

questions

d'économie de la santé

analyse

Repères

La Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, conjointement à la CNAMTS, a demandé au CREDES de mener une enquête sur le coût de la prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD) entre 1999 et 2000.

Face à la diversité des situations existantes vis-à-vis des modes de financement de l'HAD, le but de cette enquête prospective est d'évaluer le coût journalier de prise en charge globale des patients en HAD au regard des pathologies traitées. Les résultats complets de cette étude et la méthode de construction des coûts sont présentés dans le rapport « Evaluation du coût de la prise en charge globale en hospitalisation à domicile », CREDES n°1484, juin 2003.

Une thèse pour le doctorat en médecine a également été publiée à partir de cette enquête sur les indicateurs de morbidité utilisés (Lebrun, 2001).

CENTRE DE RECHERCHE, D'ÉTUDE ET DE DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Adresse :

1, rue Paul-Cézanne 75008 Paris

Téléphone : 01 53 93 43 02/17

Télécopie : 01 53 93 43 50

E-mail : document@credes.fr

Web : www.credes.fr

Directrice de la publication :

Dominique Polton

Rédactrice en chef :

Nathalie Meunier

Maquettiste :

Khadidja Ben Larbi

ISSN : 1283-4769

Diffusion par abonnement : 60 euros par an

Prix du numéro : 6 euros

10 à 15 numéros par an

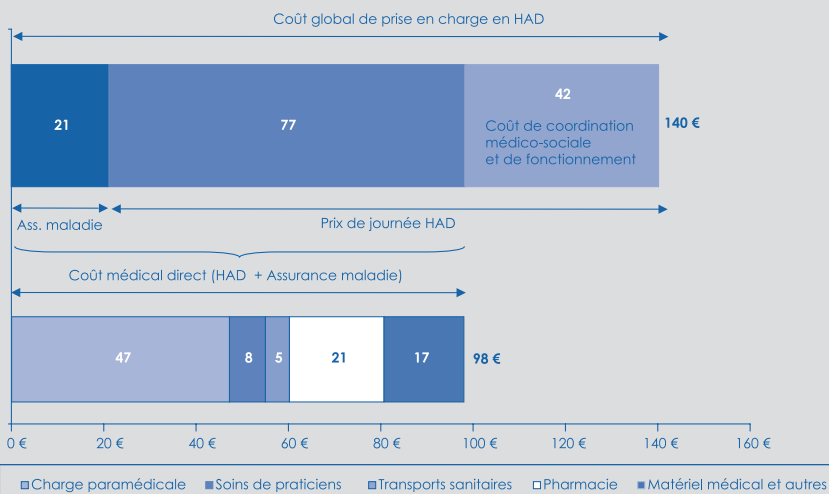
Le coût de prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD)

Anne Aligon, Laure Com-Ruelle, Thomas Renaud, avec la collaboration d'Emmanuelle Lebrun

D'après notre enquête, le coût moyen global de l'hospitalisation à domicile (HAD) est estimé à environ 140 € par journée. Ce coût englobe les prestations incluses dans le prix de journée des structures d'HAD (119 €) et les éventuelles consommations remboursées en sus par l'Assurance maladie (21 €, soit 15 % du total). Le coût médical direct, c'est-à-dire le coût des soins délivrés au patient, représente environ 70 % du coût global, soit 98 €. Les 30 % restants se répartissent entre la coordination médico-sociale (temps consacré par l'équipe de l'HAD aux tâches de coordination) et les frais de fonctionnement de la structure d'HAD. Les soins infirmiers rassemblent 39 % du coût médical direct, suivis de la pharmacie (21 %) et du matériel médical (18 %).

Ce coût par journée varie fortement suivant différents critères relatifs à la fois à l'état de santé du patient et à la structure d'HAD. Or, la tarification actuelle n'en tient pas compte : au sein d'une même structure, les journées sont rémunérées par un prix de journée uniforme. Les facteurs explicatifs des variations du coût médical direct sont, par ordre décroissant d'influence : la durée de séjour, la nature du protocole de soins principal, le mode de sortie d'HAD, l'âge et la dépendance locomotrice du patient. S'y ajoute le statut de la structure. A partir de ces éléments, le plan hôpital 2007 prévoit une nouvelle tarification à l'activité pour l'HAD.

