

Soins de réhabilitation et d'accompagnement : une analyse comparative des coûts d'hospitalisation à domicile et en établissement

Anissa Afrite
Laure Com-Ruelle
Zeynep Or
Thomas Renaud

2008

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Président	François Jolicierc
Trésorier	Jean-Marie Langlois
Membres	Hubert Allemmand, Laure Com-Ruelle, Yves Humez, Jean-Marie Langlois, Daniel Lenoir, Dominique Liger, Christine Meyer, Julien Mousquès, Bernard Salengro, Georges Simoni, Jean-Marie Thomas, Frédéric Van Roekeghem

CONSEIL SCIENTIFIQUE

Président	François Heran
Membres	Didier Blanchet, Marc Brodin, Martine Bungener, Mathieu Cousineau, Gérard De Pouvoirville, Guy Desplanques, Brigitte Dormont, Pierre-Yves Geoffard, Pierre-Jean Lancry, Annette Leclerc, Pierre Lombrail, Andrée Mizrahi, Arié Mizrahi, Lucile Olier, Dominique Polton, Philippe Ricordeau, Lise Rochaix, Simone Sandier, Alain Trognon, Philippe Ulmann

EQUIPE DE RECHERCHE

Directrice	Chantal Cases
Directrice adjointe	Catherine Sermet
Directeurs de recherche	Yann Bourgueil, Laure Com-Ruelle, Philippe Le Fur
Maîtres de recherche	Thierry Debrand, Paul Dourgnon, Nathalie Grandfils, Véronique Lucas-Gabrielli, Georges Menahem, Julien Mousques, Zeynep Or, Valérie Paris, Marc Perronnin.
Chargés de recherche	Anissa Afrite, Anne Aligon, Caroline Allonier, Magali Coldefy, Marion Devaux, Bidénam Kambia-Chopin, Pascale Lengagne, Anna Marek, Aurélie Pierre, Thomas Renaud, Thierry Rochereau, Nicolas Sirven, Engin Yilmaz
Chercheur associé	Caroline Despres, Michel Grignon, Florence Jusot, Michel Naiditch
Attachées de recherche	Claire Barangé, Martine Broïdo, Nicolas Célant, Stéphanie Guillaume, Nelly Le Guen, Catherine Ordonneau, Frédérique Ruchon
Responsable de la documentation	Marie-Odile Safon
Documentalistes	Suzanne Chriqui, Véronique Suhard
Responsable des publications	Nathalie Meunier
Informaticiens	Bruno Dervillez, Jacques Harrouin, Christophe Lainé
Secrétaire générale	Dominique Goldfarb
Cadre administratif	Isabelle Henri
Assistante de direction	Catherine Banchereau
Secrétaires-maquettistes	Khadidja Ben Larbi, Franck-Séverin Clérembault, Aude Sirvain
Secrétaire de la diffusion	Sandrine Bequignon
Employé de bureau	Damien Le Torrec

Soins de réhabilitation et d'accompagnement : une analyse comparative des coûts d'hospitalisation à domicile et en établissement

Anissa Afrite

Laure Com-Ruelle

Zeynep Or

Thomas Renaud

Biblio n° 1689 Juin 2008

Les noms d'auteurs apparaissent par ordre alphabétique

Toute reproduction de textes ou tableaux est autorisée sous réserve de l'indication de la source et de l'auteur.

En cas de reproduction du texte intégral ou de plus de 10 pages, le Directeur de l'IRDES devra être informé préalablement.

I.S.B.N. : 978-2-87812-342-5

Remerciements

Les auteurs de ce rapport tiennent à remercier les personnes dont le soutien et la collaboration ont permis la réalisation de cette étude :

- Monsieur Yannick Garcia, directeur de la structure d'HAD de Dax et secrétaire général de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD), et le secrétariat de la FNEHAD, pour leur contribution dans l'élaboration du questionnaire et la mise en œuvre de l'enquête sur le Coût de Création en HAD (CCHAD 2006) ;
- Monsieur René Drivet, directeur de l'établissement d'HAD Santé Service Puteaux, et son équipe, pour leur présentation du mode de fonctionnement de leur structure, et leur contribution à l'élaboration du questionnaire de l'enquête CCHAD 2006 ;
- Le Docteur Muriel Mons, médecin coordonateur de la structure de Santé Service de Puteaux, dont l'expertise médicale a été précieuse lors de la sélection des actes médicaux réalisables en HAD ;
- L'ensemble des structures d'HAD participant à notre enquête CCHAD 2006 pour leur contribution au recueil des coûts de création de places en HAD et de montée en charge de l'activité ;
- Monsieur Marc-David Séligman, alors chef du bureau des réseaux, des complémentarités et des recompositions des activités de soins à la Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins (DHOS), qui nous a donné l'opportunité de ce travail ;
- Monsieur Etienne Deguelle, alors chef du Bureau du financement de l'hospitalisation privée à la DHOS, qui nous a communiqué les résultats de l'étude sur les « coûts de création et de conversion des lits et places en SSR » ;
- Le Docteur Claude Marescaux, alors chargée de mission PMSI SSR et PMSI Psychiatrie au bureau des systèmes d'information hospitaliers à la DHOS, pour l'ensemble de son expertise sur les soins d'HAD et de SSR ;

A l'IRDES :

- Franck-Séverin Clérembault, secrétaire maquettiste à l'IRDES, pour la mise en page et le suivi des remontées des questionnaires de l'enquête CCHAD 2006 ;
- Frédérique Ruchon, gestionnaire de base de données, pour la préparation des fichiers de données issues de l'enquête CCHAD 2006 ;
- Thierry Debrand et Michel Naïditch pour leur relecture attentive et leurs commentaires ;
- Nathalie Meunier pour ses commentaires lors de la synthèse de cette étude ;
- Martine Broïdo pour la dernière relecture finale de ce rapport ;
- Khadidja Ben Larbi, secrétaire maquettiste à l'IRDES, pour la mise en page de ce rapport.

Synthèse de l'étude

Synthèse de l'étude

Contexte et objectifs

Face au vieillissement de la population française et à l'augmentation du nombre de personnes âgées polypathologiques et dépendantes qui en découle, il existe une demande croissante en soins hospitaliers, tant de courte durée que de plus long terme, en particulier en soins de réhabilitation et d'accompagnement. Il est donc nécessaire de planifier les ressources hospitalières en conséquence, en assurant une offre adéquate et accessible dans les années à venir. Initialement pensée comme un substitut aux soins de court séjour, l'hospitalisation à domicile (HAD) offre également une alternative à l'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation (SSR).

Dans ce contexte, cette étude propose une analyse comparative des coûts d'hospitalisation à domicile et dans un établissement de soins de suite et de réadaptation, pour des soins comparables et en tenant compte des différentes situations cliniques possibles.

Méthode

La comparaison des coûts SSR/HAD a comporté trois étapes.

La première, préalable, passe par la construction d'un champ d'activité comparable SSR/HAD et par la définition de profils médicaux homogènes répondant à des soins qui peuvent être délivrés à la fois en SSR et en HAD. Elle a été faite à dire d'experts.

La seconde étape fournit la comparaison proprement dite des coûts de fonctionnement en routine en SSR et en HAD, pour l'ensemble de l'activité superposable, puis déclinée selon les catégories d'âge et de dépendance et selon les profils médicaux retenus. Cette étape s'appuie sur les données d'activité (PMSI SSR et ENHAD) et sur les tarifs officiels (tarifs de la T2A en HAD et tarifs issus de l'ENC en SSR).

La troisième étape importante consiste à estimer les coûts de création. Elle repose, du côté SSR, sur des données d'une enquête menée par la DHOS en 2005 et, du côté HAD, sur une enquête *ad hoc* menée au printemps 2006 par l'IRDES auprès des nouvelles structures d'HAD pour recueillir leurs coûts d'investissement.

Limites

Nous tenons à souligner deux limites importantes résultant de nos choix méthodologiques et du niveau de détail dans les données disponibles qui permettront de mieux interpréter nos comparaisons de coûts.

Premièrement, malgré l'introduction de nombreux critères médicaux pour définir des catégories de patients homogènes, il peut subsister des différences de case-mix (donc de prise en charge) résiduelles entre les populations SSR et HAD, ce qui peut expliquer une partie de l'écart de coût observé. Rappelons notamment qu'en HAD, les coûts sont directement et exclusivement liés aux profils médicaux pris en charge, tandis qu'en SSR, ils dépendent davantage de la discipline d'équipement et de la technicité du lit occupé, et donc le profil médical des patients a une influence moins directe et seulement partielle.

Deuxièmement, il est important de préciser que nos comparaisons portent sur des coûts moyens journaliers et donc qu'elles ignorent les éventuelles différences de durées moyennes de séjour entre ces deux modes de prise en charge. Même si, tous malades pris en charge en SSR et en HAD confondus, cette différence semble faible aujourd'hui, il faudrait suivre l'évolution de cet écart dans un contexte de changement des modes de tarification et des pratiques médicales. Dans une perspective macroéconomique, fondée sur la prise en charge globale d'un patient, la durée moyenne de séjour a bien évidemment une forte incidence sur les coûts totaux.

Résultats

Notre étude suggère qu'en termes de cas pris en charge (voire de techniques de soins), près des deux tiers des journées réalisées en établissements de SSR en 2003 pourraient être effectuées en hospitalisation à domicile. L'HAD peut donc envisager des perspectives de développement importantes pour les soins de réhabilitation et d'accompagnement.

Tout en gardant à l'esprit les limites précisées ci-dessus, notre étude montre que pour la globalité des soins superposables entre ces deux secteurs, les coûts de fonctionnement moyens sont systématiquement plus faibles en HAD qu'en SSR. Cette différence est particulièrement forte chez les personnes âgées dépendantes.

Le coût de fonctionnement journalier est 1,6 fois plus élevé en SSR qu'en HAD sur l'ensemble de l'activité considérée comme superposable (263 € en SSR contre 169 € en HAD).

Selon le degré de dépendance, l'âge et la conjugaison de ces deux critères, le ratio de coût SSR/HAD varie le plus souvent entre 1,4 à 1,8. Il culmine toutefois à 2,7 et 3,4 respectivement pour les enfants de dépendance très faible (score AVQ = 6) et faible (score AVQ entre 7 et 12).

Les six profils médicaux de base retenus pour différencier les patients pris en charge sont : les soins de rééducation-réadaptation-réinsertion, les soins de suite, les soins post-chirurgicaux, les soins palliatifs, la nutrition artificielle, et l'assistance respiratoire. Ils concentrent la quasi-totalité de l'activité de soins superposable entre SSR et HAD.

Quel que soit le profil médical observé, le ratio SSR/HAD reste supérieur à 1, variant de 1,4 pour les soins de suite et les soins palliatifs, à 1,9 pour les soins de rééducation-réadaptation-réinsertion et la nutrition artificielle, en passant par 1,7 pour l'assistance respiratoire et 1,8 pour les soins post-chirurgicaux.

Conclusion

L'HAD représente donc une alternative intéressante en termes économiques pour répondre aux besoins imminents de la population vieillissante. Toutefois, l'orientation d'un patient dans le système de soins et le choix du mode d'hospitalisation adéquat entre SSR et HAD ne peuvent pas se faire uniquement à partir d'arguments économiques et techniques (ici favorables à l'HAD). Le choix du mode d'hospitalisation doit prendre en compte l'environnement socio-familial du patient, sa capacité à assumer directement l'aide à la personne si nécessaire et, surtout, respecter les souhaits du patient lui-même et de son entourage. Et ceci, au cas par cas, même si l'intérêt humain de l'HAD est globalement largement reconnu par les enquêtes de satisfaction. Pour les personnes âgées en particulier, la nécessité d'un entourage aidant peut limiter la possibilité de les diriger vers l'HAD.

Enfin, la planification de l'offre de soins et les créations alternatives de places de SSR et/ou d'HAD doivent se décider localement en termes de complémentarité plutôt qu'en termes de substitution. Ces arbitrages doivent s'opérer en tenant compte des capacités d'offre préexistantes et de l'évolution de la démographie médicale et paramédicale.

Sommaire

Sommaire

Synthèse de l'étude	5
Introduction	15
Partie 1	
Matériels et méthodes	19
1. Bases de données disponibles	23
1.1 Données d'activité en HAD.....	25
1.1.1 Présentation de l'ENHAD 2000.....	25
1.1.2 Échantillon de données retenu.....	25
1.2 Données d'activité en SSR.....	26
1.2.1 Présentation du PMSI SSR 2003.....	26
1.2.2 Échantillon de données retenu.....	27
2. Construction de catégories homogènes de patients comparables entre HAD et SSR	29
2.1 Définition du champ d'activité superposable SSR/HAD.....	31
2.1.1 Sélection de l'activité HAD réalisable (ou envisageable) en SSR.....	31
2.1.2 Sélection de l'activité SSR réalisable (ou envisageable) en HAD.....	36
2.2 Construction de catégories homogènes selon le niveau de dépendance et l'âge.....	38
2.2.1 Mesure de la dépendance en HAD.....	38
2.2.1.1 La grille de dépendance des AVQ.....	38
2.2.1.2 Les dimensions de la dépendance dans l'enquête ENHAD 2000.....	40
2.2.1.3 Transcodage de la dépendance relevée dans l'ENHAD 2000 vers la grille des AVQ.....	40
2.2.2 Les profils d'âge et de dépendance retenus.....	42
2.3 Construction de catégories homogènes selon le profil médical.....	43
2.3.1 Nécessité de définir des profils médicaux fins superposables.....	44
2.3.2 Principes de sélection de ces profils médicaux fins superposables.....	44
2.3.3 Méthode de sélection de ces profils médicaux fins superposables.....	45
2.3.3.1 Le profil médical de base (PMB).....	45
2.3.3.2 L'étiologie.....	50
2.3.3.3 Le niveau de dépendance et l'âge.....	50

3. Estimation des coûts moyens de fonctionnement en routine	53
3.1 Méthodes d'estimation des coûts de fonctionnement en routine	55
3.1.1 Options méthodologiques générales.....	55
3.1.2 Calcul du coût moyen journalier en SSR	55
3.1.2.1 L'ajout du coût de structure dans le coût d'échelle du GHJ	57
3.1.2.2 Actualisation des coûts d'échelle à l'année 2005.....	59
3.1.2.3 Le calcul des coûts journaliers par catégorie d'âge et de dépendance	59
3.1.3 Calcul du coût moyen journalier en HAD	59
3.1.3.1 Le mode de fixation des tarifs par GHPC en HAD	60
3.1.3.2 L'utilisation des tarifs d'HAD 2006 pour le calcul des coûts moyens de fonctionnement par catégorie d'âge et de dépendance	60
3.2 Les conséquences de nos choix méthodologiques	61
4. Estimation des coûts de création	63
4.1 Coût de création des places en HAD et de montée en charge de l'activité : enquête CCHAD 2006 de l'IRDES	65
4.1.1 Construction du questionnaire	65
4.1.2 Description des structures répondantes	66
4.1.3 Le traitement de la non-réponse et les extrapolations nécessaires	69
4.2 Coût de création des lits en SSR : étude DHOS 2005.....	72
Partie 2	
Résultats	75
1. Comparaison des coûts de fonctionnement en SSR et en HAD.....	77
1.1 Coûts moyens de fonctionnement par classe de dépendance	79
1.2 Coûts moyens de fonctionnement par classe d'âge	79
1.3 Coûts moyens de fonctionnement par classe d'âge et de dépendance	79
1.4 Les coûts moyens de fonctionnement par profil médical de base	81
1.4.1 Les coûts moyens de fonctionnement par profil médical de base en population générale	82
1.4.2 Les coûts moyens de fonctionnement par profil médical pour les personnes âgées.....	84

1.5 Les coûts moyens de fonctionnement par profil médical fin	85
1.5.1 Coûts d'activité du profil« Rééducation-Réadaptation-Réinsertion » affiné	85
1.5.2 Coûts d'activité du profil« Soins de suite » affiné.....	88
1.5.3 Coûts d'activité du profil« Soins post-chirurgicaux » affiné.....	90
1.5.4 Coûts d'activité du profil« Soins palliatifs » affiné	92
1.5.5 Coûts d'activité du profil« Nutrition artificielle » affiné.....	93
1.5.6 Coûts d'activité du profil« Assistance respiratoire » affiné	95
2. Coût de création d'une place en HAD	97
2.1 Coût moyen d'investissement par place d'HAD installée	99
2.2 Coût total moyen de montée en charge.....	101
3. Coût de création d'un lit en SSR.....	103
Partie 3	
Discussion	107
Bibliographie.....	113
Liste des tableaux, figures et encadrés	117
Annexes.....	123
Annexe 1	
Offre et demande en hospitalisation à domicile.....	125
Annexe 2	
Offre et demande en soins de suite et de réadaptation.....	137
Liste des tableaux, figures et encadrés annexes	163

Introduction

Introduction

Face au vieillissement de la population française et à l'augmentation du nombre de personnes âgées polypathologiques et dépendantes qui en découle (notamment d'ici 2020), il existe une demande croissante en soins hospitaliers, tant de courte durée que de plus long terme, en particulier en soins de réhabilitation et d'accompagnement. Il est donc nécessaire de planifier les ressources hospitalières en conséquence, en assurant une offre adéquate et accessible dans les années à venir. Initialement pensée comme un substitut aux soins de court séjour, l'hospitalisation à domicile (HAD) offre également une alternative à l'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation (SSR).

Dans ce contexte, cette étude propose une analyse comparative des coûts d'hospitalisation à domicile et dans un établissement de soins de suite et de réadaptation, pour des soins comparables et en tenant compte des différentes situations cliniques possibles, touchant les personnes prises en charge aujourd'hui dans de tels établissements ou susceptibles de l'être demain¹.

Les soins de suite et de réadaptation couvrent le traitement ou la surveillance médicale des malades requérant des soins continus et relativement longs. Ces soins ont pour objectif final la réinsertion des malades, prioritairement à domicile ou parfois dans une institution sociale ou médico-sociale.

L'hospitalisation à domicile a pour vocation, quant à elle, la prise en charge à domicile de malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé. Selon sa définition officielle, l'HAD assure une prise en charge globale et coordonnée du patient à domicile en lui offrant l'opportunité de vivre dans son environnement familial. De vocation généraliste, elle a pour objectif d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation en service de soins aigus ou de soins de suite et réadaptation, lorsque la prise en charge à domicile est possible. L'intérêt humain de l'HAD est largement mis en avant dans les enquêtes de satisfaction², mais jusqu'à ce jour très peu d'information est

disponible sur le coût relatif de l'HAD par rapport aux autres modes d'hospitalisation.

Les établissements de SSR constituent un pan important du secteur hospitalier français avec 91 000 lits fonctionnant en hospitalisation complète et 4 900 places dédiées à des soins limités à la journée. En 2003, l'activité de SSR représentait près de 20% de l'activité hospitalière en France (plus de 28 millions de journées d'hospitalisation). Le secteur privé lucratif rassemble un quart des lits et places.

Une réorganisation de l'offre de soins en SSR est en cours, afin de l'adapter aux besoins croissant liés au vieillissement de la population, au développement des maladies chroniques et du handicap, et à l'abaissement progressif des durées de séjour en services de court séjour.

D'autre part, l'offre en HAD se développe rapidement depuis plusieurs années, grâce à un assouplissement des conditions réglementaires d'ouverture des structures d'HAD et à la levée des freins tarifaires. Le secteur privé non lucratif y est largement prédominant. La capacité totale en places d'HAD a presque doublé en cinq ans : on compte à la fin de l'année 2006 près de 7 500 places autorisées et plus de 6 200 places effectivement installées, réparties dans 160 structures en France métropolitaine.

Malgré cet essor, il existe toujours un potentiel important de développement pour l'HAD ; le gouvernement a pour objectif d'atteindre 15 000 places à l'horizon 2010, soit 7 500 places restant à déployer d'ici quatre ans.

Puisqu'il existe des réelles possibilités de substitution et de complémentarité entre ces deux modes d'hospitalisation pour les soins de réhabilitation, il est important de prévoir les infrastructures d'accueil des patients potentiels en raisonnant en termes d'investissement hospitalier et de coûts de fonctionnement en routine induits par l'occupation des lits et places nouvellement créés. À cet égard, il est impératif d'établir et de comparer les coûts relatifs de l'HAD et du secteur SSR, dans une perspective de planification économique des besoins futurs.

Notre étude confronte donc les coûts engendrés par des soins réalisés dans les établissements de SSR et en HAD en circonscrivant un champ d'activité commun à ces deux modes d'hospitalisation. En effet, une comparaison fiable des coûts des soins médicaux n'a de sens que pour les patients qui peuvent être pris en charge indifférem-

1 Cette étude a bénéficié d'un financement de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) du ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées.

2 Com-Ruelle L., Raffy N. (1994), « Les patients hospitalisés à domicile en 1992 ». CREDES n° 1007, 233 pages. Cf. Aligon A., Com-Ruelle L., Raffy-Pihan N. (2000/03), « L'hospitalisation à domicile : un patient à satisfaire ? », Informations hospitalières, n° 52, pp. 16-21, CREDES n°1298.

ment dans un établissement et à domicile. Il est donc primordial de restreindre l'activité considérée aux soins techniquement réalisables dans ces deux types de structures hospitalières. Pour cela, nous mettrons en regard les variables médicales (protocoles de soins, maladies causales, dépendance et âge) et cliniques disponibles dans les bases de données d'activité hospitalière en SSR et en HAD. Cela nous permet également de définir des profils médicaux et des niveaux d'âge et de dépendance homogènes et comparables, ce qui est indispensable pour mener à bien la comparaison des coûts entre ces deux modes de prise en charge.

La comparaison porte aussi bien sur les coûts de fonctionnement lors de la première année d'activité que les coûts d'activité en routine. Notre analyse intègre également, pour l'HAD, les coûts de création de nouvelles places grâce à une enquête auprès des nouvelles structures d'HAD pour recueillir leurs coûts d'investissements.

La première partie de ce rapport est consacrée à la présentation de la démarche suivie pour mener l'analyse des coûts. Suite à la description détaillée des bases de données exploitées dans un premier chapitre, nous présentons la méthodologie adoptée pour définir un champ d'activité superposable entre les deux modes de prise

en charge et pour construire des catégories homogènes de patients (chapitre 2). Les méthodes d'estimation des coûts moyens de fonctionnement et des coûts de création sont détaillés dans les chapitres 3 et 4 respectivement.

La seconde partie du rapport présente les résultats de comparaison de coûts en termes de montants et d'écart entre les établissements de SSR et l'HAD³. Nous distinguons les coûts de fonctionnement en routine des coûts de création dans la présentation. En conclusion, nous proposons un résumé synthétique des résultats et les éléments nécessaires à leur compréhension et leur interprétation.

Par ailleurs, pour aider à la compréhension du contexte de cette étude, l'annexe de ce rapport présente l'état des lieux de l'offre et de la demande.

Enfin, l'ensemble des tableaux détaillés cités en annexe de ce rapport figurent dans un rapport complémentaire (Rapport IRDES n°1689 bis – Annexes).

3 Cf. Aligon A., Com-Ruelle L., Renaud T., avec la collaboration de Lebrun E. (2003/06) ; Evaluation du coût de la prise en charge globale en hospitalisation à domicile. Rapport IRDES n° 1484, 2003/06, 268 pages.

Partie 1

Matériels et méthodes

Matériels et méthodes

Nous calculerons séparément le coût de fonctionnement en routine et le coût de création en HAD et en établissement de SSR.

En premier lieu, sont calculés les coûts de fonctionnement en routine dans ces deux types de structures hospitalières pour des besoins comparables : toute nouvelle place d'HAD ou tout lit de SSR créé entraînera à terme des différences de coût de fonctionnement en routine.

Ces coûts de fonctionnement dépendent de l'occupation des lits ou places et sont directement liés aux profils médicaux des patients qui les occuperont et donc à leurs besoins de soins. Le calcul d'un coût moyen de fonctionnement en routine qui soit comparable pour les deux modes de prise en charge nécessite donc au préalable la définition d'un champ d'activité comparable ou, du moins, superposable, c'est-à-dire définir l'ensemble des soins techniquement réalisables dans ces deux types de structures hospitalières.

Mais, quels que soient l'ampleur et le sens de l'écart de coûts, il est également important de mesurer l'investissement réalisé en amont pour offrir des places en HAD et SSR. En effet, ce coût d'investissement, réalisé en prévision de l'accueil d'un patient, résulte essentiellement des conditions en matériel et en personnel nécessaires pour recevoir les malades.

C'est pourquoi nous analyserons, dans un second temps, les coûts générés par la création d'une place d'HAD ou d'un lit de SSR (créé *ex nihilo* ou résultat d'une conversion d'un ancien lit). Dans

cette estimation le profil médical importe peu : le coût de création de lits et de places encore inoccupé(e)s dépend peu des profils des patients qui les occuperont.

Nous avons élaboré une enquête spécifique nommée CCHAD 2006 (l'enquête Coûts de création en HAD) pour estimer les coûts de création de places en HAD ainsi qu'un suivi de la montée en charge de l'activité des structures. Par contre, en SSR, seules des dépenses de fonctionnement de lits nouvellement créés ou convertis sont évaluables à partir d'une enquête menée par la DHOS en 2005.

Dans cette première partie consacrée au matériel et à la méthode, nous décrivons dans la section 1 les deux bases de données d'activité exploitées dans notre étude : l'ENHAD 2000 (l'Enquête nationale sur l'hospitalisation à domicile), et le PMSI SSR 2003 (Programme de médicalisation des systèmes d'information en soins de suite ou de réadaptation).

Ensuite, nous détaillons la méthode de construction de catégories homogènes et comparables de patients entre HAD et SSR, avec comme intermédiaire important la définition d'un champ d'activité superposable pour ces deux modes d'hospitalisation (section 2).

Enfin, nous présentons la méthodologie suivie pour estimer les coûts moyens de fonctionnement en routine de part et d'autre (section 3) et la méthode d'estimation des coûts de création (section 4).

1. Bases de données disponibles

1. Bases de données disponibles

Afin d'identifier les séjours de SSR réalisables en HAD et les soins d'HAD concernant la réhabilitation et les soins d'accompagnement, nous avons exploité deux bases de données décrivant l'activité en HAD et en SSR : l'ENHAD 2000 (l'Enquête nationale sur l'hospitalisation à domicile), et le PMSI SSR 2003 (Programme de médicalisation des systèmes d'information en soins de suite ou de réadaptation).

1.1 Données d'activité en HAD

1.1.1 Présentation de l'ENHAD 2000

À défaut de disposer d'une base de données récente et exhaustive décrivant l'activité en HAD, tel que nous le permettra bientôt le PMSI HAD⁴, nous avons utilisé l'unique source de donnée disponible jusqu'alors : l'Enquête nationale sur l'hospitalisation à domicile (ENHAD 2000), réalisée par l'IRDES entre septembre 1999 et janvier 2000.

Cette enquête réalisée suite à la demande de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) auprès d'un large échantillon de structures d'HAD, a servi à l'élaboration du modèle de tarification à l'activité T2A HAD actuellement en vigueur⁵.

L'enquête ENHAD 2000, a été menée auprès de 29 structures d'HAD volontaires (sur 62 existantes à l'époque) entre septembre 1999 et janvier 2000, recouvrant 81 % des places existantes (3 228 sur 4 000 places installées en 2000).

Cette enquête avait pour objectif d'évaluer le coût journalier de prise en charge globale des patients en HAD au regard des protocoles de soins. Dans cette perspective, elle fournit donc d'une part

les données les plus détaillées disponibles pour décrire les caractéristiques des HAD (implantation géographique, taille et statut, activité, montant et composition du prix de journée, etc.) et d'autre part les caractéristiques sociodémographiques, l'état de santé et les soins prodigués aux malades pris en charge.

Outre la morbidité, est recensé également pour les patients l'ensemble des dépenses de soins individualisables délivrées par les structures et attachées à l'enveloppe hospitalière. L'Assurance maladie a complété les informations pour une part de ces patients enquêtés par les prestations médicales fournies en sus du prix de journée HAD et donc remboursées au malade sur l'enveloppe ambulatoire.

L'échantillon de l'enquête ENHAD 2000 comprend au final 1 860 patients provenant en réalité de deux échantillons distincts afin de refléter la diversité des séjours :

- l'échantillon principal qui comprend 1 470 patients admis au cours d'un mois d'observation et qui sont suivis jusqu'à concurrence de 3 mois (parmi eux 11 % n'ont pas terminé leur séjour à l'issue de ces 3 mois) ;
- un échantillon de 390 patients présents en HAD depuis plus de 3 mois (sélectionnés sur ce critère) et dont les soins et les coûts médicaux sont recueillis uniquement pendant une semaine.

Ces deux sous-échantillons diffèrent largement dans leur finalité et dans le type de profils cliniques rencontrés : c'est pourquoi il est impératif de conserver les deux dans l'analyse, car sinon nous nous priverions de tous les patients restant au long cours en HAD. La longueur du séjour est en effet déterminée par le motif de prise en charge mais également par l'évolution de la maladie.

1.1.2 Échantillon de données retenu

De l'échantillon médical de cette enquête, initialement constitué de 1 860 patients, nous excluons 16 patients pour lesquels nous ne pouvons pas disposer de la durée de séjour : durées négatives (en raison d'erreurs de saisie) ou dates de début et de fin de séjour non renseignées.

4 Programme de médicalisation des systèmes d'information relatif à l'hospitalisation à domicile.

5 Aligon A., Com-Ruelle L., Renaud T. (2003), Evaluation du coût de la prise en charge globale en hospitalisation à domicile. Rapport IRDES n° 1484, 268 p.

Aligon A., Com-Ruelle L., Renaud T., Lebrun E. (2003), Le coût de prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD). Questions d'économie de la santé IRDES n° 67, 6 p.

Com-Ruelle L., Dourgnon P., Perronnin M., Renaud T. (2003), Construction d'un modèle de tarification à l'activité de l'hospitalisation à domicile. Questions d'économie de la santé IRDES n° 69, 6p.

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 IRDES n° 77, 6 p.

La description de l'activité en HAD et les analyses présentées par la suite sur ce champ, porte ainsi sur 1 844 patients qui totalisent 131 079 journées d'hospitalisation telles qu'elles peuvent être mesurées dans l'enquête⁶.

1.2 Données d'activité en SSR

La description de l'activité de soins de suite et de réadaptation repose sur l'exploitation de la base nationale des Résumés Hebdomadaires Anonymisés (RHA) du PMSI SSR la plus récente (au jour de l'étude il s'agissait de la base 2003), et celles des Résumés Semestriels Anonymisés (SSRHA).

1.2.1 Présentation du PMSI SSR 2003

La base nationale PMSI SSR 2003 fournit un relevé exhaustif de l'activité médicale réalisée durant l'année 2003 dans les établissements de santé publics et privés ayant une activité autorisée en soins de suite et de réadaptation.

L'activité visée concerne les groupes de disciplines sanitaires suivants : maladies à évolution prolongée, convalescence, repos et régime, rééducation fonctionnelle et réadaptation, lutte contre la tuberculose et les maladies respiratoires, cures thermales, cures médicales, cures médicales pour enfants, postcures pour alcooliques.

L'objet de ce recueil de données et de son traitement statistique est double :

- d'une part, permettre une description quantifiée de l'activité des établissements en termes médicaux ;
- d'autre part, au moyen d'un algorithme s'appuyant sur les informations cliniques contenues dans le recueil, regrouper les séjours hospitaliers en ensembles définis et homogènes, ceux-ci pouvant fonder en partie le financement des établissements.

Le recueil concerne tout séjour d'hospitalisation, qu'il s'agisse d'hospitalisation complète ou partielle, d'établissements de santé publics comme privés. Le cadre et les normes de ce recueil sont définis de façon réglementaire. Pour les

établissements publics et privés participant au service public hospitalier, le recueil a été institué à compter du 1er juillet 1998, et à compter du 1er juillet 2003 pour les autres établissements de santé privés.

Les deux spécificités du recueil PMSI SSR sont les suivantes :

- Les résumés sont constitués par semaine calendaire, soit du lundi au dimanche. Ainsi un séjour hospitalier en SSR est couvert par un ou plusieurs résumés hebdomadaires standardisés (RHS). Dans ces résumés, les jours de présence effective des malades sont indiqués pour chaque jour de la semaine. On obtient par anonymisation du RHS le Résumé Hebdomadaire Anonymisé (RHA).
- Trois catégories de soignants concourent au recueil : les médecins (diagnostics et actes médicaux), les infirmières et aides-soignantes (scores de dépendance), les kinésithérapeutes (temps de rééducation).

Les données recueillies au travers des résumés hebdomadaires sont d'ordre médical (diagnostics, actes, dépendance du patient et temps paramédical dans différentes activités de rééducation) et d'ordre démographique et environnemental (âge, sexe, provenance, mode de sortie, antériorité chirurgicale, etc.).

Le codage des pathologies utilise la classification internationale des maladies, 10ème révision (CIM-10), celui des actes médicaux le catalogue des actes médicaux (CdAM) ou la classification commune des actes médicaux (CCAM); les activités de rééducation et de réadaptation sont décrites dans le catalogue des activités de réadaptation-rééducation (CdARR)⁷.

Le recueil PMSI SSR est donc axé sur une démarche clinique qui appréhende la prise en charge du patient dans son ensemble, et s'attache ainsi à décrire le profil du patient, l'affection dont il est atteint et son retentissement ainsi que les morbidités pouvant influencer sur son état de santé et sur la lourdeur de sa prise en charge. Il permet également de relever la dépendance et les actes médicaux réalisés auprès du patient.

Une classification du PMSI SSR a été instaurée par la suite pour répondre à un objectif de description médico-économique. Ainsi, 14 catégories

⁶ Le nombre de journées d'hospitalisation en HAD recensées dans l'ENHAD ne correspond pas strictement aux séjours d'HAD car 11 % des patients admis en HAD et suivis durant 3 mois n'ont pas encore achevé leur séjour à l'issue de la période d'observation : leur durée réelle d'hospitalisation ne peut donc pas être connue. À titre d'approximation, nous leur affectons une durée de 3 mois.

⁷ Le détail des informations contenues dans les RHS est présenté dans le manuel de production des résumés hebdomadaires standardisés publié au bulletin officiel du ministère de la Santé 97/5bis et complété par la circulaire 105 du 22/2/2001.

majeures cliniques (CMC) ont été créées à dire d'experts pour couvrir l'ensemble de l'activité en SSR. Le libellé de ces CMC met en évidence l'orientation de la prise en charge (poursuite de soins médicaux et rééducation, procédure de placement, soins palliatifs, etc.) et la pathologie ayant précédé et motivé la prise en charge (cardio-vasculaire, neuro-musculaire, etc.). Ces CMC sont segmentées en 278 groupes homogènes de journées (GHJ) - présentant une homogénéité médicale et économique - à partir de critères définis et avec l'objectif de discriminer au mieux les RHS en fonction de la consommation de ressources.

L'algorithme de regroupement se basant sur cette classification est appliqué à chaque RHS indépendamment des autres RHS constituant un même séjour hospitalier. Il s'appuie sur les informations suivantes : les codes de diagnostic, notamment la finalité de prise en charge et la manifestation morbide principale et les diagnostics associés et actes médicaux dans la mesure où ils appartiennent à la liste dite des « prises en charge cliniques lourdes » (PCL) ou « très lourdes » (PCTL), le score de dépendance

physique, les temps de rééducation hebdomadaire ainsi que l'âge.

1.2.2 Échantillon de données retenu

Nous distinguons lors de l'analyse les établissements publics et PSPH (établissements publics et privés sous dotation globale) des établissements privés sous objectif quantifié national (OQN).

En effet, l'horizon temporel n'est pas le même pour ces deux types d'établissement : les données des établissements publics et privés sous dotation globale (DG) concernent les deux semestres de l'année 2003 tandis que pour les établissements privés sous OQN nous ne disposons que des données du second semestre (puisqu'ils participent au PMSI en SSR que depuis juillet 2003).

Par ailleurs, nous nous intéressons uniquement aux établissements de santé situés en France métropolitaine.

Le Tableau 1 décrit notre échantillon de travail après traitement des données manquantes ou erronées.

Tableau 1
Descriptif de l'activité de SSR de l'année 2003 utilisée dans notre étude

Statut juridique	Journées	RHA (semaines patients)	SSRHA (séjours)
Public et privé sous DG	19 038 526	3 443 723	713 033
Privé sous OQN	2 203 867	387 661	102 250
Total	21 242 393	3 831 384	815 283

Source : PMSI SSR 2003 - Exploitation IRDES

2. Construction de catégories homogènes de patients comparables entre HAD et SSR

2. Construction de catégories homogènes de patients comparables entre HAD et SSR

Une comparaison fiable des coûts moyens de fonctionnement en routine de ces deux modes de prise en charge n'a de sens que pour les patients qui peuvent être pris en charge indifféremment en SSR et en HAD et, ce, sans perte de chance. Il est donc primordial de définir un champ d'activité comparable ou superposable, c'est-à-dire un ensemble de soins techniquement réalisables dans ces deux types de structures hospitalières.

La première étape de ce travail consiste donc à circonscrire l'activité actuellement réalisée en SSR qui est transposable en HAD et inversement, cela à partir des variables existantes dans les bases de données mobilisées. Nous verrons que cette sélection du champ d'activité commun est réalisée en ne tenant pas compte de la même unité de part et d'autre : du côté HAD la sélection est réalisée au niveau des séjours entiers tandis qu'en SSR elle est réalisée à partir des RHA. Ainsi, la sélection du champ d'activité superposable côté SSR n'est pas constituée de séjours dans leur intégralité, mais de relevés hebdomadaires de séjours car ce sont ces RHA qui présentent le niveau d'information clinique le plus détaillé et qui fondent le classement en GHJ.

Ensuite, afin de minimiser l'hétérogénéité des diverses situations cliniques rencontrées de part et d'autre et pour améliorer la comparaison entre ces deux champs, nous construisons progressivement à l'intérieur de ce champ global des catégories plus fines afin d'obtenir des groupes de patients plus homogènes. Nous tenons compte dans un premier temps de l'âge et du niveau de dépendance des patients, puis dans un second temps, des données cliniques à notre disposition.

Les catégories ainsi constituées représentent la base de comparaison des coûts de prise en charge entre SSR et HAD.

2.1 Définition du champ d'activité superposable SSR/HAD

Le champ d'activité superposable SSR/HAD est défini par expertise médicale à partir des informations cliniques et de prise en charge disponibles dans les deux bases de données utilisées (l'ENHAD 2000 et la base nationale RHA 2003 du PMSI SSR des établissements publics et PSPH). Pour cela, nous avons passé en revue l'ensemble des patients et leurs soins prodigués en SSR et en HAD.

Le principe général est de considérer les soins qui sont réalisés en SSR et de déterminer :

- non seulement les soins comparables qui sont actuellement réalisés en HAD,
- mais aussi les soins prodigués en SSR qui pourraient être réalisés en HAD (compte tenu des potentialités offertes par l'HAD et de la marge de développement d'activité qui y existe).

Et inversement, du côté HAD nous excluons du champ superposable les soins représentant un substitut au court séjour (MCO) pour ne garder que les soins traditionnellement réalisés en SSR (maladies chroniques, rééducation et réadaptation fonctionnelle, etc.) ou qui pourraient l'être même si ce n'est pas la vocation du SSR.

Les critères de sélection sont précisés ci-après.

2.1.1 Sélection de l'activité HAD réalisable (ou envisageable) en SSR

Le principe est de retenir l'activité HAD qui serait réalisable en SSR, qu'il s'agisse ou non de la vocation du SSR. Il s'agit donc de sélectionner les soins pour lesquels l'HAD se pose en substitut du SSR plutôt qu'en substitut du court séjour.

Pour cela, nous menons une expertise à partir des informations cliniques relevées dans l'enquête ENHAD. Le choix d'inclure ou d'exclure les soins du champ superposable au SSR s'appuie essentiellement sur :

- la nature du protocole de soins principal (appelé aussi « mode de prise en charge » principal) délivré au patient (*cf. Encadré 1, page 35*),
- puis sur l'objectif de soins de l'hospitalisation.

Nous construisons un arbre de décision fondé principalement sur ces 2 indicateurs de morbidité, mais dans certains cas d'indécision nous mobilisons des caractéristiques cliniques plus détaillées comme le protocole de soins associé n° 1 et l'étiologie (c'est-à-dire la maladie ayant causé l'hospitalisation à domicile).

La sélection du champ HAD superposable se déroule en deux étapes.

Étape 1 : sélection fondée sur la nature du protocole de soins principal

Un séjour d'HAD est considéré comme relevant d'une activité superposable au SSR si le protocole de soins principal appartient à la liste ci-dessous (quelles que soient les autres caractéristiques cliniques du séjour) :

- éducation du patient
- soins palliatifs
- rééducation neurologique ou orthopédique.

A contrario, un séjour d'HAD est considéré comme hors du champ d'activité superposable au SSR si le protocole de soins principal appartient à la liste ci-dessous (quelles que soient les autres caractéristiques cliniques du séjour) :

- chimiothérapie,
- nutrition parentérale,
- surveillance de grossesse à risque,
- *post-partum*,
- prise en charge du nouveau-né.

En effet, ces 5 profils suggèrent fortement une prise en charge en substitution totale ou partielle (admission retardée ou plus souvent sortie anticipée) de court séjour.

Pour tous les autres protocoles de soins principaux réalisables en HAD, il nous est impossible de nous prononcer à coup sûr sur leur appartenance au champ d'activité superposable au SSR. Nous nous appuyons donc sur un second critère de décision : l'objectif de soins.

Étape 2 : sélection fondée sur l'objectif de soins de l'hospitalisation

Dans tous les cas où le protocole de soins principal du séjour ne correspond à aucun de ceux traités à l'étape précédente⁸, la sélection des séjours d'HAD est fondée en priorité sur l'objectif de soins. Toutefois, certaines situations difficiles à trancher requièrent de raisonner au cas par cas : nous fondons alors notre décision sur l'analyse simultanée du protocole de soins principal, du protocole de soins associé n°1 et de l'objectif de soins.

a) Le séjour d'HAD est inclus dans le champ superposable au SSR si l'objectif de soins du séjour est l'un des suivants :

- soins continus,
- soins de phase terminale,
- réadaptation au domicile,
- reprise d'autonomie des parents.

Tous ces objectifs de soins reflètent une prise en charge de moyen ou plus long terme, vocation même du SSR.

Cette règle connaît cependant plusieurs exceptions (détaillées dans le Tableau 2 ci-contre) car combinant des protocoles de soins principaux et associés suggérant fortement un substitut total ou partiel de court séjour. Ces exceptions représentent 4 % des séjours non retenus.

⁸ Les protocoles de soins principaux concernés par l'étape 2 sont : assistance respiratoire, traitement intraveineux, traitement de la douleur, nutrition entérale, pansements complexes, surveillance post-chimiothérapie, transfusion sanguine, post-traitement chirurgical, soins de nursing lourds, autres prises en charge de tumeurs malignes, autres.

Tableau 2
Exceptions à la règle d'inclusion : séjours dont l'objectif de soins est « soins continus », « soins de phase terminale », « réadaptation au domicile » ou « reprise d'autonomie des parents » et qui sont tout de même exclus du champ superposable au SSR

Objectifs de soins	Protocole de soins principal	Protocole de soins associé n°1
Soins continus	Assistance respiratoire	Assistance respiratoire
	Traitement intraveineux	Nutrition parentérale
	Douleur	Nutrition parentérale
	Nutrition entérale	Nutrition parentérale
	Nutrition entérale	Pansements complexes*
	Nutrition entérale	Post-traitement chirurgical
	Nutrition entérale	Tumeurs malignes : autres prises en charge
	Nutrition entérale	Autres
	Nutrition entérale	Pansements complexes
	Surveillance post-chimiothérapie	Nutrition parentérale
Soins de phase terminale	Traitement intraveineux	Rééducation neuro-orthopédique
Réadaptation au domicile	Assistance respiratoire	Assistance respiratoire
	Traitement intraveineux	Nutrition parentérale
	Douleur	Nutrition parentérale
	Post-traitement chirurgical	<i>Post-partum</i>
Reprise d'autonomie des parents	Assistance respiratoire	Assistance respiratoire
	Nutrition entérale	Traitement intraveineux

* Ne sont exclus que les séjours où la nature du protocole de soins associé n°1 « Pansements complexes » correspond à une surveillance de gastrostomie.

S'il paraît naturel de considérer les soins d'HAD relevant de réadaptation au domicile ou de soins continus comme réalisables en SSR, quelques cas de figure semblent plus discutables (cf. *Tableau 2*). En particulier, une prise en charge en soins continus axée sur une nutrition entérale associée à des pansements complexes (représentant 39% de ces exceptions) ou à un post-traitement chirurgical apparaît plutôt comme un substitut de court séjour. Il en va de même pour les cas où un objectif de soins de « réadaptation au domicile » est centré sur une assistance respiratoire, un traitement intraveineux associé à de la nutrition parentérale ou un post-traitement chirurgical associé à un *post-partum* (signifiant surveillance de césarienne).

L'inclusion des séjours de reprise d'autonomie des parents ou consacrés à des soins de phase terminale dans le champ superposable au SSR est peut-être plus discutable. Là encore, il existe certains cas où la nature du protocole de soins principal ou associé, ou même de l'étiologie, nous conduit plutôt à penser qu'il s'agit de soins de type « court séjour » davantage que de type SSR.

b) Le séjour d'HAD est exclu du champ superposable au SSR si l'objectif de soins est :

- soins ponctuels

Bien que ce choix paraisse relativement logique, il existe là aussi des exceptions à cette règle qui sont explicitées dans le *Tableau 3*; elles représentent 1% des séjours retenus.

Par exemple, nous trouvons des séjours qualifiés en « soins ponctuels » dont la prise en charge principale est l'assistance respiratoire seule ou associée à des soins de nursing lourds, ou de la nutrition entérale seule ou associée à une prise en charge de la douleur, ou encore une prise en charge de la douleur seule ou associée à de la rééducation neuro-orthopédique : ces séjours semblent relever davantage d'un moyen séjour que d'un court séjour.

Tableau 3
Exceptions à la règle d'exclusion : séjours dont l'objectif de soins est « soins ponctuels » et qui sont tout de même inclus dans le champ superposable au SSR

Objectifs de soins	Protocole de soins principal	Protocole de soins associé n°1
Soins ponctuels	Assistance respiratoire	-
	Assistance respiratoire	Soins de nursing lourds
	Douleur	-
	Douleur	Rééducation neuro-orthopédique
	Nutrition entérale	-
	Nutrition entérale	Douleur
	Pansements complexes	Assistance respiratoire

c) Cas particulier des séjours d'HAD dont l'objectif de soins est non renseigné :

Ces séjours font l'objet d'une analyse systématique de leur combinaison [protocole de soins principal, protocole de soins associé n°1] pour statuer sur leur comparabilité avec des soins de SSR réalisés en établissement. Après analyse, il s'avère qu'une majorité de ces séjours, correspondant plutôt à des soins de court séjour, peuvent être exclus du champ superposable (soit 1 % des séjours exclus). Seuls quelques cas particuliers pouvant être inclus dans le champ

superposable d'exclusion sont isolés, ressemblant aux cas précédemment évoqués et suggérant donc une substitution de moyen séjour (cf. Tableau 4).

