

L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients

Exploitation des données du PMSI HAD 2006

Anissa Afrite^a, Mylène Chaleix^b, Laure Com-Ruelle^a, Hélène Valdelièvre^b

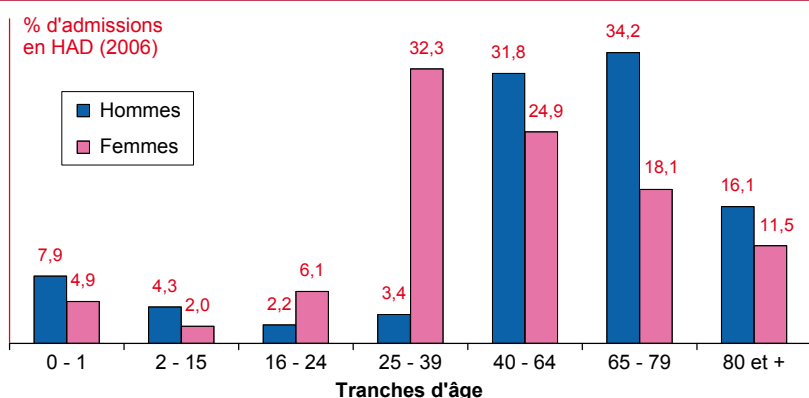
Outre le profil des patients hospitalisés à domicile en 2006, sont analysés ici les soins qui leur sont administrés et comment la prise en charge en HAD se situe dans leur trajectoire de soins.

En 2006, plus de deux millions de journées d'hospitalisation à domicile (HAD) ont été réalisées en France métropolitaine. Les patients pris en charge, de tous âges, sont surtout des hommes plutôt âgés et des jeunes mères. Ils répondent à des situations cliniques très diverses et 30 % d'entre eux sont moyennement à fortement dépendants. Les soins palliatifs, de cancérologie et de périnatalité sont les principaux motifs d'admission des patients en HAD. Grâce à cette prise en charge, une hospitalisation en établissement de santé a été raccourcie pour un patient sur trois et évitée pour un patient sur trois également. Près de 7 % des séjours se sont terminés par le décès du patient chez lui.

L'hospitalisation à domicile (HAD) a pour vocation la prise en charge sur leur lieu de vie de malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques. En l'absence d'un tel service, ces derniers seraient hospitalisés en établissement de santé. Selon sa définition officielle, l'HAD assure une prise en charge globale et coordonnée du patient à son domicile en lui offrant la possibilité d'une meilleure qualité de vie dans son environnement habituel. En tant qu'alternative à l'hospitalisation complète, la mission des structures d'HAD est de proposer un système d'organisation des soins gradués entre la ville et l'hôpital. De vocation généraliste et polyvalente, elle a pour objectif de raccourcir, de retarder ou d'éviter l'hospitalisation en service de soins aigus ou de soins de suite et réadaptation, lorsque la prise en charge à domicile est possible.

Depuis quelques années, l'hospitalisation à domicile se développe rapidement, encouragée par le gouvernement afin d'adapter le système de soins aux besoins croissants de la population, notamment vieillissante. Après l'assouplissement des conditions réglementaires d'ouverture des structures d'HAD et la levée des freins tarifaires, l'HAD est désormais inscrite

Age et sexe des patients hospitalisés à domicile en 2006



Guide de lecture : En 2006, les patients âgés de 25 à 39 ans représentent 3,4 % des admissions en HAD chez les hommes et 32,3 % chez les femmes.

Champ : Structures d'HAD situées en France métropolitaine.

Source : PMSI HAD 2006 (ATIH) - Exploitation Drees-Irdes.

^a Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)

^b Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère de la Santé et des Sports

comme volet obligatoire des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (SROS III), la rendant plus visible dans le système de santé et sur l'ensemble du territoire. Ainsi, la capacité totale en places d'HAD a été multipliée par 1,7 en six ans : en 2006, 164 structures d'HAD ont offert près de 6 700 places installées (environ 3 900 en 2000) et produit près de 85 000 séjours en France métropolitaine. Elles se répartissent pour la quasi-totalité entre le secteur public et le secteur privé à but non lucratif, essentiellement associatif. Malgré cet essor, l'offre d'HAD reste marginale dans le système de soins, lui réservant encore un important potentiel de développement ; ces efforts doivent se poursuivre pour atteindre l'objectif gouvernemental annoncé de 15 000 places d'HAD installées à l'horizon 2010, soit un déploiement de plus de 11 000 places en dix ans.

Cette étude analyse le profil des patients hospitalisés à domicile en 2006 et les soins qui leur sont délivrés. D'où proviennent-ils et où vont-ils à la sortie ?

Les résultats sont issus de l'exploitation statistique des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) de l'année 2006 interrogeant l'ensemble des établissements de santé, publics comme privés, titulaires d'une autorisation d'activité en HAD.

Les patients en HAD, de tous âges, sont surtout des hommes âgés et des jeunes mères

L'hospitalisation à domicile est une prise en charge qui s'adresse à tout patient, de la naissance à la fin de vie, nécessitant des soins médicaux et paramédicaux coordonnés.

En 2006, les enfants de 15 ans ou moins concentrent 9 % des séjours en HAD et les nourrissons (moins de 2 ans) 6 % à eux seuls. Comparativement, en court séjour hospitalier en Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), les enfants de 15 ans ou moins effectuent 5 % des séjours et les nourrissons 2 %. Les personnes âgées constituent une population importante, même si, lors de sa

mise en place en 1957, l'HAD n'avait pas pour mission de répondre spécifiquement à leurs besoins : les personnes de 65 ans ou plus totalisent ainsi quatre séjours sur dix et les seules personnes de 80 ans ou plus, plus de 10 %.

