

questions

d'économie de la santé

résultats

Repères

L'étude présentée ici a été réalisée dans le cadre d'une enquête prospective dans le but d'évaluer le coût journalier de prise en charge globale des patients en HAD. Elle a été réalisée à la demande de 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, dans la perspective d'une meilleure convergence entre tarifs et charge en soins.

L'étude des indicateurs d'état de santé en HAD a contribué à la construction d'un modèle de tarification à l'activité, actuellement en expérimentation dans le cadre du plan hôpital 2007. Elle a fait l'objet d'une thèse de doctorat en médecine (Lebrun, 2001).

Indicateurs d'état de santé des patients hospitalisés à domicile (ENHAD 1999-2000)

Laure Com-Ruelle, Emmanuelle Lebrun

L'hospitalisation à domicile (HAD) représente une alternative à l'hospitalisation complète qui peine à se développer malgré le souhait des politiques. A partir d'une enquête nationale menée auprès de structures d'HAD, les résultats présentés ici apportent des informations sur les maladies motivant l'HAD, les objectifs de soins et la nature des traitements.

L'HAD propose des séjours de longueur très variable répondant à des situations cliniques variées. Elle s'adresse à des personnes de tous âges, les hommes âgés étant les plus nombreux grâce à un entourage aidant.

Près d'un tiers des patients présente une dépendance importante à totale. Les cancers représentent à eux seuls la moitié des maladies causant une hospitalisation à domicile. Parmi les séjours longs, les maladies du système nerveux priment (27 %) sur les cancers (21 %) et les maladies de l'appareil circulatoire (18 %). Les maladies prises en charge en HAD s'inscrivent plus souvent dans une phase d'aggravation que dans une phase de stabilité ou d'amélioration. Les protocoles de soins principaux les plus fréquents sont la chimiothérapie, les soins palliatifs, les pansements complexes et les soins de nursing lourds. Avec des objectifs de soins variés (soins ponctuels, continus, de réadaptation) qui s'étendent à plus ou moins long terme, l'HAD se positionne comme relais voire substitut de l'hospitalisation traditionnelle.

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

Adresse :

10, rue Vauvenargues 75018 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 :

Khadija Ben Larbi

ISSN : 1283-4769

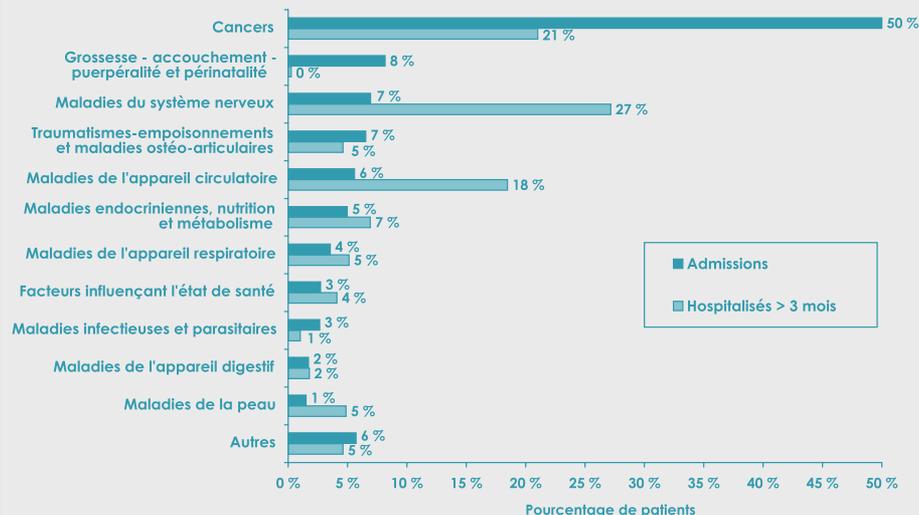
Diffusion par abonnement : 60 euros par an

Prix du numéro : 6 euros

En ligne sur www.credes.fr

10 à 15 numéros par an

Nature de la maladie à l'origine d'une HAD



Source : CREDES - ENHAD 1999-2000

L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation classique. Un de ses objectifs est d'améliorer l'organisation des soins en favorisant notamment la coopération entre l'hôpital et la médecine de ville (cf. encadré ci-dessous).

