolutions du guide méthodologique entre 2013 et 2016 : en particulier des modifications liées à la réintégration de médicaments de la liste en sus, une clarification de certains modes de prise en charge (notamment nutrition, assistance respiratoire et « autres traitements »), ainsi que la définition d'un nouveau mode de prise en charge pour réduire la durée de séjours longs de chirurgie.

A moyen terme, l'objectif est l'élaboration d'un nouveau modèle de financement de l'ATIH à partir de nouveaux groupes ayant une meilleure cohérence en termes médico-économiques. Il vise en particulier à mieux décrire les activités réalisées à domicile en favorisant la dimension médicale grâce au recueil de données de diagnostic.

Les recommandations formulées par la mission Véran quant au nouveau modèle tarifaire à élaborer pour accompagner le développement de l'HAD sont les suivantes :

- accélérer les réflexions actuelles visant à médicaliser le recueil d'informations utilisées pour le financement de l'HAD ;
- conserver le mode de financement « dit tout compris » tout en précisant clairement « ce qu'il inclut », notamment en matière de transport, des dispositifs médicaux ou de molécules ;
- mettre en place des financements forfaitaires spécifiques sur le modèle du MCO pour les missions propres de l'HAD aujourd'hui mal valorisées (par exemple, le financement de missions d'intérêt général précarité), repenser la dégressivité tarifaire comprise dans le modèle HAD et lever le cloisonnement existant entre les grilles tarifaires des secteurs public et privé ;
- fluidifier les parcours de soin grâce à des modèles tarifaires moins cloisonnés.

## 2.3.4 Les changements récents dans l'organisation de la prise en charge en HAD

### ► Les travaux mis en place en 2016 en faveur du développement de l'HAD

Il faut souligner la détermination des pouvoirs publics à installer toujours plus résolument l'HAD dans le paysage de la santé, en substitution de l'hospitalisation avec hébergement et en cohérence avec le virage ambulatoire (évolution tarifaire de +0,4 % préservée malgré le contexte actuel et soutien financier à hauteur de quatre millions d'euros accordé aux établissements d'HAD ayant consommé des traitements coûteux hors liste en sus).

Même si les objectifs fixés par la circulaire du 4 décembre 2013 ne seront pas atteints en 2018, la reprise de la croissance d'activité de l'HAD observée en 2015 se poursuit en 2016 (la croissance de l'activité d'HAD passe de 4,2 % entre 2014 et 2015 à 6,7 % entre 2015 et 2016). La montée en charge des interventions en EHPAD se poursuit en 2016 (5,5 % des journées d'HAD en 2015 et 6,3 % en 2016). Hors EHPAD, l'intervention en ESMS reste cependant marginale.

L'année 2016 a été particulièrement dynamique en termes de travaux engagés en faveur du développement de l'HAD.

### Nouveau dispositif d'HAD en sortie précoce de chirurgie

Ce nouveau dispositif a été mis en place en 2016 en concertation avec les sociétés savantes de chirurgie, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et les fédérations hospitalières et d'HAD avec un nouveau mode de prise en charge 29 « Sortie précoce de chirurgie ».

Il a pour objectif la mise en œuvre de parcours articulés entre le MCO et l'HAD, ce qui nécessite :

- une implication des établissements MCO pour intégrer l'HAD sur de nouveaux segments d'activité, de façon plus précoce dans les parcours des patients ;
- une mobilisation des établissements d'HAD pour mettre en œuvre les évolutions en termes de structuration, taille critique, réactivité, professionnalisation, etc. ;
- une coordination entre les deux structures afin d'organiser les parcours des patients.

Une instruction relative au dispositif de sortie précoce de chirurgie par mobilisation de l'HAD a été publiée le 6 juin 2016. Pour la mise en œuvre opérationnelle du dispositif, il revient aux établissements MCO et HAD de définir :

- la ou les prise(s) en charge chirurgicales ciblée(s) ;
- les critères d'éligibilité des patients ;
- le nombre prévisionnel de patients pouvant entrer dans le dispositif ;
- les modalités organisationnelles envisagées notamment : l'organisation du transfert et de la sortie d'HAD, le séquençage des soins, les durées de séjour cibles en MCO et HAD, les modalités de coordination entre les équipes, l'information et l'accompagnement du patient et de son entourage, le lien avec la ville, la formation des équipes soignantes, etc.

Le suivi de la montée en charge du dispositif sera réalisé par l'ATIH et une évaluation nationale intégrant un volet organisationnel et médico-économique sera mise en place pour une durée de deux ans, permettant notamment de :

- identifier les freins, leviers, conditions et facteurs de réussite de la mise en œuvre de ce dispositif ;
- évaluer la satisfaction du patient et de son entourage ;
- dégager les processus et pistes organisationnelles les plus efficaces ;
- alimenter la réflexion concernant l'élaboration d'un nouveau modèle de financement adapté à ce segment de parcours MCO/HAD.

Des évolutions sont également possibles concernant le MPP 11 (rééducation orthopédique) en cohérence avec le dispositif de sortie précoce de chirurgie aux conditions que l'HAD se substitue à une prescription d'hospitalisation en SSR et que la durée de séjour en HAD ne dépasse pas celle en SSR.

### **Suppression des restrictions d'indications de l'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement des personnes âgées**

En 2016, une évaluation nationale sur l'intervention de l'HAD en ESMS mettait en évidence<sup>27</sup> :

- une faible progression du nombre de journées d'HAD (augmentation de 4,1 % en 2015 après une augmentation de 1,6 % en 2014 : l'activité d'HAD en EHPAD ne représente que 5,5 % des journées d'HAD (soit 252 000 journées en 2015) ;
- une hétérogénéité régionale persistante de l'offre de soins ;
- une méconnaissance de l'HAD par les acteurs ;
- la minoration tarifaire (-13 %) qui ne constitue pas un frein majeur car elle correspond aux soins de nursing assurés par l'ESMS même si elle est peu incitative au développement de l'HAD ;
- la liste limitative des indications de l'HAD en EHPAD.

L'arrêté paru au Journal officiel le 26 janvier 2017 supprime, à compter du 1<sup>er</sup> mars 2017, les restrictions d'indications de l'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA et EHPAD).

L'intervention de l'HAD en EHPA et EHPAD était, depuis 2007, soumise à des limitations d'indications qui constituaient un frein au développement de l'HAD dans ce secteur. Ces restric-

<sup>27</sup> Présentation effectuée lors du comité de pilotage national sur l'HAD, juillet 2016.

tions rendaient, en outre, les critères d'admission en HAD peu lisibles pour les prescripteurs et les professionnels des établissements d'hébergement pour personnes âgées. La simplification répond ainsi aux attentes des professionnels et des fédérations signataires et s'inscrit dans la suite des recommandations formulées de longue date par différents rapports publics, le dernier en date étant celui de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale en juillet 2016.

La convention de partenariat entre les établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social (ESMS) et la structure HAD, renouvelable annuellement, qui encadre le déploiement de cette modalité d'hospitalisation n'est cependant pas remise en cause. C'est le cas également de la minoration tarifaire pour les structures HAD qui interviennent en EHPAD conçue pour éviter un double financement des prestations par l'Assurance maladie et reconnaître la contribution de la structure d'hébergement.

Le Code de la santé publique définit cinq éléments indispensables du document conventionnel signé entre la structure HAD et l'EHPAD :

- les conditions de l'intervention de la structure HAD dans l'établissement ;
- les modalités d'élaboration et d'adaptation des protocoles de soins ;
- l'organisation de l'accès des personnels à certains éléments du dossier du patient ;
- l'organisation des circuits du médicament ;
- les modalités d'évaluation de l'organisation ainsi définie et la permanence des soins.

Le dossier médical fait partie des informations communiquées qui sont définies conjointement dans la convention de partenariat. Dans le cadre de ce partenariat, chaque professionnel est responsable de ses interventions et doit être couvert par une assurance. Pour encadrer ces pratiques et mettre en place un protocole de soins personnalisé, un référent est nommé dans chacune des deux structures. La sortie d'HAD doit être préparée dès la mise en place du partenariat. Le médecin traitant dans la structure d'hébergement et le médecin coordonnateur de l'HAD réévaluent régulièrement la pertinence de cette hospitalisation pour chaque patient. Une évaluation finale clôture le partenariat, avec une éventuelle nouvelle signature annuelle.

Les modalités d'évaluation de la convention comprennent, *a minima*, les éléments suivants :

- le délai moyen d'attente avant l'intervention ;
- le nombre de demandes d'hospitalisation en HAD non satisfaites et de raisons invoquées par la structure d'HAD ;
- le nombre de séjours et de journées d'hospitalisation complète en établissements de soins de courte durée et de SSR en cours d'hébergement ;
- le nombre de séjours et de journées d'HAD ;
- la qualité de la coordination entre les différents intervenants de la structure d'HAD ;
- la qualité de la coordination des soins entre les deux structures.

L'objectif de cette convention de partenariat objectif est de prévenir les dysfonctionnements dans le parcours de soins.

### **Groupements hospitaliers de territoire (GHT)**

La loi n° 2016-41 de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 pose comme enjeu la coordination des acteurs pour mieux structurer le parcours de soins à toutes ses étapes, en privilégiant, chaque fois que possible, la prise en charge des patients au plus proche de leur domicile, en particulier pour les patients âgés et en fin de vie. Elle prévoit un nouveau mode de coopération entre les établissements publics de santé à l'échelle d'un territoire, les groupements hospitaliers de territoires (GHT). L'objectif est de garantir à tous les patients un meilleur accès aux soins en renforçant la coopération entre hôpitaux publics autour d'un projet médical partagé ; les enjeux sont de fluidifier le parcours des patients, d'organiser la gradation des soins et de répondre aux tensions de démographie médicale. Les filières prioritaires qui ont été définies sont : la chirurgie, la permanence des soins/urgences, les personnes âgées, la périnatalité, le parcours en cancérologie, le parcours en santé mentale, les soins critiques et la prise en charge à domicile.

Les HAD publiques font réglementairement partie du GHT, les autres HAD lui sont obligatoirement associées ; une structure d'HAD peut être associée à plusieurs GHT si la zone sur laquelle elle intervient relève de plusieurs GHT<sup>28</sup>.

► **Publication du décret n° 2017-817 du 5 mai 2017 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile**

Dans la dynamique de la circulaire du 4 décembre 2013, le décret apporte des améliorations pour le développement de l'HAD en modifiant les conditions techniques de fonctionnement des établissements d'HAD afin, notamment, de tenir compte des évolutions intervenues dans l'organisation du système de santé. Les établissements se voient confier, en particulier, la responsabilité de garantir l'adéquation des conditions d'accueil et de prise en charge des patients avec la nature de leur activité et les impératifs de qualité et de sécurité des soins.

- Simplification du processus d'hospitalisation à domicile et des liens de coopération ville-hôpital portés par l'HAD ; précision concernant le référent médical du patient, médecin traitant ou, à défaut, médecin désigné par le patient.
  - « Art. D. 6124-306.- L'admission d'un patient dans un établissement d'hospitalisation à domicile, ainsi que sa sortie, sont prononcées par le responsable de cet établissement après avis du médecin coordonnateur mentionné à l'article D. 6124-308.  
« Le médecin traitant, ou à défaut le médecin désigné par le patient, donne son accord à la prise en charge. Il est le référent médical du patient pendant le séjour ».
- Définition précise de la structure pluri-professionnelle de coordination d'une structure d'HAD :
  - « Art. D. 6124-307.- L'organisation générale, le personnel, la nature et la localisation des locaux ainsi que l'équipement des établissements d'hospitalisation à domicile doivent être adaptés au volume d'activité et à la nature des prises en charge de l'établissement, telles qu'elles sont définies par son projet médical, et lui permettre d'assurer ses missions sur l'intégralité de l'aire géographique mentionnée au dernier alinéa de l'article R. 6121-4-1.
  - « Art. D. 6124-308.- La coordination des prises en charge est assurée, sous la responsabilité d'un ou plusieurs médecins coordonnateurs, par une équipe pluri-professionnelle, comportant au moins :
    - « 1° Un infirmier ;
    - « 2° Un assistant social à temps partiel.  
« La possibilité de recours aux compétences d'un psychologue doit être organisée.
  - « Cette coordination est réalisée en lien avec les structures et professionnels de santé intervenant en amont et en aval du séjour en hospitalisation à domicile. Le médecin coordonnateur organise le fonctionnement médical de l'établissement, conformément à son projet médical. Il veille notamment à l'adéquation et à la continuité des prestations fournies aux patients et à la bonne transmission des dossiers médicaux nécessaires à la continuité des soins ».

<sup>28</sup> « Art.L.6327-2.- Pour assurer l'organisation des fonctions d'appui définies à l'article L. 6327-1, l'agence régionale de santé peut constituer, par convention avec un ou plusieurs acteurs du système de santé, une ou plusieurs plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes. Les établissements autorisés à exercer sous la forme d'hospitalisation à domicile peuvent participer au fonctionnement d'une ou de plusieurs plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes. La convention définit les missions, les engagements et les apports des différents signataires ».

« Art. L. 6132-1.-I.- Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale, est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire. Le groupement hospitalier de territoire n'est pas doté de la personnalité morale ».

« VI.- Les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile sont associés à l'élaboration du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire situés sur leur aire géographique d'autorisation et dont ils ne sont ni parties ni partenaires ».

- Clarification des obligations de continuité des soins des structures d'HAD et de ses articulations avec les deux dispositifs de permanences des soins, en établissement de santé comme en ambulatoire.
  - « Art. D. 6124-309.-I.- Tout établissement d'hospitalisation à domicile est tenu d'assurer, sept jours sur sept et vingt-quatre heures sur vingt-quatre, y compris les jours fériés, la continuité des soins aux patients accueillis.
  - « II.- Lorsque le médecin traitant, ou, à défaut, le médecin désigné par le patient, ou son remplaçant n'est pas en mesure d'assurer, par une intervention au domicile, un conseil téléphonique ou une télé-prescription, la continuité des soins dans les conditions et délais requis par l'évolution de la situation du patient, le médecin coordonnateur peut intervenir en son lieu et place, y compris en matière de prescription, et le tient informé ».

## 3. Etat des lieux de l'activité d'HAD en France

### 3.1 PMSI : un outil d'analyse de l'activité en HAD

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), dont la mise en place et la gestion relèvent de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), consiste en un recueil systématique de données médico-administratives minimales et normalisées fournies par tous les établissements de santé publics ou privés, et ce, pour tous les séjours hospitaliers. Dans le cadre de l'hospitalisation à domicile (HAD), ce recueil s'applique depuis 2005 à tous les établissements de santé ayant une autorisation pour l'activité d'hospitalisation à domicile.

Toute hospitalisation à domicile donne lieu à la production d'un ou de plusieurs résumé(s) anonymisé(s) par sous-séquence (RAPSS). Le RAPSS est composé d'informations démographiques et relatives à la prise en charge administrative et médicale du patient.

#### 3.1.1 Construction du PMSI-HAD

La base de données du PMSI-HAD comporte des informations relatives :

- au séjour : caractéristiques sociodémographiques du patient et éléments de sa prise en charge par l'établissement de santé. Le séjour est défini comme la période de soins comprise entre le jour de l'admission et le jour de la sortie ;
- à la séquence : informations médicales susceptibles d'évoluer au cours du séjour. La séquence de soins est définie par une combinaison de trois variables : le mode de prise en charge principale (MPP), le mode de prise en charge associé (MPA) et l'indice de Karnofsky (IK). Ces trois variables doivent être évaluées au moins une fois par semaine. Une séquence de soins s'achève si l'une des trois variables change de valeur ou si le patient sort d'HAD ;
- à la sous-séquence qui permet un découpage temporel d'une séquence de soins pour la facturation suivant les modalités de la T2A. Ce découpage temporel d'une séquence de soins autorise ainsi un rythme de facturation propre à l'établissement de santé, sachant qu'une séquence de soins peut durer plusieurs semaines. Le découpage des séquences en sous-séquences est réalisé au gré des structures d'HAD.

**Figure 1. Schéma des modalités de codage du PMSI HAD**



Début du séjour : Date d'entrée

Fin du séjour : Date de sortie

## Séjour HAD

### Caractéristiques sociodémographiques du patient et éléments de prise en charge administratives

N° de séjour, N° d'identification du patient, Date de naissance, Sexe, Date d'entrée et de sortie, Provenance, Nombre de journées, etc.

### Séquence 1

(Obligatoire)

Informations médicales susceptibles d'évoluer

MPP, MPA, IK

### Séquence 2

(Facultatif)

Création de cette séquence si les informations médicales ont évolué par rapport à la séquence précédente

MPP, MPA, IK

### Séquence n

(Facultatif)

Création de cette séquence si les informations médicales ont évolué par rapport à la séquence précédente

MPP, MPA, IK

#### Sous Séquence 1-1

(Obligatoire)

N° facture, N° d'identification du patient, N° de séjour...

#### Sous Séquence 1-n

(Facultatif)

N° facture, N° d'identification du patient, N° de séjour...

#### Sous Séquence 2-1

(Obligatoire)

N° facture, N° d'identification du patient, N° de séjour...

#### Sous Séquence 2-n

(Facultatif)

N° facture, N° d'identification du patient, N° de séjour...

#### Sous Séquence n-1

(Obligatoire)

N° facture, N° d'identification du patient, N° de séjour...

#### Sous Séquence n-n

(Facultatif)

N° facture, N° d'identification du patient, N° de séjour...

Les variables médicales, recueillies dans la séquence de soins (mode de prise en charge principal et associé, et indice de Karnofsky), définissent la classification en groupe homogène de prise en charge (GHPC). En fonction, d'une part, du groupe homogène de prise en charge auquel est associée une pondération (dépendante de la combinaison MPP, MPA et IK), et considérant, d'autre part, la durée de la séquence de soins, un des 31 groupes homogènes de tarif (GHT) est obtenu ; un tarif à la journée est alors calculé.

### 3.1.2 Données disponibles

Les informations disponibles dans le PMSI HAD sont relatives à :

- l'établissement de santé avec le numéro du Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess<sup>29</sup>) de la structure et son statut (public ou privé) ;
- l'identification du patient et à ses mouvements : numéro anonyme d'identification, âge, sexe, code géographique, modes d'entrée et de sortie du séjour, type du lieu de domicile ;
- l'état de santé du patient au cours de la séquence de soins :
  - **Le mode de prise en charge principal (MPP)** est celui qui suscite la consommation la plus importante de ressources (frais de personnels, frais de location de matériel, frais de médicaments dont les médicaments pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation, etc.). Le MPP doit obligatoirement être renseigné pour chaque séquence de soins.
  - **Les diagnostics correspondant au mode de prise en charge principal** : un à neuf diagnostics peuvent être renseignés pour justifier le mode de prise en charge principal. Le diagnostic principal est l'affection ou problème de santé du patient qui mobilise l'essentiel des soins et justifie le mode de prise en charge principal mis en œuvre par l'équipe. Les diagnostics sont codés selon la Classification Internationales des Maladies (CIM 10<sup>30</sup>).
  - **Le mode de prise en charge associé (MPA)** : si le patient bénéficie d'un autre mode de prise en charge ayant consommé moins de ressources que le MPP, alors un mode de prise en charge associé (MPA) peut être renseigné. La saisie d'un MPA suppose celle d'un diagnostic en rapport avec celui-ci.
  - **Les diagnostics correspondant au mode de prise en charge associé, s'il existe** : un à neuf diagnostics peuvent être renseignés pour justifier le mode de prise en charge associé. Il s'agit d'affections, de problèmes de santé. Un diagnostic doit au minimum être enregistré si un mode de prise en charge associé est renseigné dans la séquence de soins. Ces diagnostics sont également codés selon la CIM 10.
  - **L'indice de Karnofsky (IK)** permet d'évaluer l'état d'autonomie du patient ainsi que sa capacité à suivre le traitement au début de chaque séquence de soins. L'IK mesure sur une échelle de 0 (décès) à 100 % (autonomie complète) la dépendance fonctionnelle du patient selon l'aide dont il a besoin pour les gestes de la vie courante et les soins médicaux qu'il requiert.
  - **Les actes médicaux** : tous les actes médicotechniques effectués pendant le séjour doivent être renseignés quel que soit le lieu de réalisation (domicile, cabinet médical libéral, établissement de santé public ou privé en externe ou en hospitalisation de jour ou de nuit). Les actes sont codés selon la CCAM<sup>31</sup>.
- Informations relatives au groupage avec le classement des résumés par sous-séquence dans un groupe homogène de prise en charge (GHPC) et le classement de chacune des journées de la sous-séquence dans une groupe homogène de tarifs (GHT).

### 3.1.3 Les modes de prise en charge en 2015

Le guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile est mis à jour annuellement, impliquant ainsi potentiellement des modi-

<sup>29</sup> Les établissements de santé publics sont identifiés par leur Finess juridique et les établissements de santé privés par leur Finess géographique.

<sup>30</sup> Classification internationale des maladies.

<sup>31</sup> Classification commune des actes médicaux.

fications, ajouts ou suppressions de modes de prise en charge. Dans le cadre du recueil des séjours de 2015, le mode de prise en charge 20 qui portait sur le retour précoce à domicile après accouchement a été supprimé à partir du 1<sup>er</sup> mars 2015 et les indications du mode de prise en charge 21 relatif au post-partum pathologique ont été précisées.

Les modes de prise en charge existant en 2015 sont présentés dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 3. Liste des modes de prise en charge en 2015**

Numéro	Libellé du mode de prise en charge
01	Assistance respiratoire
02	Nutrition parentérale (recommandations HAS <sup>32</sup> )
03	Traitements intraveineux
04	Soins palliatifs
05	Chimiothérapie anticancéreuse (recommandations HAS <sup>33</sup> )
06	Nutrition entérale
07	Prise en charge de la douleur
08	Autres traitements
09	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) (recommandations HAS <sup>34</sup> )
10	Post-traitement chirurgical
11	Rééducation orthopédique
12	Rééducation neurologique
13	Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse
14	Soins de nursing lourds
15	Education du patient et/ou de son entourage
17	Surveillance de radiothérapie
18	Transfusion sanguine
19	Surveillance de grossesse à risque (recommandations HAS <sup>35</sup> )
21	Post-partum pathologique (recommandations HAS <sup>36</sup> )
22	Prise en charge du nouveau-né à risque
24	Surveillance d'aplasie
25	Prise en charge psychologique et/ou sociale

Dans le dernier guide méthodologique de 2016, un nouveau mode de prise en charge est créé : « Sortie précoce de chirurgie » (MP numéro 29).

<sup>32</sup> Haute Autorité de Santé. Nutrition parentérale à domicile : état des lieux et modalités de prise en charge.. Mai 2008. [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_676783/](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_676783/)

<sup>33</sup> Haute Autorité de Santé. Conditions du développement de la chimiothérapie en hospitalisation à domicile.. Janvier 2015. [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1696038/](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1696038/)

<sup>34</sup> Haute Autorité de santé. Traitement des plaies par pression négative (TPN) : des utilisations spécifiques et limitées.. Janvier 2011. [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r\\_1438055/](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1438055/)

<sup>35</sup> Haute Autorité de Santé. Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du post-partum. Avril 2011. [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1066375/](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1066375/)

<sup>36</sup> Haute Autorité de Santé. Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du post-partum. Avril 2011. [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1066375/](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1066375/)

## 3.2 Étude de l'origine des patients hospitalisés en HAD dans le parcours de soins

### 3.2.1 Objectif de l'analyse des données du PMSI réalisée par la HAS

L'objectif de l'analyse des données individuelles du PMSI réalisée par la HAS est de pouvoir caractériser la prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD) ainsi que d'identifier et d'analyser les modalités d'orientation des patients pouvant être pris en charge en HAD.

Sa place dans les parcours de soins correspond à deux types de situations :

- soit l'HAD permet un raccourcissement des durées d'hospitalisation classique ;
- soit elle évite l'hospitalisation classique.

Les informations sur la provenance et la destination des patients n'étant pas toujours renseignées avec fiabilité dans les bases de données PMSI, un chaînage avec les autres champs du PMSI (médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) / soins de suite et de réadaptation (SSR) et psychiatrie (PSY)) est nécessaire afin de reconstituer le parcours du patient et d'identifier les séjours réalisés en amont et en aval de la prise en charge en HAD. Le chaînage des différents champs du PMSI permet également d'identifier les besoins médicaux à l'origine d'une orientation en HAD à partir des prises en charge réalisées dans les différents champs (GHM ou GME, diagnostics CIM-10, etc.).

Outre une meilleure connaissance de l'activité en HAD et des modalités d'orientation, la finalité de cette analyse est de permettre une première identification de critères déterminant une orientation en HAD.

### 3.2.2 Méthode de sélection et d'analyse des données

La méthodologie de sélection des données du PMSI HAD 2015 s'est appuyée sur les travaux réalisés par l'ATIH sur les parcours en HAD dont les premiers résultats ont été présentés lors du comité technique HAD piloté par l'ATIH du 18 octobre 2016<sup>37</sup>. Ces travaux s'insèrent dans un projet plus global d'élaboration d'une nouvelle classification médico-économique en HAD.

#### ► Sélection des séjours réalisés en HAD en 2015

A partir des données individuelles du PMSI HAD, tous les séjours réalisés en hospitalisation à domicile en 2015 ont été sélectionnés.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Les séjours en erreur de chaînage et avec la totalité des sous-séquences en groupement erreur ont été exclus, soit 2 % de la base totale des séjours de 2015.
- Des erreurs de codage ont été retrouvées du fait de séjours similaires (dits jumeaux), ce qui a amené à la suppression de 331 séjours soit 0,2 % de la base totale des séjours.
- La base de données analysée étant celle de 2015, il a été fait le choix de ne pas conserver les séjours qui avaient comme mode de prise en charge principal (MPP) renseigné un mode n'existant plus au 1<sup>er</sup> mars 2015, soit le MPP 20 « Retour précoce à domicile après accouchement » ; 622 séjours étaient concernés et ont été supprimés de la base d'analyse, soit 0,4 % de la base totale des séjours.
- Les séjours non terminés en 2015 ont été supprimés, soit 12 006 séjours concernés (près de 7 % de la base totale).

---

<sup>37</sup> La présentation est disponible sur le site de l'ATIH : <http://www.atih.sante.fr/had/comite-technique-had>. Ces travaux ont également été présentés lors des journées EMOIS 2017 : « Parcours de soins hospitaliers : place de l'hospitalisation à domicile (HAD) dans la filière de prise en charge », Carole Lê-Leplat, Morgan Hamon, Eric Ekong, Diane Wallet, Françoise Bourgoin, Anne Buronfosse (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation).

- Les séjours débutant avant 2014 ont été supprimés en raison de problème de chaînage, soit 370 séjours concernés (0,2 % de la base totale).
- Certains séjours ainsi sélectionnés en 2015 ont débuté au cours ou à la fin de l'année 2014. Pour récupérer les informations sur ces séjours (séquences ou sous-séquences manquantes), les données du PMSI HAD de 2014 ont été utilisées. Le numéro administratif d'un même séjour n'étant pas identique sur deux années différentes, le chaînage des séjours sur les deux années a été réalisé à partir du numéro d'identification anonyme du patient et d'une variable identifiant le séjour (identifiant de début de résumé du séjour) ; 10 472 séjours étaient concernés et commençaient en 2014. Parmi ces séjours réalisés sur deux années, 335 séjours n'ont pu être reconstitués, probablement en raison de problème de codage ou de chaînage. Dans ce cas, ces séjours sont supprimés.
- Les séjours pour lesquels une incohérence sur la durée par rapport aux séjours précédents a été relevée (séjour débutant au cours d'un précédent séjour), ont été supprimés, soit 63 séjours.

Au final, 156 831 séjours ont été sélectionnés et concernaient 95 362 patients. Le logigramme de sélection des séjours réalisés en HAD en 2015 est présenté ci-dessous.

Figure 2. Logigramme de sélection des séjours réalisés en HAD en 2015



### ► Reconstitution des parcours des patients dans les différents champs

Les parcours des patients peuvent être reconstitués au travers des différents champs disponibles dans le PMSI, à savoir le court séjour (MCO), l'hospitalisation à domicile (HAD), les soins de suite et de réadaptation (SSR) et la psychiatrie (PSY). En revanche, les consultations externes et les passages aux urgences n'ont pas été exploités, ce qui ne permet pas d'identifier les patients adressés en HAD par un praticien hospitalier lors d'une consultation ou d'un passage aux urgences.

Afin de reconstituer les parcours des patients et ainsi identifier les séjours réalisés en amont et en aval de la prise en charge en HAD, les hospitalisations réalisées dans un délai de six mois avant le

début du premier séjour identifié en HAD en 2015 et dans un délai de six mois après la fin du dernier séjour identifié en HAD en 2015 ont été sélectionnés. Le parcours en aval du séjour HAD peut être tronqué si la prise en charge en HAD n'était pas terminée dans un délai de six mois avant fin 2015. Cette limite a été considérée comme peu contraignante puisque l'analyse réalisée par la HAS portait principalement sur les modalités d'orientation en HAD, soit sur les séjours en amont de la prise en charge en HAD.

Les bases de données du PMSI MCO, SSR et PSY de 2013, 2014 et 2015 ainsi que celles d'HAD de 2013 et 2014 ont été interrogées afin de recueillir les hospitalisations réalisées en amont, pendant et en aval de la prise en charge en HAD en 2015.

Les séjours pour lesquels une incohérence sur la durée et la date de début du séjour a été relevée (séjours de plus d'une journée commençant en même temps que la prise en charge en HAD) ont été supprimés.

Pour la base Psychiatrie, il est à noter que le chaînage n'est pas disponible pour la base des actes ambulatoires. Ainsi, seules les hospitalisations complètes et/ou partielles ayant eu lieu en amont ou en aval d'une prise en charge en HAD en 2015 peuvent être identifiées.

Selon les champs d'hospitalisation, les effectifs suivants ont été identifiés :

- 20 283 séjours en HAD ;
- 622 281 séjours en MCO ;
- 26 375 séjours en SSR ;
- 1 008 séjours en Psychiatrie.

Les séjours identifiés dans les différents champs du PMSI ont tous concerné des patients ayant eu au moins une prise en charge en HAD en 2015.

#### ► **Analyse des modalités d'orientation en HAD**

L'analyse des modalités d'orientation en HAD a porté sur la première prise en charge en HAD identifiée en 2015 et le séjour réalisé juste précédemment. Les 95 362 patients pris en charge en HAD en 2015 ont pu avoir un seul séjour en HAD ou des prises en charge multiples et répétitives ; pour ces derniers, le premier séjour observé en 2015 a été conservé et les informations de la prise en charge multiple et les modes de prises en charge concernés ont été conservées.

Bien que l'analyse soit centrée sur le séjour réalisé juste précédemment à la première prise en charge en HAD en 2015, les informations sur la destination du patient après son séjour en HAD et de son parcours global ont été conservées.

L'analyse des modalités d'orientation en HAD a été distinguée selon l'âge du patient ; les types de soins et les besoins en soins faisant appel à des filières de soins différentes selon l'âge du patient :

- nouveau-nés et enfants âgés de moins d'un an ;
- enfants âgés d'un an à 18 ans ;
- adultes âgés de plus de 18 ans à 42 ans ;
- adultes âgés de 43 ans à 75 ans ;
- personnes âgées de plus de 75 ans.

Les informations médicales utilisées pour caractériser les séjours en HAD identifiés en 2015 et les séjours réalisés en amont sont les suivantes :

- Pour les séjours en HAD réalisés en 2015, les informations sur le mode de prise en charge principal (MPP), le mode de prise en charge associé (MPA) et le diagnostic principal d'admission, c'est-à-dire de la 1<sup>re</sup> séquence du séjour, ont été conservées.
- Pour les séjours réalisés en amont dans le champ du MCO, les informations sur le diagnostic principal ainsi que le groupe homogène de malade (GHM) ont été conservées pour chacun des séjours identifiés. Les regroupements des GHM réalisés par l'ATIH et obtenus par expertise ont été utilisés pour identifier au mieux les filières de soins et se définissent de la façon suivante, du regroupement le plus large au plus détaillé :

- **Domaine d'activité (DA) :** regroupement des GHM permettant de définir les spécialités et s'inspirant des segments d'activités existant dans la nomenclature OAP (Outil d'analyse PMSI), ces groupes sont transversaux à la répartition en médecine, chirurgie, obstétrique.
- **Groupe d'activités :** regroupement des GHM permettant une description plus fine de l'activité hospitalière au sein des services ou des pôles.

Dans le cadre de ce projet, chaque domaine d'activités a été précisé par les groupes d'activités correspondants.

Par ailleurs, un groupe « oncologie / oncohématologie » a été créé afin de pouvoir identifier cette filière de soins spécifique concernée par l'orientation en HAD. Ce groupe a été construit de la façon suivante : séjours avec un code CIM 10 commençant par 'C' ou 'D0' à 'D4' et n'étant pas des séjours pour chirurgie (GHM en C) ou pour transplantation d'organe (CMD 27).

- Pour les séjours SSR réalisés en amont, les informations sur la finalité principale de prise en charge (FPP) et la manifestation morbide principale (MMP) ont été conservées pour chacun des séjours identifiés. La FPP désigne la nature principale de la prise en charge en SSR (celle qui mobilise l'essentiel des soins) pour la semaine considérée et la MMP désigne le problème de santé qui a motivé l'essentiel des soins au cours de la semaine considérée. Ces informations pouvant évoluer chaque semaine, les informations sur les dernières FPP et MMP du séjour ont été conservées ; celles-ci étant davantage susceptibles d'être à l'origine de l'orientation du patient en HAD.
- Pour les séjours en psychiatrie réalisés en amont, l'information sur le diagnostic principal a été conservée pour chacun des séjours identifiés. Le diagnostic pouvant évoluer selon les séquences, il a été fait le choix, comme pour le SSR, de retenir le diagnostic principal de la dernière séquence du séjour.
- Pour les séjours en HAD réalisés en amont, le mode de prise en charge de la dernière séquence a été conservé.

Les modalités d'orientation ont été caractérisées à partir des informations présentées dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 4. Caractérisation des séjours en amont et en HAD**

	Séjours en amont	1 <sup>ère</sup> prise en charge identifiée en HAD en 2015
MCO	- <i>Pathologies / Filières de soins / Besoins en soins</i> : regroupement des GHM, diagnostics principaux si nécessaire pour affiner  - <i>Lourdeur en soins</i> : niveau de gravité des GHM	MPP, DP  Lourdeur en soins : IK, MPA  Durée du séjour  Délai d'orientation pour la première prise en charge en HAD en 2015
SSR	- <i>Pathologies / Filières de soins / Besoins en soins</i> : FPP, MMP	Etape suivante dans le parcours du patient dans un délai de 6 mois (quel que soit le délai d'orientation si nouvelle hospitalisation)
PSY	- <i>Pathologies / Filières de soins / Besoins en soins</i> : DP	
HAD	- <i>Pathologies / Filières de soins / Besoins en soins</i> : MPP	% de séjours réalisés en EHPAD  % de séjours avec un médicament de la liste en sus



### 3.2.3 Activité globale d'HAD en 2015

En 2015, 156 831 séjours en HAD ont été réalisés, concernant 95 362 patients. 77 % des patients n'ont eu qu'un seul séjour en HAD en 2015. 308 établissements ont eu une activité d'HAD.

#### ► Modes de prise en charge

Le mode de prise en charge principal (MPP) peut varier au cours du séjour. Dans 91,7 % des cas, un seul MPP a été renseigné ; dans les autres cas, 2 MPP étaient renseignés dans 7,4 % des séjours. Lorsque plusieurs MPP sont renseignés au cours d'un même séjour, le MPP d'admission (MPP de la première séquence) a été privilégié. Le MPP le plus fréquent en 2015 concernait les soins palliatifs, avec 19 %, suivi par les pansements complexes (15 %), la chimiothérapie anticancéreuse (12 %) et les traitements intraveineux (10 %). La prise en charge obstétrique – périnatalité représentait 13 % de l'activité d'HAD en 2015.

La répartition de l'ensemble des MPP est présentée dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 5. Répartition des modes de prise en charge principal des séjours réalisés en 2015 en HAD**

MPP d'admission (MPP de la 1 <sup>ère</sup> séquence)	Nb séjours	Pourcentage
Soins palliatifs	30 468	19,43
Pansements complexes	23 995	15,3
Chimiothérapie anticancéreuse	18 871	12,03
Traitements intraveineux	15 898	10,14
Post-partum pathologique	12 445	7,94
Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse	9 622	6,14
Soins de nursings lourds	6 396	4,08
Nutrition entérale	5 721	3,65
Surveillance de grossesse à risque	5 143	3,28
Autres traitements	5 109	3,26
Post-traitement chirurgical	5 094	3,25
Prise en charge de la douleur	4 815	3,07
Nutrition parentérale	3 923	2,5
Prise en charge du nouveau-né à risque	2 747	1,75
Education du patient et de son entourage	2 424	1,55
Assistance respiratoire	2 090	1,33
Rééducation neurologique	935	0,6
Rééducation orthopédique	658	0,42
Surveillance d'aplasie	198	0,13
Transfusion sanguine	157	0,1
Surveillance de radiothérapie	122	0,08
<b>Total</b>	<b>156 831</b>	<b>100</b>

23 % des patients ont eu des séjours multiples en HAD au cours de l'année 2015. Les prises en charge multiples portaient principalement sur des séjours pour chimiothérapie anticancéreuse (22 % des séjours concernés), soins palliatifs (16 %), pansements complexes (14 %), surveillance post chimiothérapie anticancéreuse (10 %) et traitements intraveineux (10 %). Dans 70 % des prises en charge multiples, le mode de prise en charge principal était stable sur tous les séjours du patient concerné.

### 3.2.4 Modalités de prise en charge et caractéristiques des patients

#### ► **Caractéristiques des séjours et des patients dont le MPP à l'entrée en HAD est 'Soins palliatifs' (04)**

Au cours de l'année 2015, 30 468 séjours ont été réalisés en HAD pour « Soins palliatifs », cela concernait 23 451 patients. Seulement 7 % de ces séjours étaient réalisés en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Plus de 95 % de ces séjours n'ont eu qu'un MPP déclaré au cours du séjour ; 3,8 % ont eu deux MPP.

Les tumeurs malignes représentaient 74 % des diagnostics des séjours codés en soins palliatifs. Dans plus de 20 % de ces séjours, ces tumeurs malignes étaient d'origine digestive ; dans 14 %, elles étaient d'origine respiratoire et thoracique ; pour 9 % des séjours, elles touchaient les organes génitaux et pour 6 % des séjours, cela concernait des tumeurs du sein.

Les patients avaient en moyenne 70 ans et 53 % étaient des hommes.

La majorité des patients (58 %) avaient un IK compris entre 30 % et 40 %, correspondant à des patients nécessitant des soins spéciaux ou une assistance. L'état « moribond » représentait peu de patients (4,8 %) et moins de 1 % des patients avaient un indice supérieur à 70 %.

Une différence significative de l'indice de Karnofsky était notée selon l'âge des patients (test du Khi Deux,  $p < 0,0001$ ) : les patients de moins de 30 ans étaient 0,5 % à avoir un indice égal à 10 % *versus* 68 % pour les patients de plus de 80 ans,

#### ► **Caractéristiques des séjours et des patients dont le MPP à l'entrée en HAD est 'Pansements complexes' (09)**

Au cours de l'année 2015, 23 995 séjours ont été réalisés en HAD pour 'pansements complexes', cela concernait 17 647 patients. Seulement 13 % de ces séjours étaient réalisés en Ehpad.

Plus de 94 % de ces séjours n'ont eu qu'un MPP déclaré au cours du séjour ; 5,7 % ont eu deux MPP.

L'ulcère de décubitus ou du membre inférieur représentait 24,4 % des diagnostics codés à l'entrée en HAD. Dans environ 10 % de ces séjours, le diagnostic concernait des pathologies touchant l'appareil circulatoire (10 %) ou des plaies ouvertes ou rupture d'une plaie (11 % des diagnostics). Dans 8,9 % des séjours, cela concernait des pathologies d'origine cutanée.

Les patients avaient en moyenne 65 ans et 54 % étaient des hommes.

L'indice de Karnofsky moyen des patients était de 49 %, plus précisément, 44 % de ces patients avaient un IK compris entre 40 % et 50 %, correspondant à des patients nécessitant des soins spéciaux ou une assistance. L'état « moribond » et « autonomie complète » représentaient peu de patients avec respectivement 0,2 % et 1,16 % des séjours réalisés en 2015.

Une différence significative de l'indice de Karnofsky était notée selon l'âge des patients (test du Khi Deux,  $p < 0,0001$ ) : les patients de moins de 30 ans étaient 10 % à avoir un indice inférieur à 30 % *versus* 58 % pour les patients de plus de 80 ans.

#### ► **Caractéristiques des séjours et des patients dont le MPP à l'entrée en HAD est 'Chimiothérapie anticancéreuse' (05)**

Au cours de l'année 2015, 18 871 séjours ont été réalisés en HAD pour 'chimiothérapie anticancéreuse', cela concernait 3 209 patients. Seulement 1 % de ces séjours étaient réalisés en structure EHPAD.

Plus de 96 % de ces séjours n'ont eu qu'un MPP déclaré au cours du séjour, moins de 3 % ont eu deux MPP.

Les tumeurs malignes représentaient plus de 89 % des diagnostics des séjours codés en chimiothérapie. Dans plus de 57 % de ces séjours, ces tumeurs malignes étaient d'origine hématologique ; avec respectivement 46,4 % des myélomes multiples et 11 % des leucémies myéloïdes. Les tumeurs du sein représentaient 10 % des diagnostics des séjours comme les tumeurs d'évolution imprévisible.

Les patients avaient en moyenne 67 ans, avec une répartition homogène entre les deux sexes (homme : 49,89 %-femme : 50,11 %-sexe ratio homme/femme = 0,99).

