

*UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE
(PARIS VI)*

FACULTE DE MEDECINE PITIE-SALPETRIERE

ANNEE 2001

N°

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES EN SANTE PUBLIQUE

PAR

Mlle Emmanuelle LEBRUN

NEE LE 12 OCTOBRE 1969

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE
24 octobre 2001 : médaille d'argent

**Tentative de construction d'un indicateur de morbidité
en hospitalisation à domicile**

à partir d'une enquête du C.R.E.D.E.S. réalisée en 1999
destinée à l'évaluation des coûts de prise en charge

PRESIDENT DE THESE : Pr Marc BRODIN

DIRECTEUR DE THESE : Dr Laure COM-RUELLE

Remerciements

A Monsieur Pr Marc Brodin, président du jury,

J'ai eu la grande chance de bénéficier de votre enseignement et de vous rencontrer dans le cadre de mes stages. Soyez assuré de ma considération, de mon profond respect et de ma gratitude.

A Mme Dr Laure Com-Ruelle, directrice de thèse,

Je tenais à te remercier pour ton encadrement en stage, pour ta patience et ta minutie à relire ce travail, pour le courage d'avoir accepté de continuer à m'encadrer dans mes travaux futurs et je voulais te prier de bien vouloir m'excuser de t'avoir volé une partie de tes vacances à relire mon manuscrit au lieu d'un bon livre.

Aux assesseurs, membres du jury,

*Pour la lecture attentive que vous avez portée à cette thèse.
Soyez assurés de ma reconnaissance.*

A Mme Dr Christine Duval,

Elle a eu la lourde tâche de m'initier à la Santé Publique, de me faire découvrir un monde quasi-inconnu et de m'aider à passer le cap du « deuil de la clinique ». Plus qu'une responsable de stage, elle est devenue, pour moi, une amie.

A M. Gilles Echardour,

pour son encadrement et toutes les connaissances qu'il m'a transmises. Il m'a appris à regarder le monde de la santé d'un point de vue un peu moins médical et très innovant.

A Anne, Aude, Julien, Khadidja et Paul,

Pour l'aide précieuse qu'ils m'ont apportée tant au niveau des connaissances que de la pratique. J'ai, grâce à eux, découvert ce que « travailler en équipe » voulait dire.

A mes parents,

Ils m'ont permis de devenir ce que je suis. Je les remercie de m'avoir aidée tant du point de vue professionnel que personnel. Je sais pouvoir compter sur leur soutien indéfectible et ils représentent à mes yeux un exemple à suivre.

A Guillaume, Véronique et Marc,

sur qui je peux m'appuyer en permanence même si ils ont souvent l'impression que je suis le pilier de nous quatre. L'éloignement kilométrique ne nous empêche pas et ne nous empêchera jamais d'être proches.

A Charlotte et Chloé,

en espérant qu'elles restent fières de leur marraine.

A Stéphane et Christelle,

que j'ai le bonheur de connaître depuis déjà plus de 10 ans. Merci d'avoir toujours répondu présents depuis que je vous connais, que ce soit dans les moments de joie ou les moments de tristesse.

To Jason and Lauren, my american friends,

I still can't believe that we've been staying in touch for all those years. You made me understand what true friendship means. Although we're not visiting each other very often, your welcoming is always the warmest. Remember that « Miles may separate as life goes along, but bonds between friends remains always strong ».

A ma famille et mes amis, en particulier Amandine, Anne, Anne-Gaëlle, Anne-Sophie, Antoine, Corine, Eric, Florent, Hélène, Isabelle, Jonathan, Marie-Paule, Sophie, Xavier...

Comme il est souvent écrit « cette liste n'est pas exhaustive » et je tiens à remercier toutes les personnes que j'ai eu, ou que j'ai, la joie de fréquenter.

Mon souhait pour l'avenir est que les aléas de la vie ne m'éloignent pas de mes relations actuelles tout en m'offrant la chance d'établir de nouveaux liens.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES -PRATICIENS HOSPITALIERS

	Doyen 1^{er} assesseur assesseurs	Gérard Martin Jean-Jacques Jean-Jacques	SAILLANT DANIS ROUBY HAUW
AGID	Yves		FEDERATION DE NEUROLOGIE
AGUT	Henri		BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE-HYGIENE
ALLILAIRE	Jean-François		PSYCHIATRIE D'ADULTES
ANCRI	Daniel		BIOPHYSIQUE et TRAITEMENT DE L'IMAGE
AURENGO	André		BIOPHYSIQUE et TRAITEMENT DE L'IMAGE
AUTRAN	Brigitte		IMMUNOLOGIE
BAILLET	François		RADIOTHERAPIE
BASQUIN	Michel		PEDO-PSYCHIATRIE
BAULAC	Michel		ANATOMIE / NEUROLOGIE
BAUMELOU	Alain		NEPHROLOGIE
BENAZET	Jean-Pierre		CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIE
BEHAMOU	Albert		CHIRURGIE VASCULAIRE
BERTRAND	Jacques		STOMATOLOGIE
BITKER	Marc Olivier		UROLOGIE
BLONDON	Jean		CHIRURGIE GENERALE
BOISVIEUX	Jean-François		BIOSTATISTIQUES et INFORMATIQUE MEDICALE
BOUCHON	Jean-Pierre		MEDECINE INTERNE - Ivry
BOURGEOIS	Pierre		RHUMATOLOGIE
BOUSQUET	Olivier		HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
BRICAIRE	François		MALADIES INFECTIEUSES - MALADIES TROPICALES
BRICE	Alexis		GENETIQUE
BRUCKER	Gilles		EPIDEMIOLOGIE / SANTE PUBLIQUE
BRUCKERT	Eric		ENDOCRINOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
CABANIS	Emmanuel		RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE - 15/20
CACOUB	Patrice		MEDECINE INTERNE
CATALA	Martin		HISTOLOGIE - EMBRYOLOGIE
CESSELIN	François		BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRES
CHERIN	Patrick		MEDECINE INTERNE

CHIGOT	Jean-Paul	CHIRURGIE GENERALE
CHIRAS	Jacques	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE III
CHOSIDOW	Olivier	THERAPEUTIQUE / MEDECINE INTERNE
COHEN	Laurent	NEUROLOGIE
CORIAT	Pierre	ANESTHESIOLOGIE et REANIMATION CHIRURGICALE
CORNU	Philippe	NEURO-CHIRURGIE
DANIS	Martin	PARASITOLOGIE
DARBOIS	Yves	GYNECO-OBSTETRIQUE
DAUTZENBERG	Bertrand	PNEUMOLOGIE
DEBRE	Patrice	IMMUNOLOGIE
DE HEAULME	Michel	BIOSTATISTIQUES et INFORMATIQUE MEDICALE
DELATTRE	Jean-Yves	NEUROLOGIE (Fédération Mazarin)
DERAY	Gilbert	NEPHROLOGIE
DERENNE	Jean-Philippe	PNEUMOLOGIE
DORMONT	Didier	NEURO-RADIOLOGIE IV
DUBOIS	Bruno	NEUROLOGIE
DURON	Jean-Jacques	CHIRURGIE DIGESTIVE
DUYCKAERTS	Charles	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
EYMARD	Bruno	NEUROLOGIE
FOHANNO	Denis	NEURO-CHIRURGIE
FONTAINE	Bertrand	FEDERATION DE NEUROLOGIE
FOURET	Pierre	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
FRANCES	Camille	DERMATOLOGIE / MEDECINE INTERNE
GANDJBAKHCH	Iradj	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIO-VASCULAIRE
GIBERT	Claude	REANIMATION MEDICALE
GONZALES	Jacques	BIOLOGIE du DEVELOPPEMENT et de la REPRODUCTION
GRENIER	Philippe	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE II
GRIMALDI	André	ENDOCRINOLOGIE
GUERIN-SURVILLE	Henry	ANATOMIE / CHIRUR. PLASTIQUE RECONSTRUCTRICE
GUILBERT	Francis	STOMATO / CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
GUILLEMANT	Serge	NUTRITION/BIOCHIMIE
HAERTIG	Alain	MEDECINE LEGALE/UROLOGIE
HANNOUN	Laurent	CHIRURGIE GENERALE
HARPEY	Jean-Paul	PEDIATRIE
HAUW	Jean-Jacques	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
HERSON	Serge	THERAPEUTIQUE / MEDECINE INTERNE
HURAUX	Jean-Marie	VIROLOGIE

JACOBS	Claude	NEPHROLOGIE
JARLIER	Vincent	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE-HYGIENE
KATLAMA née WATY	Christine	MALADIES INFECTIEUSES - MALADIES TROPICALES
KHAYAT	David	ONCOLOGIE MEDICALE
KIEFFER	Edouard	CHIRURGIE VASCULAIRE
KLATZMANN	David	IMMUNOLOGIE
KOMAJDA	Michel	CARDIOLOGIE et MALADIES VASCULAIRES
KOSKAS	Fabien	CHIRURGIE VASCULAIRE
LAMAS	Georges	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
LEBLOND née MISSENARD	Véronique	HEMATOLOGIE
LECHAT	Philippe	PHARMACOLOGIE
LEFRANC	Jean-Pierre	CHIRURGIE GENERALE
LEHOANG	Phuc	OPHTALMOLOGIE
LEMOINE	François	IMMUNOLOGIE
LUBETZKI ép. ZALC	Catherine	FEDERATION DE NEUROLOGIE
LYON-CAEN	Olivier	FEDERATION DE NEUROLOGIE
MALLET	Alain	BIostatISTIQUES et INFORMATIQUE MEDICALE
MARSAULT	Claude	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE IV
MAZERON	Jean-Jacques	RADIOTHERAPIE
MAZET	Philippe	PEDO-PSYCHIATRIE
MEININGER	Vincent	NEUROLOGIE
MERLE-BERAL	Hélène	HEMATOLOGIE
MONTALESCOT	Gilles	CARDIOLOGIE et MALADIES VASCULAIRES
MOULIAS	Robert	IMMUNOLOGIE - Ivry
OPOLON	Pierre	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
PAVIE	Alain	CHIR. THORACIQUE et CARDIO-VASCULAIRE
PERRIGOT	Michel	REEDUCATION FONCTIONNELLE
PETITCLERC	Thierry	BIOPHYSIQUE /NEPHROLOGIE
PHILIPPON	Jacques	NEURO-CHIRURGIE
PIERA-ANDRES	Jean-Bernard	REEDUCATION FONCTIONNELLE - Ivry
PERROT-DESEILLIGNY	Charles	NEUROLOGIE
PERROT-DESEILLIGNY	Emmanuel	REEDUCATION FONCTIONNELLE
PIETTE	François	MEDECINE INTERNE - Ivry
PIETTE	Jean-Charles	MEDECINE INTERNE
POIRIER	Jacques	HISTOLOGIE - EMBRYOLOGIE
POYNARD	Thierry	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
RAISSONNIER	Alain	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRES

RANCUREL	Gérald	NEUROLOGIE
RICHARD	François	UROLOGIE
RIOU	Bruno	ANESTHESIOLOGIE et REANIMATION CHIRURGICALE
ROUBY	Jean-Jacques	ANESTHESIOLOGIE et REANIMATION CHIRURGICALE
SAILLANT	Gérard	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIE
SAMSON	Yves	NEUROLOGIE
SIMILOWSKI	Thomas	PNEUMOLOGIE
SOUDANT	Jacques	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
THOMAS	Daniel	CARDIOLOGIE et MALADIES VASCULAIRES
TOUITOU	Yvan	NUTRITION/BIOCHIMIE
TURPIN	Gérard	ENDOCRINOLOGIE et MALADIES METABOLIQUES
VAN EFFENTERRE	Rémy	NEURO-CHIRURGIE
VERNANT	Jean-Paul	HEMATOLOGIE CLINIQUE
VERNY	Marc	MEDECINE INTERNE - Ivry
WILLER	Jean-Vincent	PHYSIOLOGIE
ZELTER	Marc	PHYSIOLOGIE

en gras : chefs de service

Sommaire

Sommaire

Sommaire	14
Introduction.....	17
1. PROBLEMATIQUE	19
Problématique.....	20
1.1. Contexte général	20
1.1.1 Historique de l'H.A.D.	20
1.1.1.1 Grandes étapes du développement de l'H.A.D.....	20
1.1.1.2 Réforme hospitalière de 1991 et les décrets d'octobre 1992.....	21
1.1.2 Situation de l'H.A.D. en 1992	21
1.1.2.1 Définition	21
1.1.2.2 Résultats concernant les patients de l'enquête CreDES de 1992	21
1.1.2.3 Les structures d'H.A.D.	24
1.1.3 Bilan du développement de l'H.A.D. entre 1992 et 2000	25
1.1.3.1 Facteurs positifs.....	25
1.1.3.2 Facteurs négatifs	27
1.1.3.3 Circulaire du 30 mai 2000 et complément de la circulaire	27
1.2 Tarification	29
1.3 Mise en place de recommandations ?.....	30
2. MATERIEL ET METHODES	32
Matériel et méthodes	33
2.1 Matériel.....	33
2.1.1 Bibliographie	33
2.1.2 Enquête CreDES 1999	33
2.1.2.1 Objectifs de l'enquête	33
2.1.2.2 Pré-enquête auprès des structures d'H.A.D.....	34
2.1.2.3 Critères d'inclusion et périodes de recueil des données	35
2.1.2.4 Anonymisation et circuit des informations	35
2.1.2.5 Echantillonnage	37
2.1.2.6 Recueil des données.....	39
2.1.2.7 Préparation des fichiers informatiques	41
2.2 Méthodes	44
2.2.1 Outils informatiques	44
2.2.2 Description de la procédure d'analyse	45
2.2.2.1 Construction des variables secondaires	45
2.2.2.2 Démarche analytique	49
3. RESULTATS.....	50
Résultats	51
3.1 Analyse des variables descriptives de la morbidité	51
3.1.1 Sexe et âge	51
3.1.2 Objectifs de soins	58
3.1.3 Modes d'entrée et modes de sortie	62
3.1.3.1 Modes d'entrée	62
3.1.3.2 Modes de sortie	63
3.1.4 Motifs de prise en charge à l'entrée et correspondance avec le diagnostic principal	65

3.1.5	Etiologie de la maladie et phase évolutive	71
3.2	Construction d'autres indicateurs	73
3.2.1	Indicateur d'autonomie du patient	73
3.2.2	Indicateur de charge en soins infirmiers	74
3.2.3	Indicateurs de diagnostic	77
3.2.3.1	Nombre de diagnostics renseignés et nombre de protocoles de soins associés	77
3.2.3.2	Caractéristiques des diagnostics associés	80
3.2.3.3	Association avec le diagnostic principal	81
3.2.4	Indicateur d'étiologie	88
3.3	Recherche d'un indicateur global	88
3.3.1	Présentation des catégories de diagnostic principal retenues	89
3.3.2	Analyse de variance	91
3.3.3	Analyse de données	93
4.	DISCUSSION	97
Discussion		98
4.1	Matériel	98
4.1.1	Bibliographie	98
4.1.2	Recueil des données et préparation des fichiers informatiques	98
4.1.3	Echantillonnage ; Structures participantes	99
4.2	Méthodes	100
4.2.1	Outils informatiques	100
4.2.2	Démarche analytique	100
4.3	Résultats	101
4.3.1	Sexe et âge	101
4.3.2	Objectifs de soins	101
4.3.3	Modes d'entrée et modes de sortie	101
4.3.3.1	Modes d'entrée	102
4.3.3.2	Modes de sortie	102
4.3.4	Reclassement en modes de prise en charge, les motifs de prise en charge et les diagnostics principaux	102
4.3.5	Phase évolutive de la maladie étiologique	102
4.3.6	Indicateur d'autonomie du patient	103
4.3.7	Indicateur de charge en soins infirmiers	103
4.3.8	Indicateurs de diagnostic	104
4.3.8.1	Nombre et cumul des diagnostics associés	104
4.3.8.2	Caractéristiques des diagnostics associés	104
4.3.8.3	Association avec les diagnostics principaux	104
4.3.9	Indicateur d'étiologie	105
4.3.10	Indicateur global	105
4.3.10.1	Les variables retenues	105
4.3.10.2	Analyse de variance	108
4.3.10.3	Analyse de données	108
Conclusion		110
ANNEXES		112
Bibliographie		130
Références		133

Introduction

Introduction

Dans le système de soins français, l'hospitalisation à domicile ou H.A.D. occupe pour le moment une place marginale.

Pionnière dans le domaine avec la création, en 1951, d'une structure d'H.A.D. à l'hôpital Tenon, la France n'a pas, par la suite, confirmé cette avance conceptuelle. Malgré de nombreuses lois et autant de décrets, spécifiques à l'H.A.D. ou ayant un retentissement sur l'H.A.D., le développement de ce mode d'hospitalisation a stagné pendant de nombreuses décennies. En juin 1999, le pays comptait 68 structures, pour un total de 3908 places, inégalement réparties sur le territoire (en structure ou en places).

Pourtant, depuis quelques temps, on constate un regain d'activité dans ce secteur. Face, entre autres, à une contrainte budgétaire difficile, à une pression permanente en faveur de la diminution des durées de séjours hospitaliers et aux attentes des patients et de leurs familles, les professionnels se tournent vers ce mode alternatif de prise en charge des patients pour répondre aux évolutions de l'organisation des soins. Ce mode de soins apparaît comme une alternative appréciée et appréciable à l'hospitalisation traditionnelle : c'est un mode de prise en charge moins anonyme, plus convivial, permettant au patient de rester en contact avec ses proches et son milieu habituel tout en bénéficiant de soins complexes ou intensifs, de qualité, permis par les progrès technique, et, semble-t-il, moins coûteux.

De part sa définition - « l'hospitalisation à domicile concerne des malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissements de santé. » - l'H.A.D. présente théoriquement une grande souplesse dans son organisation. Cette qualité présente un revers important car elle aboutit parfois voire plus souvent à la une prise en charge en H.A.D. de patients ne relevant pas de ce mode de soins, avec des modèles d'organisation ou plutôt de mauvaise organisation externe liée à la fois à des défauts de coopération entre professionnels (milieu hospitalier et milieu libéral de ville), à des défauts de délégation de pouvoirs (praticien hospitalier et médecin traitant) et à des défauts de gestion médicale interne (médecin coordonnateur et infirmière coordinatrice) et, enfin, les modes de rémunération constatés (personnel soignant paramédical, médicaments, matériel...) sont très variés sans que cette disparité soit fondée sur les coûts. Aujourd'hui, deux éléments sont importants pour la compréhension de l'évolution récente de l'H.A.D. : l'enquête Credes 1992 qui a permis d'établir un bilan de la situation, de mettre en évidence les freins et les moteurs du développement de l'H.A.D... et la Circulaire ministérielle de mai 2000 (avec son complément) qui tente de pallier au manque de précision de la définition de l'H.A.D. en apportant entre autres, une définition des objectifs de soins et des modes de prise en charge. De plus en 2001, le Ministère a engagé un grand projet de développement de l'H.A.D. avec mise en place de groupes de réflexion sur les grands aspects de l'H.A.D. : formation des professionnels, recherche et communication, propositions pour le développement de l'H.A.D., place de l'H.A.D. dans le système de soins et dans les réseaux et, enfin, tarification de la prise en charge.

En effet, les structures d'H.A.D. sont différentes quant à leur système de tarification. Non seulement certaines appliquent un prix de journée tandis que d'autres fonctionnent avec un budget global mais, de plus, ces tarifs ne couvrent pas les mêmes prestations d'une structure à l'autre.

Une grande enquête a donc été commanditée par le Ministère afin d'aider à établir une tarification sur des bases communes à toutes les structures d'H.A.D.

Chargé de cette mission, le Credes a lancé une enquête en 1999 auprès de toutes les structures d'H.A.D., en collaboration avec les caisses primaires d'assurance et les trois grandes caisses nationales d'assurance maladie. Vingt-neuf ont accepté de participer et 1860 patients ont été inclus dans l'étude.

A partir de toutes les données recueillies et après analyse de celles-ci en vue d'une description de la situation actuelle, le but est de définir le coût de prise en charge en H.A.D. ; mais plusieurs définitions du coût peuvent être définies :

- ↪ un coût unique pour tous les patients, ce qui est peu satisfaisant, tant du point de vue conceptuel (on connaît la variété des cas médicaux traités et la variabilité des coûts associés) que dans son application ;
- ↪ un coût spécifique à chaque patient, impossible à appliquer en prospectif ;
- ↪ un coût unique par structure mais, qui a le défaut de conforter les différences de pratique actuelles et de ne pas tenir compte de la diversité des cas pris en charge ;
- ↪ un coût à la pathologie en termes d'étiologie sans tenir compte des particularités de chaque structure d'H.A.D. ;

↳ un coût par mode (en termes de protocole) de prise en charge.

Cette dernière proposition est celle retenue. Divers éléments doivent être pris en compte pour son calcul : la structure d'H.A.D. (personnel médical et paramédical, taille de la structure, lieu d'implantation ; son mode de fonctionnement (fractionnement des séjours ou longs séjours avec des périodes ne relevant pas strictement de la définition de l'H.A.D, prise en charge par la structure d'H.A.D. de tous les frais et en particulier ceux liés aux séances en hôpital de jour ou bien exclusion de certaines de ces prestations...), les soins reçus ainsi que tous les médicaments, produits pharmaceutiques et matériels mis à disposition du patient et de sa famille et, enfin, la description du patient.

Cette description comporte à la fois des éléments socio-démographiques et médicaux. Elle a fait l'objet d'un recueil spécifique dans le questionnaire général. Mais la description analytique de toutes les caractéristiques de morbidité du patient est difficilement utilisable dans un but prospectif. Un indicateur les regroupant semble plus pertinent pour cet usage.

Le but de ce travail, réalisé dans le cadre de la thèse de médecine, est donc d'étudier la faisabilité de création d'un indicateur plus synthétique de morbidité après mise en évidence des facteurs ayant un réel impact sur la description de la morbidité du patient. Plusieurs contraintes sont définies : l'indicateur, comme tout bon indicateur, devait être simple d'utilisation, il doit correspondre à une réalité de terrain pour les professionnels de l'H.A.D. et avoir une validité intellectuelle en termes médicaux. Mais le travail effectué pour la création d'un ou plusieurs indicateurs de morbidité pourra aussi servir à actualiser les connaissances sur l'H.A.D. et peut-être à émettre quelques recommandations pour le développement de ce mode de prise en charge des patients, notamment pour un éventuel relevé (systématique) d'information dans l'avenir.

1. Problématique

Problématique

1.1 Contexte général

Ce travail s'inscrit dans un travail plus large dont l'objectif est l'analyse des coûts de prise en charge en H.A.D. en termes de « tout compris » dans le but d'éclairer les problèmes de tarification en H.A.D. Il intervient en amont du calcul des coûts et doit servir à catégoriser les malades. Le but premier de ce travail sur la morbidité des patients pris en charge en H.A.D. est en fait de caractériser les patients individuellement mais de façon homogène et simple, du point de vue de leur morbidité : motif d'entrée, objectifs de soins, autonomie, diagnostic principal (indicateur en terme de protocole de soins), diagnostics associés, étiologie et phase évolutive. A l'aide de variables disponibles par recueil auprès des structures d'H.A.D., l'idée est de construire un ou plusieurs indicateurs synthétiques, à la fois logiques et pratiques, correspondant à des situations facilement identifiables, afin de les tester sur les coûts en tant que variables explicatives. Les résultats de ce travail peuvent aboutir à des recommandations de recueil systématique de données à l'occasion de chaque hospitalisation en H.A.D. afin que leur traitement informatique puisse servir à la connaissance médicale et à la gestion financière en H.A.D.

1.1.1 Historique de l'H.A.D.

1.1.1.1 Grandes étapes du développement de l'H.A.D.

Bien qu'étant le pionnier européen de l'H.A.D., la France n'a pas su poursuivre ce développement dans les années 80. Pourtant depuis 1989, on constate une reprise des principaux indicateurs d'activité concernant ce mode d'hospitalisation.

La première expérience d'hospitalisation à domicile (H.A.D.) date de 1947 avec la fondation du Home Care aux Etats-Unis par le Professeur Bluestone de l'hôpital de Montefiore de New-York. Il faut cependant attendre 1951 pour que le Professeur Seguy, de l'hôpital Tenon à Paris, suive cet exemple, non dans le cadre d'une réflexion sur d'autres modes de prise en charge des patients mais pour faire face à un surnombre de malades dans son service [14-15].

C'est en 1957 que l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) crée la première structure d'H.A.D., suivie en 1958 par l'Institut Gustave Roussy de Villejuif qui met en place, sous la forme d'une association loi 1901, de statut privé à but non lucratif, « Santé Service » de Puteaux, destinée à l'origine à la prise en charge de patients cancéreux.

A partir de ce moment et jusqu'au début des années 1980, l'H.A.D. va connaître une phase de développement rapide : publication de textes juridiques, création de nouvelles structures et entités.

Au 1^{er} janvier 1973, l'H.A.D. comptait 10 structures, en 1976, elle en comptait 15 puis 20 en 1979 et 25 en 1982. En 1961, une première convention est signée entre, d'une part, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et, d'autre part, l'AP-HP et Santé Service.

Afin de réunir les structures d'H.A.D., est créée en 1973, la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (F.N.E.H.A.D.).

Durant cette même décennie, plusieurs textes juridiques sont publiés. Tout d'abord, le texte sur la Réforme hospitalière du 31 décembre 1970 (loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 parue au Journal Officiel du 3 janvier 1971) [30] qui, dans son article 4 (*voir annexe*), officialise l'existence de l'H.A.D. « Les services des centres hospitaliers peuvent se prolonger à domicile, sous réserve du consentement du malade ou de sa famille, pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant ».

En l'absence de décret d'application de la loi de 1970, une Circulaire de la CNAMTS datant du 29 octobre 1974 [6] fixe les règles de création et de fonctionnement de l'H.A.D. et en donne une définition et, en 1979, la Loi du 29 décembre 1979 confirme celle de 1970 et introduit un nouvel article à la réforme hospitalière de 1970, relatif aux autorisations auxquelles sont soumis les établissements privés. Comme pour la loi de 1970, le texte de 1979 ne sera suivi d'aucun décret d'application.

Cette période florissante du point de vue du développement de l'H.A.D. est suivie par une phase de stagnation. Pourtant, en 1986, une Circulaire du Ministère des Affaires Sanitaires et Sociales (circulaire du 12 mars 1986) assouplit certaines règles mises en place et précise certains points [5] :

↳ la notion d'intensité des soins comme critère de prise en charge en H.A.D.,

- ↳ la prise en charge en H.A.D. est étendue à tous les patients exceptés les patients psychiatriques,
- ↳ la prise en charge en H.A.D. est autorisée après une simple consultation externe (auparavant, elle nécessitait une hospitalisation complète préalable de 10 jours),
- ↳ l'H.A.D. est reconnue comme structure intermédiaire entre l'hôpital et le domicile.

1.1.1.2 Réforme hospitalière de 1991 et les décrets d'octobre 1992

Suite à la réforme hospitalière de 1991, les décrets du 2 octobre 1992 complètent le Code de Santé Publique par l'insertion des articles R.712-2-1, R.712-2-2, R712-2-3 et R.712-2-4 au chapitre II du titre Ier du livre VII et par l'insertion d'une section 3 au chapitre II du titre Ier du livre VII [17-18].

La définition de l'H.A.D. précise : « les structures dites d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. Chaque structure d'hospitalisation à domicile intervient dans une aire géographique précisée par l'autorisation prévue à l'article L. 712-8. » [17].

D'autres éléments complètent le cadre de l'H.A.D. :

- ↳ l'organisation médicale de l'H.A.D. est désormais dévolue à un médecin coordonnateur ;
- ↳ l'admission d'un patient peut être faite sur prescription d'un médecin libéral (après avis du médecin coordonnateur de l'H.A.D.) ;
- ↳ les structures d'H.A.D. doivent obéir aux mêmes règles d'organisation de la continuité et de la permanence des soins que toute structure de soins hospitalière habituelle (soit 24h/24 et 7j/7).
- ↳ L'H.A.D. est inscrite dans la carte sanitaire au titre des lits de médecine ; afin de réguler le système de soins, un taux de change est institué : la création d'une place en H.A.D. doit être accompagnée de la fermeture d'un lit d'hospitalisation à temps complet [19].

1.1.2 Situation de l'H.A.D. en 1992

1.1.2.1 Définition

En 1992, date de la première enquête du CreDES sur l'H.A.D. qui marque un point historique avant la parution des décrets d'octobre 1992, l'H.A.D. pouvait être définie comme une structure de soins entre l'hôpital et la ville. « Fonctionnant comme un petit réseau de soins, l'H.A.D. est intégrée dans un réseau de soins plus large et prend en charge des patients lourds aux soins techniques complexes et nécessairement coordonnés. Inscrite dans la carte sanitaire hospitalière au titre de la discipline « médecine », c'est le plus souvent un lieu où transitent les patients entre l'hôpital et la ville et inversement » [9].

1.1.2.2 Résultats concernant les patients de l'enquête CreDES de 1992

Au moment du lancement de l'enquête CreDES 1999, les dernières données nationales connues caractérisant les patients en H.A.D. restaient celles issues de l'enquête CreDES 92. Peut-être quelque peu éloignées de la réalité actuelle, elles ont néanmoins servi de base pour orienter les analyses. Non seulement, cette enquête (CreDES 1992) regroupait les données exhaustives des séjours réalisés en 1991 mais elle recensait aussi des données très fines sur un échantillon de 433 patients présents un jour précis (le 24 mars 1992).

Les données rétrospectives, exhaustives, relatives aux admissions réalisées en 1991 et déclarées par 40 structures participantes à l'enquête sur 41 existantes, ne concernent que le nombre de séjours (et le nombre de journées), et la répartition des motifs d'hospitalisation en H.A.D. exprimées en termes d'étiologie classés selon les 21 chapitres de la CIM 9.

Les données concernant les patients présents un jour précis apportent beaucoup plus d'informations : durée de présence, motif d'admission, maladie principale et maladies associées (CIM 9), détail des soins prodigués, prix de journée, adéquation du mode de prise en charge au motif, satisfaction des patients et de leur entourage...

Le recensement des admissions réalisées en 1991 représente un flux et du point de vue des motifs d'admission, ceux entraînant des durées de séjours plus courtes y sont naturellement plus représentés.

Au contraire, dans l'échantillon de patients présents, qui représente une photographie instantanée, plus la durée de séjour est longue et plus la chance d'être présent 1 jour donné est grande ; donc, la répartition des motifs d'admission y est différente, ceux entraînant des durées de séjours plus longues y étant plus représentés.

Pour l'échantillon des séjours recensés en 1991, les caractéristiques de morbidité concernent uniquement l'étiologie et sont grossières tandis que les caractéristiques des patients présents un jour donné en 1992 sont beaucoup plus fines et abondantes. Les séjours en 1991 ne seront donc pas utilisés dans le cas présent.

Quant aux autres caractéristiques, elles n'ont été relevées que pour l'échantillon des patients présents un jour donné en 1992.

Il ne sera donc gardé que ces données pour la présentation des données nationales connues au moment du lancement de l'enquête CreDES 1999.

1.1.2.2.1 Caractéristiques socio-démographiques des patients présents un jour donné en H.A.D. et de leur entourage [16]

D'après l'échantillon de patients présents en H.A.D. le 24 mars 1992, les hommes sont hospitalisés à domicile plus fréquemment que les femmes (7 hommes pour 100 000 personnes de sexe masculin contre 4.7 femmes pour 100 000 personnes de sexe féminin résidant en France). Le taux d'hospitalisation des personnes mariées est 4 fois plus élevés que celui des personnes célibataires ou celui des personnes veuves et 9 fois plus que celui des personnes divorcées. Ceci est le reflet de la fréquente nécessité, lors d'une prise en charge en H.A.D., de la présence d'un entourage afin d'assurer un soutien efficace au domicile.

Les taux d'hospitalisation en H.A.D. selon l'âge suivent la même courbe en J que ceux de l'hospitalisation classique, avec une forte élévation surtout après 40 ans (le taux masculin étant alors double du taux féminin).

La répartition des personnes selon leur nationalité n'est pas différente en H.A.D. par rapport à l'hospitalisation classique.

Les patients en H.A.D. sont principalement des personnes retraitées (variable corrélée avec l'âge). Toutes les catégories professionnelles sont représentées avec une majorité d'employés (que ce soit parmi la population active ou la population en retraite) et une proportion plus importante de cadres supérieurs et professions intellectuelles que dans la population générale. Les revenus déclarés sont en moyenne plus bas que dans la population générale : ainsi, 64 % des personnes en H.A.D. déclarent un revenu mensuel inférieur à 12 000F nets tandis que les données INSEE estiment que 64 % des personnes ont un revenu inférieur 16 108F nets.

Dans 99 % des cas, les patients sont couverts par un régime d'Assurance Maladie obligatoire et dans 83% des cas, ils sont affiliés au régime général ou à un régime rattaché.

Seuls 7 % des patients ont à leur charge le montant du ticket modérateur et, sur les 93 % restants, la plupart en sont exonérés du fait d'une prise en charge en ALD (Affection de Longue Durée).

Seuls 2% des personnes en H.A.D. bénéficient de la présence continue d'un professionnel de santé. Dans 85% des cas, le soutien est assuré par une personne de l'entourage et en particulier par le conjoint.

1.1.2.2.2 Caractéristiques de morbidité

Tableau 1
Répartition des diagnostics principaux
selon le type de maladie motivant la présence en H.A.D.
un jour donné en 1992
et l'ensemble des séjours en H.A.D. en 1991

Chapitres CIM de niveau 1	Code CIM	Patients présents un jour donné en 1992		Patients sortis au cours de l'année 1991	
		Nombre	%	Nombre	%
Maladies infectieuses parasitaires	1	314	9,36	2 386	7,00
Tumeurs	2	1 167	34,78	18 108	53,16
Mal endocrino.nutrition, métabol, tr.immunit.	3	80	2,38	805	2,36
Maladies sang.organes hématopoïétiques	4	29	0,86	309	0,91
Troubles mentaux	5	75	2,24	29	0,09
Maladies du système nerveux	6	400	11,92	2 102	6,17
Maladies appareil cardiovasculaire	7	475	14,16	2 006	5,89
Maladies appareil respiratoire	8	100	2,98	956	2,81
Maladies appareil digestif	9	61	1,82	690	2,03
Maladies appareil génito-urinaire	10	25	0,75	279	0,82
Complic.grossesse, accouch.suit.couches	11	67	2,00	1 022	3,00
Maladies peau, tissu cellulaires sous-cutané	12	70	2,09	251	0,74
Mal système ostéoartic., muscul., tissu conj.	13	55	1,64	263	0,77
Anomalies congénitales	14	41	1,22	109	0,32
Affections périnatales	15	12	0,36	78	0,23
Symptômes, signes, états morb. mal définis	16	73	2,18	90	0,26
Traumatismes, empoison. et causes ext.	17	229	6,83	1 950	5,72
Autres motifs recours aux services de santé	18	80	2,38	2 464	7,23
Maladies de l'œil et de ses annexes	25			155	0,46
Maladies oreilles nez larynx	26	1	0,03	11	0,03
Total		3 355	100,00	34 063	100,00

Sur l'échantillon de patients présents en H.A.D. un jour donné en 1992, en moyenne, les patients pris en charge souffrent de 2,7 maladies déclarées par l'infirmière coordinatrice de l'H.A.D. (2.8 pour les hommes contre 2.5 pour les femmes) avec un gradient lié à l'âge : de 1.5 pour les enfants de 2 à 15 ans à 3.2 pour les personnes de plus de 80 ans.

Le diagnostic principal, qui a motivé la prise en charge en H.A.D., exprimé en termes étiologiques, est principalement un Cancer (environ 35% des personnes) avec, pour les hommes, une prédominance des cancers du larynx et des poumons et, pour les femmes, une prédominance du cancer du sein.

Le Sida représente 9 % des pathologies principales, touchant surtout les personnes entre 25 à 39 et de sexe masculin.

Deux autres catégories de maladies sont fortement représentées parmi les patients en H.A.D. : les maladies cardio-vasculaires (14% des patients, souvent âgés de 40 ans et plus et principalement les personnes de plus de 40 ans) et les maladies du système nerveux (12% des patients concernant toutes les classes d'âge mais avec des diagnostics différenciés).

En 1991-1992, les « Tumeurs » étaient les motifs les plus fréquents d'H.A.D. et relevaient de séjours de courte durée, plus court que les « Maladies du système nerveux » ou les « Maladies cardio-vasculaires ». Ceci peut être affirmé parce que le pourcentage des patients de la catégorie « Tumeurs » sortant est supérieur au pourcentage des patients de la même catégorie présents. (ce qui est l'inverse pour les catégories « Maladies du système nerveux » et « Maladies cardio-vasculaires ») et que les effectifs des présents et des sortant sont suffisants pour obtenir des différences statistiquement significatives [12-13]

Deux indicateurs synthétiques viennent compléter cette analyse : le degré de risque vital et le degré d'invalidité. Ces indicateurs, élaborés par le Credes, sont utilisés depuis de nombreuses années dans les différentes enquêtes du

CreDES. Le degré de risque vital est apprécié par l'infirmière coordinatrice avec l'aide des infirmières et du médecin traitant ; il comprend 7 niveaux.

Tableau 2
Répartition des patients dans l'enquête CreDES 1992
selon leur degré de risque vital

Degré de risque vital		%
1	Pas de pronostic péjoratif ou très très faible	6,0 %
2	Pronostic péjoratif très faible	7,9 %
3	Risque possible sur le plan vital	13,7 %
4	Pronostic probablement mauvais, autrement dit : »réservé «	28,4 %
5	Pronostic sûrement mauvais	30,3 %
6	Patient décédé le jour de l'enquête	0,5 %
Inc	Non réponse	13,2 %
Total		100,0 %

Il est en moyenne élevé : 30% des patients ont un « pronostic sûrement mauvais » [faible pourcentage de survie à 5 ans].

Le degré synthétique de handicap est lui aussi élevé avec un total de plus de 40% des patients qui n'ont aucune autonomie domestique dont près de 17% sont alités en permanence.

Tableau 3
Répartition des patients dans l'enquête CreDES 1992
selon leur degré d'invalidité

Degrés d'invalidité		%
1	Gêné de façon infime	2,5 %
2	Très peu gêné	1,6 %
3	Gêné mais mène une vie normale	7,2 %
4	Doit restreindre et/ou modifier ses activités domestiques et/ou professionnelles	11,1 %
5	Activité réduite et/ou ralentie	18,2 %
6	N'a pas d'autonomie domestique	24,5 %
7	Alitement permanent	16,6 %
8	Imprévisible	1,4 %
Inc	Non réponse	16,9 %
Total		100,0 %

L'étude de l'autonomie locomotrice des patients montre une répartition aux deux extrémités de l'échelle avec une grande proportion de patients très handicapés. L'incontinence est elle aussi souvent présente. Ces difficultés entraînent une sollicitation et une participation active et fréquente de l'entourage en plus de celle du personnel de l'H.A.D., celui-ci n'étant pas présent sur place en permanence [12].

Les difficultés relationnelles des malades (comportement dépressif, troubles de la mémoire...) ajoutent à la charge des soignants et de l'entourage.

Les résultats des questions de satisfaction montrent que, le patient étant dans son milieu de vie habituel, l'H.A.D. permet une plus grande liberté d'expression de ses humeurs mais l'influence est globalement positive sur son comportement, sa qualité de vie et celle de son entourage, par la reprise éventuelle de tout ou partie des activités habituelles, et le confort psychologique, rendus possibles par le fait d'être à son domicile.

1.1.2.3 Les structures d'H.A.D.

Avec 41 structures opérationnelles au 1^{er} janvier 1992, l'H.A.D. occupe une place marginale dans le système de soins. Même si l'avenir semble plus optimiste en 1993 par rapport aux années précédentes, certains freins existent.

En novembre 2000, 76 structures sont recensées sur le territoire français soit plus de 4 000 places (3896 places installées pour 4400 places autorisées) : 66% appartiennent au service public ou privé participant au service

publique hospitalier (PSPH) et 58% de la capacité d'accueil se trouve dans le secteur privé associatif relevant de la loi 1901.

L'implantation sur le territoire est très inégale puisque 52 départements sont dépourvus de structures d'H.A.D. Il apparaît que la France du sud est mieux pourvue en structures d'H.A.D. que la France du Nord, exclusion faite de Paris, élément atypique de la moitié nord avec 9 structures et 64% de la capacité d'accueil.

Au niveau de la taille des structures, il existe deux structures de très grande taille (l'H.A.D. de l'AP-HParis et Santé Service de Puteaux) qui offrent 2301 places en H.A.D. (soit près de 52% des possibilités totales d'accueil en France) [18], quelques structures de taille moyenne (entre 50 et 500 places) et, le plus fréquemment, des structures de petite taille. En effet, 67% des structures (soit environ 50 structures) ont une capacité d'accueil comprise entre 3 et 50 places (soit au total 17% de la capacité totale d'accueil).

1.1.3 Bilan du développement de l'H.A.D. entre 1992 et 2000

Au-delà de l'analyse de la patientèle des structures d'H.A.D. ou de la répartition de celle-ci sur le territoire, il est intéressant d'établir un bilan du développement de l'H.A.D. depuis 1992 et les réformes censées améliorer le système qualitativement et quantitativement (obligation d'un médecin coordonnateur, reconnaissance de l'H.A.D. dans la carte sanitaire, meilleure définition de l'H.A.D...) [11].

1.1.3.1 Facteurs positifs

L'H.A.D. présente une capacité d'adaptation constante aux besoins et problématiques des patients. La plupart des structures sont aujourd'hui polyvalentes d'un point de vue variété des pathologies prises en charge mais ces structures ont aussi su développer des pôles de compétence de spécialisation unique ou multiple : spécialisation vis-à-vis de certaines pathologies, formalisation de protocoles de prise en charge, formation du personnel ...[15].

D'autres facteurs devraient aider au développement de l'H.A.D [11] :

- ↳ le haut niveau de satisfaction des patients et de leur famille à l'égard de ce mode de prise en charge, tant chez les hommes que chez les femmes,
- ↳ les avantages médicaux reconnus par les prescripteurs d'H.A.D. (médecins hospitaliers, médecins libéraux) ;
- ↳ l'existence de besoins encore non satisfaits ;
- ↳ une contribution à la diminution des dépenses hospitalières.

Les avantages médicaux reconnus sont multiples : indications médicales multiples, sortie anticipée du patient de l'hôpital, mode de prise en charge ouvert à tous les milieux sociaux, et une très grande majorité de médecins interrogés est favorable à l'hospitalisation à domicile avec tout de même une petite différence : les médecins hospitaliers apparaissent plus critiques que leurs confrères de ville sur le fonctionnement de l'H.A.D.

Même s'il est aujourd'hui difficile de quantifier les besoins en H.A.D., plusieurs éléments permettent de préciser l'insuffisance de l'offre en H.A.D. :

- ↳ l'existence de listes d'attente avec une durée moyenne d'attente de 2.5 jours ;
- ↳ certaines demandes d'hospitalisation à domicile sont déboutées faute de personnel, de matériel ou de budget disponible ;
- ↳ l'implantation des H.A.D. étant principalement urbaine, un développement en zones rurales semble indispensable. L'absence de structure d'H.A.D. dans ces zones freinent considérablement le retour à domicile de la population locale, déjà fragilisée par l'exode rural massif. ;
- ↳ divers besoins spécifiques sont connus et ouvrent déjà à des expérimentations locales : des besoins en soins palliatifs à domicile et d'autres besoins spécifiques (pédiatrie,...) dont la charge en soins est lourde ;

- ↳ de plus, les hôpitaux étant poussés constamment à diminuer leurs durées de séjour, un relais à domicile est indispensable ;
- ↳ le dernier élément et non le moindre : devant l'évolution de la démographie française, marquée par un vieillissement de la population et surtout un recul manifeste de l'âge d'entrée en dépendance, le maintien à domicile sera de plus en plus attendu par les patients qui préféreront rester dans leur cadre habituel.

D'un point de vue économique, plusieurs études [11] montrent que l'H.A.D. est globalement un mode de prise en charge moins onéreux pour l'Assurance Maladie et qu'il contribue globalement à la diminution des dépenses hospitalières. Mais il existe des prix de journée très divers, avec des paniers de soins variés et parfois un même prix de journée pour des pathologies et des prises en charge différentes. Il faut donc modérer ces résultats par le fait que les études demandent à être affinées en comparant les coûts par pathologie engendrés par l'hôpital et en H.A.D. et que certains facteurs tels que le concours de l'entourage doivent être appréhendés. D'où cette enquête qui s'inscrit dans la problématique de tarification. De même, l'origine des budgets avec la non fongibilité des enveloppes pourrait être un facteur masquant certains coûts.

1.1.3.2 Facteurs négatifs

Malgré les différents textes, la définition de l'H.A.D. reste floue et la limite entre Soins Infirmiers à Domicile (S.I.A.D.) et H.A.D. est souvent sujette à caution. Les pratiques, les demandes, les refus sont par conséquent inégaux sur le territoire. Il en est de même pour l'organisation interne des H.A.D. Les insuffisances législatives d'encadrement du mode de fonctionnement des structures d'H.A.D., au lieu de favoriser l'essor de l'H.A.D. par la souplesse qu'elles apportent (possibilité d'allier du personnel salarié à des professionnels libéraux, médecins, infirmières...), freinent au contraire par l'ambiguïté qu'elles provoquent. Ainsi, un des premiers problèmes auquel doit faire face la structure d'H.A.D. est le rôle du médecin coordonnateur, à la fois vis-à-vis du médecin généraliste ayant le patient en charge et vis-à-vis du médecin hospitalier. Il doit en même temps faire preuve de souplesse et assurer la garantie de qualité de l'H.A.D. Malgré une charge de travail et de responsabilité importante, nombre de médecins coordonnateurs ne sont pas temps-plein de la structure mais temps-partiel du fait de la petite taille de la structure. Se pose alors la question de la taille minimale ou critique des structures, tant au niveau des médecins coordonnateurs que du personnel (formation, disponibilité, organisation...).