Les différents cas cliniques présents au travers des séjours en HAD et inclus dans le champ superposable SSR/HAD sont listés au § 1 de l'annexe 3 dans le rapport complémentaire. Les cas cliniques que nous avons décidé d'exclure de ce champ superposable sont présentés au § 2 de l'annexe 3.

Tableau 4
Séjours dont l'objectif de soins est « non renseigné » à inclure dans le champ superposable au SSR

Objectifs de soins	Protocole de soins principal	Protocole de soins associé n°1
Non renseigné	Assistance respiratoire	Pansements complexes
	Nutrition entérale	Douleur
	Pansements complexes	Autres
	Soins de nursing lourds	Nutrition entérale
	Autres	-

Au final, nous retenons 1 069 patients de l'enquête ENHAD, soit 110 531 journées d'hospitalisation.

Ainsi, 58 % des patients et 84 % des journées d'HAD sont considérés comme relevant a priori d'un champ d'activité superposable aux soins de SSR.

Encadré 1

Indicateurs de morbidité utilisés pour la description de l'état de santé des patients

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). Ces indicateurs ont été construits à partir des informations recueillies auprès des patients dans l'enquête ENHAD 2000. Il s'agit en particulier des critères suivants : l'objectif de soins principal, les protocoles de soins et l'indicateur de dépendance.

L'objectif de soins principal est caractérisé par 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 appelés «modes de prise en charge» dans la circulaire du 30 mai

2000, sont les traitements prescrits ou appliqués au patient au cours du séjour en HAD : pansements complexes, soins de nursing lourds, soins palliatifs, nutrition entérale, rééducation neuro-orthopédique, traitement intraveineux, chimiothérapie, post-traitement chirurgical, assistance respiratoire, nutrition parentérale, éducation du patient et de son entourage, surveillance post-chimiothérapie, surveillance de grossesse à risque, autres prises en charge pour tumeurs malignes, prise en charge de la douleur, *post-partum*, prise en charge du nouveau-né, transfusion sanguine, autres.

À l'entrée en HAD, un seul motif est inscrit, en termes de traitement requis ou protocole de soins. À la sortie du patient, 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, auquel est rattaché ensuite d'éventuels protocoles de soins associés qui complètent le traitement du patient. Ces protocoles de soins associés peuvent générer une consommation de soins plus ou moins importante.

L'indicateur de dépendance est 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, et 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 (*cf. § 1 de l'annexe n° 2 dans le rapport complémentaire*).

2.1.2 Sélection de l'activité SSR réalisable (ou envisageable) en HAD

L'objectif est de définir les champs d'activité du SSR réalisables en HAD, qu'ils correspondent à la vocation de l'HAD ou non. Nous appliquons un raisonnement par exclusion, en considérant les trois critères suivants disponibles dans la base de données SSR :

- les actes médicaux classants,
- les diagnostics classants,
- les temps de rééducation-réadaptation.

En effet, la nature de ces actes et diagnostics ainsi que les types de rééducation-réadaptation, permettent de juger s'ils sont réalisables en HAD ou non, dans le cadre du domicile.

Ces trois critères interviennent par ailleurs dans l'algorithme de classification utilisé dans le PMSI SSR pour classer les périodes de séjour que sont les RHA en groupes homogènes de journées (GHJ) et en catégories majeures cliniques (CMC), tout en assurant une homogénéité à la fois clinique et économique. Cet algorithme s'appuie sur 4 critères de décision successifs :

1. l'âge des patients, constitue le premier critère ;
2. la segmentation entre les Prises en Charge Cliniques Lourdes (PCL) ou Très Lourdes (PCTL) ;
3. la différenciation des prises en charge de rééducation-réadaptation simples (PRR) et complexes (PRRC) ;
4. le score de dépendance physique.

Se reporter à l'Encadré 2 pour tous les détails sur la classification en CMC et en GHJ.

L'âge n'est pas un critère clinique sur lequel nous pouvons nous baser pour déterminer le recouvrement avec l'HAD. Notre démarche va donc s'appuyer uniquement sur les critères 2 et 3 de cet algorithme de classement, à savoir le classement en PCL ou PCTL, puis le classement en PRR ou en PRRC, qui correspondent à des situations cliniques plus ou moins consommatrices de ressources.

Le classement en PCL ou PCTL

En SSR, il existe une liste fermée d'actes médicaux classants, distinguant ceux relevant

d'une PCTL (liste n°1) de ceux relevant d'une PCL (liste n°2). Ce principe de liste fermée est appliqué à l'identique aux diagnostics classants⁹.

Une expertise médicale¹⁰ va nous permettre de distinguer les actes et diagnostics classants réalisables ou irréalisables en HAD. Il existe, néanmoins, certains actes ou diagnostics pour lesquels il est impossible de se prononcer.

- ☛ Ces listes d'actes médicaux et diagnostics classants réalisables ou non en HAD sont présentées aux paragraphes 1, 2 et 3 de l'annexe n° 4 dans le rapport complémentaire.

Le classement en PRR ou PRRC

Nous nous basons sur la nature des activités de rééducation-réadaptation pour statuer dans un second temps sur l'opportunité d'exclure ou non les RHA du champ d'activité superposable à l'HAD.

Ainsi, le RHA sera exclu dès qu'il existe un temps d'intervention hebdomadaire non nul pour au moins l'une des trois activités suivantes :

- rééducation collective,
- balnéothérapie,
- bilans.

En effet, par définition, en HAD l'essentiel des soins est réalisé à domicile, on ne fait donc pas de rééducation collective réservée à des patients mobilisables. Les activités de balnéothérapie ne font pas partie des protocoles de soins admis en HAD et, de plus, elles aussi supposent un déplacement du patient vers le lieu d'implantation d'un équipement de type collectif. Quant aux bilans, il s'agit de phases diagnostiques alors que l'HAD se situe en aval, uniquement axée sur des projets thérapeutiques.

⁹ Cf. Guide méthodologique de production des résumés hebdomadaires standardisés du PMSI en SSR (BO n°97/5 bis) et liste des PCL/PCTL 2002 où sont présentés les actes codés selon la Classification Commune des Actes Médicaux (<http://www.atih.sante.fr/?id=0002C00005FF>)

¹⁰ Cette expertise médicale a conjugué les avis de santé publique spécialiste de l'HAD et d'un médecin coordonnateur de la structure de Santé Services de Puteaux (1 200 places d'HAD). Il y a consensus pour l'ensemble des actes inclus et la majeure partie des actes exclus (par exemple du fait d'un acte invasif non compatible avec le domicile). Seuls certains actes actuellement non pratiqués ont posé problème quant à la possibilité de leur réalisation en HAD : par exemple en cas d'actes théoriquement réalisables en HAD mais pour le moment non réalisés chez les patients ou nécessitant une surveillance étroite difficilement compatible avec le domicile.

Encadré 2

La segmentation en groupes homogènes de journées (GHJ) et catégories majeures cliniques (CMC) dans le PMSI SSR

Pour obtenir une classification des « semaines patient » qui soit homogène non seulement économiquement mais également du point de vue clinique, le processus de classement comprend deux étapes :

- dans un premier temps, des catégories majeures cliniques (CMC) ont été construites à dire d'experts afin de fournir à la classification une homogénéité clinique. Ces CMC sont exhaustives et exclusives et répondent toutes aux mêmes critères concernant l'orientation de la prise en charge et la localisation de la pathologie ayant précédé et motivé la prise en charge en SSR ;
- dans un second temps, par une analyse statistique et à dire d'experts, ces CMC ont été segmentées en groupes homogènes de journées (GHJ) homogènes du point de vue de la consommation des ressources et avec l'objectif d'affiner leur description clinique, tenant compte ainsi de l'hétérogénéité des secteurs d'activité des SSR.

Les quatre variables décrites ci-dessous présentent un pouvoir statistiquement discriminant sur la consommation des ressources. Elles ont été élaborées afin de maximiser la fiabilité de la classification, de prendre en compte le niveau de prise en charge clinique et de rééducation-réadaptation des patients, et d'affiner la lisibilité clinique de la classification. Elles constituent les étapes de l'arbre décisionnel segmentant les CMC en GHJ.

L'âge des patients : chaque CMC est systématiquement subdivisée en deux parties afin de distinguer les prises en charge des enfants-adolescents et celles des adultes (<16 ans ou ≥ 16 ans), à l'exception de la gériatrie aiguë qui identifie un second seuil au-delà de 80 ans.

Les groupes de prises en charge cliniques lourdes (PCL) ou très lourdes (PCTL) : le classement d'un RHA dans l'un de ces deux groupes se fonde sur la nature des actes médicaux ou des diagnostics associés à ce RHA. Certains de ces actes ou diagnostics

sont dits « classants » car ils ont un pouvoir discriminant sur la consommation des ressources. Ce sont ces actes ou diagnostics classants qui permettent de déterminer le classement d'un RHA, soit dans le groupe PCL soit dans le groupe PCTL. Un diagnostic est classant quelle que soit la variable de morbidité utilisée pour le décrire : la finalité principale de prise en charge, la manifestation morbide principale, l'affection étiologique ou un diagnostic associé.

Les prises en charge de rééducation-réadaptation simples (PRR) ou complexes (PRRC) : l'affectation à un groupe de prise en charge de rééducation-réadaptation simple ou complexe est basée sur deux critères : la diversité des activités et l'intensité de « temps intervenant » en rééducation-réadaptation. La rééducation-réadaptation est décrite à travers 12 « activités » pour lesquelles un temps total d'intervenant hebdomadaire est recueilli dans le RHA :

- Rééducation mécanique
- Rééducation nutritionnelle
- Rééducation-réinsertion
- Rééducation respiratoire et cardio-vasculaire
- Rééducation sensori-motrice
- Bilans
- Adaptation d'appareillage
- Physiothérapie
- Rééducation neuro-psychologique
- Rééducation sphinctérienne et urologique
- Rééducation collective
- Balnéothérapie

Le score de dépendance physique : il correspond à la somme des quatre dimensions de dépendance physique recueillies (habillement, alimentation, déplacement et continence). Chaque CMC est systématiquement déclinée en deux groupes de dépendance : score de dépendance physique ≤ 12 ; score de dépendance physique > 12).

L'exclusion des RHA qui ne sont pas superposables avec les soins délivrés (ou délivrables) en HAD est réalisée en 3 étapes.

Étape 1 : exclusion des RHA renseignant des actes médicaux ou des diagnostics classants non réalisables en HAD (ou sur lesquels il est impossible de se prononcer)

Un RHA peut compter jusqu'à 10 actes médicaux et 8 diagnostics (finalité principale de prise en charge, manifestation morbide principale, affection étiologique et 5 diagnostics associés significatifs).

Si parmi les actes médicaux et les diagnostics renseignés du RHA, au moins un est considéré comme non réalisable en HAD, le RHA est exclu du champ superposable (même si, par ailleurs, ce RHA présente également un acte ou un diagnostic considéré comme réalisable en HAD). Dans le cas où un RHA présente simultanément un acte (ou un diagnostic) réalisable en HAD et un acte (ou un diagnostic) non réalisable, c'est toujours le motif d'exclusion qui prime sur le motif d'inclusion : le RHA est alors exclu du champ superposable.

D'autre part, si un RHA présente un acte médical ou un diagnostic impossible à définir comme réalisable ou non réalisable, dans le doute, nous excluons également ce RHA sur champ superposable avec l'HAD.

Étape 2 : inclusion des RHA renseignant des actes médicaux ou des diagnostics réalisables en HAD

Les RHA restants (c'est-à-dire les RHA qui n'ont pas été exclus à l'étape 1) sont inclus dans le champ s'ils présentent au moins un acte médical ou un diagnostic classant qui soit considéré comme réalisable en HAD.

À l'issue de ces 2 étapes de sélection, fondées sur la nature des actes médicaux et des diagnostics, il reste encore des RHA pour lesquels nous ne pouvons pas statuer entre l'exclusion ou l'inclusion. Nous recourons alors au troisième critère de sélection : le temps de rééducation-réadaptation.

Étape 3 : exclusion des RHA à partir des temps de rééducation-réadaptation

Le RHA est exclu s'il existe un temps d'intervention hebdomadaire non nul renseigné pour au moins une des activités suivantes : rééducation collective, bilans et balnéothérapie.

Tous les RHA restants après cette troisième étape – y compris le reliquat de RHA qu'aucun critère clinique analysé ne permet d'exclure ou d'inclure à coup sûr – sont conservés dans le champ d'activité SSR superposable à l'HAD.

Au final, nous conservons 11 989 679 journées sur 18 865 290 dans la base nationale RHA publique de 2003.

Ainsi, 63% de l'activité de SSR du secteur public (en nombre de journées) est considérée comme a priori superposable à des soins réalisables en HAD.

2.2 Construction de catégories homogènes selon le niveau de dépendance et l'âge

L'échelle de dépendance (ou autonomie) des patients pris en charge en HAD, utilisée dans l'enquête ENHAD de l'IRDES, n'est pas directement superposable à la grille de dépendance des actions de la vie quotidienne (AVQ) utilisée dans le PMSI SSR (cf. *Annexe n°2 dans le rapport complémentaire*). Or, pour effectuer des comparaisons en termes de dépendance ou d'autonomie entre les patients pris en charge en HAD et les patients pris en charge en SSR, pour les champs d'activités recouvrables de ces deux services de soins, il est indispensable de se ramener à une mesure comparable de la dépendance dans les deux sources de données.

Un travail préalable de transcodage de la grille de dépendance des patients de l'ENHAD selon le système d'évaluation des AVQ était donc nécessaire. Nous nous aidons pour cela, de la méthodologie de la cotation de la dépendance selon la grille des AVQ présentée dans l'annexe I du « Guide méthodologique de production du recueil d'informations standardisé de l'hospitalisation à domicile¹¹ ».

2.2.1 Mesure de la dépendance en HAD

2.2.1.1 La grille de dépendance des AVQ

Cette grille constitue une des mesures de référence de la dépendance et de l'autonomie à l'heure

¹¹ Version applicable au 1er janvier 2006.

actuelle. Elle est utilisée dans le PMSI SSR et le sera également dans le PMSI HAD, dans une version très légèrement remaniée.

Le niveau de dépendance du patient y est évalué systématiquement par rapport à chacune des six variables suivantes :

- habillage et toilette,
- déplacements et locomotion,
- alimentation,
- continence,
- comportement,
- relation et communication

Chaque variable de dépendance recouvre une ou plusieurs actions de la vie quotidienne. Par exemple, la toilette inclut deux actions : la toilette du haut du corps et la toilette du bas du corps. Ces six dimensions regroupent au total 17 actions de la vie quotidienne distinctes.

Chaque variable de dépendance est cotée selon les quatre niveaux suivants :

1. Indépendance

- complète : le patient est totalement autonome;
- modifiée : le patient a besoin d'aides techniques qu'il maîtrise parfaitement;
- ou il a besoin d'un temps plus long mais acceptable;
- ou il le fait avec un risque acceptable.

2. Supervision ou arrangement

La présence d'une tierce personne est nécessaire pour réaliser l'action mais elle n'a aucun contact physique avec le patient (à l'exception de la mise en place ou ablation d'une orthèse ou d'une prothèse).

3. Assistance partielle

Une tierce personne et son contact physique avec le patient sont nécessaires pour réaliser partiellement au moins une action.

4. Assistance totale

Une tierce personne et son contact physique avec le patient sont nécessaires pour réaliser la totalité d'au moins une action.

Les principes de cotation utilisés sont les suivants :

- chaque action est cotée en fonction de ce que fait réellement le patient au cours de chaque semaine d'hospitalisation observée et non en fonction de ce qu'il pourrait éventuellement faire dans d'autres conditions matérielles et psychologiques;
- si, lors de la cotation d'une variable de dépendance, il apparaît que le patient n'effectue pas les différentes actions de façon homogène, la cotation de l'action retenue est celle pour laquelle se manifeste la plus grande dépendance;
- si, pour une action, il y a dilemme de cotation entre le niveau 3 (assistance partielle) et le niveau 4 (assistance totale), l'action est cotée 4.

Tableau 5
Mesure de la dépendance selon la grille des AVQ

Grille des AVQ	Actions de la vie quotidienne correspondantes
Habillage et toilette	L'habillage du haut du corps L'habillage du bas du corps La toilette du haut du corps La toilette du bas du corps
Déplacements et locomotion	Les transferts lit-chaise-fauteuil roulant Les transferts aux toilettes Les transferts à la baignoire ou à la douche La locomotion L'utilisation des escaliers
Alimentation	Utilisation des ustensiles réguliers pour porter les aliments à la bouche Mastication Déglutition
Continence*	Le contrôle de la miction Le contrôle de la défécation
Comportement	L'interaction sociale, définie comme la capacité à s'entendre et à participer avec les autres, à des situations sociales ou thérapeutiques, à assurer ses besoins propres en même temps que ceux des autres
Relation et communication	La compréhension d'une communication visuelle et auditive L'expression claire du langage verbal et non verbal

* L'item « continence » - évalué selon l'échelle de score de dépendance relationnelle - s'apparente plus aux items locomoteurs car, en termes de conséquences, il induit du temps de prise en charge bien mesurable pour les soins de nursing, tout comme la toilette.

2.2.1.2 Les dimensions de la dépendance dans l'enquête ENHAD 2000

Le recueil de la dépendance dans l'ENHAD 2000, et le score qui en découle, s'éloignent de la grille AVQ, bien qu'ils s'inspirent largement de principes communs. Dans cette enquête, la mesure de la dépendance est organisée autour de 14 dimensions de dépendance avec une cotation sur 5 niveaux.

Les 14 dimensions s'articulent autour d'un axe « locomoteur » et d'un axe « relationnel » :

- Dépendance locomotrice : s'habiller, faire sa toilette, sortir du lit, se déplacer, se rendre aux toilettes, monter ou descendre les escaliers, s'alimenter, continence.
- Dépendance relationnelle : comportement à type d'agression, comportement à type de dépression, vision, audition, expression, mémoire.

La cotation du score se fait sur 5 niveaux, avec toutefois des libellés différents pour les deux axes de la dépendance :

- Dépendance locomotrice : 1. Seul sans difficulté, 2. Seul difficilement, 3. Avec une aide légère ou occasionnelle, 4. Avec une aide permanente, 5. Prise en charge totale.
- Dépendance relationnelle : 1. Aucune difficulté, 2. Légères difficultés, 3. Graves difficultés, 4. Très graves difficultés, 5. Difficultés maximum.

2.2.1.3 Transcodage de la dépendance relevée dans l'ENHAD 2000 vers la grille des AVQ

Notre objectif est, désormais de construire une table de passage du recueil de la dépendance dans l'ENHAD vers la grille AVQ standard.

Nous devons pour cela, d'une part, mettre en correspondance les 14 dimensions de dépendance de l'enquête ENHAD avec les 6 variables de dépendance. Nous tiendrons compte pour cela de la traduction de ces variables AVQ en 17 actions concrètes de la vie quotidienne (cf. Tableau 5).

Tableau 6
Transcodage des 14 dimensions de dépendance de l'enquête ENHAD
selon la grille des AVQ

	Dimensions de la dépendance de l'enquête ENHAD	Grille des AVQ
Locomotrice	S'habiller	Habillage et toilette
	Faire sa toilette	
	Sortir du lit	Déplacements et locomotion
	Se déplacer	
	Se rendre aux toilettes	
	Monter ou descendre les escaliers	
S'alimenter	Alimentation	
Continence	Continence	
Relationnelle	Comportement à type d'agression	Comportement
	Comportement à type de dépression	
	Vision	Relation et communication
	Audition	
	Expression	
	Mémoire	

Une dimension de dépendance de la grille des AVQ est associée à une ou plusieurs dimensions de dépendance définies dans l'enquête ENHAD, et le score qui lui est rattaché est le score maximal de ces dimensions de dépendance associées (cf. *Tableau 6*).

Une fois cette correspondance posée, il s'agit, dans un second temps, de trouver les meilleures équivalences en termes de niveau ou de score de dépendance entre les 2 grilles, car la grille des AVQ cote sur 4 niveaux et la grille ENHAD cote sur 5 niveaux (plus un niveau « indéterminé »).

Les choix effectués pour déterminer la correspondance entre ces deux scores sont résumés dans le tableau ci-dessous. Cette correspondance est assez intuitive et repose sur la définition sous-jacente à ces niveaux de dépendance; la seule particularité est que nous ne regroupons pas les scores de la même façon pour la dépendance locomotrice et pour la dépendance relationnelle.

Nous pouvons ainsi obtenir une mesure globale de la dépendance qui soit similaire pour les soins d'HAD et de SSR. En effet, nous disposons maintenant de 6 dimensions distinctes de dépendance, qu'elle soit locomotrice ou relationnelle (habillage ou toilette, déplacements et locomotion, alimentation, continence, comportement, relation et communication) et chacune de ces dimensions est cotée selon un score variant de 1 à 4.

Ainsi en sommant les scores de chaque dimension, nous pouvons calculer un score global de dépendance variant de 6 à 24. Par la suite, nous le verrons, il s'avérera utile de distinguer un score global de dépendance physique construit par l'agrégation des quatre scores des dimensions de dépendance suivantes : habillage ou toilette, déplacements et locomotion, alimentation et continence.

Dans les rares cas où une dimension de dépendance n'était pas cotée, par défaut nous l'avons assimilée à une absence de dépendance.

Tableau 7
Correspondance des scores de dépendance dans l'enquête ENHAD et dans la grille des AVQ

	Scores de dépendance de l'ENHAD	Scores de la grille AVQ
Locomotrice	1. Seul sans difficulté	1. Indépendance complète ou modifiée
	2. Seul difficilement	
	3. Avec une aide légère ou occasionnelle	2. Supervision ou arrangement
	4. Avec une aide permanente	3. Assistance partielle
	5. Prise en charge totale	4. Assistance totale
Relationnelle	1. Aucune difficulté	1. Indépendance complète ou modifiée
	2. Légères difficultés	2. Supervision ou arrangement
	3. Graves difficultés	3. Assistance partielle
	4. Très graves difficultés	
	5. Difficultés maximum	4. Assistance totale

2.2.2 Les profils d'âge et de dépendance retenus

Nous construisons des profils par âge et niveau de dépendance comparables entre l'HAD et le SSR à partir d'un découpage de l'âge en 4 classes et d'un découpage du score global de dépendance également en 4 catégories.

Les 4 classes d'âge construites sont les suivantes :

- moins de 16 ans,
- 16-64 ans,
- 65-79 ans,
- 80 ans ou plus.

Un raisonnement à la fois médical et statistique a permis ce découpage en 4 classes de manière à distinguer d'une part, la population des enfants (âgés de 15 ans et moins qui relèvent de la pédiatrie), des adultes et des personnes âgées (à partir de 65 ans) et, d'autre part, de manière à distinguer au sein des personnes âgées la population de très grand âge, c'est-à-dire les patients âgés de 80 ans ou plus, où s'opère souvent une cassure sociale et qui relèvent le plus souvent des soins gériatriques.

Le découpage du score de dépendance en 4 classes est le suivant :

- Score = 6 (patients complètement autonomes),
- Score de 7 à 12 (patients faiblement dépendants),
- Score de 13 à 18 (patients moyennement dépendants),
- Score de 19 à 24 (patients fortement ou complètement dépendants).

Ce découpage a été réalisé de façon logique, en considérant une progression constante de la dépendance dans chacune des 6 dimensions de dépendance considérées (soit l'équivalent de + 1 unité de score pour chaque dimension). Toutefois, cette hypothèse d'évolution de la dépendance « équi-répartie » selon les différentes composantes n'a pas été testée.

Le croisement de ces deux variables produit ainsi 16 catégories distinctes en termes de dépendance et d'âge.

Le Tableau 8 présente la répartition des volumes d'activité d'HAD et de SSR (en nombre de patients et en nombre de journées) selon le découpage dans les 16 catégories de dépendance et d'âge.

Tableau 8
Comparaison des structures d'activité en HAD et en SSR par catégorie d'âge et de dépendance

Classes de dépendance	Classes d'âge	SSR			HAD		
		Journées	% Classe dépendance	% Total	Journées	% Classe dépendance	% Total
6	≤ 15 ans	39 899	2,2%	9,4%	1 442	26,2%	49,4%
	16-64 ans	711 822	39,3%	23,7%	1 584	28,7%	4,0%
	65-79 ans	659 700	36,5%	17,0%	2 053	37,3%	4,9%
	≥ 80 ans	398 234	22,0%	8,5%	432	7,8%	1,6%
	Total	1 809 655	100,0%	15,1%	5 511	100,0%	5,0%
7-12	≤ 15 ans	96 628	2,3%	22,8%	721	3,4%	24,7%
	16-64 ans	1 099 427	26,1%	36,5%	7 698	36,1%	19,6%
	65-79 ans	1 545 757	36,7%	39,8%	7 833	36,8%	18,9%
	≥ 80 ans	1 469 795	34,9%	31,5%	5 053	23,7%	18,8%
	Total	4 211 607	100,0%	35,1%	21 305	100,0%	19,3%
13-18	≤15 ans	78 310	2,4%	18,5%	178	0,6%	6,1%
	16-64 ans	534 941	16,3%	17,8%	10 333	33,4%	26,3%
	65-79 ans	1 034 047	31,5%	26,6%	13 966	45,1%	33,7%
	≥ 80 ans	1 634 181	49,8%	35,0%	6 484	20,9%	24,2%
	Total	3 281 479	100,0%	27,4%	30 961	100,0%	28,0%
19-24	≤ 15 ans	208 608	7,8%	49,3%	578	1,1%	19,8%
	16-64 ans	662 647	24,7%	22,0%	19 685	37,3%	50,1%
	65-79 ans	647 842	24,1%	16,7%	17 649	33,5%	42,5%
	≥ 80 ans	1 167 841	43,5%	25,0%	14 842	28,1%	55,4%
	Total	2 686 938	100,0%	22,4%	52 754	100,0%	47,7%
Total	≤ 15 ans	423 445	.	100,0%	2 919	.	100,0%
	16-64 ans	3 008 837	.	100,0%	39 300	.	100,0%
	65-79 ans	3 887 346	.	100,0%	41 501	.	100,0%
	≥ 80 ans	4 670 051	.	100,0%	26 811	.	100,0%
	Total	11 989 679		100,0%	110 531		100,0%

Sources : PMSI SSR 2003 PUBLIC; ENHAD 2000 IRDES

2.3 Construction de catégories homogènes selon le profil médical

Cette approche constitue la seconde étape importante dans la comparaison des coûts de prise en charge en routine en SSR et en HAD. Elle représente un approfondissement de l'étape précédente : au lieu de comparer des coûts moyens de SSR et d'HAD pour des groupes d'âge et de dépendance similaires, l'objectif est ici d'affiner l'estimation des coûts de fonctionnement, en raisonnant sur des profils médicaux homogènes et comparables.

L'idée est de définir des cas cliniques aussi homogènes que possible (à partir des caractéristiques disponibles dans les bases SSR et HAD) afin que les médecins prescripteurs, hospitaliers, mais aussi généralistes ou spécialistes libéraux, puissent identifier facilement les pa-

tients pour lesquels il existe une réelle alternative entre SSR et HAD. En effet, le choix du type de lits et places à créer doit être guidé à la fois par les caractéristiques cliniques, psychosociales et environnementales (présence d'un entourage aidant ou non, etc.) des patients susceptibles d'y être traités et par le coût différentiel SSR/HAD de prise en charge des différentes pathologies et traitements délivrés¹².

C'est pourquoi, il est nécessaire de construire des profils médicaux plus fins superposables entre SSR et HAD afin d'étudier les différences de coûts journaliers propres à chaque catégorie de patients.

¹² Précisons cependant que, si la connaissance des coûts est utile pour les cliniciens, celle des caractéristiques psychosociales et environnementales du patient l'est encore plus en HAD, en particulier lors de la prise en charge d'une personne âgée qui requiert souvent un entourage aidant. Mais ces informations n'existent pas dans les bases de données médicales hospitalières (PMSI).

2.3.1 Nécessité de définir des profils médicaux fins superposables

Le champ recouvrable que nous avons défini rassemble, du côté SSR, 64 % des journées (correspondant à 63 % des RHA) de la base initiale et, côté HAD, 84 % des journées (correspondant à 58 % des patients). Un premier affinement a été effectué sur ce champ superposable global en tenant compte des facteurs de variations les plus immédiats du coût : le niveau de dépendance et l'âge des patients. Mais ces critères simples sont loin d'effacer toutes les différences de case-mix entre les deux populations sur un champ aussi large. Par ailleurs, on peut considérer que l'activité ainsi sélectionnée soit représentative de la diversité des soins délivrés au niveau national, en tout cas pour l'HAD. Le case-mix de la base de données initiale SSR est bien représentatif de l'activité nationale en SSR mais il n'en va pas de même pour l'HAD car la base de données n'est pas exhaustive (l'ENHAD 2000 concentre toutefois plus de 80 % des places d'HAD existantes cette année-là).

D'où l'importance, pour définir des champs plus homogènes de part et d'autre, de cibler des profils médicaux plus fins sur des critères précis, afin de pouvoir évoquer une « transférabilité » entre les deux modes d'hospitalisation qui soit à la fois réaliste et parlante pour les médecins prescripteurs.

Les profils médicaux proposés ici n'ont pas vocation à balayer l'ensemble du champ recouvrable SSR/HAD mais seulement la majeure partie de ce champ, du moins côté SSR.

Cela se justifie car si, en termes médicaux, la plupart des soins réalisés en SSR sont possibles en HAD, ce n'est pas le cas pour les soins réalisés en HAD dont une grande partie se substitue à des soins réalisés classiquement en MCO (bien qu'ils puissent apparaître à la marge en SSR, en tant qu'actes classants notamment).

Par ailleurs, même les soins de SSR théoriquement transférables d'un établissement vers une HAD ne sont pas toujours réalisables en pratique faute d'un entourage social-familial adapté aux contraintes de l'HAD.

C'est pourquoi ici, en termes de substitution SSR/HAD, nous commençons par construire des profils médicaux fins correspondant à des malades ou à des soins réalisés en SSR et en recherchant leur correspondance parmi les patients en HAD du champ recouvrable. Puis nous réalisons l'exercice inverse et complétons l'exploration en partant des autres cas de patients

ou de soins typiquement réalisés en HAD pour lesquels nous recherchons une correspondance parmi les patients pris en charge en établissement SSR.

2.3.2 Principes de sélection de ces profils médicaux fins superposables

Les champs d'activité superposables définis précédemment par expertise médicale à partir des informations cliniques disponibles dans les deux bases de données utilisées rassemblent :

- 11 989 678 journées d'hospitalisation de la base nationale RHA publique de 2003,
- 1 069 patients de l'enquête ENHAD 2000, soit 110 531 journées d'hospitalisation.

À partir de ces données, notre démarche de construction des profils médicaux plus fins est progressive : elle consiste à définir d'abord des profils médicaux de base (PMB) plus ou moins simples sur des critères uniquement cliniques, puis à les affiner successivement par le type de maladie causale (ou étiologie) et par d'autres critères susceptibles d'impacter leur coût.

Ainsi, chaque profil médical fin retenu associe progressivement :

1. le profil médical de base (PMB),
2. l'étiologie ;
→ pour former un profil médical affiné ;
3. le niveau de dépendance physique en 2 classes :
 - dépendance physique inférieure ou égale à 12,
 - dépendance physique supérieure à 12 ;
→ pour former des profils médicaux affinés et déclinés selon le niveau de dépendance physique.

Nous ne tenons compte ici que de la dimension locomotrice (ou « physique ») de la dépendance car dans l'ENC SSR tout comme dans l'ENHAD 2000, elle explique la quasi-totalité de la variabilité des coûts. Le seuil de score est celui qui a été considéré comme pertinent en SSR.

4. l'âge en 4 classes :

- moins de 16 ans,
- 16 – 64 ans,
- 65 – 79 ans,
- 80 ans et plus ;

→ pour former des profils médicaux affinés et déclinés selon l'âge ;

Les seuils de 16 et 80 ans sont ceux considérés comme pertinents en SSR ; nous y ajoutons celui de 65 ans pour distinguer l'ensemble des personnes âgées eu égard à la cible des personnes âgées visée par l'étude.

5. le niveau de dépendance physique croisé avec l'âge qui produit 6 catégories distinctes :

→ pour former des profils médicaux affinés et déclinés au plus fin selon la dépendance physique et l'âge.

Le but est de repérer les catégories de patients et de journées les plus pertinentes à la fois sur le plan médical et statistique. *In fine*, nous ne produirons le coût moyen journalier comparatif SSR/HAD que pour les profils médicaux comparables retenus.

2.3.3 Méthode de sélection de ces profils médicaux fins superposables

L'objectif n'est pas de ventiler l'intégralité du champ d'activité superposable selon des profils médicaux. Il s'agit plutôt de retenir les prises en charge les plus significatives et de construire ainsi des profils pour lesquels il existe des patients similaires en SSR et en HAD (tout en limitant la possibilité qu'un patient puisse appartenir à plusieurs profils médicaux différents). Ces profils médicaux ne sont donc ni exhaustifs ni exclusifs.

Après définition d'un profil médical de base, l'affinement successif par l'étiologie, le niveau de dépendance physique et l'âge permet d'améliorer la comparabilité des case-mix entre SSR et HAD et de ne retenir que les profils médicaux affinés pertinents. Cela permet notamment de mieux repérer les personnes âgées polypathologiques et dépendantes qui représentent une cible importante pour les financeurs et les régulateurs du système de santé. En effet, les patients âgés de 65 ans ou plus concentrent 71 % des journées du champ recouvrable côté SSR et 62 % côté HAD.

2.3.3.1 Le profil médical de base (PMB)

La sélection des profils médicaux de base est réalisée de manière raisonnée par expertise médicale.

Tout d'abord, nous commençons l'exploration de la base de données RHA SSR à la recherche d'une première catégorie de patients hospitalisés en SSR et dont la prise en charge est possible en HAD, repérés selon des informations ou critères cliniques renseignés. Nous recherchons ensuite les informations ou critères cliniques disponibles comparables ou proches dans la base de données ENHAD 2000. Nous définissons ainsi un premier profil médical de base, puis un second, etc.

Puis inversement, nous complétons l'exploration en partant des autres cas de patients ou de soins typiquement réalisés en HAD et pour lesquels nous recherchons la correspondance parmi les patients de SSR, complétant ainsi la liste des profils médicaux de base possibles. Les profils médicaux de base théoriques ne sont retenus que s'il existe des patients y correspondant de part et d'autre en nombre suffisant.

Les critères cliniques analysés sont :

du côté SSR :

- la catégorie majeure clinique (CMC),
- la finalité principale de prise en charge (exprimée en code CIM-10),
- la lourdeur de la prise en charge,
- les actes médicaux classants ;

du côté HAD :

- l'objectif de soins,
- le diagnostic principal (exprimé en code CIM-10),
- le protocole de soins principal (il s'agit du diagnostic principal reclassé et agrégé en termes de protocole de soins).

Six grands profils médicaux de base (PMB) ont été retenus, par ordre d'importance décroissant :

- « Rééducation-Réadaptation-Réinsertion »,
- « Soins de suite »,
- « Soins post-chirurgicaux »,

- « Soins palliatifs »,
- « Nutrition artificielle »,
- « Assistance respiratoire ».

Ces six PMB, nous le verrons plus loin (Tableau 10), rassemblent l'essentiel des RHA, patients et journées transférables du SSR vers l'HAD.

Précisons que nous avons défini *a priori* d'autres profils médicaux de base qui n'ont pas été retenus car, s'ils existaient dans la base HAD, ils ne correspondaient à aucune réalité thérapeutique en SSR (du moins avec un nombre suffisant d'occurrences). C'est le cas, par exemple, des « soins de nursing lourds » et des « pansements complexes » tels que définis en HAD, qui sont le plus souvent des substituts de court séjour hospitalier.

Le mode de sélection des six profils médicaux de base (PMB) est expliqué dans le tableau suivant (cf. Tableau 9) qui met en regard les différents critères de sélection côté SSR et côté HAD. Le principe général est de rechercher, au sein du champ recouvrable, l'ensemble des patients qui, selon les critères choisis, relèvent d'un profil défini.

Cela étant, il est possible que certains patients relèvent de plusieurs profils à la fois car les critères choisis ne sont pas exclusifs. Dans ce cas, pour tester l'homogénéité de ces profils, nous classons dans un second temps les RHA, patients et journées réalisées en tenant compte d'une hiérarchie entre les profils, qui est calquée sur leur importance relative en termes d'activité (ce qui rejoint l'ordre des PMB défini plus haut). Ceci afin de disjoindre les profils médicaux et de comprendre les éventuelles redondances de classement.

Nous distinguerons alors deux séries de profils médicaux :

- une série de profils médicaux parmi lesquels les patients ne peuvent appartenir qu'à un profil et un seul, le premier possible rencontré dans l'ordre hiérarchique indiqué ci-dessus : d'abord « Rééducation-Réadaptation-Réinsertion », puis « Soins de suite », etc. ;
- une série de profils médicaux que l'on pourrait qualifier de « purs » où chaque profil proposé ne retient que les patients ne pouvant appartenir qu'à ce seul profil.

- La méthodologie et les résultats sont présentés dans le rapport complémentaire en annexe n° 5.

Le Tableau 10 montre, côté SSR, 2,9% de répétitions de journées, c'est-à-dire des journées qui se classent dans au moins 2 PMB distincts (correspondant à 2,4% de répétitions de RHA). Par contre, côté HAD, les répétitions de journées atteignent 10%, correspondant même à 32% de répétitions de patients qui effectuent donc des séjours plus courts que la moyenne.

Ces répétitions augmentent particulièrement les effectifs de soins de suite. En effet, à ce profil sont associés respectivement en SSR et en HAD 47,6% et 62,3% des journées, répétitions comprises. Il s'agit pour l'essentiel de journées qui peuvent aussi se rattacher à des soins palliatifs : en tenant compte des répétitions, 4,1% des journées en SSR et 17,4% de journées en HAD sont recensées dans ce profil.

Du point de vue du médecin prescripteur, comme du point de vue de l'administration qui réalise des investissements en structures de soins, il est plus logique de raisonner en termes simples de substitution possible et donc, selon le principe de départ qui comptabilise dans un profil défini l'ensemble des patients qui correspondent aux critères requis, indépendamment des autres profils médicaux.

Ainsi, du côté SSR, si la majorité des soins de rééducation-réadaptation-réinsertion, des soins de suite et des soins post-chirurgicaux ne sont classables que dans un seul profil, il n'en est pas de même pour les soins palliatifs, la nutrition artificielle et l'assistance respiratoire, qui comprennent aussi presque tous soit des soins de suite soit de la rééducation-réadaptation-réinsertion.

Du côté de l'HAD, une plus grande part des patients et journées d'HAD du champ recouvrable SSR/HAD sont classables dans plusieurs PMB. Comme cela a déjà été dit, et du fait de la hiérarchie de classement choisie, les trois quarts des journées (et patients) qui seraient classables en soins palliatifs et la quasi-totalité des journées qui comptent de la nutrition artificielle et de l'assistance respiratoire se retrouvent comptabilisées dans les soins de suite surtout, voire parfois dans les soins de rééducation-réadaptation-réinsertion. À l'inverse, on estime qu'environ un tiers des journées d'HAD classées dans les deux profils majoritaires (rééducation-réadaptation-réinsertion et soins de suite) pourraient être classées alternativement dans un autre profil.

Tableau 9 Critères de sélection des six grands profils médicaux de base retenus dans l'étude

Critères SSR		Critères HAD	
Rééducation - Réadaptation - Réinsertion*			
Catégorie Majeure Clinique	Réadaptation/Réinsertion (CMC 40)	Objectif de soins	Réadaptation au domicile
Lourdeur de la prise en charge	Prise en charge de rééducation-réadaptation complexe Prise en charge de rééducation-réadaptation	Protocole de soins principal	Reprise d'autonomie des parents Rééducation neuro-orthopédique
Finalité principale de prise en charge	Soins impliquant une rééducation (Z50)	Diagnostic principal	Soins impliquant une rééducation (Z50)
Soins de suite*			
	Surveillance de stomies (Z43)		Surveillance de stomies (Z43)
	Mise en place et ajustement d'appareils de prothèses externes (Z44)		Mise en place et ajustement d'appareils de prothèses externes (Z44)
	Ajustement et entretien d'une prothèse interne (Z45)		Ajustement et entretien d'une prothèse interne (Z45)
	Mise en place et ajustement d'autres appareils (Z46)		Mise en place et ajustement d'autres appareils (Z46)
	Autres soins de contrôle orthopédiques (Z47)		Autres soins de contrôle orthopédiques (Z47)
	Surveillance d'une dialyse (Z49)		Surveillance d'une dialyse (Z49)
	Autres soins médicaux (Z51)		Autres soins médicaux (Z51)
	Convalescence (Z54)		Convalescence (Z54)
	Stomies (Z93)		Stomies (Z93)
	Greffe d'organe et de tissu (Z94)		Greffe d'organe et de tissu (Z94)
	Présence d'implants et de greffes cardiaques et vasculaires (Z95)		Présence d'implants et de greffes cardiaques et vasculaires (Z95)
	Présence d'autres implants fonctionnels (Z96)		Présence d'autres implants fonctionnels (Z96)
	Présence d'autres appareils (Z97)		Présence d'autres appareils (Z97)
	Dépendance envers des machines et appareils auxiliaires, non classée ailleurs (Z99)		Dépendance envers des machines et appareils auxiliaires, non classée ailleurs (Z99)
Finalité principale de prise en charge	Diagnostic principal		

Guide de lecture :

* Pour appartenir à un profil médical de base défini par plusieurs conditions, il suffit que le RHA SSR ou le patient HAD respecte une des conditions requises : cette condition est donc nécessaire et suffisante (Cf. exemple de la Rééducation-Réadaptation-Réinsertion » sous la suite du tableau page suivante).

Ceci vaut pour tous les profils médicaux de base à l'exception du profil médical de base « Nutrition artificielle », pour lequel les deux conditions indiquées en SSR doivent être vérifiées simultanément.

Anissa Afrite, Laure Com-Ruelle, Zeynep Or, Thomas Renaud

Soins de réhabilitation et d'accompagnement : une analyse comparative des coûts d'hospitalisation à domicile et en établissement

**Tableau 9 (suite 1)
Critères de sélection des six grands profils médicaux de base retenus dans l'étude**

Critères SSR		Critères HAD	
Soins post-chirurgicaux*			
Finalité principale de prise en charge	Autres soins de contrôle chirurgicaux (Z48) Autres états post-chirurgicaux (Z98)	Protocole de soins principal Diagnostic principal	Post-traitement chirurgical Autres soins de contrôle chirurgicaux (Z48) Autres états post-chirurgicaux (Z98)
Soins palliatifs*			
Catégorie Majeure Clinique	Soins palliatifs	Protocole de soins principal	Soins palliatifs
Nutrition artificielle**			
Catégorie Majeure Clinique	Poursuites de soins médicaux nutritionnels (CMC 50) Alimentation parentérale : 35 calories/kg/jour pendant au moins 10 jours (pour le nouveau-né : 20 calories/kg/jour) (acte Cdam D117) Alimentation entérale : 35 calories/kg/jour pendant au moins 10 jours, à débit constant (acte Cdam D118) Alimentation parentérale (quels que soient l'apport calorique et la durée de réalisation de l'acte) (acte Cdam U950) Alimentation entérale (quels que soient l'apport calorique et la durée de réalisation de l'acte) (acte Cdam U951)	Protocole de soins principal	Nutrition entérale Nutrition parentérale
Actes médicaux classants			

Guide de lecture :

* Pour appartenir à un profil médical de base défini par plusieurs conditions, il suffit que le RHA SSR ou le patient HAD respecte une des conditions requises.

Par exemple, concernant le profil médical de base « Rééducation-réadaptation-réinsertion » :

- pour un patient hospitalisé en SSR, l'une ou l'autre des trois conditions suivantes est nécessaire et suffisante : sa catégorie majeure clinique (CMC) est égale à « 40 », ou la lourdeur de sa prise en charge correspond à « PRC » (prise en charge de rééducation-réadaptation complexe) ou « PRR » (prise en charge de rééducation-réadaptation), ou encore sa finalité principale de prise en charge est égale à Z.50 (soins impliquant une rééducation) ;
- un patient hospitalisé à domicile doit satisfaire à au moins une des trois conditions suivantes : son objectif de soins est « réadaptation au domicile » ou « reprise d'autonomie des parents », ou son protocole de soins principal est « rééducation neurologique ou orthopédique », ou encore son diagnostic principal est Z.50 (soins impliquant une rééducation).

** Le profil médical de base « Nutrition artificielle » fait exception à cette règle car les deux conditions indiquées en SSR doivent être vérifiées simultanément, c'est-à-dire : appartenir à la catégorie majeure clinique (CMC) 50 et justifier d'au moins 1 acte médical classant parmi les 4 cités, quelle que soit sa place au sein des 10 positions possibles dans la base de données.

Tableau 9 (suite 2)
Critères de sélection des six grands profils médicaux de base retenus dans l'étude

Critères SSR	Critères HAD
<p>Assistance respiratoire***</p> <p>Ventilation spontanée au masque facial, par canule nasale ou par canule nasopharyngée, sans aide inspiratoire, avec pression expiratoire positive [PEP], par 24 heures (acte CCAM GLLD003)</p> <p>Ventilation mécanique discontinue au masque facial ou par embout buccal pour kinésithérapie, par 24 heures (acte CCAM GLLD002)</p> <p>Ventilation mécanique intratrachéale avec pression expiratoire positive [PEP] supérieure à 6 et/ou FIO2 supérieure à 60%, avec technique de décubitus ventral alterné par 24 heures (acte CCAM GLLD004)</p> <p>Ventilation mécanique intratrachéale avec pression expiratoire positive [PEP] supérieure à 6 et/ou FIO2 supérieure à 60%, par 24 heures (acte CCAM GLLD008)</p> <p>Ventilation mécanique continue au masque facial pour suppléance ventilatoire, par 24 heures (acte CCAM GLLD012)</p> <p>Ventilation mécanique intratrachéale avec pression expiratoire positive [PEP] inférieure ou égale à 6 et FIO2 inférieure ou égale à 60%, par 24 heures (acte CCAM GLLD015)</p> <p>Ventilation barométrique ou volumétrique non invasive au masque facial pendant au moins 2 heures cumulées au cours des 12 heures, pour insuffisance respiratoire aiguë (acte CCAM GLLP004)</p> <p>Ventilation spontanée avec P.E.P. et C.P.A.P. (acte Cdam D170)</p> <p>Entraînement à la ventilation à domicile (acte Cdam D102)</p> <p>Ventilation mécanique (acte Cdam D171)</p> <p>Dépendance envers un respirateur : ventilation par trachéostomie ou par masque nasal (acte Cdam Z991)</p>	<p>Assistance respiratoire</p>
<p>Actes médicaux classants</p>	

Guide de lecture :

- *** Le profil médical de base « Assistance respiratoire » est affecté à la simple condition qu'un acte d'assistance respiratoire soit noté selon les critères suivants :
- en SSR, il suffit d'un acte médical classant parmi les 11 cités dans le tableau, et quelle qu'en soit sa position parmi les 10 positions d'actes classants possibles ;
- en HAD, ce profil n'est affecté que si un acte d'assistance respiratoire est codé en protocole de soins principal, il ne l'est pas si cet acte n'apparaît qu'en protocole de soins associé.