L'intérêt humain de l'HAD est largement reconnu à travers les enquêtes de satisfaction, notamment celle auprès des patients et de leur entourage¹. Pour les personnes âgées, en particulier, le choix du mode d'hospitalisation doit être réalisé en tenant compte, d'un côté, du risque de désocialisation engendré par une hospitalisation « dans les murs de l'hôpital » et, du côté HAD, de la nécessité de protéger l'entourage aidant, lui aussi souvent âgé.

Les femmes prises en charge en HAD effectuent 60 % des séjours et les hommes 40 % ; elles sont, en moyenne, plus jeunes que ces derniers. Trois femmes hospitalisées à domicile sur dix ont entre 25 et 39 ans (Cf. graphique p. 1). Dans cette tranche d'âge, 93 % de l'ensemble des séjours en HAD concernent des femmes,

¹ Aligon A., Com-Ruelle L., Raffy-Pihan N. (2000), « L'hospitalisation à domicile : un patient à satisfaire ? » In *Informations Hospitalières*, n° 52, 2000/03, pp. 16-21.

SOURCE

La base de données statistiques PMSI HAD

Dans la perspective de la mise en œuvre du modèle de tarification spécifique à l'activité en HAD le 1^{er} mars 2005, le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) a été étendu à cette activité afin de recueillir les informations nécessaires à la facturation des journées d'HAD à l'Assurance maladie. Ordonné par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos) du ministère des Solidarités, de la santé et de la famille et organisé par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), ce recueil s'applique depuis le 1^{er} janvier 2005 à tous les établissements de santé, publics et privés, ayant une autorisation pour l'activité d'HAD (arrêté du 31 décembre 2004).

Outre les informations tarifantes, il permet de disposer chaque année et aux niveaux régional et national, d'une description des caractéristiques de tous les patients et des traitements réalisés en HAD et, plus globalement, de l'activité des structures d'HAD.

Le recueil des données d'activité d'HAD a débuté dès 2005 mais celui de l'année 2006 est plus complet en termes de structures participantes. En amont de l'exploitation de ce recueil, une définition du périmètre des structures d'HAD ayant des places installées et occupées en 2006 et des traitements statistiques ont été réalisés. De plus, un enrichissement par des données d'implantation (caractéristiques administratives et nombre de places installées) issues de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de l'année 2006 a été effectué.

Le champ retenu est circonscrit aux seuls établissements de santé, publics et privés, situés en France métropolitaine ayant déclaré une activité d'HAD en 2006, soit 164 structures.

En conséquence, les résultats statistiques présentés dans cette étude peuvent être quelque peu différents des synthèses présentées dans les tableaux de gestion nationaux produits par l'ATIH (tableaux MAT2A-HAD nationaux 2006 disponibles sur son site Internet).

REPÈRES

L'hospitalisation à domicile délivre des soins coordonnés de nature hospitalière à des patients à leur domicile.

Notre étude situe cette alternative à l'hospitalisation classique dans l'offre de soins par une description du profil des patients hospitalisés. Nous utilisons les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information en HAD (PMSI-HAD) de l'année 2006.

Outre les caractéristiques individuelles, ce recueil exhaustif décrit pour chaque patient les traitements appliqués (modes de prise en charge principal et premier associé), le niveau de dépendance et la durée de séjour. Ce travail a été réalisé en partenariat avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère de la Santé et des Sports.

essentiellement pour des soins de périnatalité (grossesses à risque et *post-partum*) d'une durée courte ou très courte. Chez les hommes, l'HAD intervient principalement à partir de 40 ans : 82 % de leurs séjours concernent des hommes de 40 ans ou plus, 50 % des hommes de 65 ans ou plus et 16 % des hommes de 80 ans ou plus.

Morbidité des patients hospitalisés à domicile

Outre le diagnostic principal qui décrit le problème de santé justifiant la prise en charge du patient, d'autres indicateurs de morbidité sont recueillis dans le PMSI HAD pour décrire la situation clinique des patients (Cf. encadré Définitions p. 5). Dans environ huit cas sur dix, cette situation clinique, définie par la combinaison particulière d'un mode de prise en charge principal avec un premier mode associé et le niveau de dépendance, ne varie pas au cours du séjour en HAD alors qu'elle évolue dans les autres cas. La description ci-après repose sur les caractéristiques médicales que les patients présentent au moment de leur admission en HAD.

La cancérologie, les soins palliatifs et la périnatalité, principaux motifs d'admission en HAD

Les patients sont adressés en HAD pour recevoir un ou plusieurs traitements prescrits en amont appelés « modes de prise en charge » et répondant aux diagnostics posés par ailleurs, notamment au cours d'une hospitalisation complète en MCO. Pour autant, un suivi médical est réalisé par le médecin traitant en lien avec le médecin coordonnateur de l'HAD.

Le mode de prise en charge « principal » est celui qui requiert le plus de soins techniques et complexes et qui consomme la majorité des ressources (frais de personnels, de location de matériel, de médicaments...). Au cours de son séjour, le patient peut bénéficier de plusieurs modes de prise en charge principaux successifs en cas d'évolution clinique. Les traitements prescrits au moment de l'admission reflètent les raisons de la prise en charge en HAD (motifs d'entrée).