La majorité des patients (75 %) avaient un IK compris entre 60 % et 70 %, correspondant à des patients ayant une autonomie limitée, c'est-à-dire ayant besoin d'une aide temporaire ou étant incapable de travailler. Une différence significative de l'indice de Karnofsky était notée selon l'âge des patients (test du Khi Deux,  $p < 0,0001$ ) : les patients de moins de 30 ans étaient 5 % à avoir un indice inférieur à 30 % *versus* 52 % pour les patients de plus de 70 ans.

### ► **Caractéristiques des séjours et des patients dont le MPP à l'entrée en HAD est 'post-partum' (21)**

Au cours de l'année 2015, 12 445 séjours ont été réalisés en HAD pour 'chimiothérapie anticancéreuse', cela concernait 12 377 patients.

Plus de 99 % de ces séjours n'ont eu qu'un MPP déclaré au cours du séjour.

Les diagnostics en rapport avec la grossesse ou l'accouchement représentaient plus de 89 % des diagnostics des séjours codés. Plus de 30 % des diagnostics de ces séjours concernaient des soins de surveillance de pansements et de sutures ; 12 % des diagnostics étaient liés à des complications puerpérales ; 11 % des diagnostics correspondaient à des soins ou examens post-partum ; 10 % des diagnostics correspondaient à des complications du travail et de l'accouchement ou à des affections au cours de la grossesse. Les patientes avaient en moyenne 31 ans.

## **3.3 Parcours des patients et modalités d'orientation**

### **3.3.1 Parcours globaux des patients ayant une prise en charge en HAD en 2015**

Dans plus de 78 % des cas, le séjour réalisé juste précédemment était une hospitalisation en court séjour (MCO) et dans 12 % des cas, le séjour en HAD était précédé d'un autre séjour en HAD en 2015 (cas des séjours répétitifs). Dans 4 % des cas, le séjour en HAD réalisé en 2015 était précédé d'un séjour en SSR, et dans moins de 1 % des cas, il était précédé d'un séjour en psychiatrie. Il est à noter que plus de 4 % des séjours n'étaient précédés d'aucun séjour.

**Tableau 6. Répartition de la provenance des séjours réalisés en HAD en 2015**

<b>Provenance des séjours HAD réalisés en 2015</b>	<b>Nb de séjours</b>	<b>Pourcentage</b>
Séjours HAD précédé d'un séjour en MCO	123 022	78,44
Séjour HAD précédé d'un autre séjour HAD en 2015	19 127	12,20
Séjours HAD précédé d'un séjour en SSR	6 736	4,30
Aucun séjour en amont du séjour HAD de 2015	6 628	4,23
Séjour HAD précédé d'un autre séjour HAD	1 216	0,78
Séjours HAD précédé d'un séjour en PSY	102	0,07
<b>Total</b>	<b>156 831</b>	<b>100</b>

Les parcours des patients varient selon le recours possible à quatre secteurs d'hospitalisation différents (MCO, SSR, HAD et Psychiatrie) ; la majorité des patients (95 %) ont eu au moins un séjour en MCO durant le temps de parcours étudié. Le recours aux SSR était moindre (17 % des patients) mais lorsque ce secteur d'hospitalisation était sollicité, il était principalement associé à un

séjour en MCO. Les patients ayant recouru à l'HAD ont très rarement été hospitalisés en psychiatrie (moins de 1 %). Enfin, dans 5 % des cas, les patients n'ont eu aucun recours, en dehors de l'HAD, aux autres secteurs hospitaliers.

L'analyse complète des parcours par patient nécessite de classer chronologiquement les séjours réalisés dans les différents champs et d'identifier les séjours réalisés en amont, entre les séjours d'HAD de 2015 et en aval de ces séjours. La succession des séjours hospitaliers dans quatre secteurs d'hospitalisation rend cette analyse complexe, avec plus de 4 500 schémas de prise en charge différents et dans un certain nombre de cas des parcours spécifiques à chaque patient. Le tableau ci-dessous (cf. Tableau 7) représente les parcours des patients les plus fréquents ; 70 % des patients y sont représentés.

Dans 21 % des cas, le parcours du patient était simple avec un séjour en MCO précédant l'HAD identifiée en 2015, suivi d'aucun autre séjour dans les six mois. Dans 15 % des cas, deux séjours réalisés en MCO précédaient l'HAD. Les parcours les plus fréquents consistaient ainsi en un séjour en MCO avant l'HAD, avec potentiellement à nouveau un recours en MCO post HAD.

**Tableau 7. Parcours des patients ayant une prise en charge en HAD en 2015**

Parcours des patients	Nb de patients	Pourcentage
1 MCO, HAD15	19 911	20,88
2 ou plus MCO, HAD15	14 035	14,72
2 ou plus MCO, HAD15, 1 MCO	7 162	7,51
2 ou plus MCO, HAD15, 2 ou plus MCO	6 607	6,93
1 MCO, HAD15, 1 MCO	4 319	4,53
HAD15	4 255	4,46
1 MCO, HAD15, 2 ou plus MCO	1 929	2,02
2 ou plus MCO, HAD15, 1 MCO, 1 HAD15	1 206	1,26
2 ou plus MCO, 1 SSR, 2 ou plus MCO, HAD15	1 156	1,21
2 ou plus MCO, HAD15, 1 MCO, HAD15, 1 MCO	1 087	1,14
HAD15, 1 MCO	1 057	1,11
2 ou plus MCO, HAD15, 2 ou plus MCO, HAD15, 2 ou plus MCO	821	0,86
1 MCO, HAD15, 1 MCO, HAD15	813	0,85
2 ou plus MCO, HAD15, 1 MCO, HAD15, 2 ou plus MCO	802	0,84
1 MCO, 1 SSR, HAD15	779	0,82
2 ou plus MCO, 1 SSR, HAD15	641	0,67
2 ou plus MCO, 1 SSR, 2 ou plus MCO, HAD15, 1 MCO	618	0,65
<b>Total</b>	<b>67 198</b>	<b>70,47</b>

### 3.3.2 Modalités d'orientation de la première prise en charge en HAD identifiée en 2015

Les problématiques et les filières de soins sollicitées étant différentes selon l'âge du patient, les modalités d'orientation de la première prise en charge en HAD identifiée en 2015 ont été analysées en distinguant cinq catégories d'âge :

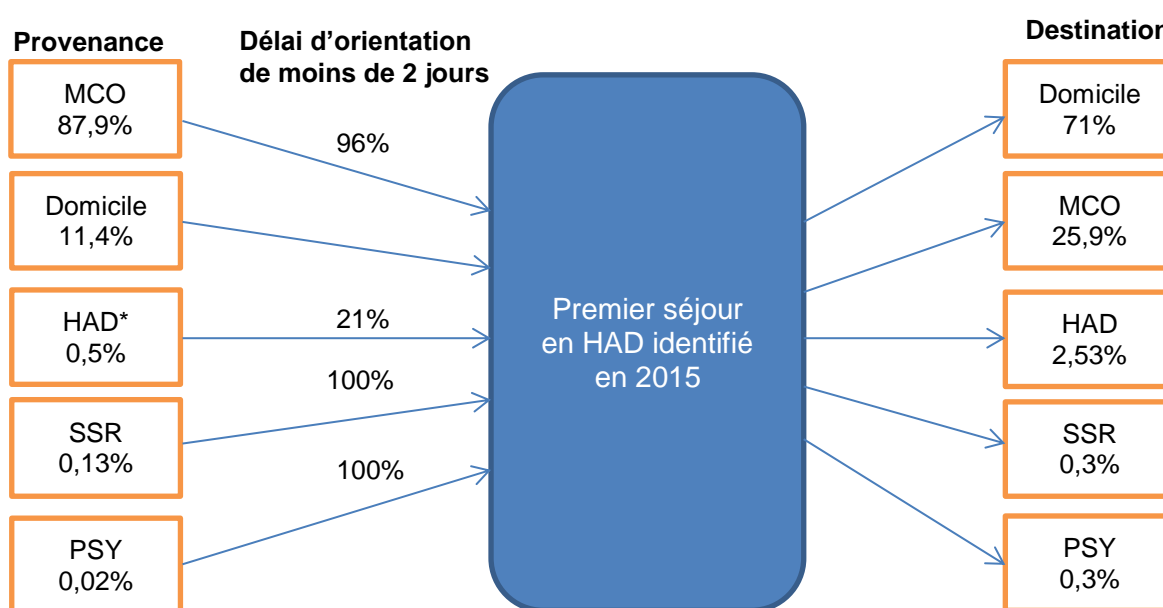
- Les nourrissons de moins d'un an : 4 788 patients, soit 5 % ;
- Les enfants et adolescents d'un an à 18 ans : 2 375 patients, soit 2,49 % ;
- Les adultes de 18 à 42 ans : 21 258, soit 22,3 % ;
- Les adultes de 43 à 75 ans : 37 198 patients, soit 39 % ;
- Les personnes âgées de plus de 75 ans : 29 743 patients, soit 31,19 %.

Pour chaque groupe d'âge, les modalités d'orientation ont été analysées en fonction de la provenance du patient (MCO, domicile, SSR, HAD, PSY), des caractéristiques du séjour réalisé juste précédemment, en termes de pathologie et sévérité, ainsi que des caractéristiques du séjour HAD en termes de prises en charge principale et associée, durée et prescription de médicaments onéreux.

### ► Chez les nourrissons âgés de moins d'un an

Près de 88 % des nourrissons, hospitalisés en HAD en 2015 (1<sup>er</sup> séjour identifié), ont été transférés depuis le court séjour dans un délai de moins de deux jours dans 96 % des cas ; 11 % provenaient directement de leur domicile.

**Figure 3. Provenance et destination du premier séjour en HAD identifié en 2015, chez les nourrissons âgés de moins d'un an**



\* Le 1<sup>er</sup> séjour identifié en HAD en 2015 peut être précédé d'un autre séjour réalisé en HAD avant 2015.

### Modalités d'orientation des nourrissons de moins d'un an du MCO vers l'HAD

Les modalités d'orientation des nouveau-nés et nourrissons de moins d'un an du MCO vers l'HAD sont détaillées dans le tableau ci-dessous, en indiquant les pathologies concernées et la sévérité des séjours en MCO et les modes de prises en charge et durées des séjours en HAD correspondants.

**Tableau 8. Modalités d'orientation des nourrissons de moins d'un an du MCO vers l'HAD (4 209 patients)**

Caractéristiques de la prise en charge en MCO		➔	Caractéristiques de la prise en charge en HAD	
Trajectoires de soins et précisions sur les pathologies concernées	Sévérité des séjours*	Mode de prise en charge principal (MPP) et associé (MPA)	Durée des séjours	Etape suivante dans le parcours du patient
<b>Nouveau-nés et période périnatale (85%) N=3575</b> - Affections médicales du nouveau-né (96%) : anomalies liées à la brièveté de la gestation et poids insuffisants à la naissance, détresse respiratoire, retard de croissance et malnutrition du fœtus - Chirurgie du nouveau-né (3%)	Niveau A : 55% Niveau B : 37% Niveau C : 5% Niveau D : 3%	- Prise en charge du nouveau-né à risque <ul style="list-style-type: none"> <li>• sans MPA (61%)</li> <li>• avec éducation du patient et de son entourage (2%)</li> </ul> - Éducation du patient et de son entourage (20%) - Nutrition entérale, avec éducation du patient et de son entourage (5%) - Traitements intraveineux (4%)	- 4 jours : 15% 5 -15 jours : 48% 16 - 30 jours : 30% + 30 jours : 7%  Domicile 73%	
<b>Pneumologie (4,4%) N=185</b> - Bronchites, bronchiolites, asthme (66%) - Affections respiratoires (16%) - Infections respiratoires (10%) - Embolies pulmonaires, détresse respiratoire (5%) - Chirurgies thoraciques (2%)	Niveau 1 et 2 : 46% Niveau 3 et 4 : 48% Très courte durée : 6%	- Éducation du patient et de son entourage (26%) - Assistance respiratoire, avec éducation du patient et de son entourage (18%) - Autres traitements <ul style="list-style-type: none"> <li>• avec assistance respiratoire (17%)</li> <li>• avec éducation du patient et de son entourage (7%)</li> </ul> - Nutrition entérale, avec éducation du patient et de son entourage (5%) - Prise en charge du nouveau-né à risque (4%)	- 4 jours : 7% 5 -15 jours : 57% 16 - 30 jours : 18% + 30 jours : 18%  Domicile 59%	
<b>Endocrinologie (3%) N=130</b> - Problèmes alimentaires du nouveau-né et du nourrisson (54%) : anomalies liées à la brièveté de la gestation et poids insuffisants à la naissance, problèmes alimentaires du nouveau-né, retard de croissance - Troubles métaboliques, nutritionnels, (38%) : difficultés nutritionnelles et nutrition inadaptée, malnutrition, perte de poids anormale - Maladies endocriniennes, hors diabète (6%) : retard du développement physiologique, anomalies génito-surrénales, hypothyroïdie	Niveau 1 et 2 : 47% Niveau 3 et 4 : 44% Très courte durée : 5% Autres (Z) : 4%	- Éducation du patient et de son entourage (31%) - Prise en charge du nouveau-né à risque (22%) - Nutrition entérale <ul style="list-style-type: none"> <li>• avec éducation du patient et de son entourage (17%)</li> <li>• sans MPA (5%)</li> <li>• avec d'autres traitements (4%)</li> </ul>	- 4 jours : 5% 5 -15 jours : 36% 16 - 30 jours : 34% + 30 jours : 25%  MCO 55% Domicile 37%	
<b>Uro-néphrologie et génital (2%) N=76</b> - Néphrites tubulo-interstitielle aiguë/chronique (85%) - Infections néonatales des voies urinaires (7%) - Autres affections de l'appareil urinaire (7%)	Niveau 1 et 2 : 87% Niveau 3 et 4 : 10% Très courte durée : 3%	- Traitements intraveineux <ul style="list-style-type: none"> <li>• sans MPA (78%)</li> <li>• avec éducation du patient et de son entourage (7%)</li> </ul> - Autres traitements (9%) - Prise en charge du nouveau-né à risque (3%)	- 4 jours : 52% 5 -15 jours : 45% 16 - 30 jours : 3%  Domicile 79%	

\*Niveau A : sans complications significative, Niveau B : avec complications, Niveau C : avec problème sévère, Niveau D : avec problème majeur

### **Modalités d'orientation des nourrissons de moins d'un an du domicile vers l'HAD**

11,4 % des nourrissons, soit 547 patients, n'ont eu aucune autre hospitalisation en amont de leur prise en charge en HAD en 2015. Ils peuvent être admis en HAD directement depuis leur domicile (prescription d'un médecin de ville ou d'un médecin hospitalier lors d'une consultation hospitalière externe) ou suite à un passage dans les services des urgences. Ces nourrissons étaient en HAD avec les modes de prise en charge suivants :

- Prise en charge du nouveau-né à risque, sans prise en charge associée dans 64 % des cas, associée à l'éducation du patient et de son entourage dans 5 % des cas ;
- Éducation du patient et de son entourage, sans prise en charge associée dans 14 % des cas ;
- Traitements intraveineux, sans prise en charge associée dans 6 % des cas, associés à l'éducation du patient et de son entourage dans 1 % des cas ;
- Autres traitements, sans prise en charge associée dans 3 % des cas, associés à l'éducation du patient et de son entourage dans 1 % des cas ;
- Nutrition entérale, associée à l'éducation du patient et de son entourage dans 2 % des cas.

Ces séjours duraient moins de quatre jours pour 15 % d'entre eux, entre cinq et 15 jours pour 56 % et entre 16 et 30 jours pour 22 %. Dans 87 % des cas, le nourrisson restait à son domicile après l'HAD, dans 8 % des cas, il était transféré en MCO.

### **Modalités d'orientation des nourrissons de moins d'un an ayant un séjour en SSR dans leur parcours de soins**

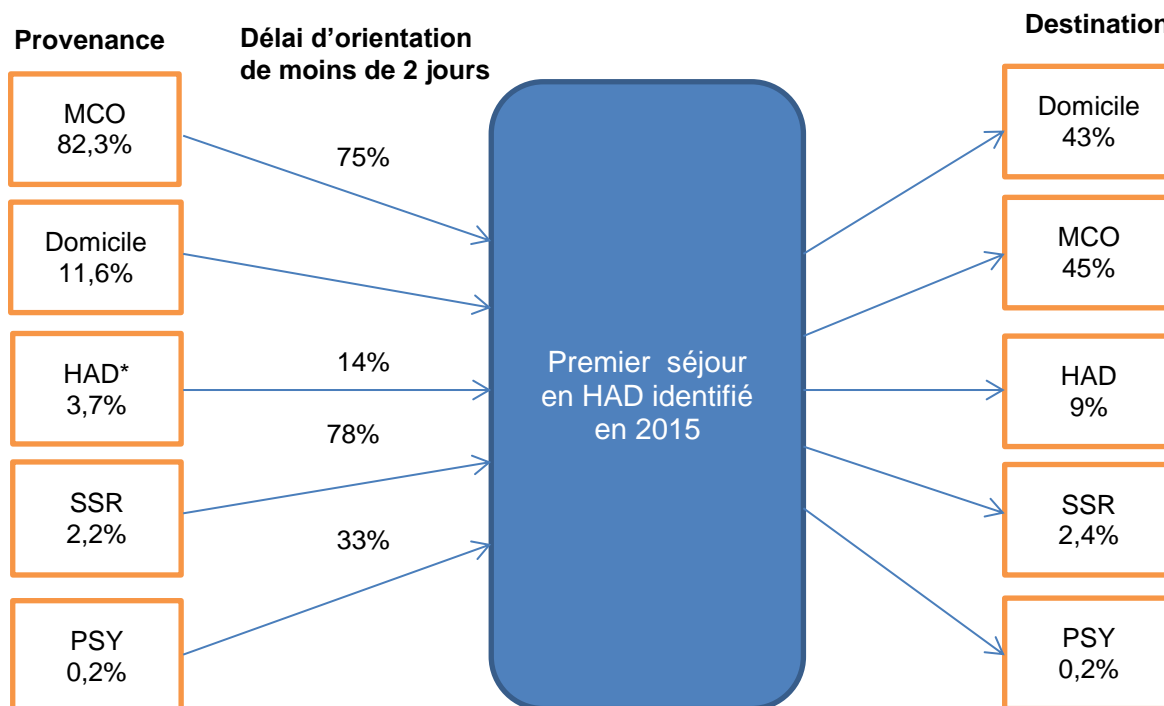
24 nouveau-nés et nourrissons de moins d'un an ont été hospitalisés en SSR au cours de la période de l'étude.

Dans 46 % des cas, le séjour en SSR a eu lieu après l'HAD et s'intégrait dans un parcours MCO, HAD, SSR ; les nourrissons étaient hospitalisés en MCO pour des problèmes de malnutrition, poids insuffisant à la naissance, retard de croissance, chirurgie du nouveau-né pour malformation congénitale, asphyxie obstétricale, chirurgie digestive haute pour reflux gastro-œsophagien.

► **Chez les enfants et adolescents âgés d'un à 18 ans (2 375 patients)**

82 % des enfants et adolescents hospitalisés en HAD en 2015 (1<sup>er</sup> séjour identifié) ont été transférés depuis le court séjour MCO (1 954 patients), dont 75 % dans un délai de moins de deux jours ; 12 % provenaient directement de leur domicile, soit 276 patients.

**Figure 4. Provenance et destination du premier séjour en HAD identifié en 2015, chez les enfants et adolescents d'un à 18 ans**



\* Le 1<sup>er</sup> séjour identifié en HAD en 2015 peut être précédé d'un autre séjour réalisé en HAD avant 2015.

**Modalités d'orientation des enfants et adolescents âgés d'un à 18 ans du MCO vers l'HAD**

Les modalités d'orientation des enfants et adolescents âgés d'un à 18 ans du MCO vers l'HAD sont détaillées dans le tableau ci-dessous, en indiquant les pathologies concernées et la sévérité des séjours en MCO et les modes de prise en charge et durées des séjours en HAD correspondants.



Tableau 9. Modalités d'orientation des enfants et adolescents âgés d'un à 18 ans du MCO vers l'HAD (1 954 patients)

Caractéristiques de la prise en charge en MCO		➔	Caractéristiques de la prise en charge en HAD	
Trajectoires de soins et précisions sur les pathologies concernées	Sévérité des séjours	Mode de prise en charge principal (MPP) et associé (MPA) Diagnostiques principaux en HAD	Durée des séjours Étape suivante dans le parcours du patient	IK Âge moyen
<b>DIGESTIF (23%) 440 patients</b>				
<b>Prise en charge chirurgicale (84%)</b>				
- Chirurgie rectum/anus (92%) : sinus pilonidal, abcès cutané - Appendicectomie - Chirurgie digestive majeure / hépatobiliaire et pancréatique : reflux gastro-œsophagien, iléus paralytique et occlusion intestinale sans hernie, maladie de Crohn - Autre chirurgie digestive / mineure grêle-colon : péritonite, surveillance de stomie	Niveau 1, 2, T : 90% Niveau 3 et 4 : 10%	- Pansements complexes <ul style="list-style-type: none"> <li>• sans MPA (72%)</li> <li>• avec prise en charge de la douleur (7%)</li> </ul> - Post traitement chirurgical <ul style="list-style-type: none"> <li>• sans MPA (5%)</li> <li>• avec prise en charge de la douleur (3%)</li> </ul> - Traitements intraveineux (4%)	- 4 jours : 5% 5 - 15 jours : 21% 16 - 30 jours : 33% + 30 jours : 40%  Domicile : 80%	IK < 50 : 20%  Âge moyen : 15 ans
<b>Prise en charge médicale (16%)</b>				
Maladie intestinale infectieuse, surveillance de stomie, péritonite, maladie de Crohn, autre maladie de l'appareil digestif, autre trouble fonctionnel de l'intestin, pancréatite aiguë, affection voies biliaires	Niveau 1, 2, T : 39% Niveau 3 et 4 : 46%	- Nutrition entérale (26% / 7% sans MPA) - Autres traitements (16% / 9% sans MPA) - Nutrition parentérale (14% / 4% sans MPA) - Traitements intraveineux (14%) - Soins palliatifs (10%)	- 4 jours : 6% 5 - 15 jours : 34% 16 - 30 jours : 26% + 30 jours : 34%  MCO : 74%	IK < 50 : 54%  Âge moyen : 9 ans
<b>ONCOLOGIE / ONCO-HEMATOLOGIE, hors chirurgie et greffe (14%) 268 patients</b>				
<b>Chimiothérapie, radiothérapie pour tumeur (75%), en séance ou hors séance</b>				
	Niveau 1, 2, T : 27% Niveau 3 et 4 : 15% Niveau Z : 65%	- Chimiothérapie anticancéreuse <ul style="list-style-type: none"> <li>• sans MPA (30%)</li> <li>• avec pansements complexes (4%)</li> <li>• avec prise en charge de la douleur (3%)</li> </ul> - Surveillance post-chimio <ul style="list-style-type: none"> <li>• sans MPA (19%)</li> <li>• avec éducation du patient et de son entourage (4%)</li> <li>• avec traitements intraveineux (3%)</li> </ul> - Soins palliatifs (9%)  <b>Diagnostiques principaux en HAD :</b> tumeurs des tissus lymphoïdes (19%), leucémie lymphoïde (17%), tumeurs malignes du SNC (13%), des os (11%),	- 4 jours : 21% 5 - 15 jours : 40% 16 - 30 jours : 23% + 30 jours : 16%  MCO : 90%  4 patients avec un médicament sur la liste en sus (2%)	IK > 60 : 67%  Âge moyen : 9 ans
<b>Autres séjours pour tumeur (25%)</b>				
- Leucémies aiguës (58%)	Niveau 1, 2, T : 14%	- Surveillance post-chimio <ul style="list-style-type: none"> <li>• sans MPA (21%)</li> </ul>	- 4 jours : 15% 5 - 15 jours : 39%	IK > 60 : 45%

- Tumeurs malignes du système nerveux (12%)	Niveau 3 et 4 : 86%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• avec éducation du patient et de son entourage (8%)</li> <li>- Traitements intraveineux (15%/ 5% sans MPA)</li> <li>- Autres traitements (14% / 8% avec surveillance post-chimio)</li> <li>- Nutrition entérale                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• avec surveillance post-chimio (5%)</li> <li>• avec éducation du patient et de son entourage (3%)</li> </ul> </li> </ul>	16 - 30 jours : 23% + 30 jours : 23% MCO : 86% 3 patients avec un médicament sur la liste en sus (5%)	Âge moyen : 8 ans
<b>OBSTETRIQUE (11%) 218 patients</b>				
<b>Accouchements par voie basse (55%)</b> - Accouchement unique spontané (60%), - Travail et accouchement compliqués d'une détresse fœtale - Soins maternels pour anomalies et lésions fœtales / croissance insuffisante du fœtus - Rupture prématuré des membranes	Niveau A, B, T : 96% Niveau C : 4%	- Post-partum pathologique, sans MPA (99%) <b>Diagnostiques principaux en HAD :</b> surveillance de grossesse à haut risque, soins examens post-partum, santé menacé par des conditions socio-économique/psychologique, complications puerpéralité	- 4 jours : 9% 5 -15 jours : 89% 16 - 30 jours : 2% Domicile : 96%	IK>60 : 99% Âge moyen : 17 ans
<b>Affections de l'ante-partum (34%)</b> - Faux travail (65%) et menace d'accouchement prématuré - Affections de l'ante-partum (32%) : soins maternels pour croissance insuffisante du fœtus, affections hépatiques, rupture prématuré des membranes, hypertension, infections génito-urinaire, diabète sucré	Niveau A, B, T : 33% Niveau C : 4% Niveau Z (autre) : 63%	- Surveillance de grossesse à haut risque <ul style="list-style-type: none"> <li>• sans MPA (76%)</li> <li>• avec d'autres traitements (17%)</li> <li>• avec éducation du patient et de son entourage (1%)</li> </ul> - Post-partum pathologique (4%)	- 4 jours : 3% 5 -15 jours : 45% 16 - 30 jours : 33% + 30 jours : 19% MCO : 89%	IK>60 : 95% Âge moyen : 17 ans
<b>Césariennes (11%)</b> Travail et accouchement compliqués d'une détresse fœtale, complications du travail (dystocie, anomalies de la contraction utérines et de la dilatation du col)	Niveau A, B : 83% Niveau C : 17%	- Post-partum pathologique, sans MPA (96%) - Pansements complexes avec prise en charge de la douleur (4%)	- 4 jours : 4% 5 -15 jours : 91% + 30 jours : 4% Domicile : 100%	IK>60 : 96% Âge moyen : 17 ans
<b>PNEUMOLOGIE (6%) 122 patients</b>				
<b>Infections respiratoires (42%)</b> - Pneumopathies bactériennes (29%) : dues à pseudomonas, staphylocoque, streptocoque, autres - Pneumopathies à micro-organisme (29%) - Pneumopathies due à des aliments et des vomissements (12%) - Pneumonie due à streptococcus pneumoniae (8%)	Niveau 1, 2 : 39% Niveau 3, 4 : 61%	- Traitements intraveineux <ul style="list-style-type: none"> <li>• sans MPA (27%)</li> <li>• avec assistance respiratoire (6%)</li> <li>• avec nutrition entérale (4%)</li> </ul> - Assistance respiratoire <ul style="list-style-type: none"> <li>• avec d'autres traitements (6%)</li> <li>• avec éducation du patient et de son entourage (6%)</li> <li>• avec nutrition entérale (4%)</li> </ul> - Soins palliatifs <ul style="list-style-type: none"> <li>• avec nutrition entérale (8%)</li> <li>• avec assistance respiratoire (4%)</li> </ul>	- 4 jours : 6% 5 -15 jours : 39% 16 - 30 jours : 18% + 30 jours : 37% MCO : 61% Domicile : 31%	IK<50 : 57% Âge moyen : 9 ans
<b>Bronchites, bronchiolites et asthme (25%)</b>	Niveau 1, 2, T :	- Autres traitements <ul style="list-style-type: none"> <li>• avec assistance respiratoire (16%)</li> </ul>	- 4 jours : 6%	IK<50 :

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asthme (35%)</li> <li>- Bronchites aiguës (26%)</li> <li>- Bronchiolites aiguës (23%)</li> </ul>	<p>65%</p> <p>Niveau 3, 4 : 35%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• avec éducation du patient et de son entourage (10%)</li> <li>- Nutrition entérale (19% / 6% sans MPA)</li> <li>- Éducation du patient et de son entourage (16% / 13% sans MPA)</li> <li>- Assistance respiratoire (13%/ 3% sans MPA)</li> </ul>	<p>5 -15 jours : 55%</p> <p>16 - 30 jours : 13%</p> <p>+ 30 jours : 26%</p> <p>MCO : 55%</p> <p>Domicile : 45%</p>	<p>58%</p> <p>Âge moyen : 3,5 ans</p>
<p><b>Insuffisance respiratoire aiguë (15%)</b></p>	<p>Niveau 1, 2, T : 44%</p> <p>Niveau 3 et 4 : 56%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soins palliatifs                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• sans MPA (11%)</li> <li>• avec assistance respiratoire (11%)</li> <li>• avec nutrition entérale (11%)</li> </ul> </li> <li>- Assistance respiratoire                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• avec nutrition entérale (11%)</li> <li>• avec éducation du patient et de son entourage (6%)</li> </ul> </li> <li>- Nutrition entérale (17% / 11 avec assistance respiratoire)</li> </ul>	<p>- 4 jours : 6%</p> <p>5 -15 jours : 28%</p> <p>16 - 30 jours : 28%</p> <p>+ 30 jours : 39%</p> <p>MCO : 61%</p>	<p>IK&lt;50 : 89%</p> <p>Âge moyen : 6 ans</p>
<p><b>ORTHOPEIDIE TRAUMATOLOGIE (6%) 114 patients</b></p>				
<p><b>Prise en charge chirurgicale (72%)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chirurgie de l'appareil locomoteur (59%) : fractures (membres supérieurs ou inférieurs), ostéomyélites aiguës, arthrite, lésion du ménisque, déformation des orteils</li> <li>- Chirurgies majeures orthopédiques (27%) : épiphysiolyse de la tête fémorale, fractures du bassin/fémur, luxations de la hanche</li> <li>- Arthroscopies (15%) : ligaments croisés ou lésion interne des genoux, polyarthrite juvénile</li> </ul>	<p>Niveau 1, 2, J : 57%</p> <p>Niveau 3, 4 : 43%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Post-traitement chirurgical                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• sans MPA (9%)</li> <li>• avec soins de nursings lourds (9%)</li> <li>• avec nutrition entérale (2%)</li> <li>• avec rééducation orthopédique (2%)</li> </ul> </li> <li>- Prise en charge de la douleur, sans MPA (22%)</li> <li>- Traitements intraveineux                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• avec pansements complexes (12%)</li> <li>• sans MPA (5%)</li> </ul> </li> <li>- Pansements complexes                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• sans MPA (15%)</li> <li>• avec prise en charge de la douleur (4%)</li> </ul> </li> </ul>	<p>- 4 jours : 17%</p> <p>5 -15 jours : 18%</p> <p>16 - 30 jours : 37%</p> <p>+ 30 jours : 28%</p> <p>Domicile : 46%</p> <p>MCO : 46%</p> <p>SSR : 5%</p>	<p>IK&lt;50 : 51%</p> <p>Âge moyen : 13 ans</p>
<p><b>Prise en charge médicale (28%)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Traumatologie non opératoire (63%) : synovite et ténosynovite, fractures du fémur, fracture de l'acétabulum, polyarthrite juvénile</li> <li>- Traumatismes du bassin, des membres et du rachis (37%) : fractures</li> </ul>	<p>Niveau 1, 2, J, T : 94%</p> <p>Niveau 3, 4 : 6%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autres traitements                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• sans MPA (44%)</li> <li>• avec prise en charge de la douleur (6%)</li> </ul> </li> <li>- Post traitement chirurgical (16%)</li> <li>- Pansements complexes, sans MPA (9%)</li> <li>- Soins de nursings lourds (9%)</li> </ul>	<p>- 4 jours : 6%</p> <p>5 -15 jours : 53%</p> <p>16 - 30 jours : 16%</p> <p>+ 30 jours : 25%</p> <p>Domicile : 59%</p> <p>MCO : 31%</p>	<p>IK&lt;50 : 84%</p> <p>Âge moyen : 9 ans</p>
<p><b>ENDOCRINOLOGIE (5%) 105 patients</b></p>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diabète sucré insulino-dépendant (50%)</li> <li>- Malnutrition protéino-énergétique (24%)</li> <li>- Hypovolémie (7%)</li> <li>- Anorexie, difficultés nutritionnelles (9%)</li> <li>- Autres (10%)</li> </ul>	<p>Niveau 1, 2, T : 70%</p> <p>Niveau 3, 4 : 30%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Éducation du patient et de son entourage, sans MPA (35%)</li> <li>- Autres traitements                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• sans MPA (19%)</li> <li>• avec éducation du patient et de son entourage</li> </ul> </li> </ul>	<p>- 4 jours : 9%</p> <p>5 -15 jours : 16%</p> <p>16 - 30 jours : 22%</p> <p>+ 30 jours : 53%</p>	<p>IK&gt;60 : 59%</p> <p>Âge moyen :</p>

		(22%) - Nutrition entérale • avec éducation du patient et de son entourage (7%) • sans MPA (6%)	Domicile : 45% MCO : 44%	8 ans
<b>HEMATOLOGIE (5%) 96 patients</b>				
- Maladie immunitaire, du sang, des organes hématopoïétiques (75%) : aplasie médullaire médicamenteuse/acquise pure, anémies hémolytiques, thalassémie, anémie au cours de maladies tumorales - Greffe de cellules souches hématopoïétiques (22%) - Chirurgie au cours de tumeurs malignes (3%)	Niveau 1, 2, T : 39% Niveau 3 et 4 : 44% Niveau Z : 18%	- Traitements intraveineux <sup>29</sup> • sans MPA (19%) • Avec nutrition entérale (4%) - Autres traitements (14% / 8% sans MPA) - Nutrition entérale (10% / 2% sans MPA) - Surveillance post-chimio anticancéreuse (10% / 7% sans MPA)	- 4 jours : 16% 5 -15 jours : 45% 16 - 30 jours : 20% + 30 jours : 20%  MCO : 83%	IK>60 : 59%  Âge moyen : 7 ans

### **Modalités d'orientation des enfants et adolescents âgés d'un à 18 ans du domicile vers l'HAD**

11,6 % des enfants et adolescents âgés d'un à 18 ans, soit 276 patients, n'ont eu aucune autre hospitalisation durant les six mois en amont de leur séjour en HAD en 2015. Ils peuvent être admis en HAD directement depuis leur domicile (prescription d'un médecin de ville ou d'un médecin hospitalier lors d'une consultation hospitalière externe) ou suite à un passage dans les services des urgences. Ces enfants étaient en HAD avec les modes de prise en charge suivants :

- Traitements intraveineux, sans prise en charge associée, dans 26 % des cas ;
- Pansements complexes, sans prise en charge associée, dans 18 % des cas, associés à une prise en charge de la douleur dans 3 % des cas ;
- Autres traitements, sans prise en charge associée, dans 11 % des cas, associés à l'éducation du patient et de son entourage dans 2 % des cas ;
- Éducation du patient et de son entourage dans 4 % des cas ;
- Surveillance de grossesse à risque, sans prise en charge associée, dans 4 % des cas, associée à l'éducation du patient et de son entourage dans 1 % des cas ;
- Nutrition entérale dans 5 % des cas.

Dans 68 % des cas, ces enfants n'ont pas eu d'autre hospitalisation dans les six mois après leur hospitalisation en HAD ; dans 17 % des cas, ils étaient transférés en MCO et dans 1 % des cas en SSR.

### **Modalités d'orientation des enfants et adolescents d'un an à 18 ans ayant un séjour en SSR dans leur parcours de soins avec HAD**

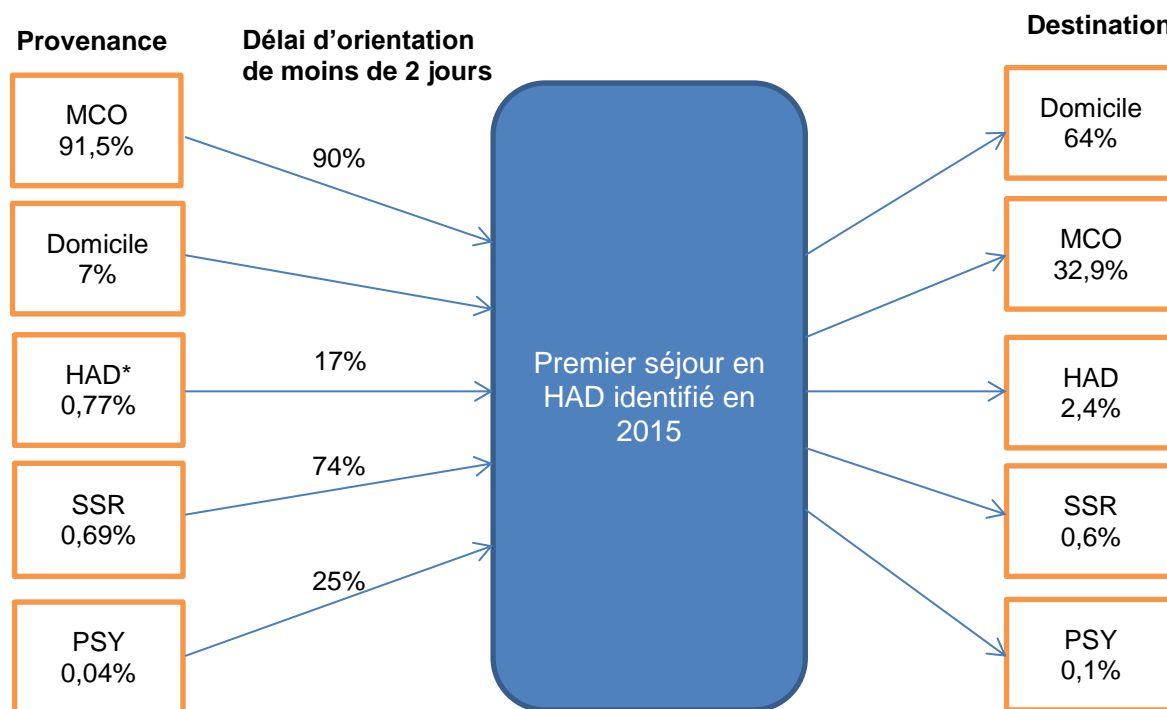
10 % des enfants et adolescents ont été hospitalisés en SSR au cours de la période de l'étude, soit 240 patients. Les différents parcours entre secteurs hospitaliers étaient les suivants :

- Dans 14 % des cas (33 patients), le séjour en HAD était réalisé entre un séjour en MCO et un séjour en SSR. Les enfants étaient hospitalisés en MCO pour chirurgie de l'appareil locomoteur, chirurgie majeure orthopédique, chirurgie digestive haute, chirurgie du rachis/moelle ou rectum/anus, anémie nutritionnelle, hémolytique, médullaire et autres.
- Dans 21 % des cas (51 patients), les enfants et adolescents étaient orientés du SSR vers l'HAD en 2015. Les enfants étaient hospitalisés en SSR principalement pour des actes médicaux et soins spécifiques dans le cadre de maladies du système nerveux, d'insuffisance respiratoire, de santé menacée par des antécédents personnels et familiaux ou de maladie endocrinienne et étaient en HAD pour nutrition entérale (25 %), assistance respiratoire (17 %), soins de nursing lourds (14 %), soins palliatifs (12%) et pansements complexes (10 %). Dans 31 % des cas, le patient retournait en SSR après le séjour en HAD et 29 % étaient transférés en MCO.
- Les autres parcours étaient plus complexes avec un séjour en SSR qui n'était pas réalisé directement en amont ou en aval du séjour en HAD.

► **Chez les adultes âgés de 19 à 42 ans (21 258 patients)**

Près de 90 % des adultes âgés de 19 à 42 ans (19 454 patients) hospitalisés en HAD en 2015 (1<sup>er</sup> séjour identifié) ont été transférés depuis le court séjour (MCO), dont 90 % dans un délai de moins de deux jours ; 7 % ont été admis depuis leur domicile.

**Figure 5. Provenance et destination du premier séjour en HAD identifié en 2015, chez les adultes âgés de 19 à 42 ans**



\* Le 1<sup>er</sup> séjour identifié en HAD en 2015 peut être précédé d'un autre séjour réalisé en HAD avant 2015.

**Modalités d'orientation des adultes âgés de 19 à 42 ans du MCO vers l'HAD**

Les modalités d'orientation des adultes âgés de 19 à 42 ans du MCO vers l'HAD sont détaillées dans le tableau ci-dessous, en indiquant les pathologies concernées et la sévérité des séjours en MCO et les modes de prise en charge et durées des séjours en HAD correspondants.