Structure du coût de prise en charge en HAD pour une journée toutes pathologies confondues



Source : CREDES - ENHAD 2000

L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation classique qui cherche à améliorer l'organisation des soins, en favorisant notamment la coopération entre l'hôpital et la médecine de ville. La vocation de l'HAD est de proposer un système de soins gradués entre l'hôpital et la ville. Ces soins doivent être de complexité et d'intensité équivalentes à ceux prodigués en hospitalisation classique et nécessairement coordonnés. L'HAD est particulièrement adaptée à la prise en charge de maladies lourdes, chroniques ou évolutives, qui requièrent des soins techniques, comme les cancers, les pathologies neurologiques ou les maladies cardio-vasculaires. De plus, des études antérieures ont mis en évidence d'importants taux de satisfaction chez les patients pris en charge en HAD et leur entourage (Com-Ruelle et al., 1994).

Pourtant, l'offre de soins en HAD a des difficultés à se développer et fait face à certains obstacles : mauvaise connaissance par les professionnels de santé et par les patients, absence de valorisation au sein de l'activité hospitalière, système contraignant d'ouverture de places et tarification très hétérogène. C'est dans une optique de modification du système tarifaire que le CREDES a été sollicité pour mener une enquête sur le coût de la prise en charge en HAD, entre 1999 et 2000 (ENHAD 2000, voir encadré ci-contre).

Dans un premier temps, nous rappelons brièvement le contexte. Puis nous présentons les coûts journaliers en HAD, estimés tout d'abord globalement et par poste de soins, ensuite successivement selon le protocole de soins (traitement appliqué au patient) et l'objectif de soins (on distingue ainsi les soins ponctuels, continus, de phase terminale ou de réadaptation au domicile). Enfin, nous concluons par une analyse des principaux déterminants du coût de la prise en charge en HAD.

La tarification en HAD : un système complexe et opaque

Le paysage des structures d'hospitalisation à domicile se caractérise par une grande diversité de leur taille, de leur statut juridique et de leur mode de tarification.

Dans le cas du secteur public et de certaines structures privées associatives, le financement est basé sur un budget global évoluant selon un taux directeur annuel sans tenir compte du nombre de journées effectuées. Dans le cas des autres structures privées associatives, il est basé sur le nombre de journées réalisées valorisées par un prix de journée. Quel que soit le mode de financement, la facturation du séjour est néanmoins toujours basée sur un prix de journée unique par structure d'HAD, sans rapport avec les soins prodigués : il s'agit, soit d'un prix de journée « fictif » comme dans les hôpitaux publics (cas du budget global), soit du prix de journée servant au calcul du financement de la structure d'HAD. Ce prix de journée est uniforme pour tous les patients d'une même structure et, de fait, ne tient pas compte des coûts moyens journaliers en HAD. Son montant est très variable d'une structure à l'autre – de 57 à 247 € pour les structures d'HAD enquêtées – et il a peu évolué ces dernières années. En outre, le contenu des soins couverts par ce prix de journée est hétérogène : par exemple, selon les structures, les soins de généralistes et les médicaments y sont inclus ou sont remboursés en sus par l'Assurance maladie.

Cette situation tarifaire peut engendrer des effets pervers dans l'organisation des soins en HAD. Les structures peuvent notamment avoir des difficultés à assurer leur vocation à soigner à domicile les patients gravement atteints et pouvant bénéficier d'innovations thérapeutiques onéreuses. Ainsi, les structures appliquant un faible prix de journée sont parfois amenées à effectuer une sélection

partielle des malades selon leur profil médical et la gravité de leur état de santé. Elles peuvent également allonger les séjours afin d'abaisser le coût de prise en charge moyen d'un patient. Par exemple, pour un patient traité par séances de chimiothérapie, le séjour d'HAD pourrait être limité à la journée de chimiothérapie ; toutefois, surtout lorsque le patient nécessite certains soins entre ces séances, la structure d'HAD peut être tentée de comptabiliser un seul séjour intégrant, outre les journées comportant des séances de chimiothérapie, les journées intermédiaires, moins coûteuses.