En 2006, au moment de l'admission en HAD, les soins de périnatalité représentent le groupe de modes de prise en charge principaux le plus fréquent en termes de séjours (Cf. tableau ci-contre). Ils rassemblent en effet 22 % des séjours effectués : 15 % concernent le *post-partum*,

Modes de prise en charge principaux appliqués à l'admission en HAD				
	Séjours		Journées	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Périnatalité	19 073	22,4	144 708	6,8
Retour précoce à domicile après accouchement	7 213	8,5	29 956	1,4
<i>Post-partum</i> pathologique	5 837	6,9	37 373	1,8
Prise en charge du nouveau-né	3 990	4,7	24 555	1,2
Surveillance de grossesse à risque	2 033	2,4	52 824	2,5
Soins techniques de cancérologie	16 142	19,0	137 398	6,5
Chimiothérapie anti-cancéreuse	13 393	15,8	78 960	3,7
Surveillance post chimiothérapique	2 677	3,2	55 748	2,6
Radiothérapie	72	0,1	2 690	0,1
Soins palliatifs	12 428	14,6	417 549	19,7
Assistance respiratoire ou nutritionnelle	7 160	8,4	341 670	16,2
Nutrition parentérale	2 852	3,4	85 690	4,1
Nutrition entérale	2 600	3,1	163 890	7,8
Assistance respiratoire	1 708	2,0	92 090	4,4
Traitement intraveineux	6 628	7,8	100 315	4,7
Pansements complexes et soins spécifiques	6 167	7,3	389 123	18,4
Rééducation-réadaptation-éducation	3 174	3,7	130 764	6,2
Éducation du patient/entourage	1 527	1,8	47 248	2,2
Rééducation orthopédique	876	1,0	32 204	1,5
Rééducation neurologique	771	0,9	51 312	2,4
Soins de <i>nursing</i> lourds	2 936	3,5	195 992	9,3
Autres motifs	11 275	13,3	257 082	12,2
Post traitement chirurgical	5 039	5,9	112 479	5,3
Autres traitements	4 300	5,1	103 734	4,9
Prise en charge de la douleur	1 266	1,5	35 514	1,7
Transfusion sanguine	212	0,2	382	0,0
Surveillance d'aplasie	458	0,5	4 973	0,2
Ensemble	84 983	100,0	2 114 601	100,0

Guide de lecture : Au cours de l'année 2006, 84 983 séjours distincts sont observés dans la base PMSI, totalement ou partiellement, générant 2 114 601 journées effectuées en HAD. Le mode de prise en charge principal « Soins palliatifs » est le motif d'entrée pour 14,6 % des admissions en HAD, auxquelles correspondent 19,7 % de l'ensemble des journées produites en 2006.

Champ : Structures d'HAD situées en France métropolitaine.

Source : PMSI HAD 2006 (ATIH) - Exploitation Drees-Irdes.

2 % des surveillances de grossesses à risque et 5 % des prises en charge de nouveau-nés. L'éducation de la mère et de son entourage constitue alors le premier mode de prise en charge associé dans un cas sur trois (32 %). Par exemple, dans le cas d'un nourrisson malade, cette éducation a pour objectif essentiel la reprise d'autonomie des parents.

Par ailleurs, près d'un séjour sur cinq concerne des soins de cancérologie,

notamment de chimiothérapie anti-cancéreuse. Les soins palliatifs concentrent, quant à eux, 15 % des séjours; les premiers modes de prise en charge associés les plus fréquemment déclarés sont alors le traitement de la douleur, dans trois cas sur dix (32 %), puis la nutrition parentérale, dans plus d'un cas sur dix (13 %). Les autres groupes de modes de prise en charge principaux sont plus minoritaires, voire rares. Ils concernent d'abord l'assistance respiratoire ou nutritionnelle (8 % des

admissions), les traitements intraveineux (8 %) et les pansements complexes et soins spécifiques (7 %) ; les traitements de rééducation, réadaptation et d'éducation du patient et de son entourage (4 %) sont typiquement des soins substitués de moyen séjour, ainsi que les soins de *nursing* lourds (3 %) ; enfin, l'ensemble des autres motifs de prise en charge principaux (13 %) incluent en particulier les traitements post-chirurgicaux (6 %).

Parmi les premiers modes de prise en charge associés, l'éducation du patient et de son entourage et le traitement de la douleur sont les plus fréquemment appliqués, dans respectivement 18 et 12 % de l'ensemble des admissions.

Des séjours très courts en *post-partum* comparés à des traitements de plus long terme en cas de rééducation, pansements complexes ou soins de *nursing* lourds

Les différents traitements se distinguent notamment par la longueur des prises en charge requises, les uns se substituant à des courts séjours hospitaliers en MCO, les autres à des moyens séjours en soins de suite et de réadaptation (SSR). Certains modes de prise en charge sont appliqués sur une période plus ou moins longue (Cf. tableau ci-dessous). Par exemple, les soins périnataux induisent des hospitalisations d'une durée moyenne bien plus courte que la plupart des autres soins. Ainsi, la répartition des journées qui leur

sont associées (7 %) place ce motif de prise en charge loin derrière d'autres traitements de plus long terme comme les soins palliatifs (20 % des journées), les pansements complexes (18 %) et l'assistance respiratoire ou nutritionnelle (16 %) qui, réunis, rassemblent plus de la moitié des journées (Cf. tableau p. 3).

Trois patients hospitalisés à domicile sur dix présentent une dépendance moyenne à très lourde

Outre les besoins en soins médicaux, les patients hospitalisés à domicile peuvent être plus ou moins dépendants et nécessiter des soins additionnels d'aide à la personne d'importance variable. Le degré de dépendance (ou d'autonomie) des patients est également estimé à l'admission puis réévalué régulièrement au cours du séjour ; il complète la description de l'état de santé des patients. Deux indicateurs sont utilisés et recueillis dans le PMSI HAD : d'une part, la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ) et, d'autre part, l'indice de Karnofsky (IK) (Cf. encadré Définitions p. 5).