Le gage de lits hospitaliers pour la création de places en H.A.D., gage qui partait du principe que l'H.A.D. remplaçait une partie de l'activité hospitalière, s'est révélé être un frein majeur à l'expansion de l'H.A.D. Plusieurs raisons apparaissent très rapidement mais la liste n'est pas exhaustive. Les professionnels de la santé hospitaliers, médicaux ou paramédicaux, ont ressenti cette obligation comme une perte de prestige pour leur service. En effet, dans une conjoncture situationnelle accordant de l'importance à un service, non en termes de qualité de prestations ou d'efficacité, mais en termes de nombre de lits, accepter de fermer des lits pour les « offrir » est un non-sens. Au niveau du P.M.S.I. (Programme Médicalisé du Système d'Information), outil de recueil de l'activité hospitalière par le codage des diagnostics et des actes, admis et utilisé avec difficulté à l'hôpital, l'H.A.D. n'est pas valorisée du fait d'un codage plus adapté aux courts séjours et à la réalisation d'actes lourds et coûteux.

De même, le partage mal défini des responsabilités autour du patient (protocole de prise en charge généralement prescrit par un médecin hospitalier pour un patient qui est ensuite suivi par le médecin généraliste sous le regard et avec l'aide du médecin coordonnateur, interface non prescriptrice), et le partage des connaissances sur ce patient... n'ont pas permis d'améliorer la collaboration entre milieu hospitalier et milieu libéral de ville, collaboration quasiment inexistante dans de nombreuses situations du fait de l'hospitalo-centrisme perdurant.

Au niveau de la réponse aux besoins des patients, sans entrer dans le détail de cette demande qui ne peut, pour le moment, ni être définie ni être évaluée de façon directe, l'H.A.D. n'apparaît pas vraiment comme une substitution à l'hospitalisation classique mais comme une suppléance dans certains cas. Le premier écueil à l'utilisation de l'H.A.D. est la méconnaissance par nombre de professionnels de cette forme de prise en charge des patients. L'augmentation de la fréquentation du milieu hospitalier, liée à la pression pour diminuer de la durée moyenne de séjour, a entraîné un développement local de l'H.A.D. pour pallier à un blocage spatial au niveau des services hospitaliers. Ainsi, alors que dans son principe, l'H.A.D. est un mini-réseau au sein d'un réseau de soins plus grand, elle n'a pas été vécue et mise en place (dans beaucoup de cas mais non dans tous les cas) en tant que telle, afin de permettre une évolution de la prise en charge du patient, mais elle a plutôt servi à combler des lacunes. Cette utilisation de l'H.A.D. transparaît dans certaines structures, dans lesquelles le nombre de patients admis en H.A.D. est corrélé à la fréquentation du service hospitalier.

1.1.3.3 Circulaire du 30 mai 2000 et complément de la circulaire

En 2000, au vu de cette situation, peu favorable au développement de l'H.A.D. malgré un démarrage intéressant, le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité a adressé une circulaire et un complément de cette circulaire à tous les directeurs d'agence régionale d'hospitalisation pour mise en œuvre [6].

Le résumé introductif de cette circulaire indiquait clairement les objectifs de celle-ci. « L'hospitalisation à domicile (H.A.D.) est encore relativement peu développée en France alors que son intérêt pour la qualité de la prise en charge des patients a été montré. Cette circulaire vise à mieux définir le rôle de l'H.A.D. par rapport aux autres services de soins à domicile et précise les conditions d'une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients. Les services d'H.A.D. participent à la formation des intervenants libéraux dans leurs domaines de compétence, en particulier, la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs à domicile. Les ARH favoriseront le développement des structures d'H.A.D. de manière substitutive à l'hospitalisation traditionnelle, notamment par la conclusion de contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements de santé et les services d'H.A.D., qu'ils soient publics ou privés. »

La circulaire se fixait pour but :

- ↳ de définir les missions de l'H.A.D. et de préciser sa place parmi les structures de soins à domicile ;
- ↳ d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients.

1.1.3.3.1 Redéfinition du champ de l'H.A.D.

L'H.A.D. est définie comme « concernant des malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé ». Il faut, afin de remplir les conditions d'admission en H.A.D., que les soins soient complexes et aient fait l'objet d'un « projet thérapeutique clinique et psychosocial », c'est-à-dire que, pour assurer la prise en charge du patient, il faut que les soins nécessitent une coordination, une évaluation médicale au moins hebdomadaire par le médecin traitant ainsi que l'intervention quasi-journalière de personnels infirmiers pour des actes techniques, lourds et/ou nombreux, de kinésithérapeutes et/ou de personnels médico-sociaux. Ainsi, les prises en charge ne faisant pas intervenir de coordination ou relevant uniquement de la réalisation d'actes de soins moins complexes ou moins fréquents n'entrent pas dans le champ d'intervention de l'H.A.D. A l'opposé, certaines prises en charge requérant le plateau technique hospitalier ne relèvent pas non plus de l'H.A.D. mais de l'hospitalisation complète ou partielle.

1.1.3.3.2 Définition des « objectifs de soins » et des critères d'admission

Plusieurs types de soins et critères d'admission en H.A.D. sont précisés dans la circulaire.

D'abord les « objectifs de soins » :

- ↳ les « soins ponctuels » sont destinés à des patients ayant une pathologie non stabilisée et pris en charge pour une durée préalablement déterminée ; ils comprennent des soins techniques lourds et complexes ;
- ↳ les « soins continus » sont destinés à des patients ayant une pathologie évolutive et pris en charge pour une durée non déterminée ; ils associent 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 ;
- ↳ les « soins de réadaptation au domicile » sont destinés à des patients pris en charge pour une durée déterminée, après la phase aiguë d'une pathologie neurologique, cardiologique ou pour polyopathie.

Ces objectifs de soins ont été définis à l'issue d'une enquête menée dans 3 services d'H.A.D. et l'annexe de la circulaire indique pour chaque catégorie les caractéristiques de celle-ci en termes d'indice de Karnofsky (score d'autonomie), de durée prévisible de séjour, de temps soignant requis par jour, de temps de kinésithérapie requis par semaine, d'étiologie, de protocoles de chimiothérapie ou de soins palliatifs.

Ensuite, les « modes de prise en charge » :

Le complément à la circulaire se veut être un document pratique à l'usage des structures d'H.A.D. et présente un modèle de fiche d'admission dans une structure. Outre les objectifs de soins précédemment décrits, une liste de 18 « modes de prise en charge » est donnée. Ces modes, qui devraient plutôt porter le nom de « motifs de prise en charge », sont les suivants :

Assistance respiratoire	Radiothérapie
Chimiothérapie	Rééducation orthopédique
Douleur	Rééducation neurologique
Education du patient et de son entourage	Soins palliatifs
Immunothérapie	Surveillance post-chimiothérapie
Nutrition entérale	Surveillance d'aplasie
Nutrition parentérale	Traitement anti-infectieux ou autre par voie veineuse
Pansement complexe	Transfusion sanguine
Prise en charge psychologique et/ou sociale	Autres traitements

Un tableau synoptique regroupe ensuite ces deux notions (« modes de prise en charge » et « objectifs de soins ») et apporte quelques informations supplémentaires (définition et conditions d'admission en H.A.D.) permettant de préciser les faits.

Mais l'H.A.D. ne peut se développer uniquement par la définition précise des patients qui peuvent y prétendre. Ainsi, plusieurs axes de travail ont été étudiés en vue du développement de l'H.A.D.

Une des insuffisances actuelles (ou frein au développement) de l'H.A.D. est la non valorisation de l'activité H.A.D. pour les établissements. Le P.M.S.I, pour le moment plus adapté aux séjours de courte durée, fait actuellement l'objet d'études pour être appliqué aux Soins de Suite et Réadaptation. Le même travail doit être entrepris pour

valoriser l'activité H.A.D. Outre l'apport d'information sur les activités et le recrutement des établissements, le P.M.S.I. est aussi utilisé en vue de la budgétisation (son but premier mais non avoué) des établissements. L'intérêt d'adapter le P.M.S.I. à l'H.A.D. est donc double : améliorer la connaissance des besoins et de l'offre et rétribuer au plus juste les structures d'H.A.D.

1.2 Tarification

L'intérêt humain et médical de l'H.A.D. n'est plus à démontrer et pourtant l'H.A.D. a du mal à se développer ; certains facteurs freinent son évolution, ainsi l'argument économique qui faisait hésiter à développer ce mode de prise en charge doit être reconsidéré. Pour tester l'influence de la morbidité des patients sur les coûts engendrés par leur prise en charge en H.A.D., l'analyse doit aboutir à la création d'un (ou plusieurs) indicateur(s) synthétique(s) de morbidité correspondant à une réalité de terrain et étant conceptuellement acceptable et compris de tous les futurs utilisateurs.

En 1999, au lancement de l'enquête CreDES, le financement ou, plutôt, les modes de financement des structures d'H.A.D. étaient une notion connue. Les structures d'H.A.D. sont rémunérées de deux façons possibles :

↳ sur la base d'un prix de journée ;

↳ ou par dotation globale.

Le système de dotation globale correspondant au versement à la structure d'H.A.D. d'un forfait annuel comprenant en principe tous les soins médicaux et paramédicaux requis par l'ensemble des patients pris en charge au cours d'une année ; il s'applique aux établissements publics et à quelques établissements privés. Tandis que le système de prix de journée concerne majoritairement les établissements privés. Les prix de journée sont extrêmement variables :

Tableau 4

Montants des prix de journée des structures d'H.A.D. 1999

Tarifs	Nombre de structures
298 à 399 francs	7 structures
400 à 499 francs	13 structures
500 à 599 francs	7 structures
600 à 699 francs	4 structures
700 à 799 francs	2 structures
800 à 899 francs	2 structures
900 francs et plus	4 structures

De plus, les tarifs appliqués par chaque H.A.D. ne recouvrent pas la même réalité. Sauf en cas de budget global « complet », les prix de journée pratiqués par les structures d'H.A.D. ne prévoient que rarement la prise en charge de l'ensemble des soins médicaux requis par l'état de santé des malades admis. Un certain nombre de ces frais médicaux, pris en charge en sus du prix de journée par la sécurité sociale, s'ajoutent ainsi au prix de journée de la structure d'H.A.D.

L'objectif de l'étude CreDES 1999 est donc de calculer le coût moyen de prise en charge des patients en H.A.D. en termes « tout compris » pour pouvoir créer un prix de journée global et d'en analyser la variabilité. Cette tarification devrait permettre une simplification de la gestion de l'Assurance maladie et une évaluation du coût médico-social qui souvent est une charge reportée sur l'entourage. L'évaluation du coût moyen de prise en charge des patients en H.A.D. s'attachera à préciser deux notions :

1. Quelle est l'influence de la pathologie sur le montant du coût moyen et quelle est la dispersion des coûts pour une même pathologie ?
2. Y a-t-il d'autres facteurs qui influent sur le coût de prise en charge global et dans quelle mesure ? (critères relatifs au type de structure d'H.A.D. et aux patients eux-mêmes).

Pour estimer le coût moyen tout compris, il est donc nécessaire de calculer, d'une part, le coût réel des prestations médicales assumées par la structure d'H.A.D. (que la structure fonctionne en prix de journée ou en budget global) et, d'autre part, le coût des autres prestations médicales, voire médico-sociales, dont l'Assurance maladie rembourse tout ou partie (visites de médecins, consommations de médicaments, séances d'hospitalisation de jour...).

La pathologie influant sur le nombre et la nature des prestations médicales délivrées au patient et sur la durée du séjour, sa prise en compte est capitale dans l'analyse du coût réel du malade ou du séjour. De même, le diagnostic infirmier, la durée de séjour, le statut de la structure d'H.A.D., son implantation géographique... sont autant de variables pouvant avoir une influence plus ou moins importante sur le coût journalier. Elles seront prises en compte dans l'analyse du coût de prise en charge global. L'étude devrait pointer les critères déterminant le niveau de charge en soins en termes de coût médical direct (consommation de ressources). En tout état de cause (notions révélées par des études préliminaires), il ne s'agit pas de la pathologie en terme étiologique, mais plutôt de la qualification des modes de prise en charge en termes de protocoles thérapeutiques prescrits.

Le but du travail réalisé ici est, non pas de décrire les patients hospitalisés en H.A.D. (échantillon non représentatif - cf §2.1.2.5) mais de mener une réflexion sur des critères caractérisant les patients pris en charge en H.A.D., critères pertinents sur le plan médical et pratiques en termes de réalité de terrain pour les responsables de l'H.A.D. et professionnels de santé travaillant pour ou avec l'H.A.D.

L'interprétation conjointe de l'ensemble des variables retenues et renseignées dans l'enquête étant difficile, leur analyse vise à faire ressortir les éléments descriptifs majeurs ou essentiels, à la fois en termes de cohérence médicale et en termes de fréquence observée dans la population étudiée. Cette analyse procède étape par étape, puis vise à établir des profils de morbidité ou de prise en charge des patients.

1.3 Mise en place de recommandations ?

Inclus dans un vaste chantier de développement de l'H.A.D., le calcul des coûts est une pierre importante mais non unique de la valorisation de ce mode de prise en charge des patients.

Plusieurs étapes vont faire suite à cette analyse de la morbidité des patients en H.A.D. Une première analyse des coûts sans tenir compte de cette notion permettra initialement d'appréhender la dispersion des patients pris en charge en H.A.D. en termes budgétaires. Puis l'analyse conjointe de la morbidité et des groupes de tarifs mis en

évidence recherchera des groupes plus ou moins homogènes de coûts en les éclairant par la morbidité et s'attachera à regarder la variabilité des coûts pour les groupes de patients homogènes du point de vue de la morbidité. Ce projet d'ajustement des coûts aux modes de prise en charge et d'harmonisation du financement des structures fait partie des propositions avancées dans le rapport du groupe de travail coordonné par la Direction des Hôpitaux (actuelle DHOS).

D'autres pistes sont étudiées dans le même temps :

- ↳ précision du rôle de l'H.A.D. dans le maintien à domicile ;
- ↳ développement de l'H.A.D. en France ;
- ↳ intégration de la prise en charge des pathologies chroniques de longue durée ;
- ↳ amélioration de la qualité de la prise en charge en H.A.D.

A cet égard, les résultats pourront aboutir à quelques recommandations sur cet éventuel relevé systématique de la morbidité, parmi lesquelles l'adaptation spécifique de la CIM10 au cadre de l'H.A.D. par l'usage d'un thesaurus de spécialité construit à l'occasion de l'enquête CreDES 1999.

2. Matériel et méthodes

Matériel et méthodes

2.1 Matériel

2.1.1 Bibliographie

Une littérature abondante mais parfois non spécifique au sujet traité a été exploitée afin de compléter les données de l'enquête.

La recherche bibliographique a été menée parallèlement à l'analyse de la base de données. Un fond documentaire était en effet déjà accessible dès le début de l'analyse puisque l'enquête faisait suite à de nombreux travaux, groupes de discussions, présentations et répondait à une demande conjointe du Ministère et de l'Assurance maladie.

La recherche a été faite par Mme Marie-Odile Safon, documentaliste au CreDES (et chargée des recherches documentaires). En collaboration avec les chercheurs et après avoir défini précisément avec eux l'objet de leur recherche, elle a interrogé diverses bases de données, extrait les références et les résumés des articles répondant aux critères définis et commandé les différents documents après sélection par le chercheur.

L'objectif étant la création d'un indicateur de morbidité des patients en H.A.D., la recherche a porté sur deux aspects de la question : indicateur de morbidité - construction et valeurs connues - et H.A.D. - expériences françaises et étrangères -. Les mots-clés du MESH retenus ont été :

- ↳ quality indicators, health care ; morbidity ; health status indicators (Medline) ; morbidity (Medline) ; hospitalisation à domicile et morbidité ou maladie ;
- ↳ community health services ; home care services ; home care services, hospital-based (Medline) ; foster home care ; patient care ; home care (Embase) ;
- ↳ qualité des soins et satisfaction du patient.

Les bases de données interrogées ont été :

- ↳ BDSP : Banque de Données de Santé Publique de l'École Nationale de Santé Publique de Rennes dont l'adresse est <<http://www.bdsp.tm.fr>> ;
- ↳ Medline <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>> ;
- ↳ Embase <<http://www.embase.com>>.

Une première lecture des résumés de toutes les références répertoriées a permis de réduire la sélection (de plus d'une centaine d'articles à 45 documents, livres ou articles). Cette sélection (*voir bibliographie*) a été entièrement lue au fur et à mesure de l'arrivée des articles.

2.1.2 Enquête CreDES 1999

2.1.2.1 Objectifs de l'enquête

L'enquête a été demandée au CreDES par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, conjointement à la Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins (actuelle DHOS) du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

Elle arrive dans un contexte bien précis : la réforme hospitalière de 1991, les décrets d'octobre 1992 et les ordonnances de 1996. L'application de ces textes doit aboutir à une rétribution des structures d'H.A.D., dans le cadre d'une enveloppe globale annuelle, sur la base d'un prix de journée tout compris.

A partir de l'observation de séjours en H.A.D., le but de l'enquête est donc de reconstituer le coût journalier global intégrant le prix de journée dont la composition est précisée par chaque structure d'H.A.D. et les éventuelles prestations hors prix de journée.

La réalisation de cette enquête nécessite ainsi la participation des structures d'H.A.D. (sollicitées sur la base du volontariat) d'une part et, d'autre part, celle des services de l'Assurance maladie pour récupérer les informations relatives à ces prestations de Sécurité sociale hors prix de journée. Disposant des informations sur le séjour en H.A.D. et des prestations médicales versées par l'Assurance maladie, un coût journalier global moyen par malade pris en charge pourra être calculé et l'analyse de sa composition et de ses facteurs de variation pourra être réalisée.

2.1.2.2 Pré-enquête auprès des structures d'H.A.D.

Vingt-neuf structures d'H.A.D. parmi 62 sollicitées, ont participé à l'enquête et ont retourné des dossiers de patients. Ceci représente un score de participation très satisfaisant au regard de la lourdeur de l'enquête sur le terrain.

Un premier questionnaire « structure » a été envoyé afin de recueillir toutes les informations concernant les structures d'H.A.D. acceptant de participer à l'enquête. Ensuite est adressé à ces établissements ayant répondu favorablement, un questionnaire « patient » (*voir annexe*)

2.1.2.3 Critères d'inclusion et périodes de recueil des données

La durée moyenne de séjour en H.A.D. est voisine de 30 jours en France, pour des séjours comprenant des soins plus ou moins nombreux et/ou complexes. Cependant, on compte quelques séjours plus longs pour la prise en charge de pathologies chroniques pour lesquels les soins sont devenus réguliers d'une semaine à l'autre. Pour tenir compte de ces différents types de séjours et pallier à la limite de déroulement dans le temps de l'observation sur le terrain, deux échantillons de patients sont constitués dans les structures d'H.A.D., chacun correspondant à une période d'observation différente dans la structure d'H.A.D. :

1. Un premier échantillon de patients présents en H.A.D. (échant 1) depuis plus de trois mois à une date précise est observé pendant une seule semaine : pour cet échantillon, sont disponibles la date de début d'observation et la date de fin d'observation en H.A.D., indiquées par la structure d'H.A.D., ces deux dates étant séparées d'une amplitude de 7 jours ;
2. Un second échantillon de patients entrants (échant 2) au cours d'une période d'inclusion d'un mois (à deux mois pour l'AP-HP seule) et observés du début à la fin de leur séjour, jusqu'à concurrence de trois mois maximum : sont disponibles la date de début d'observation (ou date d'entrée en H.A.D. du patient) et la date de fin d'observation (soit la date de fin de séjour en H.A.D. du patient, soit, si le patient n'est pas sorti au bout de trois mois, la date d'entrée + 3 mois) , indiquées également par la structure d'H.A.D.

Ne connaissant à l'avance le pourcentage de structures participant à l'enquête, il a été décidé d'inclure tous les patients (dans la limite de 2 inclusions en cas d'entrées itératives dans la structure d'H.A.D.) sauf pour l'AP-HP qui incluait 1 patient sur 3 pendant 2 mois et Santé-Service de Puteaux qui en incluait 1 sur 4. En effet, l'activité de ces deux structures d'H.A.D. est bien connue et les responsables de ces structures souhaitaient assurer la représentativité en termes de morbidité de l'activité habituelle selon leurs regroupements d'usage. Ainsi, un nombre précis de patients était requis dans certaines catégories de morbidité : en cas de pathologies peu fréquentes, la durée de recueil a été allongée afin d'obtenir un nombre minimum mais suffisant de dossiers et, en cas de pathologies fréquentes correspondant à des protocoles de soins très bien définis et peu variables, le nombre de dossiers a été défini (et donc la durée de recueil limitée) afin d'éviter un trop grand nombre de données inutiles pour l'analyse des coûts. Pour les autres structures, beaucoup plus petites, seule leur somme est représentative et uniquement de ces autres structures volontaires.

Afin de pouvoir estimer le biais représenté par le coût de certaines prescriptions, en particulier de la pharmacie, dont la consommation réelle est à cheval sur la période d'observation en hospitalisation à domicile et une période hors observation, les extractions de prestations de sécurité sociale s'étendent aux 30 jours précédant et aux 30 jours suivant la période d'observation du patient pris en charge en H.A.D. et ceci, quelle que soit la structure d'H.A.D. et quel que soit le type d'échantillon, dans un but de simplification de la requête S.I.A.M (Système d'Information de l'Assurance Maladie).

Ainsi, quel que soit l'échantillon, les informations extraites du S.I.A.M. concernent tous les soins médicaux réalisés sur une période commençant 30 jours avant la date de début d'observation en H.A.D. et se terminant 30 jours après la date de fin d'observation en H.A.D. : la variable « date des soins = EXNDRD » est donc comprise entre « date de début d'observation - 30 jours » et « date de fin d'observation + 30 jours ».

[« date début d'obs. » - 30 j.] < « date des soins » < [« date fin d'obs. » + 30 j.]

2.1.2.4 Anonymisation et circuit des informations

Chaque patient inclus dans l'enquête est repéré dans la structure d'H.A.D. au moyen d'un numéro d'ordre attribué de façon séquentielle par l'infirmière coordinatrice. Ce numéro d'ordre est strictement anonyme. Des informations concernant le séjour du patient en H.A.D., dont les dates de début et de fin d'observation et la composition du prix de journée, sont recueillies par la structure d'H.A.D. et transmises au CREDES avec ce seul numéro d'ordre séquentiel.

Pour obtenir l'extraction des prestations médicales concernant les patients enquêtés, l'H.A.D. doit transmettre une liste de ces patients à l'Assurance maladie de façon à ce que celle-ci puisse repérer les bénéficiaires concernés dans le S.I.A.M.

- ↳ Cette liste de patients enquêtés est donc constituée par chaque structure d'H.A.D. participant à l'enquête. Chaque patient y est repéré à la fois par un identifiant administratif « Sécurité sociale » reconnaissable par l'Assurance maladie (comprenant la date de naissance et le rang du bénéficiaire, le N.I.R. de l'assuré, le numéro de l'organisme d'affiliation) et le numéro d'ordre séquentiel attribué par la structure d'H.A.D. Cette liste constitue pour chaque CPAM, une table de correspondance entre l'identifiant réel (N.I.R.) et les numéros d'ordre séquentiels. Elle est adressée directement par les structures d'H.A.D. aux CPAM concernées sans que le CREDES en ait connaissance.
- ↳ Après extraction des données de prestations réalisée par les CPAM à partir des identifiants administratifs « Sécurité sociale », ces données devront être rendues à nouveau anonymes au niveau de chaque CPAM (en effaçant la date de naissance et le rang du bénéficiaire, le N.I.R. de l'assuré et le numéro de l'organisme d'affiliation, mais en gardant les numéros d'ordre séquentiels), puis elles seront adressées au CREDES pour exploitation.
- ↳ Les tables de correspondance entre l'identifiant administratif « Sécurité sociale » (date de naissance et rang du bénéficiaire, N.I.R. de l'assuré, numéro de l'organisme d'affiliation) et les numéros d'ordre séquentiels, détenues uniquement par les structures d'HAD d'une part et les CPAM d'autre part, seront détruites par celles-ci après l'envoi au CREDES des informations recueillies.
- ↳ Le CREDES fera l'appariement des fichiers anonymes provenant d'une part des structures d'H.A.D (données sur le séjour et composition du prix de journée) et d'autre part des CPAM (prestations maladies versées), à partir des seuls identifiants anonymisés disponibles, à savoir les numéros d'ordre séquentiels attribués par les structures d'H.A.D. Ainsi, à aucun moment, le CREDES, qui sera le seul à disposer des informations complètes (H.A.D. et CPAM), n'aura accès à ces tables de correspondance.

Plusieurs flux d'information ont pu ainsi être identifiés :

1. Remontée de l'H.A.D. au Credes du questionnaire « structure » ;
2. Remontée de l'H.A.D. au Credes du questionnaire patient anonymisé ; le patient est repéré par un identifiant anonyme ;
3. Envoi par l'H.A.D. à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de la liste des patients inclus dans l'enquête, liste appelée table des correspondances contenant des informations susceptibles d'identifier le patient au niveau de la CPAM ;
4. Réalisation du traitement par les CPAM des données en appliquant la méthodologie diffusée par la CNAMTS ;
5. Arrivée au Credes des données de prestations jointes à l'identifiant anonyme reçu de l'H.A.D.

2.1.2.5 Echantillonnage

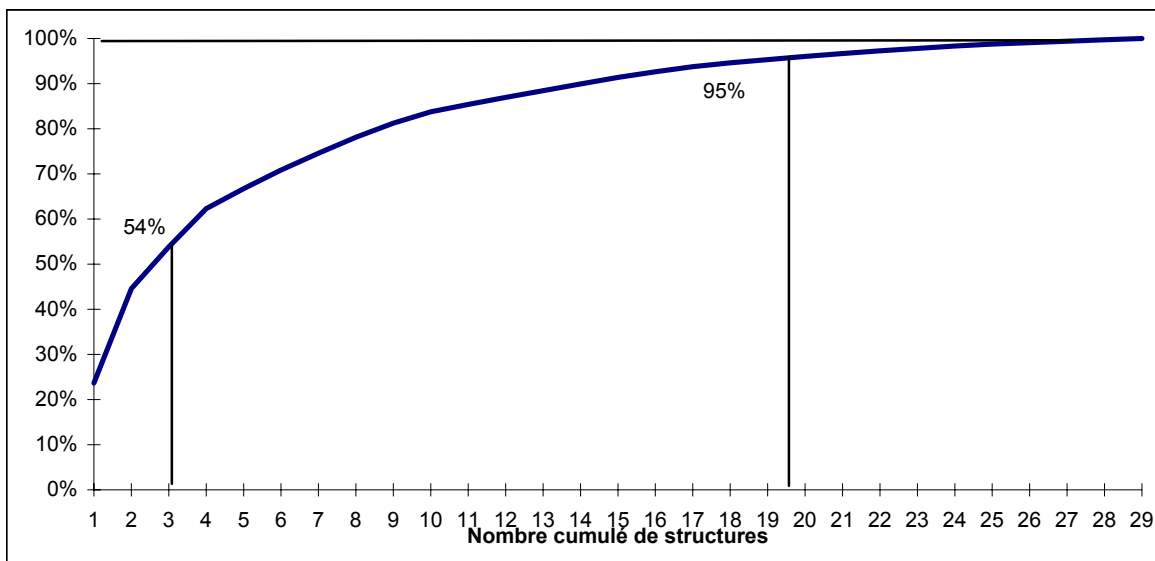
Deux structures prennent en charge presque 50% des patients : la structure de l'AP-HP qui a retourné 440 dossiers, soit presque 24% du total, et la structure Santé Service de Puteaux avec 389 dossiers (environ 21%). Deux autres structures atteignent quasiment la barre des 10% : la structure de La Croix St Simon de Paris avec 172 dossiers (9%) et la structure de Caluire avec 158 dossiers (8,5%). La structure ayant renvoyé le plus petit nombre de dossiers a participé à l'enquête à hauteur de 5 dossiers (soit 0,25% du total).

Toutes ces structures n'ont pas participé de façon équivalente aux deux échantillons : ainsi l'AP-HP représente 26,5% des séjours de patients entrants (échant 2) alors qu'elle ne représente que 13% des semaines de patients présents depuis plus de 3 mois (échant 1). Le poids de la structure d'H.A.D. de Caluire présente une variation inverse apportant seulement 6,5% des patients de l'échantillon d'entrants (échant 2) et 16% (2^{ème} en importance) dans l'échantillon de présents (échant 1). Les poids différentiels de ces 29 structures dans les 2 échantillons sont le reflet de la durée moyenne de séjour de chaque structure, l'AP-HP se concentrant sur des séjours en H.A.D. en termes de substitution de court séjour hospitalier alors que Caluire prend plus souvent en charge des patients plus chroniques.

Ainsi, sur un total de 29 structures d'H.A.D. participantes, 3 structures concentrent plus de la moitié des observations et 19 structures en concentrent 95%.

Graphique 1

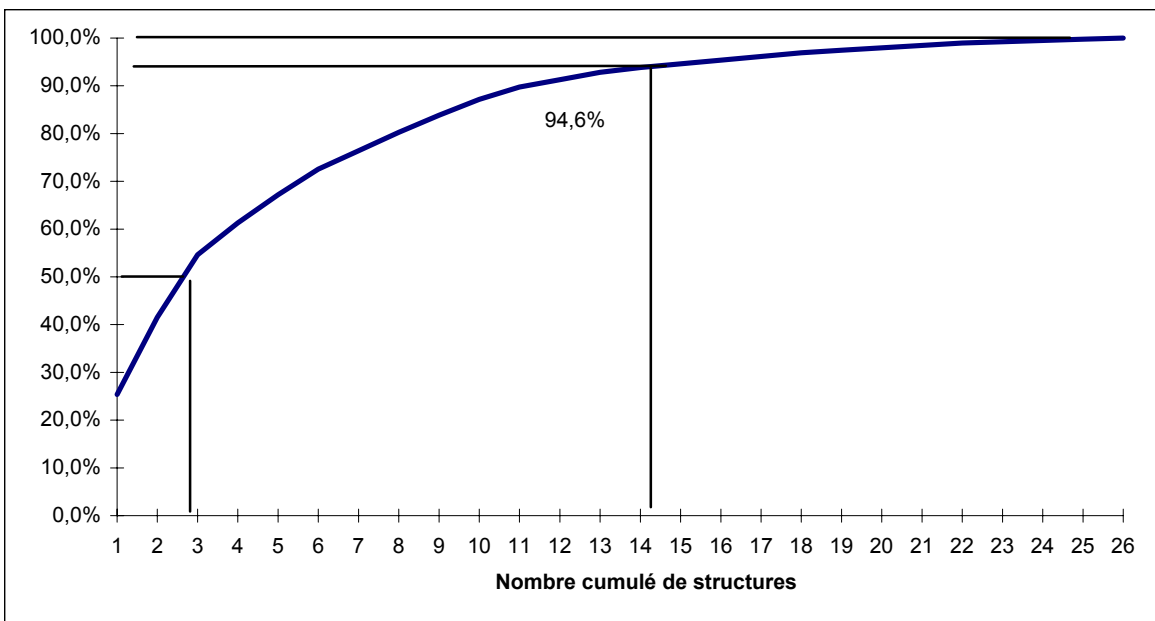
Concentration des patients entrants (échant 2)
observée entre les différentes structures d'H.A.D.



La répartition des patients reste semblable dans l'échantillon des patients présents depuis plus de 3 mois (échant 1). Trois structures n'ont pas inclus de patients dans l'échantillon des présents en H.A.D. depuis plus de 3 mois (échant 1).

Graphique 2

Concentration des patients présents (échant 1)
observée entre les différentes structures d'H.A.D.



L'échantillon de patients constitué comprend au total 1860 dossiers ; parmi ces patients, 79% (1470 personnes) appartiennent à l'échantillon de patients entrants et observés sur une courte durée (tout leur séjour à concurrence de 3 mois maximum) et 21% (390 personnes) à celui de patients présents en H.A.D. depuis plus de 3 mois et observés une seule semaine

Certaines H.A.D. effectuant des entrées-sorties de patients quand ceux-ci ne nécessitent plus de soins pour une période donnée (par exemple, entre deux séances de chimiothérapie à domicile), se présentait donc le risque qu'un patient soit inclus de multiples fois dans l'enquête. Il a donc été décidé que les patients ne seraient inclus que 2 fois maximum, dans l'échantillon même si la structure l'enregistrait plus de 2 fois.

Aucun redressement des échantillons n'a eu lieu pour l'étude des critères de morbidité des patients puisque le but de l'étude n'est pas une description de la réalité ou une comparaison avec les résultats de l'enquête CreDES 1992 mais

une réflexion sur les critères pertinents et pratiques pour caractériser les patients. Le critère de validité est alors la constitution d'effectifs suffisants pour les analyses.

2.1.2.6 Recueil des données

Le questionnaire patient à renvoyer au CREDES en fin d'enquête est constitué de la seule brochure blanche rassemblant les volets 1 à 7 : les volets 1 et 2 décrivent le patient observé et les volets 3 à 7 synthétisent sa consommation de soins au cours de la période d'observation.

En outre, des modèles en couleur de grilles de relevé de soins sont fournis : remplies le plus souvent au jour le jour, elles permettent la synthèse de la consommation au cours de la période d'observation, à reporter dans les volets 3 à 7 de la brochure blanche.

Le questionnaire patient lui-même (brochure blanche) comprend ainsi 4 parties.

- ↳ Une *première partie (volet 1)* permet de décrire le patient d'un point de vue socio-démographique.
- ↳ Une *seconde partie (volet 2)* permet de décrire le profil médical du patient :
 - * l'infirmière coordinatrice renseigne d'abord sur le motif de prise en charge à l'entrée, l'autonomie du patient et la charge en soins sur la période d'observation ;
 - * le médecin coordonnateur reporte les maladies à la fin du séjour (entrants) ou au moment de l'enquête (présents depuis plus de 3 mois).
- ↳ Une *troisième partie (volets 3 à 6)* recense l'ensemble des soins reçus par le patient au cours de la période d'observation et inclus dans le prix de journée HAD ; ces soins sont notés préalablement au jour le jour à l'aide d'une *grille de relevé* de couleur différente par type de soins ; en fin de période d'observation, l'information est globalisée dans des *fiches de synthèse* correspondantes.
- ↳ Une *quatrième partie (volet 7)* est destinée au recensement des quelques éventuelles prestations non comprises dans le prix de journée et réalisées dans un établissement sous dotation globale ; l'objectif de ce relevé est de tenter de pallier au manque habituel de remontées de données hospitalières publiques dans le SIAM.

Le tableau qui suit précise, pour toutes ces informations, à la fois le moment du recueil (dès l'entrée du patient en HAD, au cours de la période d'observation ou encore à la fin de celle-ci) et la personne qui en est chargée.

Modalités de remplissage du questionnaire patient

Type de document	Données recueillies	Moment du remplissage	Par qui ?
Brochure blanche : questionnaire à renvoyer au Credes (volets 1 à 7)			
Caractéristiques du patient			
Volet 1	Volet 1 : Caractéristiques socio-démographiques	A l'entrée en HAD	infirmière coordinatrice
Volet 2	Volet 2 : Dossier médical - infirmier	A l'entrée en HAD	infirmière coordinatrice
	Volet 2 : Dossier médical - médecin coordonnateur	A la fin de l'observation	médecin coordonnateur
Synthèse de la consommation de soins			
Volet 3	Volet 3 : FICHE DE SYNTHÈSE Interventions au lit du malade pour les salariés de l'HAD	A la fin de la période d'observation à partir de la grille de relevé	l'infirmière coordinatrice
Volet 4	Volet 4 : FICHE DE SYNTHÈSE Interventions au lit du malade pour les non salariés de l'HAD, actes inclus dans le prix de journée HAD	A la fin de la période d'observation à partir de la grille de relevé	l'infirmière coordinatrice
Volet 5	Volet 5 : FICHE DE SYNTHÈSE Interventions avec déplacement du malade : actes et transports inclus dans le prix de journée HAD	A la fin de la période d'observation à partir de la grille de relevé	l'infirmière coordinatrice
Volet 6	Volet 6 : FICHE DE SYNTHÈSE Médicaments, produits pharmaceutiques et matériel médical consommés ou utilisés pour le malade et inclus dans le prix de journée HAD	A la fin de la période d'observation à partir de la grille de relevé	l'infirmière coordinatrice
Volet 7	Volet 7 : Prestations non comprises dans le prix de journée HAD réalisées dans un établissement sous dotation globale	A la fin de la période d'observation à partir de la grille de relevé	l'infirmière coordinatrice
Relevé préalable de la consommation de soins : grilles de relevé à conserver par les structures d'HAD			
grille vert	GRILLE DE RELEVÉ relative au volet n°3 Interventions au lit du malade : les salariés de l'HAD	Au jour le jour	les intervenants concernés
grille bleu	GRILLE DE RELEVÉ relative au volet n°4 Interventions au lit du malade : les non salariés de l'HAD - actes inclus dans le prix de journée HAD	Au jour le jour ou à la réception des factures d'honoraires	les intervenants concernés ou l'infirmière coordinatrice
grille lilas	1 ^{ÈRE} GRILLE DE RELEVÉ relative au volet n°5 Interventions avec déplacement du malade : actes réalisés et inclus dans le prix de journée HAD	Au jour le jour ou à la réception des factures d'honoraires	les intervenants concernés ou l'infirmière coordinatrice
	2 ^{ÈME} GRILLE DE RELEVÉ relative au volet n°5 Interventions avec déplacement du malade : transports utilisés et inclus dans le prix de journée HAD	Au jour le jour ou à la réception des factures d'honoraires	l'infirmière coordinatrice
grille jonquille	1 ^{ÈRE} GRILLE DE RELEVÉ relative au volet n°6 Médicaments et produits pharmaceutiques inclus dans le prix de journée HAD ou fournis gratuitement	Au jour le jour	les intervenants concernés ou l'infirmière coordinatrice
	2 ^{ÈME} GRILLE DE RELEVÉ relative au volet n°6 Matériel médical utilisé pour le malade et inclus dans le prix de journée HAD	Au jour le jour	les intervenants concernés ou l'infirmière coordinatrice

2.1.2.7 Préparation des fichiers informatiques

Suivant une méthodologie originale, novatrice et exigeante (en particulier sur les procédures assurant l'anonymat des patients et le circuit des données), l'enquête apporte une grande richesse d'information et permet de disposer d'un ensemble de variables pertinentes.

Seule la partie médicale (volet 2) du questionnaire a été étudiée dans le cadre de ce travail. Certains éléments des autres volets ont été ajoutés afin de parfaire les connaissances sur les patients mais la base de travail reste les questions 22 à 31.

Plusieurs fichiers résultats peuvent être identifiés :

- ↳ patients présents (échant 1), structure d'H.A.D. AP-HP ;
- ↳ patients présents (échant 1), structure d'H.A.D. hors AP-HP ;
- ↳ patients entrants (échant 2), structure d'H.A.D. AP-HP ;
- ↳ patients entrants (échant 2), structures d'H.A.D. hors AP-HP.

La distinction AP-HP et hors AP-HP est justifiée par le fait que l'AP-HP ait servi de test à l'enquête et ait fourni ces données directement sur fichiers électroniques ayant nécessités quelques recordages ; de plus, la particularité de l'AP-HP, au moment de l'enquête, était d'être la seule structure d'H.A.D. fonctionnant grâce à une dotation globale « tout compris », ce qui dispensait des requêtes SIAM pour la construction des coûts globaux de prise en charge en H.A.D.

Après mise en forme (fond et forme), ces fichiers ont tous été regroupés en un seul afin de faciliter l'exploitation. Avant toute exploitation, les fichiers obtenus ont été « nettoyés » c'est-à-dire qu'ils ont fait l'objet d'un traitement par un médecin codeur ; la saisie informatique des dossiers a permis de vérifier le codage utilisé, le respect des règles prescrites, la pertinence des indications apportées... Les variables du questionnaire ou variables primaires de l'enquête CreDES 1999 sont (*voir annexe*) :

- ↳ âge, sexe ; l'âge est calculé à partir de la date de naissance et de la date d'admission du patient en H.A.D. Le sexe est une variable qualitative à deux classes : « 1 » pour les hommes et « 2 » pour les femmes ;
- ↳ provenance, mode de sortie (destination) La provenance et le mode de sortie sont deux variables qualitatives à 8 classes :

Tableau 5

Libellés des modalités des variables :
provenance et mode de sortie

Provenance	Mode de sortie
1: Soins Infirmiers à Domicile (SIAD)	1: Normal sans relais au domicile
2: Domicile	2: Domicile avec relais SIAD
3: Hospitalisation en Médecine	3: Hospitalisation en Médecine
4: Hospitalisation en Chirurgie	4: Hospitalisation en Chirurgie
5: Hospitalisation en Gynéco-Obstétrique	5: Hospitalisation en Gynéco-Obstétrique
6: Hospitalisation en Soins de Suite et Rééducation	6: Hospitalisation en Soins de Suite et Rééducation
7: Consultation externe de l'hôpital	7: Décès
8: Autre (texte clair)	8: Autre (texte clair)

↳ durée de séjour : cette variable n'a pas pu être intégrée à l'analyse de la morbidité en raison de la difficulté à la calculer ; en effet, les structures ayant des modes de fonctionnement différents, les durées de séjour indiquées ne correspondaient pas toujours aux durées de séjour facturées ; cette dernière sera utilisée pour l'analyse des coûts ;

↳ motif d'entrée (classification CIM10 ± précisions constituant un thesaurus de spécialité d'H.A.D.) (Q 22) ;

↳ objectif de soins (5 modalités) (Q. 23) : variable qualitative à 5 classes (classes définies dans la circulaire et le complément de circulaire de mai 2000)¹ ;

↳ autonomie (variable complexe) (Q. 24 et 25), composé de deux groupes de 7 items permettant de décrire les capacités et l'autonomie du patient respectivement capacités à s'alimenter, sortir du lit, s'habiller, faire sa toilette, se déplacer, se rendre aux toilettes, monter ou descendre les escaliers, difficultés de vision, d'audition, d'expression, de comportement à type d'agression, à type de dépression, de mémoire ou de continence. Les items utilisés sont les mêmes que dans les précédentes enquêtes Credes. Les échelles utilisées sont :

* pour les capacités du patient :

√ 1 : seul sans difficulté

√ 2 : seul difficilement

√ 3 : avec une aide légère ou occasionnelle

√ 4 : avec une aide permanente

√ 5 : prise en charge totale

√ 6 : sans objet (enfant de moins de 3 ans par exemple)

¹ Les objectifs bénéficient d'une définition précise car ils ont été créés par des responsables de structures d'H.A.D. Mais seules trois structures ont participé à cette définition et peut-être ne correspondent-ils pas parfaitement à la réalité de terrain de toutes les structures d'H.A.D.

* pour les difficultés du patient :

- √ 1 : aucune difficulté
- √ 2 : légères difficultés
- √ 3 : graves difficultés
- √ 4 : très graves difficultés
- √ 5 : difficultés maximum
- √ 6 : sans objet (enfant de moins de 3 ans par exemple)

↳ Charge en soins infirmiers (variable numérique à 3 dimensions sommées en 1 dimension totale) (Q. 26) ; cette charge est appréhendée par la méthode des S.I.I.P.S. (Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée) adaptée au cadre de l'H.A.D. Un fascicule explicatif était fourni avec le questionnaire, comprenant deux parties :

- * un guide d'utilisation pour le relevé journalier des données SIIPS à l'usage des infirmiers intervenant auprès du patient pris en charge en H.A.D. ;
- * un guide pour le calcul et l'analyse des données SIIPS sur la durée d'observation du patient destiné aux infirmières coordinatrices.

Les dimensions de cette variable sont intensité en soins de base (ISB), intensité en soins techniques (IST) et intensité en soins relationnels et éducatifs (ISRE), côtés chacun entre 0 et 20 et une dimension totale ou intensité de soins pour le séjour, somme des trois dimensions précédentes avec une valeur variant théoriquement entre 0 et 60. Cette variable était proposée à toutes les structures mais, pour la plupart, le codage fut noté à titre expérimental.

↳ tableau de morbidité à la sortie (Q. 27 à 30) : tableau complexe comportant 1 à 10 diagnostics différents (codes CIM10 ± précisions constituant le thesaurus de spécialité HAD) selon les dimensions suivantes (*voir annexe*) :

* d'abord, il s'agit de variables de diagnostics hiérarchisés (Q. 29) :

- √ 1 et 1 seul diagnostic principal (DP) (Q. 27),
- √ 1 ou plusieurs diagnostics associés (au maximum 9 DA) (Q. 27),

* de plus, ces diagnostics sont exprimés de 2 façons différentes :

- √ soit en termes de protocoles de soins (codes Z de la CIM10, en début de liste des diagnostics),
- √ soit en termes de maladies, qu'elles représentent la raison de la prise en charge en HAD (l'étiologie, complétant alors les termes de protocoles de soins) ou une maladie

associée (sans lien particulier avec la raison de l'HAD), à la suite des protocoles de soins,

- l'étiologie est repérée parmi la liste des diagnostics (1 étiologie le plus souvent, une seconde étiologie conjuguée étant admise) (Q. 30) ;

Il a été décidé que les réponses à la question 22 et le diagnostic principal de la question 27 seraient de la forme « Zxx.x », c'est-à-dire entrant dans le chapitre « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé », afin de traduire ces termes de protocoles de soins.