Afin d'analyser l'état de santé des patients hospitalisés à domicile, deux échantillons ont été constitués : le premier inclut les patients admis en HAD au cours d'un mois et suivis jusqu'à concurrence de trois mois, les séjours courts y sont bien représentés ; le second comprend les patients présents depuis plus

de trois mois et observés pendant une semaine (cf. encadré p. 3).

Après une rapide description des caractéristiques socio-démographiques des patients pris en charge en HAD en 1999/2000, nous décrivons les pathologies dont ils souffrent, leur degré de dépendance, la charge en soins infirmiers qu'ils requièrent ainsi que les objectifs de soins et les traitements appliqués.

Des patients de tous âges, avec une forte proportion d'hommes âgés

La moitié des patients admis a déjà fait un séjour en HAD au cours des douze der-

niers mois, ce qui corrobore le taux de réadmission proche de 2 par an calculé à partir des données administratives. La durée moyenne de séjour (DMS) est estimée entre 26 et 29 jours, plus de la moitié dure moins de deux semaines et seuls 11 % se prolongent au-delà de trois mois.

La moitié des patients sont des femmes. Cette proportion est légèrement plus élevée parmi les patients admis que parmi ceux présents depuis plus de trois mois (52 % contre 48 %). Ceci n'est dû qu'au surcroît de jeunes femmes suivies pour grossesse à risque ou *post partum*, ces dernières effectuant des séjours particulièrement courts. Les personnes âgées de plus de 65 ans sont relativement plus nombreuses parmi les patients hospitalisés depuis plus de trois mois, 62 % dont 24 % d'hommes de 65 à 79 ans. Elles ne représentent que 45 % des patients nouvellement admis qui, par ailleurs, comprennent 18 % d'hommes de 40 à 64 ans.

La quasi-totalité des patients hospitalisés à domicile est prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie obligatoire. Parmi les patients admis, 90 % le sont pour affection de longue durée (ALD), plus de 3 % pour maternité et autant pour un acte chirurgical coté à K50 ou plus.

Un entourage très impliqué dans la prise en charge à domicile

L'acceptation de l'HAD par le malade et son entourage sont les conditions de la réussite de cette formule. Ainsi, si deux patients sur dix vivent seuls, il existe un entourage (famille, voisins ou autres) qui participe aux soins requis par l'HAD dans plus de neuf cas sur dix. L'ensemble des professions est représenté. Du fait de l'âge, plus de la moitié des patients admis sont des personnes retraitées, deux sur dix occupent un emploi et un peu moins sont inactives, dont 10 % pour cause d'invalidité. Au sein des séjours de plus de trois mois, les retraités et les inactifs pour raison d'invalidité sont plus nombreux (respectivement 6 et 2 personnes sur 10).

L'HAD, un maillon dans la chaîne des soins

D'après la circulaire du 30 mai 2000, les soins pris en charge en hospitalisation à domicile doivent être de complexité et d'intensité équivalentes à ceux prodigués en hospitalisation classique et nécessairement coordonnés.

Ainsi, l'hospitalisation à domicile (HAD) intervient dans la prise en charge de nombreuses maladies et s'est spécialisée dans certaines pathologies souvent lourdes et à certains moments de leur évolution. La maladie à l'origine de l'HAD qui, pour la moitié des admissions, est un cancer, et sa phase évolutive déterminent l'intérêt de ce mode de prise en charge dans la chaîne des soins. La chronicité et l'évolutivité de la plupart des maladies prises en charge vont entraîner des passages entre soins de ville et soins hospitaliers, l'HAD prenant sa place entre ces deux pôles ou évitant l'hospitalisation complète.

L'HAD, un mini-réseau au sein d'un réseau plus large

L'organisation interne de l'HAD réunit autour du patient des acteurs diversifiés (cf. Aligon et al., 2003) dont les rôles concourent au traitement du malade dans son environnement familial. Ceci impose une coordination au sein des personnels de la structure d'HAD et avec le médecin généraliste de ville. L'HAD requiert en outre une coordination avec les autres acteurs : professionnels de santé ou du secteur social et avec les autres modes de prise en charge, en particulier avec l'hôpital.