Le score AVQ quantifie les limitations locomotrices (déplacements et transferts lit-fauteuil, habillage et toilette, alimentation, continence) et les difficultés relationnelles (comportement, communication). Les premières sont clairement plus fortes parmi les patients effectuant de longs séjours alors que les secondes sont moins différenciées entre les patients.

Du point de vue locomoteur, deux patients sur trois sont autonomes ou presque au moment de l'admission en HAD, tandis qu'un sur cinq est totalement dépendant (Cf. graphique p. 5). La dépendance relationnelle, quant à elle, se répartit différemment. En effet, les deux tiers des patients n'ont aucune difficulté relationnelle à l'entrée en HAD et un sur cinq en a peu. A l'opposé, 5 % des admissions concernent des patients avec de graves difficultés relationnelles.

La dépendance relationnelle, en général relativement préservée, s'ajoute à une dépendance locomotrice en moyenne plus lourde. En effet, 96 % des patients admis avec une autonomie complète du point

Durées de séjour en HAD selon les modes de prise en charge principaux prescrits à l'admission pour les séjours terminés en 2006

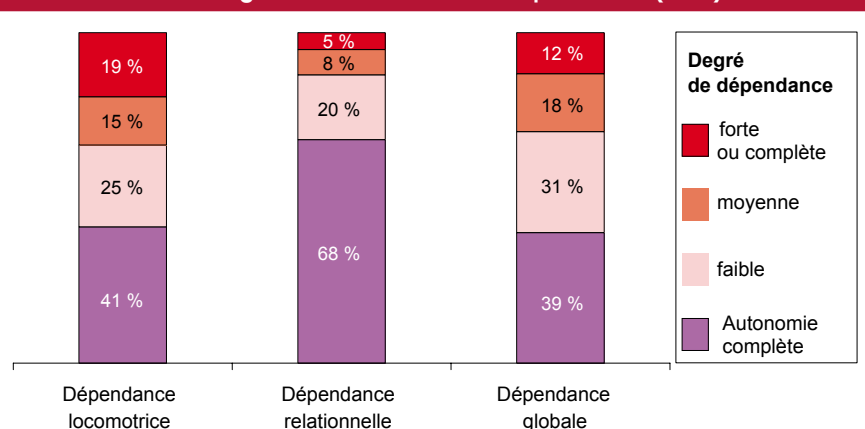
	Médiane	95 ^e centile	99 ^e centile
Périnatalité	-	-	-
Retour précoce à domicile après accouchement	4	6	8
<i>Post-partum</i> pathologique	5	11	11
Prise en charge du nouveau-né	4	21	35
Surveillance de grossesse à risque	19	64	91
Soins techniques de cancérologie	-	-	-
Chimiothérapie anti-cancéreuse	3	12	60
Surveillance post chimiothérapique	7	83	182
Radiothérapie	19	146	232
Soins palliatifs	16	114	257
Assistance respiratoire ou nutritionnelle	-	-	-
Nutrition parentérale	16	91	182
Nutrition entérale	26	189	380
Assistance respiratoire	19	201	427
Traitement intraveineux	5	55	121
Pansements complexes et soins spécifiques	30	211	445
Rééducation-réadaptation-éducation	-	-	-
Éducation du patient/entourage	14	127	316
Rééducation orthopédique	22	106	266
Rééducation neurologique	30	218	406
Soins de <i>nursing</i> lourds	30	234	498
Autres motifs	-	-	-
Post traitement chirurgical	11	63	150
Autres traitements	3	93	229
Prise en charge de la douleur	11	111	231
Transfusion sanguine	2	4	6
Surveillance d'aplasie	3	36	94
Ensemble	6	90	233

Guide de lecture : Si l'on considère les séjours dont le motif d'admission concerne des soins de chimiothérapie anti-cancéreuse : la moitié de ces séjours avaient une durée au plus égale à 3 jours (médiane) ; de plus, 5 % de ces séjours avaient une durée égale à 12 jours ou plus (95^e centile) et 1 % une durée égale à 60 jours ou plus (99^e centile).

Champ : Structures d'HAD situées en France métropolitaine.

Source : PMSI HAD 2006 (ATI) - Exploitation Drees-Irdes.

Répartition des séjours selon les degrés de dépendance des patients en HAD au moment de l'admission et évalués selon la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ)



Guide de lecture : Au cours de l'année 2006, au moment de leur admission en HAD, 39 % des patients admis sont complètement autonomes globalement, 31 % faiblement dépendants, 18 % moyennement dépendants et 12 % fortement dépendants.

Champ : Structures d'HAD situées en France métropolitaine.

Source : PMSI HAD 2006 (ATIH) - Exploitation Drees-Irdes.

de vue locomoteur le sont également sur le plan relationnel. Mais, à mesure que le degré de dépendance locomotrice augmente, la part des patients autonomes sur le plan relationnel diminue au profit d'une dépendance totale ou presque. Ainsi, plus d'un patient admis sur deux qui est totalement dépendant sur le plan locomoteur l'est moyennement à fortement sur le plan relationnel (52 %).

In fine, en 2006, si quatre admissions en HAD sur dix concernent des patients complètement autonomes globalement sur les plans locomoteur et relationnel agrégés (39 %), la majorité des patients est plus ou moins dépendante : près de la moitié l'est peu à moyennement (49 %) et plus d'un sur dix l'est totalement (12 %), requérant alors une plus forte charge en soins.

L'autre information utilisée, l'indice de Karnofsky, est en réalité un indicateur synthétique plus adapté au suivi de l'état de santé global du patient au fil du temps. Il combine les besoins en soins médicaux et d'aide ou assistance (déplacements et toilette, par exemple). Selon ce critère, en 2006, une admission en HAD sur cinq concerne des patients autonomes ou presque (IK = 90 - 100 %) du point de vue global des soins médicaux et de l'assistance. A l'opposé, 12 % des admissions concernent des patients sévèrement dépendants (IK ≤ 30 %), la mort étant plus ou moins imminente.