Le chapitre « Zxx.x » étant parfois insuffisamment précis (la CIM 10 est un manuel de codage international et par conséquent parfois inadapté aux systèmes et aux réalités des pays), des codes complémentaires de la CIM 10 ont dû être créés par les médecins codeurs afin de préciser au mieux les données. Ainsi, au regard de la description en H.A.D., au code « Z51.5 » (Soins palliatifs) de la CIM 10 sont adjoints les codes « Z51.5900 » pour « soins palliatifs dont l'issue fatale est imminente dans les quelques jours à venir » et « Z51.5910 » pour « soins palliatifs prolongés et moins intenses ». Pour le code « Z74.8 » (Autres difficultés liées à une dépendance envers la personne qui donne les soins) ont été créés le code « Z74.8910 » pour « Soins de base » (nursing en dehors des soins palliatifs), le code « Z74.8920 » pour « Soins de base avec prise en charge technique » et le code « Z74.8930 » pour « Soins de base avec prise en charge technique et prise en charge morale ». D'autres codes similaires ont été créés et recensés afin d'affiner l'analyse (*voir annexe*).

Les modes de prise en charge définies par le Ministère² ont été introduites dans l'enquête après le début de celle-ci et n'ont donc pas été proposées au moment du recueil de l'information médicale. La précision des codes CIM10 a permis de reclasser dans un second temps les diagnostics exprimés sous forme de protocoles de soins selon les différentes modalités de la variable « mode de prise en charge ».

2.2 Méthodes

2.2.1 Outils informatiques

Deux postes informatiques sont utilisés dans le cadre de cette analyse :

- ↳ un poste professionnel au CreDES avec pour caractéristiques Windows 98, Excel et Word 95 ;
- ↳ un poste personnel pour la transformation de certains résultats avec pour caractéristiques Windows 2000, Excel et Word 98.

Les bases de données sont saisies sur SAS (Statistic Analysis System), logiciel de statistique du SAS Institute, version 8 [19-21]. Ce logiciel, destiné essentiellement à l'étude de données individuelles, permet :

- ↳ la manipulation de données : fonctions de tri, de concaténation, d'interclassement et de fusion ;
- ↳ la production de statistiques descriptives, de régressions, d'analyse de données et de modélisation ;
- ↳ la production d'état : procédures d'édition et de graphiques.

Après l'apprentissage du langage SAS et SQL, plusieurs programmes sont écrits en collaboration avec Anne Aligon et Paul Dourgnon (statisticiens au CreDES) :

- ↳ un premier programme de mise en forme du fichier général avec création de variables secondaires (à partir des variables primaires du questionnaire) apportant un complément

² Ces modes de prise en charge ont fait l'objet d'une réflexion avec les professionnels des structures d'H.A.D. afin qu'ils correspondent à une réalité de terrain.

d'information ou permettant une simplification de l'analyse des premières variables (groupage...);

- ↳ deux programmes d'analyse de ce fichier : un programme par type d'échantillon de patients. L'analyse des variables primaires et secondaires a été menée variable par variable grâce à des tris à plats puis par tests croisés.

La sortie des tableaux de résultats des procédures « proc freq » ou « proc sort »... est sous forme html, donc directement importable sous Excel 98 pour l'exploitation graphique.
Le traitement de texte est sous Word 95 avec utilisation automatique du modèle de rapport Credes.

2.2.2 Description de la procédure d'analyse

2.2.2.1 Construction des variables secondaires

L'analyse simple ou croisée des variables primaires met en évidence certaines difficultés dans l'interprétation des résultats (listes des différentes modalités d'une même variable de trop grande taille, tableaux à multiples entrées...). La création de variables plus agrégées (nombre de modalités moindres) ou de variables composites apparaît donc comme évidente pour faciliter l'analyse. Ces variables complémentaires sont les suivantes :

- ↳ âge groupé (« agegp ») : l'âge exprimé en années est regroupé en 7 modalités reprenant la classification de l'enquête Credes 1992 :

- moins de 1 an (agegp=1)
- entre 1 et 15 ans (agegp=2)
- entre 16 et 24 ans (agegp=3)
- entre 25 et 39 ans (agegp=4)
- entre 40 et 64 ans (agegp=5)
- entre 65 et 79 ans (agegp=6)
- plus de 80 ans (agegp=7) ;

- ↳ mode de prise en charge en H.A.D. :

- il s'agit d'une double classification des protocoles de soins en 16 modalités d'une part et en 22 modalités d'autre part. A cette classification correspond 2 types de codes : l'un numérique, l'autre alphanumérique créés dans un but pratique d'exploitation informatique (cf Tableau 6) ;
- l'utilisation de cette variable complémentaire, bien plus agrégée que les codes CIM10, nécessite le reclassement des diagnostics CIM10 exprimés en termes de protocoles de soins ; ceux-ci peuvent figurer au niveau du motif d'entrée, du diagnostic principal « DP » et des diagnostics associés « DA ») (voir §1.1.3.3.2). Pour procéder à ce reclassement, tous les codes CIM10 utilisés soit pour le motif de prise en charge d'abord, soit pour le diagnostic principal ensuite, ont été recensés. Ils ont tous été reclassés dans

l'un des modes de prise en charge en fonction de leur signification. Pour les cas de codes CIM10 pouvant appartenir à plusieurs modes de prise en charge, une étude des diagnostics associés a été faite : si tous les dossiers pouvaient être reclassés dans un même mode de prise en charge, ils l'étaient, sinon, ils étaient reclassés dans la catégorie « Autres » (4).

Ayant à l'esprit l'hypothèse d'étendre ce mode de recueil à d'autres patients que ceux de cette enquête, plusieurs chapitres CIM ont ensuite été étudiés pour ajouter aux codes CIM utilisés dans les relevés, des codes pouvant eux aussi appartenir aux modes de prise en charge.

- La liste initiale indiquée dans le complément de circulaire ministériel comprenait 18 items qui, dans le questionnaire Credes 1999, sont apparus sous la forme de 17 items (regroupement de « l'immunothérapie » avec « traitement anti-infectieux ou autres par voie veineuse »).
- Mais il est rapidement apparu que la catégorie « Autre » (4) était importante en terme de fréquence et que certains de ses composants spécifiés pouvant être regroupés, elle pouvait être scindée. En revanche, les catégories « Rééducation neurologique » (13) et « Rééducation orthopédique » (14) ont été regroupés du fait de leur faibles effectifs.
- La liste des 22 postes retenus pour l'analyse avec des codes CIM10 retenus avec la codifications (catégories) numérique et alphanumérique et la correspondance est donc la suivante :

Tableau 6

Description des postes retenus pour l'analyse

Numéro de catégorie	Numéro de sous-catégorie	Code alphanumérique	Modes de prise en charge	Codes CIM 10 entrant dans cette catégorie (thesaurus de spécialité)
1		a	Assistance respiratoire	'Z990', 'Z991', 'Z998901', 'Z998902', 'E840'
2		b	Traitement anti-infectieux	'Z512', 'Z452', 'Z291', 'Z292', 'P364', 'P368', 'Z098'
3		c	Surveillance d'aplasie	'D61'
4	4.11	d11	Surveillance de grossesse	'Z352', 'Z358', 'Z359', 'P015'
	4.12	d12	Post-partum	'Z390', 'Z392', 'Z398', 'Z459', 'Z988'
	4.13	d13	Prise en charge du nouveau-né	'Z518950', 'Z748930', 'Z748940', 'Z742'
	4.2	d2	Post traitement chirurgical	'Z488', 'Z489', 'Z540', 'Z544', 'Z094', 'Z449'
	4.3	d3	Dépendance	'Z740', 'Z741', 'Z743', 'Z748', 'Z748910', 'Z748920'
	4.4	d4	Tumeurs Malignes : autres PEC	'Z087', 'Z089', 'C349', 'C449'
	4.5	d5	Autres	'R53', 'Z508900', 'Z509', 'Z514', 'Z518', 'Z519', 'Z992', 'Z013', 'Z466', 'Z548', 'Z751', 'Z945', 'Z315', 'Z9661'
5		e	Chimiothérapie	'Z512900', 'Z511', 'Z511900', 'Z511950'
6		f	Douleur	'R520', 'R522', 'R522901'
7		g	Education du patient	'Z71.X'
8		h	Nutrition entérale	'Z518911', 'Z518919'
9		i	Nutrition parentérale	'Z451', 'Z518921', 'Z518929'
10		j	Pansements complexes	'Z430', 'Z431', 'Z432', 'Z433', 'Z434', 'Z435', 'Z436', 'Z439', 'Z518901', 'Z518902', 'Z518903', 'Z518904', 'Z480', 'Z480901', 'Z480902', 'Z480903', 'Z43', 'L984', 'Z930'
11		k	Prise en charge psycho-sociale	'Z631', 'Z638', 'Z658'
12		l	Radiothérapie	'T66', 'Z541', 'Z081'
1314		m	Rééducation neuro-orthopédique	'Z501', 'Z508', 'Z509', 'Z966'
15		n	Soins palliatifs	'Z515', 'Z515900', 'Z515910'
16		o	Surveillance post-chimiothérapie	'Z542', 'Z082', 'Z092'
17		p	Transfusion sanguine	'Z513'

- Après reclassification en modes de prise en charge en H.A.D., exprimés sous forme de protocoles de soins, une première approche se fait par le biais des 16 postes puis une deuxième approche par le biais des 22 postes (étude avec éclatement de la catégorie « Autre » (4).
- A partir de cette classification en modes de prise en charge en H.A.D., huit variables secondaires ont été créées selon la place des diagnostics étudiés et la codification choisie (numérique ou alphanumérique) :
 - modpec, moddp, modpecs et moddps : reclassement selon le code numérique regroupement des motifs de prise en charge d'une part et des diagnostics principaux d'autres part (moddp) dans les 16 postes puis dans les 22 postes (le suffixe 's' indiquant la 'spécialisation' de la classification, c'est-à-dire l'éclatement de la catégorie «Autre»);
 - cldp, clda_x, cldps, et clda_xs : reclassement selon le code alphanumérique des diagnostics principaux d'une part (cldp) et des diagnostics associés d'autre part (clda) dans les 16 postes puis les 22 postes, selon le degré de spécialisation (sans ou avec le suffixe 's').

- Pour qualifier plus globalement cette fois un patient (et pas seulement un niveau de diagnostic) deux autres variables ont été créées :
 - clas ou class représentent le mode global de prise en charge du patient : elles conjuguent les données précédents (DP+/- DA) , en cas de besoin (i.e. lorsqu'il existe plusieurs protocoles de soins déclarés en Q. 27 chez un même patient, et donc, après reclassement, plusieurs modes de prise en charge unitaires), toujours sans ou avec le degré de spécialisation ;
- Afin de déterminer rapidement si un diagnostic principal ou un diagnostic associé appartient à un des postes de prise en charge en H.A.D. sus-cités, trois autres variables ont été créées :
 - cdp et cda_x qui, sous forme binaire (1 ou 0) indiquent l'appartenance ou non du diagnostic (principal ou associé) à la classification des modes de prise en charge en H.A.D. ;
 - Une variable concaténant les 10 positions de diagnostic possible chez un même patient permet selon son diagnostic principal et des diagnostics associés un patient selon son DP et ses DA permet de qualifier rapidement la nature de son DA et de ses DA au regard des modes de prise en charge en H.A.D. .
- Enfin, a été créée une variable 'daz' qui comptabilise les modes de prise en charge en H.A.D., dans la chaîne des diagnostics associés les modes de prise en charge et permet de mettre en évidence, si évidence il y a, les liens entre DP et un protocole de soins (de un à plusieurs modes de prise en charge).
- L'ensemble de ces 14 variables permet de qualifier en termes de modes de prise en charge en H.A.D., soit un diagnostic selon sa position dans la hiérarchie des diagnostics, soit le patient plus globalement en tenant compte de tous les protocoles de soins dont il bénéficie.

↳ indicateur synthétique d'autonomie.

- Les scores d'autonomie font l'objet d'un distinguo entre le locomoteur (et expression « possibilité » et le relationnel (expression de difficulté).
- Les scores d'autonomie des différents items ('aliment', 'habiller', 'laver', 'déplacer', 'toilette', 'monter') de la question 24 ainsi que l'item 'continence'(score allant de 1 à 6 par item) ont été additionnés et forment une seule variable « sg24 » et les items de la question 25 'vision', 'audition', 'expression', 'agression', 'dépression' et 'mémoire' qui forme une seule variable « sg25 »;

- Une autre variable « sg » plus synthétique ont été imaginé et testés mais n'ayant pas donné de résultats probants, ils ne sont pas explicités ici.

↳ Dans le protocole de remplissage des indicateurs de SIIPS (Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée), les scores indiqués par jour (dans le cadre d'un relevé journalier) peuvent être 0, 1, 4, 10 ou 20, correspondant donc à des paliers de charge en soins. Pour les indicateurs ISB, IST et ISRE, une méthode spécifique permet de calculer les scores de ces variables, sur l'ensemble de la période d'observation ; celles-ci ont été regroupées en 6 groupes pour chaque type de soins (B, RE, T) :

- valeur égale à 0 : isbgp ou istgp ou isregp=1;
- valeur égale à 1 (gp=2) ;
- valeur entre 2 et 4 (gp=3) ;
- valeur entre 5 et 10 (gp=4) ;
- valeur entre 11 et 20 (gp=5) ;
- et valeurs non renseignées (gp= ' ') .
- L'indicateur d'intensité globale de soins pour le séjour (iss ou score global) est la somme des trois précédents. Certains paliers sont rapidement apparus : 0, 3, 12, 30. Ils ont servi de borne supérieure pour les groupes des iss (issgp).

Certaines variables primaires ont simplement fait l'objet de transformation alphanumérique afin de simplifier l'analyse :

- ↳ comptage des diagnostics associés afin de créer des groupes de patients avec le même nombre de diagnostics associés (variable 'sumda' sommant les DA renseignés)
- ↳ création d'une variable concaténée afin de situer l'emplacement dans la suite de DP et de DA du code indiquant l'étiologie (variable 'etio').

2.2.2.2 Démarche analytique

La démarche d'analyse, tant au niveau des variables primaires qu'à celui des variables secondaires, procède de la même façon : une première analyse simple de la variable seule, puis une analyse croisée de cette même variable avec une ou plusieurs autres dont les informations paraissent intéressantes à confronter.

C'est ainsi qu'il est apparu, au fur et à mesure des étapes, la nécessité de créer de nouvelles variables, de les regrouper, d'effectuer des analyses sur des groupes particuliers ou encore d'en abandonner certaines apparaissant comme redondantes.

Les deux échantillons de l'enquête étant totalement différents et même si l'échantillon des présents (échant 1) a été réalisé pour « redresser » les valeurs de l'échantillon des entrants (échant 2) concernant les patients en H.A.D. depuis plus de trois mois, il est apparu inopérant de partir d'une analyse tout échantillon confondu puis d'examiner les particularités de chacun d'entre eux. L'échantillon des entrants (échant 2) étant le plus représentatif de la patientèle en H.A.D., les résultats débutaient par une analyse de cet échantillon éclairé dans un deuxième temps par les particularités de l'échantillon des présents (échant 1).

3. Résultats

Résultats

3.1 Analyse des variables descriptives de la morbidité

3.1.1 Sexe et âge

Toutes les classes d'âge sont représentées en H.A.D. ; leur poids respectif en termes de fréquence ou de sexe n'est pas équivalent et il semble que chacune corresponde à des motifs et à des modes de prise en charge différents.

Tableau 7

Répartition des patients des 2 échantillons selon le sexe et l'âge

ENTRANTS	Hommes			Femmes			Ensemble	
	Nb	% col	% ligne	Nb	% col	% ligne	Nb	% col
0-1 an	30	4,2 %	46,2 %	35	4,6 %	53,8 %	65	4,4 %
2-15 ans	39	5,5 %	54,9 %	32	4,2 %	45,1 %	71	4,8 %
16-24 ans	13	1,8 %	29,5 %	31	4,1 %	70,5 %	44	3,0 %
25-39 ans	35	4,9 %	20,1 %	139	18,3 %	79,9 %	174	11,8 %
40-64 ans	258	36,3 %	56,2 %	201	26,5 %	43,8 %	459	31,2 %
65-79 ans	241	33,9 %	53,2 %	212	27,9 %	46,8 %	453	30,8 %
80 ans et plus	95	13,4 %	46,6 %	109	14,4 %	53,4 %	204	13,9 %
Total	711	100,0 %	48,4 %	759	100,0 %	51,6 %	1470	100,0 %
PRESENTS	Hommes			Femmes			Ensemble	
	Nb	% col	% ligne	Nb	% col	% ligne	Nb	% col
0-1 an	2	1,0 %	100,0 %	0	0,0 %	0,0 %	2	0,5 %
2-15 ans	9	4,4 %	90,0 %	1	0,5 %	10,0 %	10	2,6 %
16-24 ans	2	1,0 %	40,0 %	3	1,6 %	60,0 %	5	1,3 %
25-39 ans	9	4,4 %	32,1 %	19	10,2 %	67,9 %	28	7,2 %
40-64 ans	48	23,7 %	46,2 %	56	30,0 %	53,8 %	104	26,7 %
65-79 ans	93	45,8 %	59,2 %	64	34,2 %	40,8 %	157	40,3 %
80 ans et plus	40	19,7 %	47,6 %	44	23,5 %	52,4 %	84	21,5 %
Total	203	100,0 %	52,1 %	187	100,0 %	47,9 %	390	100,0 %

La population recensée au cours de l'enquête Credes 1999 se répartit de façon quasi équivalente entre hommes et femmes : respectivement 48 et 52% (globalement) tant chez les entrants (échant 2) que chez les présents depuis plus de 3 mois (échant 1). Les différences en pourcentage, observées entre les patients présents (échant 1) et ceux entrant (échant 2) sont statistiquement non significatives.

La comparaison entre les données de l'enquête 1992 et l'enquête 1999 ne peut se faire de façon globale puisque des échantillons différents en terme de représentativité ont été étudiés à chaque fois :

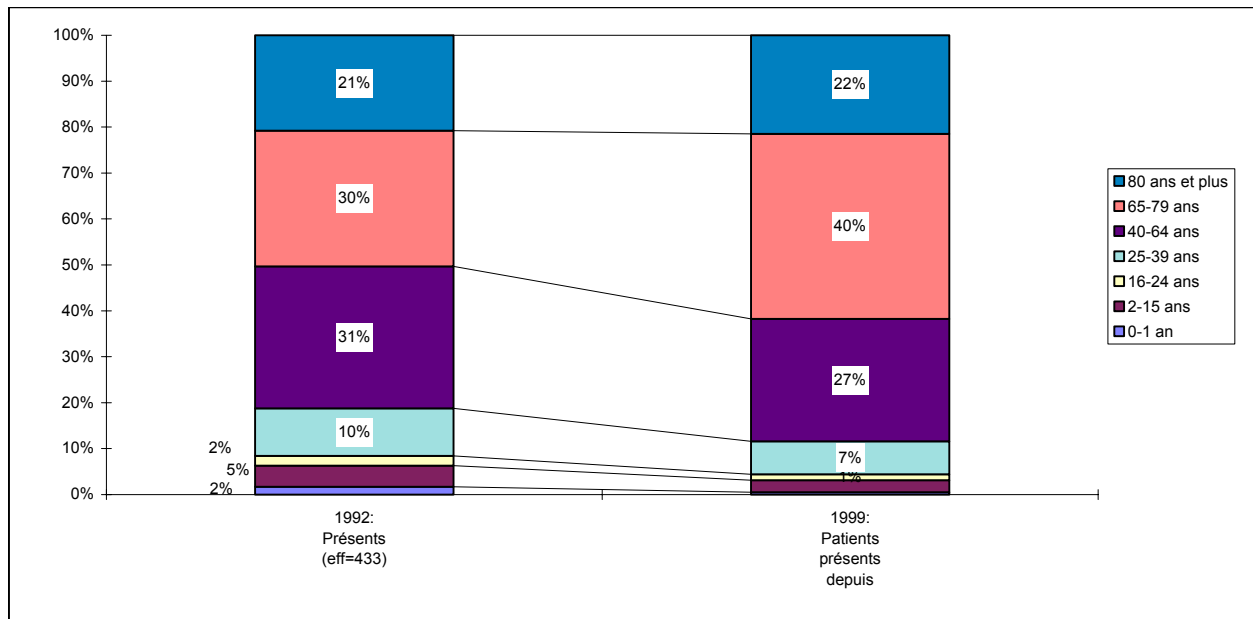
- ↳ ainsi d'un point de vue étiologique, les entrants dans l'enquête 1999 (échant 2) peuvent être comparés aux séjours de l'enquête 1991 ;
- ↳ tandis que les présents dans l'enquête 1991 (échantillon des patients présents un jour donné) ne peuvent être comparés aux patients présents dans l'enquête 1999. En effet, en 1991, les patients étaient inclus quelque soit la durée de présence alors qu'en 1999, les patients de l'échantillon 1 devaient être présents depuis plus de 3 mois.

L'échantillon Entrants 1999 (échant 1) n'est comparable qu'à l'échantillon des admissions de 1991 mais dont on reconnaît pas la répartition Hommes/Femmes mais uniquement la morbidité en 1 étiologie et la durée moyenne de

séjour. Par contre, l'échantillon de présents 92 (433 patients dont on connaît à la fois la morbidité en 1 diagnostic principal (étiologie) +/- des diagnostics secondaires, l'âge, le sexe et la durée de présence, pourrait se comparer à l'échantillon de patients présents depuis plus de 3 mois mais ces données sont aujourd'hui indisponibles au retraitement. Cependant, il est intéressant d'observer les différences entre les patients entrant 99 (échant 2) et les présents 92, sachant que l'un représente un flux et « privilégie » donc les séjours courts dans sa structure et que l'autre représente une photographie 1 jour donné et « privilégie » les séjours longs. En effet, les répartitions montrent que l'échantillon « Tous présents 92 » est plus proche de « Entrants 99 (échant 2) » (cf : **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** »), ce qui est logique.

Au niveau de l'âge (cf : Graphique 7), sur 1859 patients renseignés (1 donnée manquante), la moyenne se situe à 58 ans avec un écart-type de 23,6 ; le minimum est de 0 et le maximum de 98 ans. Une nette différence est à noter entre les échantillons : l'échantillon de présents depuis plus de 3 mois (échant 1) présente une moyenne de 65 ans tandis que la moyenne de l'âge des patients de l'échantillon d'entrants (échant 2) est de 56 ans. En reprenant la même définition des groupes d'âge que pour l'enquête CreDES 1992, nous obtenons la répartition suivante:

Graphique 3
Répartition par sexe et âge des patients
présents en 1992 et présents depuis plus de 3 mois en 1999

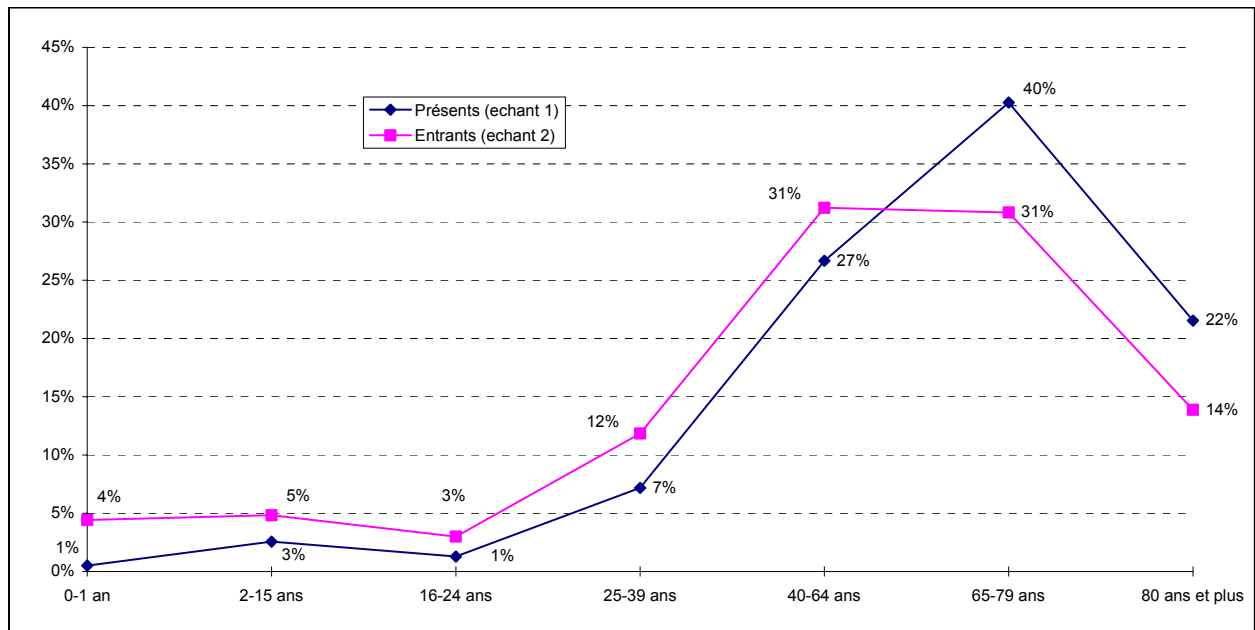


Diverses tendances sont à noter entre tous les patients en 1992 et les présents depuis plus de 3 mois (échant 1) en 1999 :

- ↳ la quasi-stabilité du pourcentage de patients de 80 ans et plus
- ↳ l'augmentation de la part des patients de 65 à 79 ans avec une augmentation quantitativement différente selon le sexe: + 15 % pour les hommes et +7 % pour les femmes.
- ↳ la diminution de la part des hommes entre 25 et 64 ans qui passe de 43 % à 28 % alors que chez les femmes de ces mêmes âges, la proportion va croissante : +1 %.

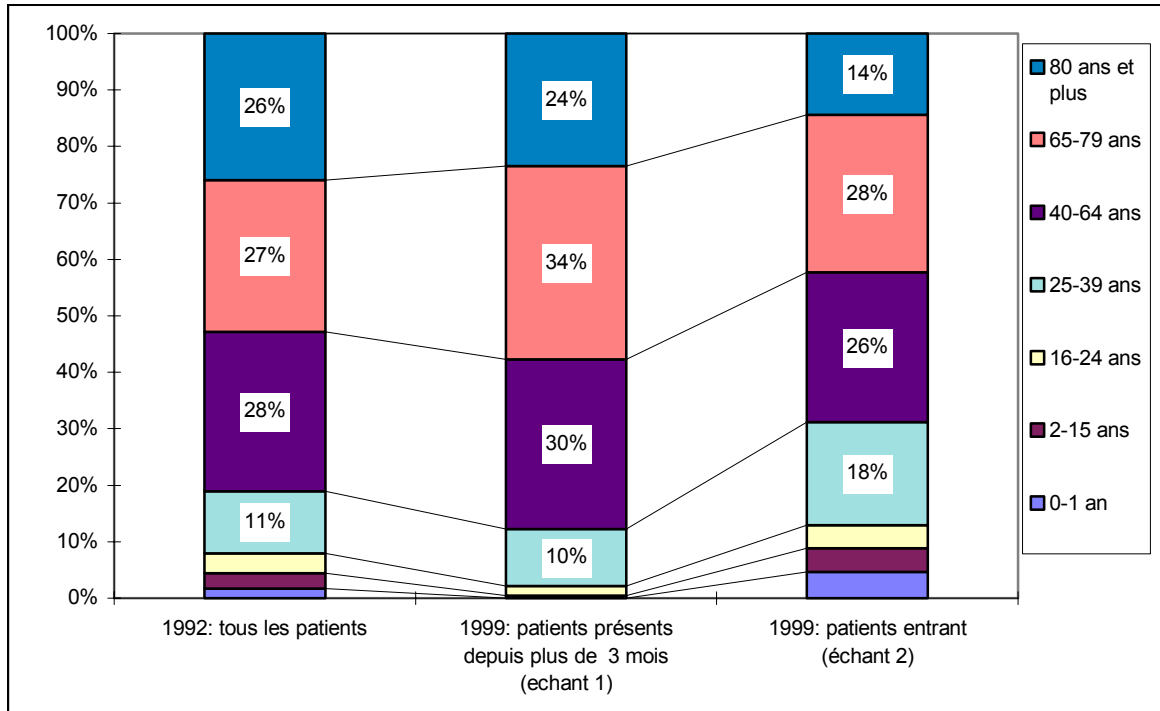
Aucune déduction quant à l'évolution ne peut être faite puisqu'aucun échantillon n'est comparable.

Graphique 4
Répartition des patients entre les deux échantillons
en 1999, selon l'âge

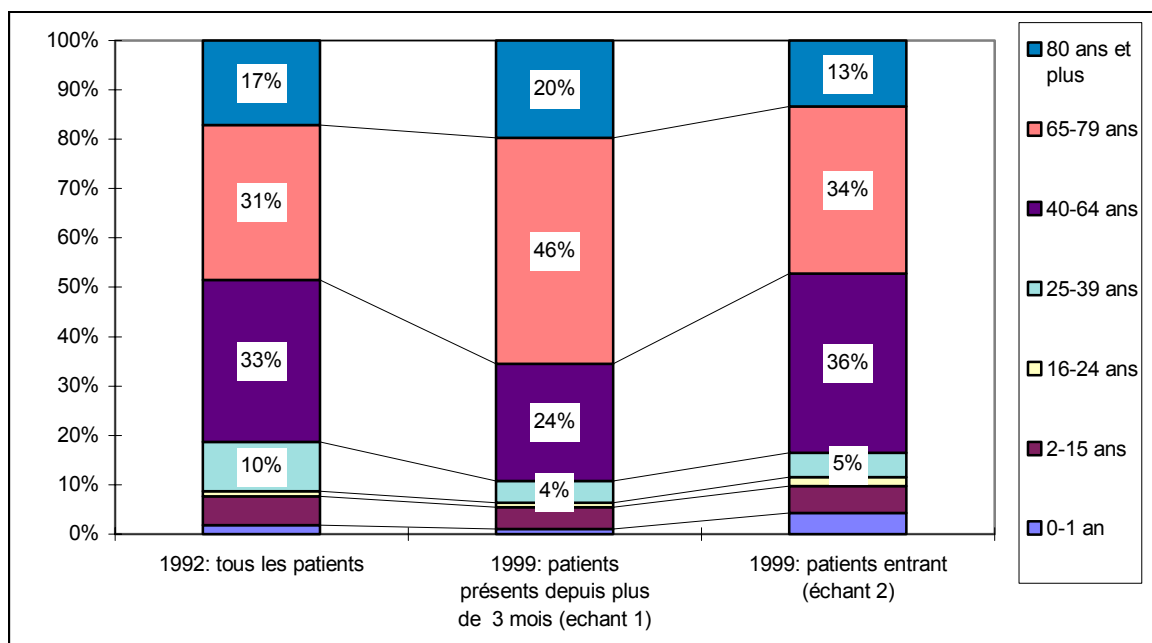


La répartition des patients par classe d'âge selon leur appartenance à un échantillon ou à un autre montre un lien entre l'âge et la durée de séjour en H.A.D.. Il apparaît que l'échantillon des présents (échant 1) (échantillon composé de patient « long séjour » en H.A.D.) est composé de façon plus importante que l'échantillon des entrants (échant 2) de personnes de plus de 40 ans.

Graphique 5
Répartition des patients observés en H.A.D.
en 1992 et en 1999
de sexe féminin
selon l'âge et le type d'échantillon



Graphique 6
Répartition des patients observés en H.A.D.
en 1992 et en 1999,
de sexe masculin
selon l'âge et le type d'échantillon



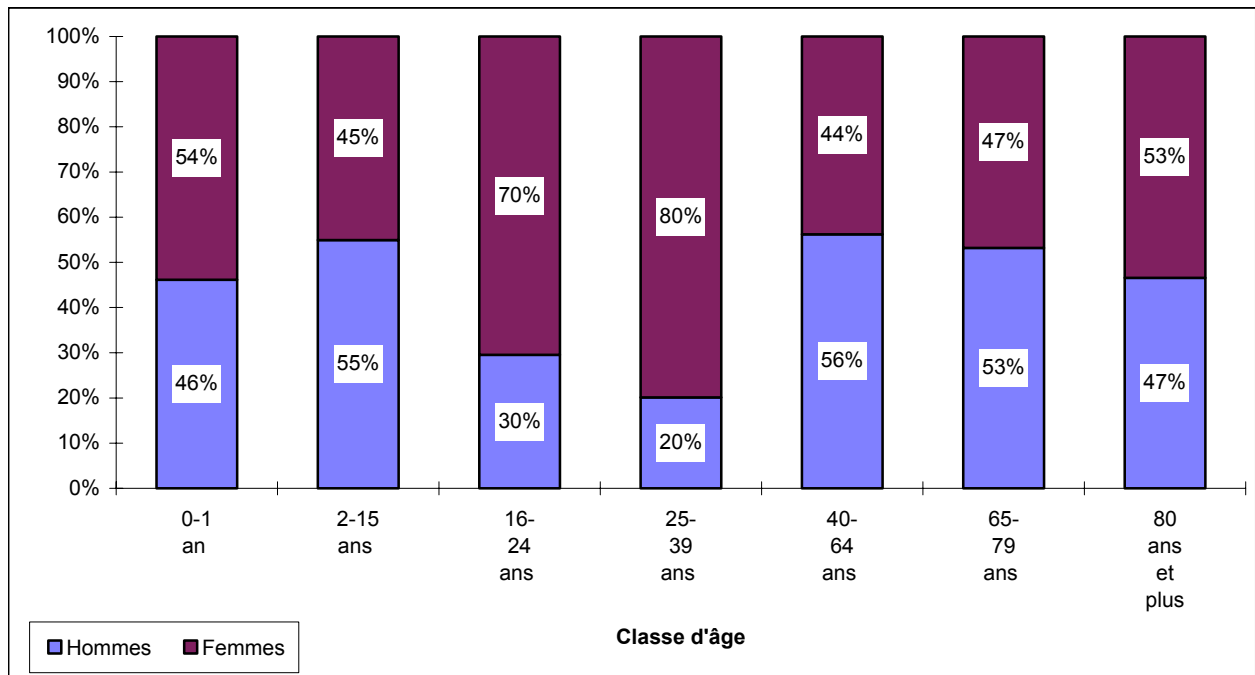
Si la part des femmes de plus de 80 ans est identique à celle des hommes du même âge, chez les entrants en 1999 (échant 2) (14 et 13 %), elle grossit notablement plus chez les patients de sexe féminin en 1992 et présents depuis plus de 3 mois en 1999 (26 et 24 %) que celle des hommes (17 et 20 %), reflet de leurs séjours plus longs ;

Si les hommes de [40 - 79 ans] sont plus nombreux que les femmes du même âge chez les entrants (70 % versus 54 % soit 15 points de plus), il n'est que de 11 points supérieur parmi les patients de 1992 (64 % vs 55 %) et de patient parmi les présents de plus de 3 mois en 1999 (70 % vs 64 %) ;

Par contre, si les femmes de [16 - 39 ans] sont plus nombreuses que les hommes du même âge dans l'échantillon des entrants (échant 2) (22 % vs 7 %, soit + 15 points), la différence n'est que de 1 point en plus (11 % vs 10 %) chez les patients en 1992 et de 6 points chez les patients présents depuis plus de 3 mois (10 vs 4 %).

La répartition hommes-femmes des différentes classes d'âge donne le graphique suivant :

Graphique 7

Répartition selon le sexe par classe d'âge
parmi les entrants en 1999

Comme attendu, la proportion de femmes est significativement plus élevée que celle des hommes dans les classes d'âge [25 - 39 ans] ($\alpha=0.05$) et [80 ans et plus] ($\alpha<0.0001$). Bien qu'il apparaisse une différence en terme d'effectif entre hommes et femmes pour la classe d'âge [16 - 24 ans], les proportions respectives de cette classe d'âge selon le sexe ne sont pas statistiquement significatives.

3.1.2 Objectifs de soins

Tableau 8

Répartition des entrants (échant 2) par âge, sexe et objectifs de soins

Entrants	Soins Ponctuels			Soins continus			Soins de phase terminale			Réadaptation au domicile			Reprise autonomie des parents			Non Déclaré			Total		
	Nb	% lig	% col	Nb	% lig	% col	Nb	% lig	% col	Nb	% lig	% col	Nb	% lig	% col	Nb	% lig	% col	Nb	% col	
Hommes																					
0-1 an	9	30,0%	3,6%	2	6,7%	0,7%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%	18	60,0%	64,3%	1	3,3%	5,3%	30	4,2%	
2-15 ans	19	48,7%	7,5%	7	17,9%	2,4%	1	2,6%	1,8%	2	5,1%	3,2%	10	25,6%	35,7%	0	0,0%	0,0%	39	5,5%	
16-24 ans	7	53,8%	2,8%	5	38,5%	1,7%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%	1	7,7%	5,3%	13	1,8%	
25-39 ans	12	34,3%	4,7%	15	42,9%	5,2%	2	5,7%	3,5%	5	14,3%	7,9%	0	0,0%	0,0%	1	2,9%	5,3%	35	4,9%	
40-64 ans	119	46,1%	47,0%	100	38,8%	34,4%	20	7,8%	35,1%	13	5,0%	20,6%	0	0,0%	0,0%	6	2,3%	31,6%	258	36,3%	
65-79 ans	75	31,1%	29,6%	109	45,2%	37,5%	22	9,1%	38,6%	25	10,4%	39,7%	0	0,0%	0,0%	10	4,1%	52,6%	241	33,9%	
80 ans et plus	12	12,6%	4,7%	53	55,8%	18,2%	12	12,6%	21,1%	18	18,9%	28,6%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%	95	13,4%	
Total Hommes	253	35,6%	100,0%	291	0,41	100,0%	57	8,0%	100,0%	63	8,9%	100,0%	28	3,9%	100,0%	19	2,7%	100,0%	711	100,0%	
Femmes																					
0-1 an	11	31,4%	3,3%	1	2,9%	0,5%	0	0,0%	0,0%	3	8,6%	3,6%	20	57,1%	71,4%	0	0,0%	0,0%	35	4,6%	
2-15 ans	15	46,9%	4,5%	7	21,9%	3,4%	0	0,0%	0,0%	1	3,1%	1,2%	8	25,0%	28,6%	1	3,1%	1,8%	32	4,2%	
16-24 ans	17	60,7%	5,1%	7	25,0%	3,4%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%	4	14,3%	7,1%	28	3,7%	
25-39 ans	73	52,5%	21,7%	7	5,0%	3,4%	3	2,2%	6,3%	11	7,9%	13,1%	0	0,0%	0,0%	45	32,4%	80,4%	139	18,3%	
40-64 ans	99	49,3%	29,5%	74	36,8%	35,7%	10	5,0%	20,8%	16	8,0%	19,0%	0	0,0%	0,0%	2	1,0%	3,6%	201	26,5%	
65-79 ans	101	47,6%	30,1%	69	32,5%	33,3%	18	8,5%	37,5%	23	10,8%	27,4%	0	0,0%	0,0%	1	0,5%	1,8%	212	27,9%	
80 ans et plus	20	18,3%	6,0%	42	38,5%	20,3%	17	15,6%	35,4%	27	24,8%	32,1%	0	0,0%	0,0%	3	2,8%	5,4%	109	14,4%	
Total Femmes	336	44,3%	100,0%	207	27,3%	100,0%	48	6,3%	100,0%	84	11,1%	100,0%	28	3,7%	100,0%	56	7,4%	100,0%	759	100,0%	
Ensemble																					
0-1 an	20	30,8%	3,4%	3	4,6%	0,6%	0	0,0%	0,0%	3	4,6%	2,0%	38	58,5%	67,9%	1	1,5%	1,3%	65	4,4%	
2-15 ans	34	47,9%	5,8%	14	19,7%	2,8%	1	1,4%	1,0%	3	4,2%	2,0%	18	25,4%	32,1%	1	1,4%	1,3%	71	4,8%	
16-24 ans	24	58,5%	4,1%	12	29,3%	2,4%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%	5	12,2%	6,7%	41	2,8%	
25-39 ans	85	48,9%	14,4%	22	12,6%	4,4%	5	2,9%	4,8%	16	9,2%	10,9%	0	0,0%	0,0%	46	26,4%	61,3%	174	11,8%	
40-64 ans	218	47,5%	37,0%	174	37,9%	34,9%	30	6,5%	28,6%	29	6,3%	19,7%	0	0,0%	0,0%	8	1,7%	10,7%	459	31,2%	
65-79 ans	176	38,9%	29,9%	178	39,3%	35,7%	40	8,8%	38,1%	0	0,0%	32,7%	0	0,0%	0,0%	11	2,4%	14,7%	453	30,8%	
80 ans et plus	32	15,7%	5,4%	95	46,6%	19,1%	29	14,2%	27,6%	45	22,1%	30,6%	0	0,0%	0,0%	3	1,5%	4,0%	204	13,9%	
Total	589	40,1%	100,0%	498	33,9%	100,0%	105	7,1%	100,0%	147	10,0%	100,0%	56	3,8%	100,0%	75	5,1%	100,0%	1470	100,0%	

Seuls 5 % des objectifs de prise en charge ne sont pas renseignés.

Cette répartition diffère selon les sexes avec une proportion plus importante de non renseignés chez les hommes de [65 -79 ans] et une proportion plus élevée chez les femmes de [25-39 ans].

D'après les définitions de la circulaire de mai 2000, deux objectifs de soins en H.A.D., justifient la grande majorité des séjours des patients entrant dans une structure d'H.A.D. (échant 2) (cf : Tableau 8) : les «soins continus» représentent 40 % des cas et les «soins ponctuels» plus d'un tiers des cas (34 %). La « réadaptation à domicile » et la « reprise d'autonomie des parents », qui se distinguent uniquement par l'âge du patient pris en charge, représentent au total 14 % des objectifs (respectivement 10 et 4 %).

Selon le sexe, chez les femmes, l'objectif de soins le plus fréquent est la prise en charge pour «soins ponctuels» tandis que chez les hommes, les «soins continus» sont les plus fréquents. Les «soins de phase terminale» concernent 7% des patients pris en charge en H.A.D.

Globalement, selon l'âge, les «soins ponctuels» concernent principalement les patients de [40 - 64 ans] (37 %) mais chez les femmes, les [25 - 39 ans] sont également concernées (22 % vs 5 % chez les hommes de cet âge), probablement du fait des grossesses à risque et du post-partum mais peut-être aussi du fait des cancers génitaux.

Logiquement, les «soins de phase terminale» concernent principalement, quel que soit le sexe, des patients plus âgés de la classe d'âge [65 - 79 ans] (38 %) et secondairement les [40 -64 ans] et les [65 - 79 ans] mais également les plus de 80 ans (19 %), tant les hommes que les femmes.

L'objectif de prise en charge «réadaptation au domicile » présente, quel que soit le sexe, une proportion plus importante de sujets ayant plus de 65 ans et l'objectif « reprise d'autonomie des parents»concerne naturellement uniquement des sujets ayant moins de 15 ans. Les plus de 65 ans représentent au moins 60 % des soins de «réadaptation au domicile» (68% chez les hommes, du fait surtout des [65 - 79 ans] et 60% chez les femmes, à peine plus les plus de 80 ans que les [65 - 79 ans]). Pour la reprise d'autonomie des parents, 100 % des patients pris en charge ont moins de 15 ans et 68 % ont moins de 2 ans (64% chez les garçons et 71% chez les filles).

L'analyse de la répartition des patients présents (échant 1) confirme les différences déjà perçues entre les deux échantillons (cf : Tableau 9). Les «soins continus» sont les plus fréquents et ce très majoritairement (78 % globalement) et les soins de reprise d'autonomie sont quasi-inexistants ainsi que les «soins de phase terminale».