L'hôpital est en effet le grand pourvoyeur

d'HAD. Sept patients admis en HAD sur dix proviennent de l'hôpital : 47 % de médecine, 11 % de chirurgie, 5 % de gynéco-obstétrique et 5 % de soins de suite et de réadaptation. 15 % sont hospitalisés à domicile suite à une consultation externe de l'hôpital et 15 % le sont suite à une prescription du médecin de ville, dont 1 % bénéficiaient de soins infirmiers à domicile (SIAD). Quant aux patients présents depuis plus de trois mois, l'essentiel des prises en charge (80 %) intervient comme relais de l'hôpital, en particulier des services de médecine (61 %), de chirurgie (10 %) et des soins de suite et de réadaptation (10%). Pour 14 % seulement, c'est le médecin traitant qui est le prescripteur du séjour en HAD.

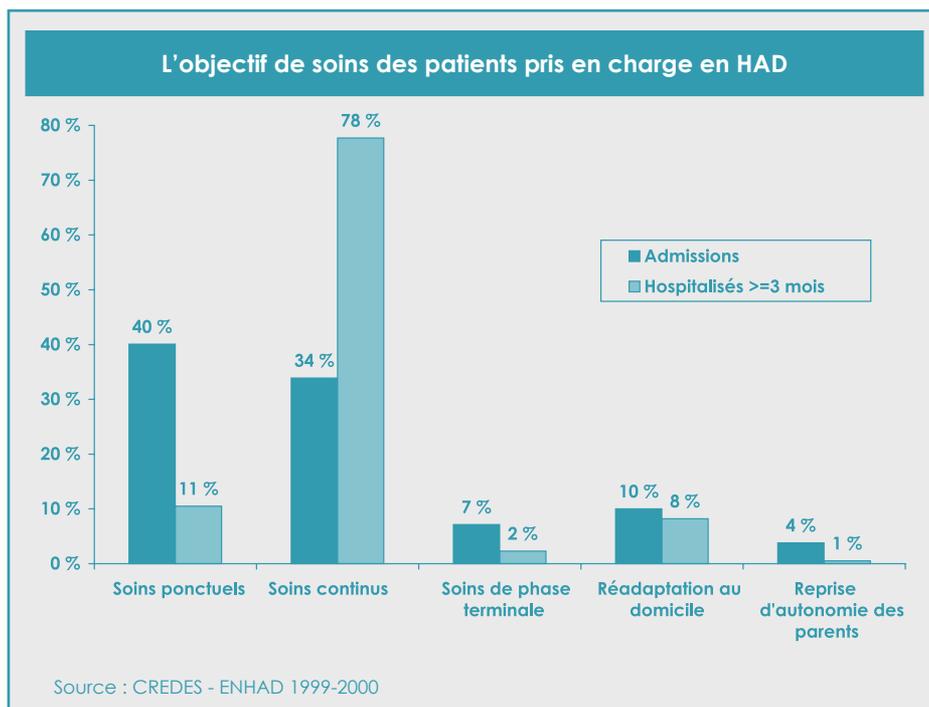
Le mode de sortie d'HAD le plus fréquent est le mode normal sans relais au domicile (31 % des patients admis). 6 % des patients admis quittent l'HAD pour rester à domicile avec un relais médical, principalement de type SIAD et plus rarement avec un relais social (aide à domicile). Un patient admis sur trois est transféré en hospitalisation classique : 26 % en médecine, 4 % en chirurgie, 2 % en gynécologie-obstétrique et 1 % en soins de suite et de réadaptation. S'y ajoutent 9 % de séjours se terminant par un décès à domicile. Ces deux derniers modes de sortie totalisent 42 % de patients dont on peut considérer qu'ils représentent des cas graves ou du moins dont l'état de santé s'aggrave au cours de leur séjour en HAD. Restent environ 20 % de patients correspondant à des cas autres (long séjour pour personnes âgées...) ou non renseignés.

Morbidité des patients hospitalisés à domicile

Plusieurs indicateurs de morbidité permettent de décrire la situation clinique des patients : maladie causale, objectif de soins, degré de dépendance, charge en soins infirmiers, protocoles de soins principaux et associés.