**Tableau 10. Modalités d'orientation des enfants et adolescents âgés de 19 à 42 ans du MCO vers l'HAD (19 454 patients)**

Caractéristiques de la prise en charge en MCO		➔	Caractéristiques de la prise en charge en HAD	
Trajectoires de soins et précisions sur les pathologies concernées	Sévérité des séjours	Mode de prise en charge principal (MPP) et associé (MPA) Diagnostics principaux en HAD	Durée des séjours Étape suivante dans le parcours du patient %patients avec médicaments en sus	IK Âge moyen
<b>OBSTETRIQUE (74%) 14 395 patients</b>				
<b>Accouchements par voie basse (42%)</b> - Accouchement unique spontané (53%) - Travail et accouchement compliqués d'une détresse fœtale - Travail prolongé - Grossesse multiple	Niveau A, B, T, Z : 95% Niveau C, D : 5%	- Post-partum pathologique, sans MPA (96%) <b>Diagnostics principaux en HAD</b> : complications du travail de l'accouchement, complications puerpérales, soins examens du post-partum, œdème, protéinurie, hypertension, soins maternels liés au fœtus	- 4 jours : 9% 5 -15 jours : 90% 16-30 jours : 1%  Domicile : 95%	IK>60 : 99,87%  Age moyen : 30 ans
<b>Césariennes (37%)</b> - Travail et accouchement compliqués d'une détresse fœtale (26%) - Soins maternels pour anomalie connue ou présumée des organes pelviens (21%), - Anomalies de la contraction utérine et de la dilatation du col, travail prolongé (12%), - Soins maternels pour présentation anormale du fœtus	Niveau A, B : 92% Niveau C, D : 8 %	- Post-partum pathologique, sans MPA (99%) <b>Diagnostics principaux en HAD</b> : surveillance de pansements et de sutures, œdème, protéinurie, hypertension, soins examens du post-partum	- 4 jours : 5% 5-15 jours : 94% 16-30 jours : 1%  Domicile : 94%	IK>60 : 96%  Age moyen : 32 ans
<b>Affections de l'ante-partum (21%)</b> - Travail et accouchement prématuré (17%) - Diabète sucré au cours de la grossesse (16%) - Faux travail (15%) - Soins maternels pour affections connues du fœtus (10%)	Niveau A, B, T : 56% Niveau C, D : 6% Niveau Z : 38%	- Surveillance de grossesse à haut risque (89%), sans MPA (86%) - Éducation du patient et de son entourage (3%)	- 4 jours : 6% 5 -15 jours : 35% 16-30 jours : 31% + 30 jours : 28%  MCO : 94%	IK>60 : 98%  Age moyen : 30 ans
<b>DIGESTIF (6%) 1 307 patients</b>				
<b>Prise en charge médicale (19%)</b> Hépto-gastro-entérologie	Niveau 1, 2, T, J : 48% Niveau 3 et 4 : 45% Niveau Z :	- Traitements intraveineux (29%) • sans MPA (13%) • avec nutrition parentérale (10%) - Nutrition parentérale (19%) • sans MPA (5%)	- 4 jours : 6% 5-15 jours : 44% 16-30 jours : 24% + 30 jours : 26%	40<IK<70 : 82%  Âge moyen :

	7%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avec traitement IV/ pansements complexes (3%)</li> <li>- Soins palliatifs (14%)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• avec nutrition parentérale (5%)</li> <li>• sans MPA (4%)</li> </ul> </li> <li>- Pansements complexes (9% / 3% sans MPA)</li> <li>- Nutrition entérale (7% / 5% sans MPA)</li> </ul>	MCO : 74% Domicile : 21%	34 ans
<b>Prise en charge chirurgicale (81%)</b> - Chirurgie rectum/anus (85%) - Chirurgie digestive majeure (6%) : - Chirurgie digestive haute et autres chirurgie (5%) :	Niveau 1, 2, J : 88% Niveau 3 et 4 : 12%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pansements complexes (81% / 76% sans MPA)</li> <li>- Post traitement chirurgical (10% / 5 % avec prise en charge de la douleur)</li> <li>- Traitements intraveineux (3%)</li> </ul>	- 4 jours : 4% 5 -15 jours : 22% 16 - 30 jours : 35% + 30 jours : 39%  MCO : 24% Domicile : 73%	40<IK>7 0 : 85%  Âge moyen : 27 ans
<b>ORTHOPEIDIE TRAUMATOLOGIE (2%) 521 patients</b>				
<b>Prise en charge chirurgicale (91%)</b> - Chirurgie de l'appareil locomoteur (67%) : fractures (membres supérieurs ou inférieurs), ostéomyélites aiguës, arthrite, lésion du ménisque, déformation des orteils - Arthroscopies (25%) : ligaments croisés ou lésion interne des genoux, polyarthrite juvénile - Chirurgies majeures orthopédiques (8%) :	Niveau 1, 2, J : 70% Niveau 3, 4 : 30%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en charge de la douleur (33% / 30% sans MPA)</li> <li>- Pansements complexes (29%)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• sans MPA (23%)</li> <li>• avec prise en charge de la douleur (2%)</li> </ul> </li> <li>- Traitements intraveineux (18%)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• sans MPA (6%)</li> <li>• avec pansements complexes (5%)</li> </ul> </li> <li>- Post-traitement chirurgical (15%)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• sans MPA (5%)</li> <li>• avec rééducation orthopédique (4%)</li> <li>• avec soins de nursings lourds (1%)</li> </ul> </li> </ul>	- 4 jours : 23% 5 -15 jours : 29% 16 - 30 jours : 23% + 30 jours : 25%  Domicile : 63% MCO : 31%	40<IK> 70 : 91%  Âge moyen : 32 ans
<b>Prise en charge médicale (9%)</b> - Traumatismes du bassin, des membres (51%) : fractures - Traumatisme du rachis (37%) - Chirurgie fractures, entorses, luxations (12%)	Niveau 1, 2, J, T 79% Niveau 3, 4 : 21%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Post traitement chirurgical (46%)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• soins de nursing lourd (21%)</li> <li>• sans MPA (9%)</li> <li>• rééducation orthopédique (7%)</li> </ul> </li> <li>- Soins de nursings lourds (16%)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• rééducation orthopédique (5%)</li> <li>• sans MPA (5%)</li> </ul> </li> <li>- Pansements complexes (11%), sans MPA (9%)</li> <li>- Rééducation orthopédique (9% / 7% avec soins de nursing lourd)</li> </ul>	- 4 jours : 2% 5 -15 jours : 10% 16 - 30 jours : 23% + 30 jours : 65%  Domicile : 42% MCO : 42%	40<IK>7 0 : 86%  Âge moyen : 29 ans
<b>ONCOLOGIE / ONCO-HEMATOLOGIE, hors chirurgie et greffe (2%) 526 patients</b>				
<b>Chimiothérapie, radiothérapie pour tumeur (75%), en</b>	Niveau 1, 2,	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chimiothérapie anticancéreuse                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• sans MPA (30%)</li> </ul> </li> </ul>	- 4 jours : 21%	IK>60 :



séance ou hors séance	T : 27% Niveau 3 et 4 : 15% Niveau Z : 65%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• avec pansements complexes (4%)</li> <li>• avec prise en charge de la douleur (3%)</li> <li>- Surveillance post-chimio             <ul style="list-style-type: none"> <li>• sans MPA (19%)</li> <li>• avec éducation du patient et de son entourage (4%)</li> <li>• avec traitements intraveineux (3%)</li> </ul> </li> <li>- Soins palliatifs (9%)</li> </ul> <p><b>Diagnostics principaux en HAD :</b> tumeurs des tissus lymphoïdes (19%), leucémie lymphoïde (17%), tumeurs malignes du SNC (13%), des os (11%)</p>	5 -15 jours : 40% 16 - 30 jours : 23% + 30 jours : 16% MCO : 90% 4 patients avec un médicament sur la liste en sus (2%)	67% Âge moyen : 9 ans
<p><b>Autres séjours pour tumeur (25%)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leucémies aigües (58%)</li> <li>- Tumeurs malignes du système nerveux (12%)</li> </ul>	Niveau 1, 2, T : 14% Niveau 3 et 4 : 86%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Surveillance post-chimio             <ul style="list-style-type: none"> <li>• sans MPA (21%)</li> <li>• avec éducation du patient et de son entourage (8%)</li> </ul> </li> <li>- Traitements intraveineux (15%/ 5% sans MPA)</li> <li>- Autres traitements (14% / 8% avec surveillance post-chimio)</li> <li>- Nutrition entérale             <ul style="list-style-type: none"> <li>• avec surveillance post-chimio (5%)</li> <li>• avec éducation du patient et de son entourage (3%)</li> </ul> </li> </ul>	- 4 jours : 15% 5 -15 jours : 39% 16-30 jours : 23% + 30 jours : 23% MCO : 86% 3 patients avec un médicament sur la liste en sus (5%)	IK>60 : 45% Âge moyen : 8 ans

### **Modalités d'orientation des adultes âgés de 19 à 42 ans du domicile vers l'HAD**

7 % des adultes âgés de 42 à 75 ans, soit 1 485 patients, n'ont eu aucune autre hospitalisation durant les six mois en amont de leur séjour en HAD en 2015. Ils peuvent être admis en HAD directement depuis leur domicile (prescription d'un médecin de ville ou d'un médecin hospitalier lors d'une consultation hospitalière externe) ou à la suite d'un passage dans les services des urgences. Ces patients avaient 30 ans en moyenne et 92 % d'entre eux étaient peu dépendants voire indépendant (IK>60%). Ils étaient en HAD avec les modes de prise en charge suivants :

- Surveillance de grossesse à risque (54 %) ; associée à une prise en charge psychologique et/ou sociale dans 4 % des cas ;
- Post-partum pathologique (24 %) ;
- Pansements complexes (7 %) ;
- Éducation du patient et de son entourage (5 %).

Ces modes de prise en charge étaient rarement associés avec un autre.

Les principaux diagnostics codés en HAD pour ces patients étaient : œdème, protéinurie et hypertension au cours de la grossesse, de l'accouchement et la puerpéralité (25 %), les soins maternels liés au fœtus (22 %), les surveillances de pansements et de sutures (11 %) et les tumeurs malignes des organes digestifs (6 %).

Dans 55 % des cas, ces patients étaient transférés en MCO ; dans 39 % des cas, ils restaient à leur domicile et, dans 5 % des cas, ils effectuaient un autre séjour en HAD.

### **Modalités d'orientation des adultes âgés de 19 à 42 ans ayant une hospitalisation en SSR dans leur parcours de soins avec HAD**

Seulement 2,8 % des adultes âgés de 19 à 42 ans ont été hospitalisés en SSR au cours de la période de l'étude, soit 600 patients. Les différents parcours entre secteurs hospitaliers étaient les suivants :

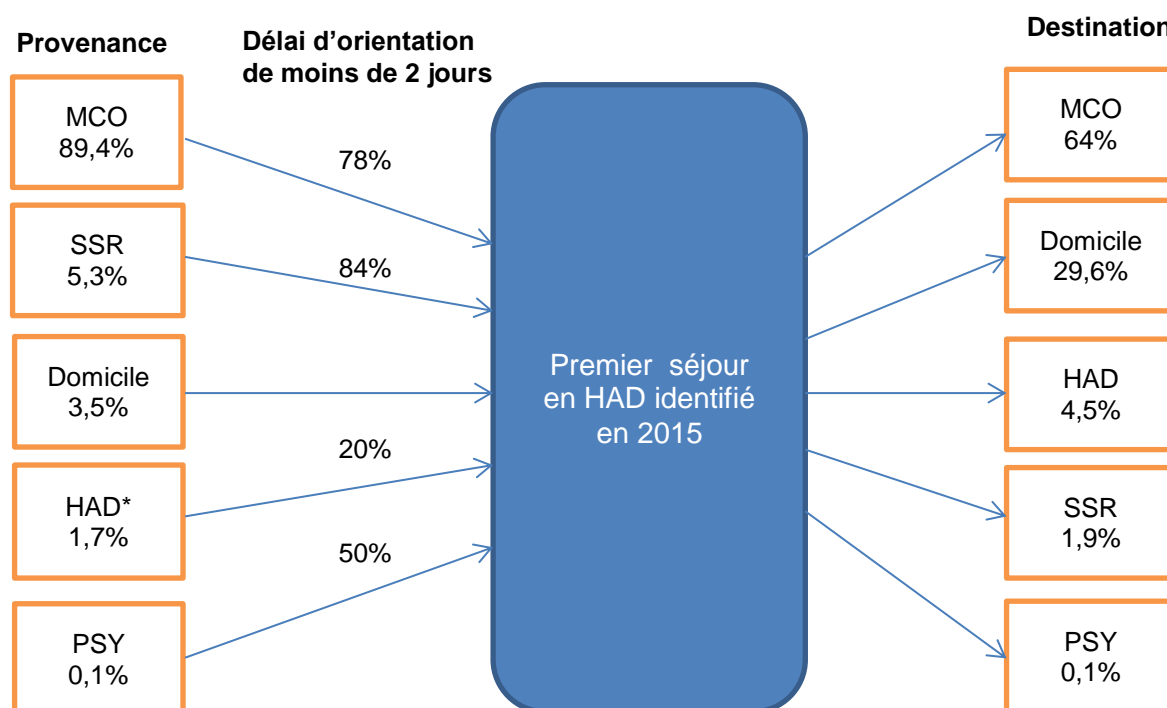
- Un séjour en SSR a eu lieu juste avant l'HAD en 2015 dans 24 % des cas (soit 147 patients). Les modes de prise en charge de ces patients en SSR et en HAD étaient les suivantes :
  - 73 % d'entre eux étaient hospitalisés en SSR pour des actes médicaux et soins spécifiques : hémiplégie, paraplégie et tétraplégie, insuffisance respiratoire, ulcères. Ils étaient orientés en HAD pour des pansements complexes (29 %, seuls ou associés à des soins de nursing lourds), des soins de nursing lourds (22 %, seuls ou associés à une rééducation), une nutrition entérale (14 %, associée à des soins de nursings lourds ou une rééducation neurologique), des traitements intraveineux (12 %).
  - 11 % d'entre eux étaient en SSR pour une surveillance de pansements et sutures dans le cadre d'absence acquise du pied ou de la cheville, d'un ulcère de décubitus ou d'une greffe de la peau. Ils étaient orientés en HAD pour des pansements complexes (81 %) principalement seuls ou dans certains cas associés à une rééducation orthopédique ou une prise en charge de la douleur.
- Un séjour en SSR a eu lieu avant l'HAD mais pas directement en amont dans 43 % des cas. Un séjour en MCO entre le SSR et l'HAD avait lieu dans 94 % des cas et concernait des soins de radiothérapie ou chimiothérapie, des soins palliatifs, une infection respiratoire, une chirurgie pour ostéomyélite aiguë, des ulcères. Ils étaient orientés ensuite en HAD pour des traitements intraveineux (25 %, seuls ou associés à des pansements complexes ou une assistance respiratoire), des pansements complexes (20 %), des soins palliatifs (14 %).
- Un séjour en SSR a eu lieu après l'HAD en 2015 dans 33 % des cas. Pour ces patients, le séjour en SSR avait lieu directement après l'HAD dans 34 % des cas. Les modes de

prise en charge en HAD pour ces patients étaient des pansements complexes (28 %), des traitements intraveineux (18 %), des post-traitements chirurgicaux (13 %) et des soins de nursing lourds (12 %).

► **Chez les adultes âgés de 43 à 75 ans (37 198 patients)**

Près de 90 % des adultes âgés de 43 à 75 ans (33 253 patients) hospitalisés en HAD en 2015 (1<sup>er</sup> séjour identifié) ont été transférés depuis le court séjour (MCO), dont 78 % dans un délai de moins de deux jours. 5 % ont été transférés depuis les SSR, et pour 84 % d'entre eux dans un délai de moins de deux jours. 20 % ont été transférés depuis les HAD\*, et pour 50 % d'entre eux dans un délai de moins de deux jours. 0,1 % ont été transférés depuis les PSY.

**Figure 6. Provenance et destination du premier séjour en HAD identifié en 2015, chez les adultes de 43 à 75 ans**



\* Le 1<sup>er</sup> séjour identifié en HAD en 2015 peut être précédé d'un autre séjour réalisé en HAD avant 2015.

**Modalités d'orientation des adultes âgés de 43 à 75 ans du MCO vers l'HAD**

Les modalités d'orientation des adultes âgés de 43 à 75 ans du MCO vers l'HAD sont détaillées dans le tableau ci-dessous, en indiquant les pathologies concernées et la sévérité des séjours en MCO et les modes de prise en charge et durées des séjours en HAD correspondants.

Tableau 11. Modalités d'orientation des adultes âgés de 43 à 75 ans du MCO vers l'HAD (33 253 patients)

Caractéristiques de la prise en charge en MCO		➔	Caractéristiques de la prise en charge en HAD	
Trajectoires de soins et précisions sur les pathologies concernées	Sévérité des séjours	Mode de prise en charge principal (MPP) et associé (MPA) Diagnostics principaux en HAD	Durée des séjours Étape suivante dans le parcours du patient %patients avec médicaments en sus %patients en EHPAD	IK Âge moyen
<b>ONCOLOGIE / ONCO-HEMATOLOGIE, hors chirurgie et greffe (22%) 7 193 patients</b>				
<b>Chimiothérapie, radiothérapie pour tumeur (67%), en séance ou hors séance</b> - Séances de chimiothérapie pour tumeur (84%) - Séances d'irradiation (12%) - Séances de préparation à une irradiation (4%)	Niveau 1, 2, T : 13% Niveau 3 et 4 : 5% Niveau Z : 82%	- Soins palliatifs (27%) • sans MPA (13%) • avec nutrition parentérale/entérale (5%) • avec surveillance post-chimio (3%) • avec prise en charge de la douleur (3%) - Chimiothérapie anticancéreuse (24% / 23% sans MPA) - Surveillance post-chimio (23% / 18% sans MPA) - Traitements intraveineux (6% / 2% sans MPA) - Nutrition parentérale (6% / 3% avec surveillance post-chimio) <b>Diagnostics principaux en HAD :</b> tumeurs malignes des organes digestifs (22%), respiratoires et thoraciques (15%), myélome multiple (10%), tumeurs du sein (9%)	- 4 jours : 20% 5 - 15 jours : 39% 16 - 30 jours : 15% + 30 jours : 26% MCO : 79% Patients avec un médicament sur la liste en sus : 16% 0,68% en EHPAD	IK<50 : 52% Âge moyen : 62 ans
<b>Prise en charge médicales des tumeurs (33%)</b> - Tumeurs de l'appareil respiratoire (20%) - Tumeurs du tube digestif (16%) - Tumeurs du système nerveux (16%) - Affections hépatiques sévères et affections du pancréas (14%) - Affections hématologiques malignes (8%) - Tumeurs de l'appareil musculosquelettique (7%)	Niveau 1, 2, T, J : 23% Niveau 3 et 4 : 77%	- Soins palliatifs (52%) • sans MPA (25%) • avec nutrition entérale/parentérale (10%) • avec prise en charge de la douleur (6%) • avec assistance respiratoire (5%) - Traitements intraveineux (9% / % sans MPA) - Nutrition parentérale (8% / 2% avec surveillance post chimio) - Surveillance post-chimio (6% / 3% sans MPA) - Prise en charge de la douleur (6% / 2% avec soins palliatifs)	- 4 jours : 9% 5 - 15 jours : 39% 16 - 30 jours : 24% + 30 jours : 28% MCO : 73% Patients avec un médicament sur la liste en sus : 2,5% 0,59% en EHPAD	IK<50 : 81% Âge moyen : 63 ans

<b>DIGESTIF (11%) 3 542 patients</b>				
<p><b>Prise en charge médicale (59%)</b> Occlusions intestinales, ascite, surveillance de stomie, douleur abdominale et pelvienne, obstruction des voies biliaires, angiocholite, nausées et vomissements, dysphagie, obstruction de l'œsophage, insuffisance hépatique aigue, fistule de l'intestin, péritonite, abcès du foie</p>	<p>Niveau 1, 2, T : 34% Niveau 3 et 4 : 52% Niveau Z : 14%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soins palliatifs (38%)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• sans MPA (18%)</li> <li>• avec nutrition parentérale/entérale (11%)</li> <li>• avec prise en charge de la douleur (4%)</li> </ul> </li> <li>- Traitements intraveineux (19%)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• sans MPA (7%)</li> <li>• avec nutrition parentérale/entérale (6%)</li> </ul> </li> <li>- Nutrition parentérale (13%)</li> <li>- Nutrition entérale (8%)</li> <li>- Pansements complexes (7% / 3% sans MPA)</li> </ul>	<p>- 4 jours : 7% 5 -15 jours : 37% 16 - 30 jours : 22% + 30 jours : 33%</p> <p>MCO : 74%</p> <p>10 patients avec un médicament sur la liste en sus</p> <p>1,33% en EHPAD</p>	<p>IK&lt;50 : 76%</p> <p>Âge moyen : 62 ans</p>
<p><b>Prise en charge chirurgicale (41%)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chirurgie digestive majeure (58%) : tumeur maligne du rectum / colon / péritoine, iléus paralytique et occlusion intestinale sans hernie, péritonite, fistule de l'intestin, diverticulose du colon, perforation de l'intestin</li> <li>- Chirurgie viscérale (32%) : hernie abdominale/inguinale, sinus pilonidal, péritonite, tumeur maligne secondaire du péritoine, abcès anal, iléus paralytique et occlusion intestinale sans hernie, fistule de l'intestin</li> <li>- Chirurgie hépatobiliaire et pancréatique (10%) : tumeur maligne du pancréas / du foie / des voies biliaires, cholécystite, calcul de la vésicule biliaire</li> </ul>	<p>Niveau 1, 2, T : 23% Niveau 3 et 4 : 77%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pansements complexes (41%)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• sans MPA (29%)</li> <li>• avec soins de nursings lourds (3%)</li> <li>• avec prise en charge de la douleur (2%)</li> </ul> </li> <li>- Post traitement chirurgical (14% / 8% sans MPA)</li> <li>- Soins palliatifs (13% / 4% sans MPA)</li> <li>- Traitements intraveineux (10%)</li> </ul>	<p>- 4 jours : 4% 5 -15 jours : 26% 16 - 30 jours : 26% + 30 jours : 43%</p> <p>MCO : 71%</p> <p>Domicile : 26%</p> <p>0,63% en EHPAD</p>	<p>IK&lt;50 : 64%</p> <p>Âge moyen : 61 ans</p>
<b>DOULEURS CHRONIQUES, SOINS PALLIATIFS (10%) 3 234 patients</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soins palliatifs (85%)</li> <li>- Douleurs chroniques irréductibles (15%)</li> </ul>	<p>Niveau 1, 2, T : 9% Niveau 3 et 4 : 8% Niveau Z : 83%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soins palliatifs (71%)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• sans MPA (31%)</li> <li>• avec prise en charge de la douleur (15%)</li> <li>• avec nutrition parentérale/entérale (12%)</li> <li>• avec assistance respiratoire (8%)</li> </ul> </li> <li>- Prise en charge de la douleur (13% / 4% avec soins palliatifs)</li> <li>- Traitements intraveineux (5%)</li> </ul> <p><b>Diagnostics principaux en HAD</b> : tumeurs malignes des organes digestifs (23%), respiratoires et thoraciques (21%), cancers génitaux (10%), tumeurs du sein (9%)</p>	<p>- 4 jours : 10% 5 -15 jours : 36% 16 - 30 jours : 25% + 30 jours : 29%</p> <p>MCO : 63%</p> <p>Domicile : 34%</p> <p>1% en EHPAD</p>	<p>IK&lt;50 : 89%</p> <p>Âge moyen : 62 ans</p>

<b>TISSUS CUTANE ET SOUS-CUTANE (9%) 2 896 patients</b>				
<b>Prise en charge chirurgicale (57%)</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ulcère de décubitus ou du membre inférieur (21%), abcès cutané (21%), complications de soins chirurgicaux (8%), désunion d'une plaie opératoire, infection et réaction inflammatoire dues à des prothèses/greffe</li> <li>- Greffe de peau (20%) : ulcère de décubitus ou du membre inférieur, cicatrices et fibroses cutanées</li> </ul>	Niveau 1, 2, J : 40% Niveau 3 et 4 : 60%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pansements complexes (67% / 54% sans MPA)</li> <li>- Traitements intraveineux (15%)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• avec pansements complexes (7%)</li> <li>• sans MPA (4%)</li> </ul> </li> <li>- Post traitement chirurgical (12% / 9% sans MPA)</li> </ul>	- 4 jours : 2% 5 -15 jours : 20% 16 - 30 jours : 28% + 30 jours : 49% MCO : 57% Domicile : 38%	IK<50 : 42%  Âge moyen : 61 ans
<b>Prise en charge médicale (43%)</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ulcère de décubitus ou du membre inférieur (42%)</li> <li>- Abcès cutané, furoncle, anthrax, phlegmon (16%)</li> <li>- Infections ou symptômes de la peau et tissus sous-cutanés (13%)</li> <li>- Erysipèle (9%)</li> </ul>	Niveau 1, 2, J : 42% Niveau 3 et 4 : 56% Niveau Z : 2%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pansements complexes (72%)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• sans MPA (53%)</li> <li>• avec soins de nursings lourds (8%)</li> </ul> </li> <li>- Traitements intraveineux (14%)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• avec pansements complexes (6%)</li> <li>• sans MPA (6%)</li> </ul> </li> <li>- Soins palliatifs (5%)</li> </ul>	- 4 jours : 3% 5 -15 jours : 22% 16 - 30 jours : 27% + 30 jours : 49% MCO : 60% Domicile : 35% 3,4% en EHPAD	IK<50 : 57%  Âge moyen : 62 ans
<b>PNEUMOLOGIE (7%) 2 422 patients</b>				
<b>Infections respiratoires (48%)</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pneumopathies dues à des aliments et des vomissements (20%)</li> <li>- Maladies pulmonaires obstructive chronique avec épisodes / infections aiguës (18%)</li> <li>- Pneumopathies à micro-organisme (22%)</li> <li>- Pneumopathies bactériennes (19%)</li> </ul>	Niveau 1, 2, T : 26% Niveau 3 et 4 : 74%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Traitements intraveineux (32%)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• sans MPA (15%)</li> <li>• avec assistance respiratoire (10%)</li> </ul> </li> <li>- Soins palliatifs (30%)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• sans MPA (10%)</li> <li>• avec assistance respiratoire (10%)</li> <li>• avec nutrition entérale/parentérale (6%)</li> </ul> </li> <li>- Nutrition entérale (9% / 2% avec assistance respiratoire)</li> <li>- Pansements complexes (7%)</li> <li>- Soins de nursings lourds (6%)</li> </ul>	- 4 jours : 5% 5 -15 jours : 40% 16 - 30 jours : 21% + 30 jours : 33% MCO : 62% Domicile : 34% 5,6% en EHPAD	IK<50 : 73%  Âge moyen : 65 ans
<b>Affections respiratoires (19%)</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Épanchement pleural au cours de maladies ou non classé ailleurs (56%)</li> <li>- Anomalies de la respiration, hémorragie des voies respiratoires (20%)</li> <li>- Troubles respiratoires après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, autres troubles respiratoires, autres affections pulmonaires</li> </ul>	Niveau 1, 2, T : 57% Niveau 3 et 4 : 41% Niveau Z : 2%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soins palliatifs (39%)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• avec assistance respiratoire (14%)</li> <li>• sans MPA (12%)</li> <li>• avec nutrition entérale/parentérale (6%)</li> </ul> </li> <li>- Autres traitements (23% / 13% sans MPA)</li> <li>- Traitements intraveineux (7%)</li> <li>- Pansements complexes (6%)</li> <li>- Assistance respiratoire (5%)</li> </ul>	- 4 jours : 7% 5 -15 jours : 30% 16 - 30 jours : 26% + 30 jours : 37% MCO : 71% Domicile : 23% 1,74% en EHPAD	IK<50 : 72%  Âge moyen : 62 ans
<b>Autres affections respiratoires</b>				
	Niveau 1, 2, T :	- Soins palliatifs (35%)	- 4 jours : 6%	IK<50 :

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuffisance respiratoire aiguë (43%), chronique (9%)</li> <li>- Embolie pulmonaire (19%)</li> <li>- Bronchite aiguë (13%)</li> </ul>	<p>30% Niveau 3 et 4 : 70%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sans MPA (13%)</li> <li>• avec assistance respiratoire (12%)</li> <li>• avec nutrition entérale/parentérale (5%)</li> <li>- Traitements intraveineux (17% / 7% avec assistance respiratoire)</li> <li>- Assistance respiratoire (16% / 4% avec soins palliatifs)</li> </ul>	<p>5 -15 jours : 34% 16 - 30 jours : 22% + 30 jours : 39%</p> <p>MCO : 67% Domicile : 29% 2,9% en EHPAD</p>	<p>83%</p> <p>Âge moyen : 64 ans</p>
<p><b>ORTHOPEIDIE TRAUMATOLOGIE (8%) 2 632 patients</b></p>				
<p><b>Prise en charge chirurgicale (95%)</b></p>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chirurgie de l'appareil locomoteur (61%) : athéroscléroses, ostéomyélites, arthropathies infectieuses, déformation des doigts et des orteils, gangrène, infection/nécrose d'un moignon d'amputation, fractures de l'épaule et du bras / de la jambe</li> <li>- Chirurgies majeures orthopédiques (28%) : gonarthrose, coxarthrose, fractures du fémur, complication mécanique d'une prothèse articulaire interne</li> <li>- Arthroscopies (11%) : lésions de l'épaule</li> </ul>	<p>Niveau 1, 2, T : 59% Niveau 3 et 4 : 41%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pansements complexes (32% / 25% sans MPA)</li> <li>- Post traitement chirurgical (29%)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• avec rééducation orthopédique (21%)</li> <li>• sans MPA (5%)</li> </ul> </li> <li>- Traitements intraveineux (16%)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• avec pansements complexes (7%)</li> <li>• sans MPA (5%)</li> </ul> </li> <li>- Prise en charge de la douleur (16% / 11% sans MPA)</li> </ul>	<p>- 4 jours : 12% 5 -15 jours : 22% 16 - 30 jours : 32% + 30 jours : 35%</p> <p>Domicile : 56% MCO : 40% SSR : 2%</p> <p>1% en EHPAD</p>	<p>IK&lt;50 : 50%</p> <p>Âge moyen : 62 ans</p>
<p><b>Prise en charge médicale (5%)</b></p>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Traumatismes du bassin, des membres et du rachis (87%) : fractures d'une vertèbre lombaire / dorsale, de l'acétabulum, du fémur, de l'extrémité supérieure de l'humérus, du cou</li> <li>- Traumatologie non opératoire (63%) : luxation de la hanche, fracture de l'acétabulum, douleurs articulaires, ostéomyélites</li> </ul>	<p>Niveau 1, 2, T, J : 63% Niveau 3 et 4 : 37%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Post traitement chirurgical (26%)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• avec soins de nursings lourds (12%)</li> <li>• sans MPA (6%)</li> </ul> </li> <li>- Soins de nursings lourds (26%)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• avec prise en charge de la douleur (8%)</li> <li>• sans MPA (7%)</li> <li>• avec rééducation orthopédique (6%)</li> </ul> </li> <li>- Soins palliatifs (13% / 7% sans MPA)</li> <li>- Pansements complexes (9%)</li> </ul>	<p>- 4 jours : 4% 5 -15 jours : 20% 16 - 30 jours : 24% + 30 jours : 51%</p> <p>Domicile : 50% MCO : 44% SSR : 2%</p>	<p>IK&lt;50 : 87%</p> <p>Âge moyen : 62 ans</p>

### **Modalités d'orientation des adultes âgés de 42 à 75 ans du domicile vers l'HAD**

3,5 % des adultes âgés de 42 à 75 ans, soit 1 301 patients, n'ont eu aucune autre hospitalisation durant les six mois en amont de leur séjour en HAD en 2015. Ils peuvent être admis en HAD directement depuis leur domicile (prescription d'un médecin de ville ou d'un médecin hospitalier lors d'une consultation hospitalière externe) ou à la suite d'un passage dans les services des urgences. Ces patients avaient 62 ans en moyenne et 60 % d'entre eux étaient dépendants, voire très dépendants (IK<50%). Ils étaient en HAD avec les modes de prise en charge suivants :

- Pansements complexes sans prise en charge associée dans 24 % des cas, associés à des soins de nursings lourds dans 3 % des cas ;
- Soins palliatifs sans prise en charge associée dans 13 % des cas, associés à une assistance respiratoire dans 3 % des cas ou à une prise en charge de la douleur dans 3 % des cas ;
- Traitements intraveineux sans prise en charge associée dans 9 % des cas ;
- Soins de nursings lourds dans 7 % des cas.

Les principaux diagnostics codés en HAD pour ces patients étaient les maladies du système nerveux (14 %), les ulcères du décubitus ou des membres inférieurs (10 %), les maladies de l'appareil circulatoire (7 %) et les tumeurs malignes des organes digestifs (6 %).

Dans 57 % des cas, ces patients n'ont pas eu d'autre hospitalisation dans les six mois après l'HAD ; dans 29 % des cas, ils étaient transférés en MCO et, dans 13 % des cas, ils effectuaient un autre séjour en HAD.

### **Modalités d'orientation des adultes âgés de 42 à 75 ans ayant une hospitalisation en SSR dans leur parcours de soins avec HAD**

19 % des patients âgés de 42 à 75 ans ont eu une hospitalisation en SSR au cours de la période de l'étude, soit 7 086 patients. Les différents parcours entre secteurs hospitaliers étaient les suivants :

- Un séjour en SSR a eu lieu juste avant l'HAD en 2015 dans 28 % des cas (soit 1 978 patients). Les modes de prise en charge de ces patients en SSR et en HAD étaient les suivantes :
  - 56 % d'entre eux étaient hospitalisés en SSR pour des actes médicaux et soins spécifiques : hémiplégie, paraplégie et tétraplégie, présence d'implants, ulcères, difficultés liées à une dépendance envers la personne qui donne les soins. Ils étaient orientés en HAD pour des pansements complexes (27 %, seuls ou associés à des soins de nursing lourds ou à une rééducation orthopédique), des soins de nursing lourds (20 %, seuls ou associés à une rééducation neurologique ou orthopédique), des soins palliatifs (14 %), une rééducation neurologique (11 %), une nutrition entérale (10 %, associée à des soins de nursings lourds, une rééducation neurologique ou des pansements complexes).
  - 30 % d'entre eux étaient en SSR pour des soins de radiothérapie ou chimiothérapie et étaient orientés en HAD pour des soins palliatifs (48 %, seul ou associés à une assistance respiratoire ou une prise en charge de la douleur), des pansements complexes (18 %, seuls ou associés à des soins de nursings lourds), des soins de nursing lourds (8 %).
  - 8 % d'entre eux étaient en SSR pour une surveillance de pansements et sutures dans le cadre d'absence acquise d'un membre ou d'un organe, d'un ulcère ou de présence d'implant. Ils étaient orientés en HAD pour des pansements complexes (72 %) principalement seuls ou dans certains cas associés à des soins de nursings lourds, une rééducation orthopédique ou une prise en charge de la douleur.

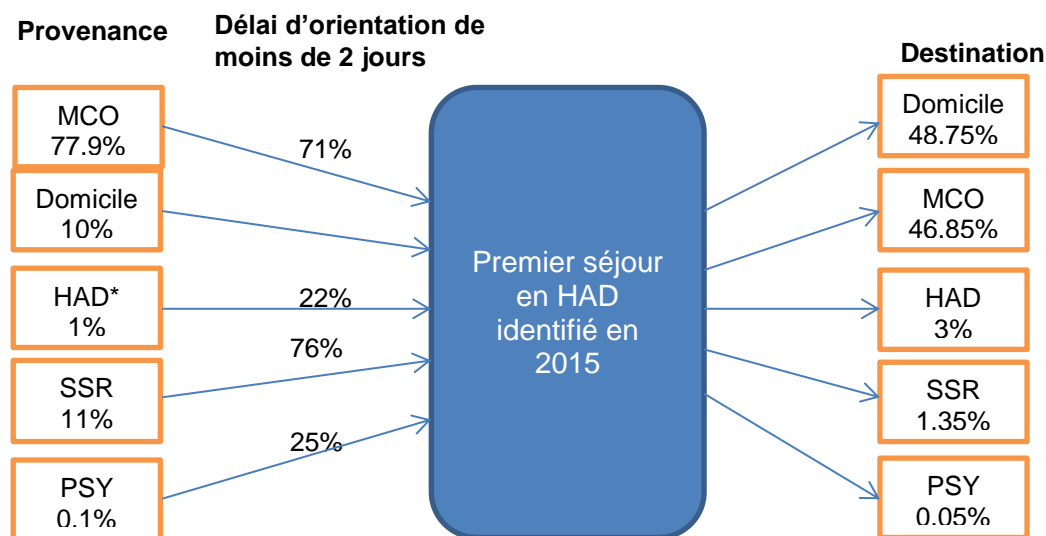


- Un séjour en SSR a eu lieu avant l'HAD mais pas directement en amont dans 47 % des cas. Un séjour en MCO entre les SSR et l'HAD avait lieu dans 98 % des cas et concernait des soins de radiothérapie ou chimiothérapie (30 %), des soins palliatifs, une infection respiratoire, la surveillance de dialyse, des ulcères, des transfusions sanguines. Ils étaient orientés ensuite en HAD pour des soins palliatifs (28 %, seuls ou associés à une nutrition entérale/parentérale, une assistance respiratoire, une prise en charge de la douleur), des pansements complexes (20 %, seuls ou associés à des pansements complexes), des traitements intraveineux (15 %, seuls ou associés à des pansements complexes)
- Un séjour en SSR a eu lieu après l'HAD en 2015 dans 25 % des cas. Cette hospitalisation en SSR avait lieu directement après l'HAD dans 17 % des cas. Les modes de prise en charge en HAD pour ces patients étaient des pansements complexes (23 %), des soins palliatifs (19 %), des traitements intraveineux (15 %), des soins de nursings lourds (10 %). Dans 80 % des cas, au moins un séjour en MCO avait lieu entre les séjours d'HAD et de SSR.

### ► Chez les personnes âgées de plus de 75 ans (29 743 patients)

77 % des adultes âgés de plus de 75 ans hospitalisés en HAD en 2015 (1<sup>er</sup> séjour identifié) ont été transférés depuis le court séjour (MCO), dont 71 % dans un délai de moins de deux jours. Ils provenaient directement de leur domicile dans 10 % des cas.

**Figure 7. Provenance et destination du premier séjour en HAD identifié en 2015, chez les personnes âgées de plus de 75 ans**



\* Le 1<sup>er</sup> séjour identifié en HAD en 2015 peut être précédé d'un autre séjour réalisé en HAD avant 2015.