Parmi les six profils médicaux de base retenus, les répartitions sont les suivantes (cf. *Tableau 10*) :

Côté SSR :

- Les soins de Rééducation-Réadaptation-Réinsertion (soins de RRR) et les soins de suite (SS) rassemblent l'essentiel des journées du champ recouvrable réalisées en SSR, environ 48 % chacun. En termes de RHA, les soins de RRR sont un peu plus nombreux que les SS.
- L'activité en soins post-chirurgicaux (SPC) est très faible en regard de ces deux premiers PMB : elle représente moins de 2 % des journées du champ recouvrable.
- L'activité en soins palliatifs (SP), reconnue comme Catégorie Majeure Clinique en SSR (CMC 40), est un peu plus importante : 4 % des journées SSR y sont classables. La majorité de ces journées sont également classables en soins de suite surtout et parfois en soins de RRR.
- Enfin, les activités de nutrition artificielle (NA) et d'assistance respiratoire (AR) sont marginales en SSR, respectivement 0,2 % et 0,7 % des journées y sont classables. Mais, là encore, de nombreuses journées classées en SS ou en RRR présentent également une activité de nutrition artificielle et pourraient être classées dans ce profil.

Côté HAD :

- Logiquement, ce sont les soins de suite qui rassemblent la majorité de l'activité : 62 % des journées y sont classables.
- Les soins de RRR rassemblent toutefois 15 % des journées. Ce pourcentage est un peu plus faible mais proche du celui correspondant à l'ensemble des deux modalités de la variable « objectif de soins » codée en HAD, soit « Réadaptation au domicile » et « Reprise d'autonomie des parents ». Un tiers également des journées de soins de RRR sont aussi classables dans un autre profil (en soins de suite en l'occurrence).
- Les soins post-chirurgicaux réunissent plus de 4,6 % des journées en HAD, ce PMB présentant une bonne homogénéité.
- Les soins palliatifs, qui sont un objectif reconnu de l'HAD mais souvent assimilés à du substitut de court séjour, concentrent nettement plus d'activité en HAD qu'en SSR : plus de 17 %

des journées y sont classables (contre 4 % en SSR), mais la totalité pourrait aussi être classée ailleurs (principalement en soins de suite).

- Enfin, plus de 8 % de l'activité en HAD est classable en nutrition artificielle (NA) et 2 % en assistance respiratoire (AR).

Du fait de cette bonne représentativité de ces profils médicaux de base sur le champ recouvrable SSR/HAD, et malgré les redondances de classement plus fréquentes en HAD, nous effectuons l'analyse des coûts induits selon le principe de départ, sans exclusion des quelques répétitions des différents profils médicaux de base. En effet, ces redondances sont le fait des critères cliniques différents dont nous disposons dans les bases de données actuelles.

2.3.3.2 L'étiologie

Il est utile de clarifier le profil médical de base en précisant l'étiologie, à la recherche d'une éventuelle concentration des profils sur certains types de maladies.

L'affection étiologique (ou étiologie) est définie comme l'affection ou la maladie d'origine qui cause l'altération fonctionnelle et/ou organique principalement prise en charge au cours de la période observée. Elle est ici codée selon la Classification Internationale des Maladies dans sa dixième révision (CIM-10).

L'affinement du profil médical par l'étiologie se fait donc au niveau des grands chapitres de la CIM-10 qui distinguent, notamment, les tumeurs, les maladies cardio-vasculaires, respiratoires, nerveuses, ou encore les traumatismes et empoisonnements, les maladies ostéo-articulaires ou les maladies infectieuses.

2.3.3.3 Le niveau de dépendance et l'âge

Il est aussi important, lors de l'exploration des bases de données, de croiser les profils médicaux affinés par l'étiologie avec le niveau de dépendance et l'âge, selon les classes définies précédemment (cf. § 2.2.2). Par cet affinement, nous devons être en mesure de vérifier si les personnes âgées, dépendantes ou non, qui représentent une cible particulière de la demande de soins, forment une population conséquente et, dans ce cas, d'en évaluer les coûts associés en comparant les prises en charge en SSR et HAD.

Tableau 10
Effectifs des six grands profils médicaux de base (PMB) retenus dans l'étude, répétitions comprises

	RHA		SSR		HAD	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Effectifs des bases PMSI SSR 2003 public et ENHAD 2000	3 411 060		18 865 290		1 844	
Effectifs du champ recouvrable et % dans la base initiale	2 143 403	62,8	11 989 679	63,6	1 069	58,0
Effectifs et % des PMB dans le champ recouvrable, y compris répétitions*						
Rééducation - Réadaptation – Réinsertion	1 075 458	50,2	5 792 683	48,3	250	23,4
Soins de suite	977 279	45,6	5 710 889	47,6	678	63,4
Soins post-chirurgicaux	39 870	1,9	229 881	1,9	72	6,7
Soins palliatifs	84 321	3,9	496 222	4,1	320	29,9
Nutrition artificielle	3 247	0,2	20 213	0,2	60	5,6
Assistance respiratoire	14 490	0,7	85 820	0,7	30	2,8
Total	2 194 665		12 335 708		1 410	
% de répétitions		2,4 %		2,9 %		31,9 %

Guide de lecture :

Le champ recouvrable SSR/HAD rassemble côté SSR, selon la définition donnée, 11 989 679 journées représentant 63,6% des journées recensées en SSR en 2003. Parmi ces journées du champ recouvrable SSR/HAD, 48,3% relèvent du profil médical de base (PMB) « Rééducation – Réinsertion » (« SS »), 47,6% du PMB « Soins de suite » (« SS »), etc. Parallèlement, côté HAD, 110 531 journées appartenant au champ recouvrable, soit 84,3% des journées recensées dans la base ENHAD 2000. Parmi ces journées du champ recouvrable SSR/HAD, seules 15,3% relèvent du PMB « RRR » mais 62,3% du PMB « SS ».

* Un RHA ou un patient, ou encore une journée d'hospitalisation, est comptabilisé dans un profil médical de base dès qu'il satisfait aux critères de sélection de ce profil. S'il satisfait aux critères de plusieurs PMB, il est comptabilisé dans chacun de ces PMB. C'est pourquoi la somme des pourcentages correspondant aux six profils retenus est supérieure à la somme des RHA ou patients ou journées existant dans les bases initiales, puisqu'elle tient compte des doublons entre PMB.

Précision méthodologique : il n'est pas possible dans ce tableau de produire des durées moyennes de prise en charge comparables entre SSR et HAD (en rapportant les RHA aux journées côté SSR et les patients aux journées côté HAD). En effet, par définition les RHA sont hebdomadaires et ne rendent pas compte d'un séjour d'hospitalisation entier.

3. Estimation des coûts moyens de fonctionnement en routine

3. Estimation des coûts moyens de fonctionnement en routine

3.1 Méthodes d'estimation des coûts de fonctionnement en routine

Les coûts de fonctionnement en routine étant liés aux besoins en soins des patients pris en charge, nous avons, dans un premier temps, défini différentes catégories de patients homogènes de ce point de vue, c'est-à-dire les profils médicaux de base puis affinés. Dans un deuxième temps, nous expliquons les options méthodologiques retenues avant de présenter le calcul des estimations de coûts par profil médical.

3.1.1 Options méthodologiques générales

Si l'activité conservée en HAD et en SSR dans le champ d'activité commun est bien « superposable », elle n'est pas équivalente en volume de soins réalisés. Ainsi, calculer un coût moyen de prise en charge pour chacun biaiserait totalement la comparaison.

Il est donc nécessaire de se ramener à des coûts moyens de prise en charge calculés pour des populations comparables, c'est-à-dire pour des profils de patients homogènes. Nous le faisons de deux façons complémentaires : d'abord, en calculant un coût moyen de fonctionnement par catégorie d'âge et de dépendance, puis en calculant les coûts selon les profils cliniques équivalents préalablement définis.

Les coûts de prise en charge en HAD et en SSR sont calculés à partir des données les plus fiables et les plus récentes dont nous pouvons disposer :

- Pour l'HAD, nous utilisons les coûts d'échelle calculés selon le groupe homogène de prise en charge (GHPC). Ces coûts d'échelle sont utilisés comme tarifs officiels applicables à l'activité d'HAD : nous utilisons les tarifs les plus récents au jour de l'étude, à savoir les tarifs appliqués pour l'année 2006¹³.
- Pour le SSR, il s'agit des coûts d'échelle par groupe homogène de journées (GHJ), issus de la deuxième édition de l'étude nationale de coûts PMSI SSR (exploitation des données 2000/2001)¹⁴. Comme en HAD, ces coûts d'échelle ont une vocation tarifaire, mais ils ne sont pas appliqués à l'activité SSR puisque

le secteur SSR n'est pas encore passé à la tarification à l'activité. Cela explique notamment que ces tarifs datent de 2003 et n'aient pas été actualisés depuis.

L'application de ces tarifs et coûts respectivement à l'activité d'HAD et de SSR sera donc fondée sur la différenciation par GHPC (en HAD) et par GHJ (en SSR). Nous devons donc obligatoirement utiliser les variables « classantes » de ces groupements homogènes en GHPC ou GHJ pour appliquer les coûts d'échelle. Les parties 3.1.2 et 3.1.3 détaillent l'utilisation de ces coûts d'échelle dans le calcul des coûts globaux de prise en charge en HAD et SSR.

Il est important, néanmoins, de préciser d'emblée que l'utilisation de ces coûts d'échelle nous conduira à calculer *in fine* des coûts moyens de prise en charge journaliers. Se ramener à l'échelle de la journée est le seul choix techniquement possible si l'on souhaite conserver une homogénéité dans la comparaison.

Il aurait été intéressant de réaliser une comparaison des coûts moyens de prise en charge par séjour, mais cela était impossible pour deux raisons. D'une part, le champ d'activité superposable en SSR est défini par une sélection de RHA qui vérifient les critères d'inclusion retenus, ce qui ne permet pas de reconstituer des séjours d'hospitalisation entiers. D'autre part, certains séjours d'hospitalisation sont tronqués dans les bases de données (en HAD et en SSR aussi dans une moindre mesure), ce qui interdit de reconstituer de façon fiable des coûts globaux par séjour.

3.1.2 Calcul du coût moyen journalier en SSR

Nous nous basons sur les coûts journaliers par GHJ (ou « coûts d'échelle GHJ ») calculés à partir de la deuxième édition de l'étude nationale de coûts PMSI SSR réalisée en 2001-2002 qui a pour objectif de produire une échelle pondérée des coûts des GHJ qui tienne compte de la totalité des charges supportées par un établissement de santé (cf. Encadré 3).

13 Cf. arrêté du 5 mars 2006 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation (JO du 14 Mars 2006).

14 Cf. Rapports de l'Etude Nationale de Coût PMSI SSR (Echelles 2000 et 2000/2001) (<http://www.atih.sante.fr/>)

Nous n'avons, de toute façon, pas d'autre alternative puisque le détail des coûts réels en SSR est mal connu et qu'il n'existe pas encore de tarifs officiels récents applicables en SSR.

Précision importante, cette étude nationale de coûts ne portait que sur des établissements publics et privés sous dotation globale : en conséquence les coûts par GHJ produits ne valent théoriquement que pour l'activité SSR publique ou PSPH.

Nous devons toutefois adapter ces coûts d'échelle à deux niveaux :

- premièrement, en y ajoutant les coûts de structure supportés par les établissements de santé ayant une activité de SSR;
- deuxièmement, en actualisant ces coûts d'échelle de 2001-2002 afin d'être plus proche de la réalité 2006.

Encadré 3

Étude nationale de coût PMSI SSR - Exploitation des données 2001-2002

L'objectif de cette étude nationale est de produire une échelle pondérée des coûts qui tienne compte de la totalité des charges supportées par un établissement de santé. Trois composantes sont relevées :

- un coût médical : dépenses de personnel médical, de personnel soignant, des autres personnels du service, ainsi que des dépenses d'amortissement, d'entretien du matériel, de la logistique et des consommables médicaux;
- un coût logistique : dépenses de blanchisserie, de restauration et de gestion générale, ventilées au prorata des journées de présence ;
- un coût de structure : frais financiers et d'amortissement des bâtiments, coût non retenu dans la constitution du coût final.

L'échelle de coût donne une valorisation par Groupe Homogène de Journée ou GHJ du coût complet d'un séjour hospitalier (ces GHJ caractérisent les différentes « semaines patients » ou « périodes de séjour » du patient), et ce coût intègre l'ensemble des dépenses mobilisées pour assurer la prise en charge médicale et logistique d'un patient sur une période donnée (c'est-à-dire qu'il n'intègre pas le coût de structure).

Le coût d'échelle du GHJ est calculé en rapportant le coût redressé du RHS au nombre de journées de présence en semaine et le week-end des patients concernés.

Le coût d'échelle de chaque GHJ recouvre les postes de dépenses suivants :

- dépenses des services cliniques (salaires des médecins, salaires infirmiers et autres, amortissements et maintenance du matériel médical, médicaments et consommables

médicaux, logistique médicale),

- dépenses de rééducation et réadaptation fonctionnelle (séances individuelles de kinésithérapie, balnéothérapie, ergothérapie, nutrition, orthophonie, orthoptie, psychologie, psychomotricité, réadaptation; séances collectives de rééducation et réadaptation),
- dépenses des autres sections d'analyse médico-techniques (exploration fonctionnelle, laboratoire, imagerie, autres actes médico-techniques),
- dépenses individualisées aux patients (médicaments, produits sanguins, consommables autres, autres actes externes, consultations spécialisées, exploration fonctionnelle, imagerie, laboratoire, prothèses fabriquées dans l'établissement ou achetées à l'extérieur non compris dans le coût du RHS),
- dépenses de logistique (logistique générale, blanchisserie, restauration),
- total de dépenses ajustées, qui comprend les dépenses supplémentaires (issues du redressement) réparties sur les RHA.

Dans le but d'améliorer la performance de l'échelle de coût, des redressements ont été réalisés sur les dépenses de certains de ces postes. L'objectif est de tenir compte, d'une part, des disparités du recueil et de compenser ceux qui sont dus aux caractéristiques trop particulières et prépondérantes de certains établissements et, d'autre part, de l'hétérogénéité de la structure des coûts en logistique générale, en restauration et en blanchisserie des établissements¹⁵.

15 Cf. Guide méthodologique ENC PMSI SSR - Echelle 2ème édition, page 3.

3.1.2.1 L'ajout du coût de structure dans le coût d'échelle du GHJ

Le calcul du coût moyen journalier pour chaque GHJ ne tient pas compte des dépenses de structure. Celles-ci, constituées des frais financiers et de l'amortissement des bâtiments, ont été relevées dans l'étude nationale de coûts SSR mais ne sont pas prises en compte dans la construction de l'échelle de coût GHJ à cause de leur grande volatilité. En effet, la taille et l'ancienneté des bâtiments conditionnent fortement le poids des charges de structure dans le fonctionnement d'un établissement de santé.

Or, dans notre étude, non seulement nous souhaitons prendre en compte tous les types de frais financiers induits par la prise en charge en SSR, mais en plus la mesure des coûts effectuée en HAD intègre, elle, ce coût de structure (cf. *infra* § 3.1.3). Pour être cohérent, il faut donc en tenir compte, d'autant plus que c'est vraisemblablement sur les coûts de structure que peuvent se reporter les différences de coûts les plus significatives entre l'HAD et les SSR.

Comme nous disposons tout de même du recueil de cette information dans l'étude nationale, nous choisissons de l'ajouter au coût d'échelle du GHJ. Pour ce faire, pour chaque GHJ nous additionnons simplement le coût de structure au coût redressé du RHS puis nous effectuons le rapport entre le coût redressé total du RHS (somme du coût redressé du RHS et du coût de structure) et le nombre de journées de présence en semaine et le week-end des patients associés à ce GHJ.

En intégrant le coût de structure, le coût d'échelle du GHJ total augmente de 1,5% à 15% selon le GHJ. Pour rendre compte de cette évolution, nous présentons le tableau suivant (cf. *Tableau 11*), dans lequel apparaissent les coûts moyens d'échelle par CMC avec et sans coût de structure, ainsi qu'une mesure de la variation en pourcentage du coût initial¹⁶.

¹⁶ Le coût moyen présenté pour chaque CMC dans le tableau est une moyenne arithmétique des coûts d'échelle des différents GHJ constituant la CMC.

Tableau 11
Valeurs 2001-2002 des coûts d'échelle moyens par CMC,
avec ou sans comptabilisation des coûts de structure

CMC n°		Hors coût de structure		Avec coût de structure		Variation	
		GHJ n°...	Euros	GHJ n°...	Euros	Euros	%
11	Minimum	19	169	19	179	10	5,7
	Maximum	8	406	8	421	15	3,6
	Moyenne		251		265	14	5,7
12	Minimum	58	186	58	202	16	8,5
	Maximum	21	351	21	377	26	7,5
	Moyenne		264		281	16	6,1
13	Minimum	79	130	79	138	8	6,1
	Maximum	73	343	73	362	19	5,5
	Moyenne		226		239	13	5,9
14	Minimum	99	154	99	162	8	5,5
	Maximum	91	455	91	466	11	2,4
	Moyenne		276		289	13	4,7
15	Minimum	115	154	115	163	9	6,1
	Maximum	103	553	103	568	15	2,7
	Moyenne		280		293	13	4,7
16	Minimum	147	170	147	182	12	7,1
	Maximum	120	375	120	393	18	4,9
	Moyenne		243		257	14	5,8
17	Minimum	<u>168</u>	178	<u>162</u>	191	.	.
	Maximum	158	412	158	420	8	1,8
	Moyenne		247		259	12	4,9
18	Minimum	195	203	195	216	13	6,3
	Maximum	193	295	193	308	13	4,3
	Moyenne		250		264	15	5,8
20	Minimum	201	192	201	205	13	7,0
	Maximum	199	288	199	299	11	3,7
	Moyenne		250		261	12	4,8
30	Minimum	<u>219</u>	184	<u>216</u>	203	.	.
	Maximum	211	311	211	337	26	8,4
	Moyenne		231		248	17	7,5
40	Minimum	236	149	236	156	7	4,4
	Maximum	221	546	221	577	31	5,6
	Moyenne		285		299	15	5,1
50	Minimum	247	115	247	132	17	15,2
	Maximum	239	436	239	451	15	3,4
	Moyenne		239		253	15	6,1
60	Minimum	271	173	271	184	11	6,1
	Maximum	266	395	266	409	14	3,4
	Moyenne		261		277	15	5,8
80	Minimum	277	206	277	218	12	6,0
	Maximum	274	313	274	327	14	4,4
	Moyenne		272		284	12	4,5

Guide de lecture :

Le coût moyen journalier de la CMC 11 est de 251 € si l'on ne tient pas compte du coût de structure dans le coût d'échelle du GHJ et 265 € si on en tient compte, soit une augmentation de 5,7 % (14 €). Au sein de cette CMC, c'est le GHJ n°19 qui présente le coût d'échelle le moins cher que l'on intègre ou non le coût de structure : le supplément de coût est de 10 € pour ce GHJ.

3.1.2.2 Actualisation des coûts d'échelle à l'année 2005

L'étude nationale des coûts 2001-2002 étant la dernière disponible, il est logique que nous actualisions aussi ses valeurs afin de les rendre comparables aux coûts d'HAD et de mieux appréhender la réalité 2006.

Pour cela, nous pondérons les valeurs 2001 par l'évolution de l'indice nominal du coût des soins hospitaliers du secteur public¹⁷ (car notre base de données repose sur les seuls établissements publics). La dernière année disponible pour cet indicateur est 2005. L'évolution entre 2001 et 2005 de l'indice nominal des soins hospitaliers publics est de 17,2%. Nous choisissons donc d'appliquer une pondération de 1,172 aux coûts de SSR de 2001-2002, cette pondération étant minimale car elle ne tient pas compte de l'évolution jusqu'en 2006.

Les résultats de coûts SSR seront ainsi comparables aux tarifs HAD 2006, à une année près en termes d'actualisation des coûts. Cette différence d'un an peut influencer de façon marginale sur les écarts de coûts constatés.

3.1.2.3 Le calcul des coûts journaliers par catégorie d'âge et de dépendance

Puisque l'échelle nationale de coûts PMSI SSR repose sur une valorisation des coûts en fonction du GHJ, pour calculer des coûts moyens journaliers par catégorie d'âge et de dépendance, il est inévitable de se ramener à l'unité du GHJ.

Concrètement, cela s'effectue en calculant, pour chaque catégorie d'âge et de dépendance, la moyenne des coûts des GHJ rencontrés dans cette catégorie dans la base nationale; il s'agit bien sûr d'une moyenne pondérée par le nombre de journées relatives à chaque GHJ.

Exemple du calcul pour une catégorie d'âge et de dépendance donnée

Si on note N le nombre de journées d'hospitalisation en SSR dans la base nationale RHA pour cette catégorie d'âge et de dépendance et si cette catégorie se rattache à K GHJ distincts dans la base nationale, on note :

- $GHJ_1, GHJ_2, \dots, GHJ_K$ ces GHJ;
- N_1, N_2, \dots, N_K les nombres de journées d'hospitalisation associés à chacun de ces GHJ (et tels que $N_1 + N_2 + \dots + N_K = N$);
- C_1, C_2, \dots, C_K les coûts d'échelle journaliers de chacun de ces GHJ dans l'étude nationale de coûts SSR 2001-2002.

Le coût moyen journalier en SSR de la catégorie d'âge et de dépendance considérée, noté C_M est alors donné par la formule :

$$C_M = \frac{1,172 \times \sum_{k=1}^K (N_k \times C_k)}{N}$$

Ensuite, ce calcul est reproduit pour toutes les autres catégories d'âge et de dépendance construites¹.

3.1.3. Calcul du coût moyen journalier en HAD

Nous utilisons les tarifs applicables à l'heure actuelle en HAD, sans distinction entre secteurs public et privé, c'est-à-dire les tarifs officiels de l'année 2006 (faute d'étude de coûts plus complète et récente). Ces tarifs sont indirectement issus du relevé de coûts dans l'enquête¹⁸ ENHAD 2000 et dépendent du groupe homogène de prise en charge (GHPC).

¹⁸ Cette enquête fournit des composantes du coût de prise en charge. Toutefois, la décomposition ne distingue que le coût médical direct individualisable de l'ensemble des coûts de coordination médico-sociale et de fonctionnement. Cette base de données reste néanmoins la seule existante rapportant les coûts HAD au niveau individuel sur un large échantillon de structures d'HAD diverses.

¹⁷ Donnée issue du logiciel Eco-santé de l'IRDES (www.ecosante.fr)

3.1.3.1 Le mode de fixation des tarifs par GHPC en HAD

Ces tarifs d'HAD sont articulés autour d'un tarif de base¹⁹ qui est de 79 € en 2006, et différenciés par GHPC selon des coefficients pondérateurs qui modulent ce tarif de base. Pour chaque séquence de soins en HAD, le GHPC est caractérisé par la combinaison :

- d'un mode de prise en charge principal (ou « protocole principal »);
- d'un mode de prise en charge associé éventuel (ou « protocole associé »);
- d'un niveau de dépendance (codé en indice de Karnofsky).

Chaque GHPC est affecté d'un indice de pondération intermédiaire (IPI), lui-même composé du produit des pondérations individuelles affectées à chacun de ces trois critères cliniques.

Enfin, dans le modèle tarifaire final, un quatrième critère est pris en compte : la durée de prise en charge au sein de la séquence de soins. Ce critère a un effet dégressif sur le tarif : plus le séjour est long, moins le tarif appliqué est important.

Pour chaque séjour, quatre tranches de durée de prise en charge ont été définies. À chaque tranche de prise en charge est également affecté un indice de pondération. Le produit de la pondération intermédiaire de chaque GHPC par celle de la tranche de durée de prise en charge considérée permet d'obtenir un indice de pondération totale nommé IPT.

In fine, ces IPT sont appliqués au tarif de base, puis les tarifs calculés sont regroupés dans 31 classes tarifaires qui sont appelées des groupes homogènes de tarifs (GHT).

Pour tout détail supplémentaire, se reporter au « Guide méthodologique de production du recueil d'informations standardisé de l'hospitalisation à domicile (Applicable au 1^{er} janvier 2005) ».

Le mode de fixation de ces tarifs provenant d'une étude antérieure de l'IRDES basé sur les données de coûts recueillies dans l'enquête ENHAD, nous savons quels éléments de coûts recouvrent ce tarif par GHPC : ils couvrent l'ensemble des coûts de fonctionnement en HAD (coûts médicaux de prise en charge, coûts de

logistique, etc.) ainsi que les coûts de structure des HAD²⁰.

3.1.3.2 L'utilisation des tarifs d'HAD 2006 pour le calcul des coûts moyens de fonctionnement par catégorie d'âge et de dépendance

Dans notre analyse, nous appliquons donc ces tarifs par GHPC de 2006 aux données d'activité d'HAD relevée dans l'enquête ENHAD 2000.

L'ENHAD recueille toutes les variables tarifantes en HAD, c'est-à-dire celles qui permettent de déterminer dans quel GHPC se classe le séjour d'HAD (le protocole de soins principal, le protocole de soins associé et la dépendance du patient) et la durée de séjour qui permettent de construire le groupe homogène de tarif.

Il est donc aisé de calculer les tarifs journaliers en HAD puis de calculer le coût moyen journalier de chaque catégorie d'âge et de dépendance :

- Pour chaque séquence de soins, définie par sa combinaison [protocole de soins principal, protocole de soins associé, dépendance, tranche de durée de séjour], nous appliquons les coefficients de pondération relatifs à chacune de ces 4 variables.
- Cela nous permet de calculer l'indice de pondération totale de chaque tranche de séjour puis de classer celle-ci dans l'un des 31 groupes homogènes de tarifs.
- Afin de prendre en compte les surcoûts générés par l'immobilier et autres facteurs supportés par certaines structures HAD qui sont situées dans des zones géographiques dont la liste est fixée par arrêté ministériel, nous corrigeons le coût journalier de chaque tranche de séjour en HAD par un coefficient géographique²¹.
- Enfin, une fois que nous disposons du coût journalier de chaque tranche de séjour en

¹⁹ En réalité, il y a une très légère différence de tarif entre les établissements publics et privés assurant le service public hospitalier (79,85 €) et les établissements privés n'assurant pas le service public hospitalier (79,21 €), que nous avons négligée ici.

²⁰ Cf. Com-Ruelle *et al.*, 2003 : «Evaluation du coût de la prise en charge globale en hospitalisation à domicile» (rapport n° 1484, IRDES) et «Construction d'un modèle de tarification à l'activité de l'hospitalisation à domicile» (Questions d'économie de la santé n° 69, IRDES).

²¹ Comme pour la tarification à l'activité des établissements MCO d'hospitalisation, ce coefficient est destiné à prendre en compte les surcoûts générés par l'immobilier et autres facteurs supportés par certaines structures HAD qui sont situées dans des zones géographiques dont la liste est fixée par arrêté ministériel. Le principe est notamment de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques, qui modifient de manière manifeste, permanente, et substantielle le prix de revient de certaines prestations. Le surcoût est de 10.0 % pour les départements de Paris et des Hauts-de-Seine.

HAD, nous calculons une moyenne pondérée par catégorie d'âge et de dépendance selon la structure des GHPC (exactement sur le même modèle que pour le SSR, cf. § 3.1.2.2).

3.2 Les conséquences de nos choix méthodologiques

Le recours aux coûts d'échelles par GHJ de l'étude nationale de coûts de 2001-2002 était inévitable, car nous n'avions pas d'autre source de données fiable pour connaître les coûts d'activité en SSR. Toutefois, ce choix a des répercussions importantes sur les résultats produits :

- D'une part, si l'étude nationale de coûts, ayant servi à construire les coûts d'échelle, était basée sur un échantillon d'établissements très diversifié (CH, CHU, hôpitaux locaux, établissements de repos et de convalescence, etc.), les coûts d'échelle produits au final ne varient qu'entre GHJ. Cela signifie, en particulier, que ces coûts moyens par GHJ lissent les disparités de coûts qui peuvent exister entre établissements de nature différente. En utilisant de tels coûts, notre étude ne sera donc pas en mesure de mettre en évidence des variations significatives de coût de prise en charge entre les différents types d'établissements réalisant une activité de SSR²².
- L'échelle de coûts n'a été construite qu'à partir de l'activité d'établissements sous dotation globale (publics et PSPH) : les coûts d'échelle par GHJ ne sont donc théoriquement applicables qu'à l'activité de SSR publique. Pour contourner ce problème, nous avons le choix entre appliquer malgré tout les coûts d'échelle par GHJ à l'activité du secteur privé sous OQN (en dépit des différences de coûts qui existent vraisemblablement entre les deux secteurs) ou bien utiliser uniquement la base nationale publique dans l'analyse et le calcul des coûts moyens de fonctionnement en SSR. C'est cette deuxième option que nous retenons.
- Les coûts de structure, ont été ajoutés aux coûts d'échelle GHJ pour les besoins de l'étude. Il nous paraît légitime de les comptabiliser pour la comparaison avec les coûts en HAD (où les coûts de structure sont lissés

sur les coûts de prise en charge). Toutefois, d'après les concepteurs de l'étude nationale de coûts, ces coûts de structure amènent une variance supplémentaire par rapport aux coûts des GHJ.

- Les coûts d'échelle par GHJ sont déjà relativement anciens (2001-2002) et, la tarification à l'activité ne concernant pas encore les SSR, ils n'ont pas été actualisés pour l'instant. Pour pallier cette limite et rendre les coûts SSR plus comparables aux coûts HAD actualisés pour 2006, nous les pondérons par l'évolution de l'indice de prix nominal des soins hospitaliers publics entre 2001 et 2005. Les résultats de coûts SSR seront ainsi comparables avec les résultats de coût HAD à moins d'une année près en termes d'actualisation des coûts, ce qui ne peut influencer que de façon marginale sur les écarts de coûts SSR/HAD.

En HAD, notre méthode de calcul génère une seule approximation, inhérente au mode de recueil des informations cliniques dans l'ENHAD : à chaque séjour (et donc à chaque patient) est associée une seule combinaison [protocole de soins principal, protocole de soins associé, dépendance]. Cette combinaison est la même pour toute la durée de prise en charge du patient car dans l'enquête les informations cliniques n'ont été recueillies qu'une fois pour chaque séjour d'HAD. Or, dans la réalité, il est possible qu'un patient change de protocole de soins principal ou de niveau de dépendance (si son état s'aggrave ou s'améliore) au cours de son hospitalisation : dès lors, la combinaison des variables tarifantes devrait être adaptée en fonction. C'est d'ailleurs une potentialité offerte par le codage du PMSI HAD (avec une actualisation des données cliniques hebdomadaire) comme c'est le cas aussi dans le PMSI SSR.

Si on disposait d'une telle précision hebdomadaire du recueil, le calcul des coûts moyens journaliers en serait sans doute plus précis.

Enfin, si les tarifs par GHPC ont été calculés en tenant compte de tous les postes de soins, ils ne sont pas appliqués de la même façon aujourd'hui. En effet, la part des honoraires des médecins généralistes, soit 3 %, en est actuellement exclue. Si on l'y ajoute, cela réduirait l'écart de coût entre HAD et SSR.

22 En effet, en raisonnant par profils « comparables » (qu'il s'agisse de profils par âge et dépendance ou bien de profils médicaux), on gomme encore plus les différences de coûts qui auraient pu subsister entre les différents types d'établissements en raison de *case-mix* et de profils de patients traités dissemblables.

4. Estimation des coûts de création

4. Estimation des coûts de création

L'estimation des coûts de création des lits en SSR et des places en HAD complète notre objectif d'analyse. Estimer seulement les coûts de prise en charge en routine dans ces deux types de structure n'est pas suffisant : il faut également tenir compte des montants investis pour ouvrir un lit ou une place supplémentaire et pour amener l'établissement à son seuil de rentabilité.

Cependant, l'estimation de ces coûts spécifiques n'est pas aisée. Elle nécessite des informations particulières que ne fournissent pas les sources de données utilisées pour décrire l'activité (ENHAD 2000 et PMSI SSR 2003). Nous avons donc recours à des informations auxiliaires :

- une enquête *ad hoc* pour la création des places d'HAD ;
- une source bibliographique pour la création des lits de SSR (étude DHOS 2005).

4.1 Coût de création des places en HAD et de montée en charge de l'activité : enquête CCHAD 2006 de l'IRDES

4.1.1 Construction du questionnaire

Concernant le coût de création des places en HAD, aucune information ou donnée à la fois récente et fiable n'est disponible sur le sujet à l'heure actuelle. Or, au cours de ces trois dernières années, de nombreuses structures d'HAD se sont créées et beaucoup de places supplémentaires ont été autorisées et installées dans les structures existantes.

Pour obtenir des informations récentes sur ce sujet, nous avons développé avec l'aide de la Fédération Nationale des Établissements d'HAD (FNEHAD) une enquête *ad hoc* désignée enquête « Coûts de Création en HAD » (CCHAD).

Un questionnaire spécifique construit dans le cadre de cette enquête a été adressé au cours du mois d'avril 2006 à l'ensemble des structures (ou services) d'HAD ayant créé, depuis le 1^{er} janvier 2004, des nouvelles places d'HAD, que ce soit dans le cadre d'une nouvelle structure ou par extension d'une structure préexistante. La FNEHAD nous a permis d'identifier et de contacter 33 structures d'HAD.

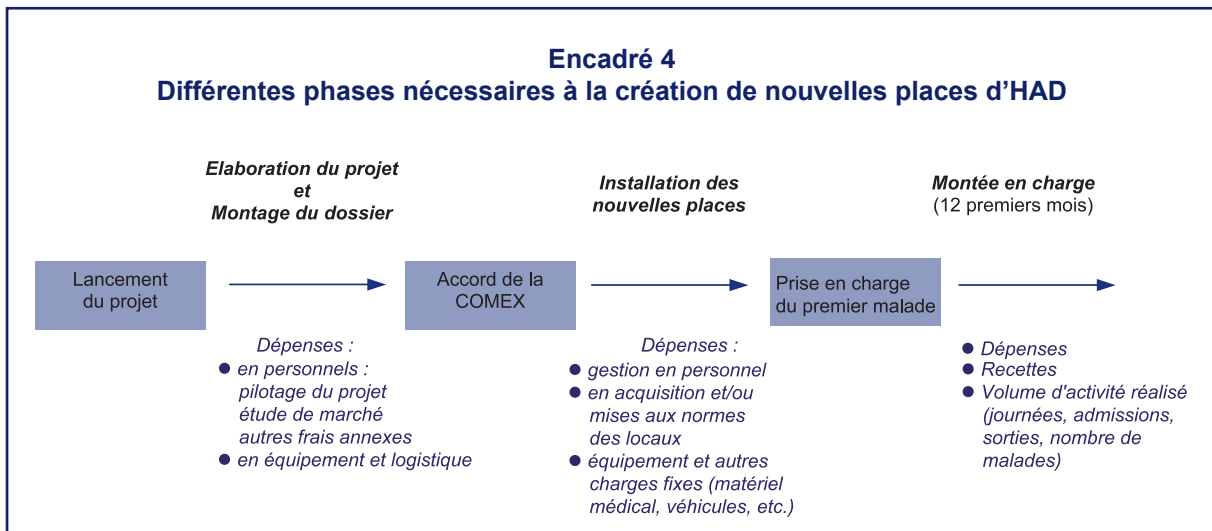
Le recueil de cette enquête porte sur tous les éléments de coûts relatifs à la création de places d'HAD dans ces structures. Nous avons pris garde de distinguer les créations de places dans le cadre d'une nouvelle structure d'HAD (*création ex nihilo*) des créations de places supplémentaires dans une structure déjà existante (*extension de l'HAD*), et ceci en fonction du statut d'établissement et de son mode de financement.

Avant son ouverture et le démarrage de son activité, une structure d'HAD traverse différentes phases de projets qui peuvent être résumées en trois étapes (*cf. Encadré 4*). Qu'il s'agisse de l'extension de l'HAD ou de la création de places *ex nihilo* dans une nouvelle structure, ces phases sont globalement les mêmes :

- **la phase préparatoire d'élaboration du projet et de montage du dossier de création**, qui se termine avec l'accord de la Commission Exécutive de l'ARH (COMEX²³) qui est une étape administrative obligatoire attestant de la viabilité du projet d'HAD. Les dépenses comptabilisées sont relatives aux coûts en personnels liés au pilotage du projet, à l'étude de marché et à d'autres frais annexes (formations, déplacements...), ainsi qu'aux dépenses d'équipement et de logistique ;
- **la phase de mise en place des nouvelles places proprement dites**, qui débute après l'accord de la COMEX et se finit au jour de la prise en charge du premier malade. Cette phase génère des frais spécifiques de gestion et de personnel, des dépenses liées à l'acquisition et à la mise aux normes des locaux de la structure et, enfin, des dépenses d'équipement et autres charges fixes (matériel médical, véhicules, etc.) ;
- **la période de montée en charge²⁴ de l'activité de l'HAD** durant la première année de fonctionnement. En plus du volume d'activité réalisé par la structure (volumes de journées réalisées, d'admissions et de sorties), les dépenses et recettes propres à cette phase ont également été recueillies dans l'enquête CCHAD.

23 La COMEX de l'ARH place en parité les représentants régionaux et locaux de l'État et l'assurance maladie. Elle est présidée par le directeur d'agence et dispose notamment de pouvoir de délibération sur l'autorisation de création, d'extension et de transformation de certaines installations et équipements et des structures de soins alternatives à l'hospitalisation.

24 La période de montée en charge correspond ici à l'évolution de l'activité et des dépenses réalisées lors des premiers mois de fonctionnement de la structure d'HAD, lorsque la structure n'a pas encore atteint son équilibre financier d'exploitation.



Précisons que le recueil ne concerne que les dépenses qui pèsent sur la structure d'HAD et ses promoteurs. Aucun coût de pilotage et de gestion du système n'est pris en compte ici.

Au final, les données recueillies balayent tous les coûts générés durant ces trois phases, qu'il s'agisse de coûts de matériel, de bâtiment, de personnel ou de frais annexes.

- ☛ Le questionnaire complet de l'enquête CCHAD 2006 est présenté en annexe n°1 dans le rapport complémentaire.

Outre ces informations de coûts, nous recueillons également auprès des structures d'HAD des éléments relatifs :

- **aux profils des malades ciblés pour ces nouvelles places d'HAD créées** : typologie des malades en termes de substitut de services ou secteurs d'hospitalisation et les modes de prise en charge principaux envisagés ;
- **aux profils des malades réellement observés et accueillis depuis l'ouverture de ces nouvelles places d'HAD** : les principales catégories de malades traités en termes de substitut de services ou secteurs d'hospitalisation et les cinq modes de prise en charge principaux les plus fréquents ;
- **à l'origine du financement global du projet** : si la structure a eu recours à des financements extérieurs, il y a un recueil du type et du montant du financement (capitaux propres, emprunts, subventions éventuelles demandées, autres modalités de financement), montant total et durée de mise à disposition du financement total, et proportion des dépenses concernant les phases du projet précédant l'accueil du premier malade couverte par ce financement ;

- **aux salariés de base nécessaires à l'ouverture de l'HAD** : personnels médicaux, paramédicaux, administratifs... présents lors du démarrage de l'activité de la structure pour prendre en charge les premiers malades.

Certaines de ces informations font partie des éléments constitutifs du dossier de création ou de renouvellement de places en HAD déposé par les promoteurs auprès de leur ARH.

4.1.2 Description des structures répondantes

Le questionnaire CCHAD a été envoyé au cours du mois d'avril 2006 aux 33 structures ayant créé des places d'HAD entre janvier 2004 et mars 2006. Parmi ces structures, 13 nous ont renvoyé le questionnaire avant la fin juin 2006, soit un taux de participation de 36%. Seuls 12 de ces questionnaires sont exploitables, le dernier étant rempli de façon trop incomplète. La description des structures répondantes présentée ci-après et les analyses de coûts réalisées porteront uniquement sur ces 12 structures.

Toutes les structures répondantes sont de nouvelles structures, créées *ex nihilo* en France. Par conséquent, nous ne disposons d'aucun exemple d'extension d'HAD et donc de données relatives à des créations de places supplémentaires. Pourtant, il est probable que la participation de structures d'HAD créant des places par extension diminuerait le coût moyen de création de nouvelles places car l'investissement nécessaire pour créer ces places supplémentaires est moindre.

Tableau 12
Statut juridique des structures d'HAD participantes

Statut juridique	Nombre de structures	Rattachement à une entité juridique	
		Oui	Non
Public	3	Oui	3
Privé non lucratif et/ou PSPH (ex-Budget Global)	3	Oui	2
		Non	1
Privé non lucratif (ex-OQN)	6	Oui	2
		Non	4

Source : CCHAD 2006 IRDES

Tableau 13
Nombre de places autorisées et installées des structures d'HAD participantes

N° de la structure	Places autorisées	Places installées	Taux d'installation	Bassin de population couvert (x 1 000 habitants)
01	30	30	100 %	451
02	40	40	100 %	235
03	30	30	100 %	408
04	15	15	100 %	71
05	35	20	57 %	60
06	40	23	58 %	220
07	30	5	17 %	150
08	12	12	100 %	40
09	50	50	100 %	500
11	60	21	35 %	277
12	30	30	100 %	400
13	23	8	35 %	13
Moyenne	33	24		235

Source : CCHAD 2006 IRDES

Tableau 14
Dates importantes dans le processus de création des structures d'HAD

N° de la structure	Année	Dates de création de la structure			Date de mise en service de l'HAD	
		Lancement du projet de création	Obtention de l'accord de la COMEX	Durée de la phase 1 (en mois)	Prise en charge du premier malade	Durée de la phase 2 (en mois)
09	2003	30-août-03	18-mai-04	8,7	01-juil-05	13,6
12	2004	01-janv-99	01-oct-02	45,6	15-janv-04	15,7
13	2004	13-oct-00	05-juin-01	7,8	10-janv-04	31,6
03	2004	01-janv-02	11-sept-03	20,6	14-sept-04	12,3
01	2004	20-juin-02	02-déc-03	17,7	04-mai-04	5,1
08	2005	non renseigné	non renseigné	.	non renseigné	.
11	2005	30-mars-01	19-oct-04	43,3	04-juil-05	8,6
05	2005	01-sept-01	26-avr-05	44,4	10-nov-05	6,6
02	2005	01-janv-03	19-oct-04	21,9	01-juil-05	8,5
06	2005	01-janv-04	25-mars-05	14,8	01-nov-05	7,3
07	2006	01-déc-04	12-oct-05	10,5	20-févr-06	4,4
04	2006	01-févr-05	18-oct-05	8,6	10-janv-06	2,8
Moyenne				22,2		10,6

Source : CCHAD 2006 IRDES

La moitié des structures nouvellement créées retenues dans notre enquête sont des établissements privés non lucratifs (ex-OQN) : 2 d'entre elles sont adossées à une entité juridique préexistante (cf. Tableau 12). Les 3 structures publiques sont rattachées à un centre hospitalier. Enfin, 3 structures ont été créées sur un modèle privé non lucratif (anciennement sous Budget global), dont 2 sont adossées à une autre entité juridique (réseau de soins mutualiste pour l'une, prestataire de service pour l'autre).

Le nombre de places autorisées varie de 12 à 60 (moyenne de 33). Quant au nombre de places réellement installées, il varie de 5 à 50 pour la plus grosse structure. Cette dernière est également celle qui couvre potentiellement le plus gros bassin de population (500 000 habitants); la moyenne de population couverte par les structures d'HAD enquêtées se situe aux alentours de 235 000 habitants.

Trois dates essentielles permettent de jaloner les différentes étapes permettant de créer une structure d'HAD opérationnelle, prête à prendre en charge son premier malade :

- la date de lancement du projet de création,
- la date d'accord de la COMEX,
- enfin, la date de la prise en charge du premier malade.

Le tableau 14 présente ces dates pour les 12 structures participant à l'enquête CCHAD, des plus anciennes au plus récentes.

Il existe une grande variabilité dans la durée de ces étapes, et notamment de la phase qui précède l'obtention de l'accord de la COMEX.

La durée qui s'est écoulée entre l'initiation du projet et l'accord final de la COMEX (appelée « phase 1 ») est en moyenne de 22 mois pour les HAD enquêtées, avec tout de même 3 cas où cette phase a pris plus de 3 ans et demi.

La phase 2 (entre l'agrément de la COMEX et la prise en charge effective du premier patient) est sensiblement plus courte : la plupart des structures ont mis moins de 10 mois, mais certaines ont mis plus d'un an, voire presque 3 ans dans le cas le plus extrême.

Lors du montage du projet d'HAD, le promoteur de la structure évalue les besoins en HAD du bassin de population qu'il va couvrir, voire cible *a priori* certains types de prises en charge précises qui pourront être réalisées dans le cadre de son

HAD. Rappelons que l'hospitalisation à domicile est par nature généraliste ou polyvalente car elle a vocation à prendre en charge des malades « polypathologiques ». Cependant, elle peut développer en son sein des compétences propres, des expertises sur des disciplines particulières dominantes qui ne remettent pas en cause la polyvalence, ces interventions étant assurées par des personnels spécialisés.²⁵

Les deux tableaux suivants font état de ce « positionnement médical » en questionnant les promoteurs de l'HAD sur :

- le type de soins auquel l'HAD créé est censée se substituer (médecine, chirurgie, SSR, gériatrie, etc.);
- les modes de prise en charge qu'ils pensent réaliser *a priori* dans le cadre de leur HAD (assistance respiratoire, nutrition parentérale, soins palliatifs, etc.).

Les différentes orientations médicales choisies par les HAD peuvent nécessiter des investissements différents en matériels et professionnels et donc induire des coûts de création différents entre les structures selon la population ciblée. Toutefois, nous ne pouvons pas prendre cet aspect en compte.