Les cancers motivent la moitié des séjours en HAD, l'aggravation de l'état de santé prévaut sur sa stabilité ou son amélioration

Parmi les patients admis, la moitié des maladies rencontrées sont des cancers ; elles représentent seulement un tiers des journées du fait de séjours plus brefs que la moyenne. Les cas obstétricaux (grossesses, accouchements et puerpéralité), auxquels on peut ajouter les maladies de la période périnatale et les malformations congénitales, totalisent 8 % des admissions pour 4 % des journées, les séjours étant très brefs sauf en cas de grossesse à risque. Ensuite, les maladies du système nerveux rassemblent 7 % des cas, les traumatismes avec les maladies du système ostéo-articulaire autant et les maladies de l'appareil circulatoire 6 %, pour plus de 10 % des journées



chacun. Environ 5 % ont pour cause une maladie endocrinienne, de la nutrition ou du métabolisme, 4 % une maladie de l'appareil respiratoire et 3 % une maladie infectieuse ou parasitaire.

Parmi les patients présents depuis plus de trois mois, les pathologies les plus fréquentes sont les maladies du système nerveux (27 %), les cancers (21 %) et les maladies de l'appareil circulatoire (18 %). Les maladies endocriniennes,

de la nutrition ou du métabolisme concernent 7 % des cas, les maladies de l'appareil respiratoire et les maladies de peau (escarres surtout) 5 % chacun, ces dernières étant rares parmi les séjours courts.

Pour les patients nouvellement admis comme pour les présents depuis plus de trois mois, la cause de l'HAD s'inscrit dans une phase d'aggravation dans environ la moitié des cas, dont 14 % en phase palliative. A l'opposé, elle est en phase d'amélioration dans moins de deux cas sur cinq. En outre, 20 % des patients admis et 30 % des présents depuis plus de trois mois présentent un état de santé stable.

Des objectifs de soins diversifiés positionnent l'HAD comme relais de l'hospitalisation traditionnelle voire comme substitut

Quatre patients admis en HAD sur dix ont pour objectif des soins ponctuels. La durée d'hospitalisation est alors préalablement déterminée, les soins requis sont techniques, lourds et complexes, fréquemment réitérés et ils concernent généralement des pathologies non stabilisées. Un tiers des patients reçoit des soins continus, pour une durée indé-

Source des données

Enquête nationale sur l'hospitalisation à domicile : ENHAD 1999-2000

Les résultats présentés ici sont issus d'une enquête réalisée sur la base du volontariat auprès de 29 structures d'hospitalisation à domicile (sur 62 existantes à l'époque) entre septembre 1999 et janvier 2000, correspondant à 3 228 places d'HAD (sur 4 000 installées en France). Cette enquête a pour objectif d'évaluer le coût journalier de prise en charge globale des patients en HAD au regard des pathologies prises en charge.

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 qui constituent la base médicale de l'enquête. Les malades pris en charge y sont décrits du point de vue de leurs caractéristiques socio-démographiques, de leur état de santé et de leur traitement. Outre les variables de morbidité, ces questionnaires

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 cette information par les prestations médicales servies en sus du prix de journée HAD pour une part des patients enquêtés.

Deux types d'échantillons

Pour refléter la diversité des séjours et respecter les contraintes de temps, notre enquête observe deux échantillons de patients : 1 470 admissions, recrutées au cours du premier mois et observées tout au long de leur séjour jusqu'à concurrence de trois mois (parmi eux, 11 % n'ont pas terminé leur séjour à l'issue de ces trois mois), et 390 patients présents depuis plus de trois mois, observés chacun une semaine, afin de compenser la perte d'information correspondant aux séjours longs. La longueur du séjour est en effet déterminée par le motif de prise en charge mais également par l'évolution de la maladie.

terminée au départ, associant des soins techniques et des soins de nursing, de maintien et d'entretien de la vie, le plus souvent pour des pathologies évolutives. De plus, 7 % sont des soins de phase terminale (décès imminent). Enfin, 10 % des admissions sont prononcées pour réadaptation au domicile, auxquelles s'ajoutent 4 % d'admissions d'enfants malades pris en charge pour reprise d'autonomie des parents.

Pour les patients admis, les soins ponctuels sont majoritaires chez les femmes alors que les soins continus sont plus répandus chez les hommes. Les soins ponctuels s'adressent principalement aux hommes et femmes de 40 à 54 ans, mais aussi aux femmes de 25 à 39 ans, du fait des cas obstétricaux.