Source des données

Enquête nationale sur l'hospitalisation à domicile : ENHAD 2000

Les résultats présentés ici sont issus d'une enquête réalisée sur la base du volontariat auprès de 29 structures d'hospitalisation à domicile, entre septembre 1999 et janvier 2000. Cette enquête a pour objectif d'évaluer le coût journalier de prise en charge globale des patients en HAD.

Deux sources de données appariées

Les structures d'hospitalisation à domicile ont fourni des données sur leurs caractéristiques (implantation géographique, taille et statut, activité, montant et composition du prix de journée...) ainsi que les réponses aux 1 860 questionnaires individuels patients. Ceux-ci décrivent les malades pris en charge (caractéristiques socio-démographiques, état de santé et traitement du patient) et recensent l'ensemble des dépenses de soins individualisables délivrées par les structures et qui sont donc attachées à l'enveloppe hospitalière.

L'Assurance maladie a complété les informations de ces patients enquêtés par les prestations médicales servies en sus du prix de journée HAD et donc remboursées au malade sur l'enveloppe ambulatoire.

L'ensemble de ces données a fait l'objet d'un appariement par le CREDES afin de calculer un coût global de prise en charge en HAD (la méthode complète de l'enquête est présentée dans le rapport, une synthèse sera bientôt disponible). Après appariement, on retient 960 patients.

Deux types d'échantillons

Pour refléter la diversité des séjours, notre enquête observe deux échantillons de patients parmi lesquels sont retenus pour l'étude économique : 721 admissions, soit près de 20 000 journées, recrutées au cours du premier mois et observées tout au long de leur séjour jusqu'à concurrence de trois mois, et 239 patients présents depuis plus de trois mois, observés chacun une semaine, soit 1 552 journées. L'échantillon des présents ne fera l'objet d'aucune présentation de résultats ici.

teuses, afin d'abaisser le coût journalier moyen du séjour. Or, dans certains cas, les soins prodigués entre deux séances ne justifient pas le recours à l'HAD et pourraient être pris en charge en médecine ambulatoire.

A cette situation tarifaire s'ajoutent des éléments de contexte local : les structures d'HAD sont notamment tributaires de l'adressage des patients par les établissements hospitaliers et les médecins libéraux. De plus, elles ne maîtrisent pas le volume des prescriptions médicales effectuées par les médecins généralistes libéraux qui assurent le suivi à domicile.

Pour améliorer le système existant, l'hospitalisation à domicile doit être tarifée au plus près de son activité médicale ; une connaissance précise des coûts induits par les soins en HAD est un préalable nécessaire. L'enquête ENHAD 2000 présentée ici permet d'apprécier le coût moyen global d'une journée d'HAD selon différentes caractéristiques du séjour : nature du protocole de soins, objectif de soins, durée, etc.

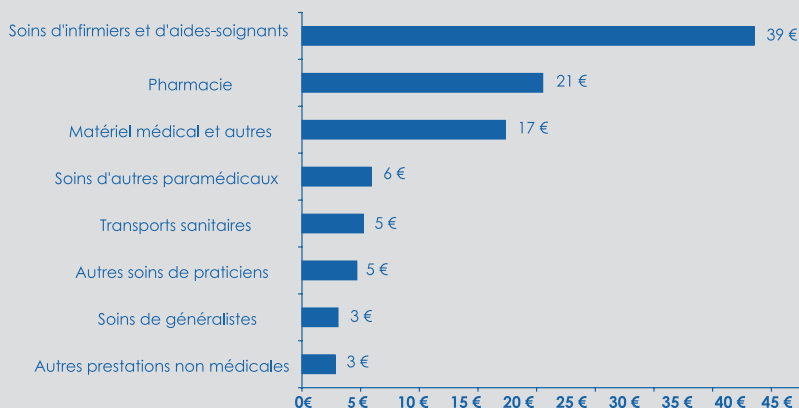
Le prix de journée HAD ne couvre pas l'ensemble des soins