L'HAD, maillon de la trajectoire de soins du patient

L'HAD est proposée sur prescription médicale, pour une durée limitée dans le temps mais renouvelable dans certaines situations cliniques, parfois pour une durée indéterminée à l'avance. Dans neuf cas sur dix, c'est un médecin hospitalier qui prescrit l'HAD à la suite d'une hospitalisation, d'une consultation hospitalière ou d'un passage aux urgences. Un médecin libéral, et notamment le médecin traitant, peut également prescrire une

DÉFINITIONS

Un séjour en HAD correspond à la période comprise entre le jour de l'admission du patient et le dernier jour de sa prise en charge par l'équipe soignante. Toute absence du patient de son domicile incluant une nuitée dans un autre établissement de santé interrompt la prise en charge en HAD.

Le mode de prise en charge est un traitement prescrit et appliqué au patient durant tout ou partie de son séjour en HAD. En cas de besoin, il est modifié en fonction de l'évolution de sa situation clinique. Ainsi, plusieurs modes de prise en charge peuvent se succéder au cours d'un même séjour. Une circulaire ministérielle définit 23 modes de prise en charge différents, en précise le champ couvert et le type de soins correspondants. Cette liste se veut évolutive pour s'adapter aux nouvelles possibilités technologiques d'externalisation des soins hospitaliers. Le mode de prise en charge « principal » est celui qui requiert le plus de soins techniques et complexes et qui consomme la majorité des ressources (frais de personnels, location de matériel, médicaments...); le premier mode de prise en charge « associé » dans le PMSI, le cas échéant, est celui qui vient juste après le mode principal en termes de consommations de ressources.

La grille des activités de la vie quotidienne (AVQ) évalue le degré de dépendance du malade selon un gradient allant de l'autonomie complète (score 1) à la dépendance totale (score 4) dans six dimensions différentes

sur un axe locomoteur (déplacements et transferts lit-fauteuil, habillage et toilette, alimentation, continence) et un axe relationnel (comportement et communication). Le score global est regroupé en quatre classes : totalement autonome (score AVQ de 6), faiblement dépendant (de 7 à 12), moyennement dépendant (de 13 à 18) et fortement ou complètement dépendant (de 19 à 24).

L'indice de Karnofsky est un indicateur synthétique d'état de santé global mesurant, sur une échelle de 0 (décès) à 100 % (autonomie complète), la dépendance fonctionnelle du sujet envers l'aide dont il a besoin dans sa dimension « sociale » (gestes de la vie courante : besoins personnels, habillage, etc.) et la dépendance envers les soins médicaux qu'il requiert. Ainsi, les patients pris en charge en HAD ont une dépendance variant de 10 % (« moribond ») à une autonomie quasi-totale (90-100 %).

La séquence de soins correspond à une période de séjour en HAD durant laquelle le patient présente une situation clinique précise définie par la combinaison particulière de trois critères de morbidité que sont le mode de prise en charge principal, le premier mode de prise en charge associé et le niveau de dépendance mesuré en 2006 par l'indice de Karnofsky. Un séjour est ainsi constitué d'une seule ou de plusieurs séquences de soins successives dès lors que la situation clinique du patient évolue au cours d'un même séjour.

Provenance et destination des patients hospitalisés en HAD en 2006

	Entrants en 2006		Sortants en 2006	
	Séjours	%	Séjours	%
Etablissement de santé	48 370	59,1	20 947	28,5
Médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO)	46 004	56,2	19 959	27,2
Soins de suite et de réadaptation (SSR)	1 712	2,1	641	0,9
Soins de longue durée	221	0,3	169	0,2
Psychiatrie	42	0,1	34	0,1
Hospitalisation à domicile (HAD)	391	0,5	144	0,2
Domicile	33 491	40,9	47 461	64,6
Structure d'hébergement médico-sociale	125	0,2	128	0,2
Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	444	0,5	1 446	2,0
Domicile du malade ou autres situations	32 922	40,2	45 887	62,5
Décès	-	-	5 075	6,9
Ensemble	81 861	100,0	73 483	100,0

Guide de lecture : 59,1 % des patients admis en HAD en 2006 l'ont été au terme d'une hospitalisation dans un établissement de santé (56,2 % en MCO, 2,1 % en SSR et moins de 1 % dans d'autres unités); 64,6 % des patients sortis d'HAD en 2006 sont demeurés à leur domicile à la fin de leur séjour.

Champ : Structures d'HAD situées en France métropolitaine.

Source : PMSI HAD 2006 (ATIH) - Exploitation Drees-Irdes.

HAD lors d'une consultation ou d'une visite à domicile² mais, probablement faute de connaissances sur le fonctionnement de ce mode d'hospitalisation et sur l'existence de structures d'HAD sur leur territoire de santé, ces prescripteurs potentiels restent minoritaires.

Trois patients sur cinq pris en charge en HAD suite à une hospitalisation classique

En 2006, trois patients sur cinq étaient admis en HAD à la suite d'une hospitalisation classique dans un établissement de santé (59 %), essentiellement dans un établissement de court séjour (56 %), tandis que deux patients sur cinq étaient à leur domicile avant leur admission (41 %) (Cf. tableau ci-dessus).

Avec 65 % de patients concernés, le maintien à domicile est l'issue la plus fréquente d'une prise en charge en HAD, contre 29 % de patients (ré)hospitalisés dans un établissement d'hospitalisation classique.