Logiquement, l'objectif de soins des présents depuis plus de trois mois est concentré autour des soins continus (78 %), seuls 11 % reçoivent des soins ponctuels, 10 % des soins de réadaptation au domicile.

L'autonomie du patient permet d'anticiper la charge en soins infirmiers de base

Le degré de dépendance ou d'autonomie, estimé à l'entrée du patient, complète la description de l'état de santé des patients. Cet indicateur distingue les difficultés locomotrices (déplacements, hygiène, alimentation...) et de continence, des difficultés relationnelles (comportement, mémoire, vision, audition...) (cf. encadré ci-contre).

Les difficultés locomotrices rencontrées parmi les patients hospitalisés depuis plus de trois mois sont souvent bien plus lourdes que parmi les patients admis. En revanche, les difficultés relationnelles sont moins différenciées.

Du point de vue locomoteur et de la continence, plus de la moitié des patients admis (54 %) sont autonomes ou presque, dont 36 % complètement. Un quart des

Les indicateurs d'état de santé

Les indicateurs de morbidité choisis ont pour objectif de décrire de façon homogène les différentes facettes de l'état de santé des patients (maladies, dépendance et soins) afin de tester leur influence sur les coûts de prise en charge en HAD. Ces indicateurs sont construits à partir des informations recueillies auprès des patients lors de l'enquête. Il s'agit de :

- la maladie ayant causé l'hospitalisation à domicile

- l'objectif de soins qui comprend 5 items :

- les 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 complexes, soins fréquemment réitérés ;
- les 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 ;
- les 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 ;
- la 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 ;
- la 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.

- les protocoles de soins qui sont les traitements prescrits ou appliqués au patient au cours du séjour en HAD, par exemple : chimiothérapie, pansements complexes, traitement intraveineux, nutrition entérale, rééducation neuro-orthopédique, assistance respiratoire, surveillance de grossesse à risque...

- l'indicateur de dépendance, choisi selon une échelle répondant à trois critères : être disjointe des autres indicateurs de morbidité afin de pouvoir tester son influence propre sur les coûts de prise en charge, être adaptée à l'étendue des âges (du nourrisson aux vieillards) et être facilement utilisée par tous les soignants sans nécessiter de formation particulière pour son maniement.

L'échelle choisie a déjà démontré son intérêt dans l'enquête HAD du CREDES de 1992 et dans les enquêtes successives du CREDES sur les patients hospitalisés (1981/82 et 1991/92). Elle comporte :

- un axe locomoteur avec des items relatifs aux déplacements, aux transferts, à l'hygiène et à l'alimentation, auxquels s'ajoute l'incontinence,
- un axe relationnel avec des items relatifs aux sens (vision, audition), à l'expression,

au comportement (de type agressif ou dépressif) et à la mémoire.

Cette distinction permet la mise en relation avec l'indicateur de charge en soins SIIPS (voir ci-après). Les scores calculés sont regroupés en cinq classes de gradient progressif.

- la charge en soins infirmiers requise par le patient qui est un indicateur mesuré tout au long du séjour et qui fait l'objet d'une synthèse chaque semaine de prise en charge et à la sortie du malade. Donnant une mesure résumée de la charge de travail des soignants à partir de la demande en soins du patient, il est en outre le reflet de l'état de santé des patients. Du fait de leur meilleure connaissance par les personnels d'HAD, nous avons choisi d'utiliser la méthode des SIIPS (Soins infirmiers individualisés à la personne soignée) qui a été adaptée à l'occasion de cette enquête pour rendre compte des spécificités de l'HAD. Les résultats précisent les trois dimensions couvertes : soins de base (dits de nursing) cotés en ISB, soins techniques cotés en IST et soins relationnels et éducatifs cotés en ISRE. La somme de scores de ces trois dimensions fournit l'indicateur global de charge en soins infirmiers (coté en ISS). Plus des deux tiers des patients observés ont reçu un score SIIPS. Les scores de chaque dimension sont étalés de 0 (pas de soins), à 4, 10 et 20 (charge maximale), le score total pouvant atteindre au plus 60 pour une charge en soins maximale sur tous les plans. Ils sont regroupés en quatre classes : charge faible, modérée, importante ou lourde.