Tableau 9

Répartition des présents depuis plus de 3 mois (échant 1) par âge, sexe et objectifs de soins

Présents depuis plus de 3 mois	Soins Ponctuels			Soins continus			Soins de phase terminale			Réadaptation au domicile			Reprise autonomie des parents			Non Déclaré			Total	
	Nb	% lig	% col	Nb	% lig	% col	Nb	% lig	% col	Nb	% lig	% col	Nb	% lig	% col	Nb	% lig	% col	Nb	% col
Hommes																				
0-1 an	1	50,0%	3,7%	1	50,0%	0,7%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%	2	1,0%
2-15 ans	2	22,2%	7,4%	3	33,3%	2,1%	1	11,1%	16,7%	1	11,1%	4,5%	2	22,2%	100,0%	0	0,0%	0,0%	9	4,4%
16-24 ans	0	0,0%	0,0%	1	50,0%	0,7%	0	0,0%	0,0%	1	50,0%	4,5%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%	2	1,0%
25-39 ans	1	11,1%	3,7%	7	77,8%	4,8%	0	0,0%	0,0%	1	11,1%	4,5%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%	9	4,4%
40-64 ans	11	22,9%	40,7%	34	70,8%	23,4%	0	0,0%	0,0%	2	4,2%	9,1%	0	0,0%	0,0%	1	2,1%	100,0%	48	23,6%
65-79 ans	10	10,8%	37,0%	66	71,0%	45,5%	5	5,4%	83,3%	12	12,9%	54,5%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%	93	45,8%
80 ans et plus	2	5,0%	7,4%	33	82,5%	22,8%	0	0,0%	0,0%	5	12,5%	22,7%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%	40	19,7%
Total Hommes	27	13,3%	100,0%	145	71,4%	100,0%	6	3,0%	100,0%	22	10,8%	100,0%	2	1,0%	100,0%	1	0,5%	100,0%	203	100,0%
Femmes																				
0-1 an	0		0,0%	0		0,0%	0		0,0%	0		0,0%	0			0		0,0%	0	0,0%
2-15 ans	0	0,0%	0,0%	1	100,0%	0,6%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%		0	0,0%	0,0%	1	0,5%
16-24 ans	0	0,0%	0,0%	3	100,0%	1,9%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%		0	0,0%	0,0%	3	1,6%
25-39 ans	2	10,5%	14,3%	16	84,2%	10,1%	0	0,0%	0,0%	1	5,3%	10,0%	0	0,0%		0	0,0%	0,0%	19	10,2%
40-64 ans	6	10,7%	42,9%	46	82,1%	29,1%	2	3,6%	66,7%	2	3,6%	20,0%	0	0,0%		0	0,0%	0,0%	56	29,9%
65-79 ans	3	4,7%	21,4%	55	85,9%	34,8%	0	0,0%	0,0%	4	6,3%	40,0%	0	0,0%		2	3,1%	100,0%	64	34,2%
80 ans et plus	3	6,8%	21,4%	37	84,1%	23,4%	1	2,3%	33,3%	3	6,8%	30,0%	0	0,0%		0	0,0%	0,0%	44	23,5%
Total Femmes	14	7,5%	100,0%	158	84,5%	100,0%	3	1,6%	100,0%	10	5,3%	100,0%	0	0,0%		2	1,1%	100,0%	187	100,0%
Ensemble																				
0-1 an	1	50,0%	2,4%	1	50,0%	0,3%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%	2	0,5%
2-15 ans	2	20,0%	4,9%	4	40,0%	1,3%	1	10,0%	11,1%	1	10,0%	3,1%	2	20,0%	100,0%	0	0,0%	0,0%	10	2,6%
16-24 ans	0	0,0%	0,0%	4	80,0%	1,3%	0	0,0%	0,0%	1	20,0%	3,1%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%	5	1,3%
25-39 ans	3	10,7%	7,3%	23	82,1%	7,6%	0	0,0%	0,0%	2	7,1%	6,3%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%	28	7,2%
40-64 ans	17	16,3%	41,5%	80	76,9%	26,4%	2	1,9%	22,2%	4	3,8%	12,5%	0	0,0%	0,0%	1	1,0%	33,3%	104	26,7%
65-79 ans	13	8,3%	31,7%	121	77,1%	39,9%	5	3,2%	55,6%	16	10,2%	50,0%	0	0,0%	0,0%	2	1,3%	66,7%	157	40,3%
80 ans et plus	5	6,0%	12,2%	70	83,3%	23,1%	1	1,2%	11,1%	8	9,5%	25,0%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%	84	21,5%
Total	41	10,5%	100,0%	303	77,7%	100,0%	9	2,3%	100,0%	32	8,2%	100,0%	2	0,5%	100,0%	3	0,8%	100,0%	390	100,0%

Chez les patients présents depuis plus de 3 mois (échant 1), il n'est pas étonnant que près de 80 % des objectifs de soins soient des «soins continus», encore plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes (respectivement 85 et 72 %). Ils concernent pour 40 % d'entre eux les [65 - 79 ans] (et même 46 % chez les hommes), mais aussi les [40 - 64 ans] (26 %, plus souvent les femmes que les hommes) et les plus de 80 ans (23 %, tant les hommes que les femmes). Si les [25 - 39 ans]s sont bien moins concernés (8 %), les femmes de cet âge le sont 2 fois plus que les hommes (10 % versus 5 %).

Plus de 10 % des patients présents depuis plus de 3 mois (échant 1) ont été admis pour des «soins ponctuels», plus souvent les hommes (13 %) que les femmes (8 %), bien que ces patients ne soient pas encore sortis au bout des 3 mois. Il s'agit de patient en moyenne plus jeunes que ceux admis pour «soins continus» (42 % ont entre 40 et 64 ans et 32 % ont entre 65 et 79 ans, seuls 12 % ont plus de 80 ans) ; les femmes sont plus nombreuses parmi les plus de 80 ans et les hommes plus nombreux parmi les [65 - 79 ans] (37 % versus 21 % chez les femmes).

La «réadaptation au domicile» concerne 8 % des patients présent depuis plus de 3 mois (échant 1), plus souvent les hommes que les femmes (11 % vs 5 %) : pour moitié [65 - 79 ans] (55 % hommes vs 40 % femmes), ¼ ont plus de 80 ans (30 % de femmes vs 23 % d'hommes) et 1/8 ont entre 40 et 64 ans (20 % de femmes vs 9 % d'hommes).

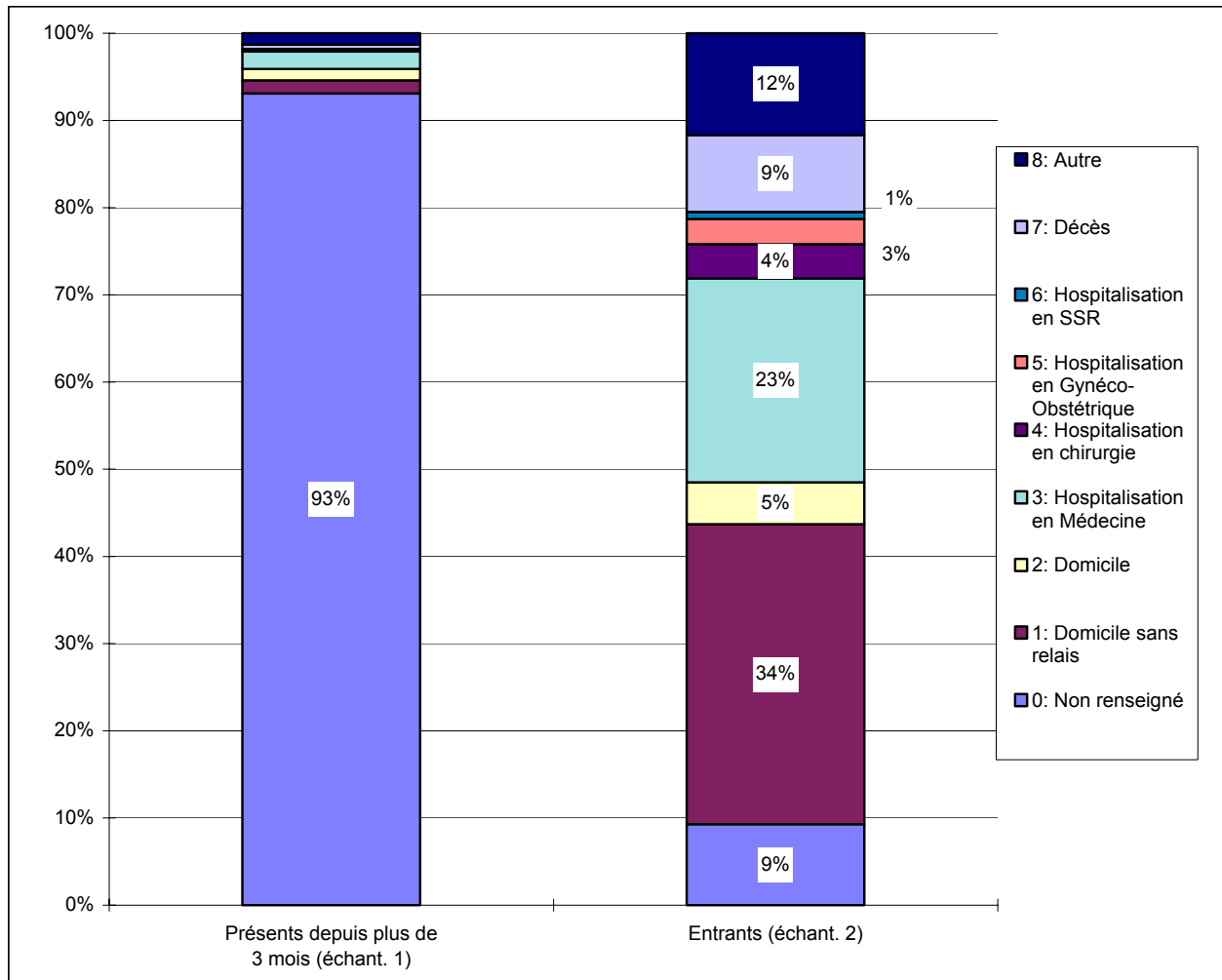
Les «soins de phase terminale» n'étaient indiqués que dans 2 % des cas à l'entrée des patient présents depuis plus de 3 mois (échant 1) (contre 7 % chez les entrants), signifiant que lorsque cet item est correctement évalué, les patients décèdent vraisemblablement dans les premières semaines du séjour, voire plus tôt. Les rares cas non décédés à plus de 3 mois concernent plus souvent les hommes de 65 et à 79 ans (mais les cas sont très peur).

Evidemment, la «reprise d'autonomie des parents»est une rareté pour les patients présents depuis plus de 3 mois (échant 1).

3.1.3 Modes d'entrée et modes de sortie

3.1.3.1 Modes d'entrée

Graphique 8
Distribution de la provenance en 1999
des patients en H.A.D. entrant
et présents depuis plus de 3 mois



Près de la moitié (43%) des patients de l'échantillon des entrants (échant 2) ont une hospitalisation en service de médecine comme provenance (mode d'entrée) ; puis à fréquences quasiment égales (13 %) ils entrent en H.A.D. à partir de leur domicile, d'un service de chirurgie ou d'une consultation externe de l'hôpital.

Un tiers des patients entrant en H.A.D. en provenance de leur domicile retourneront à leur domicile à leur sortie d'H.A.D. La même proportion est observée chez les patients entrant en H.A.D. après une hospitalisation en service de chirurgie. Ce pourcentage est multiplié par deux (60 %) quand les patients étaient hospitalisés en service de gynéco-obstétrique ou qu'ils sont entrés dans une structure d'H.A.D. après les consultations externes de l'hôpital. Les patients provenant de leur domicile avec SIAD vont dans 30 % des cas après leur séjour en H.A.D. retourner à leur domicile avec SIAD ou, dans la même proportion, être hospitalisés dans un service de médecine.

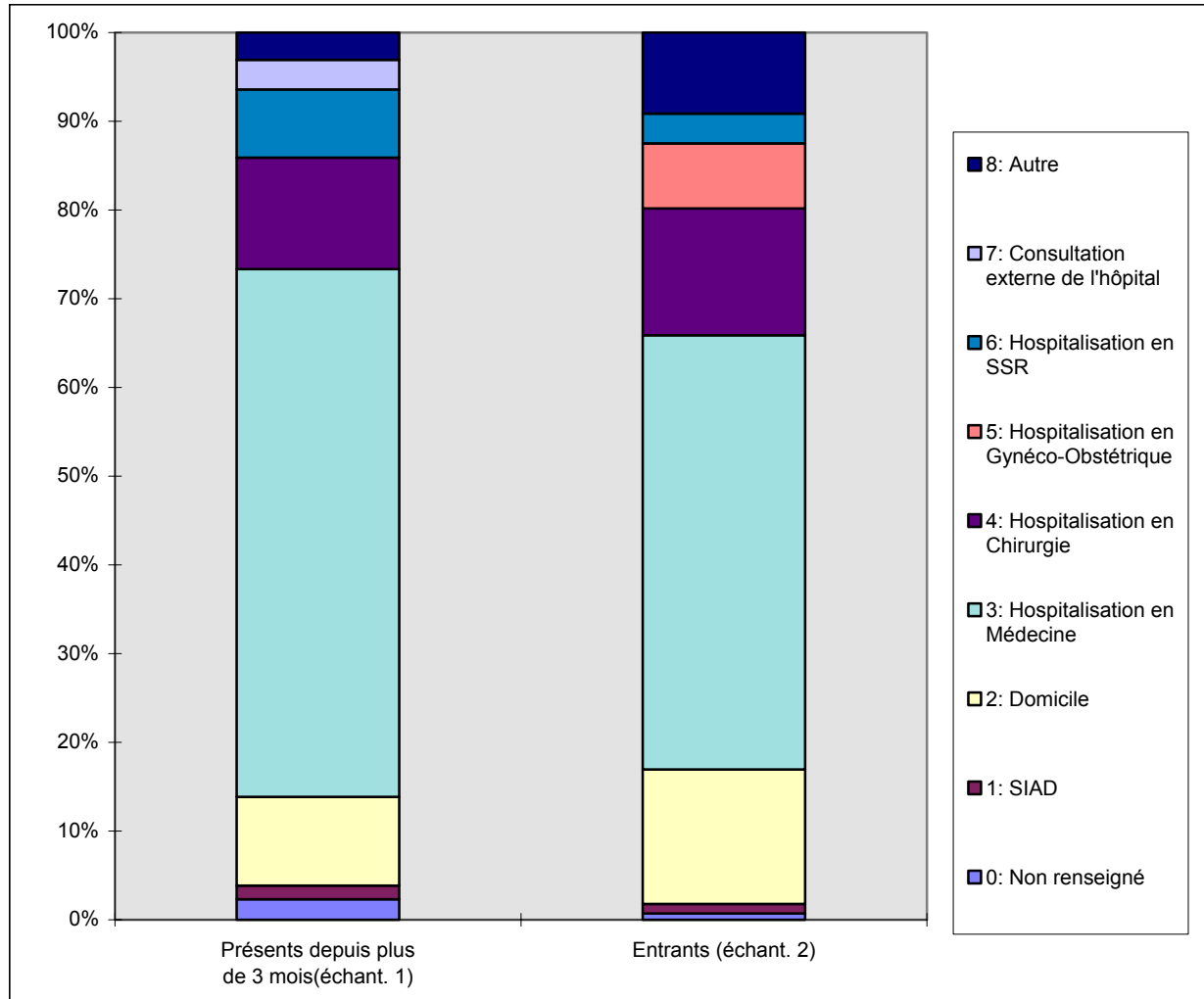
Les services de médecine sont aussi les modes de sortie de 25 % des patients en H.A.D. provenant d'un service de soins de suite et de rééducation.

Dans l'échantillon des patients présents en H.A.D. (échant 1), la proportion de patients provenant d'un service de médecine est de 60 % et seulement 10 % viennent de leur domicile. La faible proportion de patients sortant de la structure d'H.A.D. (7 % de l'échantillon) est principalement hospitalisée en service de médecine (30 % des sortants).

3.1.3.2 Modes de sortie

Graphique 9

Distribution des modes de sortie en 1999 selon l'échantillon :
entrants (échant 2) et présents depuis plus de 3 mois (échant 1)



Les patients entrants dans une structure d'H.A.D. (échant 2) retournent pour 34% d'entre eux au domicile sans relais et 30% d'entre eux sont hospitalisés en services de soins aigus (médecine, chirurgie ou gynécologie-obstétrique).

L'analyse de la relation entre l'objectif de prise en charge et le mode de sortie montre une répartition inégale entre ces différents items statistiquement significative (χ^2 de Mantel-Haenzel=31.7 et $\alpha < 0.0001$) pour l'échantillon des entrants (échant 2) (effectifs trop faibles dans l'échantillon des présents (échant 1) pour une analyse par χ^2 , même corrigé).

Les patients présents en H.A.D. depuis plus de 3 mois (échant 1) présentent un risque faible de sortie durant la semaine d'observation. Par conséquent, il est normal de constater 93 % de patients dont le mode de sortie n'est pas indiqué.

Tableau 10

**Modes de sortie en fonction de l'objectif de prise en charge
pour les patients entrants (échant 2)**

Entrants	1:Soins ponctuels			2:Soins continus			3:Soins de phase terminale			4:Réadaptation au domicile			5:Reprise autonomie des parents			0: Non sortis			Total	
	Nb	% col	% lig	Nb	% col	% lig	Nb	% col	% lig	Nb	% col	% lig	Nb	% col	% lig	Nb	% col	% lig	Nb	% col
0: Non sortis	21	4%	15%	92	18%	67%	1	1%	1%	20	14%	15%	0	0%	0%	3	4%	2%	137	9%
1:Domicile sans relais	357	61%	71%	49	10%	10%	2	2%	0%	47	32%	9%	19	34%	4%	31	41%	6%	505	34%
2:Domicile avec SIAD	19	3%	27%	21	4%	30%	3	3%	4%	27	18%	39%	0	0%	0%	0	0%	0%	70	5%
3:Hosp en Méd	69	12%	20%	207	42%	60%	26	25%	8%	28	19%	8%	10	18%	3%	4	5%	1%	344	23%
4:Hosp en chir	18	3%	32%	29	6%	51%	4	4%	7%	5	3%	9%	0	0%	0%	1	1%	2%	57	4%
5: Hosp en Gynéso-Obst	14	2%	33%	1	0%	2%	0	0%	0%	0	0%	0%	0	0%	0%	28	37%	65%	43	3%
6: Hosp en SSR	1	0%	8%	7	1%	58%	2	2%	17%	1	1%	8%	0	0%	0%	1	1%	8%	12	1%
7:Décès	5	1%	4%	56	11%	43%	63	60%	48%	3	2%	2%	0	0%	0%	3	4%	2%	130	9%
8:Autre	85	14%	49%	36	7%	21%	4	4%	2%	16	11%	9%	27	48%	16%	4	5%	2%	172	12%
Total	589	100%	40%	498	100%	34%	105	100%	7%	147	100%	10%	56	100%	4%	75	100%	5%	1470	100%

Pour l'échantillon des entrants (échant 2), le mode de sortie « domicile sans relais » est le mode privilégié pour les patients pris en charge pour « soins ponctuels» (61% d'entre eux) et pour « réadaptation à domicile » (32%). De façon attendue, les «soins de phase terminale» se concluent dans 60% par le décès. Le mode de sortie « Autre », dont le contenu est inconnu, est le principal mode de sortie des patients pris en charge pour « reprise d'autonomie des parents» (48%). Près de la moitié (48%) des patients ayant pour objectif des «soins continus» a pour mode de sortie une hospitalisation dans un service de soins aigus ; principalement en médecine (42% des patients en «soins continus») puis en chirurgie (6% des patients en «soins continus»).

Si l'analyse porte maintenant sur la répartition des objectifs de prise en charge selon le type de sortie, comme attendu, la sortie à domicile sans relais survient dans 71% des cas après des «soins ponctuels» ; la sortie à domicile avec SIAD suit dans 40% des cas une «réadaptation au domicile» et les hospitalisations surviennent dans 51 à 60% des cas après des «soins continus», excepté pour la gynécologie-obstétrique qui présente dans 65% des cas un objectif de soins non renseigné.

3.1.4 Motifs de prise en charge à l'entrée et correspondance avec le diagnostic principal

Tableau 11
Répartition du mode de prise en charge
des patients à l'entrée et au moment de l'enquête,
selon l'échantillon, « Autres traitements » inclus

Répartition du mode de prise en charge à l'entrée et au moment de l'enquête, catégorie "Autres" (4) inclus		Entrants (échant. 2)				Présents (échant. 1)			
		Motifs de prise en charge		Diagnostics principaux		Motifs de prise en charge		Diagnostics principaux	
Intitulé	Code	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Assistance respiratoire	1	8	1 %	26	2 %	5	1 %	11	3 %
Traitement anti-infectieux	2	113	8 %	137	9 %	7	2 %	8	2 %
Surveillance grossesse	4.11	55	4 %	56	4 %	0	0 %	0	0 %
Post-partum	4.12	44	3 %	43	3 %	0	0 %	0	0 %
Prise en charge nouveau-né	4.13	15	1 %	10	1 %	0	0 %	0	0 %
Post traitement chirurgical	4.2	51	3 %	33	2 %	9	2 %	6	2 %
Dépendance	4.3	212	14 %	137	9 %	178	46 %	62	16 %
Tumeurs Malignes : autres PEC	4.4	2	0 %	1	0 %	1	0 %	3	1 %
Autres	4.5	117	8 %	17	1 %	45	12 %	4	1 %
Chimiothérapie	5	310	21 %	329	22 %	9	2 %	9	2 %
Douleur	6	9	1 %	16	1 %	1	0 %	1	0 %
Education du patient	7	35	2 %	34	2 %	1	0 %	3	1 %
Nutrition entérale	8	25	2 %	46	3 %	11	3 %	35	9 %
Nutrition parentérale	9	37	3 %	41	3 %	11	3 %	13	3 %
Pansements complexes	10	134	9 %	209	14 %	65	17 %	141	36 %
Rééducation neuro-orthopédique	1314	8	1 %	36	2 %	0	0 %	24	6 %
Soins palliatifs	15	240	16 %	269	18 %	35	9 %	56	14 %
Surveillance post-chimiothérapie	16	46	3 %	27	2 %	12	3 %	14	4 %
Transfusion sanguine	17	9	1 %	3	0 %	0	0 %	0	0 %
Total		1470	100 %	1470	100 %	390	100 %	390	100 %

Les motifs de prise en charge sont unidimensionnels ; en conséquence, par construction, une évolution devrait apparaître entre motif de prise en charge et diagnostic principal.

Une 1^{ère} analyse des motifs de prise en charge tente de vérifier si la perspective d'un paiement prospectif sur la base d'un diagnostic porté à l'entrée est envisageable. Concrètement cela revient à vérifier si, sur le terrain, le seul motif de prise en charge annoncé à l'entrée est suffisamment éclairant du point de vue des protocoles appliqués au cours du séjour ; une 1^{ère} méthode consiste à comparer le motif de prise en charge avec le diagnostic principal posé à la sortie ; pour être plus précis, il faudrait comparer le motif de prise en charge avec un indicateur synthétique de l'ensemble des diagnostics posés à la sortie.

Dans l'enquête Credes 1999, quel que soit l'échantillon, aucun patient n'a été admis (mode de prise en charge au niveau du motif d'entrée) ou reclassé (mode de prise en charge du diagnostic principal au moment de l'enquête) pour « Surveillance des aplasies » (3), pour « Prise en charge psychologique et/ou sociale » (11) ou pour « Radiothérapie » (12).

Ne représentant que 9 dossiers (classification lors de l'entrée dans l'H.A.D.) une fois réunis, deux modes de prise en charge («Rééducation neurologique» [13] et «Rééducation orthopédique» [14]) ont été regroupés sous un même label pour l'analyse. Une grande part des dossiers a été classée dans le mode de prise en charge « Autres traitements » (4) soit plus précisément 34% (495 dossiers) dans l'échantillon des entrants (échant 2) et 60% (233 dossiers) dans l'échantillon des présents depuis plus de 3 mois (échant 1).

L'évolution du mode de prise en charge entre le motif d'entrée et le diagnostic principal est très importante dans certaines catégories (cf Tableau 11) :

- ↳ le groupe « Autres traitements » (4) diminue nettement en nombre de dossiers concernés entre l'étape du motif de prise en charge annoncé à l'entrée et le diagnostic principal posé au

moment de l'enquête : le pourcentage de cas passe de 34 % de l'ensemble des modes de prise en charge à l'entrée à 20 % au moment de l'enquête chez les patients entrant, soit environ 1 cas sur 3 change de catégorie. Si l'on regarde les choses plus précisément, c'est plus de 1 dossier sur 3 qui est reclassé car 208 sont reclassés dans d'autres catégories que « Autres traitements » (4), et seuls 288 demeurent inchangés ; 9 cas intègrent la catégorie « Autres traitements » (4) en diagnostic principal, provenant essentiellement de la catégorie « Traitement anti-infectieux et autres traitements IV » (2).

- ↳ ces changements à la baisse de catégorie sont compensés par une hausse de certains modes de prise en charge tels que la prise en charge pour Pansements complexes (10) dont la part respective sur l'ensemble des modes de prise en charge augmente de 20 points pour l'échantillon des présents (échant 1) et de 5 points pour l'échantillon des entrants (échant 2) ;
- ↳ La «Rééducation neuro-orthopédique» bénéficie aussi du reclassement d'un certain nombre d'autres modes de prise en charge annoncés à l'entrée : dans l'échantillon des présents (échant 1), ce motif de prise en charge n'apparaît pas à l'entrée du patient mais se révèle être le diagnostic principal de 6 % des patients en diagnostic principal . Dans l'échantillon des entrants (échant 2), sa part quadruple entre le moment de l'entrée du patient et celui de sa sortie (0.6 % à 2.5 %) : ces patients avaient été pour la plupart (42%) classés en «Dépendance» (4.3) à l'entrée ou, dans 36% des cas, en «Autre»s (4.5) avant d'être reclassés dans «Rééducation neuro-orthopédique» (1314).

L'abstraction du mode de prise en charge « Autres traitements » (4) comme mode de prise en charge à l'entrée, mène à une plus grande stabilité de la répartition des dossiers entre les différents modes de prise en charge, entre l'entrée et le diagnostic principal. L'analyse porte alors sur 974 patients dans l'échantillon des entrants (échant 2) et sur 157 patients dans l'échantillon des présents depuis plus de 3 mois (échant 1).

Tableau 12

**Répartition du mode de prise en charge
des patients à l'entrée et au moment de l'enquête,
selon l'échantillon, « Autres traitements » exclus**

Répartition du mode de prise en charge à l'entrée et au moment de l'enquête, catégorie "Autres" (4) exclus		Entrants (échant. 2)				Présents (échant. 1)			
		Motifs d'entrée		DP au moment de l'enquête		Motifs d'entrée		DP au moment de l'enquête	
Mode de prise en charge	Code	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Assistance respiratoire	1	8	1 %	11	1 %	5	1 %	4	1 %
Traitement anti-infectieux	2	113	8 %	124	8 %	7	2 %	5	1 %
Surveillance grossesse	4.11	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Post-partum	4.12	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Prise en charge nouveau-né	4.13	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Post traitement chirurgical	4.2	0	0 %	3	0 %	0	0 %	1	0 %
Dépendance	4.3	0	0 %	2	0 %	0	0 %	3	1 %
Tumeurs Malignes : autres PEC	4.4	0	0 %	0	0 %	0	0 %	2	1 %
Autres	4.5	0	0 %	4	0 %	0	0 %	1	0 %
Chimiothérapie	5	310	21 %	323	22 %	9	2 %	9	2 %
Douleur	6	9	1 %	9	1 %	1	0 %	0	0 %
Education du patient	7	35	2 %	27	2 %	1	0 %	1	0 %
Nutrition entérale	8	25	2 %	24	2 %	11	3 %	13	3 %
Nutrition parentérale	9	37	3 %	35	2 %	11	3 %	11	3 %
Pansements complexes	10	134	9 %	130	9 %	65	17 %	63	16 %
Rééducation neuro-orthopédique	1314	8	1 %	8	1 %	0	0 %	0	0 %
Soins palliatifs	15	240	16 %	249	17 %	35	9 %	32	8 %
Surveillance post-chimiothérapie	16	46	3 %	23	2 %	12	3 %	12	3 %
Transfusion sanguine	17	9	1 %	3	0 %	0	0 %	0	0 %
Total		974	66 %	975	66 %	157	40 %	157	40 %

Certaines variations persistent :

- ↳ certains dossiers sont reclassés dans la catégorie 4 au niveau du diagnostic principal : 7 dans l'échantillon des présents (échant 1) et 9 dans l'échantillon des entrants (échant 2) ; pour la plupart des entrants, il s'agit de patients pris en charge en H.A.D. pour une pathologie relevant du mode de prise en charge « Autres » (4) ;
- ↳ le mode de prise en charge « Surveillance post-chimiothérapie » (16) présente aussi une baisse de ses effectifs de 50 % dans l'échantillon des entrants (échant 2): 29% sont reclassés au niveau du diagnostic principal en « Traitement anti-infectieux et autres traitements IV » (2) et 11 % en « Nutrition parentérale » (9).

Tableau 13
Détails de la répartition du mode de prise en charge
des patients à l'entrée et au moment de l'enquête,
dans l'échantillon des entrants (échant 2)

DP Mode de prise en charge	1:Assistance resp			2:Ttt anti-inf et autres ttt IV			5:Chimioth			6: Douleur			7:Educ du patient et de son entourage			8:Nutrition entérale		
	Nb	% col	% lig	Nb	% col	% lig	Nb	% col	% lig	Nb	% col	% lig	Nb	% col	% lig	Nb	% col	% lig
1:Assistance resp	8	30,77 %	100,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %
2:Ttt anti-inf et autres ttt IV	1	3,85 %	0,88 %	100	72,99 %	88,50 %	2	0,61 %	1,77 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %
5:Chimioth	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	304	92,40 %	98,06 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %
6: Douleur	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	1	0,30 %	11,11 %	7	43,75 %	77,78 %	0	0,00 %	0,00 %	1	2,17 %	11,11 %
7:Educ du patient et de son entourage	1	3,85 %	2,86 %	3	2,19 %	8,57 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	27	79,41 %	77,14 %	1	2,17 %	2,86 %
8:Nutrition entérale	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	2	0,61 %	8,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	20	43,48 %	80,00 %
9:Nutrition parentérale	0	0,00 %	0,00 %	1	0,73 %	2,70 %	8	2,43 %	21,62 %	1	6,25 %	2,70 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %
10:Pansements complexes	1	3,85 %	0,75 %	1	0,73 %	0,75 %	1	0,30 %	0,75 %	1	6,25 %	0,75 %	0	0,00 %	0,00 %	1	2,17 %	0,75 %
15:Soins palliatifs	0	0,00 %	0,00 %	2	1,46 %	0,83 %	1	0,30 %	0,42 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %
16:Surv post-chimio	0	0,00 %	0,00 %	13	9,49 %	28,26 %	3	0,91 %	6,52 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %
17:Transf sguine	0	0,00 %	0,00 %	4	2,92 %	44,44 %	1	0,30 %	11,11 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %
42:Post ttt chir	0	0,00 %	0,00 %	1	0,73 %	1,96 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %
43:Dépendance	7	26,92 %	3,30 %	5	3,65 %	2,36 %	3	0,91 %	1,42 %	4	25,00 %	1,89 %	3	8,82 %	1,42 %	16	34,78 %	7,55 %
44:TM autres PEC	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %
45:Divers	6	23,08 %	5,13 %	7	5,11 %	5,98 %	3	0,91 %	2,56 %	3	18,75 %	2,56 %	2	5,88 %	1,71 %	7	15,22 %	5,98 %
411:Grossesse	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %
412:Post-partum	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %
413:Nouveau-Né	2	7,69 %	13,33 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	2	5,88 %	13,33 %	0	0,00 %	0,00 %
1314:Rééduc neuro-ortho	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %
Total	26	100,00 %	1,77 %	137	100,00 %	9,32 %	329	100,00 %	22,38 %	16	100,00 %	1,09 %	34	100,00 %	2,31 %	46	100,00 %	3,13 %

9:Nutrition parentérale			10:Pansements complexes			15:Soins palliatifs			16:Surv post-chimio			17:Transf sanguine			42:Post ttt chir			43:Dépendance		
Nb	% col	% lig	Nb	% col	% lig	Nb	% col	% lig	Nb	% col	% lig	Nb	% col	% lig	Nb	% col	% lig	Nb	% col	% lig
0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %
3	7,32 %	2,65 %	1	0,48 %	0,88 %	2	0,74 %	1,77 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	1	3,03 %	0,88 %	0	0,00 %	0,00 %
2	4,88 %	0,65 %	1	0,48 %	0,32 %	3	1,12 %	0,97 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %
0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %
0	0,00 %	0,00 %	1	0,48 %	2,86 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	1	0,73 %	2,86 %
0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	2	0,74 %	8,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	1	0,73 %	4,00 %
25	60,98 %	67,57 %	0	0,00 %	0,00 %	2	0,74 %	5,41 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %
0	0,00 %	0,00 %	126	60,29 %	94,03 %	1	0,37 %	0,75 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	2	6,06 %	1,49 %	0	0,00 %	0,00 %
0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	237	88,10 %	98,75 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %
5	12,20 %	10,87 %	1	0,48 %	2,17 %	1	0,37 %	2,17 %	23	85,19 %	50,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %
0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	1	0,37 %	11,11 %	0	0,00 %	0,00 %	3	100,00 %	33,33 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %
0	0,00 %	0,00 %	11	5,26 %	21,57 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	20	60,61 %	39,22 %	19	13,87 %	37,25 %
3	7,32 %	1,42 %	46	22,01 %	21,70 %	14	5,20 %	6,60 %	3	11,11 %	1,42 %	0	0,00 %	0,00 %	2	6,06 %	0,94 %	87	63,50 %	41,04 %
0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	1	0,37 %	50,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %
3	7,32 %	2,56 %	21	10,05 %	17,95 %	5	1,86 %	4,27 %	1	3,70 %	0,85 %	0	0,00 %	0,00 %	7	21,21 %	5,98 %	29	21,17 %	24,79 %
0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %
0	0,00 %	0,00 %	1	0,48 %	2,27 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	1	3,03 %	2,27 %	0	0,00 %	0,00 %
0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %
0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %
41	100,00 %	2,79 %	209	100,00 %	14,22 %	269	100,00 %	18,30 %	27	100,00 %	1,84 %	3	100,00 %	0,20 %	33	100,00 %	2,24 %	137	100,00 %	9,32 %

44:TM autres PEC			45:Divers			411:Grossesse			412:Post-partum			413:Nouveau-Né			1314:Rééduc neuro-ortho			Total	
Nb	% col	% lig	Nb	% col	% lig	Nb	% col	% lig	Nb	% col	% lig	Nb	% col	% lig	Nb	% col	% lig	Nb	% col
0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	8	0,54 %
0	0,00 %	0,00 %	3	17,65 %	2,65 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	113	7,69 %
0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	310	21,09 %
0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	9	0,61 %
0	0,00 %	0,00 %	1	5,88 %	2,86 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	35	2,38 %
0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	25	1,70 %
0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	37	2,52 %
0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	134	9,12 %
0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	240	16,33 %
0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	46	3,13 %
0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	9	0,61 %
0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	51	3,47 %
0	0,00 %	0,00 %	4	23,53 %	1,89 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	15	41,67 %	7,08 %	212	14,42 %
1	100,00 %	50,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	2	0,14 %
0	0,00 %	0,00 %	9	52,94 %	7,69 %	0	0,00 %	0,00 %	1	2,33 %	0,85 %	0	0,00 %	0,00 %	13	36,11 %	11,11 %	117	7,96 %
0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	55	98,21 %	100,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	55	3,74 %
0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	42	97,67 %	95,45 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	44	2,99 %
0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	1	1,79 %	6,67 %	0	0,00 %	0,00 %	10	100,00 %	66,67 %	0	0,00 %	0,00 %	15	1,02 %
0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	8	22,22 %	100,00 %	8	0,54 %
1	100,00 %	0,07 %	17	100,00 %	1,16 %	56	100,00 %	3,81 %	43	100,00 %	2,93 %	10	100,00 %	0,68 %	36	100,00 %	2,45 %	1470	100,00 %

Ne prenant en compte que l'échantillon d'entrants (échant 2), outre les remarques déjà faites pour les modes de prise en charge à l'entrée -- «Dépendance» (4.3), « Tumeurs malignes autre prise en charge » (4.4), « Pansements complexes » (10), «Rééducation neuro-orthopédique» (1314) et « Surveillance post-chimiothérapie » (16) --, 4 patients sur 9 admis pour « Transfusion sanguine » (17) ont en fait comme diagnostic principal « Traitement anti-infectieux et autres traitement IV » ; seuls 3 % gardent réellement « Transfusion sanguine » comme diagnostic principal.

Si on s'intéresse à la correspondance du mode de prise en charge donné à l'entrée avec le mode de prise en charge du diagnostic principal, on constate que la plupart des modes de prise en charge du diagnostic principal correspond à celui donné à l'entrée. Cependant, certaines évolutions entre le motif de prise en charge et le diagnostic principal sont à noter :

- ↳ seulement 31 % des patients dont le mode de diagnostic principal est «Assistance respiratoire» (1) avaient été classés à l'entrée en «Assistance respiratoire» ; 27 % avaient été classés en «Dépendance» (4.3) et 23 % en « Autres » (4.5) ;
- ↳ moins de la moitié des patients dont le diagnostic principal est « Douleur » (6) avaient été classés dans cette catégorie. Un quart avait été admis pour «Dépendance» (4.3) ;
- ↳ Le mode de prise en charge « Divers » (4.5) en diagnostic principal est composé de patients dont les modes de prise en charge à l'entrée étaient très variés. Dans la moitié des cas (9/17), le mode de prise en charge à l'entrée était déjà « Divers » (4.5), 4/17 était «Dépendance» (4.3) et 3 cas /17 étaient classés « Traitement anti-infectieux » (2).

3.1.5 Etiologie de la maladie et phase évolutive

Dans l'échantillon des entrants (échant 2), plus d'un tiers des dossiers (35 %) ne présentait pas d'indication concernant le caractère évolutif de la pathologie prise en charge. Environ un quart (26 %) était considéré en phase d'aggravation, 14 % étaient sans évolution, 13 % étaient en phase d'amélioration et les derniers 12% présentaient une maladie étiologique en phase palliative.

Dans l'échantillon des présents depuis plus de trois mois (échant 1), le taux de patients avec une pathologie en phase non évolutive est quasiment le double de celui de l'échantillon des entrants (26 %) et le taux de non renseignés n'est que de 20 %. Les autres taux sont semblables à ceux de l'échantillon des entrants.

Tableau 14

Caractère évolutif de la pathologie et objectifs de soins

ENTRANTS	En phase d'aggravation			En phase palliative (fin de vie)			En phase d'amélioration			Non évolutive			Non renseigné		
	Nb	% col	% ligne	Nb	% col	% ligne	Nb	% col	% ligne	Nb	% col	% ligne	Nb	% col	% ligne
1:Soins ponctuels	164	42,27 %	27,89 %	11	6,43 %	1,87 %	86	44,56 %	14,63 %	99	48,53 %	16,84 %	228	44,44 %	38,78 %
2:Soins continus	177	45,62 %	35,54 %	90	52,63 %	18,07 %	38	19,69 %	7,63 %	62	30,39 %	12,45 %	131	25,54 %	26,31 %
3:Soins de phase terminale	16	4,12 %	15,24 %	67	39,18 %	63,81 %	3	1,55 %	2,86 %	2	0,98 %	1,90 %	17	3,31 %	16,19 %
4:Réadaptation au domicile	28	7,22 %	19,05 %	2	1,17 %	1,36 %	63	32,64 %	42,86 %	24	11,76 %	16,33 %	30	5,85 %	20,41 %
5:Reprise autonomie des parents	2	0,52 %	3,57 %	0	0,00 %	0,00 %	2	1,04 %	3,57 %	17	8,33 %	30,36 %	35	6,82 %	62,50 %
0	1	0,26 %	1,33 %	1	0,58 %	1,33 %	1	0,52 %	1,33 %	0	0,00 %	0,00 %	72	14,04 %	96,00 %
TOTAL	388	100,00 %	26,41 %	171	100,00 %	11,64 %	193	100,00 %	13,14 %	204	100,00 %	13,89 %	513	100,00 %	34,92 %
PRESENTS	En phase d'aggravation			En phase palliative (fin de vie)			En phase d'amélioration			Non évolutive			Non renseigné		
	Nb	% col	% ligne	Nb	% col	% ligne	Nb	% col	% ligne	Nb	% col	% ligne	Nb	% col	% ligne
1:Soins ponctuels	20	17,54 %	48,78 %	1	2,00 %	2,44 %	6	12,50 %	14,63 %	9	8,82 %	21,95 %	5	6,58 %	12,20 %
2:Soins continus	92	80,70 %	30,36 %	44	88,00 %	14,52 %	24	50,00 %	7,92 %	81	79,41 %	26,73 %	62	81,58 %	20,46 %
3:Soins de phase terminale	0	0,00 %	0,00 %	4	8,00 %	44,44 %	2	4,17 %	22,22 %	0	0,00 %	0,00 %	3	3,95 %	33,33 %
4:Réadaptation au domicile	2	1,75 %	6,25 %	1	2,00 %	3,13 %	13	27,08 %	40,63 %	12	11,76 %	37,50 %	4	5,26 %	12,50 %
5:Reprise autonomie des parents	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	1	2,08 %	50,00 %	0	0,00 %	0,00 %	1	1,32 %	50,00 %
0	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	2	4,17 %	66,67 %	0	0,00 %	0,00 %	1	1,32 %	33,33 %
TOTAL	114	100,00 %	29,23 %	50	100,00 %	12,82 %	48	100,00 %	12,31 %	102	100,00 %	26,15 %	76	100,00 %	19,49 %

Les «soins ponctuels» sont dans plus d'un tiers des cas non renseignés quant à l'évolutivité de la maladie étiologique et un deuxième tiers est composé de patient présentant une pathologie étiologique en phase d'aggravation (près de la moitié dans l'échantillon des présents (échant 1)). Les «soins ponctuels» représentent, tous échantillon confondus, l'objectif de prise en charge de 35% des pathologies en phase stable.

Une forte liaison est présente entre les soins terminaux et les pathologies étiologiques en phase palliative ($\chi^2=294.5$ avec 1 ddl soit $\alpha<0.0001$). En effet, 62% des soins terminaux sont pour des pathologies en phase palliative. Pourtant, celles-ci ont un objectif de prise en charge prédominant en «soins continus» (60%), les soins terminaux occupant le tiers restant.

Dans 34% des cas, les «soins continus» sont à mettre en relation avec une pathologie en phase d'aggravation (globalement et dans chacun des échantillons) et ils représentent l'évolution de plus de la moitié des pathologies en phase d'aggravation. (81% dans l'échantillon des présents (échant 1) et 46% dans l'échantillon des entrants (échant 2)). Ils sont aussi les plus fréquents pour les maladies étiologiques en phase stable (79%) et pour les pathologies en phase palliative (61% globalement avec un taux variant entre 88% pour l'échantillon des présents (échant 1) et 53% pour l'échantillon des entrants (échant 2)).

Une autre relation forte est confirmée : la relation entre l'objectif de «réadaptation au domicile» et les pathologies étiologiques en phase d'amélioration ($\chi^2=152.66$ avec 1ddl soit $\alpha<0.001$).

3.2 Construction d'autres indicateurs

3.2.1 Indicateur d'autonomie du patient

L'indicateur d'autonomie du patient n'est pas un indicateur unique. Il comprend deux groupes de 7 items : un 1^{er} groupe concernant le plan locomoteur et un second groupe concernant le plan relationnel. L'évaluation des capacités ou difficultés locomotrices du patient se fait sur ses capacités à s'alimenter, à sortir du lit, à s'habiller, à faire sa toilette, à se déplacer, à se rendre aux toilettes et à monter ou descendre les escaliers. Chaque item reçoit un score variant entre 1 et 6 (cf 2.1.2.7). Les capacités ou difficultés de type relationnel (sensoriel ou psychologique) du patient prises en compte concernent la vision, l'audition, l'expression, le comportement à type d'agression ou à type de dépression, le mémoire et le continence.

Les problèmes de continence peuvent être d'origine neurologique comme les problèmes relationnels. Cependant, si l'on se place sur le plan des conséquences plutôt que de l'étiologie, l'aide requise par l'entourage du fait des problèmes de continence se rapproche de l'aide apportée pour des problèmes locomoteurs alors que les difficultés relationnelles sont de nature différente. C'est pourquoi la continence est rapprochée de la locomotion.

Deux variables secondaires ont ensuite été créées : une première variable sg24 regroupe les arguments de capacité du patient et la continence et une deuxième variable sg25 toutes les difficultés du patient sauf la continence. Une troisième variable sg somme sg24 et sg25.

Les deux variables secondaires (sg24 et sg25) ont ensuite été groupées en suivant un raisonnement logique (respectivement sg24gp, sg25gp). Le principe a été de considérer que les patients présentaient globalement un même degré de capacités ou de difficultés quels que soient les items étudiés ; à partir de cette hypothèse ont été fixées comme borne de chaque groupe les valeurs paliers de chaque item ; ainsi si chaque item prend la valeur 1, leur somme vaut 8 pour sg24 et 6 pour sg25. Ces deux valeurs ont été retenues comme borne supérieure du premier groupe de sg24gp et sg25gp. Et ainsi de suite pour former 6 groupes de valeurs.

L'analyse de la régression s'est faite en excluant la catégorie 6 « Sans objet » qui faussait l'interprétation.