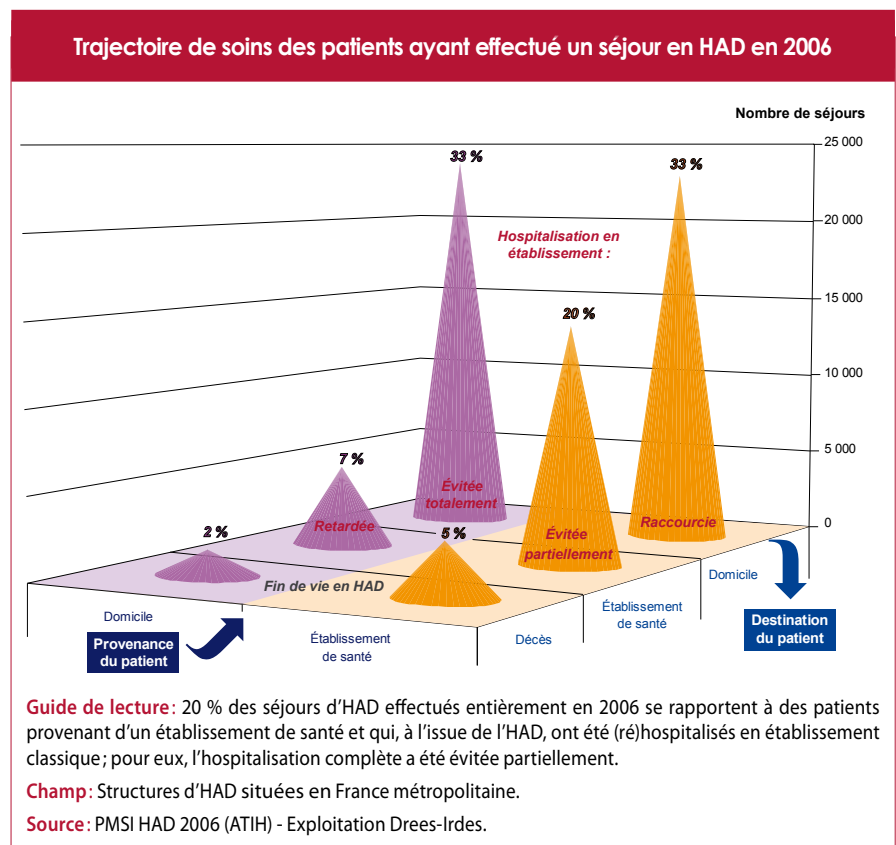
² Les décrets du 2 octobre 1992 (n° 92-1101 et n° 92-1102) précisent que l'hospitalisation préalable d'un patient n'est plus une condition nécessaire pour accéder à l'HAD et les médecins libéraux peuvent désormais la prescrire directement.

Près de 7 % des séjours s'achèvent par le décès du malade chez lui

Les décès sont relativement peu fréquents au cours de l'HAD (7 % des séjours)

alors que 70 % des Français interrogés il y a quelques années³ sur leur souhait en matière de lieu de fin de vie avaient répondu vouloir mourir chez eux. En effet, certains patients en fin de vie requérant des soins palliatifs ou de phase terminale et souhaitant mourir à leur domicile ne peuvent sans doute pas bénéficier d'une prise en charge en HAD à temps. De plus, dans la période palliative d'une maladie, certaines complications d'ordre médical, des états de souffrance ou l'approche de l'échéance fatale débouchent parfois sur une (ré)hospitalisation *in extremis* du malade, à la propre demande de l'entourage et/ou du médecin traitant; ces malades décèderaient peu de temps après leur (ré)hospitalisation. Quelques indicateurs tendent à le confirmer, notamment le mode de prise en charge principal dont bénéficient les patients au moment de leur transfert d'HAD vers l'hôpital: plus d'un patient sur quatre (27 %) recevait des soins palliatifs. En guise de repère, les soins palliatifs étaient le motif d'admission en HAD de près d'un patient sur cinq (18 %) provenant d'hospitalisation complète.

³ Selon le sondage IFOP-Santé réalisé en 1991.



Une hospitalisation en établissement raccourcie ou évitée pour deux patients sur trois

L'HAD se positionne comme un substitut à la prise en charge du patient en établissement de santé: son objectif est de raccourcir, retarder ou éviter totalement une hospitalisation complète, selon que les patients sont admis directement de leur domicile ou bien qu'ils sont adressés à la suite d'une hospitalisation en établissement de santé (hôpital ou clinique).

Parmi les seuls séjours d'HAD entièrement effectués en 2006 (*i.e.* commencés et terminés en 2006), quatre patients sur dix provenaient de leur domicile (42 %) (*Cf.* graphique p. 6). Au regard des types de destination possibles à l'issue de ces séjours en HAD, celle-ci a permis d'éviter totalement une hospitalisation en établissement de santé classique pour un patient sur trois (33 %) puisqu'il demeure chez lui en fin de séjour; pour moins d'un patient sur dix (7 %), elle n'a fait que la retarder puisque ce dernier est ensuite transféré en établissement traditionnel; enfin, 2 % des patients décèdent chez eux en cours d'HAD.

Les autres patients, soit près de six sur dix, ont été admis à la suite d'une prise en charge en établissement de santé (58 %) : un patient sur trois reste à domicile en fin de séjour (33 %), écourtant ainsi une hospitalisation complète; ce n'est pas le cas d'un patient sur cinq (20 %) pour lequel celle-ci n'a été évitée que partiellement puisque son état de santé a nécessité une (ré)hospitalisation, ni le cas de 5 % des patients qui décèdent chez eux.