Un recueil de données de morbidité de type PMSI HAD expérimental

Le recueil des données a été réalisé sous forme d'un mini PMSI expérimental (Programme de médicalisation des systèmes d'information) :

- à l'entrée en HAD, l'infirmière coordinatrice relève l'objectif de soins, le motif d'entrée exprimé en terme de protocole de soins prescrit (codé selon la Classification internationale des maladies 10^e révision ou CIM10) et le degré d'autonomie des patients (locomotrice, de continence et relationnelle) ;
- à la fin du séjour des patients admis (ou au cours de la semaine d'observation dans le cas des présents depuis plus de trois mois) :
 - l'infirmière coordinatrice précise la charge en soins infirmiers requise par le patient, selon l'indicateur SIIPS ;
 - de son côté, le médecin coordonnateur fait le bilan du séjour en indiquant l'ensemble des diagnostics posés dans les termes suivants : les protocoles de soins appliqués au cours du séjour (codes Z de la CIM10) sont mentionnés de façon hiérarchisée, distinguant le protocole principal (correspondant à la consommation maximale de ressources) des protocoles associés ou secondaires ; la maladie ayant causé l'hospitalisation à domicile, correspondant au protocole principal, est indiquée et, le cas échéant, la phase évolutive de la maladie est précisée (aggravation, phase palliative, amélioration et non évolutive).

patients admis sont dépendants, de façon modérée ou importante et 21 % totalement dépendants. En revanche, les trois quarts des hospitalisés depuis plus de trois mois sont dépendants : pour 48 % d'entre eux, la dépendance locomotrice est totale, elle est importante dans 14 % des cas et modérée dans 12 % des cas. A l'opposé, seul un quart de patients est autonome ou presque.

La dépendance relationnelle se répartit différemment : 84 % des patients admis ont peu de difficultés relationnelles dont 43 % aucune. A l'opposé, 16 % présentent de graves difficultés relationnelles. Cette proportion est deux fois plus élevée parmi les présents depuis plus de trois mois.

La charge en soins infirmiers (cf. encadré page 4) est corrélée au degré de dépendance des patients. Elle concentre l'information relative aux soins délivrés par les personnels paramédicaux et distingue les soins infirmiers de base (ou soins de nursing), les soins infirmiers techniques et les soins infirmiers relationnels et éducatifs.

Les présents depuis plus de trois mois reçoivent plus de soins infirmiers de base, alors que les patients nouvellement

admis bénéficient plus souvent de soins de type relationnel et éducatif et à peine plus de soins techniques.

Près des trois quarts des patients admis reçoivent une charge en soins de base faible à modérée alors que cette charge est importante à lourde pour près des deux tiers des hospitalisés depuis plus de trois mois. Au niveau des soins relationnels et éducatifs, c'est l'inverse : la charge est plus importante pour les patients nouvellement admis, correspondant à un besoin éducatif en début de séjour.

Si on considère l'indicateur global de charge en soins infirmiers, c'est-à-dire l'ensemble des soins de base, techniques, relationnels et éducatifs, 7 patients admis sur 10 présentent une charge importante ou lourde. Les présents depuis plus de trois mois sont 3 fois plus nombreux à susciter une charge lourde en soins infirmiers.

Le motif d'entrée augure bien la nature du protocole principal au cours du séjour

A l'entrée en HAD, un seul motif est inscrit, en terme de traitement requis ou protocole de soins (par exemple chimiothérapie, pansements complexes...). A la sortie du patient ou au moment de

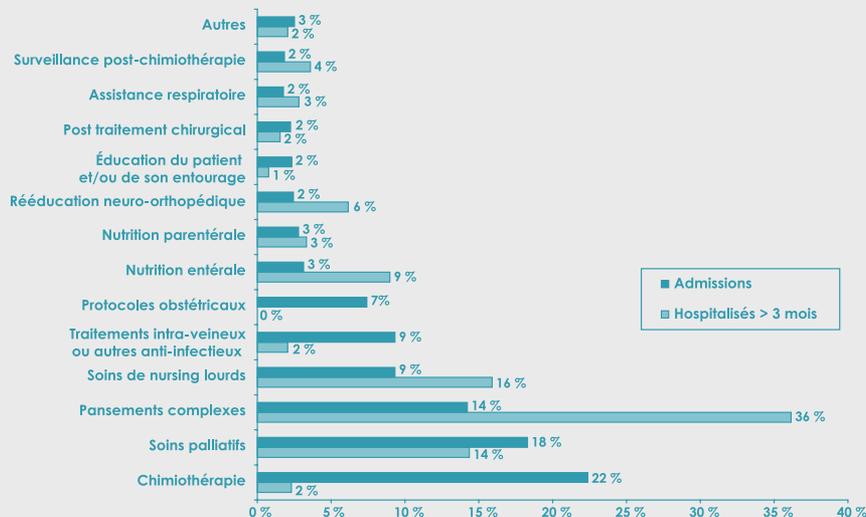
l'enquête dans le cas des séjours longs, l'ensemble des protocoles de soins appliqués est noté de façon hiérarchisée, le protocole de soins principal en tête, qui correspond *a priori* au plus coûteux.