Tableau 15

Valeurs prises par les items des variables de capacité et de difficultés des patients dans chaque échantillon

ENTRANTS		1		2		3		4		5		6		0	
		Nb	% lig	Nb	% lig	Nb	% lig	Nb	% lig	Nb	% lig	Nb	% lig	Nb	% lig
Le patient peut:	S'alimenter	826,00	56,19%	127,00	8,64%	97,00	6,60%	110,00	7,48%	195,00	13,27%	100,00	6,80%	15,00	1,02%
	Sortir du lit	673,00	45,78%	171,00	11,63%	112,00	7,62%	149,00	10,14%	252,00	17,14%	104,00	7,07%	9,00	0,61%
	S'habiller	658	44,76%	119	8,10%	138	9,39%	163	11,09%	282	19,18%	101	6,87%	9	0,61%
	Faire sa toilette	629	42,79%	91	6,19%	133	9,05%	209	14,22%	304	20,68%	94	6,39%	10	0,68%
	Se déplacer	603	41,02%	168	11,43%	138	9,39%	155	10,54%	279	18,98%	117	7,96%	10	0,68%
	Se rendre aux toilettes	639	43,47%	154	10,48%	118	8,03%	138	9,39%	272	18,50%	136	9,25%	13	0,88%
	Monter ou descendre un escalier	525	35,71%	130	8,84%	108	7,35%	115	7,82%	338	22,99%	212	14,42%	42	2,86%
	Total	5450	52,96%	1061	10,31%	903	8,78%	1087	10,56%	2158	20,97%	966	9,39%	135	1,31%
Le patient a des difficultés	De vision	969	65,92%	284	19,32%	51	3,47%	20	1,36%	30	2,04%	92	6,26%	24	1,63%
	D'audition	1032	70,20%	231	15,71%	55	3,74%	18	1,22%	26	1,77%	90	6,12%	18	1,22%
	D'expression	968	65,85%	148	10,07%	101	6,87%	48	3,27%	88	5,99%	95	6,46%	22	1,50%
	De comportement à type d'agression	1035	70,41%	82	5,58%	25	1,70%	12	0,82%	20	1,36%	147	10,00%	149	10,14%
	De comportement à type de dépression	738	50,20%	258	17,55%	129	8,78%	26	1,77%	49	3,33%	142	9,66%	128	8,71%
	De mémoire	948	64,49%	198	13,47%	67	4,56%	35	2,38%	81	5,51%	105	7,14%	36	2,45%
	De continence	897	61,02%	101	6,87%	59	4,01%	48	3,27%	236	16,05%	102	6,94%	27	1,84%
	Total	5690	55,30%	1201	11,67%	428	4,16%	159	1,55%	294	2,86%	671	6,52%	377	3,66%
TOTAL	11140	54,13%	2262	10,99%	1331	6,47%	1246	6,05%	2452	11,91%	1637	7,95%	512	2,49%	
PRESENTS		1		2		3		4		5		6		0	
		Nb	% lig	Nb	% lig	Nb	% lig	Nb	% lig	Nb	% lig	Nb	% lig	Nb	% lig
Autonomie locomotrice et continence	S'alimenter	145,00	37,18%	28,00	7,18%	32,00	8,21%	48,00	12,31%	128,00	32,82%	5,00	1,28%	4,00	1,03%
	Sortir du lit	91,00	23,33%	48,00	12,31%	16,00	4,10%	57,00	14,62%	169,00	43,33%	6,00	1,54%	3,00	0,77%
	S'habiller	87	22,31%	33	8,46%	24	6,15%	61	15,64%	176	45,13%	5	1,28%	4	1,03%
	Faire sa toilette	74	18,97%	22	5,64%	34	8,72%	67	17,18%	185	47,44%	5	1,28%	3	0,77%
	Se déplacer	61	15,64%	53	13,59%	27	6,92%	67	17,18%	171	43,85%	7	1,79%	4	1,03%
	Se rendre aux toilettes	87	22,31%	40	10,26%	19	4,87%	51	13,08%	174	44,62%	15	3,85%	4	1,03%
	Monter ou descendre un escalier	46	11,79%	37	9,49%	25	6,41%	45	11,54%	189	48,46%	41	10,51%	7	1,79%
	Total	738	27,03%	289	10,59%	196	7,18%	426	15,60%	1338	49,01%	99	3,63%	34	1,25%
Autonomie relationnelle	De vision	212	54,36%	94	24,10%	29	7,44%	13	3,33%	23	5,90%	12	3,08%	7	1,79%
	D'audition	229	58,72%	85	21,79%	29	7,44%	11	2,82%	19	4,87%	10	2,56%	7	1,79%
	D'expression	199	51,03%	45	11,54%	39	10,00%	33	8,46%	66	16,92%	5	1,28%	3	0,77%
	De comportement à type d'agression	248	63,59%	41	10,51%	15	3,85%	3	0,77%	18	4,62%	25	6,41%	40	10,26%
	De comportement à type de dépression	152	38,97%	97	24,87%	50	12,82%	13	3,33%	26	6,67%	20	5,13%	32	8,21%
	De mémoire	192	49,23%	69	17,69%	29	7,44%	24	6,15%	55	14,10%	12	3,08%	9	2,31%
	De continence	147	37,69%	28	7,18%	19	4,87%	30	7,69%	146	37,44%	15	3,85%	5	1,28%
	Total	1232	45,13%	431	15,79%	191	7,00%	97	3,55%	207	7,58%	84	3,08%	98	3,59%
TOTAL	1970	36,08%	720	13,19%	387	7,09%	523	9,58%	1545	28,30%	183	3,35%	132	2,42%	

Dans l'échantillon des entrants (échant 2), si l'on considère l'ensemble des items d'autonomie locomotrice, la continence et l'aspect relationnel, leur majorité (54 %) est parfaitement assurée (score 1= « seul sans difficulté » ou

« aucune difficulté »). A l'autre bout de l'échelle, 12 % des items d'autonomie sont affectés du score maximal de dépendance (score 5 = « prise en charge totale » ou « difficulté maximum »). On compte 13 % des items de score intermédiaire (score 3 ou 4). Restent 10 % des items dont le score est « sans objet » ou « non renseigné ».

Sur le seul plan locomoteur et de la continence, on compte une proportion bien plus grande de gestes affectés d'un élevé (21 % de score 5 « prise en charge totale » et 11 % de score 4 « aide permanente »), les difficultés majeures concernant la montée ou descente des escaliers (31 % de scores 4 et 5) et la toilette (35 % de scores 4 et 5) ; l'alimentation étant la mieux préservée (56 % de score 1).

Sur le plan relationnel, les difficultés sont globalement moindre (65 % de scores 1 « aucune difficulté » et 14 % de scores 2 « légères difficultés »). Si la vision et l'audition sont mieux préservées que les autres fonctions (respectivement 96 % et 86 % de scores 1 et 2), sont plus affectées les fonctions d'expression, les comportement dépressif et la mémoire (respectivement 16 %, 14 % et 12 % de scores 3, 4 et 5 « difficultés graves à maximum »).

Dans l'échantillon des présents depuis plus de 3 mois (échant.1), l'autonomie est bien plus diminuée : seuls 36 % des items reçoivent le score 1 alors que 38 % reçoivent un score 4 ou 5. Les fonctions locomotrices sont particulièrement affectées, surtout la montée ou descente d'escalier et la continence, alors que sur le plan relationnel, ce sont les facultés d'expression qui souffrent le plus (25 % de scores 4 et 5).

Tableau 16

Analyse des variables groupées dans chaque échantillon

Entrants				PRESENTS			
sg24gp		sg25gp		sg24gp		sg25gp	
Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
464	33,57%	565	40,88%	33	8,55%	81	20,98%
255	18,45%	595	43,05%	68	17,62%	183	47,41%
275	19,90%	141	10,20%	65	16,84%	63	16,32%
77	5,57%	47	3,40%	30	7,77%	29	7,51%
265	19,18%	19	1,37%	171	44,30%	22	5,70%
46	3,33%	15	1,09%	19	4,92%	8	2,07%
1382	100,00%	1382	100,00%	386	100,00%	386	100,00%

Si l'on considère maintenant le patient dans sa globalité, parmi les entrants (échant.2), plus de la moitié (52 %) sont très autonomes sur le plan locomoteur et de la continence (classes 1 et 2), 25 % ont des difficultés modérées à grandes (classes 3 et 4) et 23 % des difficultés majeures ou maximales (classes 5 et 6). Le plan relationnel est mieux préservé avec 84 % des patients autonomes (classes 1 et 2).

Parmi les présents depuis plus de 3 mois (échant.1), la répartition des patients selon leur autonomie locomotrice et leur continence est inversée avec la moitié des patients présentant des difficultés majeures ou maximales (classes 5 et 6). Sur le plan relationnel, on constate un net glissement de la répartition des patients vers les classes de difficulté supérieures (seulement 21 % de classe 1 mais 47 % de classe 2 et 16 % de classe 3).

Considérant l'autonomie globale, à la fois locomotrice, la continence et le relationnel, pose des difficultés de mixage des 2 échelles de graduation différente. En effet, si pour chaque item, le score 3 du plan locomoteur est bien moins péjoratif que le score 3 du plan relationnel, les classes 3 de patients des variables sg24gp et sg25gp ne sont pas équivalentes. Il serait cependant conceptuellement possible de construire des classes spécifiques de patients selon leur autonomie globale mais par une autre méthode en pondérant les scores des 2 échelles pour n'en faire qu'une.

Globalement par patient, dans l'échantillon des entrants (échant.2), l'analyse de la régression entre sg24 (somme des items de locomotion et continence pour chaque patient) et sg25 (somme des items relationnels pour chaque patient) met en évidence un coefficient de corrélation $R^2=0.3516$ avec un test de Fisher très significatif ($F=748.313$ avec pour degré de liberté 1 et 1980 soit $p<0.0001$). Le modèle obtenu indique une constante forte de 7.19 et un coefficient associé à sg25 de 1.37 (l'augmentation de 1 unité sur le plan relationnel entraîne une augmentation de 1.37 unité de sur le plan locomoteur et continence).

Dans cet échantillon (échant.1), la régression entre sg24 et sg25 montre une relation moins forte que dans l'échantillon des entrants (échant.2) ; le modèle reste valide (test de Fisher $F=155.82$ avec 1 et 384 pour degré de liberté) mais le coefficient de corrélation R^2 ne vaut que 0.2886. Dans le modèle, la constante est égale à 16.79 tandis que l'augmentation d'une unité sur le plan relationnel n'entraîne une augmentation que de 0.94 sur le plan locomoteur et continence.

3.2.2 Indicateur de charge en soins infirmiers

Il était demandé dans le questionnaire « structure » si l'utilisation des indicateurs de Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée (Siips) était d'usage courant ou non. Il était aussi précisé que le codage des Siips n'était pas obligatoire dans le cas d'une méconnaissance ou d'un manque d'habitude d'utilisation. Une méthode de remplissage était résumées dans le questionnaire patient afin de rappeler succinctement la méthode et un fascicule complet de la

méthode était fourni ainsi que des références pour les professionnels désirant calculer les SIIPS pour l'enquête ou se former à cette pratique.

Par construction a priori, ont été regroupés en 5 groupes chacun des 3 indicateurs. Lors du recueil des données Siips dans le cadre d'un relevé journalier, 4 coefficients peuvent être affectés à la charge en soins infirmiers : 1, 4, 10 ou 20. Ces valeurs du codage Siips par jour sont considérées comme des paliers et ont servi de bornes pour le groupage des scores des soins de base (isbpg), des soins techniques (istgp) et des soins relationnels (isregp), scores pouvant prendre des valeurs intermédiaires à ces paliers suivant la longueur de cette période d'observation. Sur la période d'observation, les bornes de chaque groupe de données sont les suivantes (avec leur correspondance en niveau de charges en soins du patient) :

- classe n°1 de niveaux de charge en soins sur la période : scores non remplis ;
- classe n°2 de niveaux de charge en soins sur la période : scores égaux à 1 (pas e charge en soins infirmiers) ;
- classe n°3 de niveaux de charge en soins sur la période données entre 2 et 4 (charge en soins infirmiers modérée du patient) ;
- classe n°3 de niveaux de charge en soins sur la période données entre 4 et 10 (charge en soins infirmiers importante du patient) ;
- classe n°5 de niveaux de charge en soins sur la période données supérieures à 11 (charge en soins infirmiers complète ou totale du patient).

Dans l'échantillon des entrants (échant 2), 528 dossiers n'étaient pas remplis pour les items de charge en soins infirmiers, soit 36 % des dossiers.

La fréquence de non remplissage était un peu moins élevée dans l'échantillon des présents (échant 1) : 116 dossiers sur 390 soit 30 % ne présentaient pas d'évaluation Siips.

Tableau 17

**Répartition des patients selon la charge en soins infirmiers
par type de soins et selon l'échantillon**

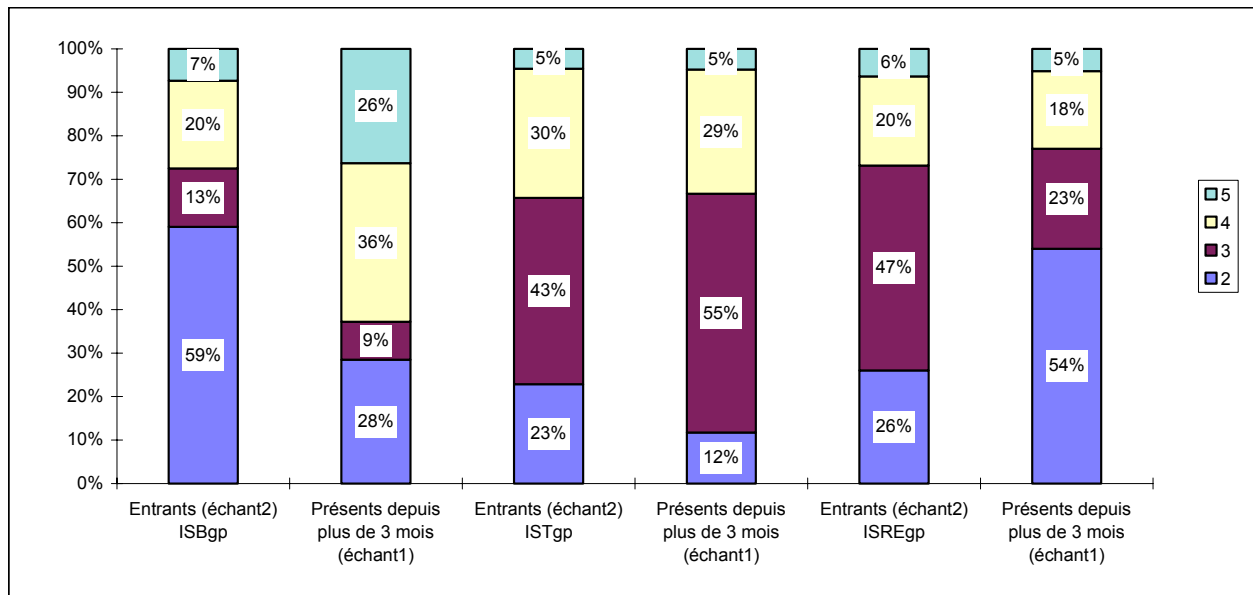
ENTRANTS	ISBgp		ISTgp		ISREgp	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
2	556	59,02%	215	22,82%	245	26,01%
3	127	13,48%	404	42,89%	444	47,13%
4	190	20,17%	280	29,72%	193	20,49%
5	69	7,32%	43	4,56%	60	6,37%
Total	942	100,00%	942	100,00%	942	100,00%
PRESENTS	ISBgp		ISTgp		ISREgp	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
2	78	28,47%	32	11,72%	148	54,01%
3	24	8,76%	150	54,95%	63	22,99%
4	100	36,50%	78	28,57%	49	17,88%
5	72	26,28%	13	4,76%	14	5,11%
Total	274	100,00%	273	100,00%	274	100,00%

L'analyse par variable secondaire (variable groupée) : isbpg, istgp, isregp montre que 59 % des patients ne requièrent que peu de charge en soins infirmiers de base [classe 2 de isbpg], 43 % demandent une charge modérée en soins infirmiers techniques [classe 3 de istgp] et 48 % une charge modérée en soins infirmiers relationnels et éducatifs [classe 3 de isregp].

Les patients présents en H.A.D. depuis plus de 3 mois (échant 1) demandent une charge en soins infirmiers de qualité différente que celle des entrants (échant 2) ; en effet, 63 % d'entre eux requièrent une charge majeure ou complète en soins de base [classe 4 et 5 de isbpg]. A l'opposé, plus de 54 % de patients ne nécessitent que peu ou prou de soins relationnels et éducatifs [classe 2 de isregp]. Au niveau des soins techniques, les présents (échant 1), par rapport aux entrants, demandent un peu plus de charge en soins infirmiers modérés (55 %) [classe 3 de istgp] aux dépens de ceux qui n'en demandent que rarement.

Graphique 10

Répartition de la charge en soins infirmiers par échantillon



La représentation par graphique souligne les résultats déjà cités : les patients entrants demandent une charge en soins infirmiers de base plus légère et une charge en soins infirmiers relationnels plus lourde. Au niveau des soins techniques, la différence entre les deux échantillons se fait sur la fréquence relative entre l'indépendance du patient et une dépendance modérée. Les soins techniques pour une dépendance majeure ou une dépendance totale représentent la même proportion dans les deux échantillons.

En raison des items cotés pour apprécier l'autonomie du patient et ceux pour la charge en soins infirmiers, il semblait que certains pouvaient être redondants avec d'autres. Ainsi, il était envisagé une corrélation croissante entre les soins infirmiers de base et relationnels et les difficultés du patient et une autre corrélation croissante entre les soins techniques et les capacités du patient.

L'analyse par tableaux croisés et par test du χ^2 s'est avérée peu explicite. Dans l'échantillon des entrants (échant 2), les tests du χ^2 sont significatifs pour toutes les relations entre les indicateurs d'autonomie et ceux de la charge en soins infirmiers. Seule la relation sg25gp (indicateur de difficultés) et la charge en soins infirmiers techniques (istgp) est non significative ($p=0.04$). Pourtant, l'étude de la répartition des patients entre les indicateurs d'autonomie et ceux de charge en soins infirmiers ne montrait pas de tendance franche.

Quel que soit le degré d'autonomie du patient, la charge en soins infirmiers techniques ou en soins relationnels correspond principalement à une dépendance modérée.

Au niveau des soins infirmiers de base, une légère tendance se dégage avec un accroissement de la valeur de l'indicateur de charge en soins infirmiers en relation avec une augmentation de la valeur de l'indicateur d'autonomie tant pour les capacités que pour les difficultés.

L'analyse de régression confirme les résultats précédents : il n'existe pas de modèle statistiquement correct reliant la charge en soins infirmiers techniques et les indicateurs d'autonomie. Les résultats sont différents entre les charges en soins infirmiers de base et relationnels et les indicateurs d'autonomie :

↳ avec un coefficient de corrélation $R^2=0.1987$, la variable sg24 intervient positivement dans l'augmentation de la valeur de l'Isb : paramètre estimé de 0.17 ;

↳ le coefficient de corrélation entre Isre et les variables d'autonomie est plus faible voire nul ($R^2=0.01$) mais l'analyse indique une relation entre sg24 et Isre.

L'analyse menée dans l'échantillon des présents (échant 1) présente quelques différences :

↳ quel que soit la variable de charge en soins infirmiers, il existe une relation entre ces dernières et les indicateurs d'autonomie. ;

↳ Le coefficient de corrélation est le plus faible pour les soins techniques ($R^2=0.04$) et il est le plus fort pour les soins de base ($R^2=0.33$) ;

↳ Les paramètres estimés restent faibles malgré tout :

- * 0.30 entre sg24 et Isb ;
- * 0.25 entre sg25 et Isre ;
- * 0.03 entre sg24 et Ist.

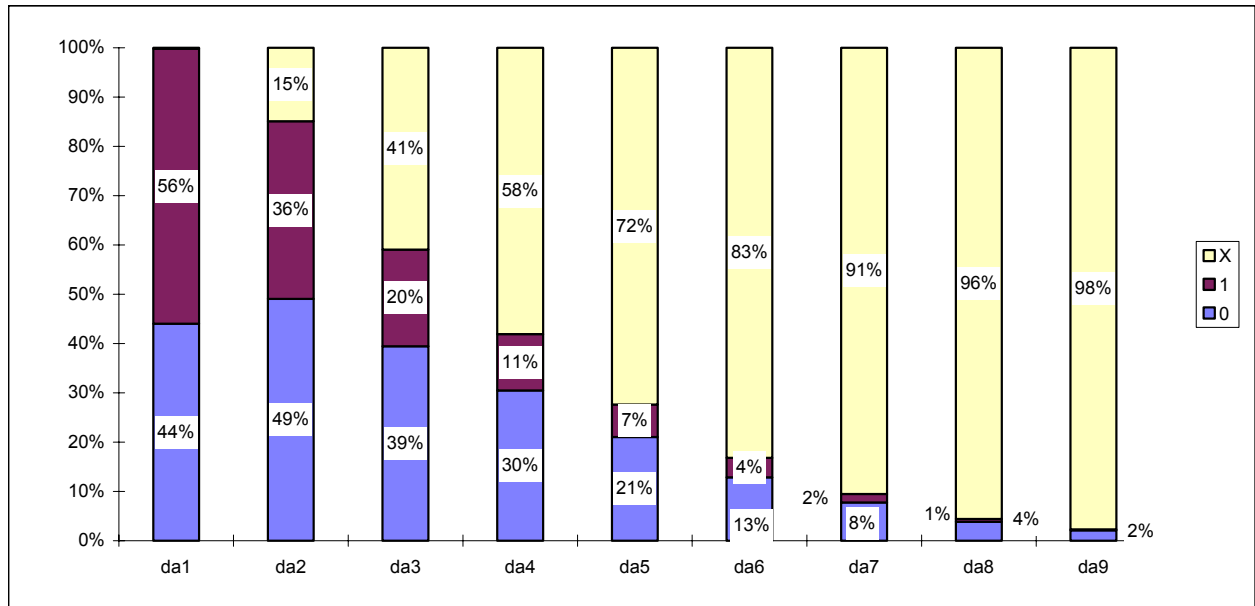
3.2.3 Indicateurs de diagnostic

Outre le mode de prise en charge (en 22 catégories), d'autres notions peuvent être appréhendées dans l'enquête CreDES 1999 pour caractériser le diagnostic.

3.2.3.1 Nombre de diagnostics renseignés et nombre de protocoles de soins associés

Neuf diagnostics au plus par patient pouvaient être associés au diagnostic principal. Certains indiquent l'étiologie, certains des pathologies associées ou liées au diagnostic principal, certains des pathologies intercurrentes, d'autres encore d'autres modes de prises en charge...le diagramme suivant indique le nombre de diagnostics associés (DA) renseignés selon leur position et leur appartenance ou non aux modes de prise en charge.

Graphique 11

Répartition des diagnostics et protocoles de soins associés
dans l'échantillon des patients entrants (échant 2)

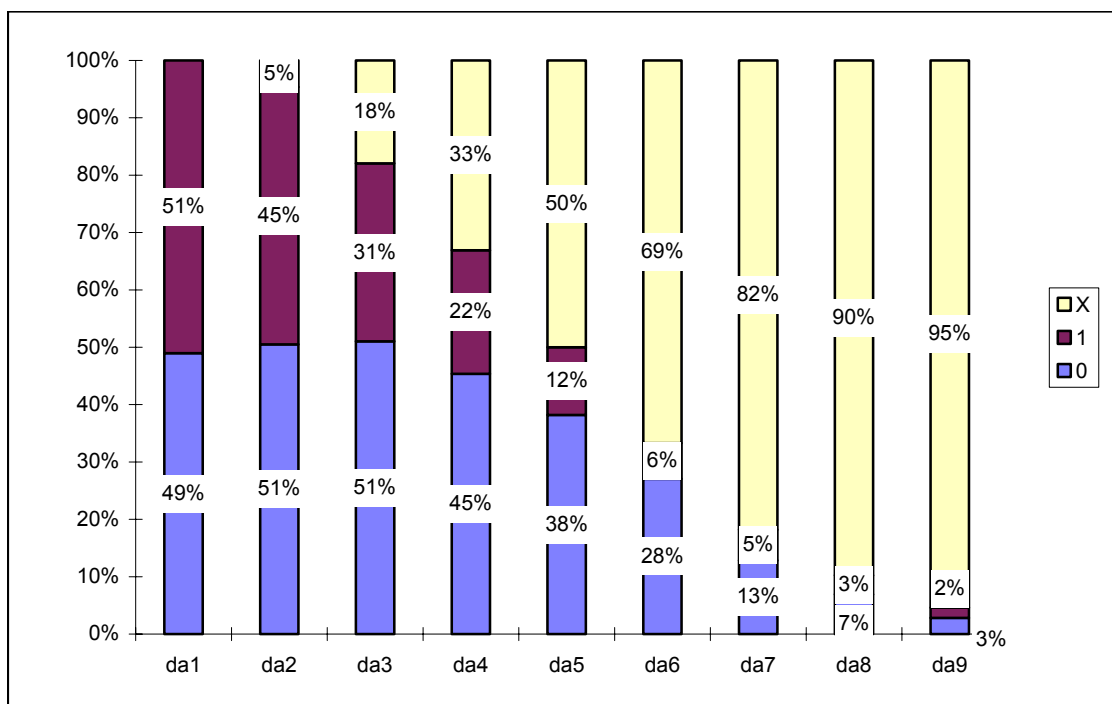
Pour chacune des 9 positions permises pour inscrire un DA peut avoir été mis un code correspondant à 1 mode de prise en charge (1), un autre code CIM10 (0) ou encore aucun code (X).

Tous les patients ont au moins 1 DA et 4/10 en ont au moins 4.

Dans 56 % des cas, le DA n°1 est codé en terme de mode de prise en charge ; mais ce chiffre chute rapidement puisque 36 % des patients présentent un mode de prise en charge en position n°2 et 20 % en position n°3.

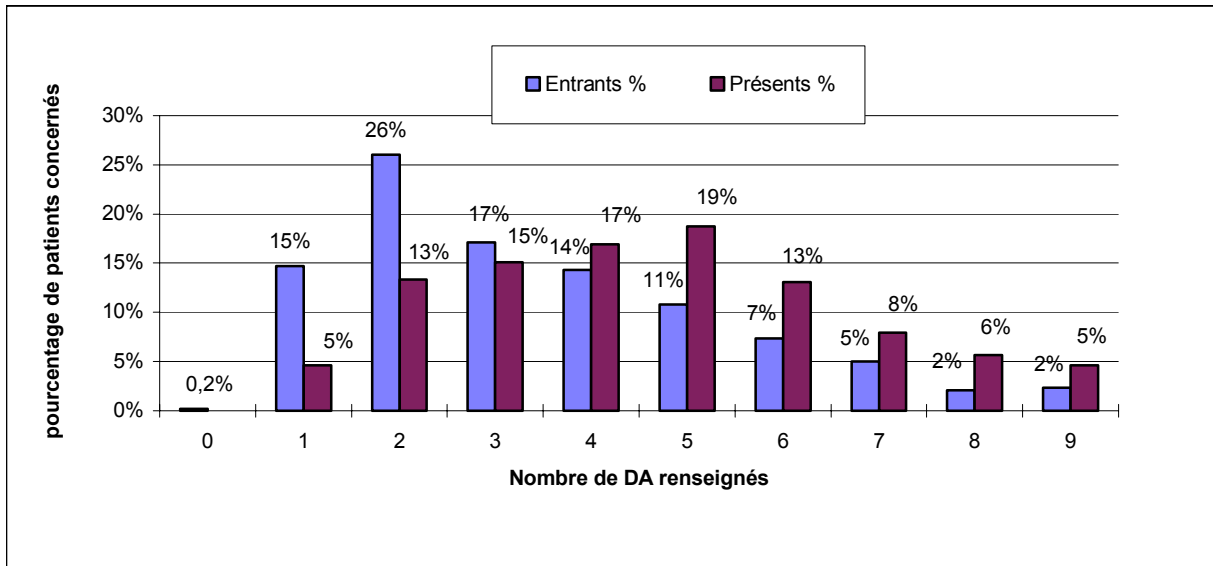
Dans l'échantillon des patients présents depuis plus de 3 mois (échant 1), le nombre de DA renseignés est plus élevé ; en effet, jusqu'en position DA n°5, plus de 50 % sont renseignés. De plus, les DA correspondent plus fréquemment à un mode de prise en charge.

Graphique 12

Répartition des diagnostics et protocoles de soins associés
dans l'échantillon des patients présents (échant 1)

Graphique 13

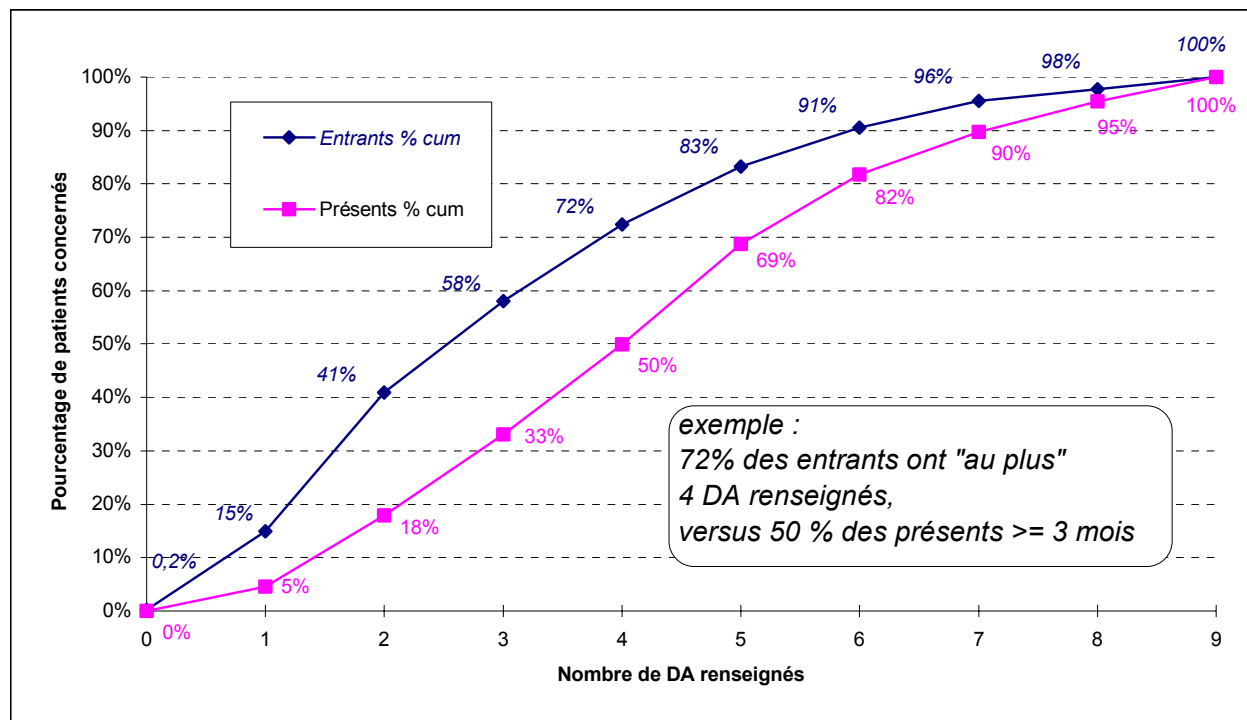
**Répartition des patients selon leur nombre de diagnostics associés
pour chaque échantillon**



La comparaison des 2 graphiques (entrants versus présents depuis plus de 3 mois) montre que les présents ont en moyenne plus de DA renseignés que les entrants ceci du fait de modes de prise en charge mais surtout d'autres diagnostics CIM10 supplémentaires.

Graphique 14

**Cumul de patients en fonction du nombre de diagnostics associés
pour chaque échantillon**



3.2.3.2 Caractéristiques des diagnostics associés

Outre le nombre de diagnostics renseignés, il est important de connaître les caractéristiques de ces diagnostics. Les DA ont fait l'objet d'un reclassement qui permet de mettre en évidence le caractère « protocole de prise en charge » ou non du diagnostic renseigné. Pour les DA dont le code permettait le reclassement dans une catégorie de protocole de prise en charge, il a été possible d'étudier la catégorie en elle-même.

Globalement, quel que soit le nombre de DA renseignés, 27 % des patients ont 1 seul DA appartenant à une des 22 catégories et 23 % en ont 2.

L'étude somme par somme des DA confirme cette tendance. Ainsi, que 2 ou 3 DA soient renseignés, le nombre de DA appartenant à un protocole de soins est de 1 ; 52 % quand le total des DA est 2 ; 46 % quand le total est de 3.

Le nombre de DA appartenant à un protocole de prise en charge est principalement de 2 quand la somme des DA est de 4, 5 ou 6 : respectivement 37 %, 35 % et 26 %.

Deux remarques complémentaires sont à faire sur ce tableau :

- ↳ les chances pour qu'un patient présente plusieurs DA reclassés augmente avec le nombre de DA renseignés ;
- ↳ en effet, si le patient n'a qu'un DA renseigné, dans 6 % des cas seulement il correspond à 1 DA reclassé et dans 94 % non ;
- ↳ si la patient a 2 DA renseignés, 52 % d'entre eux ont 1 seul DA reclassé et 3 % 2 DA reclassés ;
- ↳ si le patient a 3 Da renseignés, 46 % d'entre eux n'ont qu'1 DA reclassé, 32 % 2 et 1 % 3.

Plus il existe de DA renseignés, plus apparaissent de patients avec de nombreux Da reclassés.

Dans l'échantillon des patients présents en H.A.D. depuis plus de 3 mois (échant 1), le nombre total de DA renseignés et leurs catégories sont différents du précédent échantillon. Quel que soit le nombre total de DA, 25 % ont 1 DA reclassé et 24 % en ont 2.

Quand le total des DA renseignés est de 2, 60 % des patients n'ont aucun DA reclassé. Que le nombre total de DA renseignés soit 3 ou 4, le nombre de DA reclassé est 1. Pour un nombre total de DA renseignés plus élevé, le nombre de DA reclassé est majoritairement de 2. Dans le groupe des patients avec 2 DA renseignés et 1 DA reclassé, la majorité 45 % ont pour code « Dépendance » (4.3). Lorsque le nombre total de DA renseignés augmente, deux codes sont plus fréquemment cités que les autres : « Pansements complexes » (10) et « Dépendance » (4.3).

3.2.3.3 Association avec le diagnostic principal

Devant la dispersion des différentes variables étudiées, les conclusions concernant les DA étaient peu satisfaisantes. Il est donc paru indispensable de reprendre chacun des arguments développés précédemment par catégorie de diagnostic principal.

Tableau 18

Répartition des patients en H.A.D.
par catégorie de diagnostic principal
selon le nombre total de diagnostics associés renseignés

ENTRANTS		0			1			2			3			4		
Intitulé	Code	Nb	% col	% lig	Nb	% col	% lig	Nb	% col	% lig	Nb	% col	% lig	Nb	% col	% lig
Assistance respiratoire	1	1	33,33%	3,85%	0	0,00%	0,00%	3	0,78%	11,54%	4	1,59%	15,38%	6	2,86%	23,08%
Traitement anti-infectieux	2	0	0,00%	0,00%	41	18,98%	29,93%	36	9,40%	26,28%	19	7,54%	13,87%	18	8,57%	13,14%
Surveillance grossesse	4.11	2	66,67%	3,57%	15	6,94%	26,79%	25	6,53%	44,64%	10	3,97%	17,86%	2	0,95%	3,57%
Post-partum	4.12	0	0,00%	0,00%	14	6,48%	32,56%	23	6,01%	53,49%	4	1,59%	9,30%	2	0,95%	4,65%
Prise en charge nouveau-né	4.13	0	0,00%	0,00%	5	2,31%	50,00%	5	1,31%	50,00%	0	0,00%	0,00%	0	0,00%	0,00%
Post traitement chirurgical	4.2	0	0,00%	0,00%	4	1,85%	12,12%	4	1,04%	12,12%	8	3,17%	24,24%	10	4,76%	30,30%
Dépendance	4.3	0	0,00%	0,00%	23	10,65%	16,79%	37	9,66%	27,01%	32	12,70%	23,36%	23	10,95%	16,79%
Tumeurs Malignes : autres PEC	4.4	0	0,00%	0,00%	0	0,00%	0,00%	1	0,26%	100,00%	0	0,00%	0,00%	0	0,00%	0,00%
Autres	4.5	0	0,00%	0,00%	2	0,93%	11,76%	5	1,31%	29,41%	2	0,79%	11,76%	4	1,90%	23,53%
Chimiothérapie	5	0	0,00%	0,00%	58	26,85%	17,63%	128	33,42%	38,91%	61	24,21%	18,54%	38	18,10%	11,55%
Douleur	6	0	0,00%	0,00%	1	0,46%	6,25%	4	1,04%	25,00%	5	1,98%	31,25%	3	0,00%	18,75%
Education du patient	7	0	0,00%	0,00%	14	6,48%	41,18%	16	4,18%	47,06%	3	1,19%	8,82%	0	3,81%	0,00%
Nutrition entérale	8	0	0,00%	0,00%	5	2,31%	10,87%	8	2,09%	17,39%	5	1,98%	10,87%	8	1,90%	17,39%
Nutrition parentérale	9	0	0,00%	0,00%	5	2,31%	12,20%	6	1,57%	14,63%	12	4,76%	29,27%	4	16,67%	9,76%
Pansements complexes	10	0	0,00%	0,00%	12	5,56%	5,74%	35	9,14%	16,75%	43	17,06%	20,57%	35	3,33%	16,75%
Rééducation neuro-orthopédique	1314	0	0,00%	0,00%	0	0,00%	0,00%	4	1,04%	11,11%	8	3,17%	22,22%	7	21,90%	19,44%
Soins palliatifs	15	0	0,00%	0,00%	12	5,56%	4,46%	30	7,83%	11,15%	32	12,70%	11,90%	46	1,90%	17,10%
Surveillance post-chimiothérapie	16	0	0,00%	0,00%	5	2,31%	18,52%	12	3,13%	44,44%	3	1,19%	11,11%	4	0,00%	14,81%
Transfusion sanguine	17	0	0,00%	0,00%	0	0,00%	0,00%	1	0,26%	33,33%	1	0,40%	33,33%	0	100,00%	0,00%
Total		3	100,00%	0,20%	216	100,00%	14,69%	383	100,00%	26,05%	252	100,00%	17,14%	210	100,00%	14,29%

5			6			7			8			9			TOTAL
Nb	% col	% lig	Nb	% col	% lig	Nb	% col	% lig	Nb	% col	% lig	Nb	% col	% lig	
4	2,52 %	15,38 %	2	1,85 %	7,69 %	3	4,05 %	11,54 %	1	3,23 %	3,85 %	2	5,88 %	7,69 %	26
11	6,92 %	8,03 %	6	5,56 %	4,38 %	2	2,70 %	1,46 %	2	6,45 %	1,46 %	2	5,88 %	1,46 %	137
2	1,26 %	3,57 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	56
0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	43
0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	10
4	2,52 %	12,12 %	2	1,85 %	6,06 %	1	1,35 %	3,03 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	33
9	5,66 %	6,57 %	6	5,56 %	4,38 %	4	5,41 %	2,92 %	2	6,45 %	1,46 %	1	2,94 %	0,73 %	137
0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	1
0	0,00 %	0,00 %	2	1,85 %	11,76 %	1	1,35 %	5,88 %	0	0,00 %	0,00 %	1	2,94 %	5,88 %	17
30	18,87 %	9,12 %	9	8,33 %	2,74 %	2	2,70 %	0,61 %	3	9,68 %	0,91 %	0	0,00 %	0,00 %	329
2	1,26 %	12,50 %	1	0,93 %	6,25 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	16
0	0,00 %	0,00 %	1	0,93 %	2,94 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	34
5	3,14 %	10,87 %	3	2,78 %	6,52 %	7	9,46 %	15,22 %	2	6,45 %	4,35 %	3	8,82 %	6,52 %	46
5	3,14 %	12,20 %	6	5,56 %	14,63 %	1	1,35 %	2,44 %	2	6,45 %	4,88 %	0	0,00 %	0,00 %	41
34	21,38 %	16,27 %	24	22,22 %	11,48 %	15	20,27 %	7,18 %	5	16,13 %	2,39 %	6	17,65 %	2,87 %	209
5	3,14 %	13,89 %	5	4,63 %	13,89 %	2	2,70 %	5,56 %	1	3,23 %	2,78 %	4	11,76 %	11,11 %	36
46	28,93 %	17,10 %	39	36,11 %	14,50 %	36	48,65 %	13,38 %	13	41,94 %	4,83 %	15	44,12 %	5,58 %	269
2	1,26 %	7,41 %	1	0,93 %	3,70 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	27
0	0,00 %	0,00 %	1	0,93 %	33,33 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	3
159	100,00 %	10,82 %	108	100,00 %	7,35 %	74	100,00 %	5,03 %	31	100,00 %	2,11 %	34	100,00 %	2,31 %	1470

Les données figurant dans les marges ont déjà été évoquées et commentées: fréquence des différentes catégories de diagnostic principal et fréquence du nombre total de DA renseignés.

Exceptées deux catégories de diagnostic principal « Assistance respiratoire » (1) et « Surveillance de grossesse » (4.11) pour lesquelles 4 % de patients ne présentent aucun DA, toutes les catégories ont au moins un DA renseigné. Il faut même noter que la catégorie « Rééducation neuro-orthopédique » (1314) a au minimum 2 DA renseignés.

Les catégories de diagnostic principal avec des faibles effectifs ont été écartées de l'analyse à priori car leurs résultats peuvent varier énormément (intervalle de confiance très large).

Concernant les catégories de diagnostic principal, se dégagent plusieurs liaisons entre diagnostic principal et nombre total de DA renseignés :

- ↳ les patients pris en charge pour « traitement anti-infectieux » (2) soit 137 cas ont, dans 30 % des cas, 1 seul DA renseigné ;
- ↳ les patients pris en charge pour « Dépendance » (4.3) soit 137 cas ou pour « Chimiothérapie » (5) (329 cas) ont 2 DA renseignés, respectivement pour 27 et 39 % d'entre eux ;
- ↳ 21 % des patients pris en charge pour « pansements complexes » (10) (209 cas) ont 3 DA renseignés ;
- ↳ quant aux patients pris en charge pour « soins palliatifs » (15) (269 cas), 34 % d'entre eux ont 4 ou 5 DA renseignés (à part égale dans chaque groupe).

Deux autres catégories de diagnostic principal, moins fréquentes que les précédentes, présentent cependant des résultats intéressants :

- ↳ 54 % des patientes prises en charge pour « post-partum » (4.12) (43 cas) ont 2 DA renseignés ;
- ↳ et malgré un effectif réduit (10 cas), il faut noter que les patients entrés en H.A.D. pour « prise en charge de nouveaux-nés » (4.13) ont 1 ou 2 DA renseignés (à part égale).

En annexe se trouve le tableau général croisant le nombre total de DA renseignés avec le nombre de DA reclassés par catégorie de diagnostic principal (*voir tableau en annexe*). En reprenant les catégories citées précédemment, il apparaît que :

- ↳ il est difficile de prédire un quelconque lien quand le nombre de DA renseignés est élevé. En effet, les effectifs sont faibles et l'interprétation de leur répartition peu pertinente.
- ↳ pour les patients pris en charge pour « Traitement anti-infectieux » (2) (137 cas), le nombre total de DA renseignés était 1 et dont 95 % sont non reclassés en protocoles. Il ne peut apparaître de lien entre l'augmentation du nombre total de DA renseignés et le nombre de DA reclassés dans cette catégorie car les effectifs sont très faibles.
- ↳ En cas de prise en charge en H.A.D. pour « Dépendance » (5), très fréquemment est associé un deuxième protocole de prise en charge (DA reclassé) ; c'est le cas quand 3 ou 4 DA sont renseignés ; quand 2 DA seulement sont renseignés, dans 49 % des cas, l'un d'entre eux est un DA reclassé. Ce n'est certes pas majoritaire mais les effectifs sont quasiment équivalents entre 0 DA reclassé et 1 DA reclassé ; il est donc possible d'envisager une répartition en faveur d'1 DA reclassé en présence d'un effectif plus élevé.

- ↳ De façon attendue, les patients pris en charge pour « Soins palliatifs » (15) présentent un nombre de DA reclassés croissant avec le nombre total de DA renseignés.
- ↳ Les patients pris en charge pour « Rééducation neuro-orthopédique » (1314) qui ne présentent jamais moins de 2 DA renseignés, associent majoritairement 1 DA reclassé, voire plus quand le nombre de DA renseignés augmente.