Le prix de journée HAD couvre tout ou partie des soins médicaux délivrés au patient. Certaines prestations sont donc parfois financées en sus par l'Assurance maladie. C'est pourquoi, pour reconstituer le coût global de prise en charge, nous avons apparié les données de consommation couvertes par le prix de journée HAD à celles des prestations versées en sus par l'Assurance maladie (voir encadré page 2). Nous présentons ici les résultats portant sur l'échantillon des patients nouvellement admis et suivis pendant trois mois au plus.

Le coût moyen d'une journée d'hospitalisation à domicile est d'environ 140 €, dont 70 % de coût médical direct

Notre étude se limite à l'évaluation des

Montant du coût direct pour une journée par poste de soins toutes "pathologies" confondues



Source : CREDES - ENHAD 2000

coûts directs pour le patient. Il s'agit essentiellement des soins médicaux délivrés au patient (coût médical direct), qu'ils soient inclus dans le prix de journée HAD ou supportés en sus par l'Assurance maladie. S'y ajoutent les frais de coordination médico-sociale (salaires du médecin coordonnateur, de l'infirmière coordinatrice, de l'assistante sociale, temps de soignant partagé...) et les frais de fonctionnement administratif de la structure d'HAD, pour former le coût global.

Ainsi, le coût global moyen s'élève à 140 € pour une journée d'HAD (voir graphique page 1). Il se compose de :

- 119 € couverts par le prix de journée de la structure d'HAD, dont 77 € de coût médical direct et 42 € de coût de coordination médico-sociale et de fonctionnement ;
- 21 € supportés en sus par l'Assurance maladie, soit 15 % du coût global (il s'agit ici uniquement de coût médical direct).

Le coût médical direct (prix de journée HAD + Assurance maladie) est de 98 € par journée. Il représente 70 % du coût global de prise en charge en HAD, les 30 % restants relevant donc de la coordination médicosociale et des frais de fonctionnement de la structure.

Tous protocoles confondus, la charge en soins paramédicale représente près de la moitié du coût médical direct

La charge en soins paramédicale (soins infirmiers, paramédicaux et aides ménagères) totalise près de la moitié du coût médical direct (48 %) chez les patients admis, dont 39 % dévolus aux seuls soins infirmiers et d'aides-soignants. La pharmacie rassemble 21 % du coût médical direct et le matériel médical 18 %. Les honoraires de médecins généralistes n'en représentent qu'une faible part (3 %) (cf. graphique ci-dessus). Ces résultats confirment que l'HAD s'apparente à des soins de suite et de réadaptation (SSR) dans la mesure où tous deux comprennent essentiellement des actes thérapeutiques effectués par des soignants, les actes diagnostiques étant rares.

Le prix de journée HAD couvre essentiellement des soins paramédicaux, en particulier des soins infirmiers (50 % du coût médical direct couvert par le prix de journée HAD, soit la moitié de 77 €), ainsi que de la pharmacie et du matériel médical (15 % chacun). Par contre, au sein du montant remboursé en sus par l'Assurance maladie (21 €), ce sont les dépenses de pharmacie qui priment (43 %) ; viennent ensuite le matériel médical (27 %),