Le protocole principal noté lors de l'enquête se démarque légèrement de celui inscrit à l'entrée, du fait notamment de l'évolution de l'état de santé du patient. Ainsi, parmi les patients admis, un tiers des cas de « soins de nursing lourds » deviennent des « pansements complexes » : à l'entrée, on compte 14 % des premiers et 9 % de seconds, c'est l'inverse à la sortie. Ce phénomène est très amplifié parmi les séjours longs chez lesquels on en compte respectivement 46 % et 17 % à l'entrée contre 16 % et 36 % à la sortie. Les cas de nutrition entérale augmentent aussi chez les présents, de 3 à 9 %.

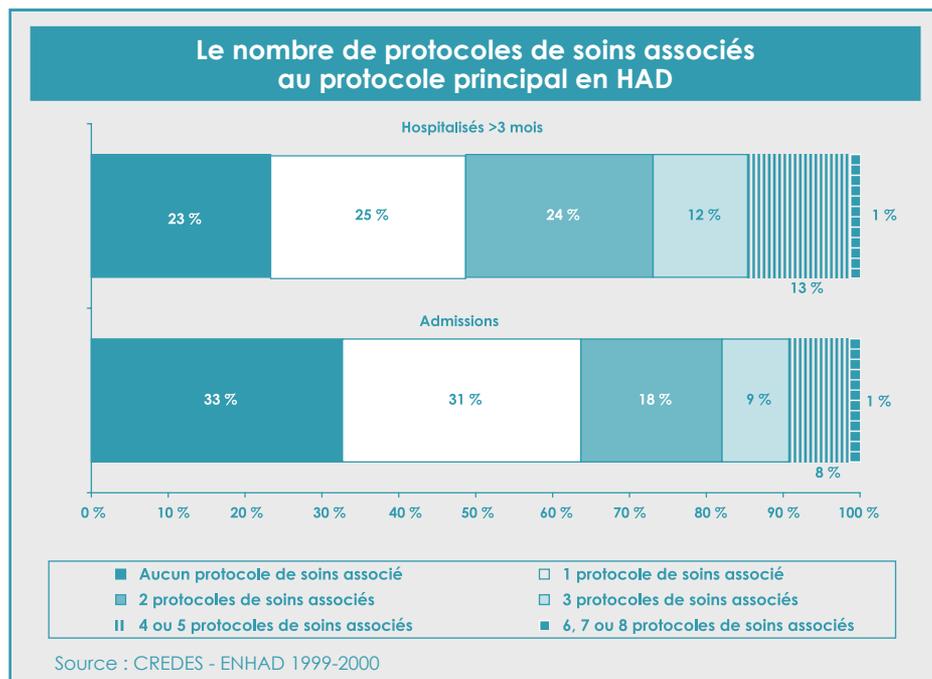
Le protocole de soins principal concerne en majorité des soins techniques, lourds et complexes

En termes de protocoles de soins principaux, chez les patients admis, apparaissent en tête la chimiothérapie (22 % des cas) et les soins palliatifs (18 %), suivis des pansements complexes (14 %) puis des soins de nursing lourds et les traitements intraveineux anti-infectieux ou autres (9 % chacun). Ces cinq protocoles principaux se partagent près des trois quarts des profils des patients admis en HAD. L'ensemble des cas obstétricaux représente 7 %, dont près de 4 % de grossesses à risque, moins de 3 % de *post partum* et le reste de prise en charge du nouveau-né. Les prestations de nutrition entérale et parentérale concernent 3 % des patients admis chacune, alors que la rééducation neuro-orthopédique, l'éducation du patient et/ou de son entourage, le post traitement chirurgical, l'assistance respiratoire et la surveillance post-chimiothérapique, 2 % chacun, la prise en charge de la douleur 1 %. Restent de très rares cas de transfusion sanguine et de prises en charge de tumeurs malignes autres que chimiothérapiques.