Tableau 19

Répartition des patients présents depuis plus de trois mois
par catégorie de diagnostic principal
selon le nombre total de diagnostics associés renseignés

PRESENTS		0			1			2			3			4		
Intitulé	Code	Nb	% col	% lig	Nb	% col	% lig	Nb	% col	% lig	Nb	% col	% lig	Nb	% col	% lig
Assistance respiratoire	1	0	0,00%	0,00%	0	0,00%	0,00%	0	0,00%	0,00%	0	0,00%	0,00%	1	0,48%	9,09%
Traitement anti-infectieux	2	0	0,00%	0,00%	3	1,39%	37,50%	0	0,00%	0,00%	2	0,79%	25,00%	1	0,48%	12,50%
Surveillance grossesse	4.11	0	0,00%		0	0,00%		0	0,00%		0	0,00%		0	0,00%	
Post-partum	4.12	0	0,00%		0	0,00%		0	0,00%		0	0,00%		0	0,00%	
Prise en charge nouveau-né	4.13	0	0,00%		0	0,00%		0	0,00%		0	0,00%		0	0,00%	
Post traitement chirurgical	4.2	0	0,00%	0,00%	0	0,00%	0,00%	0	0,00%	0,00%	2	0,79%	33,33%	3	1,43%	50,00%
Dépendance	4.3	0	0,00%	0,00%	2	0,93%	3,23%	8	2,09%	12,90%	8	3,17%	12,90%	17	8,10%	27,42%
Tumeurs Malignes : autres PEC	4.4	0	0,00%	0,00%	0	0,00%	0,00%	2	0,52%	66,67%	0	0,00%	0,00%	1	0,48%	33,33%
Autres	4.5	0	0,00%	0,00%	0	0,00%	0,00%	1	0,26%	25,00%	1	0,40%	25,00%	1	0,48%	25,00%
Chimiothérapie	5	0	0,00%	0,00%	1	0,46%	11,11%	2	0,52%	22,22%	5	1,98%	55,56%	1	0,48%	11,11%
Douleur	6	0	0,00%	0,00%	0	0,00%	0,00%	0	0,00%	0,00%	0	0,00%	0,00%	1	0,00%	0,00%
Education du patient	7	0	0,00%	0,00%	1	0,46%	33,33%	1	0,26%	33,33%	0	0,00%	0,00%	0	3,33%	233,33%
Nutrition entérale	8	0	0,00%	0,00%	0	0,00%	0,00%	5	1,31%	14,29%	3	1,19%	8,57%	7	0,95%	5,71%
Nutrition parentérale	9	0	0,00%	0,00%	2	0,93%	15,38%	5	1,31%	38,46%	1	0,40%	7,69%	2	5,24%	84,62%
Pansements complexes	10	0	0,00%	0,00%	9	4,17%	6,38%	22	5,74%	15,60%	25	9,92%	17,73%	11	2,86%	4,26%
Rééducation neuro-orthopédique	1314	0	0,00%	0,00%	0	0,00%	0,00%	0	0,00%	0,00%	1	0,40%	4,17%	6	3,33%	29,17%
Soins palliatifs	15	0	0,00%	0,00%	0	0,00%	0,00%	2	0,52%	3,57%	10	3,97%	17,86%	7	3,33%	12,50%
Surveillance post-chimiothérapie	16	0	0,00%	0,00%	0	0,00%	0,00%	4	1,04%	28,57%	1	0,40%	7,14%	7	0,00%	50,00%
Transfusion sanguine	17	0	0,00%		0	0,00%		0	0,00%		0	0,00%		0	31,43%	
Total		0	0,00%	0,00%	18	8,33%	4,62%	52	13,58%	13,33%	59	23,41%	15,13%	66	31,43%	16,92%

5			6			7			8			9			TOTAL
Nb	% col	% lig	Nb	% col	% lig	Nb	% col	% lig	Nb	% col	% lig	Nb	% col	% lig	
3	1,89 %	27,27 %	4	3,70 %	36,36 %	2	2,70 %	18,18 %	1	3,23 %	9,09 %	0	0,00 %	0,00 %	11
0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	2	6,45 %	25,00 %	0	0,00 %	0,00 %	8
0	0,00 %		0	0,00 %		0	0,00 %		0	0,00 %		0	0,00 %		0
0	0,00 %		0	0,00 %		0	0,00 %		0	0,00 %		0	0,00 %		0
0	0,00 %		0	0,00 %		0	0,00 %		0	0,00 %		0	0,00 %		0
1	0,63 %	16,67 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	6
14	8,81 %	22,58 %	8	7,41 %	12,90 %	2	2,70 %	3,23 %	0	0,00 %	0,00 %	3	8,82 %	4,84 %	62
0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	3
1	0,63 %	25,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	4
0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	9
0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	1
0	0,00 %	0,00 %	1	0,93 %	33,33 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	3
8	5,03 %	22,86 %	6	5,56 %	17,14 %	1	1,35 %	2,86 %	3	9,68 %	8,57 %	2	5,88 %	5,71 %	35
1	0,63 %	7,69 %	2	1,85 %	15,38 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	13
27	16,98 %	19,15 %	19	17,59 %	13,48 %	16	21,62 %	11,35 %	7	22,58 %	4,96 %	5	14,71 %	3,55 %	141
7	4,40 %	29,17 %	2	1,85 %	8,33 %	6	8,11 %	25,00 %	0	0,00 %	0,00 %	2	5,88 %	8,33 %	24
9	5,66 %	16,07 %	9	8,33 %	16,07 %	4	5,41 %	7,14 %	9	29,03 %	16,07 %	6	17,65 %	10,71 %	56
2	1,26 %	14,29 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0,00 %	14
0	0,00 %		0	0,00 %		0	0,00 %		0	0,00 %		0	0,00 %		0
73	45,91 %	18,72 %	51	47,22 %	13,08 %	31	41,89 %	7,95 %	22	70,97 %	5,64 %	18	52,94 %	4,62 %	390

La notion à retenir pour tous les résultats suivants est que les effectifs de cet échantillon sont quoique globalement déjà intéressants (390 patients en H.A.D. depuis plus de 3 mois) rapidement sujets à discussion de part la faiblesse des effectifs une fois ceux-ci répartis dans les différentes catégories de prise en charge de diagnostic principal. Tous les patients présent en H.A.D. depuis plus de 3 mois ont au moins 1 DA renseigné et certaines catégories de diagnostic principal ont même au moins 2 DA renseignés « Nutrition entérale » (8) et « Surveillance post-chimiothérapie » (16), au moins 3 DA renseignés : « Rééducation neuro-orthopédique » (1314), voire au moins 4 DA renseignés « Assistance respiratoire » (1).

Parmi les catégories avec les effectifs les plus importants, il ne semble exister de lien fort entre la catégorie du diagnostic principal et le nombre de DA renseignés. Seulement 27 % des patients pris en charge en H.A.D. pour « Dépendance » (4.3) ont 4 DA renseignés et 23 % en ont 5.

Les patients pris en charge en H.A.D. pour « Rééducation neuro-orthopédique » (1314) ont à pourcentage d'effectif décroissant 5, 2, 6 et 7 DA renseignés.

Le même phénomène est constaté pour les patients en H.A.D. pour « Soins palliatifs » (15) qui, toujours à pourcentage d'effectif décroissant, ont 3, 5, 6 et 8 DA renseignés.

En reprenant pour chaque catégorie de diagnostic principal, la distribution des DA reclassés par nombre total de DA renseignés (*voir tableaux en annexe*), il est indiqué au minimum un DA reclassé quelque soit le nombre total de DA renseignés dans les catégories avec les plus forts effectifs : « Dépendance » (4.3), « Pansements complexes » (10) et « Soins palliatifs » (15) mais il n'apparaît pas de façon évidente de relation entre l'augmentation du nombre de DA renseignés et le nombre de DA reclassés.

Pour les catégories présentant un nombre minimum élevé de DA renseignés, plusieurs remarques sont à noter :

- ↳ les patients pris en charge pour « Assistance respiratoire » (1) qui ont un minimum de 4 DA renseignés présentent majoritairement 3 DA reclassés c'est-à-dire 3 protocoles de soins en plus du diagnostic principal ;
- ↳ les patients pris en charge pour « Rééducation neuro-orthopédique » (1314) ont majoritairement un protocole de prise en charge en plus du diagnostic principal ;
- ↳ globalement, 1 seul DA reclassé est indiqué pour les patients pris en charge pour « Nutrition entérale » (9) et ceux pris en charge pour « Surveillance post-chimiothérapie » (16) n'ont le plus souvent aucun DA reclassé.

3.2.4 Indicateur d'étiologie

La concaténation des DA renseignés, indiqués comme étant l'étiologie de la pathologie motivant la prise en charge en H.A.D., a montré, dans l'échantillon des patients entrant (échant 2), que dans plus de 12 % des cas, 2 étiologies étaient indiquées et ceci soit en relation avec un DA renseigné et reclassé et un DA uniquement reclassé, soit en relation avec 2 DA renseignés non reclassés.

La position du DA étiologique semble de façon majoritaire être liée au premier DA renseigné non reclassé à condition que le nombre total de DA renseignés soit supérieur au nombre de DA reclassés.

Dans l'échantillon des patients présents en H.A.D. depuis plus de 3 mois, les patients pour qui deux ou plusieurs étiologies ont été indiquées sont encore plus fréquents : 83 % des patients de cet échantillon. Le code étiologique, quand il est unique, occupe la même position dans la concaténation que dans l'échantillon des patients entrant : le premier DA renseigné non reclassé.

3.3 Recherche d'un indicateur global

Avant de tenter de créer un indicateur synthétique de morbidité, un bilan doit être fait sur les variables étudiées afin de ne conserver que celles apportant une information et susceptibles d'influer sur les catégories de patients.

Certaines variables sont automatiquement conservées dans le modèle, soit pour des raisons logiques (variable expliquée), soit pour des raisons socio-démographiques, soit encore parce que l'étude préalable de la variable montrait un intérêt à l'introduire dans le modèle.

Ainsi ont été conservées les variables suivantes : diagnostic principal reclassé en mode de prise en charge, âge, sexe, type d'échantillon, indicateur de provenance du patient, mode de sortie, objectif de soins, phase évolutive de la pathologie, somme des diagnostics associés, ISB, IST, ISRE, ISS, indicateurs d'autonomie et de handicap du patient.

Deux méthodes s'offraient pour la création d'un indicateur de morbidité des patients en H.A.D. : soit concevoir des groupes logiques de patients répondant à une pratique médicale, soit procéder à des analyses de données grâce à des logiciels informatiques permettant de créer seuls des groupes de malades. Après discussion avec les informaticiens du CreDES, il est paru, et de façon logique, de commencer par imaginer des groupes correspondant à la réalité médicale puis de tester ces groupes par les différents logiciels à disposition : SAS et Spad'N.

3.3.1 Présentation des catégories de diagnostic principal retenues

Les catégories de diagnostic principal retenues pour l'analyse sont : « Traitement anti-infectieux » (2), « Chimiothérapie » (5), « Nutrition entérale » (8), « Pansements complexes » (10), « Soins palliatifs » (15), « Dépendance » (4.3) et « Rééducation neuro-orthopédique » (1314). Les tableaux suivants résument les données de ces catégories de diagnostic principal.

Tableau 20
Résultats obtenus globalement et par échantillon
pour les catégories principales de prise en charge

Somme DA rens.		TOTAL			Entrant (échant 2)			Présents (échant 1)		
Numéro de catégorie	Libellé	Min.	Max.	Moy.	Min.	Max.	Moy.	Min.	Max.	Moy.
2	Traitement anti-infectieux	1	9	2,83	1	9	2,78	1	8	3,63
4.3	Dépendance	1	9	3,45	1	9	3,06	1	9	4,34
5	Chimiothérapie	1	8	2,70	1	8	2,70	1	4	2,67
8	Nutrition entérale	1	9	4,60	1	9	4,41	2	9	4,91
10	Pansements complexes	1	9	4,28	1	9	4,14	1	9	4,49
1314	Rééducation neuro-orthopédique	2	9	5,12	2	9	4,80	2	9	5,12
15	Soins palliatifs	1	9	4,99	1	9	4,85	2	9	5,63
AGE		Total			Entrant (échant 2)			Présents (échant 1)		
Numéro de catégorie	Libellé	Min.	Max.	Moy.	Min.	Max.	Moy.	Min.	Max.	Moy.
2	Traitement anti-infectieux	0	93	40,80	0	93	40,07	7	91	54,13
4.3	Dépendance	1	97	67,70	1	97	69,55	26	94	67,70
5	Chimiothérapie	3	93	58,67	3	93	58,60	42	79	60,30
8	Nutrition entérale	0	89	54,20	0	88	47,08	1	89	63,60
10	Pansements complexes	1	96	65,74	1	96	63,73	14	94	68,73
1314	Rééducation neuro-orthopédique	3	95	69,00	3	95	69,64	3	95	69,00
15	Soins palliatifs	6	94	66,80	7	94	66,76	6	89	66,98
SG 24		Total			Entrant (échant 2)			Présents (échant 1)		
Numéro de catégorie	Libellé	Min.	Max.	Moy.	Min.	Max.	Moy.	Min.	Max.	Moy.
2	Traitement anti-infectieux	0	48	14,60	0	48	14,45	8	40	17,13
4.3	Dépendance	11	44	32,30	11	44	31,07	17	41	34,94
5	Chimiothérapie	0	42	10,54	0	42	10,44	8	32	13,89
8	Nutrition entérale	0	43	33,00	9	43	31,56	0	43	33,69
10	Pansements complexes	0	48	22,34	6	42	20,31	0	48	25,31
1314	Rééducation neuro-orthopédique	8	40	31,70	8	40	30,06	8	40	31,70
15	Soins palliatifs	0	48	30,52	0	48	29,83	0	44	33,88

SG 25		Total			Entrant (échant 2)			Présents (échant 1)		
Numéro de catégorie	Libellé	Min.	Max.	Moy.	Min.	Max.	Moy.	Min.	Max.	Moy.
2	Traitement anti-infectieux	0	36	9,00	0	36	8,92	6	24	10,50
4.3	Dépendance	2	33	11,20	4	31	10,76	2	33	12,23
5	Chimiothérapie	0	21	6,89	0	21	6,90	4	10	6,33
8	Nutrition entérale	0	33	14,90	6	30	13,77	1	33	16,20
10	Pansements complexes	0	36	10,33	4	36	9,89	0	36	10,98
1314	Rééducation neuro-orthopédique	6	26	9,55	6	26	9,56	6	26	9,55
15	Soins palliatifs	0	36	11,79	0	36	11,79	0	35	14,71
ISB		Total			Entrant (échant 2)			Présents (échant 1)		
Numéro de catégorie	Libellé	Min.	Max.	Moy.	Min.	Max.	Moy.	Min.	Max.	Moy.
2	Traitement anti-infectieux	0	20	1,70	0	20	1,50	1	20	4,50
4.3	Dépendance	0	20	4,60	0	20	3,39	0	20	7,44
5	Chimiothérapie	0	20	1,07	0	20	1,09	0	1	0,55
8	Nutrition entérale	0	20	5,54	0	20	4,67	0	20	6,69
10	Pansements complexes	0	20	4,91	0	20	3,93	0	20	6,34
1314	Rééducation neuro-orthopédique	0	20	7,98	0	20	5,50	0	20	7,98
15	Soins palliatifs	0	20	5,73	11	20	4,88	0	20	9,82
IST		Total			Entrant (échant 2)			Présents (échant 1)		
Numéro de catégorie	Libellé	Min.	Max.	Moy.	Min.	Max.	Moy.	Min.	Max.	Moy.
2	Traitement anti-infectieux	0	20	2,20	0	20	2,18	1	4	2,87
4.3	Dépendance	0	20	2,18	0	20	1,93	0	20	2,76
5	Chimiothérapie	0	20	2,90	0	20	2,96	0	4	1,22
8	Nutrition entérale	0	20	3,22	0	10	3,19	0	20	3,26
10	Pansements complexes	0	20	3,49	0	20	3,95	0	20	2,80
1314	Rééducation neuro-orthopédique	0	14	3,03	0	14	3,94	0	14	3,03
15	Soins palliatifs	0	20	4,12	5	20	3,83	0	20	5,55
ISRE		Total			Entrant (échant 2)			Présents (échant 1)		
Numéro de catégorie	Libellé	Min.	Max.	Moy.	Min.	Max.	Moy.	Min.	Max.	Moy.
2	Traitement anti-infectieux	0	20	3,60	0	20	3,44	1	10	6,25
4.3	Dépendance	0	20	1,90	0	20	1,56	0	20	2,73
5	Chimiothérapie	0	20	4,58	0	20	4,60	0	10	3,88
8	Nutrition entérale	0	20	3,17	0	20	3,28	0	20	3,03
10	Pansements complexes	0	20	5,20	0	60	5,29	0	20	5,00
1314	Rééducation neuro-orthopédique	0	20	3,35	0	7	2,17	0	20	3,35
15	Soins palliatifs	0	20	3,70	4	20	3,22	0	20	6,00
ISS		Total			Entrant (échant 2)			Présents (échant 1)		
Numéro de catégorie	Libellé	Min.	Max.	Moy.	Min.	Max.	Moy.	Min.	Max.	Moy.
2	Traitement anti-infectieux	0	50	7,50	0	50	7,12	6	28	13,63
4.3	Dépendance	0	50	8,70	0	44	6,88	0	50	13,92
5	Chimiothérapie	0	41	8,57	0	20	8,65	0	12	5,67
8	Nutrition entérale	0	60	11,90	0	50	11,15	0	60	12,97
10	Pansements complexes	0	60	13,61	0	60	13,18	0	60	14,00
1314	Rééducation neuro-orthopédique	0	44	14,42	0	25	11,61	0	44	25,00
15	Soins palliatifs	0	60	13,56	3	60	11,94	0	60	21,38

Certaines variables sont très dispersées (âge, ISB) tandis que d'autres sont très rapprochées (IST par exemple), donnant parfois l'impression qu'il n'existe pas de différence entre les catégories de diagnostic principal.

Quelques valeurs extrêmes sont à noter : la moyenne de la variable dépendance relationnelle dans la catégorie « Chimiothérapie » (5) est faible par rapport à celles des autres catégories, et elle est stable d'un échantillon à l'autre.

Deux autres valeurs extrêmes sont à signaler, dans l'échantillon des patients présents en H.A.D. depuis plus de 3 mois, les valeurs des moyennes ISB et IST sont faibles pour la catégorie « Chimiothérapie » (5).

3.3.2 Analyse de variance

L'analyse de variance a été faite sur logiciel SAS. Quatre modèles ont été testés :

1. c en fonction de la charge en soins infirmiers (ISB, IST et ISRE) ;
2. c en fonction de α (constante), de la somme des diagnostics associés renseignés, de l'âge, de la variable composée sg24 (facteur d'autonomie du patient) et de sg25 (handicap du patient) ;
3. le modèle précédent en ajoutant la charge en soins infirmiers, non en terme global (ISS), mais en gardant les trois variables ISB, IST et ISRE.
4. le modèle précédent en ajoutant les variables objectif de soins et phase évolutive.

Tableau 21

Résultats de l'analyse de variance pour chaque modèle

Ensemble		Modèle n°1	Modèle n°2	Modèle n°3	Modèle n°4
Analyse de variance	F	18,44	17,50	13,03	13,56
	p	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
	R ²	0,04	0,05	0,06	0,08
Constante	Estimation	63,87	-27,32	14,08	-33,30
	p	< 0,0001	0,29	0,61	0,24
Age	Estimation		0,49	0,43	0,31
	p		0,17	0,23	0,38
Somme des DA	Estimation		8,15	7,10	5,57
	p		0,02	0,05	0,12
sg24	Estimation		4,20	2,67	1,36
	p		< 0,0001	< 0,001	0,08
sg25	Estimation		-6,57	-6,48	-6,13
	p		< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
ISB	Estimation	9,74		7,02	7,12
	p	< 0,0001		< 0,0001	< 0,0001
IST	Estimation	-5,15		-4,25	-3,35
	p	0,003		0,02	0,06
ISRE	Estimation	-5,21		-3,44	-3,78
	p	0,01		0,08	0,05
Evolution	Estimation				11,06
	p				0,02
Objectif	Estimation				35,43
	p				< 0,0001

Entrants		Modèle n°1	Modèle n°2	Modèle n°3	Modèle n°4
Analyse de variance	F	9,21	10,88	7,65	8,48
	p	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
	R ²	0,02	0,04	0,05	0,06
Constante	Estimation	57,86	-31,14	-5,96	-40,88
	p	< 0,0001	0,22	0,83	0,15
Age	Estimation		0,64	0,55	0,42
	p		0,08	0,13	0,25
Somme des DA	Estimation		5,16	5,89	4,48
	p		0,15	0,11	0,21
sg24	Estimation		3,36	2,60	1,50
	p		<0,0001	< 0,001	0,06
sg25	Estimation		-4,80	-4,82	-4,55
	p		< 0,001	0,001	0,002
ISB	Estimation	5,84		2,44	2,74
	p	< 0,001		0,19	0,14
IST	Estimation	-7,12		-5,49	-4,83
	p	< 0,0001		0,002	0,01
ISRE	Estimation	1,51		2,43	2,10
	p	0,47		0,24	0,31
Evolution	Estimation				14,50
	p				0,004
Objectif	Estimation				24,65
	p				0,001
Présents		Modèle n°1	Modèle n°2	Modèle n°3	Modèle n°4
Analyse de variance	F	9,71	4,76	5,29	5,50
	p	< 0,0001	0,00	< 0,0001	< 0,0001
	R ²	0,08	0,05	0,10	0,13
Constante	Estimation	68,81	-5,97	54,20	-108,98
	p	0,01	0,94	0,53	0,26
Age	Estimation		0,10	0,19	0,16
	p		0,92	0,85	0,87
Somme des DA	Estimation		15,92	9,78	11,21
	p		0,10	0,32	0,26
sg24	Estimation		5,49	1,80	1,06
	p		0,005	0,40	0,62
sg25	Estimation		-10,48	-8,12	-7,52
	p		< 0,001	0,01	0,02
ISB	Estimation	15,91		14,74	14,68
	p	< 0,0001		< 0,001	0,0001
IST	Estimation	-2,14		-3,00	-2,71
	p	0,65		0,54	0,57
ISRE	Estimation	-20,74		-16,29	-16,09
	p	< 0,0001		0,002	0,002
Evolution	Estimation				-2,64
	p				0,83
Objectif	Estimation				84,36
	p				0,001

Globalement, le modèle n°2 est acceptable (test F significatif) avec un coefficient de corrélation faible. Trois variables sur les 4 participent de façon significative à l'indicateur de morbidité étudié dans ce modèle : somme des DA renseignés, sg24 et sg25. l'âge n'est pas significatif ($p > 0.05$). Les autres variables étant par ailleurs constantes, la somme des DA renseignés est modifiée de 8 points quand c varie d'un point, sg24 de 4 points et sg25 de 6.5 points. Par ailleurs sg24 et sg25 sont très significatifs.

Dans l'échantillon des patients entrant en H.A.D. (échant 2), le coefficient de corrélation est beaucoup plus faible ($R^2 = 0.04$) mais le modèle reste statistiquement acceptable. Dans cet échantillon, seules deux variables sont significatives (sg24 et sg25) et l'âge devient presque significatif alors que la somme des DA renseignés ne l'est plus du tout.

Le test de ce modèle dans l'échantillon des patients présent en H.A.D. depuis plus de 3 mois (échant 1) montre un coefficient de corrélation plus important ($R^2 = 0.05$) mais seulement 2 variables sur les 4 testés sont statistiquement significatives (sg24 et sg25).

Dans le modèle n°3, l'analyse de variance sur la globalité des patients donne le coefficient de corrélation le plus important rencontré jusqu'à présent ($R^2 = 0.05$). Quasiment toutes les variables participent de façon significative au modèle excepté l'âge ($p = 0.23$) et ISRE ($p = 0.08$) mais une interaction existe entre ISRE et ISB (cf 3.2.1 Indicateur d'autonomie du patient) et peut masquer partiellement la participation de chacun d'entre eux. Les variables sg24 et sg25 sont particulièrement actives dans le modèle ainsi que la somme des DA renseignés ($p < 0.001$).

L'analyse par échantillon met en évidence une différence quant à la participation de chacun : pour les patients entrant en H.A.D. (échant 2) sg24 et IST sont très significativement actifs dans le modèle tandis que, dans l'échantillon des patients présents en H.A.D. depuis plus de 3 mois (échant 1) les variables sg25, ISB et ISRE le sont plus.

3.3.3 Analyse de données

La participation des différentes variables ayant été confirmées, les bases ont été exportées sur Spad'N, logiciel d'analyse statistique. Plusieurs analyses ont été faites en insistant sur l'une ou l'autre des variables. Devant les résultats parfois très différents d'un échantillon à l'autre, d'un modèle à l'autre, toutes les variables n'ont pas été introduites à chaque fois dans Spad'N et toutes les restrictions n'ont pas toujours été appliquées. Ainsi vont être commentés les résultats de trois analyses dont le tableau suivant donne les caractéristiques.

Tableau 22

Caractéristiques des analyses réalisées avec Spad'N

Variables	Modalités		
	Analyse n°1	Analyse n°2	Analyse n°3
Diagnostic principal	22	7 (cat. Princ.)	7 (cat. Princ.)
Echantillon	2	2	2
Sexe	2	2	2
Age	7 (âge groupé)	var continue	var continue
Provenance	9	9	9
Mode de sortie	9	9	9
Somme des DA renseignés	var continue	var continue	var continue
sg 24	var continue	var continue	var continue
sg 25	var continue	var continue	var continue
ISB	var continue		var continue
ISRE	var continue		var continue
IST	var continue		var continue
Concaténation (DP - DA)	19		
Objectif de prise en charge		6	6

Dans le modèle d'analyse de données n°1, 1860 dossiers ont été retenus, avec un poids uniforme entre chaque. Trois partitions ont émergées : une en 4 classes, une en 7 classes et une en 8 classes.

De l'analyse en 4 classes, il est possible de grouper :

- ↳ Dans la classe n°1, les patients n'ayant pas comme mode de sortie l'hospitalisation en médecine ou n'ayant pas un âge compris entre 25 et 39 ans ;
- ↳ Dans la classe n°2, les patients n'ayant pas comme provenance une hospitalisation en médecine, n'ayant pas comme provenance une hospitalisation en soins de suite et rééducation, ou ayant comme catégorie de diagnostic principal « Prise en charge post traitement chirurgical » (4.2) (49% des patients de cette catégorie) ;
- ↳ Les patients de la classe n°3 présentent une pathologie en phase d'amélioration (50% des patients en phase d'amélioration), comme provenance une hospitalisation en gynéco-obstétrique (100% des patients provenant d'une hospitalisation en gynéco-obstétrique), un mode de sortie une hospitalisation en gynéco-obstétrique (100% des patients dont le mode de

sortie est une hospitalisation en gynéco-obstétrique), un âge entre 2 et 15 ans ou entre 65 et 79 ans (respectivement 62 et 34% de chaque groupe d'âge), ou pour catégorie de diagnostic principal « Grossesse » (4.11) (96% des patients avec pour DP « Grossesse »), « Post-partum » (4.12) (100% des patients en H.A.D. pour « post-partum ») ou « Surveillance post-chimiothérapie » (16) (73% des patients en H.A.D. pour « surveillance post-chimiothérapie ») ;

- ↳ Les patients ayant comme mode de sortie le domicile avec relais SIAD (45% des patients ayant ce mode de sortie) ou comme protocole de diagnostic principal « Rééducation neuro-orthopédique » (1314) (53% des patients de cette catégorie) ou n'ayant pas pour protocole de diagnostic principal « chimiothérapie » (5) et « Pansements complexes » (10) sont susceptibles d'entrer dans la classe n°4.

Le tableau suivant indique les valeurs moyennes et l'écart-type de chaque variable continue en fonction de leur classe de rattachement.

Tableau 23
Valeurs moyennes et écart-type des variables continues
dans le modèle n°1

	Classe n°1		Classe n°2		Classe n°3		Classe n°4	
	Moy	Ecart-type	Moy	Ecart-type	Moy	Ecart-type	Moy	Ecart-type
sg 24	37	5	15	8	12	7	34	8
sg25	16	8	7	8	7	3	13	6
Somme des DA renseignés	6	2			2	1	5	2
ISB	16	5			1	1	3	4
ISRE	9	6	6	5	1	2	1	1
IST	8	5	8	4	1	2	1	2

Il apparaît que les classes (1 et 4) et (2 et 3) se ressemblent pour les variables sg24 et sg25 : les patients des classes 1 et 4 présentent un handicap et une perte d'autonomie plus importante que les patients des 2 autres classes. Quant aux autres variables, les patients de la classe n°1 demandent une charge en soins infirmiers beaucoup plus importante que les patients de la classe n°4 et ceux de la classe n°2, moyennement plus élevés que dans la classe n°3.

Les résultats de la partition en 7 ou en 8 classes n'apportent pas d'informations complémentaires mais une plus grande dispersion des patients et aussi des classes qui regroupent une majorité de patients (donc une perte de discrimination).

En annexe se trouve le graphique de la partition en 4 classes avec les patients répartis dans les différentes classes (symbolisés par des couleurs différentes), le poids de chaque classe symbolisé par des triangles de tailles différentes et les axes de référence symbolisés par des flèches partant d'un axe orthonormé.

Dans l'analyse de données n°2, 1498 dossiers ont été retenus (seuls des catégories principales de diagnostics principal ont été retenues) et le même poids a été accordé à chacun des individus.

Quelques données caractérisent les classes obtenues :

- ↳ La classe n°1 regroupe 86% des patients ayant pour catégorie de diagnostic principal « Chimiothérapie » (5) ;
- ↳ Les patients en H.A.D. pour « Traitement anti-infectieux », dans 46% des cas entrent dans la classe n°2 ainsi que ceux n'ayant pas pour objectif de prise en charge « les «soins continus» » ou n'ayant pas une pathologie étiologique en phase palliative ;

- ↳ La classe n°3 ne présente aucune caractéristique permettant de la distinguer des autres classes ;
- ↳ 36% des patients provenant d'une hospitalisation en soins de suite et réadaptation entrent dans la classe n°4 ainsi que 42% des patients ayant pour mode de sortie le domicile avec relais SIAD ;
- ↳ enfin, la classe n°5 regroupe 32% des patients ayant une pathologie étiologique en phase stable.

Les valeurs moyennes et les écarts-types des variables continues ont été regroupés dans le tableau suivant.

Tableau 24

**Valeurs moyennes et écart-type des variables continues
dans le modèle n°2**

	Classe n°1		Classe n°2		Classe n°3		Classe n°4		Classe n°5	
	Moy	Ecart-type	Moy	Ecart-type	Moy	Ecart-type	Moy	Ecart-type	Moy	Ecart-type
sg 24	11	5	15	10	39	4	33	6	31	9
sg25	7	2	8	3	25	5				
Age			20	15			74	13	70	14
Somme des DA renseignés	3	1	2	1	5	2	3	1	6	1

Deux groupes de classes sont identifiables : (1 et 2) et (3, 4 et 5). Dans le premier groupe, sg24 et sg25 ont des valeurs faibles et la somme des DA renseignés égale 3. La différence entre les deux classes vient de l'indication de l'âge avec une moyenne de 20 ans pour la classe n°2. Le deuxième groupe se distingue par un sg24 élevé et pour la classe n°3, un sg25 moyen. Les classes 4 et 5 regroupent toutes les deux des patients avec une moyenne d'âge élevée (respectivement 74 et 70ans). Outre ces distinctions, la somme des DA renseignés est en moyenne plus faible dans la classe n°4 et plus forte dans la classe n°5.

En annexe se trouve le graphique de cette partition en 5 classes avec les partitions symbolisées par des couleurs différentes, les classes par des triangles de tailles différentes selon leur poids respectif et les axes référentiels sont sg24, sg25, somme des DA renseignés et age.

La dernière analyse de données utilise les mêmes données que l'analyse n°2, c'est-à-dire 1498 individus, tous affectés par le même poids. Seules les variables ISB, IST et ISRE ont été ajoutées au modèle. Trois classes peuvent prétendre à des caractéristiques (classes 1, 2 et 4).

les patients ayant pour catégorie de diagnostic principal « chimiothérapie » (5) ou un mode de provenance « consultations externes de l'hôpital » entrent dans la classe n°1 ;

dans la classe n°2 sont présents les patients ayant pour catégorie de diagnostic principal « Traitement anti-infectieux » (2) et n'ayant pas comme catégorie de diagnostic « Nutrition entérale » (8), ou comme objectif de prise en charge des «soins continus», ou comme évolution de leur pathologie étiologique, une pathologie en phase palliative ;

la classe n°4 regroupe les patients ayant pour provenance une hospitalisation en soins de suite et rééducation ;

la distinction entre la classe n°3 et la classe n°5 peut se faire sur plusieurs arguments :

la catégorie de diagnostic principal « Nutrition entérale » (8) entre dans la classe n°3 tandis que vont dans la classe n°5 les catégories « Dépendance » (4.3) et « Rééducation neuro-orthopédique » (1314) ;

la classe n°5 regroupe des patients ayant pour objectif des «soins de phase terminale», pour provenance l'hospitalisation en médecine et pour mode de sortie, une hospitalisation en médecine ;

il faut cependant conserver à l'esprit que ces critères ne sont valables pour distinguer la classe n°3 de la classe n°5 qu'après avoir reclassé les patients dans les trois autres classes.

Tableau 25

Valeurs moyennes et écart-type des variables continues
dans le modèle n°3

	Classe n°1		Classe n°2		Classe n°3		Classe n°4		Classe n°5	
	Moy	Ecart-type	Moy	Ecart-type	Moy	Ecart-type	Moy	Ecart-type	Moy	Ecart-type
sg 24	11	5	15	10	39	4	33	6	31	9
sg25	7	2	8	3	25	5				
Age			20	15			74	13	70	14
Somme des DA renseignés	3	1	2	1	5	2	3	1	6	1
ISB	1	2	2	4	10	9			7	7
ISRE	3	3			6	7	3	5		
IST					5	5	2	4	5	5

L'analyse des variables continues met en évidence un partage différent : sont proches les classes 1 et 2 d'un côté et les classes 3, 4 et 5 d'un autre côté. La distinction entre ces deux groupes se fait sur la valeur de sg24 qui est faible dans le premier groupe et élevée dans le second.

Distinguer la classe n°1 de la classe n°2 se fait à partir de la notion d'ISRE qui est égal à 3 dans la classe n°1 (et non déclaré dans la classe n°2) et sur l'âge, qui est égal à 20 dans la classe n°2 (et non déclaré dans la classe n°1).

Dans l'autre groupe, les valeurs de sg24 sont élevées mais décroissent de la classe n°3 jusque la classe n°5. La classe n°3 regroupe des patients avec une valeur moyenne pour sg25 (25) tandis que les classes 4 et 5 présentent une valeur moyenne élevée de l'âge (respectivement 74 et 70 ans). La distinction entre la classe n°4 et la classe n°5 se fait à partir de la somme de DA renseignés qui est plus faible dans la classe n°4 (3 DA renseignés) que dans la classe n°5 (6 DA renseignés).

Le graphique en annexe donne la représentation de cette partition en 5 classes avec en axes référentiels sg24, sg25, somme des DA renseignés et âge et avec des classes représentées en fonction de leur poids.

4. Discussion

Discussion

4.1 Matériel

4.1.1 Bibliographie

Abondante et variée, la bibliographie n'en a pas moins été, du moins au niveau littérature internationale, quelque peu accessoire.

Les principaux documents de travail avaient déjà été réunis préalablement au moment de la conception et du lancement de l'enquête. De nombreuses sources étaient rassemblées mais elles provenaient principalement de rapports du Credes, rapports écrits sur l'H.A.D. ou en relation soit avec le sujet, soit avec différentes méthodes utilisées dans l'enquête et l'analyse. L'autre source principale de données est le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, organisateur de groupes de travail sur l'H.A.D. et commanditaire de l'enquête.

La littérature internationale (en particulier celle anglo-saxonne) est peu représentée dans la bibliographie.

Contrairement à ce qui se fait habituellement, elle ne fut pas le point de départ de l'étude, la source des référentiels. Elle fait ici figure d'illustration. Cette place secondaire accordée à la littérature internationale peut être défendue par le fait primordial que l'enquête s'intéresse à un mode d'hospitalisation dont la définition et l'organisation varient d'un pays à l'autre ; de ce fait, vouloir appliquer des résultats d'une enquête ailleurs demande une parfaite connaissance des systèmes de part et d'autres et des compatibilités de concepts, ce qui n'est pas le cas en matière d'H.A.D.

De plus, l'objectif premier de cette étude est la mise en place d'une tarification éclairée de l'H.A.D. afin de promouvoir ce mode d'organisation des soins, mode qui présente de nombreux avantages tant pour le patient, que pour sa famille, pour les professions médicales et les professions paramédicales mais qui, pour le moment, génère aussi beaucoup de questions et de divergence de points de vue quant à son coût. Le but de l'enquête 1999 du Credes est d'évaluer au mieux le coût de prise en charge des patients par une structure d'H.A.D. en tenant compte d'un maximum de paramètres.

Connaissant le système de protection sociale de la France et de ses voisins, il paraît inconcevable de vouloir partir des expériences étrangères (même européennes) pour remplir une telle mission. La démarche de recoupement entre les données médicales, paramédicales, administratives et financières fait appel à une connaissance des circuits de financement, des rétributions de chacun...

Dans ce cadre, l'utilisation des expériences étrangères à des fins autres qu'illustratives, aurait mené à des conclusions erronées.

4.1.2 Recueil des données et préparation des fichiers informatiques

Le fait de recueillir les renseignements des patients en H.A.D. depuis plus de 3 mois avant ceux des patients entrants en H.A.D. n'est pas conceptuellement aberrants. Les critères d'inclusion et d'exclusion ayant été clairement définis, le recueil était tout à fait envisageable dans un sens ou dans l'autre.

D'autres éléments du recueil sont beaucoup plus gênants pour la réalisation de l'analyse et les conclusions qui en seront tirées.

- ↳ Tout d'abord, la prise en compte de directives du Ministère en cours d'enquête a entraîné un surcroît de travail pour les personnes au Credes chargées du codage de l'enquête ; en effet, il a fallu en tenir compte au cours du codage ou recodage de certains dossiers. De plus, n'ayant pas fait l'objet d'une réflexion au moment de la conception du questionnaire, les risques de grande variabilité inter-codeur est forte.
- ↳ Le codage ou recodage des dossiers a donné lieu à la création de codes complémentaires de la CIM 10 différents et complémentaires de celle-ci afin de l'adapter aux besoins de la situation. Une méthodologie a été dégagée et a fait l'objet d'un consensus mais avec la persistance d'un risque de variance inter-médecin chiffreur. Un rapport du Credes présente cette méthodologie. Le principe d'utilisation majoritairement des codes Zxx.x pour le codage des

patients en H.A.D. a renforcé l'idée que ce chapitre de la CIM10 est très incomplet. Globalement, la CIM10 ne permet pas le codage d'actes simples mais longs, d'actes répétitifs, d'actes de prévention et d'éducation...

- ↳ Le remplissage du dossier, certes long et chargé mais créé et organisé en relation avec des responsables de structure d'H.A.D., n'a pas toujours été consciencieux. En dehors des plages non remplies, des erreurs de codage, certaines réponses ont fait l'objet de non-qualité. Par exemple, le codage de la charge en soins infirmiers, qui non seulement est peu utilisé mais en plus, qui est souvent utilisé de façon erronée ou approximative. Par exemple, les diagnostics qui imprécis ont parfois fait l'objet d'une relecture complète du dossier afin de comprendre l'association notée initialement ou afin de corriger certaines erreurs.
- ↳ Deux autres éléments sont à mentionner bien que n'intervenant pas directement pas dans cette analyse : l'absence de clarté du mode de fonctionnement des structures d'H.A.D. (en particulier au niveau de la facturation et de la comptabilité des durées de séjour) et la lenteur d'obtention de certaines données (principalement les données de prestations versées) ont considérablement ralenti la progression de l'analyse ; en effet, certains fichiers ne sont toujours pas entièrement stabilisés (données vraies ou corrigées, fiables) et certaines notions ont manqué pour l'interprétation ou ont entraîné des retours en arrière pour reprendre l'analyse avec des valeurs non erronées.
- ↳ Dans le même sens, les définitions floues entourant certaines pathologies ou prises en charge ont été sources de problème pour les médecins codeurs qui avaient beaucoup de mal à appréhender la réalité de la situation. Ainsi, l'absence de définition précise et sans équivoque des soins palliatifs a mené souvent à une confusion entre les soins palliatifs proprement dits (pathologie incurable avec prise en charge de la fin de vie quelque soit sa durée) et les «soins continus» qui peuvent concerner des pathologies chroniques stables comme ils peuvent concerner des pathologies chroniques s'aggravant avec décès du patient.
- ↳ La notion essentielle à retenir pour le remplissage des questionnaires est que la mise en place d'un protocole de recueil même strict n'assure jamais l'homogénéité du recueil.

4.1.3 Echantillonnage ; Structures participantes

cf : Graphique 1

Les deux échantillons (présents en H.A.D. depuis plus de 3 mois et observés sur 1 semaine et entrants inclus pendant 1 mois et observés tout au long de leur séjour jusqu'à un maximum de 3 mois) n'ont pas fait l'objet d'un tirage au sort tant sur le nombre de patients nécessaires par échantillon que sur le nombre de patients nécessaires par structures d'H.A.D. pour respecter la distribution observée. De plus ce recueil fut non exhaustif et fondé sur le volontariat. De ce fait, la répartition entre les deux échantillons et entre les différentes structures ne peut être considérée comme le reflet de la réalité. Il faudrait, pour en être ainsi, redresser les effectifs observés au vu de la réalité (le nombre de séjour en 1 an est connu pour l'ensemble des structures). La réflexion menée en vue de définir un ou des indicateurs de morbidité ne demande pas un tel redressement. En effet, pour construire un indicateur de morbidité, il est nécessaire que les échantillons soient avec des effectifs suffisants et non qu'ils soient représentatifs

Quelle que soit la réalité des patients pris en charge en H.A.D., le but était de concevoir un outil pratique et pertinent. Dans un deuxième temps, le calcul des coûts en H.A.D. demandera un tel redressement puisque le but sera alors de décrire la réalité et non de définir un indicateur pour l'appréhender. De même, il faut souligner le fait que pour l'étude de la morbidité, les deux échantillons patients présents depuis plus de 3 mois (échant 1) et patients entrant (échant 2) ont été étudiés séparément alors que pour l'étude des coûts, les deux échantillons seront regroupés afin de tenir compte de l'érosion du coût des patients en H.A.D. quand le séjour se prolonge.

4.2 Méthodes

4.2.1 Outils informatiques

L'utilisation des deux logiciels statistiques utilisés – SAS et Spad'N – a nécessité avant toute application une étude rapide des principales fonctions et de l'interprétation des résultats.

Pour le logiciel SAS, l'apprentissage n'a pas soulevé de difficultés insurmontables, pour les fonctions primaires utilisées. Certaines erreurs de programmation ont parfois bloqué l'avancée du travail le temps de déceler le problème ; certaines manœuvres ont demandé de modifier les données pour pouvoir les utiliser et certaines démarches d'analyse ont pu être simplifiées au fur et à mesure du travail. En fait, la véritable progression a eu lieu dans la structuration de la démarche d'analyse avec la mise en place de procédures efficaces et systématiques. Ainsi toutes les modifications apportées à la base (changement de variable, création de nouvelles variables...) ont été faites après création d'un fichier unique. Ce fichier comporte toutes les données et leurs modifications et c'est de ce fichier qu'ont été créés les fichiers faisant l'objet d'analyse : un fichier pour chaque échantillon pour les analyses de variables primaires et secondaires, un fichier avec sélection de certaines variables pour l'analyse de variance, des fichiers pour exporter sur d'autres logiciels (Excel, Spad'N). Cette façon de procéder a permis de réduire le nombre de manœuvre et les risques d'erreur.

Les autres logiciels utilisés comportent les logiciels de bureautique habituels : Excel et Word sans difficultés particulières.

Le dernier logiciel utilisé est Spad'N, un logiciel d'analyse de données. Son utilisation soulève de nombreux problèmes tant au niveau de l'utilisation du logiciel que de l'interprétation des résultats (cf §4.2.2 Démarche analytique). L'apprentissage de Spad'N demande plus de temps, de lecture et d'expérience que ce qui a pu être réalisé ici. En effet, le délai aurait nécessairement été beaucoup plus long dans le cadre d'une maîtrise parfaite de ce logiciel. Il a donc fallu, non seulement, apprendre à programmer Spad'N et à interpréter les résultats. Ceci s'est fait avec l'aide des informaticiens du Credes, qui ont apporté des éléments de compréhension et quelques solutions.

4.2.2 Démarche analytique

La grande difficulté de ce travail était, à la fois, de répondre à l'attente du Ministère, commanditaire de l'étude avec l'Assurance maladie, dans les délais impartis et de répondre de façon conceptuellement acceptable. Plusieurs étapes ont été nécessaires pour l'avancée du projet.

En premier lieu, il a fallu prendre connaissance du vaste chantier engagé car l'étude n'est pas isolée. Elle entre dans le cadre d'une réflexion commencée depuis quelques années sur l'H.A.D. et les moyens à mettre en œuvre pour son développement. Comme toutes les réformes, celle-ci doit à la fois appréhender la situation en cours, prendre acte des volontés des tutelles et des professionnels, tenir compte des réalités de terrain et envisager l'avenir. C'est, par conséquent, une entreprise à la fois de longue haleine, qui doit être réalisée rapidement pour avoir un intérêt et un impact.

Au fur et à mesure de l'avancée de l'étude, il est donc apparu de nouveaux buts, de nouvelles attentes et, en conséquence, de nouvelles pistes d'orientation pour le travail. Les objectifs ont été définis sans grande difficulté mais après mûre réflexion et donc, après plusieurs semaines de discussion. Or, pour avancer sur le sujet et tenter de répondre à la commande, avant d'arrêter les objectifs de ce travail, il a fallu commencer l'analyse des résultats et leur interprétation. De ce fait, certaines analyses n'ont pas donné de résultats utiles et, au contraire, certaines autres auraient été nécessaires.

Outre les nouveaux logiciels d'analyse statistique à appréhender et les objectifs à définir précisément, les bases de données ont demandé de gros efforts pour être utilisables. Certaines bases ont été construites en priorité, telles que celles concernant les seules données médicales, mais celle par exemple concernant les données de coûts relevées en pratique et associés aux séjours en H.A.D. étudiés suivant le versant médical, n'a pas pu être utilisé dans le cadre présent. Ceci pose un problème devant l'absence de résultats plus francs qui étaient attendus. Au cours de l'analyse des variables, la notion de coût a souvent été soulevée comme aide pour confronter les résultats aux indicateurs de morbidité.

La dernière critique à porter sur les méthodes de travail porte sur le choix des variables. Cette sélection aurait pu faire l'objet d'une collaboration beaucoup plus étroite avec les professionnels de l'H.A.D., mais, comme il a été indiqué précédemment, le délai accordé pour obtenir des résultats, ne laissait aucune possibilité pour mettre en place

une telle participation. L'expérience de certains et la lecture des documents déjà produits ont permis de suppléer en partie à cette absence et elle représente, non une validité de terrain, mais une validité d'argumentation.

4.3 Résultats

4.3.1 Sexe et âge

cf : **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** ; Graphique 3 ; Graphique 5 ; Graphique 7 ;

Globalement, il n'apparaît pas de différence entre l'échantillon de l'enquête CreDES 1992 (patients présents un jour donné quelle que soit la durée du séjour) et l'échantillon de présents dans l'enquête CreDES 1999 (patients depuis plus de 3 mois en H.A.D. et observés sur une semaine).

Une partie de l'augmentation de la part relative de la classe d'âge [65 - 79 ans] peut être expliquée par deux phénomènes en partie liés : le vieillissement global de la population française et le développement des maladies chroniques. Les deux facteurs sont certes liés puisque le fait de vivre plus longtemps expose à des pathologies jusqu'ici peu connues et l'amélioration de la prise en charge des ces pathologies chroniques avec les progrès thérapeutiques permet d'allonger la durée de vie des patients pris en charge et de les traiter en H.A.D. plutôt qu'en hospitalisation complète. Cependant, les deux peuvent agir séparément : les maladies chroniques n'atteignent pas uniquement les personnes de plus de 65 ans et le vieillissement ne s'accompagne pas toujours de maladies chroniques.