### Modalités d'orientation des personnes âgées de plus de 75 ans du MCO vers l'HAD

Les modalités d'orientation des adultes âgés de plus de 75 ans après un séjour en MCO vers l'HAD sont détaillées dans le tableau ci-dessous, en indiquant les pathologies concernées et la sévérité des séjours en MCO et les modes de prise en charge et durées des séjours en HAD correspondants :

Tableau 12. Modalités d'orientation des personnes âgées de plus de 75 ans du MCO vers l'HAD

Caractéristiques de la prise en charge en MCO		➔	Caractéristiques de la prise en charge en HAD	
Trajectoires de soins et précisions sur les pathologies concernées	Sévérité des séjours	Mode de prise en charge principal (MPP) et associé (MPA) Diagnostics principaux en HAD Médicaments onéreux	Durée des séjours Étape suivante dans le parcours du patient %patients en EHPAD	IK Âge moyen
<b>ONCOLOGIE / ONCO-HEMATOLOGIE, hors chirurgie et greffe (15%) 3396 patients</b>				
<b>Radiothérapie, chimiothérapie pour tumeurs (51%) :</b> - Séances (85%) - Séances d'irradiation (11%) - Préparation à la radiothérapie (4%)	Niveau 1, 2, T, Z, J : 25% Niveau 3 et 4 : 75%	- Chimiothérapie anticancéreuse (37%) • sans MPA (33%) • avec surveillance post chimio (2%) - Soins palliatifs (26%) - Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse (19%) • 15% sans MPA • Avec soins palliatifs (1%)  → Prescription des médicaments onéreux : 25%	- 4 jours : 24% 5 -15 jours : 39% 16 - 30 jours : 12% + 30 jours : 25%  Domicile : 15% MCO : 70% EHPAD : 4%	40<IK>70 : 80%  Âge moyen : 81 ans
<b>Autres tumeurs malignes (49%) :</b> - Tumeurs malignes des organes digestifs (27%) - Tumeurs malignes des sièges mal définis, secondaires et non précisés (25%) - Tumeurs malignes des organes respiratoires et thoraciques (12%)	Niveau 1, 2, T, Z, J : 25% Niveau 3 et 4 : 75%	- Soins palliatifs (69% / 43% sans MPA) - Pansements complexes (4%) - Traitement IV (4%) - Nutrition parentérale (3%) - Prise en charge de la douleur (%)  Médicaments onéreux : 1%	- 4 jours : 12% 5 -15 jours : 35% 16 - 30 jours : 23% + 30 jours : 30%  Domicile : 49% MCO : 48% EHPAD : 7 %	IK<50 : 92%  Âge moyen : 83 ans
<b>PNEUMOLOGIE (11%) 2 641 patients</b>				
<b>Infections respiratoires (61%) :</b> - Pneumopathie dues à des substances solides et liquides (29%) - Pneumopathie à micro-organisme non précisé (29%) - Pneumopathie bactérienne non classé ailleurs	Niveau 1, 2, T, Z, J : 26% Niveau 3 et 4 : 74%	<b>Infections respiratoires :</b> - Soins palliatifs (38% / 11% avec assistance respiratoire) - Traitements IV (20% / 7% avec assistance respiratoire) - Pansements complexes (12%/ 5%	- 4 jours : 11% 5 -15 jours : 35% 16 - 30 jours : 19% + 30 jours : 34%  Domicile : 51%	IK<50 : 90%  Âge moyen : 85 ans

<p>(18%)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maladie obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures</li> </ul> <p><b>Affections respiratoires (14%)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Épanchement pleural au cours de maladies ou non classé ailleurs (59%)</li> <li>- Dyspnée (15%)</li> </ul> <p><b>Embolies pulmonaires (13%)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuffisance respiratoire aiguë (63%)</li> <li>- Embolies pulmonaires (30%)</li> </ul> <p><b>Bronchites, asthme (8%)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bronchite aiguë (56%)</li> <li>- Bronchectasie (7%)</li> <li>- Asthme ou état de mal asthmatique (5%)</li> </ul>		<p>sans MPA)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soins nursing lourds (11% / 5% avec assistance respiratoire)</li> </ul> <p><b>Affections respiratoires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soins palliatifs (47% / 18% avec assistance respiratoire)</li> <li>- Autres traitements (18%/ 5% avec assistance respiratoire)</li> <li>- Pansements complexes (8%)</li> <li>- Traitements IV (7%)</li> </ul> <p><b>Embolies pulmonaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soins palliatifs (43%/ 16% avec assistance respiratoire)</li> <li>- Soins de nursing lourds (15% /8% avec assistance respiratoire)</li> <li>- Pansements complexes (13% /3% avec assistance respiratoire)</li> <li>- Assistance respiratoire (11% / 4% avec 14)</li> </ul> <p><b>Bronchites, asthme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soins palliatifs (37%/ 13% avec assistance respiratoire)</li> <li>- Traitements IV (20% /6% avec assistance respiratoire)</li> <li>- Soins de nursing lourds (11% /5% avec assistance respiratoire)</li> </ul>	<p>MCO : 45%</p> <p>EHPAD 19 %</p>	
<b>CARDIOLOGIE (10%) 2 375 patients</b>				
<p><b>Prise en charge médicale (88%)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuffisance cardiaque (45%)</li> <li>- Ajustement et entretien d'un dispositif d'accès valvulaire (9%)</li> </ul>	<p>Niveau 1, 2, T, Z, J : 38%</p> <p>Niveau 3 et 4 : 62%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soins palliatifs (37% / 10% avec assistance respiratoire)</li> <li>- Pansements complexes (20% / 10% sans MPA)</li> <li>- Traitements intraveineux (17% / 7% sans MPA)</li> <li>- Soins de nursing lourd (11% / 4% avec assistance respiratoire)</li> </ul>	<p>- 4 jours : 10%</p> <p>5 -15 jours : 32%</p> <p>16 - 30 jours : 22%</p> <p>+ 30 jours : 36%</p> <p>Domicile : 51%</p> <p>MCO : 46%</p> <p>EHPAD : 19%</p>	<p>IK&lt;50 : 86%</p> <p>Âge moyen : 86 ans</p>
<p><b>Prise en charge chirurgicale (12%)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chirurgie vasculaire (majeure revascularisation,</li> </ul>	<p>Niveau 1, 2, T, J : 24%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pansements complexes (49% / 30% sans MPA, 8% avec 14)</li> </ul>	<p>- 4 jours : 5%</p> <p>5 -15 jours : 30%</p>	<p>IK&lt;50 : 82%</p>

autres (76%) - Stimulateurs, défibrillateurs cardiaques (17%) Embolies et thromboses artérielles (34%), Athérosclérose (23%), Bloc auriculo-ventriculaire (5%)	Niveau 3 et 4 : 76%	- Traitements IV (16% / 5% sans MPA) - Post traitement chirurgical (11% / 6% sans MPA) - Soins palliatifs (10% / 5% sans MPA)	16 - 30 jours : 26% + 30 jours : 39%  Domicile : 37% MCO : 60%  EHPAD : 12%	Âge moyen : 84 ans
<b>DIGESTIF (8%) 2 022 patients</b>				
<b>Prise en charge médicale (67%)</b>  - Maladie de l'appareil digestif (60%) : Occlusions intestinales, Ascite, Nausées et vomissements, dysphagie, Hémorragie de l'anus et du rectum - Tumeurs malignes des organes digestifs (23%) : tumeur maligne du rectum, du pancréas,...	Niveau 1, 2, T, Z, J : 44% Niveau 3,4 : 56%	- Soins palliatifs (46% / 30% sans MPA) - Pansements complexes (12% / 3% avec soins de nursing lourd) - Traitements IV (11% / 4% sans MPA)  <b>Diagnostics principaux en HAD :</b> Tumeurs malignes des organes digestifs (26%), maladie de l'appareil digestif (12%)	- 4 jours : 10% 5 -15 jours : 32% 16 - 30 jours : 21% + 30 jours : 38%  Domicile : 49% MCO : 48%  EHPAD : 13%	IK<50 : 91%  Âge moyen : 84 ans
<b>Prise en charge chirurgicale (33%)</b>  - Chirurgie digestive majeure : œsophage, estomac, grêle - Chirurgie viscérale : rate, grêle, proctologie, hernie	Niveau A, B, T : 33% Niveau C : 4% Niveau Z (autre) : 63%	- Pansements complexes (34%/18% sans MPA) - Soins palliatifs (21%/7% sans MPA) - Post-traitement chirurgical (16%/ 6% sans MPA)  <b>Diagnostics principaux en HAD :</b> Tumeurs malignes des organes digestifs Maladies de l'appareil digestif	- 4 jours : 5% 5 -15 jours : 25% 16 - 30 jours : 25% + 30 jours : 46%  MCO : 61% Domicile : 35%  EHPAD : 9%	IK<50 : 85%  Âge moyen : 82 ans
<b>DOULEURS CHRONIQUES, SOINS PALLIATIFS (8%) 1 808</b>				
- Soins de radiothérapie ou chimiothérapie (93%) - Douleurs chroniques (7%)	Niveau Z : 91% Niveau 3 et 4 : 6%	- Soins palliatifs (79% / 44% sans MPA) - Prise en charge de la douleur (6% / 1% sans MPA) - Traitements IV (3%)  <b>Diagnostics principaux en HAD :</b> Tumeurs malignes des organes digestifs, tumeurs malignes des organes génitaux, tumeurs malignes des organes respiratoires et thoraciques.	- 4 jours : 11% 5 -15 jours : 35% 16 - 30 jours : 22% + 30 jours : 32%  Domicile : 51% MCO : 47%  EHPAD : 9%	IK<50 : 97%  Âge moyen : 83 ans

<b>TISSUS CUTANE ET SOUS-CUTANE (7%) 1 674 patients</b>				
<p><b>Prise en charge médicale (83%)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ulcère de décubitus ou du membre inférieur (54%)</li> <li>- Erysipèle (11%)</li> </ul>	<p>Niveau 1, 2, T, Z, J : 27%</p> <p>Niveau 3 et 4 : 73%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pansements complexes (68%/14% avec MPA soins de nursing lourd)</li> <li>- Soins palliatifs (12%/ 4% avec pansements complexes)</li> <li>- Traitement IV (8% / 4% avec pansements complexes)</li> </ul>	<p>- 4 jours : 6%</p> <p>5 -15 jours : 23%</p> <p>16 - 30 jours : 24%</p> <p>+ 30 jours : 47%</p> <p>Domicile : 42%</p> <p>MCO : 54%</p> <p>EHPAD : 27%</p>	<p>IK&lt;50 : 84%</p> <p>Âge moyen : 85 ans</p>
<p><b>Prise en charge chirurgicale (17%),</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ulcère du membre inférieur, non classé ailleurs (65%)</li> <li>- Mélanome malin et autres tumeurs malignes de la peau (16%)</li> <li>- Plaies ouvertes (4%)</li> </ul>	<p>Niveau 1, 2, T, J : 41%</p> <p>Niveau 3 et 4 : 59%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pansements complexes (54% / 42% sans MPA)</li> <li>- Post-traitement chirurgical (34% / 32% sans MPA)</li> </ul> <p><b>Diagnostiques principaux en HAD :</b> Ulcère de décubitus ou du membre inférieur, maladie de l'appareil circulatoire</p>	<p>- 4 jours : 1%</p> <p>5 -15 jours : 18%</p> <p>16 - 30 jours : 17%</p> <p>+ 30 jours : 64%</p> <p>Domicile : 27%</p> <p>MCO : 69%</p> <p>EHPAD : 9%</p>	<p>40&gt;IK&lt;70 : 90%</p> <p>Âge moyen : 85 ans</p>
<b>ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE (7%) 1 609 patients</b>				
<p><b>Prise en charge médicale (13%)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fracture du rachis lombaire et du bassin (30%)</li> <li>- Fracture du fémur (22%)</li> <li>- Fracture de la jambe, y compris la cheville (10%)</li> <li>- Fracture d'une vertèbre dorsale (6%)</li> </ul>	<p>Niveau 1, 2, T, J : 40%</p> <p>Niveau 3 et 4 : 60%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soins de nursing lourd (25% 11 % avec rééducation orthopédique)</li> <li>- Soins palliatifs (19% / 7% avec prise en charge de la douleur)</li> <li>- Post-traitement chirurgical (17%/ 7 % avec de soins de nursing lourd)</li> </ul> <p><b>Diagnostiques principaux en HAD :</b> Lésions traumatiques, ulcère de décubitus ou du membre inférieur</p>	<p>- 4 jours : 11%</p> <p>5 -15 jours : 21%</p> <p>16 - 30 jours : 19%</p> <p>+ 30 jours : 49%</p> <p>Domicile : 61%</p> <p>MCO : 37%</p> <p>EHPAD : 21%</p>	<p>IK&lt;50 : 95%</p> <p>Âge moyen : 87 ans</p>
<p><b>Prise en charge chirurgicale (87%)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fracture du fémur (26%)</li> <li>- Athérosclérose (13%)</li> <li>- Gonarthrose, coxarthrose (17%)</li> </ul>	<p>Niveau 1, 2, J : 42%</p> <p>Niveau 3 et 4 : 58%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Post-traitement chirurgical (35% / 24% avec rééducation orthopédique)</li> <li>- Pansements complexes (33% / 20% sans MPA)</li> <li>- Traitement IV (12% / 4% avec soins complexes)</li> </ul>	<p>- 4 jours : 6%</p> <p>5 -15 jours : 19%</p> <p>16 - 30 jours : 33%</p> <p>+ 30 jours : 42%</p> <p>Domicile : 54%</p> <p>MCO : 43%</p> <p>EHPAD : 16%</p>	<p>IK&lt;50 : 83%</p> <p>Âge moyen : 84 ans</p>

<b>SEANCES (2%) 470 patients</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transfusion (45%)</li> <li>- Dialyse (42%)</li> <li>- Chimiothérapie pour affection non tumorale (11%)</li> </ul> <p>Surveillance de dialyse, séances de transfusion de produits sanguins labiles</p>	<p>Niveau Z : 100%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soins palliatifs (43% /30% sans MPA)</li> <li>- Pansements complexes (20% / 10% sans MPA 3% avec 14)</li> <li>- chimiothérapie anticancéreuse (10% / 9% sans MPA)</li> </ul> <p><b>Diagnostics principaux en HAD :</b> Maladie de l'appareil génito-urinaire, leucémie myéloïde</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 jours : 14%</li> <li>5 -15 jours : 40%</li> <li>16 - 30 jours : 14%</li> <li>+ 30 jours : 32%</li> </ul> <p>Domicile : 65% MCO : 30% EHPAD : 10%</p>	<p>IK&lt;50 : 83%</p> <p>Âge moyen : 83 ans</p>

### **Modalités d'orientation des personnes âgées de plus de 75 ans du domicile vers l'HAD**

En 2015, 3 019 patients ayant eu un séjour en HAD provenaient directement de leur domicile. Le mode de prise en charge principal en HAD était dans 41 % des cas des soins palliatifs, 31 % des pansements complexes et, pour moins de 10% des cas, des soins de nursing lourds ou prise en charge de la douleur. Dans 50 % des cas, aucune autre prise charge n'était associée à la principale. La prise en charge associée la plus fréquente concernait la prise en charge de la douleur, elle était associée dans 8 % des cas à des soins palliatifs et dans 4 % à des soins complexes. Les diagnostics à l'origine de l'HAD étaient 'Ulcère de décubitus et du membre inférieur' (19 %) ; des pathologies touchant l'appareil circulatoire (13 %) ou du système nerveux central (9 %). La durée des séjours était supérieure à 16 jours dans 53 % des cas.

Ces patients étaient majoritairement des femmes (67 %) avec un niveau de dépendance moyen à important (IK <50 pour 90 % des cas), et plus de 89 % n'avaient eu qu'un seul séjour en HAD en 2015 (40 % partent en EHPAD – âge moyen 87 ans).

### **Modalités d'orientation des personnes âgées de plus de 75 ans ayant un séjour en SSR dans leur parcours de soins avec HAD**

26,5 % des patients âgés de plus de 75 ans ont été hospitalisés en SSR au cours de la période de l'étude, soit 7 894 patients. Les différents parcours entre secteurs hospitaliers étaient les suivants :

- Un séjour en SSR a eu lieu juste avant l'HAD en 2015 dans 42 % des cas (soit 3 323 patients). Les modes de prise en charge pour ces patients en SSR et en HAD étaient les suivantes :
  - 53 % d'entre eux étaient hospitalisés en SSR pour des actes médicaux et soins spécifiques, principalement pour les motifs suivants : présence d'implants fonctionnels (principalement d'articulation orthopédiques), hémiplégie, anomalies de la démarche et de la motilité, ulcères, insuffisance cardiaque, malaise et fatigue, difficultés liées à une dépendance envers la personne qui donne les soins, maladie de Parkinson. Ils étaient orientés en HAD pour des pansements complexes (29 %, seuls ou associés à des soins de nursing lourds ou à une rééducation orthopédique), des soins palliatifs (23 %, seuls ou associés à une assistance respiratoire, des pansements complexes ou une prise en charge de la douleur) des soins de nursing lourds (21 %, seuls ou associés à une rééducation neurologique ou orthopédique), une rééducation orthopédique (6 %), une rééducation neurologique (6 %). Ces patients étaient très dépendants (92 % avaient un IK≤50 %) et avaient en moyenne 85 ans. Dans 11 % des cas, l'HAD avait lieu en EHPAD et, dans 46 % des cas, le patient était transféré en MCO suite à l'HAD ; dans 23 % des cas, le patient est décédé au cours de son séjour en HAD.
  - 38 % d'entre eux étaient hospitalisés en SSR pour des soins de radiothérapie ou de chimiothérapie et étaient orientés en HAD pour des soins palliatifs (48 %, seuls ou associés à une assistance respiratoire, des pansements complexes ou une prise en charge de la douleur), des pansements complexes (24 %, seuls ou associés à des soins de nursings lourds), des soins de nursing lourds (13 %, seuls ou associés à une assistance respiratoire ou des pansements complexes). Ces patients étaient très dépendants (96 % avaient un IK≤50 %) et avaient en moyenne 85 ans. Dans 14 % des cas, l'HAD avait lieu en EHPAD et, dans 45 % des cas, le patient était transféré en MCO suite à l'HAD ; dans 35 % des cas, le patient est décédé au cours de son séjour en HAD.
  - 6 % d'entre eux étaient hospitalisés en SSR pour une surveillance de pansements et sutures dans le cadre d'absence acquise d'un membre ou d'un organe, d'un ulcère, de présence d'implant, de stomies, de désunion d'une plaie opératoire/états post chirurgicaux. Ils étaient orientés en HAD pour des pansements complexes (56 %, seuls ou associés à des soins de nursing lourds, une rééducation orthopédique ou une prise en charge de la douleur), des soins palliatifs (15 %, seuls ou associés à des pansements complexes ou une prise en charge de la douleur), des soins de nursing lourds (10 %). Ces patients étaient très dépendants (90 % avaient un IK≤50 %) et avaient en moyenne 84 ans. Dans 13 % des cas,

l'HAD avait lieu en EHPAD et dans 47 % des cas, le patient était transféré en MCO suite à l'HAD ; dans 14 % des cas, le patient est décédé au cours de son séjour en HAD.

- Un séjour en SSR a eu lieu avant l'HAD en 2015 mais pas directement en amont dans 42 % des cas. Un séjour en MCO entre les SSR et l'HAD avait lieu dans 99 % des cas et concernait notamment des soins pour infection respiratoire, des séances de chimiothérapie, des soins palliatifs, une affection cardiovasculaire, des ulcères. Ils étaient orientés ensuite en HAD pour des soins palliatifs (31 %, seuls ou associés à une assistance respiratoire, des pansements complexes ou une prise en charge de la douleur), des pansements complexes (26 %, seuls ou associés à des soins de nursing lourds), des traitements intraveineux (11 %, seuls ou associés à des pansements complexes ou des soins de nursing lourds), des soins de nursing lourds (10 %). Ces patients étaient plutôt dépendants (89 % avaient un  $IK \leq 50$  %) et avaient en moyenne 84 ans. Dans 16 % des cas, l'HAD avait lieu en EHPAD et dans 57 % des cas, le patient était transféré à nouveau en MCO suite à l'HAD ; dans 27 % des cas, le patient est décédé au cours de son séjour en HAD.
- Un séjour en SSR a eu lieu après l'HAD en 2015 dans 16 % des cas. Pour ces patients, l'hospitalisation en SSR avait lieu directement après le séjour en HAD dans 16 % des cas, qui était précédé d'un séjour en MCO dans 90 % des cas (parcours MCO-HAD-SSR). Ces patients étaient pris en charge en amont en MCO notamment pour AVC, chirurgie majeure orthopédique, infection respiratoire, soins palliatifs, avec des niveaux de gravité élevés (63 % des séjours en niveau de GHM 3 et 4). Ils étaient en HAD avant un séjour en SSR pour des soins palliatifs (28 %), des soins de nursing lourds (22 %), des pansements complexes (17 %), des traitements intraveineux (7 %). Ces patients étaient très dépendants (93 % avaient un  $IK \leq 50$  %) et avaient en moyenne 84 ans. Dans seulement 4 % des cas, l'HAD avait lieu en EHPAD. La prise en charge en HAD entre le MCO et le SSR est probablement réalisée dans un objectif de stabilisation de patients dépendants avec une sévérité de l'état pathologique et qui ne sont pas en EHPAD.

### **3.4 Synthèse de l'analyse des données du PMSI sur les modalités d'orientation en HAD**

L'analyse des données individuelles du PMSI a pour objectif de caractériser les modes de prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD) et d'analyser les modalités d'orientation des patients en HAD au travers de l'identification des hospitalisations réalisées en amont. Les parcours des patients ayant eu des séjours en HAD, en 2015, ont été reconstitués en chaînant les quatre champs du PMSI (HAD, MCO, SSR et PSY) à partir du numéro anonyme national du patient.

L'analyse des modalités d'orientation en HAD a concerné 95 362 patients et ciblait le premier séjour en HAD identifié en 2015 et le séjour réalisé juste précédemment.

L'analyse des modalités d'orientation en HAD a été distinguée selon l'âge du patient ; les types de soins et les besoins en soins faisant appel à des filières de soins différentes selon l'âge du patient : les nouveau-nés et enfants âgés d'un an et moins, les enfants âgés d'un an à 18 ans, les adultes âgés de plus de 18 ans à 42 ans, les adultes âgés de 43 ans à 75 ans et les personnes âgées de plus de 75 ans.

Quel que soit l'âge, la plupart des patients en HAD a eu une hospitalisation en MCO en amont de l'HAD (entre 78 % et 92 %) ; dans la grande majorité des cas il s'agissait d'un transfert du MCO vers l'HAD avec des délais d'orientation de moins de deux jours. Pour ces patients, une analyse fine des principales filières de soins orientant en HAD a été réalisée à partir de regroupements de GHM (Groupes homogènes de malades) et de diagnostics principaux. Cette analyse a mis en évidence le fait que les filières de soins orientant en HAD et les degrés de sévérité des séjours réalisés en MCO diffèrent selon l'âge du patient :

- Les nouveau-nés et enfants âgés de moins d'un an transférés en HAD avaient en amont une hospitalisation en MCO sans complication majeure dans la majorité des cas et les filières de soins sollicités étaient plutôt homogènes : des affections médicales du nouveau-né telles qu'un



poids insuffisant à la naissance, un retard de croissance ou une détresse respiratoire ; la pneumologie avec principalement des bronchites, bronchiolites et asthme ; des problèmes alimentaires ou nutritionnels du nouveau-né et du nourrisson. L'éducation de l'entourage prenait une part importante de ces prises en charge en HAD.

- Les filières de soins de MCO orientant les enfants de moins de 18 ans en HAD étaient plus variées/hétérogènes : la prise en charge chirurgicale d'affections digestives (sinus pilonidal, appendicectomie, chirurgie majeure), le suivi de cancer ou chimiothérapie, l'obstétrique, la pneumologie (pneumopathies bactérienne, à micro-organisme ou dues à des aliments ou vomissements / asthme, bronchites aiguës ou bronchiolites aiguës), la chirurgie orthopédique, la prise en charge pour diabète ou malnutrition ou encore la prise en charge d'affections hémato-logiques. Les enfants concernés n'avaient pas de complication ou avaient un état de sévérité faible (excepté pour le suivi de cancer et les infections respiratoires) ; l'âge moyen était entre neuf ans et 13 ans (excepté pour l'obstétrique avec un âge moyen de 17 ans et pour l'asthme/bronchites/bronchiolites avec un âge moyen de trois ans et demi). L'HAD de ces enfants et adolescents peut être réalisée par des équipes d'HAD pédiatrique mais aussi par des équipes d'HAD généralistes, notamment pour la prise en charge post-chirurgicale.
- L'orientation des adultes âgés de plus de 18 ans à 42 ans était très homogène puisque 74 % des transferts concernaient la filière obstétrique avec en grande majorité des patientes sans complication ou un état de sévérité faible.
- Les patients de plus de 42 ans transférés en HAD avaient dans la plupart des cas des séjours réalisés en amont en MCO avec complications ou un état pathologique plus sévère que les patients plus jeunes. Pour les patients âgés de 43 et 75 ans et ceux âgés de plus de 75 ans, les filières de soins orientant en HAD étaient variées et quasiment équivalentes entre ces deux groupes d'âge : l'oncologie / oncohématologie, le digestif, les douleurs chroniques et soins palliatifs, les tissus cutanés ou sous-cutanés, la pneumologie, l'orthopédie traumatologie. Les patients âgés de plus de 75 ans étaient également pris en charge pour insuffisance cardiaque avant d'être pris en charge en HAD. Les soins palliatifs, pansements complexes et soins de nursing lourd prenaient une part importante de ces prises en charge en HAD.

Concernant les patients en HAD et ayant également été hospitalisés en SSR, l'analyse des modalités d'orientation a été réalisée davantage en termes de parcours selon le moment où intervenait le séjour en SSR par rapport au séjour en HAD (en amont, directement en amont ou en aval) ; la réalisation d'un séjour en HAD en 'relais' entre le MCO et le SSR (parcours MCO-HAD-SSR) pouvant s'expliquer par la stabilisation du patient avant la mise en place d'une rééducation. Les patients hospitalisés en SSR au cours de leur parcours de soins étaient principalement les patients âgés de plus de 42 ans, et de façon encore plus importante de plus de 75 ans. Pour ces derniers, le séjour en SSR intervenait juste avant l'HAD dans 42 % des cas et concernait des patients très dépendants avec présence d'implant, hémiplégie, ulcère ou des soins de radiothérapie ou chimiothérapie. De façon moins fréquente, le séjour en SSR intervenait après l'HAD (parcours MCO-HAD-SSR) chez des patients très dépendants et de niveaux de gravité élevés (avec AVC, chirurgie majeure orthopédique, infection respiratoire, soins palliatifs), l'objectif du séjour en HAD étant probablement de stabiliser des patients dépendants avec un état clinique sévère.

## 4. Modalités de réalisation de l'algorithme

### 4.1 Groupe de travail

#### 4.1.1 Modalités de constitution

Pour sa constitution, les experts du groupe de travail ont été sollicités à partir :

- des propositions de noms d'experts des collègues et sociétés professionnels, associations, organismes professionnels et institutions concernés par le thème de travail et sollicités par la HAS ;
- d'un appel à candidatures publié sur le site Internet de la HAS (mis en ligne le 30 septembre 2016 et clôturé le 27 octobre 2016).

Une sélection des dossiers complets des candidats a été opérée afin que le groupe de travail puisse être équilibré en termes de domaines d'expertise recherchés, de statuts et de lieux d'exercice.

Les experts retenus ont complété une déclaration d'intérêts qui a fait l'objet d'une analyse par le bureau de la Commission économique et santé publique de la HAS. Le nom et la déclaration d'intérêts de l'ensemble des membres du groupe de travail sont publiés sur le site Internet de la HAS. Ils se sont engagés à respecter le caractère confidentiel des travaux jusqu'à leur publication officielle par la HAS et à actualiser leur déclaration d'intérêts dès qu'un fait nouveau intervient dans leur situation professionnelle ou personnelle, en lien avec le champ de compétences de la HAS.

Le groupe constitué comprend 32 membres :

- trois médecins hospitaliers prescripteurs d'HAD spécialisés en médecine physique et de réadaptation, oncologie-hématologie, médecine générale et gériatrie exerçant respectivement dans deux établissements publics et un établissement privé ;
- trois médecins généralistes prescripteurs d'HAD ;
- deux médecins chefs de pôle (dont un pédiatre) d'établissements d'HAD de statut public ;
- trois médecins coordonnateurs d'un établissement d'HAD (deux privés et un public) ;
- un médecin salarié d'un établissement d'HAD de statut privé ;
- un médecin coordonnateur en EHPAD ;
- un praticien hospitalier – professeur des universités responsable scientifique du réseau Quali-Santé ;
- un cadre de santé d'un établissement d'HAD de statut privé à but non lucratif ;
- une infirmière diplômée d'État coordinatrice d'un établissement d'HAD de statut privé à but non lucratif ;
- une infirmière diplômée d'État coordinatrice en EHPAD et déléguée à l'UNASSI ;
- une infirmière diplômée d'État exerçant dans un CHU ;
- un infirmier diplômé d'État exerçant en libéral (vice-président de la FNI) ;
- une infirmière diplômée d'appui à la coordination du réseau de soins palliatif « Rosalie » ;
- une directrice générale adjointe d'un établissement d'HAD (ESPIC) ;
- un masseur-kinésithérapeute libéral et salarié dans un EHPAD ;
- un représentant d'association d'usagers ;
- un membre de l'équipe ViaTrajectoire ;
- un membre du Programme Parcours, Sesan, Paris ;
- un médecin référent thématique HAD, ARS Ile-de- France;
- un médecin coordinateur OMEDIT PACA-Corse ;
- trois membres de la CNAM-TS ;
- deux membres de l'ATIH.

#### 4.1.2 Modalités de consultation

Le groupe de travail s'est réuni à trois reprises :

- le 27 janvier 2017 ;
- le 30 mars 2017 ;
- le 14 septembre 2017.

Tout au long du processus d'élaboration de l'outil d'aide à la décision, les experts du groupe de travail sont invités à donner leur avis sur sa qualité et sa pertinence. Ils sont consultés, à l'occasion des réunions de travail et sollicités individuellement, sur des questions spécifiques ou pour fournir des documents.

## 4.2 Documents d'appui utilisés pour construire l'outil

### 4.2.1 Guide méthodologique de production des recueils d'information standardisés de l'HAD par l'ATIH

Le guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile<sup>38</sup> ne constitue pas un outil générique auquel les prescripteurs peuvent faire référence dans leur pratique quotidienne pour évaluer la pertinence d'un transfert en HAD et en particulier, par rapport aux autres modes de prise en charge à domicile.

Il décrit cependant les modes de prise en charge en HAD (définition, contenu, modalités de codage et possibilités d'associations) et propose, dans ses annexes, des éléments d'information pour chaque mode de prise en charge sur les besoins en soins qui relèvent de l'HAD (en fonction de leur technicité, durée, répétitivité, spécificité, etc.) et qui ont permis de définir certains filtres de l'algorithme, d'identifier des critères spécifiques et de proposer des cas illustratifs.

### 4.2.2 Recommandations

Les recommandations publiées par la HAS en lien avec les modes de prise en charge définis pour l'année 2017 sont citées dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 13. Recommandations en lien avec les modes de prise en charge de l'HAD**

Modes de prise en charge	Recommandations
02 Nutrition parentérale	Nutrition parentérale à domicile : état des lieux et modalités de prise en charge. Haute Autorité de Santé. Mai 2008.
05 Chimiothérapie anticancéreuse	Conditions du développement de la chimiothérapie en hospitalisation à domicile. Haute Autorité de Santé. Janvier 2015.
09 Pansements complexes et soins spécifiques	Traitement des plaies par pression négative (TPN) : des utilisations spécifiques et limitées. Haute Autorité de Santé. Janvier 2011.
19 Surveillance de grossesse à risque	Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du post-partum. Haute Autorité de Santé. Avril 2011.
21 Post-partum pathologique	Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du post-partum. Haute Autorité de Santé. Avril 2011.

<sup>38</sup> <http://www.atih.sante.fr/guide-methodologique-had-2017>

### 4.2.3 Grilles identifiées

Tableau 14. Grilles d'orientation en HAD identifiées et autres documents support

Source	Titre du document
ARS Ile-de-France	<p>Critères de niveaux d'interventions auprès de patients à domicile (mai 2016, actualisé en mars 2017)</p> <p><a href="https://www.iledefrance.ars.sante.fr/hospitalisation-domicile-had-acteurs-et-prises-en-charge">https://www.iledefrance.ars.sante.fr/hospitalisation-domicile-had-acteurs-et-prises-en-charge</a></p>
ARS lorraine	<p>Guide pratique de l'HAD en Lorraine</p> <p>Critères médicaux d'admission en HAD et définition des pathologies prises en charge (28 MP) – HAD Lorraine</p> <p><a href="http://www.hadlorraine.fr/">http://www.hadlorraine.fr/</a></p>
ARS Normandie	<p>Document interne non publié</p> <p>Élaboration d'un « indicateur d'HAD » ayant pour objectifs de :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>apprécier le potentiel théorique de journées HAD transférables en relais d'un court séjour hospitalier dans un établissement donné (transfert précoce) : cible = praticiens hospitaliers</li> <li>apprécier le potentiel théorique de journées HAD qui auraient pu être réalisées en lieu et place d'un court séjour MCO : cibles = médecins traitants</li> </ol>
FNEHAD	<p>Rapport d'activité de la FNEHAD</p> <p><a href="http://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2016/10/Rapport-annuel_int-web.pdf">http://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2016/10/Rapport-annuel_int-web.pdf</a></p> <p>Travaux non publiés</p> <p>Grille d'adressage issue des travaux conjoints entre la FNEHAD et la conférence des directeurs généraux des CHU (version de travail) – protocole de test de la grille d'adressage dans 5 CHU</p> <p>Outil d'adressage en HAD du centre hospitalier de Saintonge</p> <p>Évaluation de la préadmission en HAD, évaluation hebdomadaire de la prise en charge du patient, réunion de synthèse (adhérant FNEHAD)</p> <p>Présentation de l'activité de la fondation Santé Service, 2015</p> <p>Évaluation des pratiques relatives à la pertinence du refus d'admission en HAD – Languedoc-Roussillon</p>

CNAMTS	<p>Critères de décision pour le contrôle du GHT soins palliatifs en HAD – Algorithme (CNAMTS, SFAP et FNEHAD)</p> <p><a href="http://www.sfap.org/system/files/algorithme-contrôle-had-sphad122013.pdf">http://www.sfap.org/system/files/algorithme-contrôle-had-sphad122013.pdf</a></p> <p>Critères d'éligibilité du Programme d'accompagnement du retour à domicile des patients hospitalisés (PRADO)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Après hospitalisation pour exacerbation de BPCO</li><li>- Après décompensation cardiaque</li><li>- Après accouchement - sortie après un séjour de durée standard ou sortie précoce</li><li>- Tout acte de chirurgie pour lequel un accompagnement par les professionnels de santé libéraux au retour à domicile semble pertinent à l'équipe hospitalière</li></ul>
<p>Thèse d'exercice en médecine, Université Claude Bernard, Lyon 1, 2016</p> <p>Ophélie Badoux et Lepine Marie-Amélie (épouse Rigot-Muller)</p>	<p>Hospitalisation à domicile : Regards croisés sur les indications</p> <p>Proposition d'une grille d'aide à l'orientation des patients en HAD à destination des prescripteurs (2016)</p>

### 4.3 Périmètre et architecture de l'outil définis par le groupe de travail

L'objectif tel que validé dans la feuille de route est d'élaborer un outil d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD à destination de l'ensemble des médecins prescripteurs permettant de définir a priori quels sont les patients éligibles à une HAD dans leur parcours de soins.

La discussion lors des deux premières réunions du groupe de travail a permis de préciser l'architecture de l'outil et son périmètre : le groupe de travail s'est accordé sur un algorithme décisionnel conçu comme une succession de filtres permettant progressivement de ne sélectionner que les patients éligibles à une HAD.

La finalité de l'outil a été précisée :

- il doit permettre *in fine* d'indiquer si le patient évalué est éligible à une orientation en HAD ;
- il doit être simple et adaptable aux évolutions des modes de prise en charge en HAD.

En revanche, l'outil n'a pas vocation à :

- prendre en compte les alternatives à l'HAD ;
- évaluer l'admission effective du patient qui relève de l'appréciation de l'équipe de l'HAD en fonction de l'accord du patient et de son entourage, de l'accord du médecin traitant, de critères spécifiques à la situation personnelle du patient et des disponibilités de la structure d'HAD ;
- être un outil de contrôle.

#### 4.3.1 Périmètre

Le groupe de travail a souligné en préalable que l'outil n'avait pas vocation à déterminer l'orientation la plus appropriée pour le patient en fonction de ses besoins en soins ou de l'offre de soins disponible mais d'évaluer si un patient est éligible à une HAD ; les éléments décrivant les alternatives à l'HAD ne seront donc pas pris en compte.

Concernant le périmètre, le groupe de travail s'est accordé sur le fait que l'outil devait être unique et s'adapter à :

- tous les prescripteurs hospitaliers et de ville souhaitant orienter le patient en HAD ;
- tous les patients, quelles que soient leur provenance (domicile ou lieu de vie, hospitalisation) et leurs caractéristiques (adultes / enfants, pathologies, besoins de prise en charge).

Ainsi, l'outil doit s'adapter à toutes les pathologies ou modes de prise en charge : il n'a pas pour objectif de déterminer des critères spécifiques relatifs à chaque mode de prise en charge définis annuellement dans le guide méthodologique de l'ATIH ;

#### 4.3.2 Construction

La feuille de route précisait que le caractère structurant de cet outil d'aide à la décision d'orientation des patients devait permettre d'apporter une meilleure connaissance de l'HAD, de valoriser ses spécificités par rapport aux autres offres de soins existantes et d'asseoir les décisions sur des critères validés à hauteur des interventions attendues de l'HAD.

L'outil doit prendre en compte les critères fondamentaux de recours à l'HAD, permettre de la différencier par rapport aux autres modes de prise en charge. Il ne s'agira pas de balayer l'ensemble des modes de prise en charge de l'HAD concernant les indications médicales autorisées, mais de définir des critères génériques permettant de justifier d'une HAD qui devront prendre en considération :

- la spécificité des soins administrés dans le cadre de l'HAD qui sont nécessairement des soins complexes, techniques, impliquant une charge en soins importante, dispensés par plusieurs professionnels de santé nécessitant une coordination pluridisciplinaire ;
- les caractéristiques des patients et leurs besoins en soins ne devront pas se limiter aux critères médicaux mais inclure des critères de dépendance et/ou d'autonomie, psychologiques, sociaux et autres besoins qui justifient un recours à l'HAD ;
- les critères devront rester génériques, centrés sur les besoins de soins des patients tout en englobant la diversité des modes de prise en charge en HAD ; il ne s'agit donc pas de produire des référentiels d'indications par pathologie ou modes de prise en charge en HAD ;
- même si ces critères n'ont pas vocation à évaluer la faisabilité effective de la mise en place d'une HAD, ils devront être en cohérence avec les critères médicaux et psycho-sociaux utilisés par les coordonnateurs des structures d'HAD pour valider une HAD ;
- les critères devront pouvoir s'adapter aux évolutions des modes de prise en charge en HAD.

A l'issue de la première réunion, le groupe de travail a proposé de réaliser un algorithme générique s'appliquant à l'ensemble des patients et d'évaluer si certaines prises en charge particulières (notamment la pédiatrie et quelques filières de soins spécifiques identifiées à partir de l'analyse du PMSI) pouvaient être prises en compte ou s'il était nécessaire de développer des critères spécifiques.

Lors de la seconde réunion, le groupe de travail a finalement statué pour une architecture unique de l'algorithme avec, pour certains critères de décision, des vignettes explicatives et illustratives de situations cliniques. Ces vignettes ont été réalisées à partir de l'analyse des données du PMSI pour les patients orientés vers une HAD. Cette analyse a permis de caractériser les conditions actuelles de transfert en HAD, de dresser une typologie des séjours et d'identifier les filières de soins qui orientent vers l'HAD en fonction de groupes d'âge. Les choix de vignettes ont été effectués à partir des propositions des experts du groupe de travail.

### 4.3.3 Contexte d'utilisation et positionnement dans le processus de décision d'orientation du patient

Tout médecin prescripteur, hospitalier, de ville ou exerçant dans le secteur médico-social amené à évaluer la situation d'un patient concernant son orientation dans le parcours de soins pourrait utiliser l'outil pour apprécier la pertinence d'une HAD.

L'outil a vocation à se situer en amont de la prise de décision d'orientation des patients en HAD. Il pourra être utilisé :

- au cours d'une hospitalisation conventionnelle de type MCO ou SSR, en anticipation du parcours de soins du patient ou dans le cadre de son orientation en fin de séjour ;
- dans le cadre du suivi du patient sur son lieu de vie.

Le positionnement de l'algorithme par rapport à l'outil **ViaTrajectoire** a été discuté avec le groupe de travail.

L'algorithme a vocation à être utilisé en amont de la demande d'admission du patient en HAD effectuée au moyen de l'outil ViaTrajectoire.

ViaTrajectoire est un outil d'orientation des patients utilisé actuellement uniquement en milieu hospitalier MCO dans la plupart des régions (certaines disposent d'un outil spécifique comme ROR PACA et ORIS). Il sera étendu au SSR et à la médecine de ville dans sa nouvelle version (début 2018). Les choix d'orientation du patient proposés par ViaTrajectoire dépendent de la proximité avec le domicile ; l'HAD arrive dans les premiers choix d'orientation mais est toujours accompagnée d'une proposition de SSR. Des précisions sur l'orientation en HAD dans ViaTrajectoire sont spécifiées en Annexe 3.

ViaTrajectoire réalise la demande d'admission, contrairement à l'algorithme de la HAS qui est un outil d'aide à la décision d'orientation qui a pour vocation de favoriser la prescription d'HAD.

Le groupe de travail s'est assuré de la cohérence des filtres d'orientation des deux outils.

Enfin, le groupe de travail a par ailleurs rappelé que la décision d'orientation d'un patient en HAD est un processus collectif qui s'opère au sein d'une équipe pluridisciplinaire – prescripteur (hospitalier ou de ville) – HAD – médecin traitant (ou médecin désigné par le patient) qui doivent se concerter au-delà de l'outil. L'outil d'aide à la décision est avant tout un outil de dialogue entre professionnels et avec le patient afin d'aider à déterminer l'orientation la plus appropriée aux besoins du patient.

### 4.3.4 Information du patient

L'accord du patient est indispensable pour toute hospitalisation. Le groupe de travail s'accorde sur le fait que l'information et le recueil de l'avis du patient et/ou de son représentant et de son entourage doivent être effectués après le remplissage de l'outil d'aide à l'orientation du patient et non en amont. Le médecin prescripteur doit, en effet, savoir, en premier lieu, si le patient est éligible à une HAD avant de la proposer au patient et/ou à son entourage.

Si, à l'issue de l'algorithme, le patient est éligible à une admission en HAD :

- le médecin prescripteur informe le patient en concertation avec le médecin traitant/médecin désigné par le patient (si ce dernier n'est pas prescripteur de l'HAD) d'une admission possible à domicile dans le cadre d'une HAD ;
- le médecin prescripteur demande l'accord du patient et/ou de son entourage pour transmettre son dossier à l'équipe de l'HAD ;
- le médecin prescripteur contacte l'équipe de l'HAD pour évaluer la faisabilité effective de l'HAD en concertation avec le médecin traitant ;

- les professionnels de l'équipe de l'HAD informent le patient des implications d'une HAD, recueillent le consentement du patient et de son entourage et contactent le cas échéant les professionnels qui interviennent déjà au domicile.

## 4.4 Phase de test : modalités de consultation des groupes d'essai et d'évaluation

### 4.4.1 Groupe d'essai

L'objectif général était de faire tester l'algorithme d'aide à l'orientation des patients en HAD par des médecins prescripteurs (médecins hospitaliers et médecins de ville), de toutes spécialités et de tous types d'établissements, en France entière :

- tester la version de l'outil proposée ;
- valider l'outil en s'assurant qu'il établit de façon appropriée l'éligibilité des patients à une HAD ;
- mesurer la praticabilité et l'acceptabilité de l'outil par les prescripteurs, notamment dans son aspect pédagogique ;
- mesurer la concordance entre l'éligibilité du patient à une HAD et l'accord d'admission par l'équipe d'HAD et analyser les causes de refus d'admission.

#### ► Modalités de constitution du groupe d'essai

#### Canaux utilisés pour solliciter les experts

Pour constituer le groupe d'essai, la HAS a eu recours aux canaux suivants :

- La liste des experts proposés par les sociétés savantes et organismes professionnels pour participer au groupe de travail ou au groupe d'essai ;
- Les professionnels ayant répondu à l'appel à candidature publié par la HAS lors de la constitution du groupe de travail et correspondant au profil recherché pour le groupe d'essai (analyse du dossier de candidature) ;
- Les noms des professionnels proposés par les membres du groupe de travail ;
- Les noms des professionnels proposés suite à la sollicitation :
  - des Collèges professionnels et Sociétés savantes : Collège de médecine générale, Collège national professionnel de gériatrie, Société française et francophone des plaies et cicatrisation, Société française d'accompagnement et de soins palliatifs, Collège national des gynécologues et obstétriciens français, Société française de pédiatrie, Société de pneumologie de langue française, Société nationale française de gastro-entérologie, Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique, Société française du cancer, Union nationale des professionnels de santé ;
  - des Fédérations hospitalières : FHF, FHP et FEHAP, FNEHAD, FEDMER, fédération française des associations de médecins coordonnateurs en EHPAD ;
  - de la conférence des Directeurs généraux de CHU.

#### ► Composition qualitative du groupe d'essai

Le groupe de professionnels testant l'outil élaboré par le groupe de travail était composé de 70 personnes représentant le plus fidèlement possible les utilisateurs potentiels de cet outil, à savoir les médecins prescripteurs d'HAD : médecins hospitaliers exerçant en établissement de MCO, SSR, médecins de ville ou médecins exerçant dans le secteur médico-social.