Tableau 15
Ciblage *a priori* de l'HAD en tant que substitut de soins

Structure d'HAD pensée comme un substitut de... (plusieurs réponses possibles)		
Pas de ciblage <i>a priori</i>	4 structures	sur 12
SSR	6	sur 8
Médecine autre	5	sur 8
Obstétrique	3	sur 8
Gériatrie	3	sur 8
Chirurgie	2	sur 8
Autres	2	sur 8

Source : CCHAD 2006 IRDES

Parmi les 12 structures répondantes, 4 n'ont pas ciblé *a priori* de profil de patients et n'ont pas d'idée préconçue sur le type de soins auquel leur HAD doit se substituer. Chez les 8 structures ayant ciblé *a priori* au moins un profil de patients :

²⁵ Cf. Circulaire DHOS n°03/2006/506 du 1^{er} décembre 2006 ayant pour objet de préciser le rôle spécifique et les missions de l'hospitalisation à domicile.

- 6 responsables pensent qu'ils vont œuvrer en substitution du SSR (entre autres, puisque plusieurs réponses par HAD étaient possibles);
- 5 positionnent leur HAD également comme substitut de soins de médecine.

Ces 8 structures ont également fourni les modes de prise en charge principaux qu'elles pensaient devoir et pouvoir réaliser dans leur activité (cf. *Tableau 16*).

Tableau 16
Modes de prise en charge envisagés par les promoteurs des HAD de l'enquête CCHAD

Modes de prise en charge principaux	Nombre d'HAD concernées (sur un total de 8 HAD ayant une idée préconçue sur les besoins à couvrir)
Soins palliatifs	7
Prise en charge de la douleur	6
Pansements complexes	6
Soins de nursing lourds	5
Assistance respiratoire	4
Nutrition parentérale	4
Post-traitement chirurgical	4
Rééducation orthopédique	4
Rééducation neurologique	4
Surveillance post-chimiothérapique	4
Chimiothérapie	3
Nutrition entérale	3
Surveillance de grossesse à risque	3
Post-partum physiologique	3
Post-partum pathologique	3
Traitement par voie veineuse	2
Autres traitements	2
Education du malade et de son entourage	2
Prise en charge du nouveau-né	2
Radiothérapie	1
Surveillance d''aplasie	1
Autre mode de prise en charge*	1
Transfusion sanguine	0

Source : CCHAD 2006 IRDES

* Il s'agit d'une prise en charge psychologique/sociale

Les soins palliatifs sont envisagés de manière quasi unanime comme un mode de prise en charge qui sera effectué par l'HAD. Suivent, avec 6 réponses positives sur 8 HAD répondantes, les protocoles de prise en charge de la douleur et de pansements complexes. Notons enfin que 4 HAD sur 8 envisageaient une activité de rééducation (neurologique ou orthopédique).

4.1.3 Le traitement de la non-réponse et les extrapolations nécessaires

L'intégralité du recueil des données et des traitements qui sont réalisés afin de produire des coûts de création distingue systématiquement les phases 1), 2) et 3) de la naissance d'une HAD, définies précédemment.

Les réponses fournies par les structures d'HAD n'étant pas exhaustives, dans certains cas des extrapolations et imputations ont dû être effectuées.

Phase 1 : Élaboration du projet et montage du dossier de création

La phase 1 comporte 4 postes de dépenses potentielles :

- le pilotage du projet : coûts attribuables aux promoteurs du projet;
- l'étude de marché : coûts attribuables aux ressources humaines complémentaires à l'équipe de pilotage;
- les frais annexes : coûts attribuables au pilotage du projet et à l'étude de marché;
- l'équipement et la logistique.

Pour les 3 premiers postes de dépenses, nous recueillons les temps de travail et les coûts totaux réels qui leur sont associés. Les coûts afférents comprennent uniquement des rémunérations de personnels ou de prestations. Ces coûts et ces temps de travail peuvent être réalisés par des personnes rémunérées par l'HAD ou rémunérées par d'autres sources : par exemple, dans le cas où une HAD est rattachée à un hôpital public, il peut s'agir d'une personne salariée par l'hôpital.

Dans le recueil des coûts d'équipement et de logistique nous différencions les coûts d'investissement (par exemple, les achats qui feront l'objet d'un investissement) des coûts d'exploitation (location).

Phase 2 : Installation des nouvelles places

La phase 2 comprend :

- les frais de gestion en personnel (secrétariat, expert comptable...) qui ont été nécessaires spécifiquement à cette phase ;
- les dépenses liées à l'acquisition et à la mise aux normes des locaux de la structure ;
- les dépenses d'équipements et autres charges fixes pour le démarrage de la structure : matériel médical, équipement et logistique diverse et les frais relatifs aux transports (achats de voitures, etc.).

Durant ces deux phases de leur projet de création, les promoteurs d'HAD peuvent s'investir

personnellement et/ou avoir des collaborateurs bénévoles, de même ils peuvent bénéficier gratuitement de locaux ou de tout autre type d'équipements. Ainsi, lors du recueil sont distingués systématiquement les personnels rémunérés des personnels bénévoles; pour ces derniers, il est demandé au promoteur de l'HAD une estimation des coûts qui leur sont associés. De même, pour les coûts relatifs aux équipements et aux locaux, nous distinguons systématiquement les achats, les locations et les mises à disposition à titre gratuit.

Cependant, les coûts relatifs aux personnels (rémunérés ou non), ainsi que les coûts des équipements ou des locaux mis à disposition gratuitement, ne sont pas systématiquement renseignés. Nous procédons donc à certaines estimations *a posteriori* (cf. Encadré 5).

Encadré 5 Extrapolations réalisées aux phases 1 et 2

Nous valorisons les temps de travail passés par des personnes non rémunérées dans la phase 1 et 2, en multipliant ces temps de travail par le salaire moyen de leur catégorie professionnelle en équivalent temps-plein (la plupart du temps, ces informations sont déjà fournies par la structure HAD dans le questionnaire).

Pour un poste de dépenses donné, lorsque le temps total passé par certains professionnels d'une structure est renseigné dans le questionnaire, mais pas le coût total réel associé, nous estimons le coût total en multipliant le nombre de jours consacrés par le coût journalier moyen associé à ce poste de dépenses calculé en effectuant la moyenne des coûts moyens journaliers affectés à ce poste par les autres structures HAD.

Nous estimons également le coût des équipements ou des locaux qui ont été mis à disposition à titre gratuit.

- Pour les structures qui affirment louer leurs locaux mais ne fournissent pas le montant du loyer, nous extrapolons un loyer mensuel moyen à partir du nombre de pièces déclarées (hors parkings) en déterminant un coût mensuel par pièce à partir des loyers et nombre de

pièces (hors parkings) renseignés par les autres structures.

- Certaines structures dont les locaux sont en location ne renseignent pas les frais annexes relatifs au bail (assurance logement, montant du dépôt de garantie, etc.). Quand, d'après les informations sur les autres structures, ce montant semble relativement stable ou du moins présenter une régularité par rapport au montant du loyer, nous essayons de le déduire : par exemple, quand le montant du dépôt de garantie est inconnu, nous l'estimons à deux fois la valeur du loyer mensuel, ce qui est la norme.

Afin de parvenir à un coût global de locaux durant la phase 2, le loyer mensuel est multiplié par le nombre de mois qu'a duré la phase 2.

Dans le cas d'achat des locaux, nous affectons un *pro rata* du coût de l'achat et du crédit associé selon le rapport entre la durée de la phase 2 et une durée totale de 15 ans, sous l'hypothèse d'un investissement amorti sur 15 ans et d'un crédit de cette durée. Par exemple, si la phase 2 a duré 1 an, nous valorisons 1/15^e du prix de l'appartement acheté et du crédit consenti.

Une fois ces extrapolations réalisées, nous calculons des coûts associés à ces premières phases du projet de création.

Nous calculons à la fois des coûts moyens par phase et par poste : le coût en personnel pour les phases 1 et 2, le coût en équipement et logistique pour les phases 1 et 2 et le coût des locaux pour la phase 2.

Ces coûts moyens totaux sont calculés en considérant à chaque fois l'ensemble des structures ayant renseigné simultanément les coûts associés aux deux postes de dépenses.

Puis dans un deuxième temps, nous calculons des coûts moyens correspondant aux différents postes de dépenses, pour les deux phases confondues : le coût en personnel et le coût en équipement et logistique (intégrant le coût des locaux).

Les coûts de ces deux postes de dépenses pour les deux phases réunies sont sommés afin d'estimer le coût global de l'investissement nécessaire à la mise en place d'une structure d'HAD en moyenne²⁶.

Phase 3 : Montée en charge et équilibre d'exploitation

La phase 3 débute au jour de la prise en charge du premier patient et couvre théoriquement toute la période de montée en charge avant que la structure HAD parvienne à l'équilibre d'exploitation (c'est-à-dire que les recettes du mois de la structure sont supérieures à ses dépenses du mois). En pratique, nous avons borné cette période à un maximum de 12 mois, même si la structure d'HAD n'a pas atteint son équilibre.

Pour cette phase, nous recueillons des données de dépenses et de recettes totales (prix de journée perçus par l'HAD), ainsi que l'activité (nombre de journées réalisées, admissions, sorties, malades distincts traités) mensuelle durant les 12 premiers mois de fonctionnement de la structure d'HAD, relatives aux places effectivement installées.

Dans la construction du coût de la phase 3, la question la plus importante est celle du choix de l'agrégat à comptabiliser : les dépenses ou les recettes de la structure ? Conceptuellement,

cela est censé donner le même résultat, mais en pratique il existe des écarts parfois importants entre dépenses et recettes d'une structure d'HAD, surtout durant les 3 premiers mois d'activité.

Dans une première approche, nous avons analysé séparément les deux et calculé pour chaque structure d'HAD et en moyenne, une dépense totale et une recette totale. En effet, il paraît légitime de considérer les dépenses si l'on veut assurer une certaine cohérence avec les coûts mesurés pour les phases 1 et 2 (qui représentent les efforts investis pour créer des places d'HAD). *A contrario*, si l'on se place du point de vue du financeur et dans une perspective de comparaison avec les coûts de création des lits de SSR, il faut considérer les recettes générées par l'activité de l'HAD.

Parmi les 12 structures répondantes, 8 ont fourni à la fois des éléments de dépenses, de recettes et d'activité permettant de calculer les coûts moyens journaliers par structure. Les quatre structures n'ayant pas répondu sont exclues des calculs de recette/dépense moyenne et d'extrapolation qui suivent.

Dans les cas où le recul de l'activité n'était pas suffisant en avril 2006 pour disposer des 12 premiers mois d'activité, nous extrapolons les dépenses/recettes mensuelles pour calculer des dépenses/recettes totales pour une année complète. Selon les structures, le nombre de mois pour lesquels les dépenses ou recettes ont été renseignées varie entre 3 et 12.

Nous cherchons, au final, à produire des coûts totaux ou moyens ramenés à une année entière. Néanmoins, de façon intermédiaire, nous devons utiliser pour les dépenses et les recettes :

- un montant total sur la période d'observation calculé sur les X mois pour lesquels l'information est connue (X allant de 3 à 12) ;
- un montant moyen par place d'HAD installée, calculé sur la période de X mois connue ;
- un montant journalier moyen sur la période relevée, c'est-à-dire une dépense (respectivement une recette) moyenne par journée réalisée.

Remarquons que le montant moyen par place installée prend en compte implicitement le taux d'occupation²⁷ réel des places d'HAD des différentes structures²⁸.

²⁶ Ces coûts d'investissement moyens (global, personnel, équipement et logistique) ne sont donc pas tout à fait égaux à la somme des coûts moyens des phases 1 et 2 calculés. Certaines structures n'ayant pas renseigné tous les postes de dépenses dans le questionnaire, nous avons calculé le coût moyen de chaque poste de dépenses en nous basant uniquement sur les structures ayant renseigné les valeurs associées à ce poste afin de ne pas biaiser les estimations.

²⁷ Le taux d'occupation mensuel est défini par le ratio entre le nombre de journées réalisées par une HAD durant un mois et le potentiel total de journées réalisables (c'est-à-dire : potentiel de journées réalisables = nombre de places installées * 30,5 jours).

²⁸ Il faut bien concevoir ici un montant moyen par place installée et notamment le différencier d'un montant par place occupée. La

Nous souhaitons calculer au final, pour chaque structure d'HAD et en moyenne pour toutes les structures trois types de montants :

- une **dépense/recette annuelle totale** (extrapolée à une année complète);
- une **dépense/recette annuelle moyenne par place installée** (extrapolée à une année complète);
- une **dépense/recette journalière moyenne**.

Les valeurs qui nous intéressent particulièrement *in fine* sont le **coût moyen par place installée** extrapolé à une année complète et le **coût journalier moyen** d'une place d'HAD la première année de fonctionnement.

Ce sont ces montants annuels moyens par place installée pour une année complète qui font essentiellement l'objet des analyses et de la présentation des résultats. Pour la confrontation avec les coûts de création des lits de SSR, ce sont les montants de recettes qui sont utilisés.

Afin de calculer le coût moyen par place installée en année complète nous avons suivi les étapes suivantes.

- 1) À partir des X mois connus pour chaque structure, un coût moyen par place installée est calculé en divisant la dépense (respectivement la recette) totale sur la période de X mois par le nombre de places installées dans la structure.
- 2) Pour les 12 - X mois manquants, en revanche, il n'est pas possible d'annualiser simplement en multipliant par une fraction 12 / X pour se ramener à 12 mois, car ce serait ne pas tenir compte de l'évolution tendancielle de chaque structure (tendance à voir sa recette mensuelle augmenter régulièrement ainsi que son taux d'occupation s'accroître).

Ainsi, pour calculer la dépense (respectivement la recette) par place installée pour la période manquante, il faut multiplier, pour chaque structure :

- le coût journalier moyen (calculé sur la période de X mois),

recette (ou la dépense) moyenne par place installée qui nous intéresse ici consiste à diviser les recettes perçues par l'HAD durant une période donnée par le nombre de places installées par cette HAD, que celles-ci soient ou non occupées. Ainsi la recette moyenne par place installée prend en compte implicitement le taux d'occupation de la structure d'HAD, contrairement à la recette par place occupée (ainsi un montant par place occupée sera toujours supérieur à un montant par place installée, ou bien égal si le taux d'occupation est de 100 %).

- par le nombre de jours manquants pour faire une année complète, c'est-à-dire un facteur $365 * (12 - X) / 12$,
- et par le taux d'occupation moyen de toutes les structures d'HAD durant tous les mois d'activité connus.

Ainsi, on obtient une dépense moyenne (respectivement une recette moyenne) par place pondérée par le taux d'occupation moyen, en optant pour un facteur de pondération fixe, en l'occurrence le taux moyen sur tous les mois et toutes les structures.

- 3) En sommant le montant de l'étape 1) et celui de l'étape 2) on obtient une dépense (respectivement une recette) moyenne par place installée extrapolée à l'année entière pour chaque structure d'HAD. Il suffit alors de calculer la moyenne de ces valeurs sur l'ensemble des structures enquêtées.

4.2 Coût de création des lits en SSR : étude DHOS 2005

Pour obtenir des renseignements sur le coût de création des lits et des places en SSR, nous consultons les résultats d'une étude menée par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) en 2005²⁹ sur les « coûts de création et de conversion » des lits et places en SSR.

Cette enquête, réalisée par le biais des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), cherche à mesurer le nombre de créations effectives *ex nihilo* et de conversions de lits et de places en SSR. Ce nombre de créations et de conversions est mesuré pour l'année 2005 et estimé par anticipation pour l'année 2006.

Pour l'année 2005, les créations en SSR sont estimées à :

- 1 079 lits et 121 places créés *ex nihilo*;
- 237 lits convertis.

Les prévisions 2006 (basées sur les ouvertures de lits déjà prévues) permettent d'estimer les créations en SSR pour 2006 :

²⁹ Plus précisément, cette enquête a été menée par le Bureau du financement de l'hospitalisation privée de la DHOS (bureau F3) dans le cadre de l'élaboration de la campagne tarifaire 2006. Pour les créations, 25 régions en France (dont 4 en DOM) ont répondu. Pour les conversions 19 régions ont participé, mais seules 8 ont recueilli des données de lits convertis.

- 509 lits et 102 places créés *ex nihilo* ;
- 316 lits convertis.

Soulignons d'emblée que cette étude ne fournit aucun élément de coût permettant d'estimer le coût d'investissement nécessaire à la création d'un lit/place en SSR. Il faudrait une enquête spécifique pour répondre à cette question.

L'enquête permet d'estimer un coût associé à ces ouvertures de lits et de places en SSR. Le calcul mené cherche uniquement à mesurer les coûts de fonctionnement de départ liés à ces nouveaux lits/places de SSR et ainsi à anticiper la facture associée à la charge de l'Assurance maladie. Ainsi, l'estimation se fonde essentiellement sur les tarifs de prix de journée facturés et sur les facturations annexes (forfait d'entrée, forfaits spécifiques pour l'hospitalisation partielle, etc.), qui sont pondérés par les taux d'occupation estimés et qui tiennent compte du *case-mix* des patients pris en charge en SSR.

Par ailleurs, concernant les lits/places nouvellement installé(e)s à l'occasion d'une conversion (de lits ou places de l'activité MCO des établissements), il serait logique de défalquer le coût des lits/places supprimés et de raisonner en termes de coût marginal, mais l'étude de la DHOS ne fournit aucune donnée à ce sujet. Il n'est pas non plus possible de raisonner en ces termes en HAD : d'une part parce que nous ne disposons pas de données adéquates et d'autre part parce qu'en HAD la notion de conversion n'a pas vraiment de sens³⁰.

Ainsi, dans notre travail, le raisonnement est fondé uniquement sur des coûts supplémentaires induits en SSR et en HAD.

Ce calcul s'éloigne donc sensiblement à la fois d'une étude de coûts classique – puisqu'elle ne reprend pas les principes de la comptabilité analytique et n'intègre pas spécifiquement les dépenses de structure, de logistique, de blanchisserie, etc. – et de la mesure des coûts de création de places d'HAD qui a pu être mise en œuvre à partir de l'enquête CCHAD 2006.

La comparaison des coûts de création en HAD et en SSR sera très restrictive car les conceptions employées dans l'enquête de la DHOS et dans l'enquête *ad hoc* menée par l'IRDES diffèrent largement. En particulier, les coûts d'investissement nécessaires à la création d'une HAD qui ont été

mesurés dans l'enquête CCHAD ne pourront pas être mis en regard avec des coûts similaires en SSR. Seuls les coûts de montée en charge avant de parvenir à l'équilibre d'exploitation de l'HAD (« phase 3 ») pourront être directement comparés avec les coûts de création fournis ici.

Dans l'étude DHOS, les coûts sont d'abord mesurés à partir de la date de création du lit ou de la place jusqu'à la fin de l'année civile, puis ils sont extrapolés en un coût total en « année pleine »³¹, tout en tenant compte du taux d'occupation moyen. Les coûts peuvent ensuite être ramenés à des coûts moyens journaliers.

Toutefois, les coûts de création extrapolés à une année pleine sont difficilement comparables aux coûts de montée en charge calculés à partir de l'enquête CCHAD dans la mesure où la méthodologie d'extrapolation diffère, notamment dans la prise en compte des taux d'occupation des lits et places :

- Pour les recettes des structures d'HAD nous avons extrapolé les recettes des mois manquants en utilisant un taux d'occupation moyen de ces premiers mois calculé à partir des structures pour laquelle cette information est connue. Par exemple, s'il manque les mois 10, 11 et 12 pour une structure, nous reconstituons les recettes de cette structure en utilisant les coûts journaliers moyens sur les mois 1 à 9 et en extrapolant avec le taux d'occupation de chaque mois constaté par ailleurs pour les structures dont on connaît l'activité pour ces mois précis.
- Le calcul de l'étude DHOS prend également en compte un coût journalier par lit multiplié par un taux d'occupation, mais celui-ci est calculé sur l'ensemble de l'activité des années précédentes des établissements de SSR (et pas uniquement sur une première année de fonctionnement). Le taux d'occupation utilisé est donc maximaliste (supérieur à 90 %)

Ainsi, il est délicat de comparer les deux estimations car le taux d'occupation utilisé n'est pas le même.

30 Depuis que le change de lits n'est plus obligatoire pour ouvrir une place d'HAD, la notion de conversion est devenue largement virtuelle en HAD, même si, en pratique, les ARH continuent à fermer des lits de MCO.

31 Ce coût total est exprimé soit en coût « année pleine » (coût journalier x 365 jours), soit en coût réel depuis la date d'ouverture de l'établissement (coût journalier x durée entre la date d'ouverture et le 31 décembre 2005).

Partie 2
Résultats

1. Comparaison des coûts de fonctionnement en SSR et en HAD

1. Comparaison des coûts de fonctionnement en SSR et en HAD

En routine, sur l'ensemble de l'activité considérée comme superposable entre SSR et HAD, le coût moyen journalier de fonctionnement s'établit à 263 € en moyenne par lit/place en SSR contre 169 € en HAD, soit un ratio de 1,6 entre ces deux types de structure.

Cette comparaison étant globale et n'intégrant pas les différences de *case-mix* entre SSR et HAD, nous affinons la comparaison en déclinant les coûts journaliers successivement selon le niveau de dépendance, l'âge et le profil médical.

Rappelons qu'en déclinant les coûts de fonctionnement par profil de patient, nous assimilons alors la « discipline d'équipement SSR » au « profil du malade pris en charge en SSR » afin de faire un parallèle avec l'HAD.

1.1 Coûts moyens de fonctionnement par classe de dépendance

Le coût moyen journalier par lit/place augmente avec le degré de dépendance en SSR comme en HAD. Le ratio de coût SSR/HAD passe de 1,6 à 1,9 pour les patients les plus autonomes.

Pour connaître la déclinaison par classe de dépendance de l'activité de SSR et d'HAD appartenant au champ recouvrable, voir le Tableau 8 page 43.

Il est logique de constater que le coût moyen journalier par lit/place augmente fortement avec le degré de dépendance des patients, en HAD comme en SSR. Chez les patients hospitalisés en HAD, il passe de 123 € pour les patients autonomes (score AVQ = 6) à 190 € pour les plus dépendants (score AVQ entre 19 et 24). Pour ces mêmes scores, il passe de 229 € à 325 € pour les patients hospitalisés en SSR (cf. Tableau 17 page suivante).

Nous remarquons également que le coût moyen des patients autonomes en SSR est plus élevé que le coût moyen des patients les plus dépendants en HAD.

Quelle que soit la classe de dépendance considérée, le coût moyen journalier en SSR est plus élevé qu'en HAD ; le rapport de coût (ou ratio SSR/HAD) varie de 1,6 à 1,9 selon le niveau de dépendance. L'écart est maximal chez les patients les plus autonomes (ratio SSR/HAD de 1,9 contre 1,6 sur l'ensemble des patients) et s'atténue chez les patients les plus dépendants.

1.2 Coûts moyens de fonctionnement par classe d'âge

Chez les patients adultes, lorsque l'âge augmente, les coûts moyens journaliers varient peu et le ratio de coût SSR/HAD diminue légèrement de 1,6 à 1,4. Les enfants constituent une exception notable avec un ratio SSR/HAD de 2,5 du fait d'un coût très augmenté en SSR et nettement abaissé en HAD.

Pour avoir un aperçu de l'activité de SSR et d'HAD appartenant au champ recouvrable selon les classes d'âge, se reporter au Tableau 8 page 43.

Le coût moyen journalier augmente à peine avec l'âge des patients adultes en HAD, passant de 167 € pour les patients âgés entre 16 et 79 ans à 179 € pour les plus âgés, alors qu'il est nettement plus bas pour les enfants (130 €) : rappelons à cet égard que les parents, outre les soins d'aide à l'enfant, prennent parfois eux-mêmes une partie de la charge en soins médicaux après éducation thérapeutique (cf. Tableau 17).

Le coût moyen journalier varie peu selon l'âge en SSR (entre 254 € et 271 €), sauf chez les enfants où il est cette fois nettement plus élevé qu'aux âges supérieurs (331 €). Le minimum constaté en SSR est là encore supérieur au maximum constaté en HAD.

Alors que la différence de coût entre SSR et HAD baisse légèrement lorsque l'âge augmente chez les adultes, elle culmine remarquablement chez les enfants : le coût moyen journalier pour les patients de 15 ans et moins est 2,5 fois plus élevé en SSR (331 € contre 130 € en HAD).

1.3 Coûts moyens de fonctionnement par classe d'âge et de dépendance

L'effet d'âge majorant l'écart entre HAD et SSR chez les enfants n'a d'impact que pour les niveaux de dépendance les plus faibles.

Le croisement des critères de dépendance et d'âge permet de constater que la tendance de l'âge à majorer l'écart entre HAD et SSR chez les enfants est surtout vérifiée pour les faibles scores de dépendance. En effet, le ratio de coût moyen journalier SSR/HAD est de 2,7 chez les enfants pour le score de dépendance minimal de 6 et il monte à 3,4 pour les scores de 7 à 12 (cf. Tableau 17).

Rappelons à ce propos qu'en HAD, le score de dépendance s'exprime vis-à-vis du personnel de soins et que la plupart des soins d'aide à la personne (ici l'enfant) sont assumés naturellement par les parents, ce qui minimise les coûts par rapport à une prise en charge en hospitalisation complète où les soignants réalisent l'ensemble des soins médicaux et d'aide. Aussi, il n'est pas surprenant de constater que chez les enfants considérés comme faiblement dépendants vis-à-vis des soignants, l'écart des coûts entre SSR et HAD soit important, puisque notre analyse ne comptabilise pas les coûts supportés par la famille du patient dans le cadre d'une HAD.

Toutefois, le coût moyen journalier est nettement plus élevé chez les patients de 15 ans et moins qui présentent une dépendance élevée (score ≥ 13), aussi bien en HAD qu'en SSR.

Hormis ces deux valeurs extrêmes, le ratio SSR/HAD reste assez concentré puisqu'il ne varie que de 1,5 à 1,8.

Tableau 17
Coûts moyens de fonctionnement en SSR et en HAD selon le degré de dépendance et l'âge

Classes de dépendance (échelle AVQ)	Classes d'âge	Coût moyen journalier SSR (€)	Coût moyen journalier HAD (€)	Ratio SSR/HAD
6	≤ 15 ans	279 €	104 €	2,7
	16 - 64 ans	233 €	140 €	1,7
	65 - 79 ans	225 €	124 €	1,8
	≥ 80 ans	223 €	126 €	1,8
	Total	229 €	123 €	1,9
7-12	≤ 15 ans	294 €	87 €	3,4
	16 - 64 ans	241 €	133 €	1,8
	65 - 79 ans	231 €	144 €	1,6
	≥ 80 ans	227 €	131 €	1,7
	Total	234 €	135 €	1,7
13-18	≤ 15 ans	331 €	225 €	1,5
	16 - 64 ans	293 €	161 €	1,8
	65 - 79 ans	266 €	165 €	1,6
	≥ 80 ans	260 €	165 €	1,6
	Total	268 €	164 €	1,6
19-24	≤ 15 ans	356 €	222 €	1,6
	16 - 64 ans	342 €	186 €	1,8
	65 - 79 ans	319 €	184 €	1,7
	≥ 80 ans	312 €	202 €	1,5
	Total	325 €	190 €	1,7
Total	≤ 15 ans	331 €	130 €	2,5
	16 - 64 ans	271 €	167 €	1,6
	65 - 79 ans	254 €	167 €	1,5
	≥ 80 ans	259 €	179 €	1,4
	Total	263 €	169 €	1,6

Sources : ENC SSR 2001 (coûts actualisés 2005); Tarification à l'activité (T2A) HAD 2006 (coûts)

1.4 Les coûts moyens de fonctionnement par profil médical de base

Les coûts moyens journaliers varient selon les profils médicaux des patients, en SSR comme en HAD, traduisant des soins plus ou moins lourds et techniques.

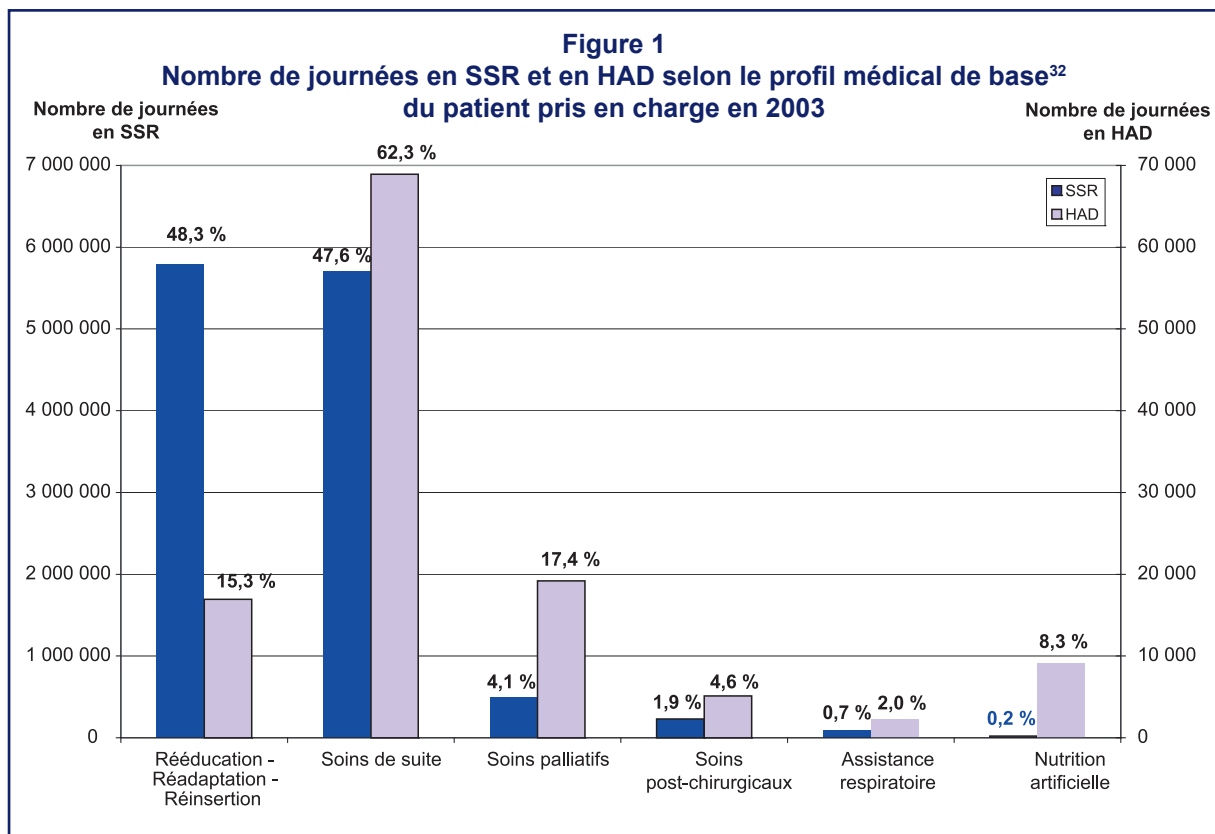
La comparaison des coûts de fonctionnement entre SSR et HAD débute tout d'abord par un comparatif général des coûts moyens de fonctionnement de chacun des profils médicaux de base retenus. Puis, nous déclinons les coûts de ces profils selon l'étiologie, le niveau de dépendance et l'âge en différenciant les patients de 65 ans ou plus afin de calculer des coûts de fonctionnement spécifiques pour les personnes âgées.

Dans cette analyse des coûts par profil médical de base, nous ne conservons que les 6 grands profils médicaux de base principaux construits (cf. § 2.3, partie 1), à savoir :

- les soins de rééducation-réadaptation-réinsertion (Soins de RRR),
- les soins de suite,
- les soins post-chirurgicaux,
- les soins palliatifs,
- la nutrition artificielle,
- l'assistance respiratoire.

Comme nous l'avons vu, ces six profils de base englobent la quasi-totalité de l'activité de SSR et d'HAD conservée dans le champ d'activité superposable et comptent deux profils très prédominant : les soins de RRR et les soins de suite (cf. Figure 1 et § 2.3.3.1).

Toutes les autres prises en charge thérapeutiques réalisables sont trop marginales dans l'activité HAD et SSR pour pouvoir dégager des tendances significatives sur les coûts de fonctionnement qui leur sont associés.



Sources : PMSI SSR 2003 PUBLIC ; ENHAD 2000 IRDES

32 Une même journée d'hospitalisation peut être comptabilisée dans plusieurs profils dès lors que les critères de sélection de chacun de ces profils sont vérifiés simultanément (cf. section 2.3.3.1).

Dans la présentation des résultats, outre les calculs sur l'ensemble du profil médical, nous distinguons systématiquement une sous-population de personnes âgées (≥ 65 ans). En effet, cette population présente une structure par profil médical particulière ainsi que des étiologies spécifiques et un niveau de dépendance plus élevé que la moyenne : les coûts de fonctionnement associés sont donc intrinsèquement intéressants. De plus, la prise en charge des personnes âgées en HAD et en SSR constitue un point d'intérêt capital pour les financeurs et les régulateurs du système de santé puisque le poids de cette fraction de patients est amené à augmenter fortement dans le futur.

Les patients âgés de 65 ans et plus effectuent, du côté SSR, 63% de l'ensemble des journées et 71% de celles du champ recouvrable. Du côté HAD, ils en effectuent respectivement 60% et 62% (cf. Tableau 18).

1.4.1 Les coûts moyens de fonctionnement par profil médical de base en population générale

Quel que soit le profil médical de base du patient, le coût moyen journalier en SSR est systématiquement supérieur à celui de l'HAD, le ratio SSR/HAD étant très largement supérieur à 1. Mais l'écart de coût varie d'un profil à l'autre : de 1,4 pour les soins de suite ou les soins palliatifs, à 1,9 pour les soins de rééducation-réadaptation-réinsertion et la nutrition artificielle, en passant par l'assistance respiratoire (1,7) et les soins post-chirurgicaux (1,8).

La Figure 2 présente les coûts de fonctionnement pour chacun des 6 principaux profils médicaux de base (plus la moyenne générale).

En SSR, le coût moyen journalier vaut environ 260 € pour les deux profils médicaux de base les plus courants (Soins de RRR et soins de suite) et pour les soins post-chirurgicaux; il s'élève à 313 € pour les soins palliatifs et culmine pour les soins très spécifiques d'assistance respiratoire (343 €) et de nutrition artificielle (354 €).

En HAD, si les soins de RRR et les soins post-chirurgicaux sont également les moins coûteux (environ 145 € par jour), le coût des soins de suite équivaut à celui de la nutrition artificielle (186 €). Ce sont les profils d'assistance respiratoire et de soins palliatifs qui génèrent les coûts les plus élevés en HAD, avec respectivement 207 € et 228 €.

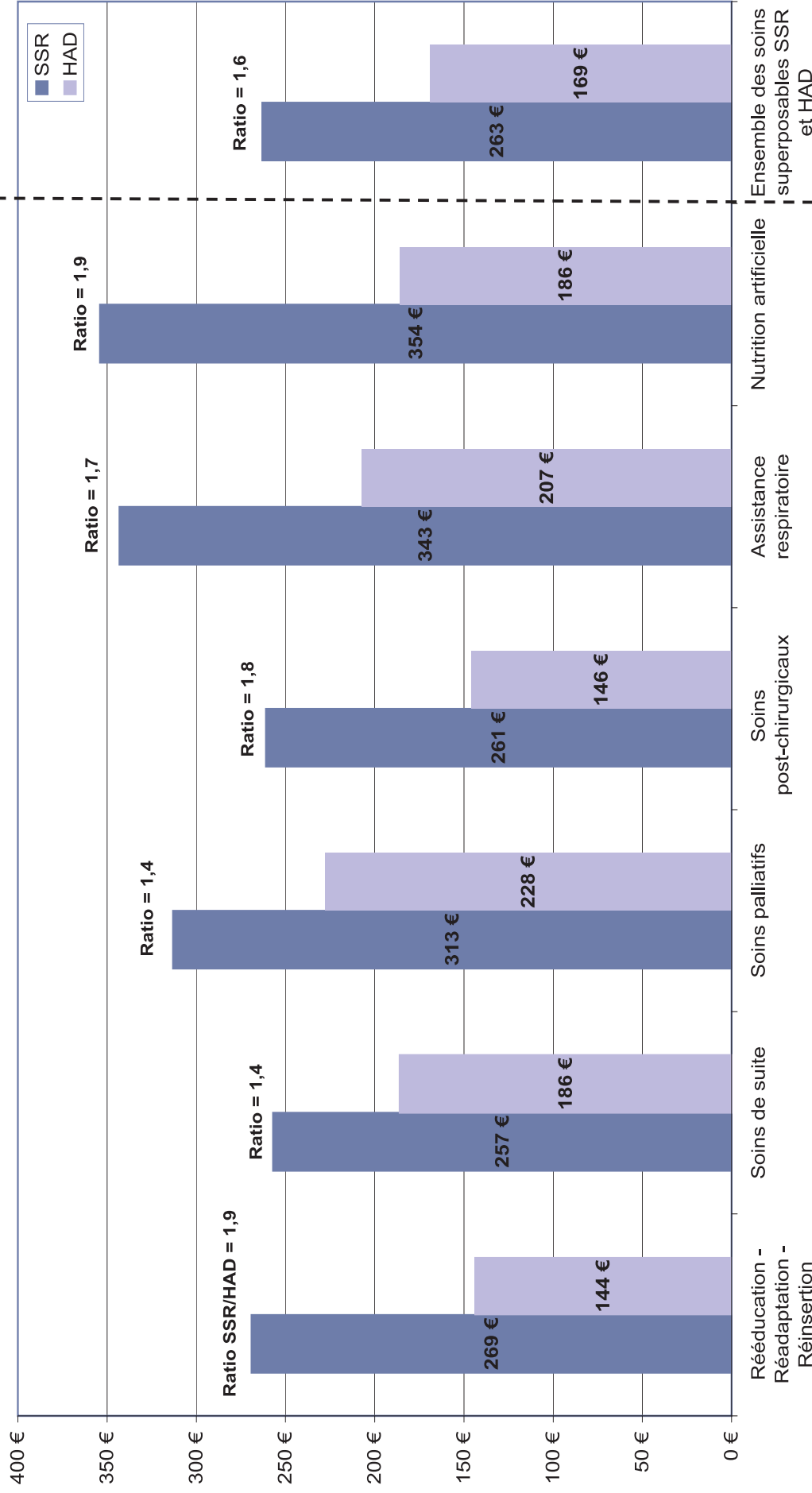
Les différents profils médicaux de base génèrent des coûts moyens journaliers variables entre eux car les ressources consommées, en matériels et personnels, sont plus ou moins importantes, tant en SSR qu'en HAD. De plus, l'écart de coût pour un même profil médical de base entre SSR et HAD reflète une complexité plus ou moins importante de la situation clinique et, par-là même, de la réponse possible en termes de soins intra-muros et à domicile. Ainsi, les soins de suite et les soins palliatifs semblent les plus proches entre SSR et HAD. À l'opposé, les profils d'assistance respiratoire et de nutrition artificielle, qui font appel à des prestations particulières de matériel et produits de santé, semblent recouvrir des situations plus lourdes ou plus complexes en SSR qu'en HAD.

Tableau 18
Effectifs des personnes âgées en SSR et en HAD

Classes d'âge	SSR		HAD	
	Journées	% Total	Journées	% Total
Ensemble				
≤ 64 ans	6 940 687	36,8 %	52 507	40,1 %
65 - 79 ans	5 919 371	31,4 %	48 546	37,0 %
≥ 80 ans	6 005 232	31,8 %	30 026	22,9 %
Total	18 865 290	100,0 %	131 079	100,0 %
Champ recouvrable				
≤ 64 ans	3 432 282	28,6 %	42 219	38,2 %
65 - 79	3 887 346	32,4 %	41 501	37,5 %
≥ 80	4 670 051	39,0 %	26 811	24,3 %
Total	11 989 679	100,0 %	110 531	100,0 %

Sources : PMSI SSR 2003 PUBLIC; ENHAD 2000 IRDES

Figure 2
Coût moyen journalier de fonctionnement d'une place d'HAD et d'un lit de SSR selon le profil médical de base du patient



Nombre de journées réalisées en SSR et en HAD selon le profil médical de base :

SSR	5 792 683	5 710 889	496 222	229 881	85 820	20 213	11 989 679 journées
HAD	16 927	68 913	19 196	5 111	2 229	9 140	110 531 journées

Remarque : une même journée d'hospitalisation peut être comptabilisée dans plusieurs profils dès lors que les critères de sélection de chacun de ces profils sont vérifiés simultanément

Sources : PMSI SSR 2003 PUBLIC (activité) et ENC SSR 2001 (coûts actualisés 2005) ; ENHAD 2000 IRDES (activité) et T2A HAD 2006 (coûts)

Anissa Afrite, Laure Corn-Ruelle, Zeynep Or, Thomas Renaud
Soins de réhabilitation et d'accompagnement : une analyse comparative des coûts d'hospitalisation à domicile et en établissement

1.4.2 Les coûts moyens de fonctionnement par profil médical pour les personnes âgées

Au sein des différents profils médicaux de base, les personnes âgées de 65 ans ou plus ne présentent pas de particularité notable. En effet, les coûts journaliers des personnes de 65-79 ans et de celles de 80 ans ou plus diffèrent peu de ceux de l'ensemble

des patients de même profil médical, tant du côté SSR que du côté HAD (cf. Tableau 19).

Pour chacun des profils médicaux de base, le ratio de coût journalier SSR/HAD concernant les personnes âgées est sensiblement le même que celui de l'ensemble des patients de même profil. Il est simplement légèrement inférieur en cas de soins de RRR chez les personnes de 80 ans ou plus.

Tableau 19
Coûts moyens journaliers de fonctionnement en SSR et en HAD pour les patients âgés de 65 ans et plus selon le profil médical de base

Profil médical de base	Classes d'âge	Nombre de journées		Coût moyen journalier (€)		Ratio de coût moyen SSR/HAD
		SSR	HAD	SSR	HAD	
Rééducation - Réadaptation - Réinsertion	65-79 ans	1 794 246	7 071	259 €	145 €	1,8
	≥ 80 ans	1 873 155	4 215	260 €	158 €	1,6
Soins de suite	65-79 ans	1 924 897	23 979	250 €	183 €	1,4
	≥ 80 ans	2 648 380	20 319	257 €	189 €	1,4
Soins post-chirurgicaux	65-79 ans	99 106	2 615	254 €	149 €	1,7
	≥ 80 ans	76 100	317	264 €	176 €	1,5
Soins palliatifs	65-79 ans	187 255	6 226	309 €	222 €	1,4
	≥ 80 ans	187 942	6 279	319 €	227 €	1,4
Nutrition artificielle	65-79 ans	4 145	3 413	352 €	189 €	1,9
	≥ 80 ans	4 119	3 261	355 €	187 €	1,9
Assistance respiratoire	65-79 ans	26 604	1 101	326 €	204 €	1,6
	≥ 80 ans	5 143	111	321 €	181 €	1,8

Sources : PMSI SSR 2003 PUBLIC (activité) et ENC SSR 2001 (coûts actualisés 2005);
ENHAD 2000 IRDES (activité) et T2A HAD 2006 (coûts)

1.5 Les coûts moyens de fonctionnement par profil médical fin

Les estimations de coûts de fonctionnement pour les six profils médicaux affinés sont précédées d'une rapide description des populations concernées. À partir de cette description, une sélection a été réalisée des profils affinés selon l'étiologie et déclinés selon le degré de dépendance physique et la classe d'âge, pour lesquels nous estimons qu'il existe une réelle alternative d'hospitalisation en SSR ou en HAD en termes d'effectifs.

- ☛ La description complète des populations des profils médicaux affinés par l'étiologie est présentée en annexe n° 6 dans le rapport complémentaire, et le détail complet des coûts de fonctionnement associés en annexe n° 7.

Les coûts de fonctionnement par profil médical de base affiné sont présentés selon l'ordre hiérarchique décidé lors de leurs définitions.

Pour chaque profil médical de base généré, la description de ces coûts est réalisée pour les étiologies les plus fréquentes. En effet, exprimé en termes de soins délivrés, chaque profil médical de base, peut recouvrir des situations diversifiées résultant de pathologies différentes et dressant des tableaux cliniques contrastés.

L'analyse se centre particulièrement sur les personnes âgées, en insistant sur leur degré de dépendance physique.

1.5.1 Coûts d'activité du profil « Rééducation-Réadaptation-Réinsertion » affiné

Si le ratio de coût SSR/HAD des soins de RRR est bien plus fort que celui de l'ensemble du champ recouvrable (1,9 vs 1,6), les étiologies relevant des maladies de l'appareil circulatoire et de celles du système nerveux, plus onéreuses en SSR, augmentent cet écart (ratio = 2,0), et en particulier parmi les personnes âgées dépendantes.

Les lésions traumatiques présentent un coût moyen tant en SSR qu'en HAD et le ratio SSR/HAD varie peu (1,8). Cependant ici aussi, le ratio global SSR/HAD augmente chez les personnes âgées dépendantes car elles coûtent également plus cher en SSR. Par contre, si les maladies du système ostéo-articulaire présentent des coûts similaires à ceux des traumatismes en SSR, elles sont trop rares en HAD pour que ratio SSR/HAD abaissé à 1,5 soit significatif.

Se reporter au Tableau 20.

- ☛ Cf. § 1 des annexes n° 6 et n° 7 dans le rapport complémentaire.

Les soins de RRR s'adressent à des personnes âgées dans deux cas sur trois, aussi bien en SSR qu'en HAD. Cependant, le SSR et l'HAD diffèrent dans les motifs ayant conduit les patients à être pris en charge en RRR :

- dans les établissements de SSR, les soins de RRR sont prescrits dans la moitié des cas à la suite de lésions traumatiques;
- en revanche, en HAD, ce sont surtout des maladies de l'appareil circulatoire et du système nerveux qui motivent la prise en charge de RRR, et ceci chez des patients d'âge et de niveau de dépendance physique très divers.

Toutes étiologies confondues, le coût moyen journalier des soins de RRR est proche de celui du champ recouvrable en SSR (269 € vs 263 €) alors qu'il baisse nettement en HAD (144 € vs 169 €), ce qui produit une augmentation du ratio SSR/HAD (1,9 vs 1,6). Ce coût augmente avec le degré de dépendance en SSR comme en HAD. Il baisse avec l'âge en SSR, que les patients soient dépendants (score AVQ > 12) ou non (AVQ ≤ 12). On observe plutôt la tendance inverse en HAD, du moins pour les faibles scores de dépendance. L'écart SSR/HAD est maximal pour les enfants (ratio SSR/HAD = 2,9).

Les personnes âgées hospitalisées pour ce type de soins ont dans leur globalité un coût similaire à l'ensemble des personnes de ce profil médical de base, sauf celles de 80 ans ou plus hospitalisées à domicile qui coûtent un peu plus cher, d'où un ratio SSR/HAD diminué à 1,6.