L'analyse par classe d'âge et , sexe dans les différents échantillons confirme les remarques précédentes : la classe d'âge [80 ans et plus] est stable montrant que l'âge du décès ne peut être pas indéfiniment reculer. La courbe démographique de la population française présente un vieillissement avec une part croissante des classes d'âge les plus élevées mais pas un étirement de la courbe après l'âge de 100 ans. Les femmes sont proportionnellement plus fréquentes dans cette classe d'âge

La classe d'âge [16 - 39 ans] est déséquilibrée en faveur du sexe féminin et ce quel que soit l'échantillon. Ceci peut être expliqué par la prise en charge des grossesses et du post-partum (échantillon des entrants (échant 2)) et le suivi des cancers (échantillon des présents (échant 1)) dont les fréquences respectives sont plus élevées dans cette classe d'âge. Le déséquilibre perçu pour la classe d'âge [2 - 15 ans] en faveur du sexe masculin trouve son explication dans la taille de l'effectif qui est très petit entraînant un écart-type élevé.

4.3.2 Objectifs de soins

Il est étonnant de constater 5% d'objectifs non renseignés après retour des dossiers et reprise du codage et tout aussi étonnant que ce manque d'information soit principalement chez les femmes de la classe d'âge [25 - 39 ans].

La proportion plus élevée de femmes entre 25 et 39 ans prises en charge pour des «soins ponctuels» par rapport aux hommes de la même classe d'âge peut s'expliquer par la prise en charge des grossesses (pré et post-partum).

La proportion importante de femmes de plus de 80 ans dans l'enquête CreDES 99 est probablement en rapport avec la démographie de la population française. Elles ont surtout comme objectifs de soins « les soins continus» et « les soins de phase terminale » ; pourtant, souvent veuves, elles n'ont plus d'aidants à domicile sauf peut-être leurs enfants.

Quant à la proportion moins élevée des femmes entre 65 et 79 ans par rapport aux hommes, la démographie apporte un élément de réponse : la prise en charge en H.A.D. se fait la plupart du temps quand l'entourage (et principalement le conjoint) peut aider, situation qui se présente souvent pour les hommes à cet âge ; par contre, les femmes de cet âge sont plus fréquemment veuves ou leur époux ne représente pas un aidant naturel, ne bénéficient donc plus de cette aide du conjoint et par conséquent sont orientées vers d'autres formes de prise en charge. Toutes ces hypothèses devraient être vérifiées par des analyses plus spécifiques à chacune mais il faut se méfier, alors, de ne pas tirer de conclusion sur des effectifs trop faibles.

La part importante des «soins continus» dans les objectifs de prise en charge des patients de l'échantillon des entrants (échant 2) pourrait être expliquée par le fait que la fin du recueil (enquête sur 3 mois maximum par patient) ne reflète pas forcément le devenir de cette personne ; en effet, le patient a très bien pu rester en H.A.D. (d'où l'objectif de «soins continus») alors que sa présence dans l'échantillon des entrants (échant 2) suggérerait à tort un objectif de courte durée.

La quasi équivalence de pourcentage entre l'échantillon des présents (échant 1) et l'échantillon des entrants (échant 2) concernant l'objectif de «réadaptation au domicile» est intéressante, indiquant ainsi que l'H.A.D. peut à la fois répondre à des besoins de courte durée pour des pathologies relevant plus du mode aiguë comme à des besoins de longue durée pour des pathologies ou des traumatismes ayant un fort retentissement sur la vie du patient.

4.3.3 Modes d'entrée et modes de sortie

4.3.3.1 Modes d'entrée

La répartition de l'origine des patients entrant en H.A.D. montre que l'hôpital et les médecins hospitaliers sont encore les principaux prescripteurs d'H.A.D. (dans 70 % des cas); en effet, le médecin généraliste n'est prescripteur d'une hospitalisation à domicile que dans 14 % des cas. L'H.A.D. reste pour le moment une période de transition entre l'hôpital et l'arrêt des soins mais n'apparaît pas encore comme un mode de substitution à l'hospitalisation.

4.3.3.2 Modes de sortie

Vraisemblablement, la surveillance de grossesse à risque et la «Surveillance du post-partum» ne savent pas où se placer parmi les objectifs de soins car il n'y a pas d'indications claires dans les définitions proposées.

Si des 25% de patients sans mode de sortie sont extraits 5% de dossier pour erreur de codage (ou oubli...), une approximation grossière de la part des patients en « durée long séjour en H.A.D. » est possible et sa valeur serait de 20%.

Le très fort taux (93%) de patients de l'échantillon des présents (échant 1), n'ayant pas de mode de sortie renseigné, quelque soit leur objectif de prise en charge en H.A.D. soulève le problème du devenir des patients admis en H.A.D. et dont la durée de séjour est supérieure à 3 mois. Se pose alors la question de savoir si la structure d'H.A.D. est celle qui convient le mieux à la prise en charge de ce patient, si l'indication de prise d'entrée en H.A.D. a été correctement posée et si ne risque pas de se poser rapidement le problème des patients appelés en anglais « bed-blockers ».

De même, il faut noter que la concordance entre l'objectif de prise en charge et le mode de sortie existe en cas de protocole précis ; en cas de définition floue de ce protocole, il est fréquent de constater l'absence de concordance entre les deux.

Le caractère progressif et évolutif de l'H.A.D. est souligné par l'évolution de la prise en charge des patients entrés pour réadaptation à domicile qui bénéficient ensuite de soins infirmiers à domicile ; de même, la relation entre reprise « d'autonomie des parents » et mode de sortie « autre » (respectivement 16% de l'objectif présente une mode de sortie « autre » tandis que ce mode de sortie fait suite dans 48% des cas à cet objectif sous-entend que les parents sont orientés vers d'autres aides (PMI...) avant l'autonomie totale.

Le caractère transitionnel de l'H.A.D. est indiqué par le nombre d'hospitalisation survenant au cours de «soins continus» pour des événements intercurrents. L'apparent manque de renseignement de l'objectif des sorties pour hospitalisation à domicile est à rapprocher du manque de renseignement quant à la prise en charge des femmes entre 16 et 39 ans. L'hypothèse de prise en charge pour «soins ponctuels» (partum) ou pour «soins continus» (tumeur) ne semble pas aberrante.

4.3.4 Reclassement en modes de prise en charge, les motifs de prise en charge et les diagnostics principaux

Il apparaît clairement que la catégorie 4 « Autres traitements » est une source d'imprécision importante. Son éclatement en sous-groupes restaure dans un premier temps une certaine stabilité (certains sous-groupes présentent des pourcentage stables entre l'entrée et le diagnostic principal) mais ceci n'est pas entièrement satisfaisant. L'éviction du groupe 4 et l'analyse de la classification des dossiers restants entre l'entrée et le diagnostic principal, globalement et par échantillon, permettent d'éliminer en partie cette instabilité. Elle persiste pourtant pour « l'éducation du patient », la « surveillance post-chimiothérapie » et la « rééducation ». Dans plus d'un tiers des cas, ces patients seront ensuite diagnostiqués comme appartenant à la catégorie « 43 : Dépendance » ou « 1314 : «Rééducation neuro-orthopédique» ». La prise en charge de ces patients s'est donc révélée être plus lourde et intense que ne le laissait supposer le motif d'entrée en H.A.D.

Quant au mode de prise en charge à l'entrée de la catégorie « Surveillance post-chimiothérapie » (16), il s'agit vraisemblablement plus d'un manque de précision dans le diagnostic unidimensionnel et forcément globalisant que d'une erreur d'évaluation de la prise en charge nécessaire. En effet, les patients orientés à l'entrée dans le groupe 16 sont ensuite reclassés en diagnostic principal dans les groupes « 16 : surveillance post-chimiothérapie », « 2 : «Traitement anti-infectieux et autres traitements IV» » et « 9 : nutrition parentérale ». Il se peut notamment que la précision intervenant au moment de la sortie du patient et permise par l'addition du DP et d'un ou plusieurs DA entraîne une hiérarchie faisant apparaître notamment « Douleur » en DP, avec ou sans autre DA en termes de protocoles de soins.

C'est cette même imprécision qui faisaient classer les patients en catégorie « 4 : autres traitements » alors que ceux-ci ont pu ensuite être classés en « 1314 : «Rééducation neuro-orthopédique» ».

Globalement, il faut retenir que le motif de prise en charge étant unidimensionnel (un seul item à coder) et les diagnostics à la sortie étant pluridimensionnels (diagnostics principal et associés), la « définition » du patient ne peut qu'être meilleure dans la deuxième partie du questionnaire médical. Encore faut-il, pour appréhender le cas du patient globalement, additionner le DP aux DA exprimés en termes de protocoles de soins.

4.3.5 Phase évolutive de la maladie étiologique

Après entretien avec les médecins coordonnateurs ayant participé à l'enquête, il est apparu que la question 31 sur l'évolutivité de la pathologie étiologique avait été difficilement comprise, évaluée et répondue. De plus, l'analyse montrait une forte relation entre différents items (relations logiques et attendues) qui auraient pu perturber l'analyse de données et amoindrir d'autres relations entre les éléments. Il est donc paru judicieux de ne pas tenir compte de cet item dans la construction de l'indicateur final.

4.3.6 Indicateur d'autonomie du patient

Deux arguments sous-tendent les choix suivis pour le regroupement des items d'autonomie du patient et pour le découpage en classes.

Le regroupement de l'item « continence » avec les items de difficultés locomotrices et de continence est apparu comme logique au regard des différents éléments entrant en compte ; à part pour les enfants de moins de 3 ans, la continence semble plus liée à des arguments tels que l'hygiène, l'alimentation ou des déplacements. Les items cotant les difficultés relationnelles apparaissent plus comme des arguments liés à des fonctions supérieures tandis que les autres arguments peuvent ne pas être en rapport avec des troubles psychiques mais en relation avec des troubles physiques.

L'utilisation de la somme des valeurs seuil de chacun des items peut faire l'objet de critique. Il aurait envisageable de s'appuyer sur une analyse informatique de ces données afin de rechercher le meilleur groupage mathématique mais la logique médicale, sans être irrationnelle, fait appel à d'autres notions connues et reconnues sur le terrain du patient. Ainsi un groupe formé soit par des patients ayant tous le même score d'autonomie quel que soit l'item considéré, soit par des patients ayant le même niveau global d'autonomie avec un item plus lourd que la moyenne du groupe et le reste des items plus léger n'est pas une aberration.

Même si les résultats montrent un degré d'autonomie moindre chez les patients de l'échantillon des présents (échant 1) par rapport à l'échantillon des entrants (échant 2), une majorité de patients quel que soit l'échantillon peuvent faire seul sans difficulté ou seul difficilement et n'ont aucune difficulté ou de légères difficultés. Ceci peut être expliqué par plusieurs hypothèses :

- ↳ Les patients les plus lourds ou difficiles ne sont pas spontanément orientés vers une structure d'H.A.D. L'H.A.D. reste pour le moment un mode de prise en charge de transition entre l'hospitalisation et le retour à domicile sans aide ; certaines pathologies lourdes sont plus facilement envisagées en H.A.D. (phase terminale...) mais restent encore marginales ;
- ↳ L'autonomie des patients peut avoir été sous-estimés par les soignants qui n'étant pas en permanence auprès du patient peuvent ne pas se rendre pleinement compte des capacités ou incapacités du patients, du degré d'investissement et d'aide apporté par l'entourage ou encore peuvent être induits en erreur par des patients particulièrement compliants lors du passage du personnel soignant ;
- ↳ Certains séjours en H.A.D. relèvent peut-être plus du SIAD que de l'H.A.D. d'où une sous-estimation logique du degré d'incapacité des patients.

4.3.7 Indicateur de charge en soins infirmiers

La remarque la plus importante concernant l'indicateur de charge en soins infirmiers est l'absence d'utilisation en routine de cet indicateur. Outre les structures n'ayant pas rempli les items concernant les Siips avec franchise, certaines ont utilisé l'occasion qui leur était présentée pour se familiariser avec cette méthode d'évaluation. Ainsi, globalement, la charge en soins infirmiers, indicateur difficile de prime abord à coter et à analyser, pourrait être sortie de l'analyse en raison de la grande incertitude concernant sa fiabilité.

Le fait que l'indicateur de soins techniques ne soit lié ni à la capacité du patient ni à ses difficultés conforte les pré-requis : les soins techniques ne sont absolument pas évalués par les items d'autonomie du patient. Le fait d'être autonome ou dépendant en préjuge pas du degré de technicité requis pour les soins infirmiers.

A contrario, la faible relation entre les soins de base et les soins relationnels et l'indicateur d'autonomie du patient est plus décevante ; plusieurs arguments peuvent être avancés pour expliquer cette faible relation : un mauvais codage des Siips, une sous-évaluation des besoins en aide du patient ou encore, une diminution du lien par interaction entre soins de base et soins relationnels (même direction en analyse de données).

4.3.8 Indicateurs de diagnostic

La classification des modes de prise en charge effectuée s'est fondée sur le principe de mettre les motifs de prise en charge et les diagnostics principaux en relation avec les directives ministérielles. Ainsi, tous les codes apparaissant sous ces deux items ont été reclassés. Ce ne fut plus forcément le cas pour les diagnostics suivants. Ce choix est contestable car il se peut que certains modes de prise en charge soient non répertoriés en motifs de prise en charge ou en diagnostics principaux alors qu'ils l'auraient été en DA ; parallèlement, certains codes CIM 10 n'appartenant pas au chapitre Z des prises en charge sont tout de même répertoriés dans les modes de prise en charge.

Globalement, le reclassement des codes CIM10 utilisés dans cette enquête ayant fait l'objet d'une étude appliquée (cf 2.2.2.1), de nombreux codes CIM10 non listés en motif de prise en charge ou en diagnostic principal ont été ajoutés à la liste des modes de prise en charge en vue d'une utilisation ultérieure élargie à toutes les structures d'H.A.D. et les motifs de prise en charge non répertoriés dans cette enquête ont tout de même été étudiés afin de définir les codes CIM10 qui amèneraient à reclasser dans ces catégories.

4.3.8.1 Nombre et cumul des diagnostics associés

Le fait que les patients dans l'enquête CreDES 1999 n'aient pour une grande majorité moins de 4 diagnostics associés souligne le fait que l'hospitalisation reste un mode marginal de prise en charge des patients et que les patients les plus « lourds » (avec de nombreux diagnostics associés) restent hospitalisés dans les établissements de soins.

De plus, les codes utilisés pour ces diagnostics étant majoritairement non reclassés, il est possible de conclure que ces patients ne sont pas pour la plupart pris en charge pour plusieurs protocoles de soins mais pour un protocole de soins dans le cadre d'une polyopathie.

La différence observée entre les deux échantillons de l'enquête n'est pas surprenante : les patients pris en charge en H.A.D. pour une période de plus de 3 mois (patients de l'échantillon 1) sont a priori des patients polyopathologiques, pris en charge pour un protocole qui peut être associé à d'autres modes de prise en charge.

Au niveau du cumul des diagnostics associés, l'hypothèse de départ, non confirmée ici, était que les possibilités de remplissage des diagnostics associés n'étaient pas utilisées. La confirmation d'une telle hypothèse aurait mené à restreindre le nombre de diagnostics associés à renseigner et cibler les informations sur les protocoles de prise en charge complémentaires du diagnostic principal, l'étiologie... L'étude du cumul des diagnostics associés ne va pas dans ce sens puisque une proportion non négligeable de patients ont plus de 5 diagnostics associés renseignés.

4.3.8.2 Caractéristiques des diagnostics associés

Le fait que globalement le nombre de DA reclassé soit faible par rapport au nombre total de DA renseignés peut être lié au fait que les médecins coordinateurs n'avaient pas les mêmes consignes pour coder le motif de prise en charge (orienté vers les modes de prise en charge défini par le Ministère) et les diagnostics principaux et associés dont les codes étaient à choisir parmi tous les codes CIM10.

Rapidement, il est apparu difficile d'interpréter les catégories de DA reclassés quand leur nombre total augmentait. Devant les faibles effectifs et le peu de pertinence des conclusions qui pouvaient être faits, il a semblé raisonnable de reporter cette interprétation en relation avec le diagnostic principal et l'étiologie (analyse suivante).

Les différences observées entre les deux échantillons sont logiques et attendues. Elles soulèvent tout de même des questions quant au groupage des patients, quel que soit leur échantillon. En effet, se pose la question de savoir si à protocole de prise en charge pour le diagnostic principal équivalent, les patients présentent les mêmes DA quelque soit l'échantillon (il est possible de supposer que des patients ne présentant pas les mêmes DA vont avoir des durées de séjour en H.A.D. différentes), si selon la durée d'appartenance à une structure d'H.A.D., il y a évolution dans les DA ou si après un certain temps en H.A.D., il y a « oubli » d'un certain nombre de DA au profit de certains ressentis comme les plus lourds à prendre en charge (« Dépendance », « Nutrition parentérale »).

4.3.8.3 Association avec les diagnostics principaux

Quelque soit l'échantillon observé, les patients pris en charge en H.A.D. ont le plus souvent, en plus du diagnostic principal codé sous forme de protocole de prise en charge, au moins un diagnostic associé renseigné mais que celui-ci ne correspond pas fréquemment à un autre protocole de prise en charge.

Il semble toutefois exister un lien entre le nombre total de DA renseignés et les modes de prise en charge des diagnostics principaux. Ce lien, présent dans l'échantillon des patients entrant en H.A.D. (échant 2), n'est pas mis en évidence dans l'échantillon des patients présents depuis plus de 3 mois en H.A.D. (échant 1). D'un autre côté, certaines catégories de diagnostic principal, dans l'échantillon des patients présent en H.A.D. depuis plus de 3 mois, présentent des particularités avec un nombre total élevé de DA renseignés. Mais avant de conclure quoi que ce soit, il faut garder à l'esprit, que dans l'échantillon des patients en H.A.D. depuis plus de 3 mois (échant 1) la répartition de ceux-ci entre les différents diagnostics principaux amène à des effectifs de petite taille qui peuvent soit mettre en évidence des liens inexistantes, soit masquer des liens existants.

Il faut donc se méfier de toute interprétation rapide sur l'échantillon des patients présents en H.A.D. depuis plus de 3 mois.

4.3.9 Indicateur d'étiologie

Les informations apportées par l'indicateur d'étiologie étaient très attendues car devant, a priori, fournir d'importants renseignements et peut-être être un facteur fort dans l'indicateur final. En effet, les modes de prise en charge définies par le Ministère en collaboration avec les professionnels de l'H.A.D., peuvent correspondre à plusieurs pathologies très différentes ; par exemple, le protocole « Assistance respiratoire » (1) peut être prescrit pour un bébé avec bronchiolite, un adolescent avec mucoviscidose, un adulte avec BPCO (Broncho-pneumonie chronique obstructive). Mais il est rapidement apparu deux écueils :

↳ le codage d'étiologie multiple qui soulève plusieurs questions :

- * y a-t'il eu erreur de codage ?
- * le patient présentait-il plusieurs pathologies étiologiques ?
- * les règles de codage de la pathologie étiologique étaient-elles connues ?

↳ la grande diversité des codes étiologiques qui, à moins d'un travail de reclassement en grande famille des étiologies, donne des résultats très dispersés et ininterprétables.

Dans le cadre du travail présent, cet indicateur a été écarté devant le peu d'information apporté et la complexité d'interprétation.

4.3.10 Indicateur global

4.3.10.1 Les variables retenues

Le fait d'utiliser des groupages pressentis pour ensuite les « valider » par informatique peut apparaître comme peu crédible. En effet, partir de notions subjectives peut amener à des résultats erronés, à une absence de résultats suite à un début erroné ; cela peut amener à valider des pratiques non recommandées ou à écarter d'office des hypothèses qui mériteraient d'être testées. Mais, partir de notions déjà utilisées apportent aussi de nombreux avantages ; les notions pressenties, parfois non validées statistiquement ou scientifiquement, amènent à réfléchir sur des réalités ressenties, même si parfois marginales. Ces opinions, ces réactions de la part des professionnels peuvent, si elles ne sont pas prises en compte, se révéler être des freins ou des moteurs à toute avancée.

De plus, cette étude entre dans le cadre d'un travail beaucoup plus vaste qui, suite à la volonté ministérielle, doit amener au développement de l'H.A.D. et ce, en étroite relation avec les professionnels responsables ou acteurs de l'H.A.D. Leur avis devait donc avoir sa place.

Chaque variable retenue pour entrer dans la composition d'un indicateur synthétique peut faire l'objet de réserve :

↳ La variable « diagnostic principal » entre de façon logique dans le modèle. Pourtant plusieurs remarques sont à formuler :

- * Il a été choisi de retenir le diagnostic principal en terme de mode de prise en charge alors que les médecins coordinateurs avaient codé en termes de CIM10. Il y a donc en quelque sorte perte d'information mais, vouloir tenir de tous les codes utilisés, amène à une dispersion des patients qui n'aboutit à aucune conclusion. Il semble donc plus pertinent de regrouper les patients.
- * Les modes de prise en charge retenus sont les modes de prise en charge définis par le Ministère et modifiés après étude, des diagnostics, en 22 catégories. Les remarques sur la constitution de ces catégories ont déjà été faites lors de l'étude de la variable.

- ↪ Certaines variables ont été conservées, de façon obligatoire, pour la création de l'indicateur de morbidité. Celles-ci sont des arguments socio-démographiques qui apparaissent dans toutes les études épidémiologiques. En effet, elles ont toujours un effet sur la variable expliquée. Ces variables sont l'âge et le sexe.

- ↪ La variable « échantillon » a fait l'objet de réflexion pour l'inclure dans l'indicateur de morbidité. Toutes les variables ont été étudiées en distinguant les patients entrant des patients en H.A.D. depuis plus de trois mois. Les deux échantillons présentent en effet des différences notables, souvent attendues et logiques. L'étude des coûts ultérieure ne séparera pas les deux échantillons et les rassembler dans l'indicateur de morbidité semble logique puisque les patients entrant et ceux en H.A.D. depuis plus de 3 mois ne sont pas deux sortes de patient différents ; pourtant, même si il s'agit de pathologies parfois semblables, certains modes de prise en charge nécessitent une courte prise en charge tandis que d'autres demandent systématiquement une prise en charge de longue durée. Donc il apparaît que c'est plus la notion de durée de séjour en H.A.D. qui importe plus que l'échantillon. Mais la variable « durée » n'étant pas disponible (diverses corrections doivent préalablement être apportées aux fichiers), conserver la variable « échantillon » permet, en la prenant en compte dans l'analyse, de ne pas méconnaître ce facteurs de confusion.

- ↪ Les indicateurs « provenance », « mode de sortie », « objectif » et « évolutif » , sans avoir montré un intérêt certain pour la constitution des groupes de patients, ne peuvent être écartés sans avoir été testés. La provenance et le mode de sortie des patients semble en effet pertinent pour la prise en charge de ces patients. Conceptuellement, connaître la provenance et le mode de sortie donne une idée du patient et des soins requis. L'objectif de soins défini dans la Circulaire de mai 2000 peut ne pas avoir été utilisé à bon escient, ayant été introduit en cours d'enquête. La même notion de méconnaissance affecte la variable « évolutif » qui, selon les médecins coordinateurs rencontrés, n'a pas été appréhendé par tous de la même façon.

- ↪ La variable « somme des diagnostics associés » a montré son intérêt lors de son étude et la variable « autonomie du patient », qui est fréquemment utilisé dans les enquêtes Credes, a fait l'objet d'étude de validité montrant à la fois son intérêt et sa pertinence. Un autre indicateur était préféré par le Ministère et indiqué dans la Circulaire de mai 2000 : l'indice de Karnofsky. Un choix délibéré a été fait en faveur de l'indicateur du Credes, qui, par ses items facilement compris et évalués par les professionnels de terrain, semble apporter une information plus fiable que l'indice de Karnofsky, qui demande aux professionnels de coter selon des critères qu'ils n'utilisent pas en routine.

- ↪ Il en est de même pour les SIIPS qui, dans leur étude, ont montré avoir été peu évalués et quand ils ont été évalués, ne l'ont pas toujours été par des personnes habituées en routine à

les utiliser. Mais les écarter d'office, en raison de leur faible impact, demande réflexion. Avant de les évincer radicalement de l'indicateur de morbidité, il faudrait réévaluer leur valeur et leur interprétation en ne prenant en compte que les structures d'H.A.D. ayant l'habitude de les employer. Peut-être alors se dégagerait leur intérêt dans le cadre de l'évaluation de la morbidité du patient, intérêt masqué ici par les erreurs d'utilisation.

4.3.10.2 Analyse de variance

Malgré un coefficient de corrélation faible, quelque soit le modèle et/ou l'échantillon, il est rassurant de constater que les variables retenues « a priori » comme pertinentes pour l'indicateur de morbidité, sont dans la majorité des modèles statistiquement significatives.

Il faut cependant se méfier des résultats concernant les indices de charge en soins infirmiers, qui, comme il a déjà été mentionné précédemment, n'ont pas fait l'objet d'un remplissage fiable.

Comme l'analyse de chaque variable l'avait fait pressentir, aucun lien fort ne peut être dégagé devant la faiblesse des coefficients de corrélation.

4.3.10.3 Analyse de données

Les deux analyses utilisent des variables différentes, ce qui ne facilite pas l'interprétation des résultats mais, comme il a été précisé dans la critique de la méthode (cf : § 2.2.2.24.2.2), le temps imparti pour l'analyse était court ; de surcroît, l'apprentissage de l'utilisation de Spad'N a demandé du temps supplémentaire qui a encore plus raccourci le temps consacré à l'analyse.

L'autre motif, ayant amené à une analyse de données variée et succincte, est la réserve affichée par les informaticiens face à une analyse de données avec des variables comportant jusqu'à 22 modalités. Certes, les logiciels peuvent à partir de n'importe quelle donnée, présenter des résultats mais ceux-ci n'auront que peu de pertinence. La décision était donc, de rechercher en priorité des groupes constitués de façon logique puis, après regroupement de ces groupes, d'envisager une analyse de données plus approfondies. Les précédentes analyses (variable par variable, puis les analyses de variance) n'ont pas mis en évidence de groupes caractéristiques et, par conséquent, il était impossible de donner les caractéristiques d'un indicateur de morbidité. De plus, il apparaissait que la notion de coût allait être un argument de poids dans la catégorisation des patients. L'analyse devra donc être relancée avec introduction des notions de coûts. Il a donc été décidé d'effectuer quelques analyses pour commencer à appréhender le sujet.

Il est surprenant que certains groupes ne se définissent pas par une valeur positive mais par l'absence de cette valeur. Cette conception du groupage n'est que peu utilisable, excepté dans le cadre de vérification de base de données.

Certes aucune analyse effectuée ne permet de décrire un indicateur de morbidité des patients en H.A.D., mais elles permettent définir quelques caractéristiques non intéressantes, pour un futur groupage. Plusieurs remarques viennent appuyer ces propos ; la partition obtenue par Spad'N donne entre 4 et 5 classes par partition (les partitions avec plus de classes sont inintéressantes d'un point de vue interprétation pratique). Partant de 7 catégories de diagnostic principal, il apparaît donc réalisable de les regrouper en 5 classes plus homogènes. Les classes apparaissent peu définissables à première vue mais le fait d'analyser les variables nominatives et les variables continues met en évidence des caractéristiques propres à chaque classe. Certains sont déjà associés à des modalités de variable précises. Aucune incohérence médicale n'a été relevée dans ces groupes entre les critères d'inclusion et les critères d'exclusion.

L'utilisation de ces résultats dans l'étape suivante (analyse de coûts) pourrait permettre de « préclasser » les patients en termes médicaux et d'analyser l'homogénéité des coûts ou, après regroupement des patients en groupe de coûts homogènes, de définir plus rapidement et avec plus de précision leurs caractéristiques de morbidité. L'analyse doit de toute façon être reconduite, suivant une méthode systématisée mais longue, en étudiant les liens existant entre les variables déjà étudiées mais en incluant des critères qualitatifs.

Conclusion

Conclusion

Participer à un chantier d'une telle envergure est à la fois très stimulant et très inconfortable. En effet, par exemple, il est à la fois satisfaisant de pouvoir conclure à chaque étape et marquer ainsi les jalons de l'avancée du projet mais il est, dans le même temps, décevant d'énoncer des résultats qui sont incomplets, et qui demandent à être peaufinés, approfondis...

Pourtant, s'arrêter de temps à autre est indispensable pour vérifier la bonne direction prise par l'ensemble.

Dans le cas du travail réalisé ici, les remarques ci-dessus sont particulièrement prégnantes. L'ampleur de la demande et l'étendue du sujet incitent à approfondir toujours et encore plus les résultats et les interprétations mais les délais accordés imposent une rapidité difficilement compatibles avec la réflexion. De plus, les conséquences des résultats de ce travail (et de la commande du Ministère et de l'Assurance maladie dans sa globalité) incitent à une extrême prudence : l'impact décisionnel est réel et l'avenir de l'H.A.D. dépend en partie de ces résultats. Le projet initial est d'inciter fortement au développement de l'H.A.D. mais une interprétation maladroite, une erreur de résultats peut être délétère et pour longtemps à l'égard de ce mode d'hospitalisation déjà marginal.

La diversité des questions soulevées a entraîné l'adoption d'une démarche de prime abord plus instinctive que systématisée et c'est pourquoi il apparaît maintenant aussi indispensable, non seulement de poursuivre les analyses pour pouvoir répondre à la question initiale (coût global d'un séjour en H.A.D.), mais aussi de reprendre les données déjà analysées en suivant une méthodologie éclairée par les premiers résultats.

Aucun indicateur unique ou synthétique de morbidité n'a pour le moment pu être mis en évidence mais certaines variables apparaissent comme indispensables dans la description du patient : l'objectif de soins, le diagnostic principal (reclassé en termes de protocole), la somme des DA renseignés, mais aussi les indicateurs synthétiques d'autonomie et de handicap et l'âge, ainsi que la provenance et le mode de sortie.. Le relevé de l'information par les professionnels se doit de correspondre à une réalité et à une pratique quotidienne, quitte à un algorithme pour son utilisation. Les données SIIPS, indiquant la charge en soins infirmiers, ne peuvent pour le moment être introduits car leur utilisation ne relève pas encore de la routine et de nombreuses erreurs sont relevées

Les diagnostics principaux ont été traduits en modes de prise en charge (protocoles de soins) car il est très vite apparu évident que leur interprétation en termes de codes CIM10, mêmes restreints à des protocoles de prise en charge, amenait à une dispersion ininterprétable des résultats. La liste de modes de prise en charge (terme dont la signification prête à confusion et qui devrait plutôt être transcrit en « motif de prise en charge »), apportée par la Circulaire ministérielle, a été utilisée comme modèle de base pour ce regroupement des codes CIM10 correspondant aux diagnostics principaux mais, après analyse, il est possible de remettre en question la pertinence de cette liste devant l'absence de cas relevés dans certaines catégories (ce qui est statistiquement peu probable quand l'échantillon atteint la taille de l'enquête CreDES 1999) et l'abondance de cas dans certaines autres.

Après reclassement des diagnostics principaux en modes de prise en charge, certaines associations semblent disparaître avec d'autres variables concernant le patient. En particulier, le nombre de diagnostics associés exprimés également en termes de protocoles de soins indique clairement qu'il existe des modes de prise en charge multiples dont la nature devra être précisée et qui pourrait devenir un indicateur synthétique de morbidité pertinent vis-à-vis de la réalité médicale et des coûts.

D'autres analyses vont donc être nécessaires. En particulier et la plus urgente, l'analyse des coûts va venir conforter ou désagrèger les premiers liens mis en évidence. La mise à l'écart de certaines variables de morbidité peu informatives ou redondantes ou encore en interaction avec certaines, permettra d'accélérer l'analyse des coûts et, en contrepartie, les résultats concernant le coût, sont attendus pour consolider et poursuivre la recherche d'un indicateur synthétique de morbidité.

Mais ces prochaines étapes suggèrent de nombreuses pistes de réflexion qui, sans être primordiales pour les résultats, doivent être discutées et prises en compte.

Ainsi, la liste des modes de prise en charge s'est avérée être à la fois incomplète et comprenant des catégories non représentées quoique suggérées par l'expérience des professionnels de l'H.A.D. La modification de cette liste devrait être discutée afin d'obtenir l'information la plus pertinente. Cette réflexion sur les modes de prise en charge associés aux objectifs de prise en charge et au fait que, dans la plupart des cas, il y a une grande évolution entre le motif de prise en charge indiqué par l'infirmière coordinatrice en début de séjour et le diagnostic principal donné par le médecin coordonnateur à la sortie de la structure, devrait permettre de mieux définir le champ d'action de l'H.A.D et de préciser la frontière entre l'H.A.D. et les SIAD.

C'est toute une réflexion qui doit être menée et pour laquelle des pistes pourront être suggérées par les conclusions de l'enquête CreDES 1999, afin de développer l'H.A.D. En particulier, comme il a en déjà été fait mention, pourraient être suggérés la mise en place d'un « PMSI H.A.D. » au même titre que le PMSI MCO (médecine, chirurgie et obstétrique) et le PMSI SSR (soins de suite et de réadaptation), mais aussi certains des modes d'organisation, des définitions du champ de compétence et de responsabilité des professionnels de l'H.A.D., des suggestions pour les familles qui sont partie prenante de ce mode de prise en charge...

C'est une évolution profonde, idéologique et pratique répondant à un besoin réel de notre système de soins, qui doit être lancée afin de favoriser le développement de l'H.A.D. par la formation des professionnels, leur information et celle du public, par l'acceptation par la société avec tous les coûts et avantages (à la fois financiers et sociologiques) que cela entraîne.

L'hospitalisation à domicile est connue, depuis de nombreuses années, pour être un mode de prise en charge des patients pertinent, adapté à certaines situations et à certains moments de l'évolution de l'état de santé du malade et en rapport avec l'évolution de la société et des techniques médicales. L'H.A.D. doit donc être repensée afin que le patient, en fonction de ses caractéristiques, de ses vœux, de son milieu socioculturel, de ses possibilités... puisse choisir le mode de prise en charge qui lui convient le mieux, entre l'hospitalisation traditionnelle, le mode libéral de ville, les réseaux de soins, le SIAD...et l'H.A.D.

Annexes

Annexes

1. Article 4 de la loi sur la réforme hospitalière de 1971
2. Extrait du questionnaire patient (partie médicale)
3. Liste des variables primaires et secondaires
4. Liste des modes de prise en charge (définition du Ministère et compléments personnels)
5. Programme d'analyse de l'échantillon 2
6. Répartition des patients par catégorie de diagnostic principal, par nombre total de DA renseignés et par nombre de DA reclassés.
7. Graphique du modèle n°1 avec la partition en 4 classes
8. Graphique du modèle n°2 avec la partition en 5 classes
9. Graphique du modèle n°3 avec la partition en 5 classes

Article 4 de la loi sur la réforme hospitalière de 1971

3 Janvier 1971

JOURNAL OFFICIEL DE LA

REPUBLIQUE FRANÇAISE

67



LOIS

Loi n° 70-1318 du 31 décembre. 1970
portant réforme hospitalière (1).

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit,

Art 1er. - Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de soins est un des principes fondamentaux de notre législation sanitaire, sous réserve des dispositions prévues par les différents régimes de protection sociale, en vigueur à la date de la présente loi.

La protection sanitaire du pays est assurée par les membres des professions de santé d'une part et par les établissements de soins, publics ou privés, qu'ils participent ou non au fonctionnement du service public hospitalier institué par la présente loi, d'autre part

CHAPITRE I,-

Du service public hospitalier.

SECTION I,

Disposition générales.

Art 2. Le service public hospitalier assure les examens de diagnostic, le traitement - notamment les soins d'urgence - des malades, des blessés et des femmes enceintes qui lui sont confiés ou qui s'adressent à lui et leur hébergement éventuel

De plus, le service - public hospitalier :

- Concourt à l'enseignement universitaire et postuniversitaire médical et pharmaceutique et à la formation du personnel paramédical.-
- Concourt aux actions de médecine préventive dont la coordination peut lui, être confiée;
- Participe à la recherche médicale et pharmaceutique et à l'éducation sanitaire.

Les praticiens non hospitaliers peuvent recourir à son aide technique.

Art 3. - Le service public hospitalier est assuré:

- 1° Par les établissements d'hospitalisation publics;
- 2° Par ceux des établissements d'hospitalisation privés qui répondent aux conditions définies aux articles 40, 41 et 42 de la présente loi.

Moi n°70-1318. TRAVAUX PRÉPARATOIRES (1)

Sénat :

- Projet de loi n° 365 (1969.1970) ;
- Rapport de M. Blanchet, au nom de la commission des affaires sociales, n° 40 (1970-1971);
- Discussion et adoption. le 4 novembre 1970.

Assemblée Nationale

- Projet de loi, adopté par le Sénat, n°1430 ;
- Rapport de M. Peyres, au nom de la commission des affaires culturelles n° 1481) ;
- Discussion les 3 et 4 décembre 1970 ;
- Adoption le 4 décembre 1970.

Sénat

- Projet de loi, modifié par l'Assemblée nationale, n° 85 (1970-1971) ;
- Rapport de M. Blanchet, au nom de la commission des affaires sociales, n° 91 (1970-1971) ;
- Discussion et adhésion le 14 décembre 1970.

Assemblée nationale

- Projet de loi; modifié par le Sénat, n° 1541 ;
- Rapport de M. Peyret, au nom de la commission des affaires culturelles (n°1545) ;
- Discussion et adoption le 16 décembre 1970.

Assemblée nationale

- Rapport de M. Peyret, au nom de la commission mixte paritaire (n°1558) ;
- Discussion et adoption le 18 décembre 1970.

Sénat

- Projet de loi. Adopté par l'Assemblée nationale ;
- Rapport de M. Blanchet au nom de la commission mixte paritaire, n°136 (1970-1971) ;
- Discussion et adoption le 18 décembre 1970.

Les établissements qui assurent le service public hospitalier sont, ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services.

Ils doivent être en mesure d'accueillir les malades, de jour et de nuit ou, en cas d'impossibilité, d'assurer leur admission dans un autre établissement appartenant au service public hospitalier.

Ils ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins. Ils ne peuvent organiser des régimes d'hébergement différents selon la volonté exprimée par les malades que dans les limites et selon les modalités prévues par les textes législatifs et réglementaires en vigueur.

Les établissements d'hospitalisation privés autres que ceux qui sont mentionnés ci-dessus peuvent être associés au fonctionnement du service public hospitalier en vertu d'accords conclus selon les modalités prévues à l'article 43 de la présente loi.

Un décret pris en conseil des ministres fixe les conditions de participation du service de santé des armées au service, public hospitalier.

Art 4. - Les établissements mentionnés à l'article 3 (1° et 2°) sont dits :

1° Centres hospitaliers s'ils ont pour mission principale - les admissions d'urgence, les examens de diagnostic, les hospitalisations de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë, les accouchements et les traitements ambulatoires

Les centres hospitaliers comportent:

- a) Des unités d'hospitalisation pour pratique médicale, chirurgicale et obstétricale courante
- b) Eventuellement, des unités d'hospitalisation pour soins hautement spécialisés ;
- c) Eventuellement, des unités d'hospitalisation pour convalescence, cure ou réadaptation.

Chaque centre hospitalier peut comporter une ou plusieurs de ces unités selon leur classement.

2° - Centres de convalescence, cure ou réadaptation s'ils ont pour mission principale l'hébergement des personnes qui requièrent des «soins continus» ou des traitements comportant des périodes d'hospitalisation prolongées.

certaines de ces établissements ou unités d'hospitalisation, publics ou privés, ont une vocation régionale ou nationale. Lorsqu'un centre hospitalier a une vocation régionale et qu'il répond à des conditions définies par décret, il porte le nom de centre hospitalier régional.

Les services des centres hospitaliers peuvent, se prolonger à domicile, sous réserve du consentement du malade ou de sa famille, pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant.

Le classement des établissements est déterminé par arrêté du ministre de la santé publique et de la sécurité sociale selon des normes définies par voie réglementaire.

Art 5. - Il est institué, dans les conditions prévues à l'article 44 de la présente loi, une carte sanitaire de la France déterminant des régions et des secteurs d'action sanitaire.

Les établissements qui assurent le service public hospitalier dans un même secteur d'action sanitaire forment un groupement interhospitalier de secteur.

Dans chaque région, le centre hospitalier régional et les autres établissements qui assurent le service public hospitalier forment un groupement interhospitalier régional.

Les établissements qui forment un groupement interhospitalier de secteur peuvent demander la création d'un syndicat inter. hospitalier de secteur. Les établissements qui forment un groupement interhospitalier régional peuvent demander la création d'un syndicat interhospitalier régional.

SECTION II '

Des groupements interhospitaliers
et des syndicats interhospitaliers.

Art. 6 - Les groupements interhospitaliers prévus à l'article 5 de la présente loi ne sont pas dotés de la personnalité morale.

Questionnaire (partie médicale)

Ce questionnaire a été créé et validé par les médecins coordonnateurs d'H.A.D. sans lesquels ce travail sur la morbidité n'aurait pas pu se faire, en particulier :

le Dr Régis Patte de l'AP-HP qui a apporté son expérience pour le relevé de la pathologie principale et des DA avec hiérarchie,

le Dr Patrick Le Plat de la Croix St Simon, Guy , Laure Com-Ruelle, Nadine Raffy-Pihan et tous les participants du groupe de travail,

les médecins chiffreurs qui ont assuré l'harmonisation du mode de relevé de la morbidité.

Volet 2 : Dossier médical - infirmier

Structure N° de secteur Echantillon N° ordre patient Prénom du patient (saisir 15 caractères maximum)
A REMPLIR PAR L'INFIRMIERE COORDINATRICE

A L'ENTREE DU MALADE

22. Motif de la prise en charge : (à noter à l'entrée du malade en H.A.D. par l'infirmière coordinatrice)

en clair :

code C.I.M. 10 : (à préciser éventuellement par le médecin coordonateur)
CIM 10 *précision*

23. Objectifs de prise en charge :

- Soins ponctuels
(Patient ayant une pathologie non stabilisée, pour laquelle il est pris en charge pour une durée préalablement déterminée avec des soins techniques lourds et complexe, soins fréquemment réitérés)
- Soins continus
(Patient ayant une pathologie évolutive, pour laquelle il est pris en charge pour une durée non déterminée, associant 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)
- Soins de phase terminale
(Patient qui est pris en charge pour des soins de phase terminale et qui décède dans les quelques jours suivant l'entrée)
- Réadaptation au domicile
(Patient qui est pris en charge pour une durée déterminée, après la phase aiguë d'une pathologie neurologique, orthopédique, cardiologique ou d'une polyopathie traitée en vue de sa réadaptation au domicile)
- Reprise d'autonomie des parents
(Enfants pris en charge pour une durée déterminée après une phase aiguë de la maladie traitée, en vue de sa réadaptation au domicile grâce à l'apprentissage des soins par ses parents)

Autonomie du patient : notez le score selon les échelles suivantes ▼

24. Le patient peut :

- s'alimenter
- sortir du lit
- s'habiller
- faire sa toilette
- se déplacer
- se rendre aux toilettes
- monter ou descendre les escaliers

Score :

- 1 - seul sans difficulté
- 2 - seul difficilement
- 3 - avec une aide légère ou occasionnelle
- 4 - avec une aide permanente
- 5 - prise en charge totale
- 6 - sans objet (ex : enfant de moins de 3 ans)

25. Le patient a des difficultés :

- de vision
- d'audition
- d'expression
- de comportement,
 - * à type d'agression
 - * à type de dépression
- de mémoire
- de continence

Score :

- 1 - aucune difficulté
- 2 - légères difficultés
- 3 - graves difficultés
- 4 - très graves difficultés
- 5 - difficultés maximum
- 6 - sans objet (ex. : enfant de moins de 3 ans)

A LA SORTIE DU MALADE (ou au moment de l'enquête pour l'échantillon présent)

26. Evaluation des SIIPS correspondant à la période d'observation (Cf. méthode de remplissage page 4) :

Scores : Soins de base : S.I.I.P.S. SB = ISB =
 Soins techniques : S.I.I.P.S. ST = IST =
 Soins relationnels et éducatifs : S.I.I.P.S. SRE = ISRE =
 Score global : S.I.I.P.S. total = ISS =

Principes de recueil de l'Information médicale ou morbidité du patient à l'usage du médecin coordonnateur

COLONNE 27 : HIERARCHIE DES DIAGNOSTICS

Choix du diagnostic principal (D.P.)

Le médecin coordonnateur recueille et code ces informations médicales à l'issue du séjour en HAD à partir du dossier médical du malade, dans l'esprit du Résumé Standardisé de Sortie (RSS) du PMSI.

Le **DIAGNOSTIC PRINCIPAL** est la pathologie qui, au sens du médecin coordonnateur, a suscité ou mobilisé **L'ESSENTIEL DE L'EFFORT MEDICAL ET SOIGNANT** au cours du séjour.

Dans le cas de l'échantillon de patients présents depuis plus de 3 mois et observés uniquement une semaine, le diagnostic principal reste le motif ayant mobilisé l'essentiel des ressources au cours du séjour déjà écoulé.

Priorité au codage des motifs de prise en charge ou codes « Z » de la CIM 10

Un patient est le plus souvent admis en HAD alors que l'essentiel des investigations diagnostiques a déjà eu lieu par ailleurs et que les traitements sont prescrits ou déjà effectués pour certains. Ainsi, le séjour en HAD est le plus souvent motivé par des surveillances et/ou des soins médicaux programmés. De ce fait, ce séjour est mieux caractérisé en diagnostic principal par le motif de recours à l'HAD (exemple : « prise en charge pour chimiothérapie ») que par la pathologie du patient (exemple : « tumeur maligne du côlon sigmoïde »). C'est pourquoi :

Le **DIAGNOSTIC PRINCIPAL** est très souvent choisi parmi les codes « Z » du chapitre XXI de la CIM 10
« Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux soins ».
(exemple : « Chimiothérapie pour tumeur » = « Z51.1 »)

Le diagnostic principal est donc beaucoup plus rarement exprimé en terme d'affection causale ou étiologie dont le codage appartient aux chapitres précédents de la C.I.M. 10. Cette affection causale est cependant systématiquement notée au sein de la liste des diagnostics mais, le plus souvent, elle figure parmi les diagnostics associés.