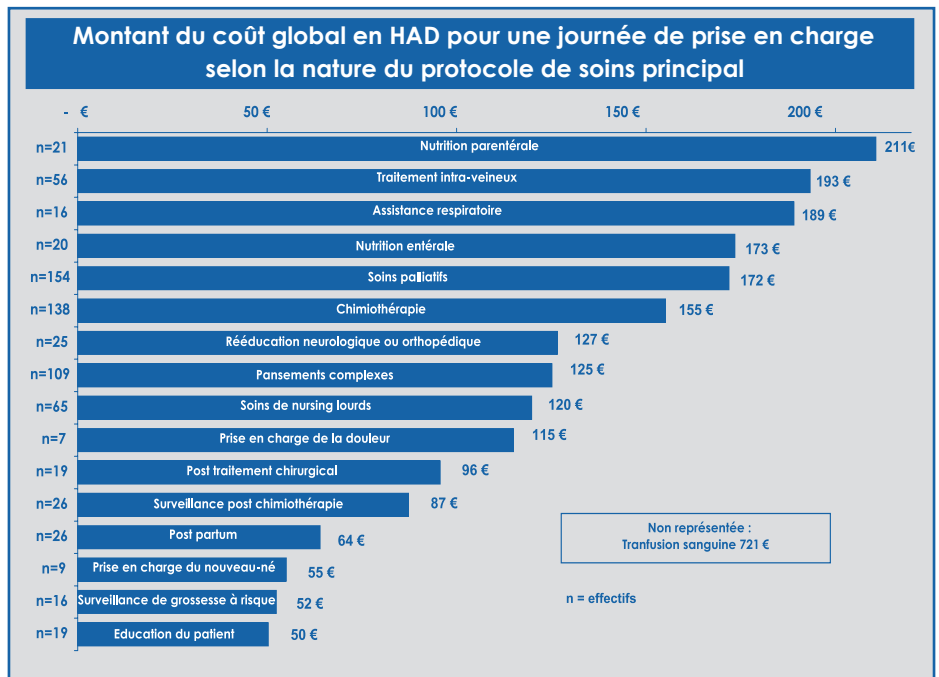
l'ensemble des soins de médecins et de sages-femmes (14 %) et les transports sanitaires (12 %).

Un coût moyen par journée qui varie fortement selon les types de malades

Le coût par journée se situe entre 50 et 210 € selon le protocole de soins

La circulaire ministérielle du 30 mai 2000 relative à l'HAD établit une liste de protocoles de soins qui sont des traitements réalisables en HAD. En fonction de son état de santé, un patient peut recevoir un ou plusieurs protocoles de soins. Le protocole principal est celui qui suscite la consommation la plus importante de ressources au cours du séjour ; les plus fréquents sont les soins palliatifs (21 %), la chimiothérapie (19 %), les pansements complexes, notamment les pansements d'escarres, (15 %), les soins de nursing lourds (9 %), les traitements intra-veineux (8 %) et l'obstétrique (7 %).

Selon le protocole de soins principal, les coûts moyens par journée s'échelonnent de 50 à 211 €. Les plus onéreux sont la nutrition parentérale (211 € par journée), les traitements intra-veineux, notamment anti-infectieux, (193 €), l'assistance respiratoire (189 €), la nutrition entérale (173 €) et les soins palliatifs (172 €). Vient ensuite la chimiothérapie (155 €), suivie des soins de rééducation neurologique ou orthopédique, des pansements complexes, des soins de nursing lourds et de la prise en charge de la douleur (tous autour de 120 €). Les soins post chirurgicaux et la surveillance post chimiothérapie se situent autour de 90 €. Enfin, avec l'éducation du patient et/ou de son entourage, les cas obstétricaux (surveillance de grossesse à risque, prise en charge du nouveau-né et post partum) sont les protocoles les moins chers (entre 50 et 64 €) (cf. graphique ci-dessus).



Le profil par poste de soins médicaux diffère selon le protocole de soins principal

Les soins paramédicaux, notamment infirmiers, rassemblent entre 40 % et 50 % du coût médical direct d'une journée pour la majeure partie des protocoles de soins principaux, excepté pour la chimiothérapie (29 %) et la surveillance post chimiothérapie (22 %). La pharmacie est un poste particulièrement important pour les protocoles suivants : la transfusion sanguine (74 %), la chimiothérapie (38 %), les traitements intra-veineux (37 %) et la nutrition parentérale (36 %). Quant au matériel médical, il prédomine en cas d'assistance respiratoire (39 %) et de nutrition entérale (30 %). Notons que les soins de sages-femmes représentent plus des deux tiers du coût moyen pour le post partum et la surveillance de grossesse à risque.