Quatre étiologies motivant les soins de RRR prédominent :

1. les traumatismes et empoisonnements apparaissent les plus fréquents en SSR et en troisième position en HAD; ils génèrent des coûts moyens journaliers proches de ceux induits par l'ensemble des soins de RRR, en SSR comme en HAD;
 - parmi ces traumatismes, les personnes âgées dépendantes coûtent plus cher que les plus autonomes, tant en HAD qu'en SSR; le ratio de coût SSR/HAD reste stable à 1,8;

2. les maladies de l'appareil circulatoire sont en seconde position en SSR, générant un coût moyen journalier un peu plus élevé que celui induit par l'ensemble des soins de RRR; elles sont les plus fréquentes en HAD, leur coût ne différant pas du coût moyen de l'ensemble des soins de RRR en HAD : le ratio SSR/HAD est donc augmenté à 2,0;
 - parmi ces maladies cardiovasculaires, les personnes âgées dépendantes coûtent nettement plus cher que les plus autonomes, surtout en SSR; le ratio SSR/HAD s'élève à 2,1 pour les 80 ans ou plus;
3. les maladies de l'appareil ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif représentent la troisième étiologie en SSR, générant un coût moyen plus faible que celui de l'ensemble des soins de RRR; en revanche, elles sont trop rares en HAD pour être significatives;
 - chez les personnes âgées, une dépendance élevée induit toujours des coûts supérieurs;
4. les maladies du système nerveux sont en quatrième position en SSR, générant un coût moyen journalier plus fort que celui induit par l'ensemble des soins de RRR; elles sont en seconde position en HAD, avec un coût à peine plus élevé que celui de l'ensemble des soins de RRR en HAD; le ratio SSR/HAD s'élève à 2,0;
 - les personnes âgées dépendantes coûtent plus cher que les plus autonomes en SSR; en HAD, la majorité des patients sont des personnes de 65 à 79 ans, dépendantes, dont le coût ne diffère pas du coût moyen de l'ensemble des soins de RRR en HAD; le ratio SSR/HAD, pour elles, monte à 2,2.

On pourrait encore citer les maladies de l'appareil respiratoire et les tumeurs dont les coûts restent moyens dans ce profil médical de base, les ratios SSR/HAD étant toutefois abaissés à 1,7, et les maladies endocriniennes, nutritionnelles et du métabolisme, dont le coût en HAD est plus bas, élevant le ratio SSR/HAD à 2,3.

Tableau 20
Coûts moyens journaliers en SSR et en HAD des soins de « rééducation-réadaptation-réinsertion » pour les étiologies les plus fréquentes, avec focus sur les personnes âgées

	Journées		Coût moyen journalier (€)		Ratio SSR/HAD
	SSR	HAD	SSR	HAD	
Ensemble champ recouvrable SSR/HAD					
	11 989 679	110 531	263	169	1,6
Soins de Rééducation-Réadaptation-Réinsertion					
Ensemble soins de RRR, dont :					
	5 792 683	16 927	269	144	1,9
65-79 ans	1 794 246	7 071	259	145	1,8
≥ 80 ans	1 873 155	4 215	260	158	1,6
Profil médical affiné par étiologie, niveau de dépendance physique et classes d'âge					
Lésions traumatiques, empoisonnement et certaines autres conséquences de cause externe					
Ensemble, dont :					
	1 832 008	1 972	264	145	1,8
Dép. physique ≤ 12	65-79 ans	381 391	456	235	1,8
	≥ 80 ans	495 174	283	232	1,6
Dép. physique > 12	65-79 ans	106 758	459	308	1,9
	≥ 80 ans	263 324	62	302	2,1
Maladies de l'appareil circulatoire					
Ensemble, dont :					
	997 791	4 437	287	142	2,0
Dép. physique ≤ 12	65-79 ans	242 263	1 481	257	1,9
	≥ 80 ans	184 054	833	241	1,7
Dép. physique > 12	65-79ans	144 855	501	333	1,9
	≥ 80 ans	141 073	956	322	2,1
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif					
Ensemble, dont :					
	964 978	286	239	162	1,5
Dép. physique ≤ 12	65-79 ans	394 212	.	227	.
	≥ 80 ans	187 502	.	227	.
Dép. physique > 12	65-79 ans	29 296	210	317	1,9
	≥ 80 ans	43 129	28	313	2,1
Maladies du système nerveux					
Ensemble, dont :					
	709 618	3 809	310	157	2,0
Dép. physique ≤ 12	65-79 ans	92 348	160	267	2,0
	≥ 80 ans	67 338	195	247	1,6
Dép. physique > 12	65-79 ans	72 138	1 718	331	2,2
	≥ 80 ans	57 354	141	319	1,9

Sources : PMSI SSR 2003 PUBLIC (activité) et ENC SSR 2001 (coûts actualisés 2005);
 ENHAD 2000 IRDES (activité) et T2A HAD 2006 (coûts)

1.5.2 Coûts d'activité du profil « Soins de suite » affiné

Le ratio global de coût SSR/HAD des soins de suite, qui sont de loin le profil médical le plus fréquent en HAD, est plus faible que celui de l'ensemble du champ recouvrable (1,4 vs 1,6), surtout du fait d'un coût de prise en charge augmenté en HAD, notamment par rapport à une prise en charge en RRR.

Selon les différentes étiologies les plus fréquentes, si le coût augmente avec le degré de dépendance, plus en SSR qu'en HAD, le ratio varie peu sauf pour les traumatismes et les maladies de la peau pour lesquels il atteint respectivement 1,8 et 2,1, le coût de prise en charge étant alors diminué. Parmi les étiologies fréquentes, le ratio concernant les personnes âgées augmente pour les 80 ans ou plus les plus dépendantes atteintes de tumeurs et de troubles mentaux (1,5 et 1,6), et pour la plupart de celles atteintes de maladies de l'appareil circulatoire (jusqu'à 1,9 maximum).

Se reporter au Tableau 21.

☛ Cf. § 2 des annexes n° 6 et n° 7 dans le rapport complémentaire.

Les soins de suite délivrés en SSR sont aussi fréquents que les soins de RRR, ils s'adressent 4 fois sur 10 à des personnes âgées, et répondent à des pathologies plus diversifiées : les tumeurs et les maladies cardiovasculaires en tête, suivies des traumatismes, des troubles mentaux, puis des maladies neurologiques. En HAD, ces soins sont quatre fois plus fréquents que les soins de RRR, s'adressent dans 2 cas sur 3 à des personnes âgées, et répondent 1 fois sur 3 à des maladies neurologiques, 1 fois sur 5 à des maladies cardiovasculaires ou à des tumeurs.

Le coût moyen journalier des soins de suite est proche de celui du champ recouvrable en SSR (257 € vs 263 €) et un peu plus élevé en HAD (186 € vs 169 €), ce qui diminue le ratio SSR/HAD (1,4 vs 1,6). Ce coût augmente avec le degré de dépendance, plus en SSR qu'en HAD. Chez les enfants, le coût est nettement plus élevé en SSR, augmentant le ratio SSR/HAD à 2,1. Cet écart se creuse chez les enfants les moins dépendants (2,2) du fait de soins de suite moins chers en HAD (rappelons ici que les parents participent très souvent aux soins en HAD).

Les personnes âgées hospitalisées pour ce type de soins, dans leur globalité, ont un coût similaire à l'ensemble des personnes de ce profil médical de base et un ratio SSR/HAD moyen (1,4).

Pour les cinq étiologies prédominantes :

1. les tumeurs, qui sont les plus fréquentes en SSR et en troisième position en HAD, génèrent des coûts moyens journaliers proches de ceux induits par l'ensemble des soins de suite en SSR, à peine supérieurs en HAD ;
 - chez les personnes âgées dépendantes hospitalisées pour ce motif, le coût est plus élevé que chez les personnes âgées plus autonomes, et ceci davantage en SSR qu'en HAD, ce qui augmente le ratio de coût SSR/HAD jusqu'à 1,6 chez les 80 ans ou plus dépendantes ;
2. les maladies de l'appareil circulatoire sont en seconde position en SSR et en HAD, générant des coûts moyens journaliers similaires à ceux induits par l'ensemble des soins de suite ; le ratio SSR/HAD varie peu (1,5) ;
 - parmi ces maladies, les personnes âgées dépendantes coûtent également plus cher ; le ratio SSR/HAD est minimal chez les personnes de plus de 80 ans dépendantes (1,9) et maximal chez celles plus autonomes (1,4) ;
3. les traumatismes et empoisonnements arrivent en troisième position en SSR mais sont très rares en HAD. Ils génèrent un coût moyen identique à celui de l'ensemble des soins de RRR et plus faible en HAD ; le ratio SSR/HAD est de 1,8 ;
 - les personnes âgées dépendantes coûtent plus cher en SSR ; les personnes âgées ne sont pas concernées en HAD, ce qui interdit toute comparaison avec les SSR ;
4. les troubles mentaux et du comportement ont un coût proche de celui de l'ensemble des soins de suite, le ratio étant de 1,3 :
 - en HAD, ils concernent surtout les personnes âgées dépendantes de 80 ans ou plus, leur écart de coût avec celles hospitalisées en SSR atteint 1,6 ;
5. les maladies du système nerveux sont en cinquième position en SSR et de loin les premières en HAD ; en SSR, elles génèrent un coût moyen journalier plus fort que ceux induits par l'ensemble des soins de RRR, le ratio SSR/HAD étant de 1,5 ;
 - les personnes âgées dépendantes coûtent plus cher que les plus autonomes en SSR et en HAD ; le ratio SSR/HAD reste proche de 1,5.

Tableau 21
Coûts moyens journaliers en SSR et en HAD des « soins de suite »
pour les étiologies les plus fréquentes, avec focus sur les personnes âgées

	Journées		Coût moyen journalier (€)		Ratio SSR/HAD
	SSR	HAD	SSR	HAD	
<i>Ensemble champ recouvrable SSR/HAD</i>	11 989 679	110 531	263	169	1,6
Soins de suite					
<i>Ensemble Soins de suite, dont :</i>	5 710 889	68 913	257	186	1,4
65-79 ans	1 924 897	23 979	250	183	1,4
≥ 80 ans	2 648 380	20 319	257	189	1,4
Profil médical affiné par étiologie, niveau de dépendance physique et classes d'âge					
Tumeurs					
<i>Ensemble, dont :</i>	934 487	12 692	258	200	1,3
Dép. physique ≤ 12					
65-79 ans	284 629	3 434	224	174	1,3
≥ 80 ans	176 833	1 521	220	187	1,2
Dép. physique > 12					
65-79 ans	126 775	1 929	327	228	1,4
≥ 80 ans	110 182	1 622	323	209	1,5
Maladies de l'appareil circulatoire					
<i>Ensemble, dont :</i>	907 836	13 430	256	175	1,5
Dép. physique ≤ 12					
65-79 ans	214 694	1 850	226	130	1,7
≥ 80 ans	347 451	2 839	224	120	1,9
Dép. physique > 12					
65-79 ans	84 956	2 764	322	184	1,7
≥ 80 ans	192 636	5 425	314	216	1,5
Lésions traumatiques, empoisonnement et certaines autres conséquences de cause externe					
<i>Ensemble, dont :</i>	766 358	1 004	256	144	1,8
Dép. physique ≤ 12					
65-79 ans	183 583	.	229	.	.
≥ 80 ans	244 374	25	228	217	1,1
Dép. physique > 12					
65-79 ans	55 555	47	309	184	1,7
≥ 80 ans	146 146	70	306	227	1,3
Troubles mentaux et du comportement					
<i>Ensemble, dont :</i>	758 456	2 298	246	189	1,3
Dép. physique ≤ 12					
65-79 ans	167 774	.	214	.	.
≥ 80 ans	233 815	.	225	.	.
Dép. physique > 12					
65-79 ans	63 101	95	308	189	1,6
≥ 80 ans	159 126	2 017	306	188	1,6
Maladies du système nerveux					
<i>Ensemble, dont :</i>	489 265	22 186	292	193	1,5
Dép. physique ≤ 12					
65-79 ans	78 129	1 193	241	154	1,6
≥ 80 ans	95 799	310	239	192	1,2
Dép. physique > 12					
65-79 ans	64 469	6 597	322	204	1,6
≥ 80 ans	81 383	1 792	316	201	1,6

Sources : PMSI SSR 2003 PUBLIC (activité) et ENC SSR 2001 (coûts actualisés 2005);
ENHAD 2000 IRDES (activité) et T2A HAD 2006 (coûts)

1.5.3 Coûts d'activité du profil « Soins post-chirurgicaux » affiné

Le ratio de coût SSR/HAD de l'ensemble des soins post-chirurgicaux est plus élevé que celui de l'ensemble du champ recouvrable (1,8 vs 1,6). Parmi l'ensemble des personnes âgées, il est difficile d'en donner une variation significative selon les différentes étiologies principales du fait des faibles effectifs comptabilisés soit en HAD, soit en SSR.

Se reporter au Tableau 22.

☛ Cf. § 3 des annexes n° 6 et n° 7 dans le rapport complémentaire.

Le coût moyen journalier des soins post-chirurgicaux est proche de celui du champ recouvrable en SSR (261 € vs 263 €) et plus bas en HAD (146 € vs 169 €), ce qui augmente le ratio SSR/HAD (1,8 vs 1,6). Ici encore, ce coût augmente avec le degré de dépendance, particulièrement en SSR, élevant le ratio SSR/HAD à 2,0. En termes de déclinaison par âge, seuls les effectifs de personnes âgées de 16 à 64 ans et celle de 65 à 79 ans autorisent la comparaison entre HAD et SSR : leurs coûts comparés varient peu autour de la moyenne des soins post-chirurgicaux et le ratio est respectivement de 1,9 et 1,7. Ces résultats se vérifient à peu de chose près aux mêmes âges parmi les personnes peu dépendantes. Parmi les personnes dépendantes, seuls les effectifs de personnes âgées de 65 à 79 ans en HAD permettent la comparaison avec les SSR : les coûts moyens journaliers sont augmentés mais plus encore en HAD, ramenant le ratio SSR/HAD à 1,6.

Les personnes âgées hospitalisées pour ce type de soins, dans leur globalité, ont un coût sensiblement similaire à l'ensemble des personnes de ce profil médical de base, le ratio SSR/HAD ayant tendance à baisser (1,7 pour les 65 à 79 ans).

Malgré des effectifs restreints par rapport aux profils médicaux de base précédents, en particulier

en SSR, on peut relever les étiologies suivantes motivant les soins de suite en SSR et/ou en HAD :

1. les tumeurs sont les plus fréquentes tant en SSR qu'en HAD ; elles présentent un coût moyen quelque peu abaissé en SSR par rapport à celui induit par l'ensemble des soins post-chirurgicaux ; le ratio SSR/HAD reste proche du ratio moyen (1,7 vs 1,8) ;
 - parmi les patients hospitalisés pour tumeurs en SSR, les personnes âgées concernées sont le plus souvent peu dépendantes et ont donc un coût journalier plus faible ; en HAD, il s'agit uniquement des personnes de 65 à 79 ans, de dépendance modérée ou forte, et de coût journalier médian. Au total, le ratio SSR/HAD est abaissé à 1,4 pour les personnes âgées de 65 à 79 ans peu dépendantes, et atteint 1,9 pour celles plus dépendantes ;
1. les traumatismes et empoisonnements arrivent en seconde position en SSR mais sont bien plus rares en HAD, le ratio SSR/HAD est de 1,6 ;
 - les personnes âgées ne sont pratiquement pas concernées en HAD, interdisant toute comparaison avec les SSR ;
1. les maladies de l'appareil circulatoire sont en troisième position en SSR mais sont bien plus rares aussi en HAD, le ratio SSR/HAD est de 1,8 ;
 - là non plus, les personnes âgées ne sont pas concernées par ce profil en HAD ;
1. les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques ont un coût proche de celui de l'ensemble des soins post-chirurgicaux en SSR alors qu'en HAD, le coût journalier est plus faible, élevant le ratio SSR/HAD à 2,1 ;
 - seule la catégorie des 65-79 ans présente suffisamment d'effectifs pour autoriser la comparaison : leur ratio SSR/HAD est de 1,9 ;

Tableau 22
Coûts moyens journaliers en SSR et en HAD des « soins post-chirurgicaux »
pour les étiologies les plus fréquentes, avec focus sur les personnes âgées

	Journées		Coût moyen journalier (€)		Ratio
	SSR	HAD	SSR	HAD	SSR/HAD
Ensemble champ recouvrable SSR/HAD					
	11 989 679	110 531	263	169	1,6
Soins post-chirurgicaux					
Ensemble Soins post-chirurgicaux, dont :					
	229 881	5 111	261	146	1,8
65-79 ans	99 106	2 615	255	149	1,7
≥ 80 ans	76 100	317	264	176	1,5
Profil médical affiné par étiologie, niveau de dépendance physique et classes d'âge					
Tumeurs					
Ensemble, dont :					
	45 363	1 453	242	141	1,7
Dép. physique ≤ 12	65-79 ans	20 154	968	233	1,7
	≥ 80 ans	10 987	14	229	1,1
Dép. physique > 12	65-79 ans	1 522	241	316	2,1
	≥ 80 ans	1 425	.	318	.
Lésions traumatiques, empoisonnement et certaines autres conséquences de cause externe					
Ensemble, dont :					
	41 939	445	271	166	1,6
Dép. physique ≤ 12	65-79 ans	11 349	.	250	.
	≥ 80 ans	10 840	160	244	1,3
Dép. physique > 12	65-79 ans	2 595	.	324	.
	≥ 80 ans	7 177	.	323	.
Maladies de l'appareil circulatoire					
Ensemble, dont :					
	40 048	470	265	149	1,8
Dép. physique ≤ 12	65-79 ans	15 631	66	247	1,6
	≥ 80 ans	10 510	.	245	.
Dép. physique > 12	65-79 ans	3 508	.	332	.
	≥ 80 ans	4 291	1	333	1,4
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques					
Ensemble, dont :					
	10 526	1 298	269	131	2,1
Dép. physique ≤ 12	65-79 ans	4 290	650	248	1,9
	≥ 80 ans	1 409	92	250	1,8
Dép. physique > 12	65-79 ans	775	63	344	1,7
	≥ 80 ans	899	.	357	.
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé					
Ensemble, dont :					
	2 807	1 165	253	159	1,6
Dép. physique ≤ 12	65-79 ans	1 045	336	239	1,5
	≥ 80 ans	634	44	230	1,2
Dép. physique > 12	65-79 ans	376	248	324	1,6
	≥ 80 ans	116	.	317	.

Sources : PMSI SSR 2003 PUBLIC (activité) et ENC SSR 2001 (coûts actualisés 2005);
ENHAD 2000 IRDES (activité) et T2A HAD 2006 (coûts)

1.5.4 Coûts d'activité du profil « Soins palliatifs » affiné

Les soins palliatifs sont plus coûteux que l'ensemble des soins du champ recouvrable, particulièrement lorsque les personnes sont dépendantes. Le ratio de coût SSR/HAD baisse à 1,4, il reste identique pour les personnes âgées et les personnes les plus dépendantes, sans particularité notable.

Se reporter au Tableau 23.

☛ Cf. § 4 des annexes n° 6 et n° 7 dans le rapport complémentaire.

Le coût moyen journalier des soins palliatifs est bien plus élevé que celui du champ recouvrable aussi bien en SSR (313 € vs 263 €) qu'en HAD (228 € vs 169 €), le ratio SSR/HAD étant diminué à 1,4. Comme pour toutes les prises en charge, ce coût augmente avec le degré de dépendance, mais pas avec l'âge, les ratios SSR/HAD restant proches du ratio moyen.

Les coûts varient peu selon les étiologies les plus fréquentes, parmi lesquelles on peut citer :

1. les tumeurs qui arrivent très largement en tête en HAD comme en SSR, leurs coûts journaliers restants proches de la moyenne de l'ensemble des soins palliatifs, ainsi que le ratio SSR/HAD (1,4);
 - parmi les personnes âgées concernées, on note un ratio SSR/HAD plus fort (1,7) chez les 80 ans ou plus très dépendante;
2. les maladies du système nerveux arrivent en seconde position tant en HAD qu'en SSR, elles affichent un coût journalier un peu plus élevé mais un ratio SSR/HAD équivalent;
 - parmi les personnes âgées concernées, ce ratio fluctue autour de 1,4 sans raison évidente.

Tableau 23
Coûts moyens journaliers en SSR et en HAD des « soins palliatifs » pour les étiologies les plus fréquentes, avec focus sur les personnes âgées

	Journées		Coût moyen journalier (€)		Ratio SSR/HAD
	SSR	HAD	SSR	HAD	
Ensemble champ recouvrable SSR/HAD					
	11 989 679	110 531	263	169	1,6
Soins palliatifs					
Ensemble Soins palliatifs, dont :					
	496 222	19 196	313	228	1,4
65-79 ans	187 255	6 226	309	222	1,4
≥ 80 ans	187 942	6 279	318	227	1,4
Profil médical affiné par étiologie, niveau de dépendance physique et classes d'âge					
Tumeurs					
Ensemble, dont :					
	329 638	9 270	306	217	1,4
Dép. physique ≤ 12	65-79 ans	58 174	1 949	252	1,2
	≥ 80 ans	37 252	1306	247	1,3
Dép. physique > 12	65-79 ans	84 284	1 516	342	1,4
	≥ 80 ans	65 456	1 381	342	1,6
Maladies du système nerveux					
Ensemble, dont :					
	31 765	6 060	334	234	1,4
Dép. physique ≤ 12	65-79 ans	1 330	754	245	1,6
	≥ 80 ans	794	250		
Dép. physique > 12	65-79 ans	7 611	1 418	343	1,3
	≥ 80 ans	8 616	1 031	342	1,5

Sources : PMSI SSR 2003 PUBLIC (activité) et ENC SSR 2001 (coûts actualisés 2005);
ENHAD 2000 IRDES (activité) et T2A HAD 2006 (coûts)

1.5.5 Coûts d'activité du profil « Nutrition artificielle » affiné

La nutrition artificielle ne semble pas prescrite pour des profils médicaux similaires en SSR et en HAD. Son coût est très élevé en SSR mais ne varie pas selon les caractéristiques des patients. Le coût journalier moyen en HAD est plus faible et plus variable. Le ratio SSR/HAD est élevé, en moyenne de 1,9, mais non significatif si l'on décline selon les étiologies

Se reporter au Tableau 24.

☛ Cf. § 5 des annexes n° 6 et n° 7 dans le rapport complémentaire.

Le coût moyen journalier de la nutrition artificielle est le plus élevé rencontré en SSR (354 € vs 263 € pour l'ensemble du champ recouvrable); en HAD, il est un peu supérieur à celui de l'ensemble du champ recouvrable (186 € vs 169 €). Le ratio SSR/HAD culmine à 1,9. Si le coût ne varie pas selon le degré de dépendance en SSR, il est nettement plus faible chez les personnes moins dépendantes en HAD, le ratio SSR/HAD grimpe à 2,6.

Les effectifs de journées observées en SSR sont plutôt rares mais on peut noter la stabilité des

coûts moyens observés quels que soient l'âge et le degré de dépendance. En HAD, les coûts moyens observés selon ces critères d'âge et de dépendance évoluent sans logique évidente et les ratios SSR/HAD passent de 1,6 à plus de 3.

Les coûts varient moins en SSR qu'en HAD selon les étiologies les plus fréquentes. Le focus sur les personnes âgées n'est possible pour aucune des étiologies par manque d'effectifs à la fois en SSR et en HAD. On peut cependant les citer :

1. les tumeurs sont en tête en SSR et seulement en quatrième position en HAD; leurs coûts journaliers plus faibles en HAD augmentent le ratio SSR/HAD à 2,2;
2. les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques, se retrouvent principalement du côté SSR;
3. les troubles mentaux et du comportement, avec des coûts journaliers moyens et un ratio moyen (1,9);
4. les maladies du système nerveux, mais dont la prise en charge est marginale en SSR.

Tableau 24
Coûts moyens journaliers en SSR et en HAD de la « nutrition artificielle »
pour les étiologies les plus fréquentes, avec focus sur les personnes âgées

	Journées		Coût moyen journalier (€)		Ratio
	SSR	HAD	SSR	HAD	SSR/HAD
Ensemble champ recouvrable SSR/HAD					
	11 989 679	110 531	263	169	1,6
Nutrition artificielle					
Ensemble Nutrition artificielle, dont :					
	20 213	9 140	354	186	1,9
65-79 ans	4 145	3 413	352	189	1,9
≥ 80 ans	4 119	3 261	355	187	1,9
Profil médical affiné par étiologie, niveau de dépendance physique et classes d'âge					
Tumeurs					
Ensemble, dont :					
	5 965	550	351	157	2,2
Dép. physique ≤ 12	65-79 ans	1 578	99	360	150
	≥ 80 ans	262	.	365	.
Dép. physique > 12	65-79 ans	641	10	351	260
	≥ 80 ans	278	.	369	.
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques					
Ensemble, dont :					
	5 673	80	367	179	2,0
Dép. physique ≤ 12	65-79 ans	233	.	342	.
	≥ 80 ans	142	.	342	.
Dép. physique > 12	65-79 ans	634	7	340	282
	≥ 80 ans	1 558	.	351	.
Troubles mentaux et du comportement					
Ensemble, dont :					
	1 157	1 790	356	184	1,9
Dép. physique ≤ 12	65-79 ans	66	.	333	.
	≥ 80 ans	51	.	353	.
Dép. physique > 12	65-79 ans	85	93	366	186
	≥ 80 ans	315	1 511	368	182
Maladies du système nerveux					
Ensemble, dont :					
	479	3 690	288	204	1,4
Dép. physique ≤ 12	65-79 ans	.	.	.	.
	≥ 80 ans	.	218	.	200
Dép. physique > 12	65-79 ans	42	2 171	333	200
	≥ 80 ans	361	92	337	204

Sources : PMSI SSR 2003 PUBLIC (activité) et ENC SSR 2001 (coûts actualisés 2005);
 ENHAD 2000 IRDES (activité) et T2A HAD 2006 (coûts)

1.5.6 Coûts d'activité du profil « Assistance respiratoire » affiné

Au total, l'assistance respiratoire présente un coût journalier élevé avec un ratio SSR/HAD de 1,7 en moyenne. Seules une forte dépendance et les rares cas d'étiologie du système nerveux font augmenter ce coût, et davantage du côté SSR que du côté HAD.

Se reporter au Tableau 25.

☛ Cf. § 6 des annexes n° 6 et n° 7 dans le rapport complémentaire.

Le coût moyen journalier de l'assistance respiratoire est également très élevé en SSR (343 € vs 263 € pour l'ensemble du champ recouvrable); en HAD, il est aussi élevé par rapport celui de l'ensemble du champ recouvrable (207 € vs 169 €). Le ratio SSR/HAD se monte à 1,7. Comme pour la plupart

des profils médicaux de base, le coût augmente avec le degré de dépendance en SSR comme en HAD. Il baisse avec l'âge en SSR mais seulement aux âges extrêmes en HAD, les ratios SSR/HAD étant donc moindres aux âges intermédiaires.

Naturellement, ce sont les maladies de l'appareil respiratoires qui constituent les étiologies majoritaires. Leurs coûts journaliers et leur ratio se rapprochent de ceux du profil « assistance respiratoire » dans son intégralité.

Néanmoins, il existe aussi des cas où cette prise en charge est due à des maladies du système nerveux : le coût est plus élevé de part et d'autre et le ratio SSR/HAD toujours égal à 1,6.

Là encore, il n'y a pas lieu de détailler ces résultats pour les personnes âgées car les effectifs sont très faibles.

Tableau 25
Coûts moyens journaliers en SSR et en HAD de « l'assistance respiratoire » pour les étiologies les plus fréquentes, avec focus sur les personnes âgées

	Journées		Coût moyen journalier (€)		Ratio
	SSR	HAD	SSR	HAD	SSR/HAD
<i>Ensemble champ recouvrable SSR/HAD</i>	11 989 679	110 531	263	169	1,6
Assistance respiratoire					
<i>Ensemble Assistance respiratoire, dont :</i>	85 820	2 229	343	207	1,7
65-79 ans	26 604	1 101	325	204	1,6
≥ 80 ans	5 143	111	321	181	1,8
Profil médical affiné par étiologie, niveau de dépendance physique et classes d'âge					
Maladies de l'appareil respiratoire					
<i>Ensemble, dont :</i>	29 707	1 562	321	201	1,6
Dép. physique ≤ 12					
65-79 ans	12 624	1058	319	203	1,6
≥ 80 ans	2510	92	318	173	1,8
Dép. physique > 12					
65-79 ans	2194	7	325	257	1,3
≥ 80 ans	880	.	319	.	.
Maladies du système nerveux					
<i>Ensemble, dont :</i>	27 042	509	375	234	1,6
Dép. physique ≤ 12					
65-79 ans	2 139	24	329	243	1,4
≥ 80 ans	417	.	312	.	.
Dép. physique > 12					
65-79 ans	347	.	374	.	.
≥ 80 ans	46	.	374	.	.
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques					
<i>Ensemble, dont :</i>	9 313	.	328	.	.
Dép. physique ≤ 12					
65-79 ans	2 989	.	328	.	.
≥ 80 ans	212	.	327	.	.
Dép. physique > 12					
65-79 ans	325	.	315	.	.
≥ 80 ans	.	.	.	.	.

Sources : PMSI SSR 2003 PUBLIC (activité) et ENC SSR 2001 (coûts actualisés 2005);
ENHAD 2000 IRDES (activité) et T2A HAD 2006 (coûts)

2. Coût de création d'une place en HAD

2. Coût de création d'une place en HAD

Comme nous l'avons expliqué en détail dans la partie méthodologique (Cf. § 4.1 de la partie 1), le questionnaire CCHAD de l'IRDES fournit à la fois :

- des éléments de coût d'investissement nécessaire pour l'ouverture d'une place d'HAD dans une nouvelle structure,
- et des éléments de dépenses et recettes liées au fonctionnement de cette place pendant la première année (période de montée en charge), permettant d'estimer un « coût » de la première année d'activité des places d'HAD créées.

2.1 Coût moyen d'investissement par place d'HAD installée

Pour déterminer le montant global de l'investissement nécessaire à la mise en place d'une structure d'HAD, nous séparons les coûts générés avant l'obtention de l'accord de la Commission Exécutive de l'ARH (COMEX) et les coûts ultérieurs. Le Tableau 26 présente les coûts associés à chacune de ces phases : la « phase 1 » correspond à la période d'élaboration du projet et de montage du dossier de création tandis que la « phase 2 » débute à partir de l'obtention de l'accord de la COMEX et se clôt à la prise en charge du premier patient.

Rappel méthodologique

Dans l'appréciation des coûts de chacune des phases délimitées, nous avons calculé séparément le coût moyen en personnel et le coût moyen d'équipement et logistique.

Rappelons à ce propos que les coûts d'investissement moyens (global, personnel, équipement et logistique) présentés ici ne sont pas tout à fait égaux à la somme des coûts moyens des phases 1 et 2 calculés. Certaines structures n'ayant pas renseigné tous les postes de dépenses dans le questionnaire, nous avons calculé le coût moyen de chaque poste de dépenses en nous basant uniquement sur les structures ayant renseigné les valeurs associées à ce poste (pour ne pas biaiser les estimations). Ainsi, les coûts moyens totaux de la phase 1, de la phase 2 et des deux phases confondues, sont calculés séparément, en considérant à chaque fois l'ensemble des structures ayant renseigné simultanément les coûts associés aux deux postes de dépenses, donc un nombre légèrement différent de structures à chaque fois.

Pour mettre en place une structure d'HAD, plus de deux ans et demi sont nécessaires en moyenne. Cette durée tient compte du temps écoulé pour préparer le dossier de création, obtenir l'accord COMEX et monter une structure opérationnelle.

Au total, le coût total de l'investissement nécessaire à la création d'une place d'HAD est de 15 800 € en moyenne. Les coûts de personnel comptent pour deux tiers de ces dépenses (soit près de 10 500 € en moyenne). Les dépenses d'équipement et de logistique par place installée représentent, en moyenne, sur l'ensemble des structures répondantes, un peu moins de 5 300 €.

Toutefois, on observe une forte variation entre établissements autour de ces valeurs moyennes, notamment en ce qui concerne le coût de personnel : la structure la plus « consommatrice » dépense quatre fois plus que la moyenne. Bien que nous ayons valorisé les temps de personnes non rémunérées³³, il est possible qu'il y ait un biais systématique de déclaration de la part des HAD qui sont adossées à un établissement hospitalier public : les frais de personnel (personnel hospitalier mis à disposition), de locaux ou de matériel (prêt de locaux, de voitures, etc.) sont moins transparents et peuvent être plus fréquemment omis dans les réponses.

La période de montage du projet (phase 1) compte pour presque la moitié de ces coûts avec une moyenne de 7 300 euros par place. En fait, cette phase d'élaboration du dossier et d'attente de l'accord COMEX est deux fois plus longue que la phase de mise en place concrète de la structure (22 mois contre 11 mois en moyenne). Remarquons à cet égard que, dans notre échantillon, le coût unitaire par phase ne semble pas être lié directement à leur durée.

Le coût d'investissement nécessaire entre l'accord de la COMEX et l'accueil du premier malade (phase 2) se monte à 9 350 euros par place, dont 5 200 € pour le personnel. Le coût des locaux pour cette période représente en moyenne 15 % du coût total de la phase 2.

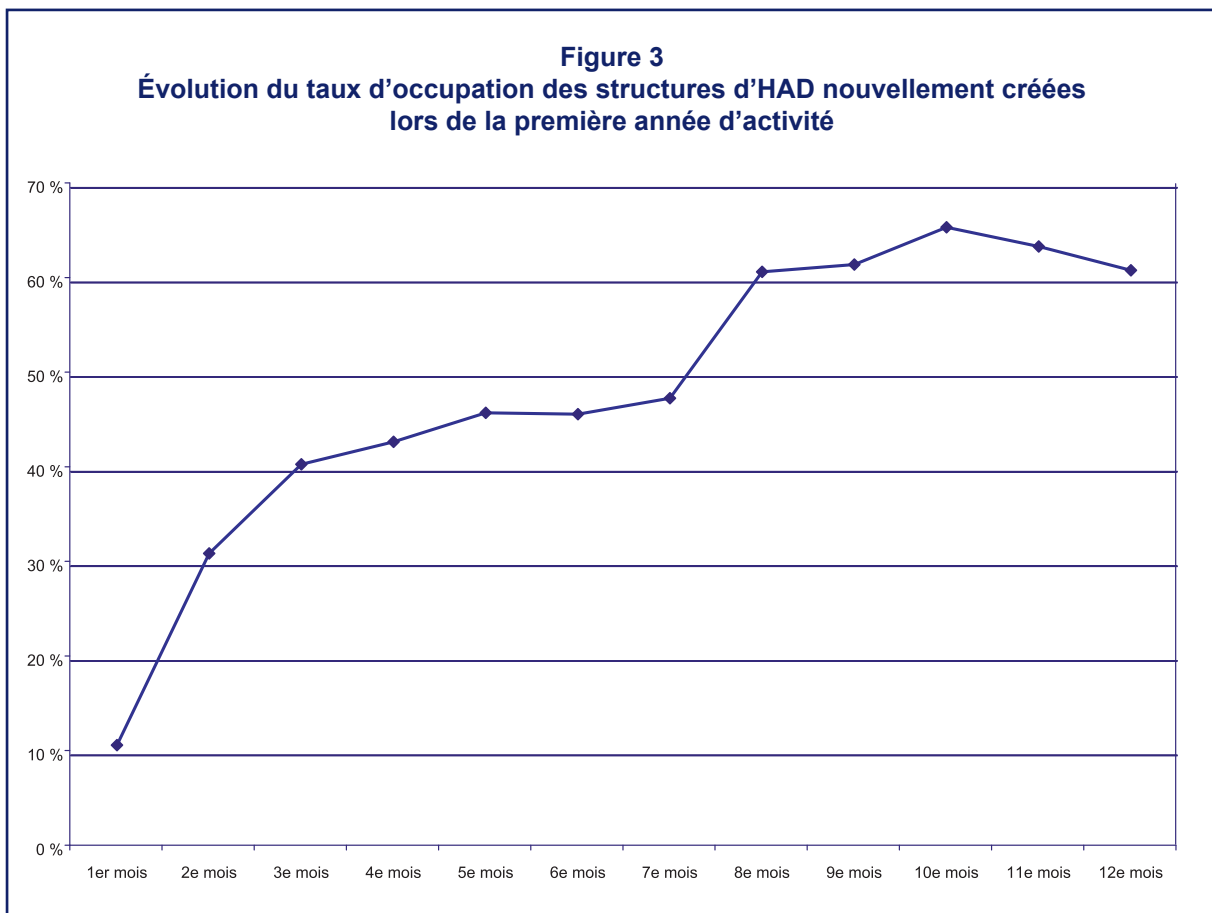
Aucune donnée n'est disponible pour réaliser une telle estimation du côté des SSR où, en plus de ce type de dépenses, il faudrait comptabiliser les coûts de construction et de rénovation immobilière relatifs à l'hébergement des malades, qui sont très importants et n'existent pas en HAD.

³³ Ces temps de personnes non rémunérées sont relatifs à des professionnels qui participent à la mise en place du projet d'HAD de façon bénévole mais qui, dès l'accueil du premier malade, deviennent des salariés à part entière. Quand on évoque ainsi des temps des personnes « non rémunérées » il ne faut confondre avec les temps de l'entourage aidant en HAD.

Tableau 26
Coût de création d'une place d'HAD

	Moyenne	Médiane	Minimum	Maximum	Ecart-type	Nombre de structures analysées
Phase 1 – Montage du projet						
Coût total, €	7 337	3 938	300	21 247	7 062	9
Coût personnel, €	5 838	4 135	233	16 571	5 144	9
Équipement et logistique, €	1 498	959	67	4 676	1 511	9
Durée de la phase 1 (mois)	22.2	17.7	7.8	45.6	15.1	11
Phase 2 – Mise en place de la structure						
Coût total, €	9 352	5 657	2 452	36 542	11 020	12
Coût personnel, €	5 200	1 687	37	26 424	8 578	10
Équipement et logistique, €	4 152	3 357	929	10 118	3 046	12
<i>dont locaux, €</i>	1 363	1 318	182	5 209	901	12
Durée de la phase 2 (mois)	10.6	8.5	2.8	31.6	8.0	11
Phases 1 et 2 – Coût total d'investissement						
Coût total, €	15 730	10 025	2 452	49 533	15 290	10
Coût personnel, €	10 455	5 349	727	36 714	11 564	10
Équipement et logistique, €	5 275	3 853	929	12 818	4 014	12
Durée totale (mois)	32.8	30.4	11.4	61.3	16.3	11

Source : CCHAD 2006 IRDES



Source : CCHAD 2006 IRDES

2.2 Coût total moyen de montée en charge

Nous avons également recueilli des éléments sur le coût d'activité des structures d'HAD participant à l'enquête CCHAD durant les douze premiers mois suivant la date de prise en charge du premier malade. Nous avons recueilli le montant total des dépenses et des recettes de chaque structure. Dans une logique de cohérence avec les données disponibles sur les coûts de création en SSR, nous avons considéré les *recettes* des structures dans le calcul, ce qui correspond aux *dépenses* du point de vue du régulateur et financeur de ces services.

Afin de fournir des estimations de coûts comparables à l'étude de la DHOS sur le coût de création des lits en SSR, nous avons extrapolé les recettes/dépenses des structures d'HAD à une année complète de fonctionnement. Ainsi, nous avons calculé le coût moyen de fonctionnement généré par place installée au cours de la première année de montée en charge de l'activité HAD.

Rappel méthodologique

Notre calcul de coût de montée en charge s'appuie sur l'activité de 11 structures d'HAD qui ont créé, entre 2004 et début 2006, un total de 284 places *ex nihilo*. Toutefois, certaines structures d'HAD n'ont pas fourni un relevé complet des dépenses/recettes de fonctionnement générées lors des 12 premiers mois de leur activité, soit par omission, soit tout simplement parce qu'elles n'avaient pas encore 12 mois de recul au moment de l'enquête. Or, il est impératif d'extrapoler les recettes réelles de ces structures en une recette totale sur 12 mois car c'est ainsi que sont exprimées les dépenses des nouveaux lits/places de SSR dans l'étude DHOS.

Nous procédons donc à une extrapolation « en année entière » en utilisant la recette journalière moyenne par place (calculée sur les X mois d'activité recueillis), en redressant au besoin sur 1 année entière d'activité et en tenant compte du taux d'occupation moyen (des autres structures) pour la période analysée (cf. *Tableau 27*).

Tous les détails méthodologiques de cette extrapolation sont consultables dans la section 4.1.3 (page 69 et suivantes).

mois demeure en dessous de 50 % pour la majorité des structures (occupation moyenne de 36 % sur les 6 premiers mois). Durant les 3 derniers mois de la première année d'activité, ce taux moyen d'occupation semble se stabiliser entre 60 % et 65 % (cf. *Figure 3*). Nous savons, par ailleurs, que cette montée en charge progressive ne se dément pas par la suite et que le taux d'occupation moyen en HAD approche *in fine* 90 %.

En se ramenant à une année pleine, durant sa première année de fonctionnement, une nouvelle place installée en HAD génère un coût de prise en charge de 39 800 € en moyenne. On observe toutefois une forte disparité des coûts selon la structure d'HAD pendant cette période : de 28 000 à 58 000 €.

Tableau 27
Coût de fonctionnement moyen d'une place HAD durant la première année d'activité

Coût annuel moyen d'une place d'HAD nouvellement créée (ramené à une « année entière »)	
Moyenne	39 831 €
<i>Médiane</i>	38 611 €
<i>Minimum</i>	27 909 €
<i>Maximum</i>	58 298 €
<i>Ecart-type</i>	9 940 €

Source : CCHAD 2006 IRDES

Nous savons que les coûts ainsi estimés, aussi bien en SSR qu'en HAD, dépendent fortement du profil médical (maladies, dépendance, protocole de soins) des patients occupant ces places ou ces lits. En réalité, la dépense de fonctionnement découle directement et exclusivement du profil du malade en HAD alors qu'en SSR elle dépend davantage de la discipline d'équipement et de la technicité du lit occupé, et donc *in fine* du profil des patients à traiter mais de façon indirecte. Malheureusement nous ne disposons pas d'informations suffisantes pour tenir compte de ces critères dans le calcul des coûts de création.

D'ailleurs, on constate bien une montée en charge progressive de l'activité en HAD et du niveau d'occupation des places nouvellement ouvertes. Le taux d'occupation pendant les six premiers

3. Coût de création d'un lit en SSR

3. Coût de création d'un lit en SSR

D'emblée, rappelons qu'il ne s'agit pas réellement d'un « coût de création » au sens propre, car seule est comptabilisée ici la dépense totale de fonctionnement générée par les lits et places de SSR nouvellement créé(e)s avec l'hypothèse d'un taux d'occupation moyen (*cf.* § 4.2, *partie 1*).

Le Tableau 28 fournit les chiffres de dépenses annuelles (totales et moyennes par lit/place) à la charge du financeur, mesurées pour l'année 2005 et prévues pour l'année 2006. Ils sont produits sur la base, d'une part, des tarifs officiels de facturation des soins attachés à chaque lit créé et, d'autre part, d'un taux d'occupation moyen calculé sur l'ensemble de l'activité de SSR (toutes structures et toute ancienneté du lit). À partir des dépenses réelles observées depuis la date de création des nouveaux lits/places, une dépense totale en « année pleine » est extrapolée.

On constate une forte disparité du coût annuel moyen d'un lit ou d'une place de SSR entre 2005

et 2006 : par exemple, en 2006, le coût moyen par lit est 30 % plus élevé qu'en 2005, tandis que le coût par place baisse de 30 %.

Cette différence n'est pas surprenante puisque les tarifs liés à un lit ou une place dépendent de la discipline d'équipement³⁴ de ce lit ou de cette place nouvellement installé(e) (qui résulte du profil des patients qui y sont accueillis et soignés) ainsi que de leur emplacement géographique et de leur taux d'occupation. Les lits et places prévus pour 2006 ne sont donc pas de même nature ou spécialité que les conversions et les créations effectives de 2005.

³⁴ Par exemple, si les lits créés en 2006 sont orientés vers des équipements plus onéreux ou occupés par des patients nécessitant plus de soins lourds et donc plus de personnel qu'en 2005, cela explique la différence de coût par lit entre les deux années : ainsi, les lits dédiés au repos ou à la convalescence sont moins chers que ceux dédiés à la rééducation nécessitant des matériels et personnels plus spécialisés et plus nombreux.

Tableau 28
Dépenses prévues pour les financeurs pour l'activité des nouveaux lits/places de SSR
ouverts par création *ex nihilo* ou par conversion

	2005			2006 (prévisions)			2005 + 2006		
	Nombre de lits et places	Dépense totale (M€)	Dépense annuelle moyenne par lit/place	Nombre de lits et places	Dépense totale (M€)	Dépense annuelle moyenne par lit/place	Nombre de lits et places	Dépense totale (M€)	Dépense annuelle moyenne par lit/place
Créations <i>ex nihilo</i>									
Total lits + places SSR	1 200	62,9 M€	52 398 €	611	38,2 M€	62 577 €	1 811	101,1 M€	55 832 €
Lits SSR	1 079	53,4 M€	49 451 €	509	32,6 M€	64 077 €	1 588	86 M€	54 139 €
Places SSR	121	9,5 M€	78 674 €	102	5,6 M€	55 096 €	223	15,1 M€	67 889 €
Conversions									
Total lits convertis	237	8,6 M€	36 287 €	316	17,1 M€	54 114 €	553	25,7 M€	46 474 €
Ensemble créations et conversions	1 437	71,5 M€	49 741 €	927	55,3 M€	59 692 €	2 364	126,8 M€	53 643 €

Source : DHOS 2005

De la même manière, la dépense engendrée par l'activité des lits convertis en lits de SSR diffère – tant en 2005 qu'en 2006 ou pour les deux années – de celle liée aux créations de lits et de places *ex nihilo* dans les résultats de cette étude car, eux aussi dépendent de la discipline d'équipement.

Nous colligeons les deux années 2005 et 2006 pour calculer *les coûts générés par un(e) lit/place de SSR pendant une première année pleine de fonctionnement*, en 2007 par exemple, tout en gardant la distinction des coûts de création *ex nihilo* et des coûts de conversion.

Au final, la dépense totale prévue pour le fonctionnement des nouveaux lits et places créés ou convertis en SSR en 2005 et 2006 se monte à près de 127 millions d'euros, en années pleines et, compte tenu du taux d'occupation. Plus des deux tiers (68 %) sont dus à la création de lits, 12 % à celle de places et 20 % à la conversion de lits.

La dépense annuelle moyenne par lit/place est de 53 643 €. La conversion en lits de SSR est moins onéreuse (46 474 € par an et par lit converti) que la création *ex nihilo* (55 832 € par an et par lit créé). Les places nouvellement installées sont plus onéreuses en moyenne que les lits : 67 889 € contre 54 139 €.

Toutes ces différences de coût annuel moyen sont fortement contingentes aux disciplines d'équipement des lits ou places mis en fonctionnement, ainsi qu'à leur implantation géographique et à leur taux d'occupation présumé. Pour preuve, l'écart observé entre lits et places créés est très importante en 2005 mais s'inverse complètement en 2006.