La hiérarchisation des diagnostics et les diagnostics associés (D.A.)

La **prise en charge pour des motifs multiples** est très fréquente en HAD du fait des pathologies lourdes auxquelles elle s'adresse (exemple : « prise en charge pour chimiothérapie » et « prise en charge de la douleur »). La hiérarchisation de ces motifs peut être difficile pour en distinguer le principal. Les autres motifs seront considérés comme diagnostics associés et notés en tant que tels pour participer à la description du séjour en HAD.

Toutes les autres maladies dont souffre le patient, même si elles ne sont pas à l'origine de l'HAD, sont également répertoriées parmi les diagnostics associés afin de compléter la description du séjour en HAD.

COLONNE 28 : NATURE PRECISE DE LA MALADIE OU DU MOTIF DE RECOURS A L'HAD

La désignation très précise de la nature de la maladie ou du motif de recours à l'HAD sera exprimée en clair afin de permettre, si besoin, l'harmonisation du codage entre les différentes structures d'HAD participant à l'enquête.

COLONNE 29 : L'UTILISATION DE LA CIM 10

L'ensemble des diagnostics posés sera codé à l'aide de la Classification Internationale des Maladies 10^{ème} révision (CIM 10). Les codes de la CIM 10 comprennent 4 caractères chiffrés permettant de caractériser la plupart des maladies ou motifs de prise en charge.

La précision éventuelle par l'utilisation d'un thésaurus de spécialité

Toutefois, dans le cadre spécifique de l'HAD où le diagnostic principal sera le plus souvent un code « Z », certains compléments au code CIM 10 peuvent être nécessaires à la description de la nature précise du motif de recours à l'HAD. Pour cela, le médecin coordonnateur recourt à un thésaurus de spécialité préexistant ou qu'il met au point pour les besoins de l'enquête. Ce thésaurus peut donc être propre à chaque structure d'H.A.D qui fournira alors au CREDES une liste des codes de spécialité utilisés dans la colonne « thésaurus de spécialité ». Dans l'exemple choisi au recto :

- **D.P.** : le code CIM 10 « Z51.1 » signifie « une séance de chimiothérapie pour tumeur » ; le caractère suivant « 1 » précise qu'il s'agit d'une « série de séances de chimiothérapie pour tumeur réalisées en HAD ».
- **D.A.1** : le code CIM 10 « R52.2 » signifie « autres douleurs chroniques » ; le caractère suivant « 1 » précise qu'il s'agit d'un « traitement de douleurs chroniques réalisé en HAD ».

COLONNE 30 : PRECISEZ L'ETIOLOGIE

Pour préciser l'affection causale ou diagnostic étiologique parmi l'ensemble de diagnostics, on porte la lettre « E » en regard de celle-ci dans la colonne 30. Cette désignation est indispensable pour permettre la comparaison de la dispersion des coûts par pathologie, tant en termes de motifs de prise en charge univoque qu'en termes d'étiologie.

L'exemple choisi au recto, à savoir une hospitalisation en HAD pour chimiothérapie et prise en charge de la douleur chez un patient atteint d'une tumeur maligne du côlon sigmoïde et souffrant en outre d'une cardiopathie hypertensive, illustre à la fois la notion de hiérarchisation des diagnostics entre eux, avec la désignation du diagnostic principal et le repérage de l'étiologie, et donne des exemples de codage par l'utilisation de la CIM 10 et d'un thésaurus de spécialité.

Volet 2 : Dossier médical - médecin coordonnateur

Structure
 N° de secteur
 Echantillon
 N° ordre patient
 Prénom du patient (saisir 15 caractères maximum)

A REMPLIR PAR LE MEDECIN COORDONNATEUR

Information médicale ou morbidité du patient :
 en se référant à la méthode de remplissage page 6

A LA SORTIE DU MALADE (ou au moment de l'enquête pour l'échantillon présent)				
27. Hiérarchie des diagnostics Cf. méthode de remplissage page suivante	28. Nature précise de la maladie ou du motif de recours à l'H.A.D. en clair	29. Code		30. Précisez l'étiologie (en indiquant « E » en face de l'affection causale de la prise en charge)
		C.I.M. 10	précision si besoin (selon un éventuel thésaurus de spécialité)	
<i>Exemple :</i>				
Diagnostic Principal (DP)	chimiothérapie pour tumeur	Z 5 1 1	th. spéc.	<input type="checkbox"/>
Diagnostic Associé 1 (DA1)	prise en charge de la douleur	R 5 2 2		<input type="checkbox"/>
Diagnostic Associé 2 (DA2)	tumeur maligne du côlon sigmoïde	C 1 8 7		<input type="checkbox"/>
Diagnostic Associé 3 (DA3)	cardiopathie hypertensive S.A.I.	I 1 1 9		<input type="checkbox"/>
Diagnostic Principal (DP)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostic Associé 1 (DA1)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostic Associé 2 (DA2)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostic Associé 3 (DA3)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostic Associé 4 (DA4)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostic Associé 5 (DA5)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostic Associé 6 (DA6)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostic Associé 7 (DA7)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostic Associé 8 (DA8)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostic Associé 9 (DA9)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

31. La maladie étiologique est-elle en période évolutive particulière ?

- 1 Oui, en phase d'aggravation
- 2 Oui, en phase palliative (fin de vie)
- 3 Oui, en phase d'amélioration
- 4 Non

Liste des variables primaires et secondaires

-----Alphabetic List of Variables and Attributes-----

#	Variable	Type	Len	Pos	Format	Informat	Label
14	AGRESSION	Char	1	642	\$1.	\$1.	AGRESSION
4	ALIMENT	Char	1	632	\$1.	\$1.	ALIMENT
12	AUDITION	Char	1	640	\$1.	\$1.	AUDITION
17	CONTINENCE	Char	1	645	\$1.	\$1.	CONTINENCE
26	DA1	Char	7	662	\$7.	\$7.	DA1 (même modèle pour les 9 DA)
27	DA1ETIO	Char	1	669	\$1.	\$1.	DA1ETIO (même modèle pour les 9 DA)
44	DATE	Num	8	32	MMDDYY8.	YYMMDD8.	DATE
8	DEPLACER	Char	1	636	\$1.	\$1.	DEPLACER
15	DEPRESSION	Char	1	643	\$1.	\$1.	DEPRESSION
54	DNAIS	Char	4	778			Année de naissance du patient
24	DP	Char	7	654	\$7.	\$7.	DP
25	DPETIO	Char	1	661	\$1.	\$1.	DPETIO
48	ECHANT	Char	1	748			Type d'échantillon
22	EVOLUTIVE	Char	1	646	\$1.	\$1.	EVOLUTIVE
13	EXPRESSION	Char	1	641	\$1.	\$1.	EXPRESSION
6	HABILLER	Char	1	634	\$1.	\$1.	HABILLER
46	HAD	Char	2	744			N° de structure
1	IDPAT2	Char	8	608	\$8.	\$8.	Identifiant du patient sans le prénom
18	ISB	Num	8	0	2.	2.	ISB
20	ISRE	Num	8	16	2.	2.	ISRE
21	ISS	Num	8	24	2.	2.	ISS
19	IST	Num	8	8	2.	2.	IST
7	LAVER	Char	1	635	\$1.	\$1.	LAVER
5	LIT	Char	1	633	\$1.	\$1.	LIT
53	MDS	Char	1	777			Mode de sortie
16	MEMOIRE	Char	1	644	\$1.	\$1.	MEMOIRE
10	MONTER	Char	1	638	\$1.	\$1.	MONTER
23	MPEC	Char	7	647	\$7.	\$7.	MPEC
3	OBJECTIF	Char	1	631	\$1.	\$1.	OBJECTIF
52	PROV	Char	1	776			Provenance du patient
51	SEXE	Char	1	775			Sexe du patient
9	TOILETTE	Char	1	637	\$1.	\$1.	TOILETTE
11	VISION	Char	1	639	\$1.	\$1.	VISION
55	age	Num	8	40			Age calculé du patient
56	agegp	Num	8	48			
62	cdal	Char	1	783			(même modèle pour les 9 DA et pour le DP)
103	clas	Char	10	842			
104	class	Char	30	852			
85	cldal	Char	1	806			(même modèle pour les 9 DA et pour le DP)
86	cldals	Char	3	807			(même modèle pour les 9 DA et pour le DP)
71	cod	Char	10	792			
170	da	Char	264	902			
171	daz	Char	264	1166			
125	etio	Char	10	892			
116	etioda1	Char	1	883			(même modèle pour les 9 DA et pour le DP)
72	isbgp	Num	8	88			(même modèle pour ist, isre et iss)
59	moddp	Num	8	72			
60	moddps	Num	8	80			
57	modpec	Num	8	56			
58	modpecs	Num	8	64			
81	sg	Num	8	160			
77	sg24	Num	8	128			
78	sg25	Num	8	136			
79	sg24gp	Num	8	144			(même modèle pour sg25 et sg)
114	sumda	Num	8	248			

Liste des modes de prise en charge (définition du Ministère et compléments personnels)

Numéro de catégorie	Numéro de sous-catégorie	Code alphanumérique	Modes de prise en charge	Codes CIM 10 entrant dans cette catégorie (thesaurus de spécialité)
1		a	Assistance respiratoire	'Z990', 'Z991', 'Z998901', 'Z998902', 'E840'
2		b	Traitement anti-infectieux	'Z512', 'Z452', 'Z291', 'Z292', 'P364', 'P368', 'Z098'
3		c	Surveillance d'aplasie	'D61'
4	4.11	d11	Surveillance de grossesse	'Z352', 'Z358', 'Z359', 'P015'
	4.12	d12	Post-partum	'Z390', 'Z392', 'Z398', 'Z459', 'Z988'
	4.13	d13	Prise en charge du nouveau-né	'Z518950', 'Z748930', 'Z748940', 'Z742'
	4.2	d2	Post traitement chirurgical	'Z488', 'Z489', 'Z540', 'Z544', 'Z094', 'Z449'
	4.3	d3	Dépendance	'Z740', 'Z741', 'Z743', 'Z748', 'Z748910', 'Z748920'
	4.4	d4	Tumeurs Malignes : autres PEC	'Z087', 'Z089', 'C349', 'C449'
	4.5	d5	Autres	'R53', 'Z508900', 'Z509', 'Z514', 'Z518', 'Z519', 'Z992', 'Z013', 'Z466', 'Z548', 'Z751', 'Z945', 'Z315', 'Z9661'
5		e	Chimiothérapie	'Z512900', 'Z511', 'Z511900', 'Z511950'
6		f	Douleur	'R520', 'R522', 'R522901'
7		g	Education du patient	'Z71.X'
8		h	Nutrition entérale	'Z518911', 'Z518919'
9		i	Nutrition parentérale	'Z451', 'Z518921', 'Z518929'
10		j	Pansements complexes	'Z430', 'Z431', 'Z432', 'Z433', 'Z434', 'Z435', 'Z436', 'Z439', 'Z518901', 'Z518902', 'Z518903', 'Z518904', 'Z480', 'Z480901', 'Z480902', 'Z480903', 'Z43', 'L984', 'Z930'
11		k	Prise en charge psycho-sociale	'Z631', 'Z638', 'Z658'
12		l	Radiothérapie	'T66', 'Z541', 'Z081'
1314		m	Rééducation neuro-orthopédique	'Z501', 'Z508', 'Z509', 'Z966'
15		n	Soins palliatifs	'Z515', 'Z515900', 'Z515910'
16		o	Surveillance post-chimiothérapie	'Z542', 'Z082', 'Z092'
17		p	Transfusion sanguine	'Z513'

Thesaurus de spécialité :

Code	Intitulé
R52.2901	Prise en charge de la douleur avec PCA
Z48.0901	Surveillance des pansements chirurgicaux et éducation stomie
Z48.0902	Surveillance des pansements chirurgicaux et prévention des phlébites
Z48.0903	Surveillance des pansements chirurgicaux après amputation chez le diabétique
Z50.8900	Réadaptation au domicile
Z51.1900	Chimiothérapie pour tumeur sur PAC
Z51.1950	Chimiothérapie pour tumeur et prise en charge de la douleur
Z51.2900	Chimiothérapie sauf cancer sur PAC
Z51.5900	Fin de vie +/- décès à court terme
Z51.5910	Fin de vie « à moyen terme »
Z51.8903	Prise en charge d'ulcères variqueux
Z51.8904	Pansements médicaux (# pansements chirurgicaux)
Z51.8911	Nutrition entérale avec pompe
Z51.8919	Nutrition entérale sans pompe
Z51.8929	Nutrition parentérale sans pompe
Z51.8950	Surveillance pour prématurité et/ou hypotrophie
Z74.8910	Soins de base = nursing (en dehors de soins palliatifs)
Z74.8920	Soins de base + prise en charge technique
Z74.8930	Soins de base + prise en charge technique + prise en charge morale
Z99.8901	Oxygénothérapie
Z99.8902	Aérosols

Programme d'analyse de l'échantillon 2

```
*****  
Echantillon n°2  
*****/  
/*Données générales*/  
data doscomp2_g;  
    set doscomp_g;  
    if echant=2;  
  
run;  
proc means data=doscomp2_g n nmiss min max mean std;  
    var age isb ist isre iss sg24 sg25 sg24gp sg25gp sg sggp;  
  
run;  
proc freq data=doscomp2_g;  
    table sexe échant had objectif prov mds agegp modpec moddp modpecs moddps évolutive aliment lit  
habiller laver déplacer toilette monter vision audition expression agression depression mémoire  
continence isb ist isre iss isbgp istgp isregp issgp sg24gp sg25gp sg sggp;  
    table sexe*agegp/chisq expected;  
    table prov*mds/chisq expected;  
    table prov*objectif/chisq expected;  
    table mds*échant/chisq expected;  
    table objectif*échant/chisq expected;  
    table mds*objectif/chisq expected;  
    table modpec*moddp/chisq expected;  
    table modpecs*moddps/chisq expected;  
    table sexe*objectif*agegp/chisq expected;  
    table sg24gp*sg25gp/chisq expected;  
    table (sg24gp sg25gp sggp)*(ISB IST ISRE ISS)/chisq expected;  
    table (isbgp istgp isregp issgp)*(moddp modpec objectif)/chisq expected;  
    format agegp agegp. objectif $objectif. mds $mds. modpec moddp mod. modpecs moddps mods. had  
  
$had. ;  
run;  
  
/*Analyse du chainage mpec*/  
data doscomp2_g;  
    set doscomp_g;  
    if echant=2;  
  
run;  
proc sort data=doscomp2_g;  
    by descending cod;  
  
run;  
proc freq data=doscomp2_g;  
    table cdp cda1 cda2 cda3 cda4 cda5 cda6 cda7 cda8 cda9;  
    table cod;  
  
run;  
  
/*Analyse chainage par classe*/  
data doscomp2_g;  
    set doscomp_g;  
    if echant=2;  
  
run;  
proc sort data=doscomp2_g;  
    by descending class;  
  
run;  
proc freq data=doscomp2_g;  
    table cldp clda1 clda2 clda3 clda4 clda5 clda6 clda7 clda8 clda9;  
    format cldp clda1 clda2 clda3 clda4 clda5 clda6 clda7 clda8 clda9 $cl. ;  
    table class;  
  
run;  
  
/*Analyse chainage + étiologie*/  
data doscomp2_g;
```

```

        set doscomp_g;
        if echant=2;
run;
proc sort data=doscomp2_g;
    by descending etio;
run;
proc freq data=doscomp2_g;
    table etio;
run;

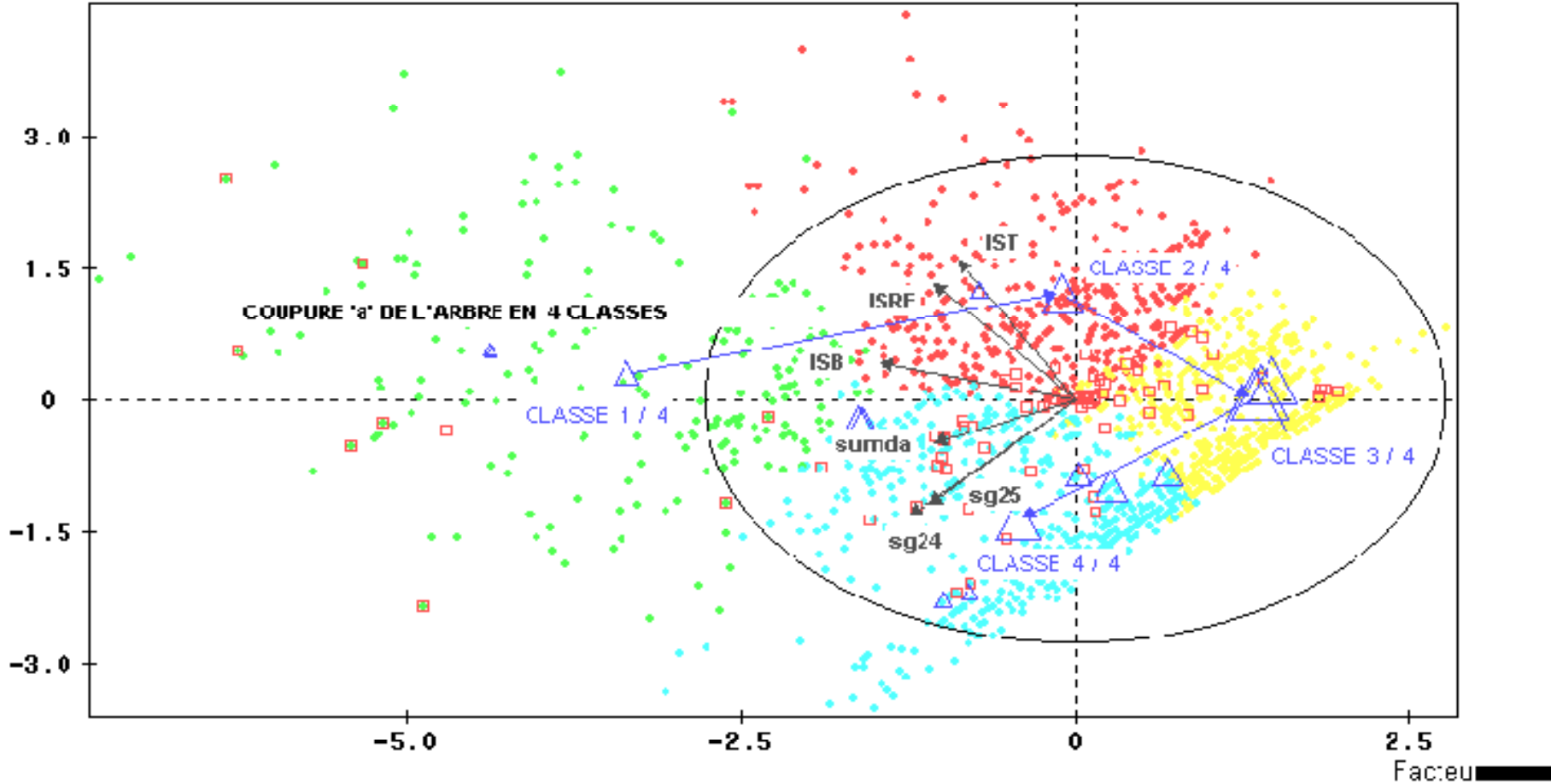
/*Analyse par mpec, par nb da, qlté da +étiologie*/
data doscomp2_g;
    set doscomp_g;
    if echant=2;
run;
proc freq data=doscomp2_g;
    table cldps*sumda;
run;

/*analyse de combinaison des da*/
data doscomp2_g;
    set doscomp_g;
    if echant=2;
run;
proc sort data=doscomp2_g;
    by moddps sumda;
run;
proc print data=doscomp2_g;
    by moddps sumda; var daz;
run;
proc freq data=doscomp2_g;
    table da2a da2b da2c da2d11 da2d12 da2d13 da2d4 da2d5 da2e da2f da2g da2h da2i da2j da2k da2l da2m
da2n da2o da2p da2x;
run;

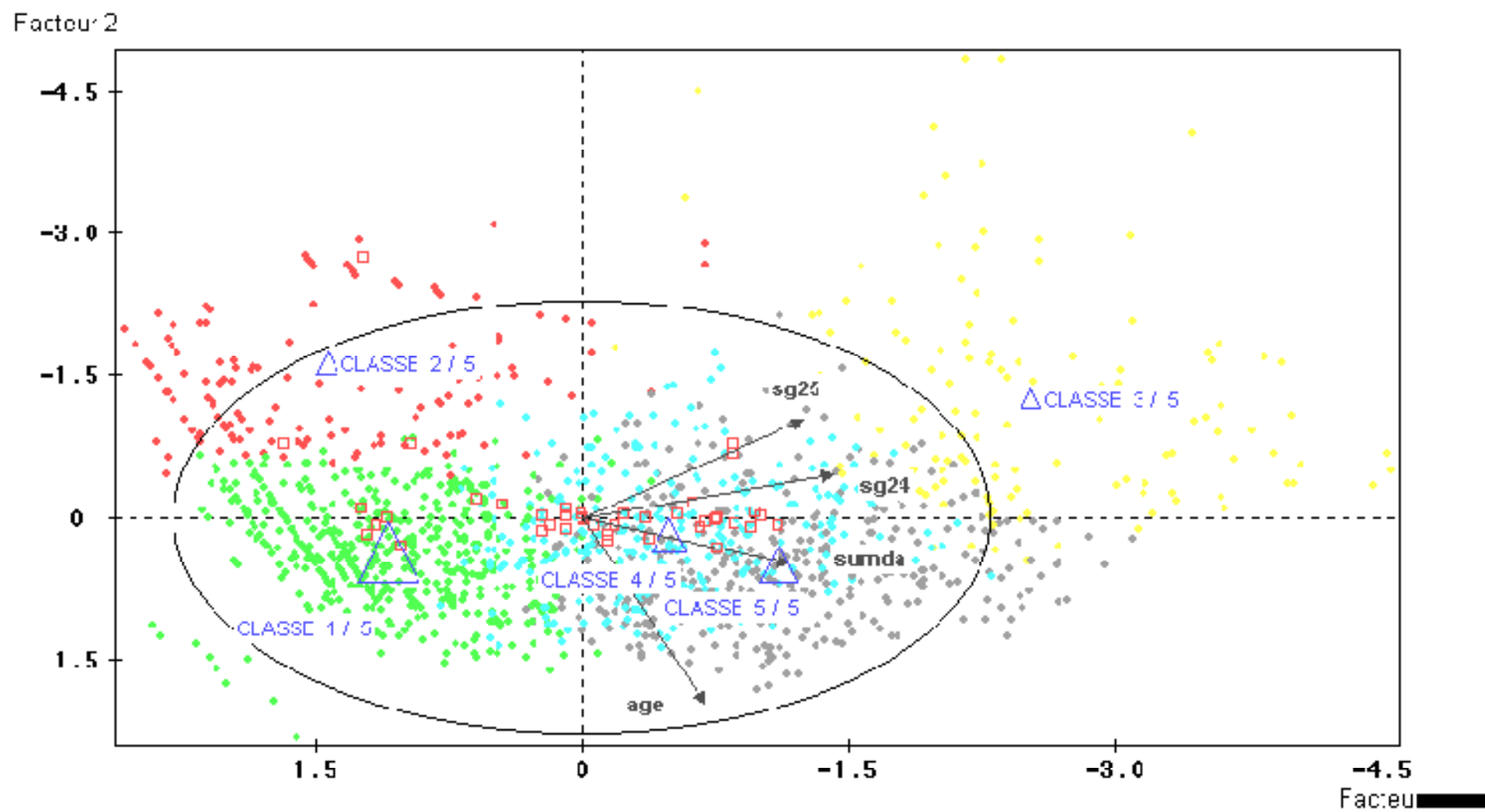
```


Graphique du modèle n°1 avec la partition en 4 classes

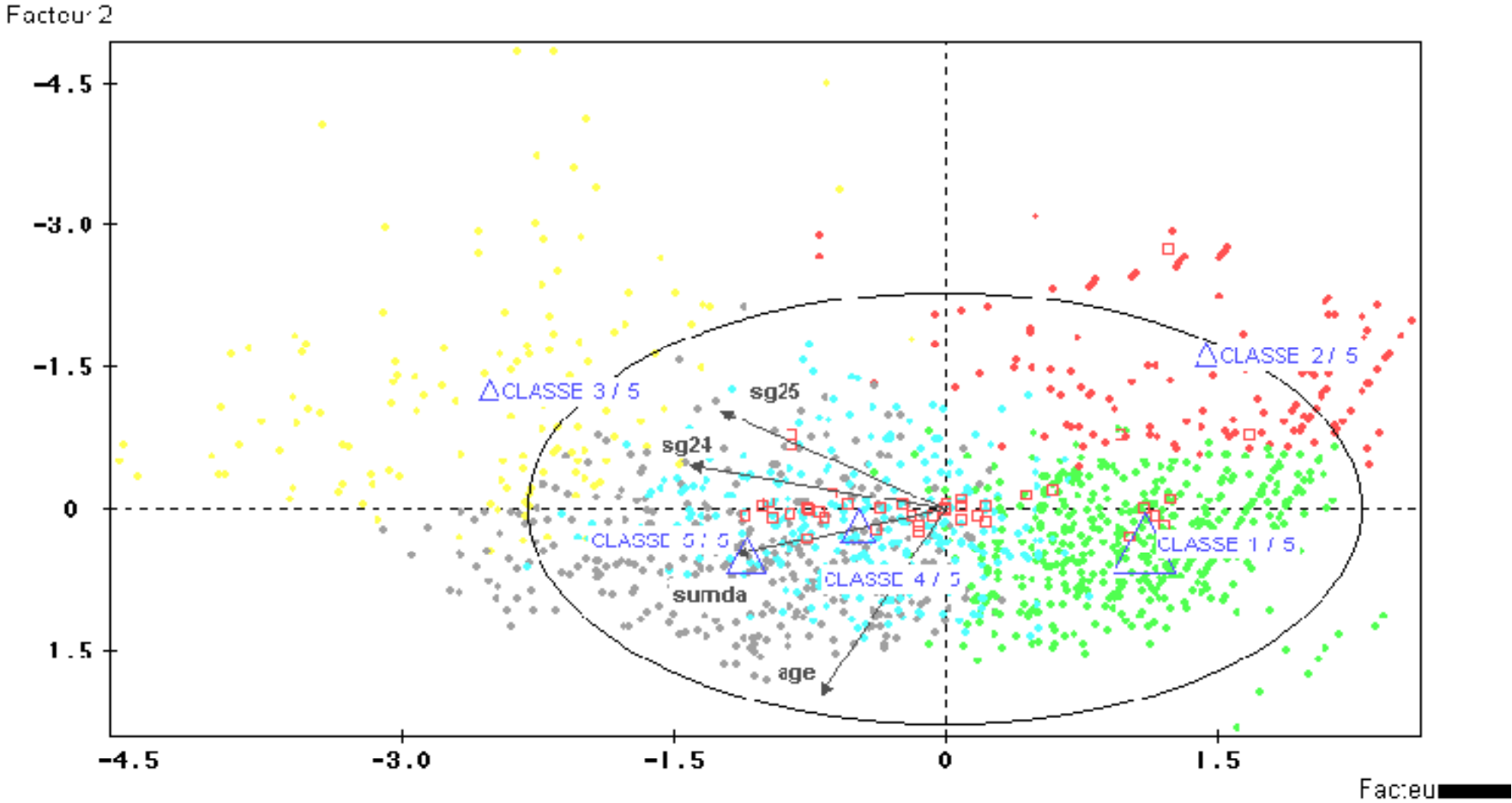
Facteur 2



Graphique du modèle n°2 avec la partition en 5 classes



Graphique du modèle n°3 avec la partition en 5 classes



Bibliographie

Bibliographie

1. Adams CE, Kramer S, Wilson M. Home health quality outcomes. Fee-for-service versus health maintenance organization enrollees. *J Nurs Adm* 1995;25(11) :39-45.
2. Adams CE, Wilson M. Enhanced quality through outcome-focused standardized care plans. *J NURS ADM* 1995;25(9):27-34.
3. Bocognano A, Com-Ruelle L, Dumesnil S, Paris V, Raffy-Pihan N, Sourty-Le Guellec MJ. La consommation médicale en hospitalisation 1991-1992. Paris : Centre de Recherche - d'Etude et de Documentaiton en Economie de la Santé (C.R.E.D.E.S.).1996. Rapport n°
4. Circulaire de la CNAMTS du 29 octobre 1974. CNAMTS. 1974.
5. Circulaire n°141 du 12 mars 1986 relative à l'hospitalisation à domicile dans les établissements publics. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. 1986.
6. Circulaire n°295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile. Direction des Hôpitaux, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. 2000.
7. Com-Ruelle L. Les étapes diagnostiques et la maladie principale des hospitalisés en 1992. Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (C.R.E.D.E.S.).1995.
8. Com-Ruelle L, Dumesnil S. Les associations de diagnostics et les indicateurs de morbidité des hospitalisés en 1992. Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (C.R.E.D.E.S.).1995.
9. Com-Ruelle L, Sourty-Le Guellec MJ. Morbidité hospitalière. Associations de diagnostics au cours d'une hospitalisation. Centre de Recherche - d'Etude et de Documentaiton en Economie de la Santé (C.R.E.D.E.S.).1989.
10. Com-Ruelle L, Raffy N. Le fonctionnement des services d'HAD : évolution 1980-1992. Paris, France : Centre de Recherche - d'Etude et de Documentaiton en Economie de la Santé (C.R.E.D.E.S.). 1993/02.
11. Com-ruelle L, Raffy N. Quel avenir pour l'hospitalisation à domicile ? analyse des freins et de facteurs en faveur de son développement. Paris, France : Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. (C.R.E.D.E.S.) ; 1994/01.
12. Com-Ruelle L, Raffy N. Les patients hospitalisés à domicile en 1992. Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. (C.R.E.D.E.S.). Paris. FRA: 1994/03.
13. Com-Ruelle L, Raffy N. L'hospitalisation à domicile en 1992. Méthodologie et variables observées. Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. (C.R.E.D.E.S.). Paris. FRA : 1992.
14. Com-Ruelle L, Raffy-Pihan N. L'hospitalisation à domicile : bilan, perspectives et comparaisons internationales. L'hôpital en évolution : expériences françaises et étrangères. SOLIDARITE SANTE - ETUDES STATISTIQUES.1995/07-09;(3) : 25-36.
15. Couty E, Haury B, Cousteix PJ, Garcia Y, Raffy-Pihan N, Aligon A, Com-Ruelle L, Quan Cong H, Moreau Belouet C., Viennois-Marion O, Roulant V, Garcia A, Quinquis A, Aglin-Grimonprez C, et al. L'hospitalisation à domicile. Un nouvel essor. *Informations hospitalières*. 2000/03;(52).
16. De Veer AJ, de Bakker DH. Measuring unmet needs to assess the quality of home health care. *Int J Qual Health Care* 1994;6(3):267-74.
17. Décret n°92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation entionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique en applicaiton de 'article L.712-9 (3°) de ce même code. *Journal Officiel* 8 octobre 1992.
18. Décret n°92-1103 du 2 octobre 1992 instituant la nouvelle bonification indiciaire dans les services du ministère des départements et territoires d'outre-mer. *Journal Officiel* ; 1992 Octobre 8.
19. Direction de la prévision. Bureau de l'informatique. The SAS System. Paris. FRA : Ministère de l'Economie, des Finances et du Budget. 1993.
20. Direction des Hôpitaux. L'hospitalisation à domicile en France. Bilan et propositions. Paris. FRA : Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). 1999/06.
21. Direction générale. Les procédures de statistique descriptive du logiciel SAS. Paris. FRA : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. 1993/03.

22. Dodson GM, Sinclair VG, Miller M, Charping C, Johnson B, Black M. Determining cost drivers for pediatric home health services *Nurs Econ* 1998 Sep-Oct;16(5):263-71
23. Fazzi RA. A new millennium a new home care. *Caring* 1999 Apr;18(4):8-10, 12.
24. Fortinsky RH, Madigan EA. Home care resource consumption and patient outcomes: what are the relationships? *Home Health Care Serv Q* 1997;16(3):55-73.
25. Friedman MM. ORYX: the next evolution in accreditation. *Home Healthc Nurse* 1998;16(4):236-9.
26. Fulop NJ, Hood S, Parsons S. Does the National Health Service want hospital-at-home? *J R SOC MED* 1997;90(4) :212-5.
27. Goldberg HB, Delargy D. Developing a case-mix model for PPS. *Caring* 2000 Jan;19(1):16-9.
28. Grieco AJ. A new structured database for clinical information. *Caring* 1992 May;11(5):34-7, 39-41.
29. Kane RA, Kane RL, Illston LH, Eustis NN. Perspectives on home care quality. *Health CARE FINANC REV* 1994;16(1) :69-89.
30. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. *Journal Officiel*. 3 janvier 1971
31. Loi n°79-1140 du 29 décembre 1977 relative aux équipements sanitaires et modifiant certaines dispositions de la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.
32. Luce PJ. High-quality care or cost-effectiveness? *Br Clin Pract [editorial]* 1995;49(1):5.
33. Pearce S, Kelly D, Stevens W. 'More than just money' -- widening the understanding of the costs involved in cancer care. *J Adv Nurs* 2001 Feb;33(3):371-9.
34. Polton D. Quel système de santé à l'horizon 2020 ? Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires. *La Documentation française*2000.
35. Raffy-Pihan N. L'hospitalisation à domicile : un tour d'horizon en Europe aux Etats-Unis et aux Canada. Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. (C.R.E.D.E.S.). Paris. FRA: 1994/10.
36. Raffy-Pihan N. L'hospitalisation à domicile : une alternative également adaptée aux personnes âgées. Paris, France : Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. (C.R.E.D.E.S.). 1997/06. Report No :R1185.
37. Reaves-L-A, Cavalieri-T-A. Quality medical management of the geriatric population using practice guidelines, physician-managed home health services, and continuous quality- improvement management strategies. *J-AM-OSTEOPATH-ASSOC* 1999;99(5) :265-9.
38. Russo HE. Measurement: the key to success for providers, payors, and patients in long-term care. *Caring* 2000 Jun;19(6):28-33.
39. Shaughnessy PW, Crisler KS, Schlenker RE. Outcome-based quality improvement in home health care: the OASIS indicators. *Qual Manag Health Care* 1998;7(1) :58-67.
40. Shaughnessy PW, Crisler KS, Schlenker RE, Arnold AG. Outcomes across the care continuum. *Home health care. Med Care* 1997 Nov;35(11 Suppl):NS115-23.
41. Slivinske LR, Fitch VL, Wingerson NW. The effect of functional disability on service utilization: implications for long-term care. *Health Soc Work* 1998 Aug;23(3):175-85.
42. Strause L, Herbst L, Ryndes T, Callaghan M, Piro L. A severity index designed as an indicator of acuity in palliative care. *J Palliat Care* 1993 Winter;9(4):11-5.
43. Wallace DC, Fields BL, Witucki J, Boland C, Tuck I. Use of home and community-based services by elderly black and white females *J Women Aging* 1999;11(4):5-20.
44. Widen Holmqvist L, de Pedro Cuesta J, Moller G, Holm M, Siden A. A pilot study of rehabilitation at home after stroke: a health-economic appraisal. *Scand J Rehabil Med* 1996 Mar;28(1):9-18.

Références

Références

Liste des graphiques

<i>GRAPHIQUE 1 CONCENTRATION DES PATIENTS ENTRANTS (ECHANT 2) OBSERVEE ENTRE LES DIFFERENTES STRUCTURES D'H.A.D.</i>	38
<i>GRAPHIQUE 2 CONCENTRATION DES PATIENTS PRESENTS (ECHANT 1) OBSERVEE ENTRE LES DIFFERENTES STRUCTURES D'H.A.D.</i>	38
<i>GRAPHIQUE 3 REPARTITION PAR SEXE ET AGE DES PATIENTS PRESENTS EN 1992 ET PRESENTS DEPUIS PLUS DE 3 MOIS EN 1999</i>	53
<i>GRAPHIQUE 4 REPARTITION DES PATIENTS ENTRE LES DEUX ECHANTILLONS EN 1999, SELON L'AGE</i>	54
<i>GRAPHIQUE 5 REPARTITION DES PATIENTS OBSERVES EN H.A.D. EN 1992 ET EN 1999 DE SEXE FEMININ SELON L'AGE ET LE TYPE D'ECHANTILLON</i>	55
<i>GRAPHIQUE 6 REPARTITION DES PATIENTS OBSERVES EN H.A.D. EN 1992 ET EN 1999, DE SEXE MASCULIN SELON L'AGE ET LE TYPE D'ECHANTILLON</i>	56
<i>GRAPHIQUE 7 REPARTITION SELON LE SEXE PAR CLASSE D'AGE PARMY LES ENTRANTS EN 1999</i>	57
<i>GRAPHIQUE 8 DISTRIBUTION DE LA PROVENANCE EN 1999 DES PATIENTS EN H.A.D. ENTRANT ET PRESENTS DEPUIS PLUS DE 3 MOIS</i>	62
<i>GRAPHIQUE 9 DISTRIBUTION DES MODES DE SORTIE EN 1999 SELON L'ECHANTILLON : ENTRANTS (ECHANT 2) ET PRESENTS DEPUIS PLUS DE 3 MOIS (ECHANT 1)</i>	63
<i>GRAPHIQUE 10 REPARTITION DE LA CHARGE EN SOINS INFIRMIERS PAR ECHANTILLON</i>	76
<i>GRAPHIQUE 11 REPARTITION DES DIAGNOSTICS ET PROTOCOLES DE SOINS ASSOCIES DANS L'ECHANTILLON DES PATIENTS ENTRANTS (ECHANT 2)</i>	78
<i>GRAPHIQUE 12 REPARTITION DES DIAGNOSTICS ET PROTOCOLES DE SOINS ASSOCIES DANS L'ECHANTILLON DES PATIENTS PRESENTS (ECHANT 1)</i>	78
<i>GRAPHIQUE 13 REPARTITION DES PATIENTS SELON LEUR NOMBRE DE DIAGNOSTICS ASSOCIES POUR CHAQUE ECHANTILLON</i>	79
<i>GRAPHIQUE 14 CUMUL DE PATIENTS EN FONCTION DU NOMBRE DE DIAGNOSTICS ASSOCIES POUR CHAQUE ECHANTILLON</i>	80

Liste des tableaux

<i>TABLEAU 1 REPARTITION DES DIAGNOSTICS PRINCIPAUX SELON LE TYPE DE MALADIE MOTIVANT LA PRESENCE EN H.A.D.....</i>	<i>23</i>
<i>TABLEAU 2 REPARTITION DES PATIENTS DANS L'ENQUETE CREDES 1992 SELON LEUR DEGRE DE RISQUE VITAL</i>	<i>24</i>
<i>TABLEAU 3 REPARTITION DES PATIENTS DANS L'ENQUETE CREDES 1992 SELON LEUR DEGRE D'INVALIDITE</i>	<i>24</i>
<i>TABLEAU 4 MONTANTS DES PRIX DE JOURNEE DES STRUCTURES D'H.A.D. 1999</i>	<i>30</i>
<i>TABLEAU 5 LIBELLES DES MODALITES DES VARIABLES : PROVENANCE ET MODE DE SORTIE.....</i>	<i>42</i>
<i>TABLEAU 6 DESCRIPTION DES POSTES RETENUS POUR L'ANALYSE.....</i>	<i>47</i>
<i>TABLEAU 7 REPARTITION DES PATIENTS DES 2 ECHANTILLONS SELON LE SEXE ET L'AGE.....</i>	<i>51</i>
<i>TABLEAU 8 REPARTITION DES ENTRANTS (ECHANT 2) PAR AGE, SEXE ET OBJECTIFS DE SOINS.....</i>	<i>58</i>
<i>TABLEAU 9 REPARTITION DES PRESENTS DEPUIS PLUS DE 3 MOIS (ECHANT 1) PAR AGE, SEXE ET OBJECTIFS DE SOINS60</i>	
<i>TABLEAU 10 MODES DE SORTIE EN FONCTION DE L'OBJECTIF DE PRISE EN CHARGE POUR LES PATIENTS ENTRANTS (ECHANT 2).....</i>	<i>64</i>
<i>TABLEAU 11 REPARTITION DU MODE DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS A L'ENTREE ET AU MOMENT DE L'ENQUETE, SELON L'ECHANTILLON, « AUTRES TRAITEMENTS » INCLUS.....</i>	<i>65</i>
<i>TABLEAU 12 REPARTITION DU MODE DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS A L'ENTREE ET AU MOMENT DE L'ENQUETE, SELON L'ECHANTILLON, « AUTRES TRAITEMENTS » EXCLUS.....</i>	<i>67</i>
<i>TABLEAU 13 DETAILS DE LA REPARTITION DU MODE DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS A L'ENTREE ET AU MOMENT DE L'ENQUETE, DANS L'ECHANTILLON DES ENTRANTS (ECHANT 2).....</i>	<i>68</i>
<i>TABLEAU 14 CARACTERE EVOLUTIF DE LA PATHOLOGIE ET OBJECTIFS DE SOINS.....</i>	<i>72</i>
<i>TABLEAU 15 VALEURS PRISES PAR LES ITEMS DES VARIABLES DE CAPACITE ET DE DIFFICULTES DES PATIENTS DANS CHAQUE ECHANTILLON.....</i>	<i>73</i>
<i>TABLEAU 16 ANALYSE DES VARIABLES GROUPEES DANS CHAQUE ECHANTILLON.....</i>	<i>74</i>
<i>TABLEAU 17 REPARTITION DES PATIENTS SELON LA CHARGE EN SOINS INFIRMIERS PAR TYPE DE SOINS ET SELON L'ECHANTILLON</i>	<i>75</i>
<i>TABLEAU 18 REPARTITION DES PATIENTS EN H.A.D. PAR CATEGORIE DE DIAGNOSTIC PRINCIPAL SELON LE NOMBRE TOTAL DE DIAGNOSTICS ASSOCIES RENSEIGNES.....</i>	<i>82</i>
<i>TABLEAU 19 REPARTITION DES PATIENTS PRESENTS DEPUIS PLUS DE TROIS MOIS PAR CATEGORIE DE DIAGNOSTIC PRINCIPAL SELON LE NOMBRE TOTAL DE DIAGNOSTICS ASSOCIES RENSEIGNES.....</i>	<i>86</i>
<i>TABLEAU 20 RESULTATS OBTENUS GLOBALEMENT ET PAR ECHANTILLON POUR LES CATEGORIES PRINCIPALES DE PRISE EN CHARGE.....</i>	<i>89</i>
<i>TABLEAU 21 RESULTATS DE L'ANALYSE DE VARIANCE POUR CHAQUE MODELE</i>	<i>91</i>
<i>TABLEAU 22 CARACTERISTIQUES DES ANALYSES REALISEES AVEC SPAD'N.....</i>	<i>93</i>
<i>TABLEAU 23 VALEURS MOYENNES ET ECART-TYPE DES VARIABLES CONTINUES DANS LE MODELE N°1</i>	<i>94</i>
<i>TABLEAU 24 VALEURS MOYENNES ET ECART-TYPE DES VARIABLES CONTINUES DANS LE MODELE N°2</i>	<i>95</i>
<i>TABLEAU 25 VALEURS MOYENNES ET ECART-TYPE DES VARIABLES CONTINUES DANS LE MODELE N°3</i>	<i>96</i>

Résumé

Bien que pionnier européen de l'H.A.D., la France n'y accorde qu'une place marginale dans son système de soins. On constate pourtant une reprise de ses principaux indicateurs d'activité mais certains freins persistent, dont l'argument économique qui doit être reconsidéré.

L'étude présentée ici vise à la création d'un (ou plusieurs) indicateur(s) synthétique(s) de morbidité des patients pris en charge en H.A.D., correspondant à une réalité de terrain, étant conceptuellement acceptable(s) et compris de tous les futurs utilisateurs, dans le but d'en tester l'influence sur les coûts engendrés.

Suivant une méthodologie novatrice et exigeante, l'enquête Credes 1999 apporte une grande richesse d'information et permet de disposer d'un ensemble de variables pertinentes. Elles ne sont pas utilisables de prime abord et des variables secondaires sont créées afin de pallier aux difficultés d'analyse. Après un abord logique variable par variable, une analyse de variance et une analyse de données sont menées.

Les premiers résultats mettent en évidence l'intérêt des variables suivantes, conjuguées ou non entre elles : l'objectif de soins, le mode de prise en charge principal, le nombre des diagnostics associés, l'âge et l'autonomie du patient. Mais une classification unique suffisamment satisfaisante par groupes de patients distincts, plus ou moins homogènes du point de vue de la morbidité, n'a pu émerger de ces analyses. Cependant, l'analyse de variance apporte des informations supplémentaires sur les liens entre les variables et l'analyse de données permet d'ébaucher des groupes de patients définis sur des critères communs.

Cette étude entre dans le vaste projet de développement de l'H.A.D. au même titre que le calcul et l'analyse des coûts. Les résultats ne répondent que partiellement aux attentes mais l'apport des réponses obtenues pourra être pris en compte dans la suite des travaux (analyse des coûts, recommandations pour un éventuel relevé systématique de la morbidité...).

Mots-clefs : Services soins domicile dépendant hôpital
Indicateurs qualité santé
Morbidité