Avec 198 € par journée, les soins de phase terminale sont les plus coûteux

Les personnes hospitalisées à domicile peuvent être classées selon leur état de santé en cinq catégories d'objectifs de soins : soins ponctuels, soins continus, soins de phase terminale, réadaptation au domicile et reprise d'autonomie des parents. En cohérence avec les résultats

précédents, les objectifs de soins les plus onéreux sont les soins de phase terminale (198 €), les moins coûteux, la réadaptation au domicile (115 €) et la reprise d'autonomie des parents (75 €). Les soins continus apparaissent en moyenne plus chers par journée que les soins ponctuels (154 € contre 116 €).

Le coût global par journée décroît quand la durée de séjour s'allonge

Tous motifs confondus, le coût global passe de 203 € par journée pour les séjours de moins d'une semaine à 178 € pour ceux d'une à deux semaines et tombe aux alentours de 130 € pour les séjours plus longs. Au-delà de l'influence de la durée de séjour, les coûts moyens journaliers, calculés pour chaque patient, sont plus ou moins dispersés selon les différents protocoles de soins principaux. Voici quelques exemples choisis de profils particuliers (cf. graphique page 5).

Quelques protocoles de soins aux coûts très homogènes

Le post partum offre un exemple de protocole très homogène : la longueur du séjour ne dépasse pas une semaine et le coût moyen journalier est fortement

concentré (95 % des patientes ont un coût moyen journalier entre 57 et 80 € : intervalle de confiance [I.C.]). Il en est de même pour la prise en charge du nouveau-né. La surveillance de grossesse à risque présente un coût identique à celui du post partum ; par contre, elle concerne des séjours de longueur variable, durant le plus souvent quelques semaines, sans influence sur le coût. De plus, ces protocoles obstétricaux sont quasiment toujours dénués de protocole de soins associé.

Des coûts plutôt concentrés quelle que soit la durée de séjour

Exceptés pour les soins obstétricaux, la durée de séjour est très variable. Certains protocoles de soins présentent des coûts journaliers par patient plutôt concentrés quelle que soit la durée de séjour. De plus, le coût a tendance à

diminuer avec l’allongement de la durée de séjour. C’est le cas des pansements complexes : toutes durées de séjour confondues, 95 % des patients ont un coût journalier entre 118 et 142 € ; le coût journalier par patient chute significativement pour les séjours supérieurs à deux semaines. Pour les soins de nursing lourds, à part quelques cas marginaux de séjours très brefs, le coût journalier s’avère également plutôt concentré (entre 110 et 143 €) ; il diminue progressivement jusqu’à six semaines ; enfin, une majorité de séjours dure entre 1,5 et 3 mois.