Ainsi, comme nous l'annoncions précédemment (*cf. § 4.2, partie 1*), le coût total moyen de montée en charge de l'activité en HAD calculé est difficilement comparable aux estimations de « dépenses de fonctionnement » des lits/places de SSR nouvellement créés fournies ici par l'étude de la DHOS. L'estimation du coût moyen de fonctionnement en année pleine de 55 800 € en SSR s'appuie sur l'hypothèse d'une occupation quasiment complète (95 %) des nouveaux lits et places durant toute la première année. Or, en HAD, nous avons cru préférable de reconstituer le coût de montée en charge réel avec une estimation réaliste du taux d'occupation des places d'HAD : le calcul est ainsi subordonné à un taux d'occupation moyen de 50 % des nouvelles places.

La mise en regard de ces deux résultats est donc à interpréter avec prudence, car nous ne sommes pas en mesure de savoir si ces taux d'occupation très différents reflètent de réelles différences d'organisation et d'activité en SSR et en HAD lors de la première année de fonctionnement³⁵, ou si au contraire ils proviennent d'options méthodologiques divergentes qui biaisent la comparaison.

35 En effet, il n'est pas impossible que, dans la réalité, l'occupation après l'ouverture d'une place et d'un lit soit effectivement très différente en HAD et en SSR. En HAD, il est logique que cela nécessite du temps pour qu'une nouvelle place parvienne à son fonctionnement optimal. En SSR, en revanche, il est possible qu'un lit fonctionne à plein dès son ouverture compte tenu des besoins importants en SSR et du fonctionnement en flux tendu de l'hospitalisation dans les murs.

Partie 3
Discussion

Discussion

Les soins de réhabilitation et d'accompagnement représentent une activité importante en termes de séjours et de journées d'hospitalisation en France. Notre étude suggère qu'en termes de cas pris en charge (voire des techniques de soins), près des deux tiers des journées réalisées en établissements de SSR en 2003 pourraient être effectuées en hospitalisation à domicile. L'HAD peut donc envisager des perspectives de développement importantes pour les soins de suite et d'accompagnement.

Avant de rappeler les principaux éléments à retenir de cette étude, nous tenons à souligner quelques limites résultant de nos choix méthodologiques et du niveau de détail dans les données disponibles qui permettront de mieux interpréter nos comparaisons de coûts.

Actuellement, il n'existe pas de données adéquates pour estimer les coûts de création et de montée en charge en SSR. De ce fait les coûts de ce type estimés dans notre étude sont peu comparables entre SSR et HAD.

En effet, d'une part, nous avons des « dépenses de fonctionnement » des lits/places de SSR nouvellement créés fournies par une étude de la DHOS et, d'autre part, le coût moyen de fonctionnement généré par place d'HAD installée lors de la période de montée en charge. Pour un lit ou une place nouvellement créé(e) *ex nihilo* en SSR, le coût de fonctionnement en année pleine était évalué en supposant une occupation maximale de ces nouveaux lits et places durant toute l'année. Or, en HAD, nous avons reconstitué le coût de montée en charge avec les taux d'occupation des places d'HAD réellement observés. Ainsi, en HAD le calcul est subordonné à un taux d'occupation moyen de 50 % des nouvelles places alors que, parallèlement, le calcul des coûts SSR repose sur l'hypothèse d'un taux d'occupation des lits de 95 %.

Par ailleurs, malgré l'introduction de nombreux critères médicaux pour définir des catégories de patients homogènes, il peut subsister des différences de *case-mix* (donc de prise en charge) résiduelles entre les populations SSR et HAD, ce qui peut expliquer une partie de l'écart de coût observé. Rappelons notamment qu'en HAD les coûts sont directement liés aux profils médicaux pris en charge, tandis qu'en SSR ils dépendent davantage de la discipline d'équipement et de la technicité du lit occupé, et donc le profil des patients a une influence moins directe.

Il est également important de préciser que nos comparaisons portent sur des coûts moyens journaliers et donc qu'elles ignorent les éventuelles différences de durées moyennes de séjour entre ces deux modes de prise en charge. Même si cette différence semble faible aujourd'hui, il faudrait suivre l'évolution de cet écart dans un contexte de changement des modes de tarification et des pratiques médicales. Dans une perspective macro-économique, fondée sur la prise en charge globale d'un patient, la durée moyenne de séjour a bien évidemment une forte incidence sur les coûts totaux.

De plus, il aurait été alors préférable de raisonner en termes d'épisodes de soins, plutôt qu'en termes de journées, mais c'est une notion complexe à cerner, surtout chez les personnes âgées dépendantes chez lesquelles l'épisode de soins peut être particulièrement long et donner lieu à de multiples réhospitalisations.

Enfin, nous tenons à préciser que notre analyse n'intègre pas les coûts directs (autres que médicaux) et indirects supportés par les malades et leur entourage lors d'une HAD. Il est pourtant clair qu'une partie des frais inhérents à l'épisode de soins est transférée de la sphère publique à la sphère privée. Par ailleurs, notre mesure des coûts de création en HAD et de montée en charge en HAD et en SSR occulte totalement les coûts de pilotage et de gestion pour la société (fonctionnement des ARH, de la COMEX, budget des autorités de régulation, etc.).

Tout en gardant à l'esprit les limites précisées ci-dessus, notre étude montre que pour la globalité des soins superposables entre ces deux secteurs ainsi que pour chacun des six profils médicaux de base définis, les coûts sont systématiquement plus faibles en HAD qu'en SSR. Cette différence est particulièrement forte chez les personnes âgées dépendantes.

Le coût de fonctionnement moyen journalier est 1,6 fois plus élevé en SSR qu'en HAD sur l'ensemble de l'activité considérée comme superposable entre SSR et HAD. En effet, il s'établit en moyenne à 263 € en SSR contre 169 € en HAD.

En SSR comme en HAD, les montants varient en fonction des caractéristiques des patients pris en charge, souvent dans le même sens mais avec des amplitudes différentes, entraînant une fluctuation du ratio de coût SSR/HAD en fonction de ces caractéristiques.

Selon le degré de dépendance, l'âge et la conjugaison de ces deux critères, le ratio SSR/HAD varie le plus souvent entre 1,4 à 1,8. Il culmine à 2,7 et 3,4 respectivement pour les enfants de dépendance très faible (score AVQ = 6) et faible (score AVQ entre 7 et 12).

Six profils médicaux de base les plus homogènes possibles ont été définis et retenus pour différencier les patients pris en charge : les soins de rééducation-réadaptation-réinsertion, les soins de suite, les soins post-chirurgicaux, les soins palliatifs, la nutrition artificielle, et l'assistance respiratoire. Ils concentrent la quasi-totalité de l'activité de soins superposable entre SSR et HAD.

Quel que soit le profil médical de base observé, le ratio SSR/HAD reste supérieur à 1, variant de 1,4 pour les soins de suite et les soins palliatifs, à 1,9 pour les soins de rééducation-réadaptation-réinsertion et la nutrition artificielle, en passant par l'assistance respiratoire (1,7) et les soins post-chirurgicaux (1,8).

Pour chacun des profils médicaux de base, le ratio de coût journalier SSR/HAD concernant les personnes âgées (≥ 65 ans) est sensiblement le même que celui de l'ensemble des patients du profil.

La déclinaison de ces profils médicaux de base selon l'étiologie, le niveau de dépendance physique et l'âge des patients nous permet de mieux repérer les personnes âgées polypathologiques et dépendantes qui représentent une cible importante pour les financeurs et les régulateurs du système de santé. Le ratio SSR/HAD reste très largement supérieur à 1, signifiant un coût toujours plus élevé en SSR pour les étiologies les plus fréquentes.

Par exemple, pour les soins de rééducation-réadaptation-réinsertion, les maladies de l'appareil circulatoire et du système nerveux, plus onéreuses en SSR, augmentent l'écart de coût (ratio SSR/HAD = 2,0), et particulièrement chez les personnes âgées moyennement à fortement dépendantes (score > 12).

Pour les soins de suite (qui est le second profil le plus fréquent), le ratio de coûts SSR/HAD varie peu pour les étiologies les plus fréquentes, sauf pour les traumatismes et les maladies de la peau pour lesquels le ratio atteint respectivement 1,8 et 2,1. Cet écart augmente chez les personnes âgées de 80 ans et plus très dépendantes atteintes de

tumeurs (1,5) et de troubles mentaux (1,6).

En ce qui concerne le coût de création d'une place d'HAD, l'enquête CCHAD 2006 de l'IRDES menée auprès des structures d'HAD ayant créé des places entre 2004 et début 2006, montre que le coût total moyen de l'investissement nécessaire à la création d'une place d'HAD est de 15 800 €, avec une forte variation selon les établissements. Les coûts de personnel comptent pour deux tiers dans les dépenses d'investissement des structures (en moyenne près de 10 500 €). Les dépenses d'équipement et de logistique par place installée représentent, en moyenne sur les structures répondantes, un peu moins de 5 300 €, dont seulement 1 360 € sont investis dans les locaux après l'accord de la Commission Exécutive de l'ARH (COMEX).

Plus de deux ans et demi sont nécessaires, en moyenne, pour mettre en place une structure d'HAD lorsqu'on comptabilise le temps nécessaire pour préparer le dossier de création, obtenir l'accord de la COMEX et monter une structure prête à accueillir le premier malade.

Nous avons également estimé le coût moyen de fonctionnement d'une place d'HAD nouvellement installée durant la période de montée en charge (première année d'activité). Ce coût s'élève à 39 830 € annuels en moyenne et varie fortement entre les structures d'HAD (écart-type de 9 940 €).

Nous ne possédons pas d'information relative aux coûts d'investissement préalables à la création de lits ou places en SSR. On peut simplement préciser que de telles créations nécessitent un investissement immobilier conséquent en cas de création *ex nihilo*, et plus faible dans les cas de conversion de lits.

L'HAD représente donc une alternative intéressante en termes économiques pour répondre aux besoins imminents de la population vieillissante.

Forts de ce constat, nous pouvons envisager des scénarios de développement de l'HAD. Ainsi, la création, par exemple, de 10 000 places d'HAD pour prendre en charge des patients nécessitant des soins de réhabilitation ou d'accompagnement représenterait, à terme, sous nos hypothèses, une économie de près de 350 millions d'euros par an par rapport à l'ouverture de 10 000 lits en établissement. Ce scénario est plausible en termes de transmission des savoir-faire des HAD. D'autres scénarios plus ambitieux nécessiteraient la formation parallèle de personnels (paramédicaux notamment) en nombre suffisant.

Précisons toutefois que la portée de ce scénario est contingente à certaines hypothèses fortes. En particulier, les coûts de structure qui sont comptabilisés dans nos estimations n'évolueraient sans doute pas de la même façon en HAD et en SSR si 10 000 places/lits étaient créés. L'HAD propose une offre de proximité donc la création d'un grand nombre de places s'accompagnerait vraisemblablement de nombreuses ouvertures de nouvelles structures partout sur le territoire. Au contraire, on peut supposer que le développement de l'offre en SSR serait plus concentré dans des établissements déjà existants, qui augmenteraient leur nombre de lits. Ainsi les établissements pourraient profiter de gains sur les dépenses de structure, voire d'économies d'échelle dans les coûts de fonctionnement médicaux si leur nombre de lits augmentait.

L'orientation d'un patient dans le système de soins et le choix du mode d'hospitalisation le plus adapté entre SSR et HAD ne peuvent pas se faire uniquement à partir d'arguments économiques et techniques, qui sont ici favorables à l'HAD.

Le choix du mode d'hospitalisation doit prendre en compte l'environnement socio-familial du patient, sa capacité à assumer directement l'aide à la personne si nécessaire et, surtout, respecter les souhaits du patient lui-même (une HAD ne doit pas être imposée) et de son entourage. Et ceci, au cas par cas, même si l'intérêt humain de l'HAD est largement reconnu par les enquêtes de satisfaction.

Pour les personnes âgées en particulier, l'orientation vers le mode de prise en charge

adéquat peut s'avérer difficile car d'un côté la nécessité d'un entourage aidant peut limiter la possibilité de les diriger vers l'HAD (les aidants naturels peuvent manquer ou être eux-mêmes âgés et/ou malades) et, de l'autre, une hospitalisation « dans les murs » peut entraîner un risque de désocialisation (et celui du « syndrome de glissement »).

Enfin, **la planification de l'offre de soins** et les créations alternatives de places de SSR et/ou d'HAD doivent non seulement s'inscrire dans le cadre de la maîtrise des dépenses de santé, mais aussi se décider localement en termes de **complémentarité** plutôt qu'en termes de substitution. Ces arbitrages doivent s'opérer en tenant compte du tissu hospitalier déjà implanté (c'est-à-dire des capacités d'offre préexistantes et de leur taux d'occupation) et de l'évolution de la démographie médicale et paramédicale.

De fait, ce développement doit être accompagné par la formation des professionnels, ce qui nécessite un temps de diffusion du savoir-faire et peut poser problème dans le contexte de tension démographique des professionnels de santé. Il doit également incorporer l'éducation thérapeutique des patients et de leur entourage. Ce dernier doit pouvoir bénéficier de solutions de répit si besoin ; en ce sens, les services de SSR et d'HAD peuvent et doivent aussi intervenir de façon complémentaire dans le temps, ce qui suppose une bonne coordination entre les diverses offres de soins.

Bibliographie

Bibliographie

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 IRDES, n° 119, 8 p.

Aligon A., Com-Ruelle L., Raffy-Pihan N. (2000/03), L'hospitalisation à domicile : un patient à satisfaire ?, Informations hospitalières, n°52, pp. 16-21, CREDES n°1298.

Aligon A., Com-Ruelle L., Renaud T. (2003), Le coût de la prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD). Questions d'économie de la santé, n° 67, 6 p.

Aligon A., Com-Ruelle L., Renaud T. (2003), Evaluation du coût de la prise en charge globale en hospitalisation à domicile. Rapport IRDES n° 1484, 268 p.

ATIH (2004), Étude nationale de coûts PMSI SSR 2000/2001, Echelles 1ère et 2ème édition. Rapport en ligne sur le site de l'ATIH (www.atih.sante.fr).

Catalogue des activités de rééducation-réadaptation, PMSI - Soins de suite ou de réadaptation (Bulletin Officiel, Fascicule spécial n° 97/6 bis, mis à jour Bulletin Officiel, Fascicule spécial n° 2000/13 bis).

Com-Ruelle L., Raffy N. (1994), Les patients hospitalisés à domicile en 1992. CREDES n° 1007, 233 pages.

Com-Ruelle L., Lebrun E. (2003), Indicateurs d'état de santé des patients hospitalisés (ENHAD 1999-2000). Questions d'économie de la santé, n° 77, 6 p.

Com-Ruelle L., Dourgnon P., Perronnin M., Renaud T. (2003), Construction d'un modèle de tarification à l'activité de l'hospitalisation à domicile. Questions d'économie de la santé, n° 69, 6 p.

Com-Ruelle *et al.* (2003), Evaluation du coût de la prise en charge globale en hospitalisation à domicile (rapport n°1484, IRDES) et Construction d'un modèle de tarification à l'activité de l'hospitalisation à domicile (Questions d'économie de la santé n°69, IRDES).

Guide méthodologique de production du recueil d'informations standardisé de l'hospitalisation à domicile» Version applicable au 1er janvier 2006.

Guide méthodologique de production des résumés hebdomadaires standardisés, PMSI -Soins de suite ou de réadaptation (Bulletin Officiel, Fascicule spécial n° 97/5 bis).

Manuel des groupes homogènes de journées, PMSI - Soins de suite ou de réadaptation. Version 1 de la classification, version 1.1 de la fonction groupage, volumes I et II (Bulletin Officiel, Fascicule spécial n° 97/8 bis).

Liste des tableaux, figures et encadrés

Liste des tableaux, figures et encadrés

Tableau 1	
Descriptif de l'activité de SSR de l'année 2003 utilisée dans notre étude	27
Tableau 2	
Exceptions à la règle d'inclusion : séjours dont l'objectif de soins est « soins continus », « soins de phase terminale », « réadaptation au domicile » ou « reprise d'autonomie des patients » et qui sont tout de même exclus du champ superposable au SSR	33
Tableau 3	
Exceptions à la règle d'exclusion : séjours dont l'objectif de soins est « soins ponctuels » et qui sont tout de même inclus dans le champ superposable au SSR	34
Tableau 4	
Séjours dont l'objectif de soins est « non renseigné » à inclure dans le champ superposable au SSR	34
Tableau 5	
Mesure de la dépendance selon la grille des AVQ	40
Tableau 6	
Transcodage des 14 dimensions de dépendance de l'enquête ENHAD selon la grille des AVQ.....	41
Tableau 7	
Correspondance des scores de dépendance dans l'enquête ENHAD et dans la grille AVQ	42
Tableau 8	
Comparaison des structures d'activité en HAD et en SSR par catégorie d'âge et de dépendance	43
Tableau 9	
Critères de sélection des six grands profils médicaux de base retenus dans l'étude	47
Tableau 10	
Effectifs des six grands profils médicaux de base (PMB) retenus dans l'étude, répétitions comprises.....	51
Tableau 11	
Valeurs 2001-2002 des coûts d'échelle moyens par CMC, avec ou sans comptabilisation des coûts de structure	58
Tableau 12	
Statut juridique des structures d'HAD participantes	67
Tableau 13	
Nombre de places autorisées et installées des structures d'HAD participantes	67
Tableau 14	
Dates importantes dans le processus de création des structures d'HAD.....	67
Tableau 15	
Ciblage <i>a priori</i> de l'HAD en tant que substitut de soins	68
Tableau 16	
Modes de prise en charge envisagés par les promoteurs des HAD de l'enquête CCHAD	69

Tableau 17	
Coûts moyens de fonctionnement en SSR et en HAD selon le degré de dépendance et l'âge	80
Tableau 18	
Effectifs des personnes âgées en SSR et en HAD	82
Tableau 19	
Coûts moyens journaliers de fonctionnement en SSR et en HAD pour les patients âgés de 65 ans et plus selon le profil médical de base.....	84
Tableau 20	
Coûts moyens journaliers en SSR et en HAD des soins de « rééducation-réadaptation-réinsertion » pour les étiologies les plus fréquentes, avec focus sur les personnes âgées	87
Tableau 21	
Coûts moyens journaliers en SSR et en HAD des « soins de suite » pour les étiologies les plus fréquentes, avec focus sur les personnes âgées	89
Tableau 22	
Coûts moyens journaliers en SSR et en HAD des « soins post-chirurgicaux » pour les étiologies les plus fréquentes, avec focus sur les personnes âgées	91
Tableau 23	
Coûts moyens journaliers en SSR et en HAD des « soins palliatifs » pour les étiologies les plus fréquentes, avec focus sur les personnes âgées	92
Tableau 24	
Coûts moyens journaliers en SSR et en HAD de la « nutrition artificielle » pour les étiologies les plus fréquentes, avec focus sur les personnes âgées.....	94
Tableau 25	
Coûts moyens journaliers en SSR et en HAD de « l'assistance respiratoire » pour les étiologies les plus fréquentes, avec focus sur les personnes âgées	95
Tableau 26	
Coût de création d'une place d'HAD	100
Tableau 27	
Coût de fonctionnement moyen d'une place HAD durant la première année d'activité	101
Tableau 28	
Dépenses prévues pour les financeurs pour l'activité des nouveaux lits/places de SSR ouverts par création <i>ex nihilo</i> ou par conversion	105

Liste des figures

Figure 1

Nombre de journées en SSR et en HAD selon le profil médical de base du patient pris en charge en 2003..... 81

Figure 2

Coût moyen journalier de fonctionnement d'une place d'HAD et d'un lit de SSR selon le profil médical de base du patient 83

Figure 3

Évolution du taux d'occupation des structures d'HAD nouvellement créées lors de la première année d'activité..... 100

Liste des encadrés

Encadré 1

Indicateurs de morbidité utilisés pour la description de l'état de santé des patients.....35

Encadré 2

La segmentation en groupes homogènes de journées (GHJ) et catégories majeures cliniques (CMC) dans le PMSI SSR37

Encadré 3

Étude nationale de coût PMSI SSR Exploitation des données 2001-200256

Encadré 4

Différentes phases nécessaires à la création de nouvelles places d'HAD.....66

Encadré 5

Extrapolations réalisées aux phases 1 et 270

Annexe 1

Offre et demande en Hospitalisation à domicile

Annexe 1 - Offre et demande en Hospitalisation à domicile

Une présentation de l'hospitalisation à domicile dans le paysage médical actuel et des actions engagées pour le développement de ce mode d'hospitalisation est proposée dans un premier temps. Elle est suivie d'un état des lieux de l'offre de soins (places autorisées et places installées) existant en France et de la demande actuelle (patients pris en charge et journées réalisées) en HAD. Plus précisément, il s'agit de présenter les caractéristiques des structures, leur capacité d'accueil, leur activité, et les caractéristiques des patients pris en charge.

1.1 L'HAD, une alternative à l'hospitalisation en développement

Face au poids important des dépenses hospitalières, le gouvernement a souhaité, au travers de la circulaire du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile (HAD), assurer le développement de cette alternative à l'hospitalisation, avec comme objectif d'améliorer l'organisation des soins en favorisant notamment la coopération entre l'hôpital et la médecine de ville.

L'HAD a pour vocation, la prise en charge à domicile de malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé. De nature polyvalente et généraliste, car prenant en charge des malades « polypathologiques », elle a pour objectif d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation en service de soins aigus ou de soins de suite et réadaptation, lorsque la prise en charge à domicile est possible. Selon sa définition officielle, l'HAD assure une prise en charge globale et coordonnée du patient à domicile en lui offrant l'opportunité d'une meilleure qualité de vie dans son environnement familial. De plus, les soins en HAD bénéficient d'un niveau de satisfaction élevé chez les patients³⁶.

La mission des structures d'HAD, en tant qu'alternative à l'hospitalisation complète, est bien de proposer un système d'organisation des soins gradués entre la ville et l'hôpital, contribuant à la diminution des durées de séjour en hospitalisation classique, soit en raccourcissant les séjours entamés, soit en les évitant. Depuis les décrets d'octobre 1992, l'hospitalisation préalable d'un

patient n'est plus une condition nécessaire pour accéder à l'HAD, les médecins libéraux peuvent également la prescrire directement. Toutefois, à peine plus de 10% des séjours sont ainsi induits par les médecins de ville. Cette proportion a peu augmenté en raison de la méconnaissance du système et d'un manque de formation des médecins généralistes leur permettant d'assumer des patients parfois très lourds.

L'enjeu est celui d'une bonne coordination des secteurs ambulatoire et hospitalier et d'une coordination médicale entre hospitaliers et médecins traitants, profitant de l'opportunité offerte par la présence d'un médecin coordonnateur dans chaque structure d'HAD. La coordination sur le plan social est aussi capitale pour aménager ou préserver de bonnes conditions de soins et de vie au patient à son domicile.

En effet, chaque structure fonctionne comme un mini-réseau en soi, coordonnant les interventions de divers professionnels de santé et du secteur social, inséré dans un réseau local plus large. Mais les contextes d'offre de soins sont très différents d'une région à l'autre. Les structures d'HAD sont ainsi dépendantes à la fois des structures qui se situent en amont et en aval de la prise en charge. En amont, elles dépendent du mode d'adressage des patients : des partenariats entre hôpitaux et structures d'HAD améliorent leur collaboration, évitant ainsi la sous-utilisation ou la mauvaise utilisation de l'HAD par les hôpitaux et permettant la délivrance de soins gradués entre la ville et l'hôpital. En aval, les structures sont cette fois dépendantes de la possibilité de transférer ceux dont l'état de santé s'améliore vers un système de prise en charge moins lourd (par exemple dans les SSIAD : services de soins infirmiers à domicile), ou dans le secteur ambulatoire pur, avec ou sans relais médical ou social ; mais l'hôpital doit pouvoir aussi réadmettre le patient en cas d'aggravation.

Depuis quelques années, un développement rapide de l'offre d'hospitalisation à domicile est observable en France, principalement grâce à un assouplissement des conditions réglementaires d'ouverture des structures d'HAD et à la levée des freins tarifaires.

Ce développement de l'HAD résulte, d'une part, d'un nouveau cadre d'organisation sanitaire³⁷ :

36 Com-Ruelle L., Raffy N. (1994), « Les patients hospitalisés à domicile en 1992 ». CREDES n° 1007, 233 pages. Cf. Aligon A., Com-Ruelle L., Raffy-Pihan N. (2000/03), « L'hospitalisation à domicile : un patient à satisfaire ? », Informations hospitalières, n°52, pp. 16-21, CREDES n°1298.

37 Cf. Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 (JO n°206 du 6 septembre 2003) et la Circulaire DHOS/2003/485 du 13 octobre 2003 d'application de l'ordonnance du 4/9/2003 ; et l'Arrêté du 27 avril 2004, fixant la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les schémas régionaux d'organisation sanitaires.

- l'HAD fait désormais l'objet d'un volet spécifique dans chaque schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération (SROS III), précisant les implantations prévues par territoire de santé et mentionnant les activités de soins concernées. De plus, par l'intermédiaire des aides à la contractualisation, des aides au démarrage sont possibles pour les services d'HAD, permettant ainsi le recrutement de personnels, d'acquisition de matériels, de locaux, de moyens de coordination. Cette initiative importante et volontariste doit contribuer à réduire les inégalités territoriales de l'offre de soins en HAD ;
- l'ordonnance du 4 septembre 2003 a supprimé l'opposabilité de la carte sanitaire aux structures d'hospitalisation à domicile : lorsqu'un nouveau site d'implantation est autorisé il n'y a plus de limitation des places d'HAD en volume par territoire ;
- le taux de change a également été supprimé : il stipulait que l'ouverture d'une place d'HAD soit réalisée en contrepartie de la fermeture de deux lits d'hospitalisation complète³⁸.

D'autre part, un modèle de tarification à l'activité, construit par l'IRDES, a été mis en place et est appliqué à 100 % depuis le 1^{er} mars 2006 à tous les établissements d'HAD, publics et privés. En alignant les tarifs de base public et privé, ce nouveau mode de financement doit favoriser à la fois la qualité des soins et l'équité entre établissements, et être incitatif pour le développement de ce mode d'hospitalisation, notamment pour le secteur public et PSPH pour lesquels la création de places HAD devait parfois être financée par le redéploiement de l'équipement en lits des établissements de santé. La mise en œuvre de ce système repose sur le recueil d'informations médicalisées auquel les structures d'HAD doivent procéder³⁹.

Malgré cet essor, il existe toujours un potentiel important de développement pour l'HAD ; le gouvernement actuel a pour objectif d'atteindre 15 000 places à l'horizon 2010, soit un déploiement de plus de 10 000 places en dix ans. L'essor de l'HAD est essentiel afin que le système de soins réponde pleinement aux besoins médicaux et médico-sociaux des malades tout en respectant leur souhait de continuer à vivre le plus longtemps possible à leur domicile.

Plusieurs axes majeurs de développement sont actuellement envisagés pour que l'hospitalisation à domicile soit encore plus sollicitée à l'avenir⁴⁰.

En premier lieu, continuer à promouvoir un modèle d'hospitalisation original « à la française » en faisant mieux connaître ce mode de prise en charge auprès des usagers et des acteurs de santé : les professionnels hospitaliers, les acteurs libéraux et les médecins généralistes. Rappelons qu'aujourd'hui les prescriptions d'HAD sont faites dans 90 % des cas par des médecins hospitaliers⁴¹.

Favoriser l'HAD auprès des acteurs régionaux permettra également d'effacer les disparités régionales qui existent aujourd'hui : 12 départements en France métropolitaine (dont trois en Ile-de-France) ne disposent d'aucune place d'HAD, et les deux régions Ile-de-France et Nord-Pas-de-Calais regroupent à elles seules près de la moitié des places installées. L'HAD bénéficie encore d'un large potentiel de développement, en particulier dans les zones rurales.

Un autre axe majeur consiste à développer le continuum de la prise en charge entre les structures d'HAD et les établissements d'hospitalisation complète, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les organismes prestataires de services, en formalisant les indications respectives de prise en charge. Dans le cas des SSIAD, la continuité des soins peut être assurée concrètement par la prise en charge en HAD de leurs malades dont la situation s'aggrave ou, à l'inverse, en confiant aux SSIAD les malades d'HAD stabilisés : les HAD et les SSIAD se positionnent donc comme des structures complémentaires même s'il subsiste un hiatus entre le niveau de soins très élevé de l'HAD et celui des SSIAD, ces deux systèmes assurant une coordination médicale des soins. C'est également selon une logique de complémentarité que depuis le 1^{er} mars 2007, une structure HAD peut intervenir dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : elle délivre des soins au patient dont l'état de santé exige une intervention technique qui ne se substitue pas aux prestations sanitaires et médico-sociales dispensées par l'établissement, dans la mesure où ce patient répond aux conditions d'admissions en HAD. Ainsi, lorsque de manière ponctuelle un EHPAD n'est pas en mesure de pouvoir répondre aux besoins en soins d'un résident, il peut, afin d'éviter une hospitalisation

38 Abrogation de l'Article L.6122-3.

39 Cf. Arrêté du 31 décembre 2004, Bulletin Officiel n°2005-3 du 15 avril 2005.

40 Circulaire n°DHOS/O3/2006/506 du 1^{er} décembre 2006 (Bulletin Officiel n°2007-1 du 15 février 2007) visant à mieux définir le rôle spécifique de l'hospitalisation à domicile et sa place dans le dispositif sanitaire, notamment en comparaison des autres services de santé à domicile, à clarifier son mode d'organisation et ses missions ainsi qu'à préciser son apport en matière d'amélioration de la qualité de prise en charge des patients.

41 Hebdomadaire Impact Médecine - N°186 – 25 janvier 2007, pp 33.

complète, faire appel, sur prescription médicale du médecin traitant, à une structure d'HAD qui se portera alors partenaire dans la prise en charge pour des soins spécifiques⁴².

Promouvoir l'hospitalisation à domicile est l'une des solutions adoptées par le gouvernement pour adapter le système de prise en charge des personnes âgées pour faire face à l'évolution démographique majeure représentée par le vieillissement de la population. Ce soutien réalisé en parfaite cohérence avec le plan « Solidarité grand âge » offre à l'HAD une place stratégique en encourageant la politique de maintien à domicile des personnes âgées. En doublant les capacités d'hospitalisation à domicile d'ici 2010, il est ainsi offert aux personnes âgées le libre-choix de pouvoir être soigné à domicile si cette prise en charge est plus adaptée. N'oublions pas que chez certaines personnes âgées particulièrement fragiles, l'hospitalisation « dans les murs » présente un risque de déstabilisation et de désocialisation conduisant parfois à une perte définitive d'autonomie.

En valorisant les coûts de création et de fonctionnement d'une place d'HAD, notre étude permettra ainsi d'évaluer le surcoût ou l'économie que

représentent certains soins délivrés en hospitalisation à domicile par rapport aux mêmes soins délivrés dans un service d'hospitalisation complète, correspondant ici aux soins de suite et de réadaptation.

1.2 Panorama des services d'hospitalisation à domicile en France

La FNEHAD nous a fourni les places autorisées et installées sur l'ensemble du territoire français par région et par statut au 31 décembre des années 2004 à 2006.

Entre 2004 et 2006, la capacité totale en places d'HAD a augmenté de près d'un tiers. On compte à la fin de l'année 2006, 7 845 places autorisées (+ 32%) et plus de 6 500 places effectivement installées (+ 37%) dans 166 établissements situés dans la France entière (cf. *Tableau annexe 1*). Cette augmentation est naturellement associée à une hausse constante du nombre de structures d'HAD autorisées, celui-ci ayant été multiplié par 1,5 durant cette période.

Ainsi, en 2006, 80% des structures ayant eu l'accord de création (soit 166 structures) avaient effectivement installé des places.

42 Décret n° 2007-241 du 22 février 2007 qui autorise l'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (JO du 24 février 2007); et Arrêté du 16 mars 2007 relatif aux conditions de prise en charge (JO du 25 mars 2007).

Tableau annexe 1
Évolution de l'offre en HAD⁴³ en France, 2004 à 2006

	Places autorisées	Places installées	Structures autorisées	Structures installées
2004	5 930	4 773	140	110
2005	6 826	5 386	169	129
2006	7 845	6 520	205	166
Taux de progression				
2004 - 2005	15,1 %	12,8 %	20,7 %	17,3 %
2005 - 2006	14,9 %	21,1 %	21,3 %	28,7 %
2004 - 2006	32,3 %	36,6 %	46,4 %	50,9 %

Source : FNEHAD

43 État des lieux effectués par la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD) au 1^{er} décembre des années concernées.

En 2006, près de 94 % des structures autorisées l'étaient en métropole, rassemblant 95 % des places autorisées.

Rappelons que l'objectif du gouvernement est de disposer d'ici 2010 de 15 000 places d'HAD autorisées, soit de doubler le nombre de places d'ici là.

Si l'on considère un taux annuel de progression constant de 15% du nombre de places autorisées (taux réalisé entre 2004 et 2005, et entre 2005 et 2006), ce qui correspondrait à l'autorisation de création de 900 places supplémentaires chaque année, alors, selon nos estimations, cet objectif ne sera pas atteint d'ici l'horizon 2010 (cf. Figure annexe 1).

Pour atteindre cet objectif, il faudrait en réalité doubler le nombre de places autorisées chaque année, plus précisément autoriser la création de 1 800 places d'HAD chaque année.

Les HAD créées se répartissent de manière presque égale entre le secteur privé (associatif et

à but lucratif) et le service public hospitalier (public et privé PSPH) (cf. Tableau annexe 2).

En 2006, le secteur privé à but non lucratif est prédominant : plus de la moitié des places d'HAD installées l'ont été par des HAD privées associatives, même si celles-ci ne représentent que 39 % des HAD. A *contrario*, les HAD publiques qui sont les plus nombreuses (43 % des structures) ne représentent que 26 % des places installées dont près de la moitié appartiennent à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP).

Aussi, les structures d'HAD privées PSPH et à but lucratif sont quant à elles minoritaires, ne représentant chacune qu'environ 10 % des structures ayant installé des places. Le développement de structures privées à but lucratif est tout récent et est vraisemblablement lié à l'application de la tarification à l'activité en HAD : 15 structures étaient installées fin 2006 et elles rassemblaient 6 % des places alors installées.

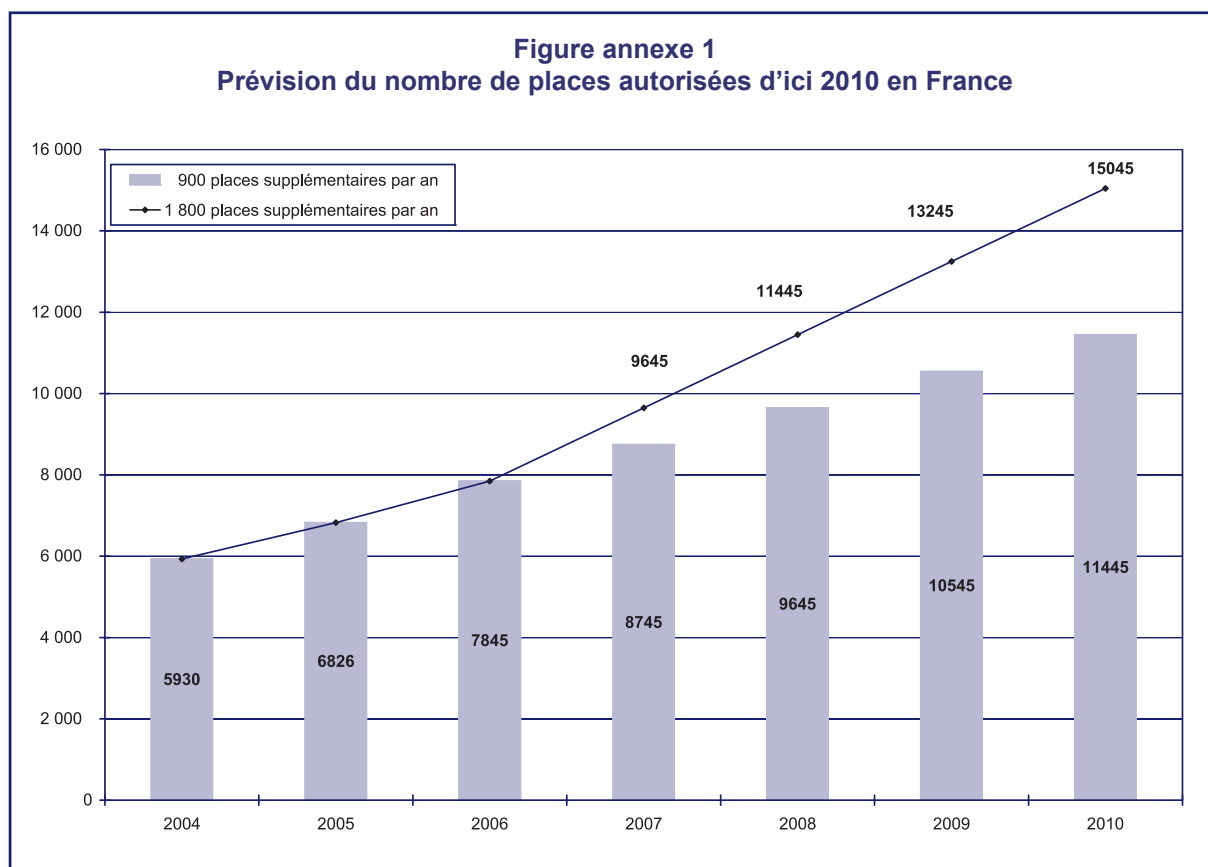


Tableau annexe 2
Répartition de l'offre en HAD par statut juridique en France, 2006

Statut juridique	Places autorisées		Places installées	
Public	2 188	27,9 %	1 720	26,4 %
	89 structures		71 structures	
Privé PSPH	1 129	14,4 %	886	13,6 %
	17 structures		16 structures	
Privé associatif	3 955	50,4 %	3 520	54,0 %
	77 structures		64 structures	
Privé à but lucratif	573	7,3 %	394	6,0 %
	22 structures		15 structures	
TOTAL	7 845	100,0 %	6 520	100,0 %
	205 structures		166 structures	

Source : FNEHAD

Notre étude s'inscrit donc dans un contexte qui compte des structures d'HAD très diverses quant à leur taille et leur statut juridique, leur mode de fonctionnement et leur type de financement, de même que par leur répartition territoriale, comme le présente le Tableau annexe 3.

La répartition de l'offre en HAD en France métropolitaine est encore très inégale. Nous constatons que les régions Ile-de-France et Nord-Pas-de-Calais concentrent à elles deux 42% des places d'HAD installées (respectivement 35% et 8%).

Même si fin 2006 toutes les régions étaient dotées d'au moins une structure d'HAD, 9 départements (Haute-Loire, Haute-Marne, Lozère, Meuse, Gers, Alpes-de-Haute-Provence, Hautes-Alpes, Ain et Ardèche) en étaient encore dépourvus, hors départements de la région Ile-de-France.

La disparité régionale peut s'observer au niveau de la densité de l'offre (*i.e.* le nombre de places réellement disponibles rapporté à la population)

de chaque région : les régions Ile-de-France et Limousin sont les mieux dotées avec respectivement 20 et 19 places d'HAD pour 100 000 habitants, puis ce sont les régions Franche-Comté et Nord-Pas-de-Calais avec 14 places pour 100 000 habitants. Par opposition, l'Alsace, l'Auvergne, la Bretagne, le Languedoc-Roussillon et la Lorraine sont les régions les moins bien dotées avec moins de 5 places disponibles pour 100 000 habitants.

En moyenne, 10 places d'HAD étaient installées pour 100 000 habitants fin 2006 en France métropolitaine.

Avec l'objectif de diminuer les disparités régionales et de mieux répondre à la demande de la population locale, des efforts ont été consentis par certaines régions. En effet, des installations de places étaient en projet en 2006 pour une grande partie de ces régions moins bien dotées et présentant un taux élevé de places non installées. Par rapport à 2005, des autorisations de création *ex nihilo* ou d'extension de structures ont eu lieu, mais ces nouvelles places autorisées n'ont pas systématiquement été installées en 2006.

Tableau annexe 3
Répartition de l'offre en HAD par région en France métropolitaine, 2006

Régions	Places autorisées	Places installées	Places non financées (%)	Places installées / 100 000 hab.
Alsace	71	71	0,0%	4
Aquitaine	572	397	30,6%	13
Auvergne	99	59	40,4%	4
Basse-Normandie	199	175	12,1%	12
Bourgogne	115	97	15,7%	6
Bretagne	180	132	26,7%	4
Centre	252	139	44,8%	6
Champagne-Ardenne	73	73	0,0%	5
Corse	65	20	69,2%	7
Franche-Comté	165	160	3,0%	14
Haute-Normandie	206	155	24,8%	9
Ile-de-France	2 327	2 252	3,2%	20
Languedoc-Roussillon	103	58	43,7%	2
Limousin	165	138	16,4%	19
Lorraine	126	96	23,8%	4
Midi-Pyrénées	252	172	31,7%	6
Nord-Pas-de-Calais	670	489	27,0%	14
Pays de la Loire	651	555	14,7%	6
Picardie	265	213	19,6%	9
Poitou-Charentes	205	167	18,5%	9
Provence-Alpes-Côte d'Azur	162	162	0,0%	10
Rhône-Alpes	557	492	11,7%	8
Total métropole	7 480	6 272	16,1%	10
Dom	365	248	32,1%	14
TOTAL France	7 845	6 520	16,9%	10

Sources : FNEHAD

INSEE, Estimations de population au 1er janvier 2006

Concernant les départements d'Outre-mer, précisons que le nombre de places installées a doublé entre 2005 et 2006, passant de 125 à 248 places, et 5 structures d'HAD supplémentaires ont été créées.

1.3 Description de l'activité en HAD

La description de l'activité réalisée en hospitalisation à domicile est effectuée en utilisant la seule source de données disponible jusqu'alors : l'Enquête nationale sur l'hospitalisation à domicile (ENHAD 2000) réalisée par l'IRDES (se repor-

ter au § 1.1 de la partie 1 de ce rapport pour une présentation de cette enquête).

La description de l'activité en HAD porte sur les 1 844 patients retenus dans notre étude, qui totalisent 131 079 journées d'hospitalisation telles qu'elles peuvent être appréhendées dans l'enquête⁴⁴.

44 Le nombre de journées d'hospitalisation en HAD recensées dans l'ENHAD ne correspond pas strictement aux séjours d'HAD car 11% des patients admis en HAD et suivis durant 3 mois dans l'ENHAD n'ont pas encore achevé leur séjour à l'issue de la période d'observation : leur durée réelle d'hospitalisation ne peut donc pas être connue. À titre d'approximation, nous leur affectons une durée de 3 mois.

Nous décrivons l'activité réalisée en HAD selon le profil médical des patients, en nous appuyant sur différents indicateurs de morbidité choisis afin de décrire de façon homogène les différentes facettes de l'état de santé des patients (maladies, dépendance et soins). Plus précisément, il s'agit des indicateurs de morbidité suivants : les protocoles de soins, l'objectif de soins, l'indicateur de dépendance et l'âge (cf. Encadré 1 page 35).

1.3.1 Profil des patients par protocole de soins principaux

Le Tableau annexe 4 présente la répartition de l'activité en HAD selon la nature du protocole de soins principal (ou « mode de prise en charge ») qui est la caractéristique clinique la plus importante de la prise en charge effectuée pour un patient.

Le protocole de soins principal est le « mode de prise en charge » ayant suscité la consommation la plus importante de ressources : frais de personnels, frais de location de matériel, frais de médicaments, etc.

En termes de patients concernés, les protocoles de soins principaux apparaissant comme les plus fréquents sont :

- les pansements complexes : 19% des patients auxquels sont associées 33% des journées réalisées ;

- la chimiothérapie : 18% des patients correspondant à 3% des journées ;
- les soins palliatifs : 17% des patients correspondant à près de 15% des journées.

Les pansements complexes et les soins de nursing lourds sont les protocoles de soins qui apparaissent le plus fréquemment chez les patients dont la durée de séjour est supérieure à 3 mois, ce qui explique qu'ils rassemblent des volumes de journées réalisées importants (respectivement 33% et 20%).

Quant au protocole de soins principal « soins palliatifs », regroupant 15% des journées réalisées, il concerne aussi bien des patients effectuant des séjours courts et de durée moyenne, que des patients dont la durée de séjour est plus longue. Cela s'explique d'une part par le fait que les professionnels du soin en HAD ne se sont probablement pas référés à une seule et même définition précise des soins palliatifs et, d'autre part, ils sont aussi une illustration du biais généré par le relevé final d'un seul et même protocole de soins principal pour tout le séjour, effaçant l'évolution de la condition médicale du patient au cours du séjour en ne retenant que l'élément qui l'a le plus marqué.

Tableau annexe 4
Répartition de l'activité en HAD selon les protocoles de soins principaux dans l'enquête ENHAD 2000

Protocole de soins principal	Patients	%	Journées	%
Pansements complexes	346	18,8	43 281	33,0
Soins de nursing lourds	198	10,7	25 824	19,7
Soins palliatifs	320	17,4	19 196	14,6
Nutrition entérale	80	4,3	11 192	8,5
Rééducation neuro-orthopédique	60	3,3	6 823	5,2
Traitement intraveineux	145	7,9	5 563	4,2
Chimiothérapie	336	18,2	4 376	3,3
Post-traitement chirurgical	39	2,1	2 514	1,9
Assistance respiratoire	36	2,0	2 494	1,9
Nutrition parentérale	54	2,9	2 207	1,7
Éducation du patient et de son entourage	37	2,0	1 887	1,4
Surveillance post-chimiothérapie	40	2,2	1 449	1,1
Surveillance de grossesse à risque	56	3,0	1 430	1,1
Autres prises en charge pour tumeurs malignes	4	0,2	938	0,7
Autres	20	1,1	923	0,7
Prise en charge de la douleur	17	0,9	648	0,5
Post-partum	43	2,3	222	0,2
Prise en charge du nouveau-né	10	0,5	97	0,1
Transfusion sanguine	3	0,2	15	0,0
Total	1 844	100,0	131 079	100,0

Source : ENHAD 2000

À l'opposé, la chimiothérapie est un protocole de soins s'appliquant essentiellement au cours de séjours de moins d'une semaine, mais elle peut cependant intervenir aussi ponctuellement au cours de séjours plus longs.

1.3.2 Profil des patients par objectif de soins

Le Tableau annexe 5 présente la répartition de l'activité en HAD selon la nature de l'objectif de soins. L'enquête ENHAD 2000 différencie cinq objectifs de soins détaillant les trois objectifs de soins prévus dans la circulaire du 30 mai 2000. L'enquête distinguait, d'une part, parmi les soins continus, ceux en rapport avec des soins de phase terminale (ou soins palliatifs), d'autre part, parmi les soins de réadaptation au domicile, ceux concernant la reprise d'autonomie des parents dans le cas d'enfants malades.