Afin de respecter la représentativité des pratiques d'orientation des patients en HAD, un panel de professionnels reposant sur les critères suivants a été sollicité :



- Statut de l'établissement d'origine du patient : établissements publics, établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), établissements privés à but lucratif, établissements sociaux et médico-sociaux.
- Spécialité des médecins hospitaliers et des médecins de ville (bien que les prescripteurs de ville soient majoritairement des médecins généralistes).
- Localisation géographique : médecins exerçant dans plusieurs régions de France, et dans des zones urbaines et rurales.

L'analyse qualitative des prescripteurs ayant répondu à la phase de test est présentée dans le paragraphe 5.1.1.

#### ► **Modalités du test de l'outil : durée du test, patients concernés**

La phase de test s'est déroulée sur une période de quatre semaines du 11 mai au 11 juin 2017.

Les médecins de ville ont testé l'outil :

- pour tous les patients à domicile ou en établissement social et médico-social pour lesquels les conditions actuelles de prise en charge n'étaient plus satisfaisantes/suffisantes et une hospitalisation conventionnelle était envisagée ;
- de façon à avoir au moins un patient éligible à une prise en charge en HAD durant la période de test ; si aucun patient n'était éligible, le test s'arrêtait tout de même au bout de quatre semaines.

Les médecins hospitaliers ont testé l'outil :

- pour tous les patients hospitalisés dans leur service ;
- de façon à avoir au moins cinq patients éligibles à une prise en charge en HAD durant la période de test ; si aucun patient n'était éligible, le test s'arrêtait tout de même au bout de quatre semaines.

Les patients, pour lesquels une orientation en HAD n'était a priori pas pertinente, ne devaient pas être exclus du test, l'objectif étant également de vérifier que l'algorithme excluait de façon appropriée les patients d'une orientation en HAD.

#### ► **Déroulement du test**

L'outil d'aide à la décision était accessible via un lien Internet sous format cliquable (logiciel Modalisa), faisant apparaître progressivement les principaux items conduisant à la décision, ainsi que des éléments d'explication que les professionnels pouvaient afficher pour répondre aux questions (définitions et vignettes explicatives de situations cliniques). Il était accompagné d'un guide d'utilisation (Annexe 34).

Le médecin de ville ou le médecin du service hospitalier, éventuellement accompagné par l'équipe hospitalière (par exemple, un cadre de santé du service), devait tester l'algorithme.

Le nom du patient n'était pas renseigné, seuls le sexe, l'âge et la situation clinique des patients étaient demandés.

Les informations nécessaires pour renseigner les différents items de l'algorithme devaient être recueillies par le professionnel de santé dans le dossier médical du patient ou par l'interrogation du personnel soignant et/ou du patient, de l'entourage ou des divers documents disponibles (prescriptions, comptes rendus, etc.).

Dans l'objectif de tester l'algorithme dans des conditions réelles d'admission des patients en HAD et d'évaluer la cohérence de l'outil, il était demandé aux médecins prescripteurs de solliciter les professionnels de l'établissement d'HAD avec lesquels ils travaillaient habituellement pour qu'ils collaborent à l'étude.

Lorsque l'algorithme aboutissait à une éligibilité du patient à l'HAD, le médecin prescripteur devait se rapprocher du médecin coordonnateur de l'HAD pour savoir si le patient éligible avait obtenu un accord d'admission par la structure d'HAD. En cas de refus d'admission, le médecin prescripteur sélectionnait l'un des motifs de refus suivants :

- le niveau de soins requis est trop faible ;
- les soins requis relèvent des soins de ville et ne justifient pas une prise en charge en hospitalisation ;
- le patient, tel que décrit, relève d'une autre prise en charge ;
- les soins requis dépassent les possibilités actuelles de l'HAD ;
- malgré une indication incontestable, aucune place n'est disponible dans un délai raisonnable ;
- après évaluation, l'environnement ne permet pas une prise en charge en HAD ;
- le patient (famille) n'accepte pas la prise en charge en HAD ;
- autre raison, à préciser.

Certains de ces motifs de refus étaient directement liés aux filtres de sélection de l'algorithme ; d'autres étaient circonstanciels ou exogènes à l'algorithme.

En revanche, lorsque l'algorithme aboutissait à une non éligibilité du patient à l'HAD, il n'était pas demandé au médecin prescripteur d'informer de la suite de la prise en charge de ce patient et notamment s'il était finalement pris en charge en HAD. L'analyse de la cohérence globale de l'outil aurait nécessité de suivre également les dossiers de ces patients.

#### ► Evaluation de l'appréciation de l'outil : questionnaire de la phase d'essai

Il était ensuite demandé aux professionnels du groupe d'essai de donner leur avis quant à la pertinence et à l'utilité de l'outil. Ils étaient invités à remplir un questionnaire d'évaluation via le logiciel Modalisa (cf. questionnaire d'évaluation prescripteurs, Annexe 36) qui portait sur :

- l'utilité de l'outil pour faciliter l'orientation du patient dans leur pratique quotidienne ;
- le meilleur type de support nécessaire pour assurer son utilisation (logiciel, grille papier, interface intégrée dans ViaTrajectoire) ;
- le contenu qualitatif (présentation de l'algorithme, items à renseigner, libellé du texte, éléments explicatifs pour répondre aux questions, autres exemples à intégrer, etc.) ;
- la capacité de l'outil à améliorer l'interface entre les prescripteurs (court et moyen séjours, médecine de ville, ou structure médico-sociale) et les structures d'HAD.

#### 4.4.2 Groupe d'évaluation

Les professionnels d'HAD ne sont pas les premiers destinataires de l'outil d'aide à la décision et ne peuvent le tester en tant que médecin prescripteur d'HAD.

L'objectif était de proposer à des médecins coordonnateurs, infirmiers ou infirmières de coordination et cadres de santé d'établissements d'HAD, un questionnaire d'évaluation sur l'algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD. Ils ont été consultés sur :

- l'utilité de l'algorithme ;
- la pertinence et la cohérence des différents filtres de décision amenant à la proposition finale d'orientation ;
- la lisibilité des libellés et l'enchaînement des questions ;
- l'appréciation générale de l'outil.

Ils pouvaient également mettre en évidence les cohérences ou incohérences des différents filtres à partir de situations existantes de patients pris en charge en HAD, si l'algorithme avait été utilisé en amont pour l'orientation.

### ► Modalités de constitution du groupe d'évaluation

Le groupe d'évaluation était composé de 23 médecins coordonnateurs, infirmiers de coordination et cadres de santé d'établissements d'HAD.

Pour constituer le **groupe d'évaluation**, la HAS a eu recours aux canaux suivants :

- la liste des experts proposés par les sociétés savantes et organismes professionnels pour participer au groupe de travail ou au groupe d'essai ;
- les professionnels ayant répondu à l'appel à candidature publié par la HAS lors de la constitution du groupe de travail et correspondant au profil recherché pour le groupe d'évaluation (analyse du dossier de candidature) ;
- les noms des professionnels proposés par les membres du groupe de travail ;
- les noms des professionnels proposés à la suite de la sollicitation : de la FNEHAD, des fédérations hospitalières (FHF, FHP et FEHAP), de la fédération française des associations de médecins coordonnateurs en EHPAD, et de la FEDMER.

L'analyse qualitative des structures d'HAD ayant répondu au questionnaire d'évaluation est présentée dans le paragraphe 5.3.

### ► Modalités de consultation du groupe d'évaluation

Les professionnels d'HAD ont été consultés sur la pertinence, la lisibilité, les libellés et l'enchaînement des questions et d'une façon plus globale sur l'appréciation de l'outil. Ils ont également apprécié les cohérences ou incohérences des différents filtres à partir de situations existantes de patients effectivement en HAD, si l'algorithme avait été utilisé en amont pour l'orientation.

Le médecin coordonnateur, l'infirmier ou l'infirmière de coordination ou le cadre de santé d'HAD devait remplir le questionnaire d'évaluation transmis via le logiciel Modalisa avant le 11 juin 2017 (cf. questionnaire d'évaluation à destination des équipes d'HAD – Annexe 77). L'algorithme sous format cliquable était également transmis de façon à pouvoir être testé avant de remplir le questionnaire d'évaluation.

Il était accompagné d'un guide d'utilisation (Annexe 5).

## 5. Résultats de la phase de test de l'outil

### 5.1 Groupe d'essai des prescripteurs : analyse des dossiers testés

Durant la phase de test de l'outil qui s'est déroulée du 11 mai au 11 juin 2017, 70 médecins prescripteurs d'HAD ont été sollicités. 312 dossiers ont été remplis par 43 médecins prescripteurs d'HAD.

Huit dossiers ont été exclus de l'analyse en raison de :

- l'absence d'identification du prescripteur pour trois dossiers ;
- l'absence de réponse concernant l'accord d'admission pour deux dossiers éligibles à une prise en charge en HAD ; amenant à l'exclusion d'un prescripteur n'ayant rempli qu'un seul de ces dossiers ;
- le remplissage incomplet de trois dossiers.

**Au final, 42 prescripteurs du groupe d'essai ont testé l'outil, pour un total de 304 dossiers.**

#### 5.1.1 Caractéristiques des prescripteurs ayant participé à la phase de test de l'outil

Les médecins prescripteurs (n=42) ayant participé à cette phase de test provenaient de régions variées et exerçaient dans des établissements de statuts différents.

**Figure 8. Nombre de prescripteurs ayant testé l'outil, par région**

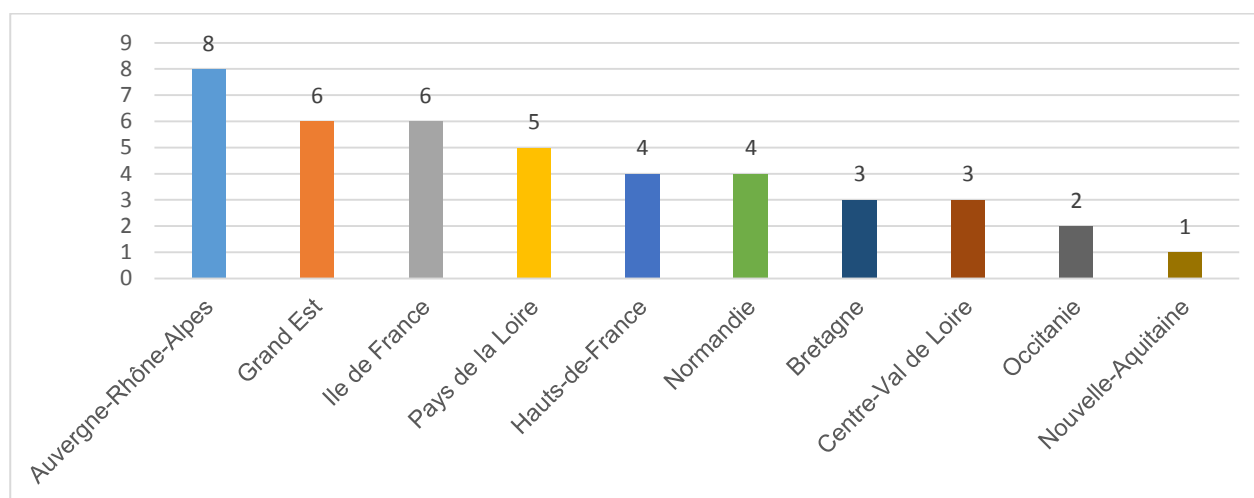
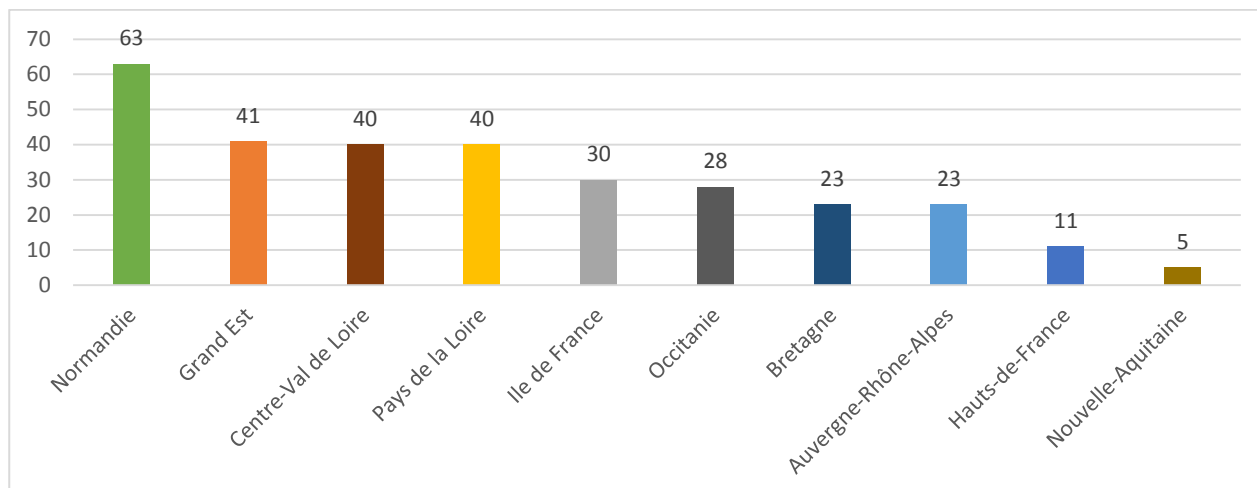


Figure 9. Nombre de dossiers remplis par région



En moyenne, chaque prescripteur a testé sept dossiers. Cependant, la participation a été très hétérogène : 22 prescripteurs ont testé deux dossiers ou moins, tandis que 12 prescripteurs ont testé dix dossiers et plus ; le maximum de dossiers remplis étant de 31, en région Normandie. Il est à noter que les dossiers renseignés par un prescripteur peuvent provenir de différents services de son établissement.

Dix médecins prescripteurs exerçant en ville ont participé à la phase de test et ont rempli 32 dossiers ; les spécialités représentées étaient les suivantes :

- médecine générale (N=6) ;
- médecine générale et spécialisation en soins palliatifs (N=2) ;
- médecine générale, activité mixte, coordonnateur d'HAD (N=1) ;
- spécialisation en rhumatologie et gériatrie ; activité mixte SSR et coordonnateur d'HAD (N=1).

Trente-deux médecins prescripteurs exerçant en milieu hospitalier ont participé à la phase de test et ont rempli 272 dossiers ; les spécialités représentées étaient les suivantes :

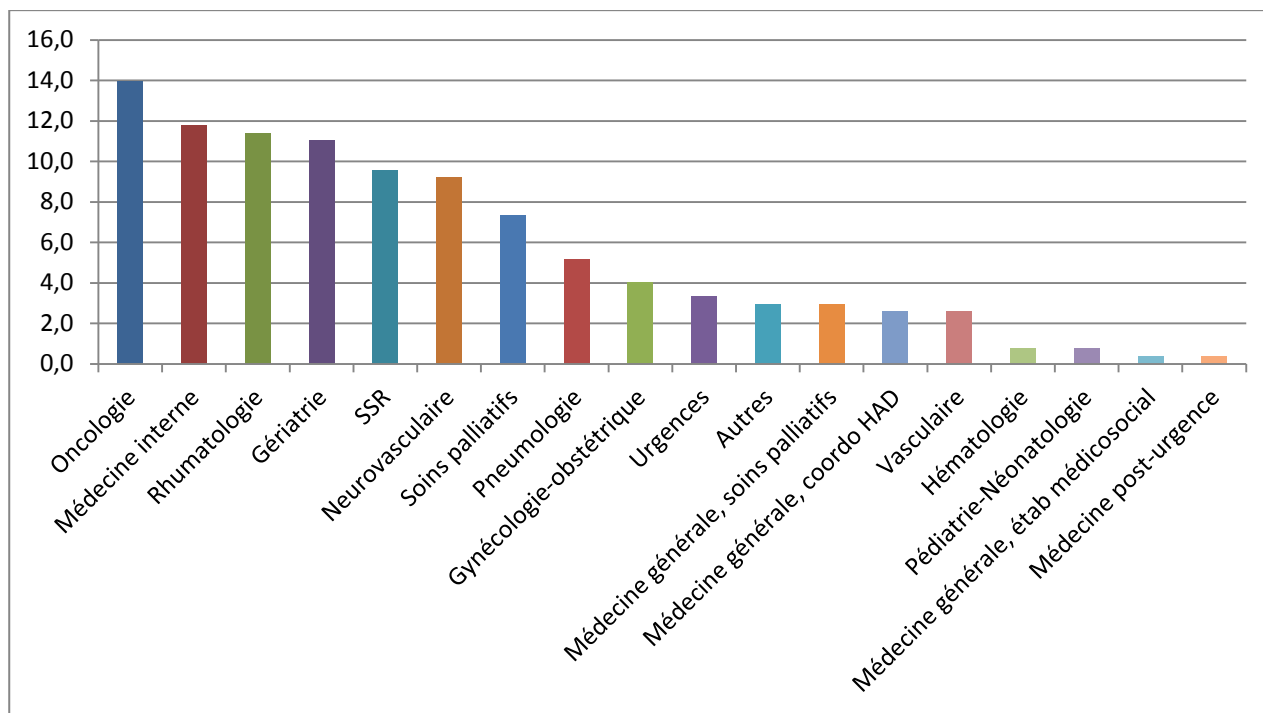
- gynécologie-obstétrique (N=1) ;
- gériatrie (N=2) ;
- hématologie (N=1) ;
- médecine générale, coordonnateur d'HAD (N=2) ;
- médecine générale, établissement médicosocial (N=1) ;
- médecine interne (N=2) ;
- médecine générale, soins palliatifs (N=2) ;
- médecine post-urgence (N=1) ;
- neurovasculaire (N=2) ;
- oncologie (N=5) ;
- pneumologie (N=2) ;
- pédiatrie-néonatalogie (N=1) ;
- rhumatologie (N=1) ;
- soins de suite et de réadaptation (N=4) ;
- soins palliatifs (N=1) ;
- urgences (N=1) ;
- chirurgie vasculaire (N=1) ;
- autres (N=2)<sup>39</sup>.

<sup>39</sup> La catégorie autre correspond à deux cadres de santé ayant testé l'outil avec des médecins prescripteurs de leur service.

Parmi ces prescripteurs, certains ont mentionné avoir une activité mixte hospitalière et de coordonnateur d'HAD.

En termes de nombre de dossiers remplis, les prescripteurs les plus participatifs étaient ceux des services d'oncologie, médecine interne, rhumatologie et gériatrie (plus de 10 % des dossiers remplis pour chaque service).

**Figure 10. Pourcentage de dossiers remplis par type de service parmi la totalité des dossiers remplis par les prescripteurs hospitaliers (ou en établissement)**

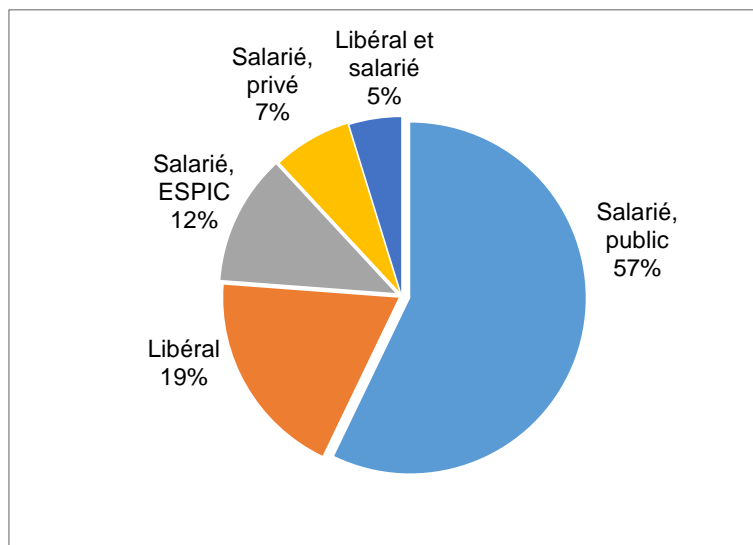


Le protocole de test prévoyait que durant la phase de test d'un mois :

- les médecins de ville aient rempli au moins un dossier patient éligible à une HAD ;
- les médecins hospitaliers aient rempli au moins cinq dossiers patients éligibles à une HAD.

Au final, tous les médecins de ville ayant testé l'outil (N=10) ont rempli au moins un dossier patient éligible à une prise en charge en HAD. Si les médecins hospitaliers ont rempli plus de dossiers que les médecins de ville, seulement six ont rempli cinq dossiers éligibles ou plus à une prise en charge en HAD.

Figure 11. Répartition des prescripteurs selon leur mode d'exercice et le statut de l'établissement



Les prescripteurs salariés d'un établissement public (CHU, CHRU, CHI ou CH) sont ceux qui ont testé le plus de dossiers (76 %, soit 230 dossiers). Chaque médecin généraliste a testé un seul dossier, excepté un médecin généraliste qui a testé deux dossiers.

83% des prescripteurs exerçaient en zone urbaine, 12 % en zone rurale et 5 % en zone mixte.

### 5.1.2 Caractéristiques des patients concernés par la phase de test

51 % des patients testés étaient des hommes.

La répartition des dossiers remplis par catégorie d'âge des patients concernés est la suivante :

- Trois patients avaient 18 ans ou moins (1 % des dossiers remplis) dont un bébé de 28 jours. Ces trois patients étaient hospitalisés en MCO au moment de l'évaluation et l'orientation possible en HAD a été évaluée par des médecins hospitaliers (pédiatre, service de néonatalogie, médecin généraliste).
- 24 patients avaient entre 19 ans et 42 ans, soit 8 % des dossiers totaux remplis. La quasi-totalité de ces patients (N=23) étaient hospitalisés en MCO (N=21) ou SSR (N=2) au moment de l'évaluation et l'orientation possible en HAD a été évaluée par des médecins hospitaliers<sup>40</sup>. Un patient fait exception : hospitalisé en MCO, son orientation en HAD a été évaluée par un médecin généraliste de ville. 46 % des dossiers concernaient le domaine de l'obstétrique (menace d'accouchement prématuré sévère, pré-éclampsie modérée et sévère).
- 124 patients avaient entre 43 ans et 75 ans, soit 41 % des dossiers totaux remplis. 42 % des dossiers concernaient le domaine de la cancérologie, 23 % le domaine de la neurologie, 8 % le domaine de la gastro-entérologie et 8 % le domaine de l'infectiologie ;
- 150 patients avaient plus de 75 ans, soit 50 % des dossiers totaux remplis. 32 % des dossiers concernaient le domaine de la neurologie, 18 % le domaine de la cancérologie, 10 % le domaine de la cardiologie, 8 % le domaine de l'infectiologie et 7 % le domaine de la chirurgie orthopédique.

Les origines des patients et les types de prescripteurs faisant l'évaluation pour les deux groupes d'âge 43-75 ans et plus de 75 ans sont représentés dans les schémas ci-dessous. Ces schémas

<sup>40</sup> 11 patients par un gynécologue-obstétricien, quatre patients par un rhumatologue, trois patients par un médecin neurovasculaire, deux patients par un médecin spécialisé en médecine interne, un patient par un médecin des urgences, deux patients par un médecin SSR.

indiquent que les médecins de ville évaluent la possibilité d'une orientation en HAD à partir du domicile des patients mais aussi à partir d'un EHPAD, d'un établissement SSR ou MCO. De même, les médecins hospitaliers peuvent évaluer la possibilité d'une orientation en HAD à partir d'un établissement hospitalier, mais aussi directement à partir du domicile des patients.

Figure 12. Origine des patients âgés de 43 ans à 75 ans et type de prescripteur faisant l'orientation

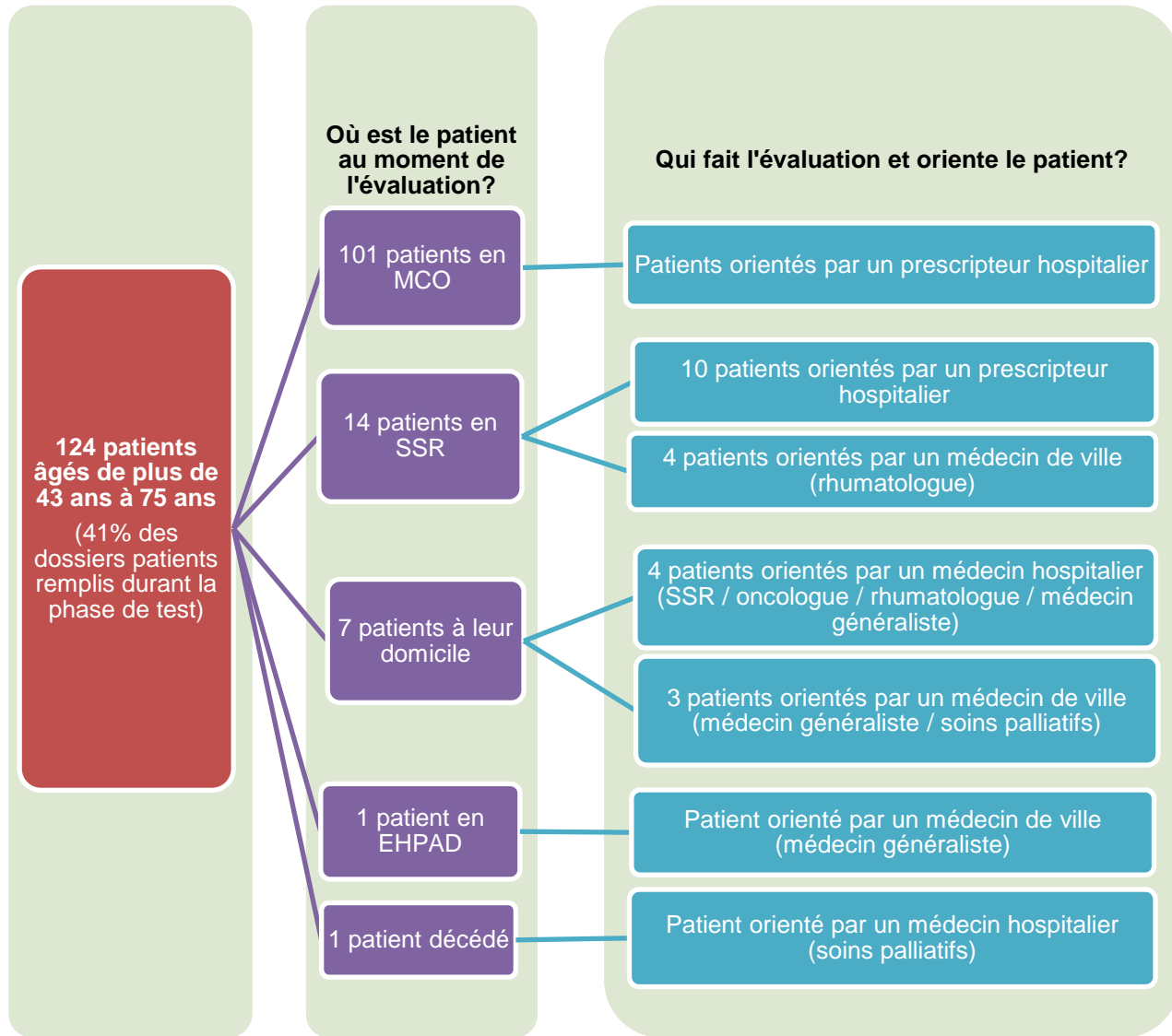
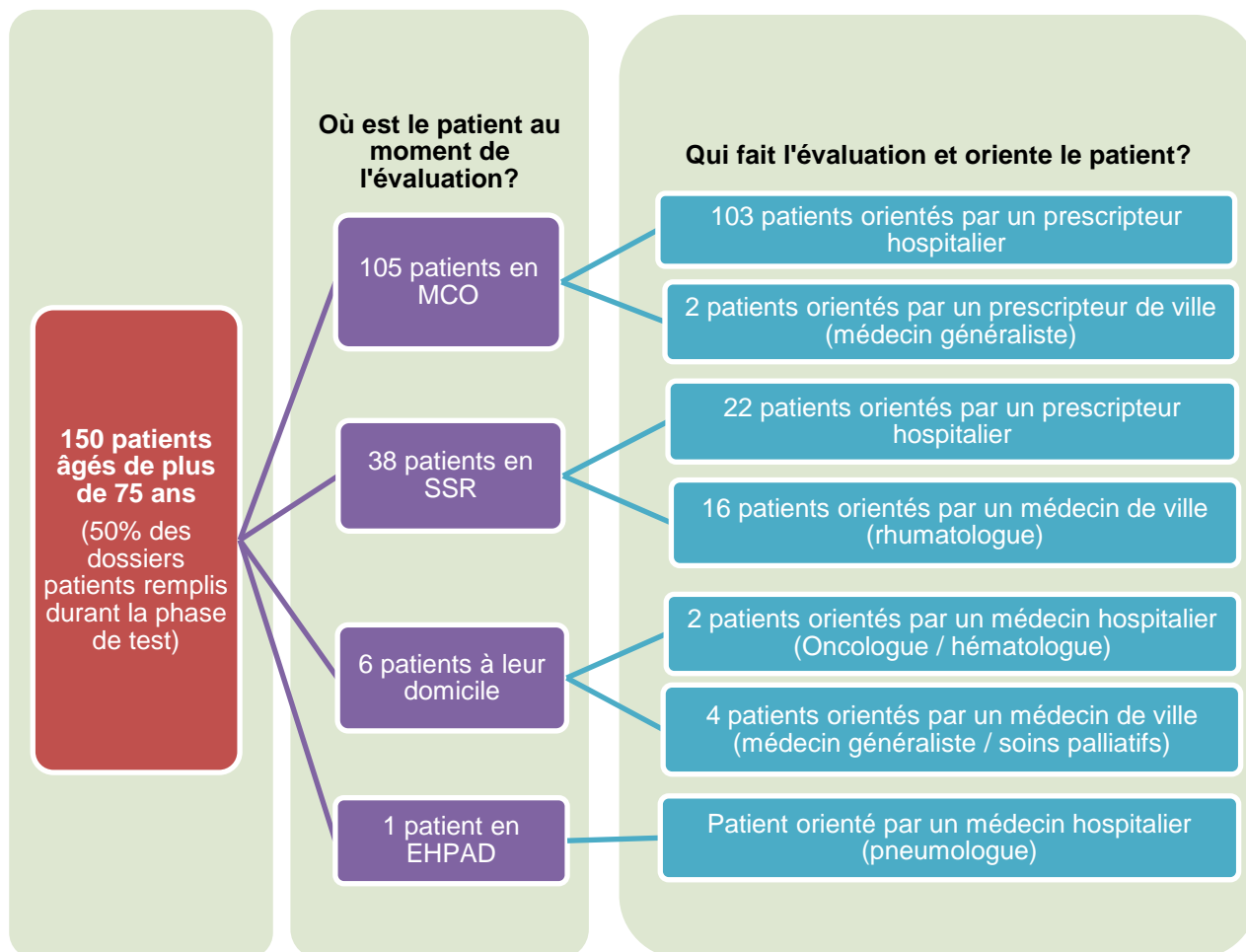




Figure 13. Origine des patients âgés de plus de 75 ans et type de prescripteur faisant l'orientation



### 5.1.3 Caractéristiques des dossiers renseignés : éligibilité et accord d'admission par la structure d'HAD

L'algorithme a pour objectif de définir *a priori* quels sont les patients éligibles à une HAD dans leur parcours de soins mais n'a pas vocation à évaluer la faisabilité d'une admission effective en HAD qui dépend de critères différents. Les données recueillies lors de la phase de test renseignent sur le taux d'éligibilité à l'issue de l'algorithme et, également, le taux d'accord d'admission par la structure d'HAD pour les patients éligibles à une HAD à l'issue de l'algorithme.

Sur les 304 dossiers remplis durant la phase de test, 122 dossiers, soit 40 %, étaient éligibles à une HAD.

Le nombre de dossiers remplis était différent par domaine de pathologie (cf. Tableau 15). Les domaines dans lesquels le plus grand nombre de dossiers ont été renseignés concernaient la neurologie, la cancérologie et l'infectiologie ; l'outil concluait à une éligibilité pour une HAD dans respectivement 26 %, 56 % et 73 % des dossiers. Dans certains domaines, le taux d'admission en HAD était de 100 % parmi les dossiers éligibles : la cardiologie, l'obstétrique, la gastro-entérologie et la dermatologie.

**Tableau 15. Nombre de dossiers remplis par domaine de pathologie, pourcentages d'éligibilité et d'admission**

Domaine de pathologie	Nombre de dossiers remplis	Pourcentage d'éligibilité	Pourcentage d'admission
Neurologie	82	26 %	48 %
Cancérologie	79	56 %	75 %
Infectiologie	26	73 %	53 %
Cardiologie	19	5 %	100 %
Orthopédie	17	18 %	33 %
Pneumologie	15	40 %	50 %
Chirurgie Orthopédique	12	25 %	67 %
Vasculaire	11	73 %	75 %
Obstétrique	11	36 %	100 %
Gastro-entérologie	10	20 %	100 %
Néphrologie	7	71 %	40 %
Gériatrie	6	17 %	0 %
Dermatologie	3	67 %	100 %
Autre	2	50 %	0 %
Gynécologie	2	50 %	0 %
Chirurgie Gastro-entérologie	1	100 %	100 %
Diabétologie	1	0 %	0 %
Total	304		

Les répartitions des dossiers éligibles à une prise en charge en HAD en fonction de la classe d'âge étaient les suivantes :

- le bébé de 27 jours était éligible ;
- un enfant sur deux d'un à 18 ans était éligible ;
- 42 % des patients de 19 à 42 ans ;
- 45 % des patients de 43 à 75 ans ;
- 35 % des patients de plus de 75 ans.

Pour les médecins de ville, il s'agissait de tester l'outil pour tous les patients à domicile ou en établissement social et médico-social pour lesquels les conditions actuelles de prise en charge ne sont plus satisfaisantes/suffisantes et une hospitalisation conventionnelle est envisagée ; or, il semblerait que l'outil n'ait été rempli que pour les patients pour lesquels une orientation en HAD était programmée dans leur parcours de soins.

Pour les médecins hospitaliers, il s'agissait de tester l'outil pour tous les patients hospitalisés dans le service ; il semblerait que cette règle ait davantage été suivie ce qui augmente la proportion de dossiers non éligibles à une HAD.

#### ► Dossiers de patients non éligibles à une HAD

Cent quatre-vingt-deux patients, soit 60 % des dossiers testés, n'étaient pas éligibles à une HAD. Aucun suivi n'a été réalisé sur ces dossiers ; il n'est ainsi pas possible de savoir si certains d'entre eux sont finalement admis en HAD malgré une non éligibilité à l'issue de l'algorithme.

Les raisons de cette non-éligibilité sont présentées dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 16. Caractéristiques des dossiers de patients non éligibles à une HAD**

	Fréquence	Pourcentage
Besoin d'un plateau technique et/ou de soins intensifs	61	34 %
Absence de charge en soins, et de critère(s) de complexité	42	23 %
Charge en soins importante sans continuité des soins	32	18 %
Absence de charge en soins, de critère(s) de complexité, de pluridisciplinarité	25	13 %
Absence de charge en soins, de critère(s) de complexité, de besoin de pluridisciplinarité et de continuité des soins	22	12 %
<b>Total</b>	<b>182</b>	<b>100</b>

Parmi les dossiers de patients non éligibles à l'HAD renseignés par des médecins hospitaliers, 36 % des patients concernés nécessitaient un accès immédiat à un plateau technique et/ou à des soins intensifs. Les échanges ayant eu lieu au cours de la phase de test avec les prescripteurs montrent que le premier critère direct de non éligibilité à une HAD n'a pas été bien compris.

Parmi les dossiers de patients non éligibles à l'HAD renseignés par des médecins de ville, 70 % des patients concernés ne nécessitaient pas de charge en soins importante et aucun critère de complexité n'était identifié.

**Tableau 17. Caractéristiques des dossiers de patients non éligibles à une HAD selon le type de médecin hospitalier ou de ville**

Pourcentage parmi les dossiers non éligibles renseignés par :		
	Les médecins hospitaliers	Les médecins de ville
Besoin d'un plateau technique et/ou de soins intensifs	36	0
Absence de charge en soins et de critère(s) de complexité	20	70
Charge en soins importante sans continuité des soins	18	15
Absence de charge en soins, de critère(s) de complexité, de besoin de pluridisciplinarité	13	15
Absence de charge en soins, de critère(s) de complexité, de besoin de pluridisciplinarité, et de continuité des soins	13	0
<b>Total</b>	<b>100</b>	

### ► Dossiers de patients éligibles à une HAD

Cent vingt-deux dossiers testés concluaient à l'éligibilité à une HAD. Parmi ces dossiers, 75 % concernaient des patients hospitalisés en MCO, 15 % des patients hospitalisés en SSR et 10 % étaient à leur domicile au moment de l'évaluation (dont deux patients en EHPAD).

La quasi-totalité des patients éligibles à une HAD avaient plus de 43 ans (46 % des patients avaient entre 43 et 75 ans, 44 % avaient plus de 75 ans) ; seulement 8 % des dossiers éligibles concernaient des patients entre 18 et 42 ans ; deux patients avaient moins de 18 ans.

67 % des patients étaient directement éligibles à une HAD en raison principalement de l'administration de médicaments de la réserve hospitalière ou de la nécessité de réaliser des soins de nature hospitalière. Ce pourcentage élevé d'éligibilité par critère direct pourrait s'expliquer par une lecture rapide de l'algorithme de la part des prescripteurs ou par une mauvaise compréhension de certains critères directs, notamment celui concernant le parcours de soins hospitalier protocolisé incluant l'HAD.

Pour les autres patients éligibles, l'éligibilité à l'HAD était justifiée par un besoin de charge en soins importante et une continuité dans les soins (28 %).

**Tableau 18. Caractéristiques des dossiers de patients éligibles à une HAD**

	Fréquence	Pourcentage
Charge en soins et besoin d'une continuité des soins	34	28
Administration de médicaments de la réserve hospitalière	33	27
Besoin de soins de nature hospitalière	30	24
Inclusion de l'HAD dans un parcours hospitalier de soins défini	11	9
Critère(s) de complexité, besoin d'une équipe pluridisciplinaire et besoin d'une continuité des soins	6	5
Administration de médicaments de la réserve hospitalière et besoin de soins de nature hospitalière	6	5
Administration de médicaments de la réserve hospitalière et inclusion de l'HAD dans un parcours hospitalier de soins défini	2	2
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>100</b>

84 % des dossiers de patients éligibles ont été renseignés par des médecins hospitaliers et 16 % par des médecins de ville. Dans la majorité des cas, les médecins hospitaliers ainsi que les médecins de ville ont répondu positivement à, au moins, un critère d'éligibilité direct à une prise en charge en HAD (cf. tableau ci-dessous). Les prescripteurs hospitaliers ou de ville ne sélectionnent cependant pas les mêmes critères d'inclusion directs : les médecins hospitaliers répondent davantage positivement à l'administration de médicaments de la réserve hospitalière et au besoin de soins de nature hospitalière tandis que les médecins de ville répondent davantage positivement au besoin de soins de nature hospitalière et à l'inclusion de l'HAD dans un parcours hospitalier de soins défini.

**Tableau 19. Caractéristiques des dossiers de patients éligibles à une HAD selon le type de médecins hospitaliers ou de ville**

	Pourcentage parmi les dossiers éligibles renseignés par :	
	Les médecins hospitaliers	Les médecins de ville
Critères d'éligibilité directs : administration de médicaments de la réserve hospitalière, besoin de soins de nature hospitalière, inclusion de l'HAD dans un parcours hospitalier de soins défini	69	58
Charge en soins et besoin d'une continuité des soins	26	37
Critère(s) de complexité, besoin d'une équipe pluridisciplinaire et besoin d'une continuité des soins	5	5
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

► **Analyse de la concordance entre l'éligibilité des patients et l'accord d'admission en HAD**

Lors de la phase de test de cet outil d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD permettant de sélectionner les patients éligibles à une admission en HAD, il était demandé aux prescripteurs, ayant renseigné un dossier de patient éligible, de se rapprocher dans la mesure du possible de l'équipe d'HAD correspondante afin de s'informer de l'admission effective ou non du patient en HAD ; une liste de motifs de refus étant proposée en cas de non éligibilité. Certains de ces motifs de refus étaient directement liés aux filtres de sélection de l'algorithme, tandis que d'autres étaient circonstanciels ou exogènes.

Parmi les 122 dossiers de patients éligibles à une HAD, 77 ont eu un accord d'admission par l'équipe d'HAD, soit un taux d'accord d'admission parmi les dossiers éligibles à l'issue de l'algorithme de 63 %.