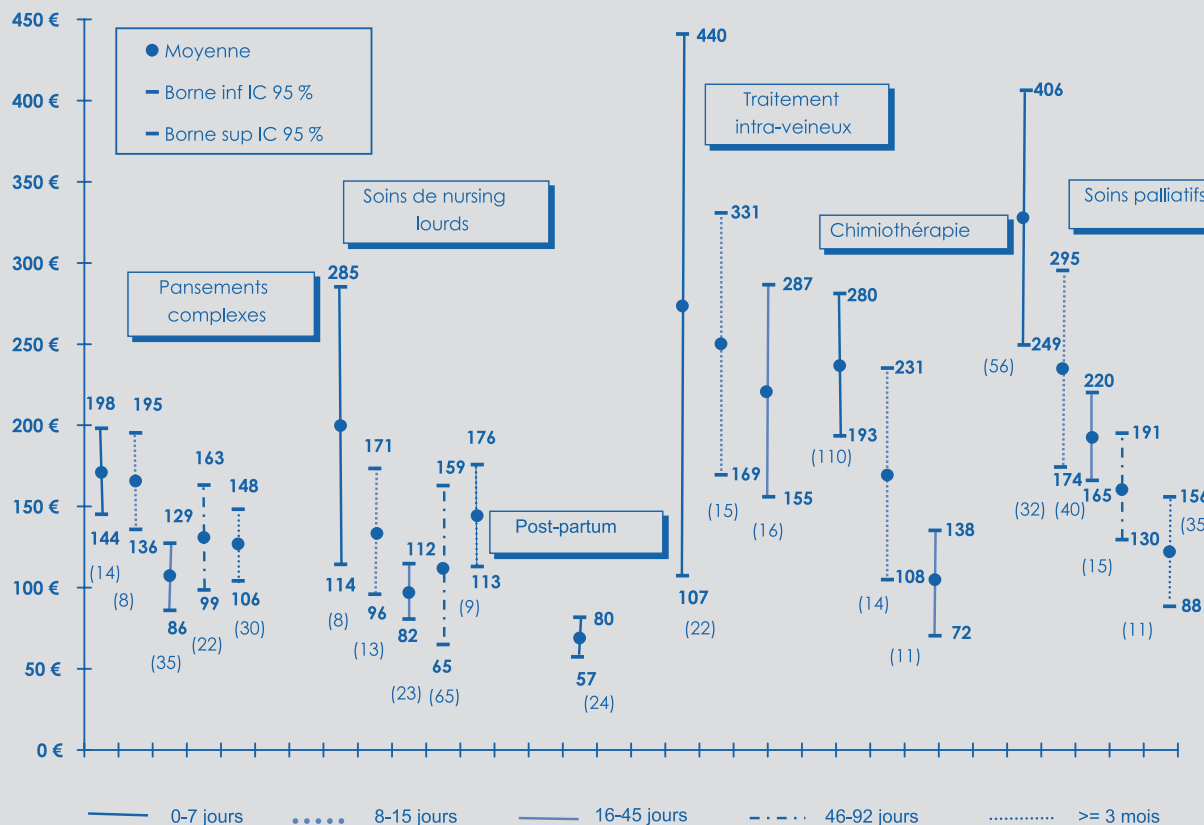
Des coûts très dispersés lorsque le séjour est bref, plus concentrés lorsqu’il s’allonge

Certains protocoles de soins présentent des coûts journaliers beaucoup plus dispersés, surtout lors de séjours brefs. Ain-

si, parmi les traitements intra-veineux, la variabilité est très forte pour des séjours d’une durée inférieure à une semaine où l’on observe quelques cas particuliers très onéreux. En cas de chimiothérapie, les coûts journaliers sont un peu moins dispersés ; la grande majorité des séjours durent moins d’une semaine mais, lorsque le séjour s’allonge, on note une tendance à la baisse bien plus nette que pour les traitements intra-veineux. Toutefois, ces deux protocoles de soins se prolongent peu fréquemment au-delà de trois à six semaines. Quant aux soins palliatifs, leurs coûts journaliers sont dispersés lorsque le séjour est bref, comportant des coûts maximaux pouvant atteindre 2 000 € mais, au-delà de deux semaines, ils diminuent et se concentrent.

La dispersion des coûts journaliers tient probablement à l’hétérogénéité de certains protocoles de soins principaux et

Dispersion des coûts globaux journaliers selon le protocole de soins principal et la durée de séjour



Guide de lecture : le coût a 95 % de chances de se trouver sur le segment représenté ; par exemple, un patient pris en charge pour soins palliatifs coûte entre 249 € et 406 € avec un risque de 5 % d'erreur si son séjour ne dépasse pas une semaine. Les coûts minimaux et maximaux ne sont pas représentés. Les effectifs rencontrés sont présentés entre parenthèses.

à l'existence éventuelle de protocoles de soins associés ainsi qu'à leur nature. Par exemple, les protocoles de chimiothérapie varient fortement selon le type de cancer, les médicaments employés étant plus ou moins onéreux ; en outre, un traitement anti-douleur peut y être associé, augmentant ainsi les coûts.

Vers une meilleure convergence entre tarifs et charge en soins

Nous complétons ces résultats par une modélisation (analyse de type explicatif) qui mesure les effets propres de chaque variable afin de dégager les déterminants essentiels du coût.

La durée de séjour et la nature du protocole de soins principal sont les deux premiers déterminants du coût

L'ensemble des variables dont nous disposons dans l'enquête a été testé : en particulier, parmi les caractéristiques du patient, l'âge, le sexe, le milieu social, la provenance et le mode de sortie du patient, sa morbidité (protocole de soins principal, objectif de soins, dépendance, nombre de protocoles de soins associés...), l'existence d'un entourage aidant ou non, etc.