Plus de quatre patients sur dix admis en HAD (43%) ont pour objectif de soins des soins continus. Ces patients concentrent naturellement les trois quarts des journées réalisées puisqu'ils reçoivent ces soins pour une durée indéterminée au départ (mais dont la durée moyenne est égale à 124 jours ici), souvent des hospitalisations d'une durée longue de plusieurs mois, associant

des soins de nursing, de maintien et d'entretien de la vie, le plus souvent pour des pathologies évolutives.

Les soins ponctuels concernent un tiers des patients (34%) présentant des pathologies non stabilisées, pour lesquels la durée d'hospitalisation est préalablement déterminée. Ces patients requérant des soins techniques, lourds et complexes et fréquemment réitérés, ne rassemblent que 11% des journées car ils effectuent par définition des séjours plus courts, de 23 jours en moyenne ici. En comparaison, 9% des journées sont réalisées par 10% de patients dont l'objectif de soins est la réadaptation au domicile : ces patients sont pris en charge pour des séjours plus longs d'une durée déterminée d'environ deux mois.

Les soins de phase terminale ne concernent que 6% des patients et concentrent à peine 2% des journées réalisées : du fait de la nature de leur prise en charge ces patients décèdent dans les quelques jours suivant leur entrée, en moyenne 26 jours après.

Enfin, à peine 1% des patients sont des enfants pris en charge pour une durée déterminée de 23 jours en moyenne dans l'objectif de leur réadaptation au domicile.

Tableau annexe 5
Répartition de l'activité en HAD selon l'objectif de soins dans l'enquête ENHAD 2000

Objectif de soins	Patients	%	Journées	%	Durée moyenne de séjour (jours)
Soins continus	794	43,1	98 523	75,2	124
Soins ponctuels	623	33,8	14 539	11,1	23
Réadaptation au domicile	179	9,7	11 690	8,9	65
Soins de phase terminale	112	6,1	2 932	2,2	26
Reprise d'autonomie des parents	58	3,1	1 320	1,0	23
Non renseigné	78	4,2	2 075	1,6	27
Total	1 844	100	131 079	100	71

Source : ENHAD 2000

1.3.3 Profil des patients par âge et niveau de dépendance

Le niveau de dépendance du patient est un bon prédicteur de la charge en soins. Le niveau de dépendance des patients pris en charge en HAD est évalué à partir d'une échelle de dépendance/autonomie déjà utilisée et analysée au cours de précédentes enquêtes nationales sur l'hospitalisation.

Le recueil de la dépendance s'organise autour d'items répartis dans deux dimensions : locomotrice et relationnelle.

L'axe locomoteur comporte des items relatifs aux déplacements, aux transferts, à l'hygiène et à l'alimentation, auxquels est adjointe l'incontinence. L'axe relationnel comporte des items relatifs aux sens (vision, audition), à l'expression, au comportement (de type agressif ou dépressif) et à la mémoire (cf. § 1 de l'annexe n°2 du rapport complémentaire).

Cette échelle de dépendance permet donc de distinguer les difficultés locomotrices et d'incontinence des difficultés relationnelles, sollicitant des types d'interventions de personnels soignants distincts. Elle permet également d'appréhender la dépendance à partir d'indicateurs disjoints des autres indicateurs de morbidité, afin de pouvoir tester les différentes composantes de celles-ci.

Chaque item de la grille est apprécié et donne lieu à un score; ces scores sont sommés dans chacune des dimensions (locomotrice et relationnelle) et nous calculons un score global de dépendance regroupant les patients par leur niveau total de difficultés. Nous nous intéressons ici à ce score global de dépendance⁴⁵.

Le Tableau annexe 6 décrit la répartition de l'activité HAD par groupes d'âge et par niveau de dépendance, en termes d'effectifs de patients et de journées réalisées.

Nous constatons que 41% des patients d'HAD se trouvent à un niveau de dépendance moyen (score entre 13 et 18) à élevé (score entre 19 et 24). En termes de journées, le poids de la dépendance est plus fort : deux tiers des journées concernent des patients de dépendance moyenne (25% avec un score de 13 à 18) à élevé (42% avec un score de 19 à 24).

Près de la moitié des patients (48.5%) sont âgés de 65 ans ou plus et réalisent 60% des journées.

La Figure annexe 2 présente le degré moyen de dépendance selon les groupes d'âge des patients. Nous constatons logiquement que le niveau de dépendance augmente avec l'âge des patients, passant d'un niveau moyen égal à 10 pour les patients âgés de 15 ans et moins, à 16 en moyenne pour les patients âgés de 80 ans ou plus.

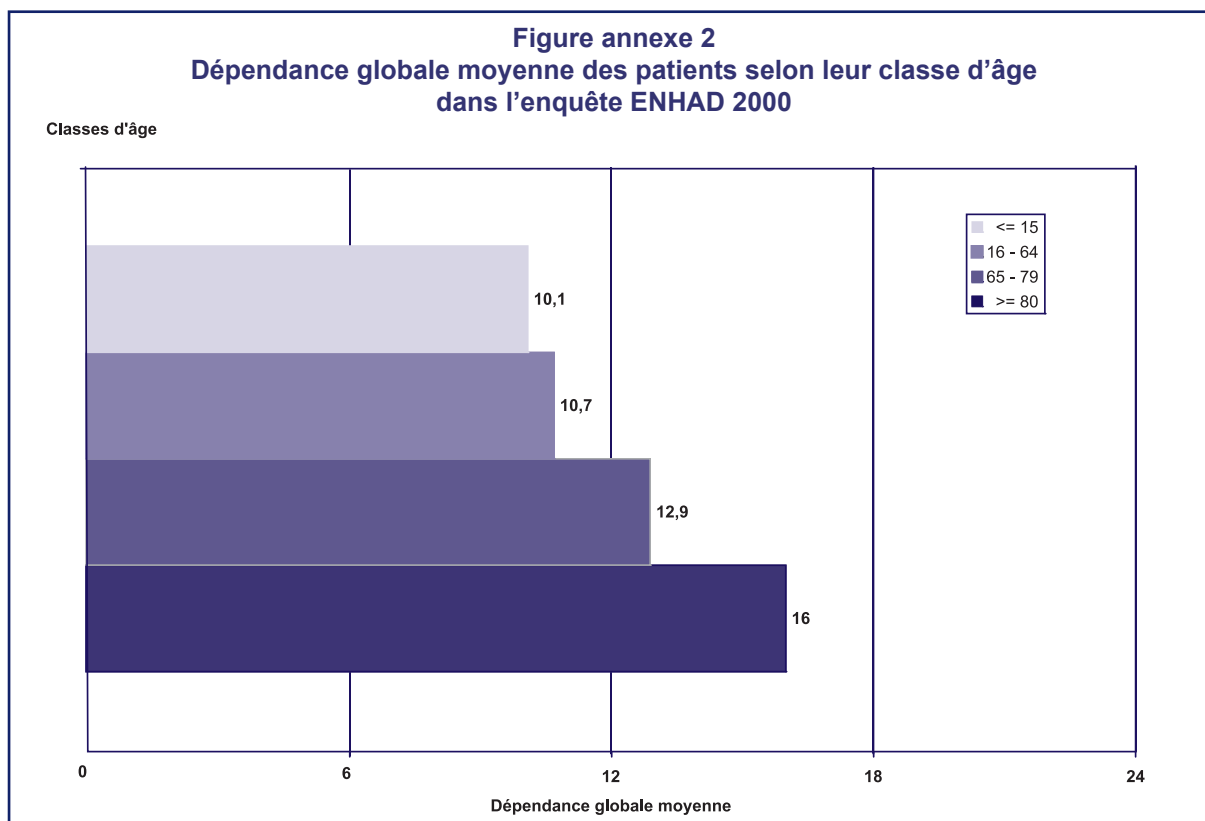
Toutes ces caractéristiques de patients hospitalisés à domicile sont en cours d'analyses courant 2008 par l'IRDES conjointement à la Direction de la Recherche, de l'Évaluation, des Études et des Statistiques (DREES), à partir des toutes premières données du PMSI HAD concernant les années 2005 et 2006. Elles seront comparées à celles issues de l'enquête ENHAD 2000 pour en apprécier l'évolution.

⁴⁵ Cependant, ces deux dimensions ne sont pas évaluées selon les mêmes critères. En effet, la dimension locomotrice s'exprime en termes de « capacités » et est plus précise dans les niveaux de difficulté faible (meilleure autonomie), tandis que la dimension relationnelle s'exprime en termes de « difficultés » et est plus précise dans les niveaux de difficultés importantes (plus grandes difficultés). Cette caractéristique nécessite une mise en correspondance des niveaux de même intensité de difficulté lors du cumul des deux échelles au moment de créer des regroupements de patients selon leur niveau global de difficultés.

Tableau annexe 6
Répartition de l'activité en HAD par âge et niveau de dépendance dans l'enquête ENHAD 2000

Classes de dépendance	Classes d'âge	Patients			Journées		
		Effectif	% classe dép.	% Total	Volume	% classe dép.	% Total
6	<= 15 ans	83	18,1	4,5	1 949	17,7	1,5
	16-64 ans	269	58,7	14,6	4 990	45,4	3,8
	65-79 ans	94	20,5	5,1	3 512	32	2,7
	≥ 80 ans	12	2,6	0,7	533	4,9	0,4
	Total	458	100	24,8	10 984	100	8,4
7 - 12	<= 15 ans	25	3,9	1,4	842	2,6	0,6
	16-64 ans	305	48,2	16,5	12 616	39,6	9,6
	65-79 ans	237	37,4	12,9	11 991	37,6	9,1
	≥ 80 ans	66	10,4	3,6	6 428	20,2	4,9
	Total	633	100	34,3	31 877	100	24,3
13 - 18	<= 15 ans	18	4,7	1	451	1,4	0,3
	16-64 ans	123	32,5	6,7	10 778	33	8,2
	65-79 ans	138	36,4	7,5	14 409	44,1	11,0
	≥ 80 ans	100	26,4	5,4	7 003	21,5	5,3
	Total	379	100	20,6	32 641	100	24,9
19 - 24	<= 15 ans	18	4,8	1	699	1,3	0,5
	16-64 ans	110	29,4	6	20 182	36,3	15,4
	65-79 ans	139	37,2	7,5	18 634	33,5	14,2
	≥ 80 ans	107	28,6	5,8	16 062	28,9	12,3
	Total	374	100	20,3	55 577	100	42,4
Total	<= 15 ans	144	.	7,8	3 941	.	3,0
	16-64 ans	807	.	43,8	48 566	.	37,1
	65-79 ans	608	.	33	48 546	.	37,0
	≥ 80 ans	285	.	15,5	30 026	.	22,9
	Total	1 844	100	100	131 079	100	100

Source : ENHAD 2000



Source : ENHAD 2000

Annexe 2

Offre et demande en soins de suite et de réadaptation

Annexe 2 - Offre et demande en soins de suite et de réadaptation

Après une présentation des soins de suite et de réadaptation, voici un état des lieux de l'offre de soins existante en France métropolitaine (lits et places installés) et de la demande actuelle (journées réalisées), et notamment les caractéristiques des patients pris en charge

1.1 Les Soins de Suite et Réadaptation, des besoins en augmentation

Les soins de suite et réadaptation (SSR) couvrent les traitements ou la surveillance médicale des malades requérant des soins continus et relativement longs. Ces soins ont pour objectif final la réinsertion des malades, prioritairement à domicile ou parfois dans une institution médico-sociale ou sociale.

Les SSR s'inscrivent au centre de la filière de soins. En amont se situent les secteurs d'activité de court séjour et en aval, soit toujours le secteur sanitaire hospitalier (passage en service de soins de longue durée pour la gériatrie par exemple ou encore l'HAD, etc.), soit la prise en charge de ville lors du retour à domicile (SSIAD ou secteur ambulatoire libéral). Dans tous les cas, il faut faire face aux difficultés de placement des patients les plus lourds et au risque « d'embolisation » des lits.

La circulaire du 31 décembre 1997⁴⁴ relative aux orientations en matière d'organisation des soins de suite ou de réadaptation précise que cinq fonctions de soins techniques et d'accompagnement caractérisent une véritable prise en charge en soins de suite et de réadaptation : la limitation des handicaps physiques, la restauration somatique et psychologique, l'éducation du patient et éventuellement de son entourage, la poursuite et le suivi des soins et du traitement et la préparation de la sortie et de la réinsertion. D'autre part, elle indique que les soins de suite ou de réadaptation répondent à un objectif de continuité des soins, en s'inscrivant à la fois dans une filière de soins, organisée et déterminée par la trajectoire du patient, en fonction de son état de santé, et dans un réseau de soins constitué par plusieurs acteurs de santé organisés entre eux et, de ce fait, aptes à la prise en charge du patient en fonction de ses besoins.

Afin de s'assurer que les soins de suite et de réadaptation s'inscrivent en cohérence avec l'ensemble de l'offre hospitalière, une classification médico-économique des activités a été élaborée à partir du recueil d'informations médicales synthétiques institué pour les hospitalisations

réalisées dans des structures ayant une activité autorisée en SSR. Ayant comme support l'informatique, ainsi que le traitement des informations contenues, ce recueil définit le Programme de médicalisation des systèmes d'information en soins de suite ou de réadaptation (PMSI-SSR)⁴⁵ (se reporter au §1.2 de la partie 1 de ce rapport pour une présentation de cette base de données). Il a été institué à compter du 1er juillet 1998, pour les établissements de santé publics et privés participant au service public hospitalier (PSPH) et, à compter du 1er juillet 2003, pour les établissements de santé privés. L'objectif de ce recueil et de son traitement est, dans un premier temps, de permettre la description quantifiée et en termes médicaux de l'activité des établissements et, plus largement, d'obtenir une meilleure connaissance de la nature et du volume de l'activité produite dans l'ensemble des établissements de santé ayant une telle activité.

La deuxième étape de ce processus consiste à établir une allocation budgétaire des établissements plus équitable et incitative à l'optimisation des ressources disponibles, basée sur un modèle de financement à l'activité.

La mise en place de ce mode de financement est un objectif poursuivi en parallèle de plusieurs événements : d'abord la réorganisation de l'offre de soins en SSR, adaptée aux besoins croissants liés au vieillissement de la population, au développement des maladies chroniques et du handicap ; ensuite de l'abaissement progressif des durées de séjour en services de court séjour ; enfin, l'accompagnement du développement des prises en charge alternatives à l'hospitalisation en SSR, dont fait partie l'HAD.

Aujourd'hui les patients des unités de SSR sont pour les deux tiers âgés de 65 ans ou plus. Ces unités de SSR doivent donc s'adapter aux évolutions démographiques en assurant des prises en charge adaptées aux besoins spécifiques. Les soins de suite et de réadaptation s'inscrivent donc dans la démarche actuelle du gouvernement d'adapter l'hôpital aux besoins des personnes âgées en développant notamment la médecine gériatrique. Parmi les mesures proposées figure l'organisation dans chaque territoire de santé d'une filière gériatrique comprenant toutes les unités nécessaires à la prise en charge des patients âgés, dont une unité de soins de suite et de réadaptation, dotée de tous les moyens indispensables à la rééducation du patient

45 Cf. Circulaire DH/PMSI/97 n°251 du 3 avril 1997 relative à la mise en place dans les établissements de santé ayant une activité des soins de suite ou de réadaptation d'un recueil de résumés hebdomadaires standardisés.

44 Cf. Circulaire DH/EO4/97 n°841 du 31 décembre 1997.

âgé en vue de son retour au domicile. Il est proposé également de créer le nombre de places nécessaires en services de SSR, soit : 3 lits pour 1 000 habitants de 75 ans et plus, ce qui correspondrait à la création de 3 000 lits supplémentaires, ainsi que de recruter et de former les personnels adaptés.

Enfin, les soins de suite et de réadaptation font partie des activités d'hospitalisation complète de l'hôpital local à développer. La circulaire du 28 mai 2003⁴⁶, relative aux missions de l'hôpital local, rappelle que les conditions d'une prise en charge de qualité et de proximité en SSR passent par les « liens resserrés avec les médecins généralistes, les professionnels de santé libéraux et le court séjour, et par un service social suffisant ». En outre, pour développer ce type de prise en charge, les hôpitaux doivent disposer de lits de SSR dédiés, d'équipements adaptés aux besoins de la population, ainsi que de personnels spécifiques compétents.

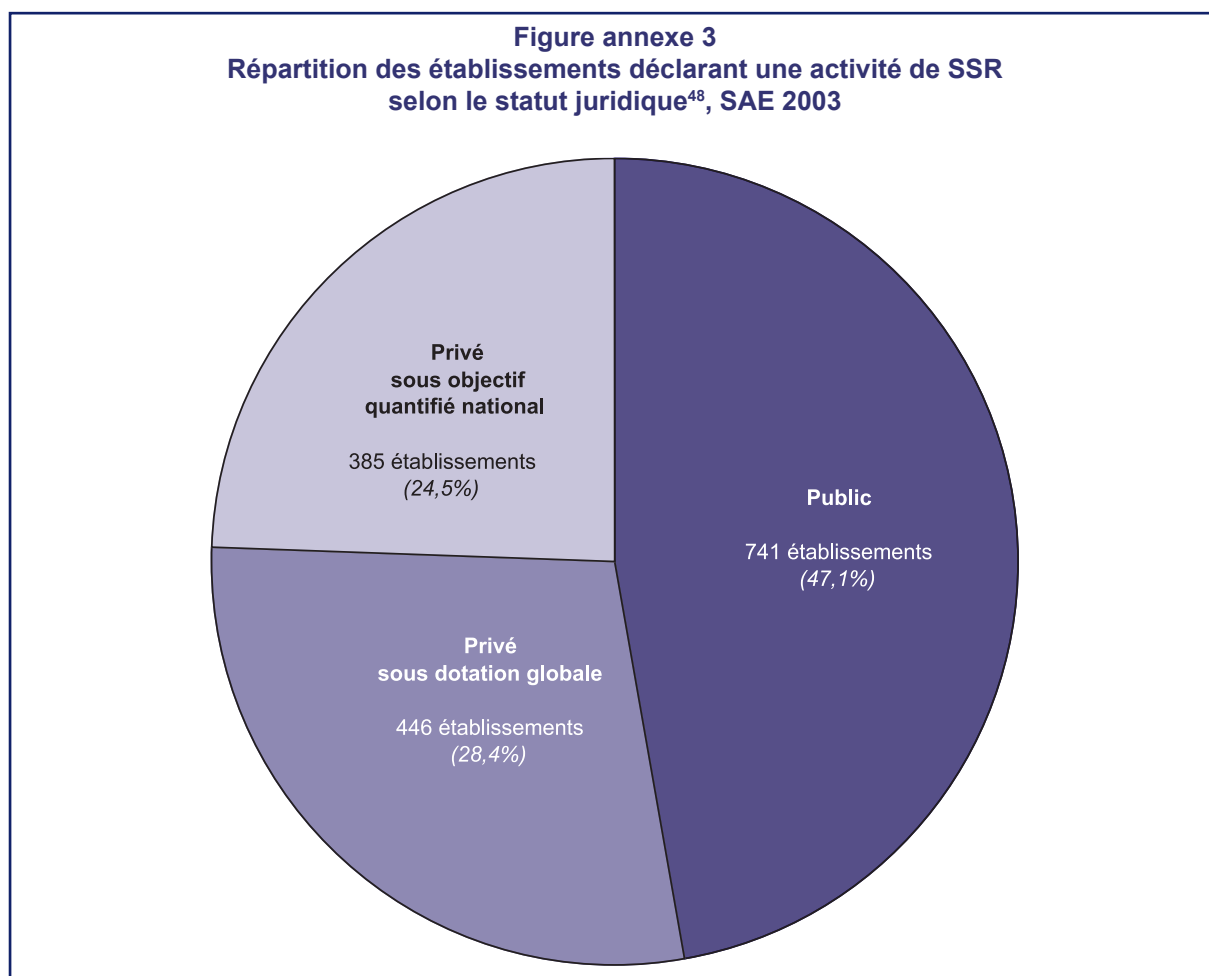
1.2 Panorama des services de soins de suite et de réadaptation en France métropolitaine

L'exploitation de la base de données SAE 2003⁴⁷ fournit les caractéristiques des établissements (implantation géographique, statut, capacité d'accueil, activité) déclarant avoir une activité d'hospitalisation complète et/ou partielle en soins de suite et de réadaptation (SSR).

Le champ retenu pour les résultats globaux présentés est restreint aux activités d'hospitalisation, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné au cours de l'année 2003 en France métropolitaine.

46 Cf. Circulaire DHOS/DGAS/O3/AVIE/n°2003/257 du 28 mai 2003 fixant les orientations concernant la place de l'hôpital local dans l'organisation régionale des soins.

47 Réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), la Statistique Annuelle des Établissements (SAE) décrit l'activité des établissements de santé publics et privés (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.), ainsi que leurs facteurs de production (lits, places, équipements, personnels).



Source : Exploitation des données SAE 2003.

48 Ces données sont présentées selon les modes de financement prévalant avant la mise en place de la tarification à l'activité en 2005 : secteur public, secteur privé sous dotation globale (DG), ou secteur privé sous objectif quantifié national (OQN).

L'offre de soins en SSR

En France métropolitaine, 47% des établissements déclarant une discipline de SSR sont des établissements publics, 28% des établissements privés sous dotation globale (DG) et 25% des privés sous objectif quantifié national (OQN). (Cf. Figure annexe 3).

La discipline d'équipement « soins de suite et de réadaptation » constitue un pan important du secteur hospitalier puisque 90 518 lits étaient installés en hospitalisation complète (y compris de semaine) et 4 702 places étaient installées en hospitalisation à temps partiel (de jour ou de nuit).

L'offre de soins en SSR représente donc au total 95 220 lits ou places, soit environ 1 lit sur 5 (19,8%). Ces lits ne sont pas répartis de la même façon que les places dans les différents types d'établissements.

La répartition des capacités d'accueil en SSR des établissements de santé selon leur statut juridique est décrite dans le Tableau annexe 7 qui précise en outre la part de cette activité SSR au sein de l'ensemble du secteur hôpital.

Ainsi, les lits d'hospitalisation complète en SSR sont majoritairement concentrés dans des établissements publics où 42% des lits y sont installés,

près d'un tiers le sont dans des établissements privés sous DG (32%) tandis qu'un quart l'est dans des établissements privés sous OQN (26%). (Cf. Tableau annexe 7).

En revanche, en hospitalisation partielle, seul un quart des places sont installées dans des établissements publics. Plus de la moitié des capacités d'accueil à temps partiel relève d'établissements privés sous DG (52%) et près d'un quart d'établissements privés sous OQN (23%).

C'est le secteur public sous DG qui consacre la plus grande part de son activité en SSR : 49% de ses lits d'hospitalisation complète installés et 32% de ses places installées. Il est suivi en cela du secteur privé OQN avec respectivement 25% de ses lits et 32% de ses places. Le secteur public n'y consacre qu'une faible part de son activité globale, 13% de ses lits d'hospitalisation complète et seulement 4% de ses places, mais celle-ci rassemble toutefois une offre importante étant donné l'envergure de ce secteur.

Au total, en 2003, l'offre de soins de suite et de réadaptation représentait près de 20% de l'offre hospitalière en France, soit plus précisément 20% en hospitalisation complète et 12% en hospitalisation partielle.

Tableau annexe 7
Répartition des lits et des places installés en SSR selon le statut juridique des établissements et leur part dans l'ensemble de la section hôpital, SAE 2003

Statut juridique regroupé	Hospitalisation complète				
	Discipline SSR			Section hôpital	
	Lits installés	%	Part hôpital (%)	Lits installés	%
Public	38 218	42,2	12,7	300 945	65,9
Privé sous dotation globale	28 660	31,7	48,7	58 836	12,9
Privé sous objectif quantifié national	23 640	26,1	24,5	96 671	21,2
Total	90 518	100,0	19,8	456 452	100,0

Statut juridique regroupé	Hospitalisation partielle				
	Discipline SSR			Section hôpital	
	Places installées	%	Part hôpital (%)	Places installées	%
Public	1 180	25,1	4,1	28 627	72,1
Privé sous dotation globale	2 451	52,1	31,7	7 727	19,5
Privé sous objectif quantifié national	1 071	22,8	32,0	3 348	8,4
Total	4 702	100,0	11,8	39 702	100,0

Source : Exploitation IRDES des données SAE 2003

Encadré annexe 1

Définitions des indicateurs utilisés pour décrire l'activité hospitalière

Hospitalisation complète et de semaine :

L'hospitalisation complète qualifie l'activité des unités et services qui accueillent et hébergent les patients pour une durée généralement supérieure à 24 heures (et par conséquent dans des lits, même si le séjour dure moins de 24 heures). L'hospitalisation de semaine qualifie l'activité des unités hospitalières ayant des moyens affectés (lits, personnels...) qui programment des séjours de 2 à 5 jours consécutifs (du lundi au vendredi). Dans cette étude, l'hospitalisation complète est à considérer au sens large du terme et comprend donc l'hospitalisation de semaine. On parle d'« entrées » ou « d'admissions » et de « journées » pour décrire l'activité et de « lits » pour décrire les capacités.

Hospitalisation partielle :

L'hospitalisation partielle qualifie l'activité des unités hospitalières qui effectuent certains actes pendant une seule journée de façon programmée et pour une durée n'excédant pas 24 heures. Elle concerne l'accueil de jour, de nuit ou d'anesthésie-chirurgie ambulatoire. On parle de « venues » pour décrire l'activité et de « places » pour décrire les capacités.

Hospitalisation de jour :

L'hospitalisation de jour qualifie des unités hospitalières qui effectuent pendant la seule journée (donc sans hébergement nocturne) de façon programmée et concentrée sur une durée de moins de 24 heures : des investigations spécialisées à visée diagnostique faisant l'objet d'une synthèse médicale, des traitements médicaux séquentiels délicats comprenant

un protocole astreignant, des interventions chirurgicales courtes, une surveillance post-thérapeutique spéciale.

Hospitalisation de nuit :

L'hospitalisation de nuit qualifie l'activité des unités et services qui accueillent et traitent les malades dont l'état n'exige qu'une hospitalisation limitée à la période nocturne (essentiellement services psychiatriques).

Traitements et cures ambulatoires :

Les traitements et cures ambulatoires qualifient en règle générale toute activité de soins ambulatoires visant à une réhabilitation polyvalente ou à une orientation. Dans le cadre hospitalier, seront qualifiées de « traitements et cures ambulatoires » les activités faisant référence à un schéma thérapeutique déterminé.

Taux d'occupation en hospitalisation complète :

C'est le rapport entre le nombre de journées réalisées (le nombre de présents cumulés sur l'année) et le nombre de journées exploitables sur l'année (c'est le nombre de lits potentiellement disponibles sur un an pour chaque journée de l'exercice, à l'exception de ceux rendus provisoirement indisponibles).

Durée moyenne de séjour :

Elle s'obtient en rapportant le nombre de journées réalisées (le nombre de présents cumulés sur l'année) au nombre d'entrées totales (séjours en hospitalisation complète).

La répartition des lits et places de SSR selon les différentes catégories d'établissements met en évidence, côté public, une concentration dans les établissements de moyenne importance et, côté privé, sous DG ou sous OQN, une spécialisation de l'activité. (Cf. *Tableau annexe 8*).

Pour ce qui concerne l'hospitalisation complète, côté public, ce sont les centres hospitaliers qui concentrent la majorité des lits de discipline SSR installés en hospitalisation complète, avec 25 % de l'ensemble des lits de SSR installés en France, les centres hospitaliers régionaux et les hôpitaux locaux n'en rassemblant que respectivement 10 % et 6 %.

Du côté des établissements privés sous DG, on retrouve l'essentiel des lits de discipline SSR dans les établissements de réadaptation fonctionnelle et les établissements de convalescence et de repos : respectivement 12,5 % et 11 % de l'ensemble des lits de SSR installés en France.

Enfin, du côté des établissements privés sous OQN, les établissements convalescence et de repos et ceux de réadaptation fonctionnelle affichent respectivement 13 % et 7,5 % de l'ensemble des lits de SSR installés en France.

Naturellement, dans le secteur privé et toujours pour ce qui est de l'hospitalisation complète, les centres de réadaptation fonctionnelle, les établissements de convalescence et de repos, les maisons d'enfants à caractère sanitaire permanentes et les maisons de régime sont équipés quasi exclusivement de lits SSR : leur part dans l'hôpital frôle les 100 %.

Quant à l'hospitalisation partielle, ce sont également les établissements de réadaptation fonctionnelle du secteur privé qui possèdent les plus grandes capacités d'accueil en SSR : les établissements privés sous DG concentrent 44 % des places d'hospitalisation partielle disponibles en SSR en France et les établissements privés sous OQN 19,5 %. Tous deux ne pratiquent quasiment que des SSR en hospitalisation partielle.

Tableau annexe 8
Offre en SSR par type et catégorie d'établissements, 2003

	Effectifs établissements / SSR	Soins de suite et de réadaptation (SSR)					
		Lits	Hospitalisation complète %	Part hôpital (%)	Places	Hospitalisation partielle %	Part hôpital (%)
Établissements publics							
Centre hospitalier régional (C.H.R.)	27	9 370	10,4	11,6	411	8,7	7,4
Centre hospitalier (non dénommé ailleurs)	433	22 421	24,8	13,8	715	15,2	7,9
Hôpital local	254	5 703	6,3	24,6	33	0,7	84,6
Hôpital militaire	8	249	0,3	8,9	.	.	.
Centre hospitalier spécialisé dans lutte maladies mentales	10	244	0,3	0,8	21	0,4	0,2
Syndicat interhospitalier	4	114	0,1	7,9	.	.	.
Centre de postcure pour alcooliques	1	28	0	100	.	.	.
Maison d'enfants à caractère sanitaire permanente	1	24	0	100	.	.	.
Pouponnière à caractère sanitaire	3	65	0,1	100	.	.	.
Autres catégories	.	.	.	.	.	.	.
Total public	741	38 218	42,2	12,7	1 180	25,1	4,1
Établissements privés sous dotation globale							
Établissement de soins médicaux	34	2 012	2,2	53,2	41	0,9	29,5
Établissement de soins chirurgicaux	1	24	0	5	.	.	.
Établissement de soins pluridisciplinaires	38	2 271	2,5	16,8	127	2,7	27,4
Établissement de réadaptation fonctionnelle	139	11 289	12,5	98,4	2 066	43,9	98,9
Établissement de convalescence et de repos	170	10 095	11,2	98,1	46	1	66,7
Maison de régime	3	221	0,2	96,9	.	.	.
Centre de postcure pour alcooliques	21	735	0,8	90,9	50	1,1	100
Centre de postcure pour malades mentaux	1	30	0	4,9	.	.	.
Établissement de lutte contre la tuberculose	2	200	0,2	95,2	.	.	.
Maison d'enfants à caractère sanitaire permanente	24	1 356	1,5	99,1	99	2,1	90,8
Pouponnière à caractère sanitaire	10	338	0,4	100	22	0,5	100
Établissement de soins de longue durée	3	89	0,1	1,4	.	.	.
Autres catégories	.	.	.	.	.	.	.
Total privé sous dotation globale	446	28 660	31,7	48,7	2 451	52,1	31,7
Établissements privés sous objectif quantifié national							
Établissement de soins médicaux	15	739	0,8	28,1	7	0,1	3,7
Établissement de soins chirurgicaux	4	115	0,1	0,9	.	.	.
Établissement de soins pluridisciplinaires	33	1 114	1,2	2,4	83	1,8	5,8
Établissement de réadaptation fonctionnelle	82	6 826	7,5	97,7	915	19,5	99,1
Établissement de convalescence et de repos	202	12 136	13,4	98,4	52	1,1	94,5
Maison de régime	17	1 509	1,7	97,4	.	.	.
Centre de postcure pour alcooliques	8	298	0,3	89	9	0,2	100
Centre de postcure pour malades mentaux	4	194	0,2	23,4	.	.	.
Maison de santé pour malades mentales	1	14	0	0,1	.	.	.
Maison d'enfants à caractère sanitaire permanente	16	624	0,7	100	5	0,1	100
Établissement de soins de longue durée	3	71	0,1	7,3	.	.	.
Autres catégories	.	.	.	.	.	.	.
Total privé sous objectif quantifié national	385	23 640	26,1	24,5	1 071	22,8	32
Total	1 572	90 518	100	19,8	4 702	100	11,8

Source : Exploitation IRDES des données SAE 2003

Anissa Afrite, Laure Com-Ruelle, Zeynep Or, Thomas Renaud

Soins de réhabilitation et d'accompagnement : une analyse comparative des coûts d'hospitalisation à domicile et en établissement

La demande de soins en SSR

Les données d'activité disponibles pour les SSR proviennent d'une part de la SAE 2003 et, d'autre part, du PMSI SSR 2003. Voici d'abord les éléments descriptifs de la demande selon la base SAE.

En termes de consommation de soins selon la SAE, comparativement à la répartition des lits installés, l'importance relative des secteurs d'hospitalisation et des types d'établissements varie quelque peu. En effet, le secteur public concentre 41% des entrées totales en SSR, tandis que les établissements privés sous DG et sous OQN en réalisent respectivement 28% et 31%. (Cf. *Tableau annexe 9*).

Ceci est lié à des taux d'occupation plus ou moins élevés. Le secteur privé sous OQN est le plus performant en ces termes, avec 93,5% de taux d'occupation, il concentre 30,5% des entrées totales de SSR pour 26% des lits.

La durée moyenne de séjour en SSR (DMS) varie peu entre les trois secteurs, de 32 journées

pour l'ensemble du secteur privé sous OQN à 34 journées pour l'ensemble du secteur privé sous DG.

Parmi les établissements de santé publics, la durée moyenne de séjour en SSR varie beaucoup plus, passant de 14 j dans les hôpitaux militaires, à 32 ou 39 journées dans les centres hospitaliers, pour culminer à 47 j (1,5 mois) dans les centres de postcure pour alcooliques.

Parmi les établissements privés sous dotation globale, les séjours de SSR sont parfois un peu plus courts en moyenne que dans les établissements publics (27 à 30 j en établissements de soins médicaux, chirurgicaux ou pluridisciplinaires), parfois plus longs (57 j en établissements de postcure pour alcooliques) mais similaires pour les établissements ou de réadaptation fonctionnelle de repos et convalescence (32 à 36 j).

Enfin, parmi les établissements privés sous OQN, les DMS sont plus proches de celles observées en établissements privés sous DG, sauf pour les établissements de postcure pour alcooliques où elle est deux fois plus faible (30j).

Tableau annexe 9
Demande en SSR par catégorie d'établissement, SAE 2003

	Hospitalisation complète en SSR			
	Taux d'occupation	Entrées totales	%	Durée moyenne de séjour*
Établissement public				
Centre hospitalier régional (C.H.R.)	81,9	69 018	8,4	38,9
Centre hospitalier (non dénommé ailleurs)	83,4	207 717	25,1	31,8
Hôpital local	85,9	54 810	6,6	31,7
Hôpital militaire	57,8	3 819	0,5	13,7
Centre hospitalier spécialisé dans lutte maladies mentales	80,6	2 247	0,3	31,9
Syndicat interhospitalier	76,8	1 753	0,2	16,8
Centre de postcure pour alcooliques	82,5	181	0,0	46,6
Maison d'enfants à caractère sanitaire permanente	55,5	12	0,0	-*
Pouponnière à caractère sanitaire	90,9	33	0,0	-*
Total public	83,2	339 590	41,1	33
Établissement privé sous dotation globale				
Établissement de soins médicaux	80,2	20 729	2,5	26,9
Établissement de soins chirurgicaux	83,4	263	0,0	27,8
Établissement de soins pluridisciplinaires	82,7	21 122	2,6	29,8
Établissement de réadaptation fonctionnelle	77,5	83 121	10,1	35,8
Établissement de convalescence et de repos	84,8	96 108	11,6	31,6
Maison de régime	88	2 742	0,3	25,9
Centre de postcure pour alcooliques	82,2	3 829	0,5	57,2
Centre de postcure pour malades mentaux	100	217	0,0	37,8
Établissement de lutte contre la tuberculose	89	1 859	0,2	35
Maison d'enfants à caractère sanitaire permanente	77,8	3 211	0,4	-*
Pouponnière à caractère sanitaire	80,7	456	0,1	-*
Établissement de soins de longue durée	93,2	639	0,1	-*
Total privé sous dotation globale	81,2	234 296	28,4	34
Établissement privé sous objectif quantifié national				
Établissement de soins médicaux	82,3	7 954	1,0	25,6
Établissement de soins chirurgicaux	99	1 324	0,2	31,4
Établissement de soins pluridisciplinaires	85,8	13 529	1,6	24,9
Établissement de réadaptation fonctionnelle	94,6	66 734	8,1	35
Établissement de convalescence et de repos	94,2	138 131	16,7	30
Maison de régime	95	17 249	2,1	30,3
Centre de postcure pour alcooliques	96,8	3 524	0,4	29,6
Centre de postcure pour malades mentaux	99,2	1 097	0,1	64
Maison de santé pour malades mentales	93,5	180	0,0	26,5
Maison d'enfants à caractère sanitaire permanente	84	1 703	0,2	-*
Établissement de soins de longue durée	100,6	811	0,1	-*
Total privé sous objectif quantifié national	93,5	252 236	30,5	31,5
Total	85,3	826 122	100	32,9

Source : Exploitation IRDES des données SAE 2003

* La durée moyenne de séjour n'est pas calculable pour ces établissements de santé car les séjours supérieurs à une année y sont fréquents. Rapporter le nombre de journées réalisées à la somme du nombre d'entrées totales plus le nombre de présents au 1^{er} janvier ou au 31 décembre de l'année considérée ne serait pas suffisant car la proportion de présents est trop grande.

Aspects géographiques de l'offre et la demande de soins en SSR

Sur le plan géographique, l'offre de soins et la demande varient également d'une région à l'autre. L'Ile-de-France, présentant la plus grande densité de population apparaît en tête quel que soit l'indicateur relatif à l'hospitalisation complète : 17% des lits SSR installés en France se trouvent en Ile-de-France, produisant 16% des journées réalisées et 13% des entrées totales, la DMS se situe à 39 jours. Elle est suivie des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) et Rhône-Alpes (Cf. *Tableau annexe 10*).

La répartition est similaire concernant le nombre de venues en hospitalisation partielle en SSR. On constate également des écarts importants en termes d'offre et de demande entre les régions (Cf. *Tableau annexe 11*).

Cependant, ces chiffres doivent être rapportés à la densité de population par région pour apprécier

la couverture des besoins, et notamment à la densité de population des personnes âgées de 65 ans et plus.

Rappelons également que la répartition géographique des lits n'est pas (en matière de SSR) strictement parallèle aux besoins car les patients peuvent parfois être envoyés dans un département autre que celui de leur résidence, voire éloigné.

Le taux d'occupation en hospitalisation complète avoisine les 90% dans les régions Poitou-Charentes, Bourgogne et Centre. Il est relativement plus faible en Lorraine (78%).

La durée moyenne de séjour en hospitalisation complète est la plus élevée en Corse (45 journées). Les durées sont d'environ un mois dans les autres régions, hormis en Ile-de-France, dans la région PACA, en Haute-Normandie et en Franche-Comté, où elles avoisinent les 35,4 jours.

Tableau annexe 10
L'offre et la demande en SSR par région, hospitalisation complète, SAE 2003

Région	Hospitalisation complète en SSR							
	Lits	%	Journées réalisées	%	Taux d'occupation	Entrées totales	%	Durée moyenne de séjour
Ile-de-France	15 063	16,6	4 255 856	15,6	81,8	110 357	13,4	38,6
Provence-Alpes-Côte d'Azur	10 511	11,6	3 317 505	12,2	88,9	93 635	11,3	35,4
Rhône-Alpes	9 473	10,5	2 779 359	10,2	84,9	85 296	10,3	32,6
Aquitaine	5 086	5,6	1 570 064	5,8	85,9	51 200	6,2	30,7
Languedoc-Roussillon	5 084	5,6	1 589 374	5,8	88,3	50 261	6,1	31,6
Pays de la Loire	4 765	5,3	1 445 216	5,3	83,7	46 065	5,6	31,4
Bretagne	4 725	5,2	1 414 765	5,2	86,6	47 408	5,7	29,8
Nord-Pas-de-Calais	4 635	5,1	1 414 430	5,2	87,1	43 466	5,3	32,5
Midi-Pyrénées	4 404	4,9	1 367 560	5,0	87,3	45 130	5,5	30
Centre	3 379	3,7	1 095 119	4,0	89,1	34 488	4,2	31
Lorraine	3 151	3,5	873 785	3,2	77,5	28 802	3,5	30,3
Alsace	2 616	2,9	785 221	2,9	83,4	27 343	3,3	28,7
Picardie	2 542	2,8	726 386	2,7	81,4	22 135	2,7	32,8
Bourgogne	2 405	2,7	742 006	2,7	89,2	22 698	2,7	32,7
Poitou-Charentes	2 243	2,5	710 712	2,6	89,5	24 545	3,0	29
Auvergne	2 219	2,5	662 681	2,4	87,7	19 341	2,3	34,3
Haute-Normandie	2 111	2,3	622 060	2,3	82,5	17 320	2,1	35,7
Basse-Normandie	1 824	2,0	547 787	2,0	87,2	18 888	2,3	29
Franche-Comté	1 414	1,6	402 256	1,5	79,8	11 163	1,4	36
Champagne-Ardenne	1 240	1,4	379 261	1,4	86,3	11 485	1,4	33
Limousin	1 063	1,2	320 533	1,2	83,5	11 248	1,4	28,5
Corse	565	0,6	174 453	0,6	84,6	3 848	0,5	45,3
Total	90 518	100	27 196 389	100	85,3	826 122	100	32,9

Source : Exploitation IRDES des données SAE 2003

Tableau annexe 11
L'offre et la demande de soins en SSR par région, hospitalisation partielle, SAE 2003

Région	Hospitalisation partielle en SSR				Consultations	
	Places	%	Venues [*]	%	en SSR	%
Ile-de-France	848	18,0	243 575	17,7	38 995	9,0
Provence-Alpes-Côte d'Azur	452	9,6	130 195	9,4	13 198	3,0
Rhône-Alpes	393	8,4	116 120	8,4	27 622	6,4
Aquitaine	176	3,7	55 556	4,0	18 284	4,2
Languedoc-Roussillon	247	5,3	62 265	4,5	21 821	5,0
Pays de la Loire	340	7,2	89 832	6,5	32 265	7,4
Bretagne	363	7,7	106 523	7,7	40 420	9,3
Nord-Pas-de-Calais	299	6,4	91 987	6,7	46 103	10,6
Midi-Pyrénées	102	2,2	28 225	2,0	12 697	2,9
Centre	112	2,4	24 784	1,8	10 562	2,4
Lorraine	293	6,2	92 135	6,7	29 862	6,9
Alsace	175	3,7	46 233	3,4	22 313	5,1
Picardie	120	2,6	39 504	2,9	13 810	3,2
Bourgogne	54	1,1	15 283	1,1	6 245	1,4
Poitou-Charentes	102	2,2	29 048	2,1	14 176	3,3
Auvergne	83	1,8	30 029	2,2	10 784	2,5
Haute-Normandie	86	1,8	15 957	1,2	8 640	2,0
Basse-Normandie	221	4,7	86 602	6,3	39 104	9,0
Franche-Comté	118	2,5	38 281	2,8	2 284	0,5
Champagne-Ardenne	45	1,0	13 905	1,0	13 062	3,0
Limousin	52	1,1	13 018	0,9	6 479	1,5
Corse	21	0,4	9 295	0,7	5 321	1,2
Total	4 702	100	1 378 352	100	434 047	100

Source : Exploitation IRDES des données SAE 2003

* Les venues (ou séances) en hospitalisation partielle correspondent au nombre de passages non individualisés. Un malade est compté autant de fois qu'il vient dans l'année. Cependant, dans la même discipline, pour un même malade, on ne compte qu'une seule venue ou séance par jour et par type d'activité, même si le malade vient plusieurs fois le même jour. On ne compte que les venues ou séances de malades ambulatoires. Pour les malades hospitalisés, on ne compte que les venues ou séances pour un motif différent de celui de l'hospitalisation.

À part les données d'activité disponibles pour les SSR provenant de la SAE 2003, nous disposons également des données du PMSI SSR. Qu'en est-il de l'activité SSR selon le PMSI 2003 ?

1.3 Description de l'activité en SSR selon le PMSI

La description de l'activité de soins de suite et de réadaptation qui suit repose sur l'exploitation de la base nationale des Résumés Hebdomadaires Anonymisés (RHA) du PMSI SSR 2003 et de celle des Résumés Semestriels Anonymisés (RSA). Cette base fournit des résultats différents de la base SAE car elle ne recouvre pas exactement le même champ en 2003.

Précisons dès à présent les notions de séjours utilisées ci-après dans les tableaux issus du PMSI dans un but de comparabilité. Dans le cadre de l'hospitalisation complète, la définition de séjour est classique, sa durée comprenant l'ensemble des journées réalisées entre l'entrée (administrative et physique) et la sortie du patient du service hospitalier. Dans le cadre de l'hospitalisation partielle, les tableaux suivants assimilent le séjour à l'ensemble des venues consécutives pour un même motif, la venue représentant une journée d'hospitalisation de jour.

La base nationale PMSI SSR 2003 fournit un relevé exhaustif de l'activité médicale réalisée durant l'année 2003 dans les établissements de santé publics ayant une activité autorisée en soins de suite et de réadaptation mais seulement sur le

second semestre 2003 pour les établissements privés (se reporter au §1.2 de la partie 1 de ce rapport pour une présentation de cette base de données).

Les données recueillies au travers des résumés hebdomadaires (un séjour hospitalier comportant un ou plusieurs résumés hebdomadaires) sont d'ordre médical (diagnostics, actes, dépendance du patient et temps paramédical dans différentes activités de rééducation) et d'ordre démographique et environnemental (âge, sexe, provenance, mode de sortie, antériorité chirurgicale, etc.).

Nous distinguons lors de l'analyse les établissements publics et PSPH (établissements publics et privés sous dotation globale) des établissements privés sous objectif quantifié national (OQN). En effet, comme annoncé, l'horizon temporel n'est pas le même pour ces deux types d'établissements : les données des établissements publics et privés sous dotation globale (DG) concernent les deux semestres de l'année 2003 tandis que pour les établissements privés sous OQN, nous ne disposons que des données du second semestre (puisqu'ils ne participent au PMSI en SSR que depuis juillet 2003).

C'est pourquoi l'activité totale décrite ici est inférieure à celle provenant de la base SAE.

Par ailleurs, nous nous intéressons uniquement aux établissements de santé situés en France métropolitaine.

La description de l'activité en SSR porte sur les semaines patients retenues dans notre étude qui totalisent 21 242 393 journées.