L'HAD se positionne donc à la fois comme un maillon dans la chaîne des soins du patient et comme l'un des éléments du réseau dans lequel elle s'organise: en amont comme en aval, elle s'articule avec des structures telles que les autres établissements de santé, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et de maintien à domicile (MAD), mais aussi avec les professionnels de santé libéraux intervenant en ville. En 2006, peu de transferts ont eu lieu entre HAD et SSIAD: seuls 0,5 % des patients admis en HAD ont été adressés par un SSIAD et 2 % des patients ont été orientés vers

Evolution des situations cliniques prises en charge en HAD entre 2000 et 2006

L'Enquête nationale sur l'hospitalisation à domicile (ENHAD 2000), réalisée par l'Irdes suite à la demande de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos) du ministère de l'Emploi et de la solidarité, a été menée auprès de 47 % des structures d'HAD existantes à l'époque, entre septembre 1999 et janvier 2000, recouvrant 81 % des places installées. Cette enquête avait pour objectif d'évaluer le coût journalier de prise en charge globale des patients en HAD au regard des différents protocoles de soins appliqués. Elle est à la base de la construction du modèle de tarification à l'activité T2A HAD actuellement en vigueur et de l'élaboration du recueil PMSI HAD.

L'ENHAD 2000 est constituée de 1 860 patients provenant de deux échantillons distincts afin de refléter la diversité des longueurs de séjour: 1 470 patients inclus lors de leur admission sur une période d'un mois et suivis jusqu'à concurrence de trois mois (parmi eux, 11 % n'ont pas terminé leur séjour à l'issue de ces trois mois) et un échantillon complémentaire de 390 patients présents en HAD depuis plus de trois mois.

Limites de la comparaison ENHAD 2000 - PMSI HAD 2006

Dans l'ENHAD 2000, seule une partie des structures d'HAD a été enquêtée alors que le PMSI HAD est exhaustif. Une seule situation clinique combinant protocoles de soins et dépendance était prononcée à la fin du séjour, reflétant l'essentiel des soins produits, tandis que le PMSI HAD permet le suivi clinique en distinguant, le cas échéant, des séquences de soins différents successives. Les actes délivrés ont été codés selon la Classification internationale des maladies dans sa 10^e révision (CIM-10) puis transcodés en modes de prise en charge selon la Circulaire de mai 2000 et son complément de décembre. De même, la dépendance a été relevée selon une grille de type AVQ affinée puis transcodée en « pseudo-IK ». Pour ces

raisons, les résultats d'analyse des données reposant sur les admissions issues de l'ENHAD 2000 et de celles du PMSI HAD 2006 ne sont pas strictement comparables.

De 2000 à 2006 : quelles tendances ?

En termes d'admissions et de séjours, le profil des patients hospitalisés à domicile a quelque peu évolué.

- En 2000, les personnes âgées de 65 ans ou plus étaient plus nombreuses (45 % *versus* 38 % en 2006) et les femmes moins présentes (52 % *versus* 60 %).
- Parmi les protocoles de soins principaux, la chimiothérapie était plus fréquente (22 % *versus* 16 % en 2006) ainsi que les soins palliatifs (18 % *versus* 15 %), les pansements complexes (14 % *versus* 7 %) et les soins de *nursing* lourds (9 % *versus* 3 %). Par contre, l'ensemble des cas obstétricaux (hors prise en charge du nouveau-né) a plus que doublé (7 % *versus* 18 %) du fait d'une augmentation des prises en charge en *post-partum*.
- Par ailleurs, le traitement de la douleur demeure le mode de prise en charge le plus souvent associé.
- Si la proportion de patients moyennement à fortement dépendants reste la même (trois patients sur dix), celle de patients autonomes ou presque sur le plan locomoteur était plus importante en 2000 (54 % *versus* 41 %) et celle des dépendances faibles moindre (13 % *versus* 25 %). Sur le plan relationnel, on observe le même glissement entre patients sans difficulté et patients à faibles difficultés.
- Enfin, plus de patients provenaient de l'hôpital (sept admissions sur dix *versus* six sur dix en 2006) et à peine moins restaient à domicile à l'issue de leur séjour d'HAD (37 % *versus* 41 %). La proportion de décès à la maison a régressé (9 % *versus* 7 %).

ce type de soins à l'issue de l'HAD. Ce faible passage des patients des SSIAD vers l'HAD, et inversement, est le reflet de l'existence d'un *hiatus* entre ces deux types de soins qui diffèrent selon la lourdeur et la technicité des actes: les prestations sont plus intenses et complexes en HAD et les SSIAD ne couvrent pas la globalité de la prise en charge.

* * *

L'HAD est une formule de soins hospitaliers qui s'adapte à la prise en charge globale de patients souffrant de maladies lourdes, chroniques ou évolutives, au cours d'épisodes de soins aigus ou plus longs et qui requièrent des actes spécifiques que les progrès techniques contribuent à transférer en ville. Les résultats présentés ici confirment la vocation de l'hospitalisation à domicile à être une offre de soins généraliste et polyvalente.

MÉTHODE

Champ d'analyse

Dans le PMSI HAD 2006, 84 983 séjours distincts sont observés en France métropolitaine. Parmi ces séjours, 85,4 % sont observés totalement (ils débutent et se terminent au cours de l'année) et 14,6 % ne sont observés que partiellement (12,5 % ont débuté en 2006 mais se terminent au-delà, 1,7 % ont débuté avant mais se sont terminés dans l'année 2006, et 0,4 % ont débuté avant et se sont achevés après 2006). Ainsi, selon les thèmes abordés, nous analysons soit les admissions, soit les sorties ou encore uniquement les séjours observés intégralement en 2006.