45 dossiers (37 %) n'ont finalement pas eu d'accord d'admission en HAD, souvent en raison du refus du patient et/ou de son entourage, malgré le fait que l'outil les considéraient comme éligibles à une HAD au niveau des filtres suivants :

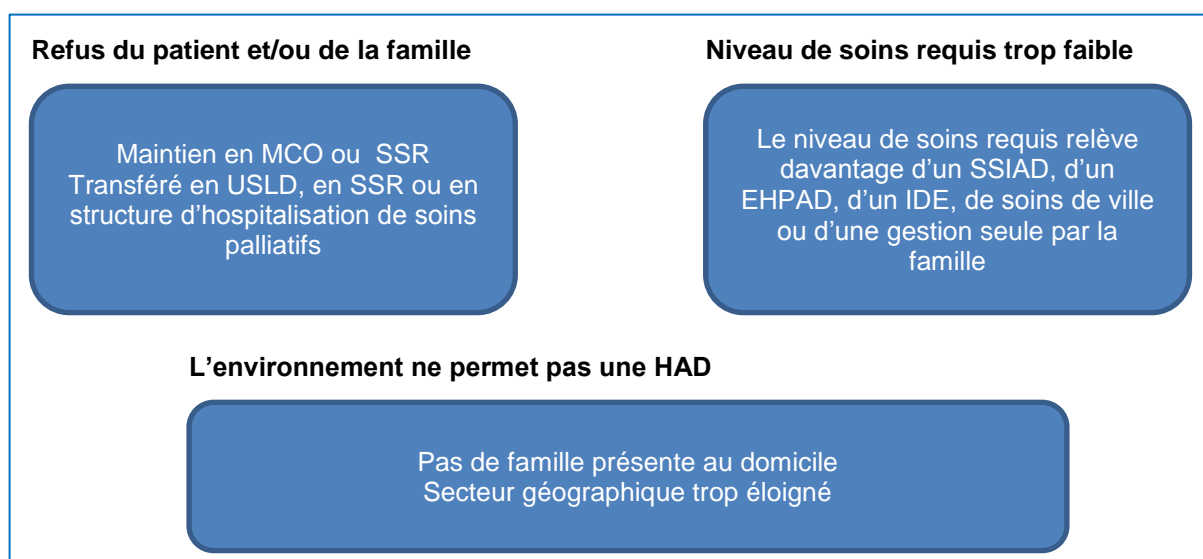
- 64 %, soit 29 dossiers, avaient une réponse positive à au moins un des critères d'inclusion directe : administration d'un médicament de la réserve hospitalière, besoin de soins de nature hospitalière, inclusion de l'HAD dans un parcours hospitalier de soins défini ;
- 31 %, soit 14 dossiers, avaient une réponse positive au critère relatif à la charge en soins d'une part et la continuité des soins d'autre part ;
- 4 %, soit deux dossiers, avaient une réponse positive sur le critère de complexité, sur la nécessité d'une pluridisciplinarité ainsi que sur la continuité des soins.

Les motifs de non admission en HAD de ces 45 dossiers sont mentionnés dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 20. Motifs de non admission en HAD pour les dossiers éligibles**

	Fréquence	Pourcentage
<b>Motifs de refus circonstanciels ou exogènes</b>		
Refus du patient et/ou de la famille	14	31,11
Patient décédé	6	13,33
L'environnement ne permet pas une HAD	4	8,89
Les soins requis dépassent les possibilités actuelles de l'HAD	4	8,89
Pas de place en HAD dans un délai raisonnable	1	2,22
<b>Motifs de refus liés aux filtres de sélection de l'algorithme</b>		
Niveau de soins requis trop faible	9	20
Patient non stabilisé	4	8,89
Autre hospitalisation MCO/SSR	3	6,67
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

**Figure 14. Précisions sur certains motifs de non admission en HAD identifiés**



## Résultat de l'admission effective des patients éligibles en fonction du critère d'inclusion direct

De nombreux patients étaient éligibles à une HAD uniquement à l'issue d'une réponse positive à au moins un des trois critères d'inclusion directe – administration d'un médicament de la réserve hospitalière, besoin de soins de nature hospitalière, inclusion de l'HAD dans un parcours hospitalier de soins défini : 67 % des patients éligibles, soit 82 dossiers.

La réponse positive à l'un de ces critères d'éligibilité directe ne préjuge pas d'une admission effective en HAD : 35 % de ces patients (29 dossiers sur 82) n'ont pas eu d'accord d'admission de la part de la structure d'HAD, pour des raisons non liées aux filtres de sélection de l'algorithme dans la majorité des cas (20 dossiers) :

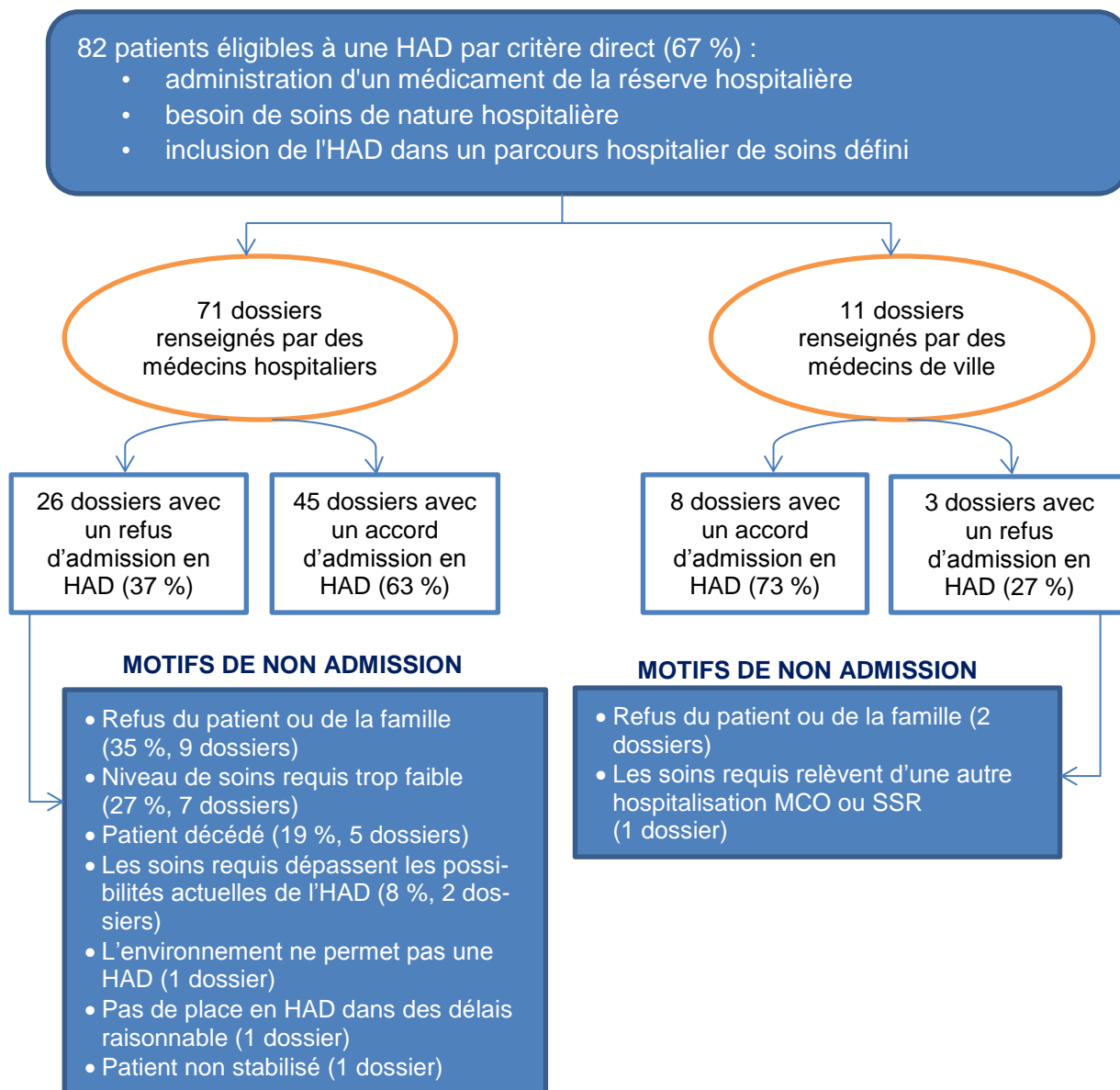
- Le patient et/ou la famille refusent l'HAD ;
- Le patient est décédé ;
- Les soins requis dépassent les possibilités actuelles de l'HAD ;
- L'environnement ne permet pas une HAD ;
- Il n'y a pas de place en HAD dans des délais raisonnables.

Pour 9 dossiers, les motifs de refus étaient directement liés aux filtres de sélection de l'algorithme (niveau de soins requis trop faible, soins requis relevant d'une hospitalisation MCO ou SSR, patient non stabilisé)

Le motif de non admission relatif à la charge en soins trop faible pour relever d'une HAD pose la question de la compréhension et de la délimitation de ce filtre.

Les sept dossiers pour lesquels l'admission en HAD a été refusée en raison d'un niveau de soins requis trop faible relevaient des domaines suivants : infectiologie pour trois dossiers, neurologie, néphrologie, orthopédie et pneumologie chacun pour un dossier.

Figure 15. Résultat de l'admission effective des patients éligibles par critère direct



### Résultat de l'admission effective des patients éligibles sur les critères de charge en soins et de continuité

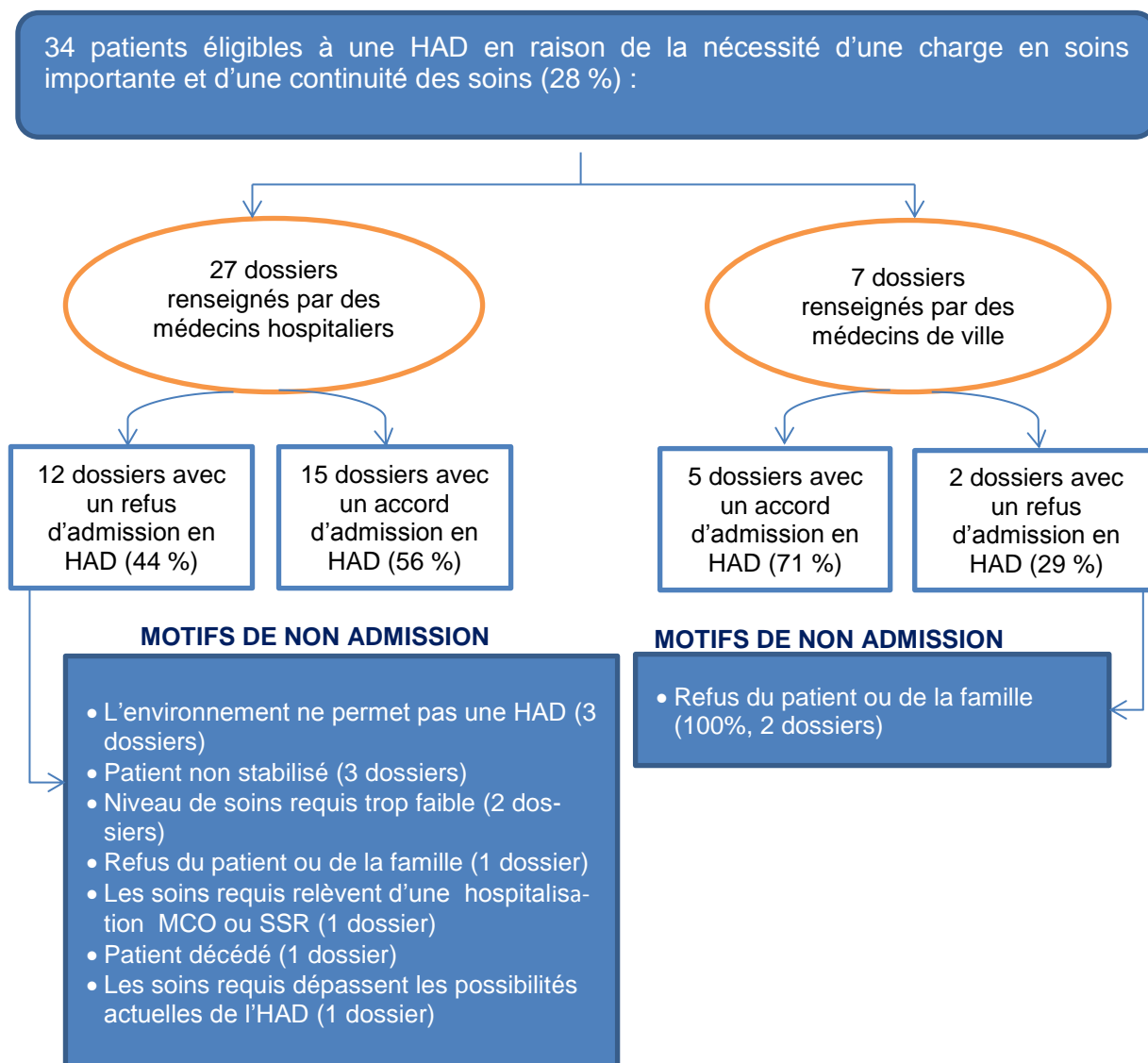
Les patients éligibles à une HAD en raison de la nécessité d'une charge en soins importante ainsi que d'une continuité dans les soins (avec astreinte médicale 24h/24, 7j/7) étaient au nombre de 34, soit 28 % du total des patients éligibles. Dans 41 % des cas, ces patients n'ont pas eu d'accord d'admission de la part de la structure d'HAD (14 dossiers sur 34). Parmi ces patients non admis en HAD malgré une éligibilité à l'issue de l'algorithme, six n'étaient pas admis en raison d'une incohérence directe avec les critères sélectionnés dans l'algorithme :

- Le patient n'est pas stabilisé (21 %, trois dossiers) ;
- Le niveau de soins requis est trop faible (14 %, deux dossiers) ;
- Les soins requis relèvent d'une hospitalisation MCO ou SSR (un dossier).

Les motifs de refus pour les autres patients (8 dossiers) n'étaient pas liés directement aux filtres de sélection de l'algorithme :

- L'environnement ne permet pas une HAD (21 %, trois dossiers) ;
- Le patient et/ou la famille refusent l'HAD ((21 %, trois dossiers) ;
- Le patient est décédé (un dossier) ;
- Les soins requis dépassent les possibilités actuelles de l'HAD (un dossier).

**Figure 16. Résultat de l'admission effective des patients éligibles sur les critères de charge en soins et de continuité**





## 5.2 Groupe d'essai des prescripteurs : analyse des questionnaires d'évaluation

Les 42 médecins prescripteurs (hospitaliers et de ville) ayant testé l'algorithme durant la phase de test ont été sollicités pour répondre au questionnaire d'évaluation afin d'apprécier l'algorithme ; 38 ont répondu.

### 5.2.1 Objectif / Finalité de l'outil

Tableau 21. Résultats portant sur l'objectif et la finalité de l'outil

	Nombre de professionnels d'accord	Nombre de professionnels pas d'accord	Nombre de réponses manquantes
C'est un outil d'aide à la décision d'orientation utile dans la pratique courante car il permet de clarifier les critères d'orientation des patients vers l'HAD	34	3	1
Il permet de faciliter l'orientation des patients en HAD dans leur parcours de soins	35	3	
Il permet d'anticiper l'orientation du patient dans son parcours de soins en diminuant la durée de séjour en hospitalisation conventionnelle ou en l'évitant	25	12	1

#### Synthèse des commentaires sur cette section

Du point de vue des praticiens prescripteurs qui connaissent parfaitement les modalités d'orientation des patients en HAD, la finalité de l'outil d'aide à la décision est jugée être en cohérence avec leurs pratiques ; pour quelques-uns, la description des critères est cependant perçue comme étant trop générale.

Concernant la capacité de l'algorithme à anticiper l'orientation du patient dans son parcours de soins, les avis étaient hétérogènes ; les raisons invoquées étaient les suivantes :

- l'algorithme est perçu comme un élément facilitateur de l'orientation anticipée du patient mais son impact n'est pas significatif sur la durée de séjour hospitalier qui relève d'autres déterminants liés principalement à la situation clinique du patient instable ;
- soit l'HAD est prévue en début d'hospitalisation et l'éligibilité des patients relève de critères d'inclusion directs (administration d'un médicament de la réserve hospitalière, besoin de soins de nature hospitalière, inclusion de l'HAD dans un parcours hospitalier de soins défini), soit l'HAD est envisagée en fin du séjour ; dans les deux cas, la durée moyenne de séjour en hospitalisation n'est pas modifiée ;
- dans les services hospitaliers saturés, les patients potentiellement éligibles à l'HAD sont orientés directement et la prise en charge est anticipée ;
- dans certains cas, l'orientation du patient est anticipée mais se heurte au manque de disponibilité des places en HAD.

## 5.2.2 Pertinence des critères

Tableau 22. Résultats portant sur la pertinence des critères

	Nombre de professionnels d'accord	Nombre de professionnels pas d'accord	Nombre de réponses manquantes
Les critères intégrés dans l'algorithme sont pertinents	35	2	1
Les critères intégrés dans l'algorithme sont complets	25	12	1
L'enchaînement des critères de l'algorithme est cohérent	36	1	0
Les libellés des critères sont clairs	33	5	0
Les éléments explicatifs relatifs à la définition des critères et des vignettes sont utiles	36	2	0
Les éléments explicatifs relatifs à la définition des critères et des vignettes sont complets	31	6	1
La réponse obtenue par l'algorithme relative à l'éligibilité du patient est cohérente	32	5	0
L'algorithme permet de discriminer de façon satisfaisante l'HAD des autres modes de prise en charge, en particulier à domicile	29	6	3

### Synthèse des commentaires sur cette section

Les critères complémentaires proposés sont les suivants :

- Les critères non médicaux liés à la situation sociale du patient, sa dépendance, l'isolement, l'environnement familial, le grand âge, la précarité ;
- Concernant précisément la dépendance du patient, sa capacité à rester seul entre les passages des équipes d'HAD et à l'existence d'aidants permettant de discriminer une orientation en HAD ou SSR ;
- L'impossibilité de tenir compte du refus du patient et/ou de sa famille ;
- Les situations cliniques liées à la polyopathie augmentant le risque de complications ;
- La nécessité de soins de nuit programmés ou non ;
- Les détails insuffisants concernant la charge en soins (en particulier, la durée liée aux pansements d'ulcères et d'escarres qui peut être importante) ;
- La notion de période limitée et révisable non adaptée dans le cas de soins palliatifs.

Certains commentaires mettent en évidence une incompréhension de la finalité et de l'utilisation de cet algorithme qui se veut être un outil d'aide à la décision d'orientation des patients dans leur parcours de soins et non une évaluation de la faisabilité de la prise en charge en HAD qui prend en compte en premier lieu le choix du patient et/ou de l'entourage, sa dépendance, sa situation familiale et sociale, des critères environnementaux, etc.

La pertinence du dernier critère relatif à la mise en place du projet thérapeutique du patient nécessitant une continuité des soins avec astreinte médicale 24h/24 et 7j/7 est remise en cause par un médecin prescripteur car cela conduit quasiment systématiquement à l'inéligibilité du patient. Pour certains, ce critère manque également de clarté et la notion d'astreinte médicale en HAD (astreinte médicale ou paramédicale) doit être précisée.

Concernant les éléments explicatifs relatifs à la définition des critères et des vignettes, les principales remarques étaient relatives au caractère trop ciblé sur une indication ne permettant pas de renseigner les autres possibilités d'admission mais aussi à la difficulté de rendre compte de l'ensemble des situations existantes, en particulier celles relatives à la charge en soins délimitant l'HAD du recours aux SSIAD. Un commentaire vise en particulier le critère relatif à « *la mise en place d'un parcours de soins hospitalier protocolisé incluant l'HAD* » pour lequel les exemples ci-

tés sont insuffisants, tous les parcours devant être listés afin de pouvoir prendre en compte ce critère.

La question de la cohérence de la réponse obtenue par l'algorithme relative à l'éligibilité du patient, soulève quelques remarques dans le sens d'une réponse inadaptée ou une non-conformité par rapport à la situation observée mais qui s'explique dans certains cas par l'absence de prise en compte des critères relatifs à l'environnement du patient ou à la continuité des soins avec astreinte médicale 24h/24 et 7/7.

Enfin, pour certains, l'algorithme ne permet pas de discriminer de façon satisfaisante l'HAD des SSR polyvalents du fait de l'absence de critère relatif à la notion de dépendance du patient et à son accompagnement au domicile.

### 5.2.3 Facilité d'utilisation de l'outil

Tableau 23. Résultats portant sur la facilité d'utilisation

	Nombre de professionnels d'accord	Nombre de professionnels pas d'accord	Nombre de réponses manquantes
L'outil est facile à remplir dans la pratique quotidienne	35	2	1
Il pourra être utilisé sous format Excel dans la pratique quotidienne	30	5	3
Les informations du dossier patient sont suffisantes pour remplir l'algorithme	32	4	2

#### Synthèse des commentaires sur cette section

La facilité d'utilisation de l'outil est liée au temps de remplissage et au format électronique proposé, un médecin prescripteur suggère de l'intégrer au logiciel Viatrajectoire ou dans les outils informatiques existant dans le service.

Le format Excel est remis en cause par certains prescripteurs car ce logiciel est, dans certains cas, indisponible ; l'interface Web est recommandée.

Le dossier patient ne contient pas d'informations relatives à la situation sociale et familiale, à l'environnement global, éléments qui apparaissent comme déterminants dans l'orientation du patient en HAD.

### 5.2.4 Définition / clarification de certains critères

Concernant le **critère d'inclusion directe sur la mise en place d'un parcours de soins hospitaliers protocolisé incluant l'HAD** (rappelé ci-dessous), 28 prescripteurs d'HAD considèrent que ce critère est compréhensible.

« Les besoins en soins du patient nécessitent sur une période limitée mais révisable, la mise en place d'un parcours de soins hospitalier protocolisé incluant l'HAD (par exemple : grossesse à risque, post-partum pathologique, prématurité, post-chirurgie lourde précoce, programme d'éducation thérapeutique...). »

Dans le questionnaire d'évaluation, il a été proposé une nouvelle formulation de ce critère (avec des cases à cocher selon la situation) :

Les besoins en soins du patient nécessitent sur une période limitée mais révisable :

- La mise en place d'une HAD dans le cadre de la prise en charge de la femme enceinte, répondant aux critères de la recommandation HAS.
- La mise en place d'une HAD dans le cadre de la prise en charge du post-partum pathologique, répondant aux critères de la recommandation HAS.

- Toute autre prise en charge intégrant l'HAD dans le cadre d'un protocole de soins hospitaliers défini.

25 prescripteurs ont considéré que cette nouvelle formulation était plus adaptée (trois ont considéré cette nouvelle formulation moins adaptée), et huit ont formulé les commentaires suivants :

- Tous les parcours de soins doivent être listés ;
- Mettre une seule ligne concernant la grossesse et des sous-catégories ;
- Le post-partum pathologique relève de l'HAD et aussi les cas avec des difficultés environnementales ;

Concernant le critère sur la **charge en soins importante** (rappelé ci-dessous), 30 prescripteurs d'HAD considèrent que ce critère est compréhensible, cinq le considèrent comme non compréhensible (trois réponses manquantes).

« Le patient nécessite en premier plan une charge en soins importante, sur une période limitée mais révisable, qui peut être justifiée par le temps de présence (fréquence de passage et/ou durée cumulée) des professionnels sur le lieu de vie du patient. »

Dans le questionnaire d'évaluation, il a été proposé une nouvelle formulation de ce critère :

- Les besoins en soins du patient nécessitent, sur une période limitée mais révisable :

  - La réalisation de pansements complexes de façon pluriquotidienne ou supérieure à 30 min/jour.
  - La surveillance post-chirurgicale, post-interventionnelle (pose de drain, etc.), post-traumatique (fracture bassin, traction collée, etc.) ou sortie précoce de chirurgie avec intervention de l'équipe soignante pluriquotidienne ou > 30 min/jour.
  - La réalisation de soins de nursing lourds durant plus de 2h par jour.
  - Un suivi médico-soignant quasi quotidien pour l'éducation du patient et/ou de son entourage.
  - Au moins deux passages infirmiers par jour pour la mise en place de traitements intraveineux chez l'adulte.
  - Au moins un passage quotidien par une infirmière puéricultrice pour la mise en place de traitements intraveineux chez l'enfant.
  - Au moins cinq passages par semaine pour une rééducation orthopédique ou neurologique.
  - Au moins trois aérosols quotidiens associés à une oxygénothérapie et des séances de kinésithérapie respiratoire quotidiennes dans le cas de la mise en place d'assistance respiratoire chez l'enfant.
  - La mise en place d'une assistance respiratoire chez l'adulte avec une oxygénothérapie et des séances de kinésithérapie respiratoire quotidiennes avec deux soins associés (CPAP, aérosols quotidiens et/ou aspirations, soins de trachéotomie, kinésithérapie respiratoire au moins trois fois par semaine, appareillage d'aide à l'expectoration, thérapeutiques à visée respiratoire spécifique administrée par voie inhalée ou sous-cutanée), associée à d'autres soins complexifiant la prise en charge.
  - La mise en place d'une nutrition entérale / parentérale associée à d'autres soins complexifiant la prise en charge.

29 prescripteurs ont considéré que cette nouvelle formulation était davantage adaptée (deux ont considéré que non), et cinq proposaient les modifications suivantes :

- Le suivi médico-soignant quasi-quotidien ne relève pas toujours de l'HAD (par ex. deux passages de l'IDE pour un traitement en IV sans un autre soin) ;
- Il manque un item propre à la personne âgée et aux syndromes gériatriques.

Les commentaires relatifs aux modifications à apporter dans l'algorithme étaient les suivants :

- Prendre en compte la situation familiale du patient et son environnement ;
- Rappeler que la réponse apportée par l'algorithme quant à l'éligibilité du patient en HAD n'est pas opposable et ne remplace pas la discussion qui doit être mise en place entre le médecin prescripteur et l'équipe d'HAD, en particulier les questions relatives au contexte social, familial, psychologique qui conditionnent le retour à domicile ;
- La place du médecin traitant dans la décision (de demande d'entrée en HAD mais aussi de sortie) doit être rappelée ;
- Modifier le format de l'algorithme avec une interface plus conviviale à remplir ;
- Pour les questions binaires (oui/non), insérer une case « ne sais pas » ;
- Rappeler les dernières évolutions concernant les modes de prise en charge de l'HAD ;
- Concernant la chimiothérapie, les critères précis qui conditionnent l'HAD doivent être rappelés (durée, risque d'allergie, etc.)
- L'algorithme doit être affiné afin de permettre de retrouver un maximum de situations ; le cas du suivi de chimiothérapie par exemple n'apparaît pas ;
- La formulation des critères de sélection est trop sujette à interprétation ;
- La description des critères dans les vignettes est trop lourde ;
- Les questions sont trop nombreuses, le remplissage est jugé trop long dans la pratique courante ;
- La temporalité de l'utilisation de l'outil doit être précisée (dès l'admission du patient ? avant/après l'utilisation du plateau technique ?).

Par ailleurs, ont été notés :

- Le caractère décisionnel et fonctionnel de l'outil et sa rapidité d'utilisation ;
- Le fait qu'il permet d'éliminer les situations qui ne relèvent pas de l'HAD ;
- Le fait de favoriser le recours à l'HAD.

### **5.3 Groupe d'essai des structures HAD : analyse des questionnaires d'évaluation**

23 professionnels d'HAD ont été sollicités pour répondre au questionnaire d'évaluation ; 16 ont répondu (un professionnel ne s'est pas identifié) :

- sept coordonnateurs d'HAD ;
- trois cadres de santé HAD ;
- un cadre de santé HAD et SSIAD ;
- deux binômes de professionnels coordonnateur/cadre de santé HAD ;
- une directrice des soins ;
- une infirmière de liaison HAD.

Parmi les répondants, dix exercent dans un établissement public, trois dans un établissement privé à but non lucratif, un dans un établissement privé à but lucratif et un dans un GCS (groupement de coopération sanitaire).

### 5.3.1 Objectif / Finalité de l'outil

Tableau 24. Résultats portant sur l'objectif et la finalité de l'outil

	Nombre de professionnels d'accord	Nombre de professionnels pas d'accord	Nombre de réponses manquantes
C'est un outil d'aide à la décision d'orientation qui permet aux médecins prescripteurs de déterminer a priori si le patient nécessite d'être admis en HAD	15	1	0
Il est utile pour les médecins prescripteurs car il permet une meilleure connaissance de l'HAD, en particulier de clarifier les critères d'orientation des patients vers l'HAD	15	1	0
Il permet de faciliter l'orientation des patients en HAD dans leur parcours de soins	14	2	0
Il permet d'anticiper l'orientation du patient dans son parcours de soins en diminuant la durée de séjour en hospitalisation conventionnelle ou en l'évitant	13	3	0

#### Synthèse des commentaires sur cette section

Un professionnel indique que l'outil proposé n'est pas adapté à l'HAD de rééducation qui nécessite une prise en charge complexe coordonnée et multidisciplinaire.

Par ailleurs, des professionnels d'HAD s'interrogent sur la capacité de l'outil à faciliter ou anticiper l'orientation des patients : le fait d'utiliser cet outil indiquerait que le prescripteur pense à cette orientation et suppose a priori que son patient relève de l'HAD. Il est par ailleurs nécessaire de sensibiliser le prescripteur à informer le médecin traitant et à obtenir son accord. Enfin, un professionnel souligne le fait que la possibilité d'admission directe en HAD depuis le domicile ou en EHPAD n'est pas suffisamment explicite dans l'outil.

### 5.3.2 Pertinence des critères

Tableau 25. Résultats portant sur la pertinence des critères

	Nombre de professionnels d'accord	Nombre de professionnels pas d'accord	Nombre de réponses manquantes
Les critères intégrés dans l'algorithme sont pertinents	15	1	0
Les critères intégrés dans l'algorithme sont complets	12	4	0
L'enchaînement des critères de l'algorithme est cohérent	15	1	0
Les libellés des critères sont clairs	12	4	0
Les éléments explicatifs relatifs à la définition des critères et des vignettes sont utiles	13	2	1
Les éléments explicatifs relatifs à la définition des critères et des vignettes sont complets	12	4	0
La réponse obtenue par l'algorithme relative à l'éligibilité du patient est cohérente	13	3	0
L'algorithme permet de discriminer de façon satisfaisante l'HAD des autres modes de prise en charge, en particulier à domicile	11	4	1

### Synthèse des commentaires sur cette section

Certains critères devraient être intégrés dans l'algorithme :

- La présence ou non d'un aidant au domicile du patient : ce critère est exigé par certaines HAD, il serait nécessaire qu'il apparaisse a minima comme un critère de vigilance.
- La dimension rééducation manque dans les critères : elle peut influencer sur l'orientation en fonction des ressources locales en professionnels.
- La dimension sociale et psychologique pour le patient et les aidants

Certains critères mériteraient d'être clarifiés dans leur libellé :

- Le critère sur la continuité des soins est très restrictif et mériterait d'être explicité sur le contenu (capacité interventionnelle infirmière, avis médical téléphonique), il pourrait par ailleurs être couplé avec la notion de coordination des soins.
- Les libellés des critères sont trop complexes pour des professionnels ne connaissant pas l'HAD.
- Les critères pourraient être distingués pour plus de clarté : critères d'éligibilité principaux (médicaments de la réserve hospitalière, TPN, PCA, MEOPA..., nutrition parentérale), critères d'éligibilité secondaires (psycho-sociaux, polyopathie à haut risque de décompensation, etc.).
- Le critère sur la vulnérabilité psycho-sociale mériterait d'être explicité : isolement social, enfants en bas âge si soins palliatifs, situation financière critique, nécessité d'un soutien/suivi psychologique régulier au domicile, demande d'euthanasie antérieure ou de sédation profonde et continue si soins palliatifs, etc.

Concernant les éléments explicatifs relatifs à la définition des critères et des vignettes : deux professionnels considèrent que ces éléments sont trop riches pour être utiles à un novice. Par ailleurs, les vignettes ne reprennent que quelques exemples.

Concernant la cohérence de la réponse obtenue par l'algorithme, le critère de continuité des soins pose question ; par exemple, l'indication d'HAD pour « nursing lourd » ou « pansement complexe » n'est pas retenue par l'algorithme puisque seul le critère de charge en soins est coché, alors que cette prise en charge est possible en HAD sans la nécessité d'une continuité des soins.

Enfin, un professionnel mentionne que l'algorithme ne permettra pas de discriminer l'HAD des autres modalités de prises en charge car il n'évitera pas les demandes « à toutes les portes » afin de raccourcir les durées de séjour. De plus, dans le domaine de la rééducation, l'algorithme ne permet pas véritablement de discriminer entre l'HAD et les SSR.

### **5.3.3 Facilité d'utilisation de l'outil**

**Tableau 26. Résultats portant sur la facilité d'utilisation**

	Nombre de professionnels d'accord	Nombre de professionnels pas d'accord	Nombre de réponses manquantes
Il pourra être utilisé par les prescripteurs sous format Excel dans leur pratique quotidienne	12	3	1
D'une façon générale, l'outil est satisfaisant et répond à un besoin	12	4	0

Concernant la facilité d'utilisation de cet outil, des professionnels indiquent que la multiplicité des outils n'est pas favorable à une utilisation quotidienne. Il serait, par exemple, utile de fusionner cet outil avec Via Trajectoire afin d'éviter les redondances. Le développement de cet outil via une application Smartphone est également proposé. D'une façon générale, les professionnels d'HAD ayant répondu au questionnaire considèrent que l'outil répond à un besoin. Certains notent qu'il a

besoin d'être amélioré, notamment en termes d'ergonomie pour qu'il soit utilisé en routine et qu'il ne doit pas être trop long. Un professionnel considère que l'outil est inutile et inadapté.

### 5.3.4 Définition / clarification de certains critères

Concernant le critère d'inclusion directe sur la mise en place d'un parcours de soins hospitaliers protocolisé incluant l'HAD, 14/16 professionnels d'HAD considèrent que ce critère est compréhensible.

Dans le questionnaire d'évaluation, il a été proposé une nouvelle formulation de ce critère :

Les besoins en soins du patient nécessitent sur une période limitée mais réversible :

- La mise en place d'une HAD dans le cadre de la prise en charge de la femme enceinte, répondant aux critères de la recommandation HAS.
- La mise en place d'une HAD dans le cadre de la prise en charge du post-partum pathologique, répondant aux critères de la recommandation HAS.
- Toute autre prise en charge intégrant l'HAD dans le cadre d'un protocole de soins hospitaliers défini.

Sept professionnels ont considéré que cette nouvelle formulation n'était pas adaptée, contre neuf considérant cette nouvelle formulation plus adaptée, dont trois qui proposaient des modifications :

- préciser les critères HAS, notamment pour les sorties précoces de chirurgie et d'éducation thérapeutique ;
- préciser le dernier point sur le protocole de soins hospitaliers défini (parcours de soins protocolisé).

Concernant le critère sur la charge en soins importante, dix professionnels d'HAD considèrent que ce critère est compréhensible, quatre le considèrent comme non compréhensible.

Dans le questionnaire d'évaluation, il a été proposé une nouvelle formulation de ce critère :

Les besoins en soins du patient nécessitent, sur une période limitée mais réversible :

- La réalisation de pansements complexes de façon pluriquotidienne ou supérieure à 30 min/jour.
- La surveillance post-chirurgicale, post-interventionnelle (pose de drain...), post traumatique (fracture bassin, traction collée, etc.) ou sortie précoce de chirurgie avec intervention de l'équipe soignante pluriquotidienne ou > 30 min/jour.
- La réalisation de soins de nursing lourds durant plus de 2h par jour.
- Un suivi médico-soignant quasi quotidien pour l'éducation du patient et/ou de son entourage.
- Au moins deux passages infirmiers par jour pour la mise en place de traitements intraveineux chez l'adulte.
- Au moins un passage quotidien par une infirmière puéricultrice pour la mise en place de traitements intraveineux chez l'enfant.
- Au moins cinq passages par semaine pour une rééducation orthopédique ou neurologique.
- Au moins trois aérosols quotidiens associés à une oxygénothérapie et des séances de kinésithérapie respiratoire quotidiennes dans le cas de la mise en place d'assistance respiratoire chez l'enfant.
- La mise en place d'une assistance respiratoire chez l'adulte avec une oxygénothérapie et des séances de kinésithérapie respiratoire quotidiennes avec



deux soins associés (CPAP, aérosols quotidiens et/ou aspirations, soins de trachéotomie, kinésithérapie respiratoire au moins trois fois par semaine, appareillage d'aide à l'expectoration, thérapeutiques à visée respiratoire spécifique administrée par voie inhalée ou sous-cutanée), associée à d'autres soins complexifiant la prise en charge.

- La mise en place d'une nutrition entérale / parentérale associée à d'autres soins complexifiant la prise en charge.

Douze professionnels ont considéré que cette nouvelle formulation était davantage adaptée, dont deux qui proposent des modifications :

- Pour les pansements complexes, il doit être mentionné un critère de durée ou de technicité particulière ;
- Pour la rééducation, il faut mentionner qu'il est possible d'avoir trois passages par semaine s'il s'agit d'un mode de prise en charge associé ;
- Apporter des précisions sur les soins palliatifs.

Quatre professionnels ont considéré cette nouvelle formulation comme non adaptée.

## 5.4 Synthèse de la phase de test et modifications de l'algorithme

### 5.4.1 Synthèse des commentaires du groupe d'essai et du groupe d'évaluation et modifications à apporter

Les réponses des professionnels du groupe d'essai et d'évaluation, sollicités durant la phase de test de l'outil dans sa version provisoire, montrent que l'algorithme répond à un besoin mais que des améliorations sont nécessaires afin de clarifier la formulation de certains critères et en termes d'ergonomie pour une utilisation en routine.

Ils s'accordent sur le caractère décisionnel et fonctionnel de l'algorithme, la pertinence des critères, sa facilité et sa rapidité d'utilisation et sur la cohérence de la réponse obtenue. Ils s'accordent également sur sa finalité en tant qu'outil d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD dans leur parcours de soins ; l'impact de l'anticipation d'orientation des patients sur la réduction de la durée d'hospitalisation ne semble cependant pas partagé de tous.

Certains commentaires mettent en évidence la nécessité d'insister, dans la version définitive, sur l'objectif de cet outil qui est de définir les **patients potentiellement éligibles à une HAD dans leur parcours de soins** et non d'évaluer la faisabilité d'une admission effective en HAD, qui s'appuie sur des critères différents, dont, en premier lieu, l'accord du patient et/ou de l'entourage, alors que la décision finale revient à l'équipe médicale de l'HAD en collaboration avec le médecin traitant ou le médecin désigné par le patient.

Si la structure de l'algorithme et l'enchaînement des critères ne sont pas remis en cause, les modifications et améliorations demandées portent principalement sur :

- la clarification de la formulation de certains critères par l'ajout de précisions et de compléments d'informations ;
- la simplification des intitulés, des définitions et des exemples proposés ;
- la présentation sous la forme d'une interface plus conviviale afin de faciliter son utilisation.

Les propositions de modification en fonction des trois blocs sur lesquels se fonde la structure de l'algorithme sont présentées de façon synthétique ci-dessous.

#### Conditions pré-requises :

- Les critères d'exclusion directe doivent être transformés en conditions pré-requises.
- La problématique liée à l'isolement / présence ou non d'un aidant doit être prise en compte : la capacité du patient à pouvoir alerter l'équipe de l'HAD, si nécessaire, est un élément de vigilance pour les prescripteurs, qui peut constituer un facteur d'exclusion de l'HAD et d'orientation en service de SSR polyvalents.

#### Critères d'inclusion directe

Le critère relatif à la mise en place d'un parcours de soins hospitalier protocolisé incluant l'HAD et les exemples proposés doivent être clarifiés et complétés : la problématique liée à un état des lieux exhaustif des situations cliniques, incompatible avec l'évolution des modes de prise en charge au cours du temps, est également soulevée.

#### Critères de niveaux d'intervention

##### *Le critère relatif à la charge en soins*

Ce critère doit être détaillé et illustré par des exemples précis qui doivent permettre de distinguer la pertinence de l'HAD par rapport à une prise en charge libérale (pour les pansements complexes, la durée ou la technicité particulière doivent être mentionnées ; pour la rééducation, il est possible d'avoir trois passages par semaine dans le cas d'un mode de prise en charge associé ; des exemples concernant les soins palliatifs doivent être ajoutés). La difficulté de définir des situations cliniques trop précises et l'impossibilité de présenter toutes les possibilités d'admission ont été mentionnées.

#### *Les critères de complexité*

- Le critère relatif à la vulnérabilité psycho-sociale doit être explicité, en particulier les critères non médicaux liés à la situation sociale et psychologique du patient et des aidants : isolement social, grand âge, enfants en bas âge, situation financière critique, précarité, nécessité d'un soutien/suivi psychologique régulier, etc.
- Les situations cliniques, liées à la polyopathie, qui augmentent le risque de complications, doivent être citées.

#### *Le critère relatif à la nécessité d'intervention d'une équipe pluridisciplinaire impliquant un besoin de coordination*

Pas de commentaires formulés sur ce critère.

#### *Le critère relatif à la continuité des soins*

Ce critère est jugé trop restrictif (remise en question de son positionnement dans les filtres de sélection) ; le contenu doit être explicité de façon précise : capacité interventionnelle infirmière (y compris la nuit), recours à un avis médical (y compris par téléphone).

Remarques générales :

- La notion de *période limitée et révisable* relève d'une définition juridique et peut ne pas être adaptée dans la pratique, comme dans le cadre de soins palliatifs.
- Les commentaires des experts interrogés sont ambigus quant au niveau de détail à apporter dans l'explicitation des critères : libellés des critères trop complexes, éléments explicatifs trop riches qui s'opposent à la volonté de mentionner le maximum de situations cliniques.
- Rappeler que :
  - la réponse apportée par l'algorithme quant à l'éligibilité du patient n'est pas opposable ;
  - le libre choix du patient et/ou de son entourage ;
  - la place du médecin traitant/médecin désigné par le patient ;
  - les dernières évolutions quant aux modes de prise en charge.

### **5.4.2 Modifications de l'algorithme apportées par le groupe de travail post phase de test**

A la suite des commentaires du groupe d'essai et du groupe d'évaluation, des propositions de modifications portant sur les libellés des critères et sur la structure de l'algorithme ont été discutées lors de la 3<sup>e</sup> et dernière réunion du groupe de travail.

Les modifications apportées concernant la rédaction des libellés des critères ainsi que de la maquette de l'algorithme décrivant la structure et l'enchaînement des critères sont retracées dans les deux tableaux ci-dessous. La validation des experts du groupe de travail sur ces éléments est également mentionnée.

A noter qu'à la suite de la phase d'essai, les définitions relatives aux interventions fréquentes ou d'une durée importante ont été simplifiées ; certaines vignettes cliniques ont été ajoutées, précisées et d'autres supprimées.