Le protocole de soins principal des patients pris en charge en HAD



Source : CREDES - ENHAD 1999-2000



Chez les présents depuis plus de trois mois, les pansements complexes arrivent largement en tête (36 %), suivis des soins de nursing lourds (16 %). Ces protocoles de soins répondent plus souvent à des objectifs de soins continus. Les soins palliatifs sont un peu moins nombreux (14 %). Viennent ensuite la nutrition entérale (9 %), la rééducation neuro-orthopédique (6 %) et la nutrition parentérale (3 %). Les cas de chimiothérapie et les traitements intraveineux ne concernent que 2 % des cas car ils répondent majoritairement à des objectifs de soins ponctuels.

La prise en charge de la douleur représente un protocole de soins important mais rarement indiqué en protocole principal car il apparaît le plus souvent en protocole de soins associé.

Le poids des protocoles de soins associés

Le nombre de diagnostics associés déclarés, qui comprend d'une part, les maladies dont souffre le patient et d'autre part, les protocoles de soins qu'il requiert, est plus élevé lorsque le séjour en HAD excède trois mois. En effet, la moitié des patients présents depuis plus de trois mois ont au moins 5 diagnostics associés au diagnostic principal, contre

28 % des patients admis. A l'opposé, 41 % des patients admis ont au plus 2 diagnostics associés contre 18 % des présents. Cette différence tient en partie à des protocoles de soins plus nombreux chez les présents mais surtout à davantage de maladies associées.

Au sein de ces diagnostics associés, on compte davantage de protocoles de soins multiples parmi les séjours longs. En plus du protocole de soins principal, la moitié des présents depuis plus de trois mois bénéficient de l'application d'au moins deux protocoles associés (dont 15 % au moins 4), contre seulement 36 % des patients admis (dont 9 % au moins 4). A l'opposé, un tiers des patients admis ne reçoit aucun protocole associé et 31 % un seul, contre respectivement un quart (23 %) et la moitié (49 %) des présents depuis plus de trois mois (cf. graphique ci-dessus).

* * *

L'HAD est particulièrement adaptée à la prise en charge globale de patients souffrant de maladies lourdes, chroniques ou évolutives, qui requièrent des soins pointus que les progrès techniques ont contribué à transférer à domicile. Ainsi, les motifs d'HAD concernent principa-

lement les cancers, les pathologies neurologiques et les maladies cardio-vasculaires. Ces résultats sont cohérents avec ceux observés dans l'enquête CREDES de 1992, exception faite du sida qui occupe moins de place en HAD, du fait de la trithérapie.

L'HAD répond également à des besoins plus ponctuels (suivi de grossesse à risque et *post partum* par exemple). Outre les soins techniques, l'HAD dispense plus de soins relationnels et éducatifs en début de séjour alors que les séjours longs requièrent une charge en soins de nursing plus importante.

Les différents indicateurs de morbidité en HAD exposés ici participent à la connaissance de ce mode de prise en charge. Certains ont servi à la construction du modèle de tarification en HAD appliqué dans le cadre du plan hôpital 2007. Parmi les autres indicateurs, la maladie causale est indispensable au suivi de la trajectoire des patients dans le système de soins.

Pour en savoir plus

Com-Ruelle L., Lebrun E. (à paraître), *Indicateurs d'état de santé des patients hospitalisés à domicile (ENHAD 1999-2000)*.

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, consultable sur le site www.credes.fr

Com-Ruelle L., Dougnon P., Perronnin M., Renaud T. (2003), *Construction d'un modèle de tarification à l'activité de l'hospitalisation à domicile*, CREDES, QES n° 69.

Aligon A., Com-Ruelle L., Renaud T. (2003), *Evaluation du coût global de prise en charge en hospitalisation à domicile*, CREDES, biblio n° 1484 et QES n° 67.

Voir aussi :

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