- **L'unité séjour** : il s'agit ici de la notion de séjour-patient. Nous considérons que plusieurs séjours effectués par un même patient sont autant de séjours différents.
- Les **caractéristiques des patients à l'admission** : la description des caractéristiques individuelles (âge et sexe) et médicales (modes de prise en charge et degré de dépendance) des patients correspond à la situation présentée lors de leur admission si le séjour a débuté au cours de l'année 2006, sinon à la première séquence de soins du séjour produite en 2006 (correspondant à 2,1 % des séjours inclus dans la base).
- La **durée des séjours selon le mode de prise en charge principal** : certains modes de prise en charge peuvent être appliqués sur des périodes de durées variables, ce qui induit des séjours plus ou moins longs. Certains séjours ne sont observés que partiellement car se terminant au-delà de 2006, induisant des biais dans le calcul de la durée moyenne

de séjour. C'est pourquoi nous limitons notre champ d'analyse aux séjours terminés en 2006 et pour lesquels nous disposons d'une durée complète de séjour, tout en privilégiant les indicateurs suivants : médiane, 95^e et 99^e centiles.

- La **trajectoire des patients hospitalisés en HAD** : la description des modes d'entrée en HAD et provenances des patients repose sur les informations précisées lors de l'admission et donc sur les seuls séjours débutant en 2006, tandis que celle des modes de sorties d'HAD et destinations repose sur les informations indiquées lors de leur sortie et donc sur les seuls séjours se terminant en 2006.

Pour l'évaluation des modes d'adressage des patients à la fois en amont et en aval de l'HAD, nous tenons compte des séjours pour lesquels nous disposons simultanément de la provenance et de la destination du patient. Notre champ est ainsi réduit à 98 % des séjours observés intégralement sur l'année 2006 (soit 83 % des séjours inclus dans la base). Cette restriction ne déforme pas la répartition des trajectoires des patients. En effet, celle-ci reste stable lorsque nous assimilons les séquences d'admission et/ou de sortie d'un séjour partiellement observé respectivement aux premières et/ou dernières séquences de soins produites en 2006 pour un même séjour : ceci est possible car ces informations sont répliquées sur chacune des séquences de soins du séjour (le champ est alors élargi à 93 % des séjours inclus dans la base).

Ainsi, les principaux motifs d'admission en HAD concernent les cancers, les soins palliatifs et les soins périnataux, notamment de *post-partum*. En amont, l'HAD reste très dépendante de l'adressage des patients par les établissements d'hospitalisation classique puisque la majorité en provient. En aval, le patient demeure le plus souvent à domicile, avec ou sans un relais médical et/ou social.

Le PMSI HAD, à partir duquel est réalisée cette étude, est un outil particulièrement utile pour disposer d'un panorama de cette demande sur le territoire et pour suivre son évolution dans le temps. Il apporte une meilleure connaissance du profil des patients pris en charge, de la variété des cas traités et des soins délivrés. En outre, ce recueil permet de comprendre comment ce mode d'hospitalisation se situe dans le système de soins et s'articule, tant en amont qu'en aval, avec les autres entités médicales existantes et les différents professionnels de santé de l'hôpital et de la ville. Par ailleurs, la qualité de ce recueil encore jeune va s'améliorant continuellement, enrichi par des informations supplémentaires et par l'homogénéisation et la précision du codage des données. Enfin, le périmètre des cas traités a vocation à évoluer car les nouvelles technologies autorisent de plus en plus de traitements à domicile. Enfin, cette qualité va contribuer à adapter le modèle de tarification à l'activité actuellement en vigueur : une échelle nationale des coûts spécifique à l'HAD est menée sur le terrain par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) en 2009. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- Afrite A., Chaleix M., Com-Ruelle L., Valdelièvre H. (2009), Les structures d'hospitalisation à domicile en 2006, *Études et Résultats*, Drees, à paraître.
- DREES (2009), *Les établissements de santé : un panorama pour l'année 2006*, Collection Études et statistiques, Édition La documentation française.
- Com-Ruelle L., Afrite A. (2008), *L'HAD, une prise en charge hospitalière moderne*, Éditions Elsevier-Masson.
- Castra L., Jeanne P. (2008), *Hospitalisation et santé à domicile. Une alternative à l'hospitalisation traditionnelle*, Collection Le point sur, Édition Berger-Levrault.
- Afrite A., Com-Ruelle L., Or Z., Renaud T. (2008), *Soins de réhabilitation et d'accompagnement : une analyse comparative des coûts d'hospitalisation à domicile et en établissement, Rapport annexe*, Rapports Irdes n° 1689/1689bis.
- Sentilhes-Monkam A. (2007), *L'hospitalisation à domicile, une autre manière de soigner*, L'Harmattan.
- Afrite A., Com-Ruelle L., Or Z., Renaud T. (2007), *L'hospitalisation à domicile, une alternative économique pour les soins de suite et de réadaptation*, *Questions d'économie de la santé* n° 119, 6 p.
- Com-Ruelle L., Lebrun E. (2003), *Indicateurs d'état de santé des patients hospitalisés à domicile (ENHAD 1999-2000)*, *Questions d'économie de la santé* n° 77, 6 p.

IRDES INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION
EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ
10, rue Vauvenargues 75018 Paris
www.irdes.fr • Tél.: 01 53 93 43 02 • Fax: 01 53 93 43 07
Email: diffusion@irdes.fr
Directrice de la publication : Chantal Cases
Rédactrice en chef technique : Anne Evans
Relecteurs : Chantal Cases, Anna Marek, Philippe Le Fur
Correctrice : Martine Broïdo
Maquettiste : Franck-Séverin Clérembault
ISSN : 1283-4769 • Abonnement annuel : 60 € par an
Prix du numéro : 6 € • 12 numéros par an.