► **Traçabilité du processus de rédaction des critères et validation par le groupe de travail**

Tableau 27. Traçabilité du processus de rédaction des critères et validation par les experts du groupe de travail de la version finale

Critère	Libellés validés en GT2 et proposés pour la phase de test	Propositions de modifications suite à la phase de test et discutés lors du GT3	Validation par les experts du GT de la rédaction des critères, à l'issue du GT3
<p><b>Critères d'exclusion directe</b></p> <p><b>Prérequis</b></p>	<p>L'état du patient nécessite l'accès direct et immédiat à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un plateau technique ;</li> <li>- une surveillance continue médicale et paramédicale 24h/24 au chevet du patient (soins intensifs).</li> </ul>	<p>Les critères d'exclusion directe deviennent des <b>prérequis</b>.</p> <p><b>Ajout du prérequis suivant :</b></p> <p>Le patient n'est pas en situation d'isolement (présence d'aidant) <b>OU</b> est en capacité de comprendre sa situation pour pouvoir alerter l'équipe de l'HAD si nécessaire.</p>	<p><b>Prérequis : Une hospitalisation à domicile (HAD) est impossible si :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'état clinique du patient nécessite l'accès direct et immédiat à : <ul style="list-style-type: none"> <li>- un plateau technique au sein d'un établissement de santé ;</li> <li>- une surveillance continue médicale et paramédicale 24h/24 au chevet du patient (soins intensifs).</li> </ul> </li> <li>• Le patient est en situation d'isolement (absence d'aidant) <b>ET</b> n'est pas en capacité cognitive ou physique pour pouvoir alerter l'équipe de l'HAD si nécessaire.</li> </ul>
<p><b>Critères d'inclusion directe</b></p>	<p>Les besoins en soins du patient nécessitent sur une période limitée mais révisable l'administration de médicaments de la réserve hospitalière (par exemple : chimiothérapie injectable, antibiothérapie, médicaments en soins palliatifs et antalgiques spécifiques, etc.).</p>	<p>Les besoins en soins du patient nécessitent-ils l'administration de médicaments de la réserve hospitalière ?</p> <p>Par exemple : antibiothérapie, chimiothérapie injectable, médicaments en soins palliatifs et antalgiques spécifiques, etc.</p>	<p>L'état de santé du patient nécessite-il l'administration de <b>médicaments de la réserve hospitalière</b> ?</p> <p>Par exemple : chimiothérapie injectable, médicaments en soins palliatifs et antalgiques spécifiques, etc.</p>
	<p>Le patient nécessite sur une période limitée mais révisable hospitalière (par ex TPN, PCA, drainage pleural, transfusion sanguine, MEOPA, etc.).</p>	<p>Le patient nécessite-t-il des soins de nature hospitalière ?</p> <p>Par exemple : TPN, drainage pleural, transfusion sanguine, MEOPA, etc.</p>	<p>Le patient nécessite-t-il des <b>soins de nature hospitalière</b> ?</p> <p>Par exemple : pansements par TPN, drainage pleural, transfusion sanguine, analgésie par MEOPA, etc.</p>
	<p>Les besoins en soins du patient nécessitent, sur une période limitée mais révisable, l'inclusion de l'HAD dans un parcours hospitalier de soins défini</p>	<p>L'orientation en HAD fait-elle partie d'un parcours de soins prédéfini indiqué pour l'état de santé du patient permettant un retour plus</p>	<p>Le patient relève-t-il d'un <b>parcours de soins encadré par un protocole défini avec une HAD</b> permettant un retour plus rapide à domicile ou d'éviter une hospitalisation</p>

	(par exemple : grossesse à risque, post-partum pathologique, prématurité, post-chirurgie lourde précoce, éducation du patient et de son entourage, etc.).	rapide à domicile ou d'éviter une hospitalisation? Par exemple dans le cas de la grossesse : mise en place d'une HAD dans le cadre de la prise en charge de la femme enceinte, du post-partum pathologique ou de la prématurité.	conventionnelle ? Par exemple : protocoles définis avec l'HAD dans le cadre d'une décompensation d'une pathologie chronique (cardiaque, pulmonaire ou autre), en post-chirurgie lourde, en post-greffe, en périnatalogie (Recommandations nationales existantes : HAD dans le cadre de la prise en charge de la femme enceinte, du post-partum pathologique ou de la prématurité).
<b>Critère relatif à la charge en soins</b>	Le patient nécessite en premier plan une charge en soins importante, sur une durée limitée mais révisable, qui peut être justifiée par le temps de présence (fréquence de passage et/ou durée cumulée) des professionnels sur le lieu de vie du patient.	L'état de santé du patient nécessite-t-il des interventions fréquentes ou d'une durée importante sur son lieu de vie (nombre de passages, durée cumulée des soins ou de surveillance par jour) ?	L'état de santé du patient nécessite-t-il <b>une charge en soins très importante</b> du fait de la fréquence élevée des interventions ou de la durée cumulée importante des soins sur son lieu de vie ?
<b>Critères de complexité</b>	L'état du patient répond-il à l'une des situations suivantes : - Le patient est à risque d'aggravation ou a eu des recours réitérés à l'hospitalisation avec hébergement ; - Le patient présente plusieurs critères de complexité médico psycho-social (par exemple : dépendance majorée, troubles neurocognitifs, vulnérabilité psycho-sociale).	L'état du patient répond-il à l'une des situations suivantes ? - Le patient est à risque d'aggravation ou a eu des recours réitérés à l'hospitalisation avec hébergement ; - Le patient présente plusieurs critères de complexité médico psycho-sociale. Par exemple : polypathologie, dépendance majorée, troubles neurocognitifs, vulnérabilité psycho-sociale (tel que isolement social, enfants en bas âge, précarité, situation financière critique, nécessité d'un soutien/suivi psycho régulier au domicile, etc.).	L'état du patient répond-il à l'une des situations suivantes ? - Il est à <b>risque d'aggravation</b> ; - Il a eu des <b>recours réitérés à l'hospitalisation avec hébergement</b> ; - Il présente plusieurs <b>critères de complexité médico psycho-sociale</b> . Par exemple : polypathologie, dépendance majorée, troubles neurocognitifs, vulnérabilité psycho-sociale (ex : isolement social, enfants en bas âge, précarité, situation financière critique, nécessité d'un soutien/suivi psycho régulier au domicile, etc.).
<b>Critère relatif à la pluridisciplinarité et au temps de coordination</b>	La mise en place du projet thérapeutique du patient nécessite, sur une période limitée mais révisable, l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire sur le plan médical, paramédical, social et psychologique impliquant un temps de coordination	La mise en place du projet thérapeutique du patient nécessite-t-elle l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire sur les plans médical, paramédical, social et psychologique impliquant un besoin de coordination important ?	La mise en place du projet thérapeutique du patient nécessite-t-elle l'intervention d'une <b>équipe pluridisciplinaire</b> sur les plans médical, paramédical, social et psychologique impliquant un <b>besoin de coordination</b> important ?

	important.		
<b>Critère relatif à la continuité des soins</b>	La mise en place du projet thérapeutique du patient nécessite une continuité des soins avec astreinte médicale 24h/24 et 7j/7.	L'état de santé du patient nécessite-t-il une continuité des soins 24h/24 et 7j/7 caractérisée par la possibilité d'intervention à tout moment d'une infirmière et de recours à un avis médical (intervention au domicile ou conseil téléphonique ou télé-prescription) ?	L'état de santé du patient nécessite-t-il une <b>continuité des soins</b> 24h/24 et 7j/7 caractérisée par la possibilité d'intervention à tout moment d'une infirmière et de recours à un avis médical (intervention au domicile ou conseil téléphonique ou télé-prescription) ?

► **Traçabilité du processus d'élaboration de la maquette de l'algorithme et validation par le groupe de travail**

Tableau 28. Traçabilité du processus d'élaboration de la maquette de l'algorithme et validation par les experts du groupe de travail de la version définitive

Bloc de l'algorithme	Maquette validée en GT2 et proposée pour la phase de test	Validation par les experts du GT de la maquette, à l'issue du GT3
<b>Bloc 1</b> <b>Critères d'exclusion</b> <b>Prérequis</b>	<b>Critères d'exclusion (relatif aux besoins d'un plateau technique et de soins intensifs)</b> : peuvent conduire directement à la non éligibilité du patient si les critères sont vérifiés ou dans le cas contraire à poursuivre l'évaluation dans le bloc 2.	<b>Prérequis (relatif aux besoins d'un plateau technique et de soins intensifs et à l'isolement)</b> : conditions à vérifier avant d'utiliser l'algorithme. ⇒ <i>A la suite de la phase de test, les experts du groupe de travail ont proposé que les critères d'exclusion deviennent des prérequis et ont ajouté comme prérequis la notion d'isolement (absence d'aidant et incapacité à comprendre sa situation).</i>
<b>Bloc 2</b> <b>Critères d'inclusion directe</b>	<b>Critères d'inclusion directe (relatif à l'administration de médicaments de la réserve hospitalière, aux soins hospitaliers et aux parcours de soins encadrés par un protocole défini avec l'HAD)</b> : peuvent conduire directement à l'éligibilité du patient si les critères d'inclusion directs sont vérifiés ou dans le cas contraire à poursuivre l'évaluation dans le bloc 3.	<b>Critères d'inclusion directe (relatif à l'administration de médicaments de la réserve hospitalière, aux soins hospitaliers, aux parcours de soins encadrés par un protocole défini avec l'HAD et à une charge en soins importante)</b> : peuvent conduire directement à l'éligibilité du patient si les critères d'inclusion directs sont vérifiés ou dans le cas contraire à poursuivre l'évaluation dans le bloc 3.  ⇒ <i>A la suite de la phase de test, les experts du groupe de travail ont proposé que le critère relatif à la charge en soins devienne un critère d'inclusion direct.</i>
<b>Bloc 3</b> <b>Critères de niveaux d'intervention</b>	<b>Composés de quatre filtres successifs :</b> • Le critère relatif à la <b>charge en soins</b> : relié au critère relatif à la continuité des soins, il ne constitue pas un critère d'inclusion directe afin de discriminer l'HAD des interventions au domicile du secteur ambulatoire et des services médico-sociaux. Le patient	<b>Composés de trois critères :</b> Le critère de complexité doit être couplé avec le critère relatif à l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire, impliquant un besoin de coordination, OU le critère relatif à la nécessité d'une continuité des soins pour que le patient soit éligible à une HAD.

	<p>est éligible si les deux critères sont vérifiés ; dans le cas contraire, l'évaluation se poursuit.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les critères de complexité peuvent conduire directement à la non éligibilité du patient s'ils ne sont pas vérifiés ou dans le cas contraire, à poursuivre l'évaluation.</li> <li>• Le critère relatif à l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire peut conduire directement à la non éligibilité du patient s'il n'est pas vérifié, ou dans le cas contraire, à poursuivre l'évaluation.</li> <li>• Le critère relatif à la nécessité d'une continuité des soins conduit à l'éligibilité du patient s'il est vérifié ou dans le cas contraire, à la non-éligibilité.</li> </ul>	<p>Ainsi, le patient est éligible à une HAD si :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il a des critères de complexité ET un besoin de soins nécessitant l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire ;</li> <li>• Il a des critères de complexité ET un besoin de continuité des soins.</li> </ul> <p>Si le patient n'a pas de critère de complexité alors il n'est pas éligible à une HAD.</p> <p>Si le patient a des critères de complexité mais n'a pas un besoin en soins nécessitant l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire ET n'a pas besoin de continuité des soins alors il n'est pas éligible à une HAD.</p> <p>⇒ A la suite de la phase de test, les experts du groupe de travail ont proposé de modifier l'enchaînement des critères de ce bloc : critères de complexité couplés avec le critère de pluridisciplinarité OU de continuité des soins.</p>
--	---	--

► **Traçabilité dans la rédaction des réponses apportées par l'algorithme et validation par le groupe de travail**

Tableau 29. Traçabilité du processus de rédaction des réponses apportées par l'algorithme et validation par les experts du groupe de travail de la version définitive

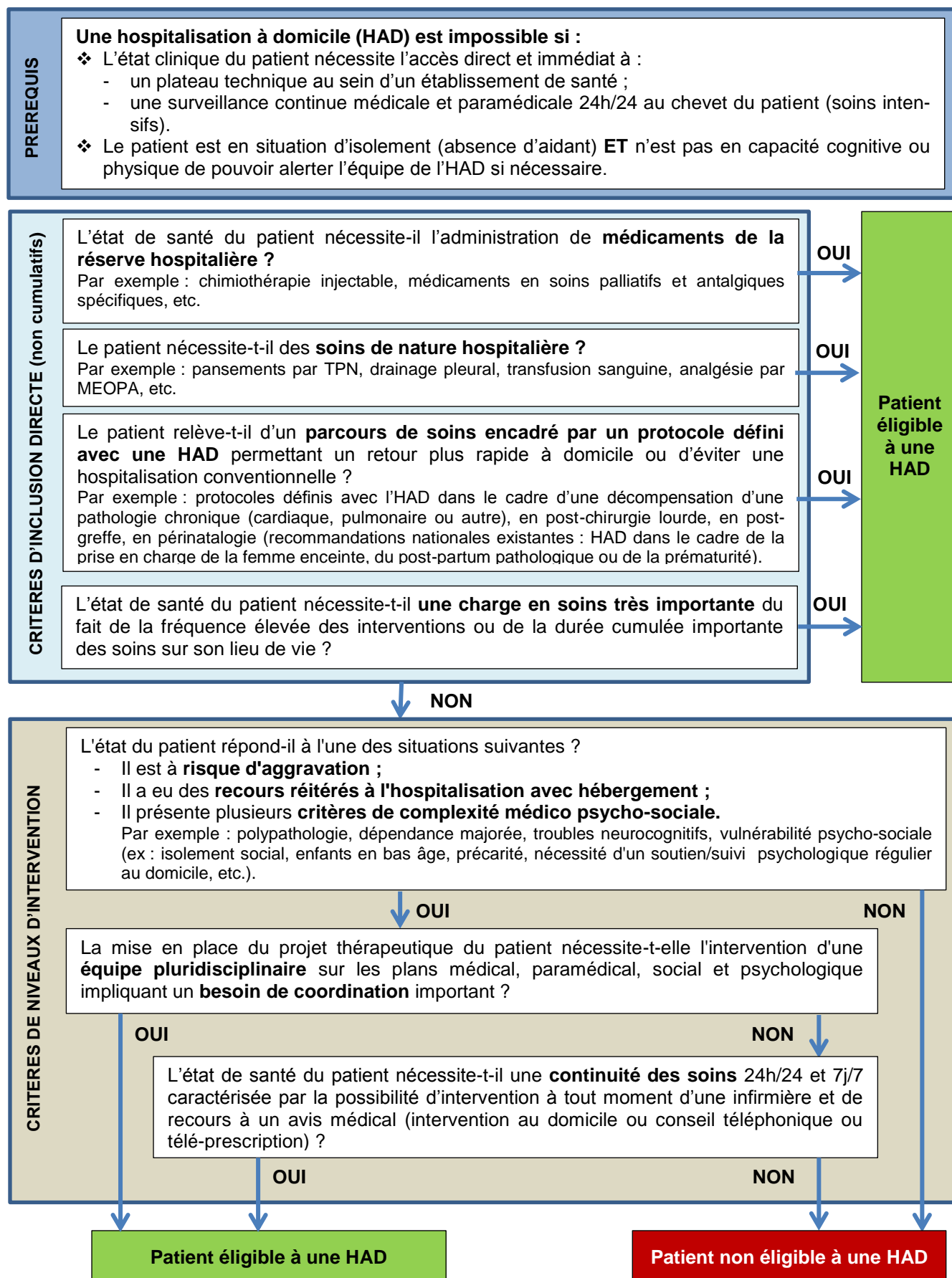
	<b>Propositions de modifications suite à la phase de test et discutés lors du GT3</b>	<b>Validation par les experts du GT de la rédaction des réponses, à l'issue du GT3</b>
<b>Lorsque le patient est éligible à une HAD</b>	<p><b>Le patient est éligible à une prise en charge en HAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le médecin prescripteur informe le patient (et le médecin traitant/médecin désigné par le patient si ce dernier n'est pas prescripteur de l'HAD) d'un retour possible à domicile dans le cadre d'une HAD ;</li> <li>- le médecin prescripteur demande l'accord du patient et/ou de son entourage pour transmettre son dossier à l'équipe de l'HAD ;</li> <li>- le médecin coordonnateur ou l'équipe de l'HAD informe le patient des implications d'une prise en charge en HAD, recueille le consentement du patient et de son entourage.</li> </ul>	<p><b>Votre patient est éligible à une prise en charge en HAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vous informez le patient d'une admission possible en HAD, en concertation avec le médecin traitant/médecin désigné par le patient (s'il ne s'agit pas de vous).</li> <li>- Vous demandez l'accord du patient et/ou de son entourage pour transmettre son dossier à l'équipe de l'HAD et vous renseignez le logiciel d'orientation de votre région (ViaTrajectoire, ROR PACA, ORIS, etc.) ;</li> <li>- Vous contactez l'équipe de l'HAD pour l'évaluation de la faisabilité d'une HAD en concertation avec le médecin traitant ;</li> <li>- Les professionnels de l'équipe de l'HAD informent le patient des implications d'une HAD, recueillent le consentement du patient et de son entourage et contactent le cas échéant les professionnels qui interviennent déjà au domicile.</li> </ul>
<b>Lorsque le patient n'est pas éligible à une HAD</b>	<p><b>Le patient n'est pas éligible à une prise en charge en HAD.</b></p> <p>Attention, certaines situations atypiques nécessitent un échange direct avec votre partenaire HAD.</p>	<p><b>Votre patient n'est a priori pas éligible à une HAD et peut relever d'une autre prise en charge.</b></p> <p>Attention, certaines situations atypiques nécessitent un échange direct avec votre partenaire HAD.</p>

## **6. Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD à destination des médecins prescripteurs : présentation de l'outil pilote**

### **6.1 Architecture synthétique**



Figure 17. Algorithme synthétique



## 6.2 Maquette de l'algorithme

Au total, l'algorithme est composé de conditions pré-requises et de deux blocs reliés entre eux qui permettent de déterminer l'éligibilité d'un patient à une HAD :

**Prérequis** : conditions à vérifier avant d'utiliser l'algorithme

**Bloc 1 - critères d'inclusion directe** : critères suffisants et non cumulatifs pour conduire directement à l'éligibilité du patient : si au moins un critère est vérifié, le patient est éligible à une HAD, si aucun critère n'est vérifié l'évaluation se poursuit dans le bloc 2.

**Bloc 2 - critères de niveaux d'intervention, composé de trois critères** :

Le critère de complexité doit être couplé avec le critère relatif à l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire, impliquant un besoin de coordination, OU le critère relatif à la nécessité d'une continuité des soins pour que le patient soit éligible à une HAD.

Ainsi, le patient est éligible à une HAD si :

- Il a des critères de complexité ET un besoin de soins nécessitant l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire ;
- Il a des critères de complexité ET un besoin de continuité des soins.

Si le patient n'a pas de critère de complexité alors il n'est pas éligible à une HAD.

Si le patient a des critères de complexité mais n'a pas un besoin en soins nécessitant l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire ET n'a pas besoin de continuité des soins alors il n'est pas éligible à une HAD.

La maquette de l'algorithme par bloc est détaillée ci-dessous.

### Prérequis

**Une hospitalisation à domicile (HAD) est impossible si :**

- ❖ L'état clinique du patient nécessite l'accès direct et immédiat à :
  - un plateau technique au sein d'un établissement de santé ;
  - une surveillance continue médicale et paramédicale 24h/24 au chevet du patient (soins intensifs).
- ❖ Le patient est en situation d'isolement (absence d'aidant) **ET** n'est pas en capacité cognitive ou physique de pouvoir alerter l'équipe de l'HAD si nécessaire.

### BLOC 1 – Critères d'inclusion directe

#### Bloc 1.1 Administration de médicaments de la réserve hospitalière

**L'état de santé du patient nécessite-il l'administration de médicaments de la réserve hospitalière ?**

Par exemple : chimiothérapie injectable, médicaments en soins palliatifs et antalgiques spécifiques, etc.

Oui       Non

 Recommandations de la HAS sur le respect des conditions de développement de la chimiothérapie en HAD.

Tableau 30. Exemples d'administration de médicaments de la réserve hospitalière

Exemple de cas	Soins requis	Critères pour l'HAD
Personne de 60 ans atteinte d'un myélome multiple symptomatique avec facteurs pronostiques cytogénétiques de haut risque.	Chimiothérapie administrée par voie sous cutanée dans le cadre d'un traitement de myélome selon un schéma intensif avec autogreffe de cellules souches hématopoïétiques.	Administration de médicaments de la réserve hospitalière, respect des conditions de réalisation d'une chimiothérapie dans le cadre d'une HAD.

Si la case « Oui » est cochée, le patient est éligible à une HAD.

Si la case « Non » est cochée, l'évaluation se poursuit.

### Bloc 1.2 Soins de nature hospitalière

#### **Le patient nécessite-t-il des soins de nature hospitalière ?**

Par exemple : pansements par TPN, drainage pleural, transfusion sanguine, analgésie par MEOPA, etc.

Oui       Non

 Recommandations de la HAS sur le traitement des plaies par pression négative (TPN)

Si la case « Oui » est cochée, le patient est éligible à une HAD.


Si la case « Non » est cochée, l'évaluation se poursuit.

### Bloc 1.3 Parcours de soins prédéfini

#### **Le patient relève-t-il d'un parcours de soins encadré par un protocole défini avec une HAD permettant un retour plus rapide à domicile ou d'éviter une hospitalisation conventionnelle ?**

Par exemple : protocoles définis avec l'HAD dans le cadre d'une décompensation d'une pathologie chronique (cardiaque, pulmonaire ou autre), en post-chirurgie lourde, en post-greffe, en périnatalogie (recommandations nationales existantes : HAD dans le cadre de la prise en charge de la femme enceinte, du post-partum pathologique ou de la prématurité).

Oui       Non

 Recommandations de la HAS sur les situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du post-partum.

Si la case « Oui » est cochée, le patient est éligible à une HAD.

Si la case « Non » est cochée, l'évaluation se poursuit.

### Bloc 1-4 – La charge en soins – temps de présence cumulé au domicile du patient

#### **L'état de santé du patient nécessite-t-il une charge en soins très importante du fait de la fréquence élevée des interventions ou de la durée cumulée importante des soins sur son lieu de vie ?**

Oui       Non

Si la case « Oui » est cochée, le patient est éligible à une HAD.

Si la case « Non » est cochée, l'évaluation se poursuit avec les critères de complexité (bloc 2.1).

**Tableau 31. Définitions des interventions fréquentes ou d'une durée importante en fonction du type de soins**

Type de soins	Fréquence/durée
Pansements complexes ou en post-traitement chirurgical	Intervention pluriquotidienne ou supérieure à 30 minutes par jour en moyenne.
Soins de nursings lourds	Prise en charge quotidienne supérieure à 2h chez des patients dépendants s'il s'agit de la prise en charge principale ou supérieure à 1h s'il s'agit d'une prise en charge associée.
Traitements intraveineux chez l'adulte	Au moins deux passages infirmiers par jour.
Traitements intraveineux chez l'enfant	Au moins un passage quotidien par une infirmière puéricultrice.
Rééducation orthopédique ou neurologique	Au moins cinq passages par semaine s'il s'agit de la prise en charge principale ou au moins trois passages par semaine s'il s'agit d'une prise en charge associée.
Assistance respiratoire chez l'enfant	Au moins trois aérosols quotidiens associé à une oxygénothérapie et des séances de kinésithérapie respiratoire quotidiennes.
Sortie précoce de chirurgie	Intervention soignante au minimum deux fois par jour ou supérieure à 30 minutes par jour.
Prise en charge de l'éducation du patient et/ou de son entourage	Suivi médico-soignant quasi-quotidien nécessitant un suivi pluridisciplinaire visant à rendre le patient le plus autonome possible.

**Tableau 32. Exemples impliquant une charge en soins importante**

Exemples de cas	Soins requis	Critères pour l'HAD
Nouveau-né présentant une infection materno-foetale précoce	Antibiothérapie par voie veineuse périphérique, évaluation de la douleur, surveillance clinique, conseils de puériculture.	Soins fréquents de nature hospitalière, besoin de continuité des soins, besoin d'organisation des relais.
Personne de 64 ans opérée en urgence d'un abcès du sigmoïde et sortie après mise en place d'une colostomie de décharge	Soins d'hygiène, prévention et surveillance de la colostomie, surveillance des constantes (T°, poids, TA, etc.), surveillance de la prise effective d'un traitement, adaptation de la poche de colostomie et changements réguliers.	Fourniture du matériel (poches et supports de poches), éducation du patient (pose d'une nouvelle poche, que faire en cas de fuite), fourniture du traitement antibiotique et surveillance de la prise, accompagnement quotidien jusqu'à une nouvelle hospitalisation en vue d'une intervention.
Personne de 74 ans atteinte d'une sclérose latérale amyotrophique (SLA) d'évolution rapide avec grabatisation et trachéostomie avec ventilation mécanique, vivant avec son conjoint, aidante principale en situation d'épuisement.	Gestion de l'assistance respiratoire, soins de nursing lourd, soins de kinésithérapie neurologique et respiratoire, accompagnement psycho-social du conjoint avec organisation d'hospitalisations de répit.	Combinaison de plusieurs types de soins, nécessité de soins continus, intervention d'une équipe pluridisciplinaire.
Personne de 75 ans présentant une récurrence d'un cancer du	Pose d'un drain tunnalisé et gestion du drainage pleural, chimiothérapie hebdomadaire	Fréquence élevée des soins, nécessité d'une surveillance

Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en hospitalisation à domicile (HAD) à destination des médecins prescripteurs

sein traitée il y a 20 ans avec apparition de métastases osseuses, péritonéales et d'un épanchement pleural métastatique	en hôpital de jour nécessitant : la surveillance des effets secondaires, des soins de chambre implantable, une surveillance infectieuse, biologique, hématologique.	continue.
Personne de 80 ans présentant des AVC ischémiques à répétition avec des séquelles motrices de type hémiplégie ainsi qu'une dysarthrie et des troubles de la déglutition avec fausses routes fréquentes nécessitant une alimentation par sonde naso-gastrique lors du séjour en MCO	Soins de nursing lourd, surveillance de la prise alimentaire, rééducation neurologique (trois passages par semaine) et rééducation orthophonique.	Fréquence élevée des soins, intervention d'une équipe pluridisciplinaire.
Personne de plus de 80 ans caractérisée par un état de sévérité pathologique et une forte dépendance hospitalisée en MCO pour une affection des voies respiratoires ou une pathologie d'origine cardiovasculaire avec complications	Soins palliatifs et traitements administrés par voie intraveineuse, associés dans certains cas à une assistance respiratoire, la prise en charge de la douleur, des soins de nursing lourd et autres types de soins.	Fréquence élevée des soins, nécessité de soins continus.
Personne de 86 ans résidant en EHPAD, caractérisée par un état de sévérité polypathologique (par exemples, diabète, démence Alzheimer/Parkinson, pathologie cardiaque, incontinence, douleurs chroniques, cachexie) hospitalisée en MCO pour un ulcère du décubitus avec complications	Pansements complexes dans le cadre d'une plaie aigue.	Technicité des soins, fréquence élevée des soins, la prise en charge par l'HAD complète celle réalisée par les équipes de l'EHPAD qui continuent de dispenser les soins courants.
Personne de 87 ans résidant en EHPAD, atteinte de troubles neurocognitifs à un stade de démence, dans un état de dénutrition très sévère avec des douleurs importantes, souhaitant décéder dans l'EHPAD	Mise en place de soins palliatifs, prise en charge de la douleur.	Fréquence élevée des soins, la prise en charge par l'HAD complète celle réalisée par les équipes de l'EHPAD qui continuent de dispenser les soins courants.

## **BLOC 2 - Critères de niveaux d'intervention définissant la prise en charge**

### **Bloc 2-1 – Les critères de complexité**

**L'état du patient répond-il à l'une des situations suivantes ?**

- **Il est à risque d'aggravation ;**
- **Il a eu es recours réitérés à l'hospitalisation avec hébergement ;**
- **Il présente plusieurs critères de complexité médico psycho-sociale.**

Par exemple : polypathologie, dépendance majorée, troubles neurocognitifs, vulnérabilité psycho-sociale (ex : isolement social, enfants en bas âge, précarité, nécessité d'un soutien/suivi psycho régulier au domicile, etc.).

Oui       Non

Si la case « Oui » est cochée, l'évaluation se poursuit avec le critère de pluridisciplinarité (bloc 2.2).

Si la case « Non » est cochée, le patient n'est pas éligible à une HAD.

### **Bloc 2-2 –La pluridisciplinarité**

**La mise en place du projet thérapeutique du patient nécessite-t-elle l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire sur les plans médical, paramédical, social et psychologique impliquant un besoin de coordination important ?**

Oui       Non

Si la case « Oui » est cochée, l'évaluation se poursuit avec le critère de continuité des soins (bloc 2.3), mais quelle que soit la réponse au critère suivant, le patient est éligible à une HAD.

Si la case « Non » est cochée, l'évaluation se poursuit avec le critère de continuité des soins (bloc 2.3).

**Tableau 33. Exemples impliquant l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire**

<b>Exemples de cas</b>	<b>Soins requis</b>	<b>Critères pour l'HAD</b>
Nouveau-né, né avant terme avec un poids insuffisant à la naissance et une alimentation difficile	Suivi médical et paramédical continu, soutien à la parentalité, conseils de puéricultures et diététiques et/ou une nutrition entérale en fonction du niveau de gravité avec autonomisation des parents à l'assistance nutritionnelle et prise en charge des troubles de l'oralité, évaluation psycho-sociale avec dans certains cas un suivi psychologique et social de l'entourage.	Soins nécessitant l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire.
Enfant diabétique non équilibré avec une situation psycho-sociale complexe	Éducation thérapeutique des parents pour acquérir davantage d'autonomie pour l'adaptation des doses d'insuline selon les glycémies capillaires, injections d'insuline, de glucagon, surveillance des	Surveillance nécessitant l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire dans un contexte complexe.

	glycémies capillaires et lecture des bandelettes urinaires, surveillance du régime diététique, organisation des relais.	
Personne de 35 ans, traitée pour un cancer du sein avec métastases hépatiques et osseuses, d'emblée en échappement thérapeutique ; hospitalisation récente pour forte altération de l'état général et syndrome cérébelleux faisant découvrir des métastases cérébrales	Soins palliatifs avec radiothérapie cérébrale puis chimiothérapie orale palliative, prise en charge psycho-sociale lourde.	Soins nécessitant l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire, nécessité de soins continus.
Personne de 37 ans infirme motrice cérébrale résidant en Foyer d'accueil médicalisé (FAM) avec des troubles importants du comportement, modifications du traitement antipsychotique et pneumopathie due à des fausses routes	Traitement intraveineux continu, kinésithérapie, éducation thérapeutique de l'entourage notamment pour la mise en place d'une alimentation de type pâteuse afin d'éviter les fausses routes.	Soins nécessitant l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire, nécessité de soins continus.
Personne de 76 ans, en insuffisance respiratoire chronique hospitalisée de façon répétée en MCO pour décompensations, en phase de stabilisation	Pansements complexes suite à la mise en place d'un drain hospitalier, traitement anxiolytique à dispensation hospitalière, coordination des kinésithérapeutes pour la mise en place des drainages respiratoires 7j/7, accompagnement par une diététicienne, accompagnement psychologique du patient et de son entourage, prise en charge sociale pour augmenter les aides au domicile.	Soins nécessitant l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire, nécessité de soins continus.

### **Bloc 2-4 –La continuité des soins**

**L'état de santé du patient nécessite-t-il une continuité des soins 24h/24 et 7j/7 caractérisée par la possibilité d'intervention à tout moment d'une infirmière et de recours à un avis médical (intervention au domicile ou conseil téléphonique ou télé-prescription) ?**

Oui       Non

Si la case « Oui » est cochée, le patient est éligible à une HAD.

Si la case « Non » est cochée, le patient n'est pas éligible à une HAD.

Si à l'issue de l'algorithme, le patient est éligible à une HAD, le message ci-dessous apparaît :

**Votre patient est éligible à une prise en charge en HAD**

- Vous informez le patient d'une admission possible en HAD, en concertation avec le médecin traitant/médecin désigné par le patient.
- Vous demandez l'accord du patient et/ou de son entourage pour transmettre son dossier à l'équipe de l'HAD et vous renseignez le logiciel d'orientation de votre région (ViaTrajectoire, ROR PACA, ORIS, etc.).
- Vous contactez l'équipe de l'HAD pour l'évaluation de la faisabilité d'une HAD en concertation avec le médecin traitant.
- Les professionnels de l'équipe de l'HAD informent le patient des implications d'une HAD, recueillent le consentement du patient et de son entourage et contactent, le cas échéant, les professionnels qui interviennent déjà au domicile.

Si à l'issue de l'algorithme, le patient n'est pas éligible à une HAD, le message ci-dessous apparaît :

**Votre patient n'est a priori pas éligible à une HAD et peut relever d'une autre prise en charge.**

Attention, certaines situations atypiques nécessitent un échange direct avec votre partenaire HAD.



## 6.3 Outil en ligne dédié à l'algorithme

Dans l'objectif de favoriser une appropriation la plus large possible et une utilisation facile au quotidien, l'algorithme a été développé sous la forme d'un outil en ligne. Son développement est axé sur l'ergonomie, la convivialité et la simplicité, avec un maximum de huit clics pour aboutir à la décision d'éligibilité.

Cet outil en ligne est accessible sous condition unique d'avoir une connexion Internet. Par ailleurs, il se veut « Responsive » en s'adaptant à tout support : Smartphone, tablette ou ordinateur.

Il présente l'algorithme sous format WEB et fournit également un certain nombre d'informations sur son objectif, les messages clés à faire passer auprès des prescripteurs, la définition de l'HAD, les modes de prise en charge, etc.

Une première version de l'outil en ligne a été présentée lors de la 3<sup>e</sup> réunion du groupe de travail. A la suite de cette réunion, des modifications/ajouts ont été apportés afin de proposer aux experts du groupe de travail une version finalisée à tester. A l'issue de ce test, la version définitive a été élaborée.

L'outil en ligne est structuré de la façon suivante :

- Une page d'accueil avec :
  - trois phrases clés ;
  - un texte court mentionnant les messages clés ;
  - un texte long pouvant s'ouvrir en cliquant sur les sous-titres ;
  - un bouton d'accès à l'outil ;
  - un menu d'informations donnant accès à l'outil et à des informations complémentaires.
- L'algorithme sous format WEB.
- Des onglets d'informations complémentaires accessibles par le menu d'informations de la page d'accueil.

L'outil en ligne est disponible à l'adresse suivante : <http://adophad.has-sante.fr>

Il se nomme **ADOP-HAD** Aide à la **D**écision d'**O**rientation des **P**atients en **HAD**.

### 6.3.1 Page d'accueil de l'outil en ligne

Les trois phrases clés suivantes sont mises en évidence sur la page d'accueil :

- anticiper l'HAD dans le parcours de soins ;
- éviter / raccourcir une hospitalisation avec hébergement ;
- évaluer l'éligibilité d'un patient à une HAD.

Le texte court a pour objectif de présenter de façon succincte les principaux messages clés :

- l'objectif de l'outil, qui est différent de l'évaluation de la faisabilité d'une admission en HAD ;
- l'anticipation de l'orientation ;
- le respect des principes liés aux droits et à l'intérêt des patients.

Ce texte court se veut le plus visible possible pour les prescripteurs afin de les inciter à le lire au moins une fois au moment de la première utilisation de l'outil.

Le texte court validé par les experts du groupe de travail est le suivant :

**ADOP-HAD est un outil d'aide à la décision d'orientation des patients en hospitalisation à domicile (HAD).** Son objectif est d'identifier **les patients potentiellement éligibles à une HAD**, le plus en amont possible afin d'anticiper leur orientation.

Cet outil est à destination des médecins prescripteurs d'HAD : médecins hospitaliers et médecins de ville.

Il peut être utilisé pour tous les patients quelles que soient leurs caractéristiques et leur provenance (établissement de santé, domicile, structure sociale ou médico-sociale avec hébergement).

ADOP-HAD est différent d'une évaluation de **l'admission effective en HAD** qui relève de l'appréciation de l'équipe de l'HAD en concertation avec le médecin traitant (ou le médecin désigné par le patient) après information du patient et de son entourage.

Quelle que soit la réponse apportée par l'outil, il est indispensable de respecter les principes liés aux droits et à l'intérêt du patient : assurer le libre choix du patient et de son entourage quant aux possibilités de prise en charge et privilégier l'équipe déjà impliquée dans la prise en charge à domicile.

Toujours sur la page d'accueil, un texte long est proposé sous la forme de titre cliquable déroulant. L'objectif de ce texte long est de fournir aux prescripteurs qui le souhaitent des informations complémentaires sur le moment le plus opportun pour utiliser cet outil d'aide à la décision, la façon d'interpréter les résultats et le moment conseillé pour informer le patient et contacter l'équipe d'HAD.

Le texte long validé par les experts du groupe de travail est le suivant :

#### **Quand utiliser l'outil ?**

Cet outil est utilisé en amont de la prise de décision d'orientation des patients en HAD :

- **au cours d'une hospitalisation conventionnelle avec hébergement** en service de soins aigus ou de soins de suite et de réadaptation, le plus tôt possible afin de favoriser un retour précoce à domicile ;

- **dans le cadre de la prise en charge du patient sur son lieu de vie** (domicile ou établissement d'accueil social / médico-social), afin d'éviter une hospitalisation conventionnelle avec hébergement.

#### **Comment interpréter les résultats ?**

A l'issue de l'algorithme :

- **Le patient est éligible à une HAD** : l'évaluation de son admission effective sera effectuée par l'équipe de l'HAD en concertation avec le médecin traitant/médecin désigné par le patient, à partir de critères propres à l'organisation de l'HAD (entourage du patient, isolement, situation sociale, niveau de dépendance, caractéristiques du domicile, disponibilité et capacité interventionnelle des équipes, etc.).

- **Le patient n'est pas éligible à une HAD** : cela ne signifie pas que le patient doit être hospitalisé ou maintenu en hospitalisation conventionnelle avec hébergement ; une autre modalité de prise en charge adaptée à ses besoins peut être envisagée.

**Si le patient n'est pas éligible à une HAD** alors que cette prise en charge semble pertinente : un échange direct avec l'HAD partenaire est recommandé, en particulier dans le cas de certaines situations atypiques.

Quelle que soit la réponse apportée par l'outil, **il est indispensable de respecter les principes liés aux droits et à l'intérêt du patient** : assurer le libre choix du patient et de son entourage quant aux possibilités de prise en charge et privilégier l'équipe déjà impliquée dans la prise en charge à domicile.

#### **Quand informer le patient et contacter l'équipe de l'HAD ?**

**L'accord du patient est indispensable à son orientation** ; l'information et le recueil de l'avis du patient et/ou de son représentant et de son entourage doivent être effectués après le remplissage de l'outil d'aide à la décision d'orientation du patient et non en amont.

#### **A l'issue de l'algorithme, si le patient est éligible à une HAD :**

- le médecin prescripteur informe le patient en concertation avec le médecin traitant/médecin désigné par le patient d'une admission possible en HAD ;

- le médecin prescripteur demande l'accord du patient et/ou de son entourage pour transmettre son dossier à l'équipe de l'HAD et renseigne le logiciel d'orientation de sa région (ViaTrajectoire, ROR PACA, ORIS, etc.) ;

- le médecin prescripteur contacte l'équipe de l'HAD pour l'évaluation de la faisabilité d'une HAD en concertation avec le médecin traitant ;

- les professionnels de l'équipe de l'HAD informent le patient des implications d'une prise en charge en HAD, recueille le consentement du patient et de son entourage et contactent le cas échéant les professionnels qui interviennent déjà au domicile.

L'outil d'aide à la décision d'orientation en HAD a été élaboré dans le cadre d'un travail piloté par la HAS en collaboration avec des professionnels de santé.

En savoir plus sur les [modalités de réalisation de cet outil](#).

Le guide méthodologique publié chaque année par l'ATIH établit la liste des modes de prise en charge en HAD.

En savoir plus sur les [modes de prise en charge en HAD](#).

### **6.3.2 L'algorithme en ligne**

L'outil en ligne reprend la structure, l'enchaînement et les libellés des critères de la version papier de l'algorithme.

Pour certains critères, des définitions et vignettes cliniques sont proposées en cliquant sur le sous-titre. Ces éléments n'apparaissent pas directement dans un souci de lisibilité, afin de ne pas charger les écrans notamment dans le cas d'un Smartphone.

Pour permettre une bonne appropriation de l'outil, les éléments suivants sont mis en œuvre :

- un bandeau indiquant l'avancement dans l'outil ;
- à l'apparition de la réponse de l'algorithme, les différents critères qui ont été cochés et qui ont amené à une éligibilité ou à une non éligibilité sont rappelés au prescripteur ;
- le résumé des différents critères sélectionnés peut être téléchargé sous format PDF ;

- le cheminement du patient dans l'algorithme complet peut être téléchargé sous format PDF.

### **6.3.3 Les onglets d'informations**

Dans la page d'accueil, un menu déroulant « Informations » propose les éléments suivants :

- la définition de l'HAD, avec des liens pour en savoir plus ;
- la liste des modes de prise en charge en HAD, avec un lien vers le site de l'ATIH ;
- le contexte et les modalités de réalisation de l'outil, avec un lien vers le rapport complet publié par la HAS et l'algorithme sous format PDF ;
- la possibilité pour les utilisateurs de transmettre des informations via un formulaire de contact.