Toutes choses égales par ailleurs et hors cas obstétricaux, les principaux facteurs influant sur le coût médical direct journalier pour un patient sont, dans l'ordre : la durée de séjour, la nature du protocole de soins principal, le mode de sortie d'HAD, l'âge et la dépendance locomotrice et l'incontinence attribuables à l'état de santé du patient.

La durée de séjour est le premier déterminant : plus elle s'allonge et plus le coût diminue. Vient ensuite la nature du protocole de soins principal : les traitements intra-veineux, l'assistance respiratoire et les soins palliatifs sont plus coûteux que les pansements complexes qui représentent une situation moyenne choisie comme référence. Le mode de sortie d'HAD influe également, du fait du décès qui augmente sensiblement le

coût ; il en va de même pour l'âge, du fait des nourrissons qui le diminuent fortement. Enfin, la dépendance locomotrice et l'incontinence attribuables à l'état de santé jouent aussi, un degré de dépendance total entraînant un coût bien plus élevé. Ces cinq critères expliquent 35 % des variations du coût médical direct.

Une seconde analyse teste simultanément les caractéristiques des patients et celles des structures d'HAD (taille, statut, implantation géographique...). Elle révèle que le statut de la structure d'HAD explique 7 % des variations du coût médical direct, le secteur public engendrant des coûts plus élevés que le secteur privé associatif, à caractéristiques de soins et de morbidité du patient constantes. Au total, 42 % des variations du coût médical direct sont expliquées. Restent cependant 58 % de variations inexplicables relevant certainement pour partie de variables non testées : la nature des protocoles de soins associés, le montant fixé du prix de journée HAD, la composition des soins compris dans ce prix de journée, etc. D'autres effets contextuels interviennent probablement : l'offre de soins locale et l'articulation des différents acteurs (hôpital, médecins libéraux). Ces variables mal définies

ou indisponibles n'ont pu être intégrées à la modélisation.

* * *

Ces résultats donnent un éclairage précis sur les montants des coûts engendrés par la prise en charge en HAD jusqu'alors méconnus. Ils montrent que les coûts moyens journaliers par patient varient fortement en fonction de la durée de séjour, de la nature du protocole de soins principal, du mode de sortie d'HAD, de l'âge du patient et de son degré de dépendance locomotrice, ainsi que du statut de la structure d'HAD. En revanche, l'objectif de soins et le nombre de protocoles associés du séjour en HAD ne sont pas des variables déterminantes du coût, pas plus que les caractéristiques socio-économiques du patient ou que la taille de la structure d'HAD.

Sur cette base, le CREDES a construit un modèle de tarification en HAD, à la demande du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Ce travail se place dans le cadre de la tarification à l'activité du plan hôpital 2007 afin de définir des tarifs plus adaptés qui devraient favoriser le développement de l'HAD. Il fera l'objet d'une prochaine publication.

Pour en savoir plus

Aligon A., Com-Ruelle L., Renaud T. (2003), *Evaluation du coût de la prise en charge globale en hospitalisation à domicile*, CREDES, biblio n° 1484.

Voir aussi :

Lebrun E. (2001), *Tentative de construction d'un indicateur de morbidité en hospitalisation à domicile à partir d'une enquête du CREDES réalisée en 1999 destinée à l'évaluation des coûts de prise en charge*, Thèse pour le doctorat en médecine.

Aligon A., Com-Ruelle L., Raffy-Pihan N. (2001), *Méthode de l'enquête sur le coût de la prise en charge à domicile 1999-2000*, CREDES, biblio n°1363.

Com-Ruelle L., Raffy N. (1994), *Les patients hospitalisés à domicile en 1992*, CREDES, biblio n° 1007.

Com-Ruelle L., Raffy N. (1994), *Quel avenir pour l'hospitalisation à domicile ? Analyse des freins et des facteurs en faveur de son développement*, CREDES, 1994, biblio n° 998.