## Liste des tableaux

Tableau 1. Cadre législatif et réglementaire de l'HAD .....	11
Tableau 2. Liste des recommandations du rapport d'information de la MECSS, 2016 .....	20
Tableau 3. Liste des modes de prise en charge en 2015 .....	35
Tableau 4. Caractérisation des séjours en amont et en HAD .....	40
Tableau 5. Répartition des modes de prise en charge principal des séjours réalisés en 2015 en HAD .....	41
Tableau 6. Répartition de la provenance des séjours réalisés en HAD en 2015.....	43
Tableau 7. Parcours des patients ayant une prise en charge en HAD en 2015 .....	44
Tableau 8. Modalités d'orientation des nourrissons de moins d'un an du MCO vers l'HAD (4 209 patients) .....	46
Tableau 9. Modalités d'orientation des enfants et adolescents âgés d'un à 18 ans du MCO vers l'HAD (1 954 patients) .....	49
Tableau 10. Modalités d'orientation des enfants et adolescents âgés de 19 à 42 ans du MCO vers l'HAD (19 454 patients).....	55
Tableau 11. Modalités d'orientation des adultes âgés de 43 à 75 ans du MCO vers l'HAD (33 253 patients) .....	60
Tableau 12. Modalités d'orientation des personnes âgées de plus de 75 ans du MCO vers l'HAD.....	66
Tableau 13. Recommandations en lien avec les modes de prise en charge de l'HAD .....	75
Tableau 14. Grilles d'orientation en HAD identifiées et autres documents support.....	76
Tableau 15. Nombre de dossiers remplis par domaine de pathologie, pourcentages d'éligibilité et d'admission.....	90
Tableau 16. Caractéristiques des dossiers de patients non éligibles à une HAD.....	91
Tableau 17. Caractéristiques des dossiers de patients non éligibles à une HAD selon le type de médecin hospitalier ou de ville .....	91
Tableau 18. Caractéristiques des dossiers de patients éligibles à une HAD.....	92
Tableau 19. Caractéristiques des dossiers de patients éligibles à une HAD selon le type de médecins hospitaliers ou de ville.....	92
Tableau 20. Motifs de non admission en HAD pour les dossiers éligibles .....	93
Tableau 21. Résultats portant sur l'objectif et la finalité de l'outil.....	97
Tableau 22. Résultats portant sur la pertinence des critères.....	98
Tableau 23. Résultats portant sur la facilité d'utilisation .....	99
Tableau 24. Résultats portant sur l'objectif et la finalité de l'outil.....	102
Tableau 25. Résultats portant sur la pertinence des critères.....	102
Tableau 26. Résultats portant sur la facilité d'utilisation .....	103
Tableau 27. Traçabilité du processus de rédaction des critères et validation par les experts du groupe de travail de la version finale.....	108
Tableau 28. Traçabilité du processus d'élaboration de la maquette de l'algorithme et validation par les experts du groupe de travail de la version définitive .....	110
Tableau 29. Traçabilité du processus de rédaction des réponses apportées par l'algorithme et validation par les experts du groupe de travail de la version définitive .....	111
Tableau 30. Exemples d'administration de médicaments de la réserve hospitalière .....	115
Tableau 31. Définitions des interventions fréquentes ou d'une durée importante en fonction du type de soins.....	116
Tableau 32. Exemples impliquant une charge en soins importante.....	116
Tableau 33. Exemples impliquant l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire .....	118

## Liste des graphiques, organigrammes et schémas

Figure 1. Schéma des modalités de codage du PMSI HAD .....	32
Figure 2. Logigramme de sélection des séjours réalisés en HAD en 2015 .....	38
Figure 3. Provenance et destination du premier séjour en HAD identifié en 2015, chez les nourrissons âgés de moins d'un an.....	45
Figure 4. Provenance et destination du premier séjour en HAD identifié en 2015, chez les enfants et adolescents d'un à 18 ans .....	48
Figure 5. Provenance et destination du premier séjour en HAD identifié en 2015, chez les adultes âgés de 19 à 42 ans .....	54
Figure 6. Provenance et destination du premier séjour en HAD identifié en 2015, chez les adultes de 43 à 75 ans .....	59
Figure 7. Provenance et destination du premier séjour en HAD identifié en 2015, chez les personnes âgées de plus de 75 ans .....	65
Figure 8. Nombre de prescripteurs ayant testé l'outil, par région .....	84
Figure 9. Nombre de dossiers remplis par région .....	85
Figure 10. Pourcentage de dossiers remplis par type de service parmi la totalité des dossiers remplis par les prescripteurs hospitaliers (ou en établissement) .....	86
Figure 11. Répartition des prescripteurs selon leur mode d'exercice et le statut de l'établissement .....	87
Figure 12. Origine des patients âgés de 43 ans à 75 ans et type de prescripteur faisant l'orientation .....	88
Figure 13. Origine des patients âgés de plus de 75 ans et type de prescripteur faisant l'orientation .....	89
Figure 14. Précisions sur certains motifs de non admission en HAD identifiés .....	93
Figure 15. Résultat de l'admission effective des patients éligibles par critère direct.....	95
Figure 16. Résultat de l'admission effective des patients éligibles sur les critères de charge en soins et de continuité.....	96
Figure 17. Algorithme synthétique.....	113

## Annexe 1. Liste des établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement pour lesquels l'hospitalisation à domicile est autorisée

Établissements de la protection de l'enfance relevant de l'article L312-1 I 1	Foyer de l'enfance, Pouponnière à caractère social, Établissements d'accueil mère-enfant (Centre maternel), Maison d'enfants à caractère social (MECS), Village d'enfant
Établissements pour enfants handicapés relevant de l'article L312-1 I 2° :	Institut médico-éducatif (IME), Institut d'éducation motrice (IEM), Établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés, Établissement pour enfants et adolescents déficients auditifs ou déficients visuels, Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP), Centre d'accueil familial spécialisé (CAFS)
Établissements et services de protection judiciaire de la jeunesse relevant de l'article L312-1 I 3°	Établissements de placement du secteur public : Établissement de placement éducatif (EPE) Établissement de placement du secteur public : Établissement de placement éducatif et d'Insertion (EPEI) Établissements de placement gérés par le secteur associatif : Centre éducatif renforcé (CER) Les établissements et services de placement gérés par le secteur associatif : Centre de placement immédiat (CPI), Centre éducatif fermé (CEF)
Établissements pour personnes âgées relevant de l'article L312-1 I 6°	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), Établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA)
Établissements pour adultes handicapés relevant de l'article L312-1 I 7°	Maison d'accueil spécialisée (MAS), Foyer d'accueil médicalisé (FAM), Foyer
Centre d'hébergement et de réinsertion sociale relevant de l'article L312-1 I 8°	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)
Établissement pour personnes rencontrant des difficultés spécifiques relevant de l'article L312-1 I 9°	Appartement de coordination thérapeutique (ACT), Lit halte soins santé (LHSS), Lit d'accueil médicalisé (LAM), (structure expérimentale jusqu'en 2012, pérennisée à compter de 2013), Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), Communauté thérapeutique (structure expérimentale)
Foyers de jeunes travailleurs relevant de l'article L312-1 I 11°	Foyer de jeunes travailleurs (FJT)
Établissements expérimentaux relevant de l'article L312-1 I 12°	Établissement expérimental
Centres d'accueil pour demandeurs d'asile relevant de l'article L312-1 I 13°	Centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA)

## Annexe 2. Tableau des modes de prise en charge en HAD en 2017

Numéro	Libellé du mode de prise en charge
01	Assistance respiratoire
02	Nutrition parentérale
03	Traitements intraveineux
04	Soins palliatifs
05	Chimiothérapie anticancéreuse
06	Nutrition entérale
07	Prise en charge de la douleur
08	Autres traitements
09	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)
10	Post-traitement chirurgical
11	Rééducation orthopédique
12	Rééducation neurologique
13	Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse
14	Soins de nursing lourds
15	Éducation du patient et/ou de son entourage
17	Surveillance de radiothérapie
18	Transfusion sanguine
19	Surveillance de grossesse à risque
21	Post-partum pathologique
22	Prise en charge du nouveau-né à risque
24	Surveillance d'aplasie
25	Prise en charge psychologique et/ou sociale
29	Sortie précoce de chirurgie



### **Annexe 3. Orientation en HAD dans ViaTrajectoire**

#### **Dans le processus actuel d'orientation (défini en 2008, avec la participation de la FNEHAD) :**

Conformément aux circulaires régissant l'HAD, l'indication se fait à partir des « modes de prise en charge », liés à la mise en œuvre de ressources au domicile du patient. C'est ce qui est transcrit dans le moteur de « ViaTrajectoire », en respectant la nomenclature de l'HAD. Les modes de prise en charge HAD sont reconstruits à partir des ressources requises pour la prise en charge de la « pathologie » (=ligne du thésaurus) et il est tenu compte des demandes « supplémentaires » de ressources nécessaires pour chaque patient. La pathologie n'est donc pas aussi déterminante qu'elle ne l'est pour la prise en charge en SSR.

Délibérément, en accord avec la FNEHAD, il avait été décidé d'élargir l'affichage des HAD dans les possibilités d'orientation, afin de suggérer cette orientation même si le prescripteur ne l'avait pas envisagée.

#### **Thésaurus Adultes**

Les pathologies (au sens VT) se classent en plusieurs catégories :

1. Quelques pathologies « spécifiques HAD » (par exemple « surveillance de grossesse pathologique », « post-partum pathologique ») n'orientent qu'en HAD, mais elles sont rarement prises en charge par des HAD polyvalentes.
2. Des « pathologies » qui ne peuvent pas être prises en charge en HAD, même s'il n'y a pas de besoins de « ressources HAD » : ces pathologies sont totalement inadaptées à une prise en charge en HAD généraliste. L'affichage « HAD » lors d'une orientation d'un patient est bloqué, directement par une action du moteur d'orientation du logiciel.

Ce sont :

- les pathologies « trop lourdes » requérant des prises en charge et des plateaux techniques qui ne peuvent être disponibles à domicile ;
  - les pathologies assorties de « conditions patients » incompatibles avec l'HAD.
3. Les autres pathologies affichent l'HAD dans les résultats d'orientation si trois conditions sont réunies :
    - une HAD couvre le domicile du patient (code postal, commune) ;
    - la prise en charge nécessite des soins ni trop lourds ni trop légers : il faut que la demande corresponde à un des modes de prise en charge en HAD ;
    - l'HAD a coché la ligne de pathologie dans son thésaurus.

Le « thésaurus type » qu'on peut initialiser lors de l'ouverture d'une HAD dans ViaTrajectoire tient compte de ces trois conditions. Ce thésaurus type doit être ensuite adapté à l'activité de chaque HAD :

- L'HAD peut supprimer des lignes de pathologies qui ne correspondent pas à son activité. Le mode de gestion du thésaurus dans « Trajectoire », classé par famille de pathologie, se prête bien à ces ajustements. Pour une HAD spécialisée (ex : cancérologie), il suffit de ne conserver que la famille concernée. C'est d'ailleurs pour cela que nous n'avons pas proposé de thésaurus type HAD Cancérologie.
- L'HAD peut ajouter des pathologies non présentes dans le thésaurus type : toutes les pathologies sauf celles qui ont été exclues. Si une HAD veut choisir une ou des lignes « exclues » elle doit en donner la raison au support ViaTrajectoire pour que

nous puissions les réintroduire dans le moteur ViaTrajectoire, faute de quoi elle n'apparaîtra jamais pour cette pathologie-là (comme aucune autre d'ailleurs).

### **Thésaurus Enfants**

L'HAD correspond à une condition patient-environnement spécifique : « La complexité des soins, la rééducation-réadaptation et leur coordination justifient l'intervention à domicile d'une équipe multidisciplinaire spécialisée (HAD, Equipe Mobile, etc.) en lien avec la famille et le milieu scolaire ». Cette condition ne peut pas être choisie pour des pathologies trop « lourdes » ou trop « légères ». Il n'y a pas de système de calcul de la justification de l'HAD.

**Dans le cadre de la refonte du processus d'orientation**, qui est en cours de développement, il est envisagé de mettre les deux systèmes en cohérence.

De plus, il est envisagé d'adapter le logiciel et le processus d'orientation aux demandes d'évolution de l'activité des HAD (demandes de précaution, demandes anticipées par exemple).

## Annexe 4. Phase de test. Guide d'utilisation de l'algorithme à destination des médecins prescripteurs

### Quel est l'objectif de l'algorithme que vous testez ?

Il s'agit de tester un outil d'aide à la décision dont l'objectif est de déterminer rapidement si un patient est éligible à une admission en HAD dans son parcours de soins. L'algorithme se présente sous format cliquable via un lien Internet.

Durant la période de test du **11 mai au 11 juin 2017**, l'algorithme pourra être utilisé au cours de la phase d'évaluation d'un patient à domicile (ou dans un établissement social ou médico-social qui en tient lieu), d'un patient en fin de séjour en établissement de MCO ou de SSR mais aussi au cours du séjour afin d'anticiper sa sortie.

A la fin de la phase de test de l'algorithme, il vous sera également demandé de remplir un questionnaire d'évaluation ayant pour objectif de recueillir votre avis quant à la pertinence et à l'utilité de cet outil (un seul remplissage est nécessaire).

**Attention ! Il s'agit d'un outil destiné à être utilisé par les médecins prescripteurs d'HAD de ville ou hospitaliers.**

### Comment tester l'algorithme ?

Cliquez sur le lien Internet ci-dessous qui vous permettra de vous connecter pour tester l'algorithme ; il est conseillé d'utiliser un ordinateur et non une tablette (ce lien est également indiqué dans le courrier électronique que vous avez reçu le 11 mai).

<https://www.modalisa-formulaire.com/algorithmepres/Algorithmepres.html>

#### **Population cible**

##### **Test de l'algorithme par un médecin de ville :**

- Testez l'algorithme pour tous vos patients à domicile ou en établissement social et médico-social pour lesquels vous considérez que les conditions actuelles de prise en charge ne sont plus satisfaisantes/suffisantes et vous envisagez une hospitalisation conventionnelle.
- Dès lors que vous avez **au moins un patient éligible** à une admission en HAD, vous pouvez arrêter ou poursuivre le test sur d'autres patients. Si vous n'avez pas de patient éligible, le test s'arrête tout de même le 11 juin 2017.

##### **Test de l'algorithme par un médecin hospitalier :**

- Testez l'algorithme pour tous vos patients hospitalisés dans votre service.
- Dès lors que vous avez **au moins cinq patients éligibles** à une admission en HAD, vous pouvez arrêter ou poursuivre le test sur d'autres patients. Si vous n'avez pas cinq patients éligibles, le test s'arrête tout de même le 11 juin 2017.

### Déroulement du test

➔ Remplissez les informations d'identification vous concernant et celles relatives au patient (le nom restant anonyme).

➔ Cochez les cases correspondantes à la situation du patient.

Les informations nécessaires pour renseigner les différents items de l'algorithme sont recueillies dans le dossier médical du patient ou par l'interrogation du personnel soignant et/ou du patient, de l'entourage ou des divers documents disponibles (prescriptions, comptes rendus, etc.).

➔ Lisez également les **Définitions et Vignettes « Explications »** fournies pour certains critères car il vous sera demandé, dans le questionnaire d'évaluation, de donner votre avis à la fois sur le libellé des items, mais aussi sur les explications fournies.

➔ En fonction des réponses apportées, vous obtenez une réponse qui s'affiche en **rouge** ou en **vert** sur l'éligibilité du patient pour une admission en HAD. Dès lors qu'une réponse sur l'éligibilité du patient apparaît (en rouge ou en vert) cliquez sur le bouton **« envoyer »**.

**Attention ! Ne jamais revenir en arrière ! En cas d'erreur sur les boutons cliquables, décocher toutes les questions en amont ou sortez de l'outil, reconnectez-vous et remplissez à nouveau.**

Lorsque l'algorithme aboutit à l'éligibilité du patient à une admission en HAD, le médecin prescripteur se rapproche du médecin coordonnateur de l'HAD pour savoir si le patient éligible a obtenu un accord d'admission par la structure d'HAD ; dans le cas contraire, les motifs de refus devront être identifiés car vous serez contactés par la HAS pour transmettre les informations sur l'orientation finale de chaque patient éligible en HAD.

Les patients pour lesquels une orientation en HAD n'est *a priori pas pertinente* ne doivent pas être exclus du test et les informations les concernant doivent être également envoyées en cliquant à la fin de l'algorithme sur le bouton **« envoyer »**.

### Comment remplir le questionnaire d'évaluation après le test de l'algorithme ?

A la fin de la période de test, vous devez remplir le **questionnaire d'évaluation** disponible en cliquant sur le lien Internet suivant (ce lien est également indiqué dans le courrier électronique du 11 mai) :

[https://www.modalisa-formulaire.com/questionnaireev\\_5ch/Evaluationprescripteurs.html](https://www.modalisa-formulaire.com/questionnaireev_5ch/Evaluationprescripteurs.html)

Complétez le questionnaire en cliquant dans les cases à cocher et **formulez des commentaires** pour améliorer l'algorithme.

Le questionnaire contient cinq groupes de questions, remplissez la totalité du questionnaire et cliquez sur le bouton **« envoyer »**.

**Attention ! Si vous quittez le questionnaire avant d'avoir terminé de le remplir et de cliquer sur le bouton « envoyer » vos réponses seront perdues.**

**La phase de test est ensuite terminée. Nous vous remercions de votre participation. Votre évaluation servira à améliorer l'algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD élaboré par la HAS. Il vous sera transmis dans sa version finale après validation par les instances de la HAS.**

## Annexe 5. Phase de test. Guide d'utilisation du questionnaire d'évaluation à destination de l'équipe HAD

### Quel est l'objectif de ce questionnaire d'évaluation ?

L'objectif est d'évaluer la pertinence d'un algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD à destination des médecins prescripteurs. Cet outil vise à déterminer rapidement si un patient est éligible à une admission en HAD dans son parcours de soins. Il peut être utilisé au cours de la phase d'évaluation d'un patient à domicile (ou dans un établissement social ou médico-social qui en tient lieu), d'un patient en fin de séjour en établissement de MCO ou de SSR mais aussi au cours du séjour afin d'anticiper sa sortie.

L'algorithme se présente sous format cliquable via une page Internet. Vous pouvez le tester sur des situations fictives ou existantes de patients pris en charge en HAD avant de remplir le questionnaire d'évaluation. En particulier, des incohérences dans les différents filtres peuvent être mises en évidence à partir de situations existantes de patients pris en charge en HAD, si l'algorithme avait été utilisé en amont pour l'orientation.

Il est par ailleurs possible que des médecins prescripteurs (de ville ou hospitaliers), participant à la phase de test de l'algorithme, contactent des professionnels de l'HAD (pour savoir si le patient éligible à l'issue de l'algorithme a obtenu un accord d'admission par l'équipe d'HAD). Le test de l'algorithme par les médecins prescripteurs est indépendant de cette phase d'évaluation mise en œuvre par les professionnels de l'HAD.

### Comment tester l'algorithme ?

Pour tester l'algorithme, cliquez sur le lien Internet ci-dessous qui vous permettra de vous connecter; il est conseillé d'utiliser un ordinateur et non une tablette (ce lien est également indiqué dans le courrier électronique que vous avez reçu le 11 mai).

[https://www.modalisa-formulaire.com/algorithmehad\\_GT/AlgorithmeHAD.html](https://www.modalisa-formulaire.com/algorithmehad_GT/AlgorithmeHAD.html)

Des cases à cocher s'affichent successivement, en fonction de la situation du patient. Cochez les cases et passez à la page suivante.

Lisez également les *Définitions et Vignettes « Explications »* fournies pour certains critères car il vous sera demandé, dans le questionnaire d'évaluation, de donner votre avis à la fois sur le libellé des items, mais aussi sur les explications fournies.

En fonction des réponses apportées, vous obtenez une réponse qui s'affiche en **rouge** ou en **vert** sur l'éligibilité du patient pour une admission en HAD.

**Attention ! Ne jamais revenir en arrière ! En cas d'erreur sur les boutons cliquables, décocher toutes les questions en amont ou sortez de l'outil, reconnectez-vous et remplissez à nouveau.**

### Comment remplir le questionnaire d'évaluation ?

Pour remplir le **questionnaire d'évaluation**, cliquez sur le lien Internet suivant (ce lien est également indiqué dans le courrier électronique que vous avez reçu le 11 mai) :

<https://www.modalisa-formulaire.com/questionnaireHAD/EvaluationHAD.html>

Complétez le questionnaire en cliquant dans les cases à cocher et **formulez des commentaires** pour améliorer l'algorithme.

Le questionnaire contient cinq groupes de questions, remplissez la totalité du questionnaire et cliquez sur le bouton « *envoyer* ».

**Attention ! Si vous quittez le questionnaire avant d'avoir terminé de le remplir et de cliquer sur le bouton « *envoyer* » vos réponses seront perdues.**

## Annexe 6. Phase de test – Questionnaire d'évaluation à destination des médecins prescripteurs

### 1. Que pensez-vous de cet algorithme ?

#### Objectif / finalité de l'algorithme

Il est utile dans la pratique courante car il permet de clarifier les critères d'orientation des patients vers l'HAD

D'accord  Pas d'accord

Pouvez-vous donner des éléments d'explication ?

Il est utile dans la pratique courante car il facilite l'orientation des patients en HAD

D'accord  Pas d'accord

Pouvez-vous donner des éléments d'explication ?

Il est utile car il permet d'anticiper l'orientation du patient dans son parcours de soins en diminuant la durée de séjour en hospitalisation conventionnelle ou en l'évitant

D'accord  Pas d'accord

Pouvez-vous donner des éléments d'explication ?

#### Pertinence des critères

Les critères intégrés dans l'algorithme sont pertinents

D'accord  Pas d'accord

Pouvez-vous donner des éléments d'explication ?

Les critères intégrés dans l'algorithme sont complets

D'accord  Pas d'accord

Pouvez-vous donner des éléments d'explication ?

L'enchaînement des critères de l'algorithme est cohérent

D'accord  Pas d'accord

Pouvez-vous donner des éléments d'explication ?

**Les libellés des critères sont clairs**

D'accord  Pas d'accord

**Pouvez-vous donner des éléments d'explication ?**

**Les éléments explicatifs relatifs à la définition des critères et des vignettes sont utiles**

D'accord  Pas d'accord

**Pouvez-vous donner des éléments d'explication ?**

**Les éléments explicatifs relatifs à la définition des critères et des vignettes sont complets**

D'accord  Pas d'accord

**Pouvez-vous donner des éléments d'explication ?**

**La réponse obtenue par l'algorithme relative à l'éligibilité du patient est cohérente**

D'accord  Pas d'accord

**Pouvez-vous donner des éléments d'explication ?**

**L'algorithme permet de discriminer de façon satisfaisante l'HAD des autres modes de prise en charge, en particulier à domicile**

D'accord  Pas d'accord

**Pouvez-vous donner des éléments d'explication ?**

## **Facilité d'utilisation**

**L'outil est facile et rapide à remplir dans la pratique quotidienne**

D'accord  Pas d'accord

**Pouvez-vous donner des éléments d'explication ?**

**Il pourra être utilisé en routine dans la pratique quotidienne sous format Excel**

D'accord  Pas d'accord

**Pouvez-vous donner des éléments d'explication ?**

Les informations du dossier patient sont suffisantes pour remplir l'algorithme

D'accord  Pas d'accord

Pouvez-vous donner des éléments d'explication ?

## 2. Questions sur des critères précis

### Critère d'inclusion directe

Trouvez-vous compréhensible le critère d'inclusion directe sur le parcours de soins hospitalier protocolisé, tel que rédigé dans l'algorithme et repris ci-dessous ?

Oui  Non

Les besoins en soins du patient nécessitent sur une période limitée mais révisable, la mise en place d'un parcours de soins hospitalier protocolisé incluant l'HAD (par exemple : grossesse à risque, post-partum pathologique, prématurité, post-chirurgie lourde précoce, programme d'éducation thérapeutique, etc.).

Pour ce critère, pensez-vous que la formulation suivante, avec des cases à cocher selon la situation, soit plus adaptée ?

Les besoins en soins du patient nécessitent sur une période limitée mais révisable :

La mise en place d'une HAD dans le cadre de la prise en charge de la femme enceinte, répondant aux critères de la recommandation HAS.

La mise en place d'une HAD dans le cadre de la prise en charge du post-partum pathologique, répondant aux critères de la recommandation HAS.

Toute autre prise en charge intégrant l'HAD dans le cadre d'un protocole de soins hospitaliers.

Oui

Oui, sous condition de modifications

Non

Pouvez-vous indiquer les modifications à apporter ?



## Critère concernant la charge en soins

**Trouvez-vous le critère sur la charge en soins compréhensible et discriminant, tel que rédigé dans l'algorithme et repris ci-dessous ?**

Oui  Non

Le patient nécessite en premier plan **une charge en soins importante**, sur une période limitée mais révisable, qui peut être justifiée par le temps de présence (fréquence de passage et/ou durée cumulée) des professionnels sur le lieu de vie du patient.

**Pour ce critère, pensez-vous que la présentation suivante, avec des cases à cocher selon la situation, soit plus adaptée (sachant que les évolutions futures du guide de l'ATIH ne pourront être prises en compte) ?**

Les besoins en soins du patient nécessitent, sur une période limitée mais révisable :

La réalisation de pansements complexes de façon pluriquotidienne ou supérieure à 30 min/jour.

La surveillance post-chirurgicale, post-interventionnelle (pose de drain...), post-traumatique (fracture bassin, traction collée, etc.) ou sortie précoce de chirurgie avec intervention de l'équipe soignante pluriquotidienne ou > 30 min/jour

La réalisation de soins de nursing lourds durant plus de 2h par jour.

Un suivi médico-soignant quasi quotidien pour l'éducation du patient et/ou de son entourage.

Au moins deux passages infirmiers par jour pour la mise en place de traitements intraveineux chez l'adulte.

Au moins un passage quotidien par une infirmière puéricultrice pour la mise en place de traitements intraveineux chez l'enfant.

Au moins cinq passages par semaine pour une rééducation orthopédique ou neurologique.

Au moins trois aérosols quotidiens associés à une oxygénothérapie et des séances de kinésithérapie respiratoire quotidiennes dans le cas d'une mise en place d'assistance respiratoire chez l'enfant.

La mise en place d'une assistance respiratoire chez l'adulte avec une oxygénothérapie et des séances de kinésithérapie respiratoire quotidiennes avec deux soins associés (CPAP, aérosols quotidiens et/ou aspirations, soins de trachéotomie, kinésithérapie respiratoire au moins trois fois par semaine, appareillage d'aide à l'expectoration, thérapeutiques à visée respiratoire spécifique administrée par voie inhalée ou sous-cutanée), associée à d'autres soins complexifiant la prise en charge.

La mise en place d'une nutrition entérale / parentérale associée à d'autres soins complexifiant la prise en charge.

Oui

Oui, sous condition de modifications

Non

**Pouvez-vous indiquer les modifications à apporter ?**

**Avez-vous d'autres remarques à formuler ?**

## Annexe 7. Phase de test – Questionnaire d'évaluation à destination des équipes d'HAD

### 1. Que pensez-vous de cet algorithme ?

#### Objectif / finalité de l'algorithme

C'est un outil d'aide à la décision d'orientation qui permet aux médecins prescripteurs de déterminer a priori si le patient nécessite d'être admis en HAD

D'accord  Pas d'accord

Pouvez-vous donner des éléments d'explication ?

Il est utile pour les médecins prescripteurs car il permet une meilleure connaissance de l'HAD, en particulier de clarifier les critères d'orientation des patients vers l'HAD

D'accord  Pas d'accord

Pouvez-vous donner des éléments d'explication ?

Il permet de faciliter l'orientation des patients en HAD dans leur parcours de soins

D'accord  Pas d'accord

Pouvez-vous donner des éléments d'explication ?

Il permet d'anticiper l'orientation du patient dans son parcours de soins en diminuant la durée de séjour en hospitalisation conventionnelle ou en l'évitant

D'accord  Pas d'accord

Pouvez-vous donner des éléments d'explication ?

#### Pertinence des critères

Les critères intégrés dans l'algorithme sont pertinents

D'accord  Pas d'accord

Pouvez-vous donner des éléments d'explication ?

Les critères intégrés dans l'algorithme sont complets

D'accord  Pas d'accord

Pouvez-vous donner des éléments d'explication ?

**L'enchaînement des critères de l'algorithme est cohérent**

D'accord  Pas d'accord

**Pouvez-vous donner des éléments d'explication ?**

**Les libellés des critères sont clairs**

D'accord  Pas d'accord

**Pouvez-vous donner des éléments d'explication ?**

**Les éléments explicatifs relatifs à la définition des critères et des vignettes sont utiles**

D'accord  Pas d'accord

**Pouvez-vous donner des éléments d'explication ?**

**Les éléments explicatifs relatifs à la définition des critères et des vignettes sont complets**

D'accord  Pas d'accord

**Pouvez-vous donner des éléments d'explication ?**

**La réponse obtenue par l'algorithme relative à l'éligibilité du patient est cohérente**

D'accord  Pas d'accord

**Pouvez-vous donner des éléments d'explication ?**

**L'algorithme permet de discriminer de façon satisfaisante l'HAD des autres modes de prise en charge, en particulier à domicile**

D'accord  Pas d'accord

**Pouvez-vous donner des éléments d'explication ?**

### **Facilité d'utilisation**

**Il pourra être utilisé en routine par les prescripteurs sous format Excel dans leur pratique quotidienne**

D'accord  Pas d'accord

**Pouvez-vous donner des éléments d'explication ?**

**D'une façon générale, l'outil est satisfaisant et répond à un besoin**

D'accord  Pas d'accord

**Pouvez-vous donner des éléments d'explication ?**

## 2. Questions sur des critères précis

### **Critère d'inclusion directe**

**Trouvez-vous compréhensible le critère d'inclusion directe sur le parcours hospitalier protocolisé, tel que rédigé dans l'algorithme et repris ci-dessous ?**

Oui  Non

Les besoins en soins du patient nécessitent sur une période limitée mais révisable, **la mise en place d'un parcours de soins hospitalier protocolisé incluant l'HAD (par exemple : grossesse à risque, post-partum pathologique, prématurité, post-chirurgie lourde précoce, programme d'éducation thérapeutique, etc.)**.

**Pour ce critère, pensez-vous que la formulation suivante, avec des cases à cocher selon la situation, soit plus adaptée ?**

**Les besoins en soins du patient nécessitent sur une période limitée mais révisable :**

- La mise en place d'une HAD dans le cadre de la prise en charge de la femme enceinte, répondant aux critères de la recommandation HAS.**
- La mise en place d'une HAD dans le cadre de la prise en charge du post-partum pathologique, répondant aux critères de la recommandation HAS.**
- Toute autre prise en charge intégrant l'HAD dans le cadre d'un protocole de soins hospitaliers.**

Oui  
 Oui, sous condition de modifications  
 Non

**Pouvez-vous indiquer les modifications à apporter ?**

## Critère concernant la charge en soins

**Trouvez-vous le critère sur la charge en soins compréhensible et discriminant, tel que rédigé dans l'algorithme et repris ci-dessous ?**

Oui  Non

Le patient nécessite, en premier plan, **une charge en soins importante**, sur une période limitée mais révisable, qui peut être justifiée par le temps de présence (fréquence de passage et/ou durée cumulée) des professionnels sur le lieu de vie du patient

**Pour ce critère, pensez-vous que la présentation suivante, avec des cases à cocher selon la situation, soit plus adaptée (sachant que les évolutions futures du guide de l'ATIH ne pourront être prises en compte) ?**

Les besoins en soins du patient nécessitent, sur une période limitée mais révisable :

La réalisation de pansements complexes de façon pluriquotidienne ou supérieure à 30 min/jour.

La surveillance post-chirurgicale, post-interventionnelle (pose de drain...), post-traumatique (fracture bassin, traction collée, etc.) ou sortie précoce de chirurgie avec intervention de l'équipe soignante pluriquotidienne ou > 30 min/jour.

La réalisation de soins de nursing lourds durant plus de 2h par jour.

Un suivi médico-soignant quasi quotidien pour l'éducation du patient et/ou de son entourage.

Au moins deux passages infirmiers par jour pour la mise en place de traitements intraveineux chez l'adulte.

Au moins un passage quotidien par une infirmière puéricultrice pour la mise en place de traitements intraveineux chez l'enfant.

Au moins cinq passages par semaine pour une rééducation orthopédique ou neurologique.

Au moins trois aérosols quotidiens associés à une oxygénothérapie et des séances de kinésithérapie respiratoire quotidiennes dans le cas d'une mise en place d'assistance respiratoire chez l'enfant.

La mise en place d'une assistance respiratoire chez l'adulte avec une oxygénothérapie et des séances de kinésithérapie respiratoire quotidiennes avec deux soins associés (CPAP, aérosols quotidiens et/ou aspirations, soins de trachéotomie, kinésithérapie respiratoire au moins trois fois par semaine, appareillage d'aide à l'expectoration, thérapeutiques à visée respiratoire spécifique administrée par voie inhalée ou sous-cutanée), associée à d'autres soins complexifiant la prise en charge.

La mise en place d'une nutrition entérale / parentérale associée à d'autres soins complexifiant la prise en charge.

Oui

Oui sous condition de modifications

Non

**Pouvez-vous indiquer les modifications à apporter ?**

**Avez-vous d'autres remarques à formuler ?**

## **Annexe 8. Consultation des parties prenantes**

### **Collectif infirmiers(ères) libéraux d'Ile-de-France**

A sa demande, Mme Corinne Soveaux a été auditionnée en tant que représentante du Collectif d'infirmiers(ères) libéraux d'Ile-de-France lors de la première réunion du groupe de travail.

L'audition a porté sur l'articulation complexe et parfois difficile de l'HAD avec la prise en charge à domicile effectuée par les infirmiers libéraux (IDEL).

Mme Soveaux a évoqué certaines situations perçues comme pouvant générer une forme de concurrence entre l'HAD et la prise en charge par les IDEL qui semblent cependant très dépendantes du contexte. Elle a mis en évidence que du point de vue de l'Assurance maladie, le coût de l'HAD est supérieur à celui des prises en charge coordonnées par des professionnels libéraux de santé, d'où la nécessité de justifier la pertinence de l'HAD.

Par conséquent, elle a insisté sur l'importance de prendre en compte, dans la définition des critères de l'algorithme, les éléments susceptibles de délimiter le périmètre de l'HAD d'une prise en charge ambulatoire par des IDEL ou des SSIAD.

Enfin, elle a rappelé l'importance de respecter le principe du libre choix des patients et de son entourage quant aux possibilités de prise en charge et de privilégier l'équipe déjà impliquée dans la prise en charge à domicile.

### **Fédération de l'hospitalisation à domicile (FNEHAD)**

A l'issue des réunions du groupe de travail et de la rédaction finale du rapport et de l'outil en ligne dédié à l'algorithme, la FNEHAD a été consultée en tant que partie prenante.

## Participants

### ► Équipe

Ce travail a été réalisé dans le service d'Évaluation économique et de santé publique par Isabelle BONGIOVANNI-DELAROZIERE et Anne-Line COUILLEROT-PEYRONDET, sous la direction de Catherine RUMEAU-PICHON, chef de service Évaluation économique et santé publique et adjointe au directeur de la direction de l'Évaluation médicale économique et de santé publique, et d'Olivier SCEMAMA, adjoint du service Évaluation économique et santé publique.

L'analyse des bases de données du PMSI a été réalisée avec l'aide de Stéphanie LE-CLERC.

Le secrétariat a été réalisé par Samantha FERNANDES.

L'outil en ligne a été réalisé par Benoît COUDERC et Anthony COUÉ, chefs de projet informatique, sous la direction de Gersende GEORG, chef de service Systèmes d'Information, assistance aux utilisateurs et logistique.

Les références bibliographiques ont été vérifiées par Christine Devaud, adjointe au chef de service Documentation – Veille de la HAS.

Les rapporteurs CEESP étaient les docteurs Claude Martineaux et Pascal Plan.

### ► Collèges et sociétés professionnels, associations, organismes professionnels et institutions concernés par le thème de travail et sollicités par la HAS la constitution du groupe de travail

- Collectif inter-associatif sur la santé (CISS)
- Collège de la massothérapie (CMK)
- Collège de la médecine générale (CMG)
- Collège infirmier français (CIF)
- Collège national des acteurs en soins infirmiers (CNASI)
- Collège national professionnel de gériatrie (CNP Gériatrie)
- Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)
- Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)
- Fédération française de médecine physique et de réadaptation (FEDMER)
- Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en EHPAD (FFAMCO)
- Fédération hospitalière de France (FHF)
- Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD)
- Fédération nationale des infirmiers (FNI)
- Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP)
- Société française de médecine physique et de réadaptation (SOFMER)
- Société française du cancer (SFC)
- Société française et francophone des plaies et cicatrisation (SFFPC)
- UNION FÉDÉRALE DES CONSOMMATEURS – QUE CHOISIR (UFC)
- Union nationale des associations et services de soins infirmiers (UNASSI)
- UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS FAMILIALES (UNAF)
- Union nationale des professionnels de santé (UNPS)
- ViaTRAJECTOIRE

► **Participants du groupe de travail**

- Dr Elisabeth Balladur, Médecin, chef de pôle de l'HAD de l'AP-HP, Paris
- Mme Nathalie Bartkowski, IDE, coordination du réseau de soins palliatifs « Rosalie », Lille
- Dr Audrey Bidault, médecine générale et gériatrique, clinique du Pré Pasteur, Le Mans
- Mme Zabouda Cretenet, Directrice générale adjointe HAD Soins et Santé, Lyon
- Mme Annie Fouard, CNAM-TS, Paris
- Dr Nicolas Gandrille, médecin coordonnateur de l'HAD Santé Service, Puteaux
- Dr Edith Gatbois, pédiatre, chef de pôle de l'HAD de l'AP-HP, Paris
- M. Julien Groues, masseur-kinésithérapeute, coordinateur KinéOuestPrevention, Saint-Brieuc
- Dr Claude Hohn, Référent Métier, ViaTrajectoire, Lyon
- Mme Jenifer Kunakey, Chargée de mission - Programme Parcours, Sesan, Paris
- Mme Florence Lalardrie, CNAM-TS, Paris
- Dr Philippe Lagrot, médecin généraliste et médecin coordonnateur en EHPAD, Étang sur Arroux
- Dr Carole Lê Leplat, ATIH, Paris
- Dr Guillaume Lesein, médecin généraliste et médecin coordonnateur de l'HAD ASSAD, Tours
- Mme Gaëlle Llorca, CNAM-TS, Paris
- M. Xavier Loche, IDE, CHU Montpellier
- Dr Marina Martinowsky, référent thématique HAD, ARS Ile-de-France
- Pr Leila Moret, médecin, chef du pôle Hospitalo-universitaire Santé publique, Santé au travail et pharmacie, CHU, Nantes
- Mme Véronique Pozza, représentant des patients et usagers
- Dr Véronique Pellissier, médecin coordonnateur OMEDIT PACA-Corse
- Dr Philippe Pourcelle, médecin coordonnateur à l'HAD du Cèdre, Bois-Guillaume
- Dr Annick Ricard, gériatre, médecin coordonnateur de l'HAD du centre hospitalier de Béziers
- Dr Marc Sevene, médecin hospitalier, médecine physique et de réadaptation, centre hospitalier de Saint-Denis
- Pr Sophie Siegrist, médecin généraliste, le ban saint martin – Référent thématique HAD Grand Est
- M. Patrice Thoraval, IDEL, vice-président de la FNI, Yffiniac
- Dr Mohamed Touati, onco-hématologue et Président du Réseau HEMATOLIM Limoges
- Mme Estelle Valentin, IDE coordinatrice de l'HAD de Corse, Bastia
- Mme Corinne Vieules, IDE, cadre de santé de l'HAD Santé Relais Domicile, Toulouse
- Mme Diane Wallet, ATIH, Paris

Les professionnels suivants ont également participé au groupe de travail mais de façon ponctuelle (déclaration d'intérêts mise à jour jusqu'à leur dernière participation) :

- Mme Bernadette Dajas, IDE, déléguée nationale UNASSI, Castelnaud-Magnoac
- Dr Bernard Opocynski, médecin, HAD France, Champagne-Ardenne
- Dr Bernard Ponsard, médecin coordonnateur en EHPAD



## Fiche descriptive

Intitulé	TITRE
Méthode de travail	Rapport d'évaluation
Objectifs	Élaborer un algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en hospitalisation à domicile (HAD) à destination des médecins prescripteurs (médecins hospitaliers et de ville).
Patients ou usagers concernés (si besoin)	Tous les patients quelles que soient leurs caractéristiques) pour lesquels une HAD semble pertinente dans leur parcours de soins
Professionnel(s) concerné(s)	Ensemble des médecins prescripteurs de ville ou à l'hôpital
Demandeur	Direction générale de l'offre de soins et direction de la Sécurité sociale
Promoteur	Haute Autorité de santé
Pilotage du projet	Coordination HAS- SEEPS : Isabelle Bongiovanni-Delarozière et Anne-Line Couillerot-Peyrondet, (chefs de projet), Olivier Scemama (adjoint au chef de service), Catherine Rumeau-Pichon (chef de service). Réalisation de l'outil en ligne : Benoît Couderc et Anthony Coué (chefs de projet informatique), Gersende Georg (chef de service SSI). Secrétariat : Samantha Fernandes (SEESP)
Recherche documentaire	Christine Devaud (adjointe au chef de service), Frédérique Pagès (chef de service Documentation-Information des publics).
Auteurs du rapport	Isabelle Bongiovanni-Delarozière et Anne-Line Couillerot-Peyrondet
Participants	Groupe de travail : Collèges professionnels, Sociétés savantes, organismes professionnels, institutions et représentants des patients Groupe d'essai : médecins prescripteurs (hospitaliers et de ville) Groupe d'évaluation : professionnels d'HAD
Validation	Par la CEESP le 17 octobre 2017 Par le Collège de la HAS le 22 novembre 2017
Autres formats	Outil en ligne ADOP-HAD accessible à l'adresse : <a href="http://adophad.has-sante.fr">http://adophad.has-sante.fr</a> Rapport téléchargeable gratuitement sur <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a>
Documents d'accompagnement	Flyer téléchargeable gratuitement sur <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a>

~







Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)