1.3.1 L'activité en SSR selon la catégorie d'établissement

Compte tenu des définitions de séjours adoptées ci-dessus, en 2003, on dénombre 815 283 séjours en SSR, répartis de la façon suivante :

- 51 % des séjours en SSR sont réalisés dans des établissements publics, dont 29 % par les centres hospitaliers et 11 % dans des centres hospitaliers régionaux (CHR) ;
- 37 % des séjours en SSR sont réalisés dans des établissements privés sous dotation globale, dont 17 % dans des établissements de réadaptation fonctionnelle et 12 % dans des établissements de convalescence et de repos ;
- 13 % des séjours en SSR sont réalisés dans des établissements privés sous objectif quantifié national, dont 6 % dans des établissements de convalescence et de repos et 4 % dans des établissements de réadaptation fonctionnelle.

Naturellement, les établissements de convalescence et de repos et de réadaptation fonctionnelle sont les plus nombreux à participer à l'activité de SSR parmi les établissements privés, tandis que parmi les établissements publics, ce sont les centres hospitaliers et les centres hospitaliers régionaux (CHR).

Ces quatre types d'établissements rassemblent près de 80 % des journées totales effectuées par les patients (dont 70 % pour les établissements publics et PSPH et 9 % pour les établissements privés sous OQN).

Tableau annexe 12
Répartition des journées et séjours par catégorie d'établissement, PMSI SSR 2003

	Journées		Séjours / Venues consécutives*		Durée moyenne de séjour	Effectif d'établissements
	Effectif	%	Effectif	%		
Établissements publics						
Centre hospitalier régional (C.H.R.)	2 778 088	13,1	91 162	11,2	25,4	28
Centre hospitalier	6 144 036	28,9	239 005	29,3	25	379
Hôpital local	1 430 248	6,7	51 684	6,3	27,6	187
Maison d'enfants à caractère sanitaire permanente	4 863	0	41	0	-**	1
Autres ⁽¹⁾	868 051	4,1	32 079	3,9	-	-
Total public (A)	11 225 286	52,8	413 971	50,8		608
Établissements privés sous dotation globale						
Établissement de soins médicaux	596 704	2,8	24 129	3	24,1	30
Établissement de soins pluridisciplinaires	524 890	2,5	20 611	2,5	24,2	34
Établissement de réadaptation fonctionnelle	3 376 903	15,9	139 103	17,1	23,2	125
Établissement de convalescence et de repos	2 629 471	12,4	96 448	11,8	27,9	137
Maison de régime	52 228	0,2	2 385	0,3	23	3
Centre de postcure pour alcooliques	189 225	0,9	4 285	0,5	48	16
Maison d'enfants à caractère sanitaire permanente	321 361	1,5	8 915	1,1	-**	22
Pouponnière à caractère sanitaire	63 637	0,3	831	0,1	-**	6
Autres ⁽²⁾	58 821	0,3	2 355	0,3	-	-
Total privé sous dotation globale (B)	7 813 240	36,8	299 062	36,7		379
Établissements privés sous objectif quantifié national						
Établissement de soins médicaux	58 973	0,3	2 742	0,3	22,5	12
Établissement de soins pluridisciplinaires	90 377	0,4	5 323	0,7	19,3	21
Établissement de réadaptation fonctionnelle	762 124	3,6	31 734	3,9	24,5	55
Établissement de convalescence et de repos	1 070 570	5	52 218	6,4	24,5	130
Maison de régime	166 972	0,8	8 000	1	24,7	13
Centre de postcure pour alcooliques	41 146	0,2	1 456	0,2	30,1	6
Autres ⁽³⁾	13 705	0,1	777	0,1	-	-
Total privé sous objectif quantifié national (C)	2 203 867	10,4	102 250	12,5		240
Total (A) + (B) + (C)	21 242 393	100	815 283	100		1 227

Source : Exploitation IRDES des données PMSI SSR 2003

* En hospitalisation partielle, la notion de séjour est ici entendue comme une série de venues (journées) consécutives pour un même motif.

(1) Centre hospitalier principalement spécialisé dans la lutte contre les maladies mentales, Établissement de soins de longue durée, Syndicat interhospitalier, Pouponnière à caractère sanitaire

(2) Établissement de soins de longue durée, Établissement de lutte contre la tuberculose, Centre principalement spécialisé dans la lutte contre les maladies mentales, Maison d'enfants à caractère sanitaire (MECS) Temporaire

(3) Établissement de soins de longue durée, Établissement de soins chirurgicaux, Maison de santé pour maladies mentales

** La durée moyenne de séjour (DMS) n'est pas calculable pour ces établissements de santé car les séjours supérieurs à une année y sont fréquents. Rapporter le nombre de journées réalisées à la somme du nombre d'entrées totales plus le nombre de présents au 1er janvier ou au 31 décembre de l'année considérée ne serait pas suffisant car la proportion de présents est trop grande.

Remarque : la durée moyenne de séjour (DMS) est calculée en ne tenant compte que des séjours entiers. Les séjours sont observés par semestre, par conséquent, certains séjours ne sont pas complets. Ceci sous-estime plus ou moins la DMS selon la proportion de séjours incomplets.

1.3.2 L'activité en SSR selon le type d'activité

Plusieurs indicateurs d'activité sont proposés :

Le type d'activité ou mode d'hospitalisation définit la nature de l'unité d'accueil (Cf. *Tableau annexe 13*). Quatre types d'activité sont distingués :

- l'hospitalisation complète ou de semaine ;
- l'hospitalisation de jour ;
- l'hospitalisation de nuit ;
- les traitements et cures ambulatoires.

- la répartition des journées ;
- la répartition des séjours ;
- la durée moyenne de séjour (DMS) ;
- l'âge moyen des patients réalisant ces journées ;
- la part hommes / femmes des journées à l'intérieur de chaque catégorie majeure clinique (CMC) ;

Ce dernier type d'activité est en réalité un mode de prise en charge ambulatoire réalisé à l'hôpital mais nous le retiendrons ici pour une description plus complète de l'activité en établissement de SSR.

- le nombre d'établissements différents.

Tableau annexe 13
Description des séjours selon le mode d'hospitalisation et par secteur, PMSI SSR 2003

Type d'activité	Journées		Séjours /* Venues consécutives		DMS	Âge moyen	Hommes %	Femmes %	Nombre d'établissements concernés
	Effectif	%	Effectif	%					
Public et PSPH									
Hospitalisation complète ou de semaine	17 940 435	94,2	622 998	87,4	27,0	66,6	42,8	57,2	1 002
Hospitalisation de jour	982 977	5,2	81 465	11,4	9,4*	42,5	58,9	41,1	230
Hospitalisation de nuit	13 088	0,1	408	0,1	16,8*	30,7	86,1	13,9	19
Traitements et cures ambulatoires	102 019	0,5	8 162	1,1	13,2*	42,2	57,2	42,8	41
Total public et PSPH	19 038 526	100	713 033	100					985
Privé									
Hospitalisation complète ou de semaine	2 119 829	96,2	96 878	94,7	24,4	66,4	39,5	60,5	237
Hospitalisation de jour	54 986	2,5	3 666	3,6	18,7*	48,9	60,8	39,2	25
Hospitalisation de nuit	31	0,0	2	0,0		42,0	50,0	50,0	1
Traitements et cures ambulatoires	29 021	1,3	1 704	1,7	16,4*	52,2	48,3	51,7	8
Total privé	2 203 867	100	102 250	100					240
Total	21 242 393		815 283						1 227

Source : *Exploitation IRDES des données PMSI SSR 2003*

* En hospitalisation partielle, la notion de séjour est ici entendue comme une série de venues (journées) consécutives pour un même motif.

C'est en hospitalisation complète ou de semaine qu'est produit le plus grand nombre de séjours (87% dans le secteur public et PSPH, 95% dans le secteur privé sous OQN), ce qui représente plus de 94% des journées réalisées. La durée moyenne de séjour est plus longue en secteur public, 27 jours *versus* 24 en secteur privé.

À l'inverse, le secteur privé pratique moins de prises en charge en hospitalisation partielle de jour mais leur durée est plus longue : le nombre de venues consécutives en hospitalisation de jour étant double de celui observé en public.

Les hospitalisations de nuit sont beaucoup plus rares et n'ont lieu quasiment qu'en secteur public ou PSPH.

Quant aux cures et traitements ambulatoires, leurs remontées dans le PMSI SSR indiquent une part également faible en termes de venues.

1.3.3 L'activité en SSR selon les caractéristiques cliniques des patients

1.3.3.1 La lourdeur de la prise en charge

Le type de prise en charge du patient caractérise la lourdeur de la prise en charge. Lors de la segmentation des CMC en GHJ des groupes spécifiques de prises en charge sont identifiés :

- prise en charge clinique très lourde / prise en charge clinique lourde : identifient les situations cliniques générant une consommation importante de ressources ;

- prise en charge de rééducation réadaptation complexe /prise en charge de rééducation réadaptation : identifient également les situations générant une consommation importante de ressources ; elles sont fonction de la diversité et de la plus ou moins grande intensité des activités de rééducation-réadaptation ;

- prise en charge avec dépendance supérieure à 12 / prise en charge avec dépendance inférieure ou égale à 12 ;

- opérés récents en cardio-vasculaire ou respiratoire.

Le libellé de chaque GHJ met en évidence quel est le type de prise en charge qui lui est associé. Ainsi, nous avons construit un indicateur de type de prise en charge du patient permettant d'observer la répartition des journées de notre base selon ces sept types de GHJ (lourds à légers) identifiables. Les journées réalisées dans les établissements publics et PSPH concernent essentiellement des patients nécessitant une prise en charge :

- avec dépendance inférieure ou égale à 12 (55% des journées réalisées) ;

- avec dépendance supérieure à 12 (20% des journées réalisées) ;

- avec rééducation réadaptation (13% des journées réalisées).

On note que les journées réalisées dans les établissements privés sous OQN concernent essentiellement les patients qui sont les moins dépendants : 67% des journées réalisées concernent les patients nécessitant une prise en charge avec une dépendance inférieure ou égale à 12 (Cf. *Tableau annexe 14*).

Tableau annexe 14
Répartition des journées par statut d'établissement et type de prise en charge, PMSI SSR 2003

Type de prise en charge	Public et PSPH		Privé sous OQN	
	Journées	%	Journées	%
Prise en charge clinique très lourde	236 428	1,2	6 596	0,3
Prise en charge clinique lourde	1 284 354	6,7	58 842	2,7
Prise en charge de rééducation réadaptation complexe	489 509	2,6	54 113	2,5
Prise en charge de rééducation réadaptation	2 420 135	12,7	301 787	13,7
Prise en charge avec dépendance supérieure à 12	3 770 192	19,8	180 062	8,2
Prise en charge avec dépendance inférieure ou égale à 12	10 478 708	55,0	1 473 434	66,9
Opérés récents en cardio-vasculaire ou respiratoire	185 964	1,0	34 147	1,5
Non imputables*	173 236	0,9	94 886	4,3
Total	19 038 526	100	2 203 867	100

Source : Exploitation IRDES des données PMSI SSR 2003

* Journées associées aux RHA affectés aux CMC 90 et 99 (erreurs ou groupage impossible)

1.3.3.2 La catégorie majeure clinique

La classification du PMSI SSR a été instaurée pour répondre à un objectif de description médico-économique. Ainsi, quatorze catégories majeures cliniques (CMC) ont été créées à dire d'expert pour couvrir l'ensemble de l'activité en soins de suite ou de réadaptation. Le libellé de ces CMC met en évidence l'orientation de la prise en charge (poursuite de soins médicaux et rééducation, procédure de placement, soins palliatifs, etc.) et la pathologie ayant précédé et motivé la prise en charge (cardiovasculaire, neuromusculaire, etc.). Ces CMC sont exhaustives et exclusives, de telle sorte que tout patient, chaque semaine donnée, est classable et classé dans un seul de ces grands groupes cliniques.

Deux CMC supplémentaires identifient les semaines-patients qui ne peuvent pas être groupées ou alors avec erreurs, telles qu'elles ne peuvent déboucher dans une CMC.

Le Tableau annexe 15 présente la répartition des journées par catégorie majeure clinique (CMC) et par secteur.

Quel que soit le secteur, ce sont les CMC correspondant aux poursuites de soins médicaux cardio-vasculaires et respiratoires, neuromusculaires, rhumato-orthopédiques et post-traumatiques (respectivement les CMC 11, 12, 16 et 17) qui présentent les volumes de journées les plus élevés. Plus de 80 % des établissements possèdent des activités de soins associées à ces CMC.

On remarque cependant que :

- le secteur public réalise les pourcentages de journées les plus élevés dans les CMC neuromusculaires et post-traumatiques ; tandis que le secteur privé sous dotation globale le fait dans les CMC neuromusculaire et rhumato-orthopédique ;
- le secteur privé sous OQN, réalise principalement des journées dans la CMC rhumato-orthopédique.

Tableau annexe 15
Répartition et caractéristiques des journées par CMC
et par catégorie d'établissements, PMSI SSR 2003

Libellé CMC	Journées	%	Âge moyen	Part Hommes (%)	Part Femmes (%)	Nombre d'établissements concernés
Public						
11- Cardio-vasculaire/Respiratoire	1 147 691	5,4	74,8	49,3	50,7	591
12- Neuromusculaire	2 291 071	10,8	63,3	48,8	51,2	600
13- Santé mentale	972 901	4,6	68	43,9	56,1	585
14- Sensoriel et cutané	312 285	1,5	74,7	37,6	62,4	570
15- Viscéral	667 300	3,1	74,6	42,9	57,1	591
16- Rhumato/Orthopédique	1 178 587	5,5	64,7	35,9	64,1	584
17- Post-traumatique	1 780 951	8,4	74,6	28,1	71,9	588
18- Amputations	124 091	0,6	68	67,4	32,6	424
20- Soins palliatifs	402 232	1,9	74,2	46,7	53,3	536
30- Attente de placement	211 756	1,0	77,3	37,9	62,1	362
40- Réadaptation/Réinsertion	496 061	2,3	73,4	38,4	61,6	503
50- Soins Nutritionnels	206 961	1,0	62,8	37,8	62,2	519
60- Autres situations	471 962	2,2	75,9	37,2	62,8	588
80- Gériatrie aiguë	102 369	0,5	87,2	33,1	66,9	459
90- Erreurs/Sans objet	93 058	0,4	70,5	43,7	56	128
99- Groupage impossible	13 715	0,1	64,8	39,4	60,6	133
Total public (A)	11 225 286	52,8				
Privé sous dotation globale						
		0,0				
11- Cardio-vasculaire/Respiratoire	1 064 193	5,0	65,3	57,5	42,5	326
12- Neuromusculaire	1 440 649	6,8	43,6	58,4	41,6	341
13- Santé mentale	566 358	2,7	48,4	56,4	43,6	316
14- Sensoriel et cutané	275 260	1,3	60,2	42,3	57,7	290
15- Viscéral	546 251	2,6	65,7	40,4	59,6	303
16- Rhumato/Orthopédique	1 484 808	7,0	58	38,5	61,5	326
17- Post-traumatique	1 160 092	5,5	61,2	40	60	325
18- Amputations	196 014	0,9	59,2	73,5	26,5	211
20- Soins palliatifs	184 232	0,9	69,4	47,5	52,5	192
30- Attente de placement	37 722	0,2	70,5	42,5	57,5	125
40- Réadaptation/Réinsertion	207 078	1,0	54,7	48,1	51,9	238
50- Soins Nutritionnels	361 338	1,7	37,1	39,7	60,3	238
60- Autres situations	208 861	1,0	59,7	43,8	56,2	309
80- Gériatrie aiguë	19 890	0,1	86,1	32,4	67,6	214
90- Erreurs/Sans objet	45 522	0,2	59,2	46,9	52,6	116
99- Groupage impossible	14 972	0,1	51,5	57,5	42,5	92
Total privé sous DG (B)	7 813 240	36,8				
Privé sous objectif quantifié national						
		0,0				
11- Cardio-vasculaire/Respiratoire	275 368	1,3	70,6	54,5	45,5	204
12- Neuromusculaire	226 979	1,1	63,5	48,1	51,9	200
13- Santé mentale	164 231	0,8	53,8	56,4	43,6	168
14- Sensoriel et cutané	45 005	0,2	70	35,9	64,1	170
15- Viscéral	166 441	0,8	72,1	35,4	64,6	195
16- Rhumato/Orthopédique	516 320	2,4	64,2	35	65	203
17- Post-traumatique	382 682	1,8	66,4	35,8	64,2	202
18- Amputations	20 894	0,1	63,6	73,1	26,9	106
20- Soins palliatifs	20 254	0,1	71,3	49,9	50,1	92
30- Attente de placement	4 346	0,0	78	25,3	74,7	49
40- Réadaptation/Réinsertion	30 425	0,1	64,1	39,6	60,4	96
50- Soins Nutritionnels	168 976	0,8	54,1	28,3	71,7	138
60- Autres situations	77 110	0,4	74,8	36,2	63,8	184
80- Gériatrie aiguë	9 950	0,0	85,8	27,5	72,5	120
90- Erreurs/Sans objet	81 785	0,4	71,1	33	67	95
99- Groupage impossible	13 101	0,1	64,7	47,4	52,6	55
Total Privé sous OQN (C)	2 203 867	10,4				
Total (A) + (B) + (C)	21 242 393	100				

Source : Exploitation IRDES des données PMSI SSR 2003

1.3.3.3 Le degré de dépendance

Une grille de dépendance a été élaborée spécifiquement dans le cadre des travaux PMSI soins de suite ou de réadaptation (cf. §2 de l'annexe n°2 dans le rapport complémentaire).

Le niveau de dépendance du patient est décrit dans la base et évalué selon six variables de dépendance qui recouvrent une ou plusieurs actions de la vie quotidienne :

- quatre variables de dépendance physique : dépendance pour l'habillement, dépendance pour les déplacements, dépendance pour l'alimentation et dépendance pour la continence ;
- deux variables de dépendance psychique : dépendance comportementale et dépendance relationnelle.

Chaque variable de dépendance est cotée selon les quatre niveaux suivants :

- 1 : autonomie / indépendance (sans aide),
- 2 : supervision ou arrangement (présence d'un tiers),
- 3 : assistance partielle (contact d'un tiers),
- 4 : assistance totale (contact d'un tiers).

Trois scores synthétiques sont calculés en considérant globalement chacune de ces deux dimensions afin de regrouper les patients selon le même niveau de dépendance.

Score de dépendance globale : il est calculé en sommant la cotation des six variables de dépendance : ce score varie de 6 à 24.

Score de dépendance psychique : il est calculé en sommant la cotation des deux variables de

dépendance comportementale et relationnelle. Ce score varie de 2 à 8.

Score de dépendance physique : il est obtenu par agrégation des quatre variables de dépendance physique (dépendance pour l'habillement, les déplacements, l'alimentation et la continence). Ce score varie de 4 à 16.

Nous distinguons deux groupes de dépendance physique dans notre analyse :

- score de dépendance physique ≤ 12 (patients faiblement à moyennement dépendants) ;
- score de dépendance physique > 12 (patients moyennement à fortement dépendants).

Dans le Tableau annexe 16, nous présentons les niveaux de dépendance associés aux patients affectés dans les différentes CMC pour chaque secteur.

Pour chaque CMC, les indications suivantes sont présentées :

- score moyen de dépendance globale de la CMC ;
- score moyen de dépendance psychique de la CMC ;
- score moyen de dépendance physique de la CMC ;
- Pourcentage de journées réalisées dans la CMC par des patients ayant un score de dépendance physique ≤ 12 ;
- Pourcentage de journées réalisées dans la CMC par des patients ayant un score de dépendance physique > 12 .

Tableau annexe 16
Profil des CMC selon le niveau de dépendance, PMSI SSR 2003

Libellé CMC	Dépendance globale moyenne	Dépendance psychique moyenne	Dépendance physique moyenne	Part dépendance physique ≤ 12 (%)	Part dépendance physique > 12 (%)
Public et PSPH					
11 - Cardio-vasculaire/Respiratoire	10,3	3,1	7,2	83,2	16,8
12 - Neuromusculaire	14,8	4,2	10,6	53,4	46,6
13 - Santé mentale	12,2	4,5	7,8	77,5	22,5
14 - Sensoriel et cutané	11,8	3,3	8,5	74,1	25,9
15 - Viscéral	11,3	3,3	8	80,1	19,9
16 - Rhumato/Orthopédique	9,4	2,5	6,9	91,4	8,6
17 - Post-traumatique	12,1	3,1	9	76,2	23,8
18 - Amputations	10,1	2,7	7,3	84,3	15,7
20 - Soins palliatifs	18,3	5,2	13,1	31,7	68,3
30 - Attente de placement	15,9	4,9	11	53,9	46,1
40 - Réadaptation/Réinsertion	13,3	3,9	9,5	66,6	33,4
50 - Soins Nutritionnels	9,5	3,1	6,4	87,8	12,2
60 - Autres situations	13,2	3,9	9,3	68,3	31,7
80 - Gériatrie aiguë	17,7	4,9	12,8	36,8	63,2
90 - Erreurs/Sans objet	9,5	2,8	6,6	79,4	20,6
99 - Groupage impossible	10,5	2,7	7,8	85,2	14,8
Privé sous objectif quantifié national					
11 - Cardio-vasculaire/Respiratoire	8,4	2,6	5,9	92,6	7,4
12 - Neuromusculaire	12,3	3,3	9	68,5	31,5
13 - Santé mentale	8,2	3,2	5	95,6	4,4
14 - Sensoriel et cutané	9,4	2,6	6,8	87,7	12,3
15 - Viscéral	8,9	2,6	6,3	91,2	8,8
16 - Rhumato/Orthopédique	8,4	2,3	6,2	96,3	3,7
17 - Post-traumatique	10,5	2,6	7,9	83,5	16,5
18 - Amputations	9,9	2,4	7,5	88,7	11,3
20 - Soins palliatifs	16,1	4,6	11,5	45,8	54,2
30 - Attente de placement	12,5	3,9	8,7	72,3	27,7
40 - Réadaptation/Réinsertion	10,1	2,9	7,2	80,6	19,4
50 - Soins Nutritionnels	6,8	2,3	4,5	98,5	1,5
60 - Autres situations	10,4	3,1	7,3	83,9	16,1
80 - Gériatrie aiguë	15,1	3,8	11,3	50,1	49,9
90 - Erreurs/Sans objet	8,1	2,4	5,7	91,9	8,1
99 - Groupage impossible	13,7	3,4	10,3	51,2	48,8

Source : Exploitation IRDES des données PMSI SSR 2003

Les patients pris en charge dans les établissements privés sous OQN présentent des niveaux de dépendance globalement moins élevés que dans le secteur public et PSPH.

Pour ces deux secteurs, la catégorie majeure clinique des soins palliatifs (CMC 20) regroupe les journées réalisées par les patients les plus fortement dépendants :

- le score moyen de dépendance globale est de 18,3 pour le public et PSPH et 16,1 pour le privé sous OQN ;
- le score moyen de dépendance psychique est de 5,2 pour le public et PSPH et 4,6 pour le privé sous OQN ;
- le score moyen de dépendance physique est de 13,1 pour le public et PSPH et 11,5 pour le privé sous OQN.

Les journées réalisées par les patients les plus fortement dépendants physiquement (score de dépendance physique > 12) sont affectées aux CMC des soins palliatifs (CMC 20) et de gériatrie aiguë (CMC 80).

Ainsi, pour la CMC 20 dans le secteur public et PSPH (*versus* privé sous OQN) :

- 68,3% (*versus* 54,2%) des journées de la CMC sont réalisées par des patients ayant une dépendance physique >12 ;
- 31,7% (*versus* 45,8%) des journées de la CMC sont réalisées par des patients ayant une dépendance physique ≤12.

Pour la CMC 80 :

- 63,2% (*versus* 36,8%) des journées de la CMC sont réalisées par des patients ayant une dépendance physique >12 ;
- 49,9% (*versus* 50,1%) des journées de la CMC sont réalisées par des patients ayant une dépendance physique ≤12.

1.3.3.4 Le motif de prise en charge

On entend par motif de prise en charge, à la fois :

- la finalité principale de la prise en charge, *i.e.* la nature des soins principaux effectués ;
- la manifestation morbide principale, *i.e.* la maladie causale, ou étiologie, motivant les soins principaux réalisés.

Ces deux informations décrivant la morbidité du patient permettent de répondre à la question : comment et pourquoi le malade a-t-il été principalement pris en charge au cours de la semaine observée ? Elles synthétisent ce qui a mobilisé l'essentiel de l'effort soignant, médical et non médical, au cours de la semaine observée du patient.

1.3.3.4.1 La finalité principale de prise en charge

La finalité de prise en charge est définie comme l'action de soins qui a mobilisé l'essentiel des efforts au cours de la semaine observée. Elle précise « comment » le malade est principalement pris en charge.

Cette variable de morbidité est codée selon la Classification Internationale des Maladies dans sa dixième révision (CIM-10).

Les douze finalités principales de prise en charge les plus fréquentes pour chaque secteur sont présentées dans le Tableau annexe 17.

Pour chacune des finalités de prise en charge nous présentons :

- la répartition en nombre de journées ainsi qu'en pourcentage cumulé ;
- l'âge moyen des patients présentant la finalité de prise en charge considérée ;
- la part hommes/femmes pour chaque finalité de prise en charge considérée.

Tableau annexe 17
Les douze finalités principales de prise en charge les plus fréquentes
selon le statut de l'établissement, PMSI SSR 2003

Public et PSPH							
Code	Libellé finalité	Journées	%	% Cumulé	Âge moyen	Part Hommes %	Part Femmes %
Z501	Autres thérapies physiques	8 105 283	42,6	42,6	59,1	45,9	54,1
Z518	Autres formes précisées de soins médicaux	3 035 551	15,9	58,5	72,0	40,0	60,0
Z548	Convalescence après un autre traitement	1 170 492	6,1	64,7	77,1	37,2	62,8
Z540	Convalescence après intervention chirurgicale	921 335	4,8	69,5	74,3	32,5	67,5
Z509	Soin impliquant une rééducation, sans précision	818 038	4,3	73,8	58,5	43,1	56,9
Z515	Soins palliatifs	572 911	3,0	76,8	72,5	47,3	52,7
Z500	Rééducation des cardiaques	549 044	2,9	79,7	63,4	72,0	28,0
Z508	Soins impliquant d'autres moyens de rééducation	546 782	2,9	82,6	66,3	40,2	59,8
ZAIGU*	Prise en charge d'une affection à sa phase aiguë	405 480	2,1	84,7	75,9	40,2	59,8
Z713	Surveillance et conseils diététiques	292 960	1,5	86,2	37,4	38,0	62,0
Z544	Convalescence après traitement d'une fracture	284 660	1,5	87,7	77,9	22,5	77,5
Z547	Convalescence après traitements combinés	264 051	1,4	89,1	75,9	37,6	62,4
	Autres	2 071 939	10,9	100,0			
	Total	19 038 526	100				

Privé sous OQN							
Code	Libellé finalité	Journées	%	% Cumulé	Âge moyen	Part Hommes %	Part Femmes %
Z501	Autres thérapies physiques	1 093 601	49,6	49,6	63,6	41,8	58,2
Z540	Convalescence après intervention chirurgicale	220 245	10,0	59,6	72,5	29,5	70,5
Z713	Surveillance et conseils diététiques	127 358	5,8	65,4	54,9	26,2	73,8
Z548	Convalescence après un autre traitement	126 652	5,7	71,1	75,9	33,9	66,1
Z518	Autres formes précisées de soins médicaux	114 510	5,2	76,3	73,0	38,1	61,9
Z500	Rééducation des cardiaques	79 901	3,6	80,0	66,4	68,8	31,2
Z502	Sevrage d'alcool	51 223	2,3	82,3	45,5	74,5	25,5
Z547	Convalescence après traitements combinés	42 786	1,9	84,2	74,5	38,9	61,1
Z508	Soins impliquant d'autres moyens de rééducation	38 510	1,7	86,0	63,5	30,7	69,3
Z544	Convalescence après traitement d'une fracture	32 099	1,5	87,4	76,0	20,9	79,1
Z509	Soin impliquant une rééducation, sans précision	31 952	1,4	88,9	51,6	34,4	65,6
ZAIGU*	Prise en charge d'une affection à sa phase aiguë	30 657	1,4	90,3	76,2	39,7	60,3
	Autres	214 373	9,7				
	Total	2 203 867	100				

Source : Exploitation IRDES des données PMSI SSR 2003

* Le code 'ZAIGU' ne constitue pas un code diagnostic de la CIM-10. Il est décrit en finalité principale de prise en charge uniquement lorsque apparaît pendant l'hospitalisation en SSR une complication ou une affection intercurrente aiguë et que celle-ci est prise en charge dans l'unité SSR.

La répartition de l'activité en SSR selon la finalité principale de prise en charge des deux secteurs, public ou privé PSPH d'une part et privé sous OQN d'autre part, diffère sensiblement. Si en termes de volume (nombre global de journées réalisées), les finalités principales les moins fréquentes en Public ou privé PSPH génèrent plus de journées SSR que dans le secteur privé sous OQN, les parts relatives de ces finalités principales varient d'un secteur à l'autre.

Notamment, les soins palliatifs relevant du SSR ne sont réalisés qu'en secteur public ou privé PSPH, secteur qui consacre en outre une part plus importante que le secteur privé sous OQN aux prises en charge d'une affection à sa phase aiguë.

En revanche, le secteur privé sous OQN consacre une part plus importante de son activité aux thérapies physiques, aux convalescences post-chirurgicales et à la surveillance et conseils diététiques. Il réalise en outre l'exclusivité des sevrages alcooliques.

Au total, le secteur public et privé PSPH semble consacrer une part plus importante de son activité à des soins plus lourds au sens de leur proximité avec des soins aigus.

Au cours d'un même séjour, le patient peut nécessiter plusieurs types de soins et donc bénéficier d'une ou plusieurs finalités de prise en charge. La répartition des séjours selon le nombre de finalités inscrites lors d'un séjour démontre également

une intensité de soins plus importante dans le secteur public et privé PSPH que dans le secteur privé sous OQN (Cf. *Tableau annexe 17*).

Dans le *Tableau annexe 18* est décrite, pour chaque secteur, la répartition des séjours en volume et en pourcentage selon le nombre de finalités de prise en charge différentes par séjour. Les volumes de journées associés sont indiqués.

Dans le secteur public et PSPH :

- le nombre de finalités différentes par séjour varie de 0 à 7 ;
- 90% des séjours sont décrits par une seule finalité de prise en charge : le malade est pris en charge de la même manière tout au long de son séjour ;
- la proportion de séjours constitués par deux finalités différentes est de 8%.

Concernant le secteur privé sous OQN :

- le nombre de finalités différentes par séjour varie de 0 à 5 ;
- 95% des séjours sont décrits par une seule finalité de prise en charge ;
- la proportion de séjours constitués par deux finalités différentes est de 4%.

Tableau annexe 18
Répartition de l'activité (séjours et journées) en SSR en fonction de la fréquence des finalités de prise en charge et selon le statut de l'établissement, PMSI SSR 2003

Nombre de finalités différentes	Public et PSPH				Privé			
	Séjours		Journées		Séjours		Journées	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
0	1 273	0,2	34 011	0,2	875	0,9	10 220	0,5
1	643 822	90,3	16 115 116	84,6	96 678	94,6	2 038 497	92,5
2	59 328	8,3	2 376 586	12,5	4 432	4,3	141 657	6,4
3 et +	8 610	1,2	512 813	2,7	265	0,3	13 493	0,6
Total	713 033	100	19 038 526	100	102 250	100	2 203 867	100

Source : *Exploitation IRDES des données PMSI SSR 2003*

1.3.3.4.2. La manifestation morbide principale

La manifestation morbide principale (MMP) est définie comme l'altération ou le problème fonctionnel ou organique en rapport avec la finalité principale de la prise en charge du patient. Elle précise « pourquoi » le patient a principalement été pris en charge au cours de la semaine observée.

Cette variable de morbidité est codée selon la Classification Internationale des Maladies dans sa dixième révision (CIM-10).

Les douze manifestations morbides les

plus fréquentes sont présentées dans le Tableau annexe 19.

Pour chacune des manifestations morbides principales nous décrivons :

- la répartition en journées, en pourcentage de journées et en pourcentage cumulé ;
- l'âge moyen des patients présentant la manifestation morbide principale considérée ;
- la répartition hommes/femmes en pourcentage calculé à partir des RHA présentant la manifestation morbide principale considérée.

Tableau annexe 19
Les douze manifestations morbides principales les plus fréquentes
selon le statut de l'établissement, PMSI SSR 2003

Public et PSPH							
Code	Libellé manifestation morbide principale	Journées	%	% Cumulé	Âge moyen	Part Hommes %	Part Femmes %
Z966	Présence d'implants d'articulations orthopédiques	1 973 610	10,4	10,4	73,1	28,3	71,7
Z967	Présence d'autres implants osseux et tendineux	1 040 408	5,5	15,8	59,9	42,1	57,9
G811	Hémiplégie spastique	491 055	2,6	18,4	55,8	61,1	38,9
G819	Hémiplégie, sans précision	439 088	2,3	20,7	68,4	51,4	48,6
Z988	Autres états post-chirurgicaux précis	380 088	2,0	22,7	53,9	50,2	49,8
Z740	Mobilité restreinte	357 735	1,9	24,6	76,5	34,6	65,4
R53	Malaise et fatigue	354 977	1,9	26,5	77,8	38,5	61,5
F102	Troubles mentaux dus à l'alcool : syndrome de dépendance	329 801	1,7	28,2	44,9	75,2	24,8
R268	Anomalie de la démarche et de la motilité, NCA ou sans précision	309 666	1,6	29,8	77,0	34,1	65,9
J961	Insuffisance respiratoire chronique	260 622	1,4	31,2	65,8	59,1	40,9
G824	Tétraplégie spastique	253 562	1,3	32,5	36,5	67,3	32,7
Z751	Sujet attendant d'être admis ailleurs, dans un autre établissement	241 519	1,3	33,8	74,6	40,0	60,0
	Autres	12 606 395	66,2	100,0			
	Total	19 038 526	100				

Privé sous OQN							
Code	Libellé manifestation morbide principale	Journées	%	% Cumulé	Âge moyen	Part Hommes %	Part Femmes %
Z966	Présence d'implants d'articulations orthopédiques	361 106	16,4	16,4	71,8	30,9	69,1
Z967	Présence d'autres implants osseux et tendineux	144 102	6,5	22,9	54,8	46,9	53,1
Z988	Autres états post-chirurgicaux précis	109 317	5,0	27,9	55,5	45,5	54,5
E660	Obésité due a un excès calorique	71 252	3,2	31,1	48,7	24,9	75,1
R53	Malaise et fatigue	53 169	2,4	33,5	76,8	35,3	64,7
F102	Troubles mentaux dus à l'alcool : syndrome de dépendance	52 169	2,4	35,9	44,1	76,2	23,8
J961	Insuffisance respiratoire chronique	40 882	1,9	37,8	69,7	62,5	37,5
G819	Hémiplégie, sans précision	26 173	1,2	38,9	69,0	53,2	46,8
G811	Hémiplégie spastique	24 312	1,1	40,0	61,3	60,1	39,9
Z951	Présence d'un pontage aorto-coronaire	22 913	1,0	41,1	65,9	81,3	18,7
Z968	Présence d'autres implants fonctionnels précis	20 874	0,9	42,0	67,3	29,4	70,6
Z904	Absence acquise d'autres parties de l'appareil digestif	20 365	0,9	43,0	74,1	28,5	71,5
	Autres	1 257 233	57,0	100,0			
	Total	2 203 867	100				

Source : Exploitation IRDES des données PMSI SSR 2003.

Anissa Afrite, Laure Com-Ruelle, Zeynep Or, Thomas Renaud

Soins de réhabilitation et d'accompagnement : une analyse comparative des coûts d'hospitalisation à domicile et en établissement

IRDES - Juin 2008

La répartition de l'activité en SSR selon la manifestation morbide principale dans les deux secteurs, public ou privé PSPH d'une part et privé sous OQN d'autre part, diffère tout autant que celle correspondant aux finalités principales, les soins produits répondant en fait à des manifestations morbides révélant des champs d'activité en partie différents.

Ainsi, le secteur public ou privé PSPH fournit plus souvent que le secteur privé sous OQN des soins répondant à des manifestations d'hémiplégie spastique ou autre et prend en charge même l'exclusivité des tétraplégies spastiques. Il est aussi le seul à déclarer comme motif principal l'attente de placement dans un autre établissement plus adapté.

En revanche, le secteur privé sous OQN déclare plus de manifestations morbides correspondant à des implants orthopédiques ou autres états post-chirurgicaux précisés. Il assure l'exclusivité des réponses de SSR aux obésités par excès calorique et des suites de pontages aorto-coronariens.

L'interprétation de ces résultats doit rester prudente car certains effets de codage différentiels peuvent intervenir et influencer sur ces répartitions. Ainsi, les deux secteurs déclarent des prises en charge de syndromes de dépendance alcoolique selon la manifestation morbide principale mais seul le secteur privé sous OQN y répond par des finalités principales de sevrage alcoolique.

Ici également, au cours d'un même séjour, le patient peut présenter une ou plusieurs manifestations morbides. La répartition des séjours selon le nombre de manifestations morbides inscrites lors d'un séjour est également en faveur d'un tableau clinique plus « lourd » ou plus « riche » dans le secteur public et privé PSPH que dans le secteur privé

sous OQN, au sens du nombre de manifestations morbides déclarées (Cf. Tableau annexe 19).

Dans le Tableau annexe 20 est décrite, pour chaque secteur, la répartition des séjours en volume et en pourcentage selon le nombre de manifestations morbides différentes par séjour. Les volumes de journées associés sont indiqués.

Dans le secteur public et PSPH :

- le nombre de manifestations morbides différentes par séjour varie de 0 à 12 ;
- 92% des séjours sont décrits par une seule manifestation morbide : cela signifie qu'un seul problème de santé est généralement en rapport avec la finalité principale de prise en charge ;
- la proportion de séjours constitués par deux manifestations morbides différentes est de 6%.

Concernant le secteur privé sous OQN :

- le nombre de manifestations morbides différentes par séjour varie de 0 à 7 ;
- 95% des séjours sont décrits par une seule manifestation morbide ;
- la proportion de séjours constitués par deux manifestations morbides différentes est de 3%.

Au total, à la fois les motifs de prise en charge et les soins délivrés en SSR diffèrent sensiblement selon les deux secteurs, public ou privé PSPH et privé sous OQN, tant en volumes qu'en parts relatives. Répétons que l'interprétation de ces résultats doit rester prudente car certains effets de codage différentiels peuvent intervenir.

Tableau annexe 20
Répartition de l'activité (séjours et journées) en SSR en fonction de la fréquence des manifestations morbides et selon le statut de l'établissement, PMSI SSR 2003

Nombre de MMP différents	Public et PSPH				Privé sous OQN			
	Séjours		Journées		Séjours		Journées	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
0	1 388	0,2	35 095	0,2	969	0,9	11 371	0,5
1	657 654	92,2	16 622 104	87,3	97 402	95,3	2 060 481	93,5
2	43 503	6,1	1 735 189	9,1	3 524	3,4	114 280	5,2
3 et +	10 488	1,5	646 138	3,4	355	0,3	17 735	0,8
Total	713 033	100	19 038 526	100	102 250	100	2 203 867	100

Source : Exploitation IRDES des données PMSI SSR 2003

Liste des tableaux, figures et encadrés annexes

Liste des tableaux annexes

Tableau annexe 1	
Évolution de l'offre en HAD en France, 2004 à 2006	129
Tableau annexe 2	
Répartition de l'offre en HAD par statut juridique en France, 2006	131
Tableau annexe 3	
Répartition de l'offre en HAD par région en France métropolitaine, 2006.....	132
Tableau annexe 4	
Répartition de l'activité en HAD selon les protocoles de soins principaux dans l'enquête ENHAD 2000	133
Tableau annexe 5	
Répartition de l'activité en HAD selon l'objectif de soins dans l'enquête ENHAD 2000.....	134
Tableau annexe 6	
Répartition de l'activité en HAD par âge et niveau de dépendance dans l'enquête ENHAD 2000	136
Tableau annexe 7	
Répartition des lits et des places installés en SSR selon le statut juridique des établissements et leur part dans l'ensemble de la section hôpital, SAE 2003	141
Tableau annexe 8	
Offre en SSR par type et catégorie d'établissements, 2003.....	144
Tableau annexe 9	
Demande en SSR par catégorie d'établissement, SAE 2003	146
Tableau annexe 10	
L'offre et la demande en SSR par région, hospitalisation complète, SAE 2003.....	148
Tableau annexe 11	
L'offre et la demande de soins en SSR par région, hospitalisation partielle, SAE 2003	149
Tableau annexe 12	
Répartition des journées et séjours par catégorie d'établissement, PMSI SSR 2003.....	151
Tableau annexe 13	
Description des séjours selon le mode d'hospitalisation et par secteur, PMSI SSR 2003	152
Tableau annexe 14	
Répartition des journées par statut d'établissement et type de prise en charge, PMSI SSR 2003.....	154
Tableau annexe 15	
Répartition et caractéristiques des journées par CMC et par catégorie d'établissements, PMSI SSR 2003	155
Tableau annexe 16	
Profil des CMC selon le niveau de dépendance, PMSI SSR 2003	157
Tableau annexe 17	
Les douze finalités principales de prise en charge les plus fréquentes selon le statut de l'établissement, PMSI SSR 2003.....	159

Tableau annexe 18

Répartition de l'activité (séjours et journées) en SSR en fonction de la fréquence des finalités de prise en charge et selon le statut de l'établissement, PMSI SSR 2003 160

Tableau annexe 19

Les douze manifestations morbides principales les plus fréquentes selon le statut de l'établissement, PMSI SSR 2003..... 161

Tableau annexe 20

Répartition de l'activité (séjours et journées) en SSR en fonction de la fréquence des manifestations morbides et selon le statut de l'établissement, PMSI SSR 2003 162

Liste des figures

Figure annexe 1

Prévision du nombre de places autorisées d'ici 2010 en France 130

Figure annexe 2

Dépendance globale moyenne des patients selon leur classe d'âge dans l'enquête ENHAD 2000 136

Figure annexe 3

Répartition des établissements déclarant une activité de SSR selon le statut juridique, SAE 2003... 140

Liste des encadrés

Encadré annexe 1

Définitions des indicateurs utilisés pour décrire l'activité hospitalière 142

Achever d'imprimer le 30 Juin 2008
TOP CHROMO
6, place du Village - Parc des Barbanniers
92632 Gennevilliers Cedex
Dépôt légal : Juin 2008

LE SERVICE DOCUMENTATION DE L'IRDES

Achats de publications

Sur place ou par courrier :

IRDES
Service Diffusion
10, rue Vauvenargues
75018 Paris

Horaires d'ouverture :

Lundi au vendredi : 9 h 30 - 12 h / 14 h - 16 h

Consultation du fonds documentaire

Sur rendez-vous tél. : 01.53.93.43.51

Horaires d'ouverture :

Lundi, mardi, jeudi: 9 h - 12 h 15

Informations sur les travaux de l'IRDES

Toute personne peut demander à être intégrée dans le fichier des correspondants de l'IRDES afin d'être régulièrement informée des dernières publications.

tél. : 01.53.93.43.17/06 - fax. : 01.53.93.43.50

INTERNET : E-MAIL & WEB

Vous pouvez communiquer avec l'IRDES aux adresses suivantes :

avec le service Diffusion

E-mail : diffusion@irdes.fr

avec le service Documentation

E-mail : documentation@irdes.fr

avec le service informatique des logiciels Eco-Santé

E-mail : ecosante@irdes.fr

www.irdes.fr

notre serveur Web

L'IRDES met à votre disposition un serveur sur Internet

Ce service vous permet d'obtenir en direct des informations sur l'IRDES :

Présentation du centre et de l'équipe

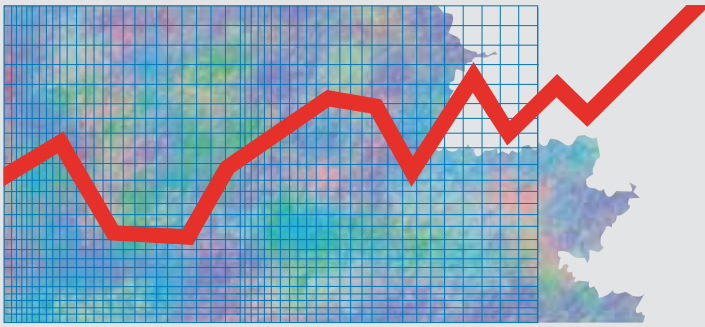
Informations sur les enquêtes de l'IRDES

Informations sur les logiciels Eco-Santé

Consultation des bibliographies chronologiques et thématiques

Description du fonds documentaire

Commandes de rapports



Soins de réhabilitation et d'accompagnement : une analyse comparative des coûts d'hospitalisation à domicile et en établissement

Le besoin en lits dédiés aux soins de réhabilitation et d'accompagnement sera croissant dans les années à venir, notamment pour les personnes âgées. Ce type de soins, dispensé principalement dans des structures hospitalières spécialisées en soins de suite et de réadaptation (SSR), se développe également en hospitalisation à domicile (HAD). Dans le contexte politique actuel, favorable à la création de nouvelles places en HAD, notre étude compare les coûts de ces deux modes de prise en charge pour des soins comparables.

L'étude estime qu'en termes de cas pris en charge, près des deux tiers des journées réalisées en établissements de SSR en 2003 pourraient être techniquement effectuées en hospitalisation à domicile, sous réserve de bonnes conditions psychosociales. Pour des soins comparables, le coût d'une journée pour les financeurs publics est, en moyenne, 50 % plus élevé en SSR. Cette différence s'atténue pour les patients âgés et/ou fortement dépendants mais le coût moyen journalier en SSR demeure supérieur quels que soient l'âge, le niveau de dépendance et le profil médical du patient. L'HAD peut donc envisager des perspectives de développement importantes pour les soins de réhabilitation et d'accompagnement.

Mots clefs : Hospitalisation à domicile, soins de suite et de réadaptation, coût de fonctionnement, coût de création, personne âgée, dépendance, analyse de coût, France.

* * *

At home or at hospital? A comparative cost analysis of rehabilitative care

The need for dedicated beds for rehabilitative care shall increase over the coming years, in particular for the elderly. This type of care, dispensed mainly by inpatient hospital structures, is being developed recently in the context of Hospital at Home (HAH). In the current political context, which is favourable to the creation of new HAH places, our study compares the costs of these two overlapping healthcare methods.

We estimate that almost two thirds of the care provided in 2003 as inpatient rehabilitation in hospitals can be technically performed at home if psychosocial conditions are suitable. For treatments considered as equivalent, the daily costs for public funding bodies are on average 50% higher at hospital compared with HAH. The cost difference goes down for the most elderly and/or highly dependent patients, but daily cost for inpatient rehabilitation care remains higher, whatever the patient's age, level of dependency and medical profile. Therefore, there may be important development prospects for medium to long term care services in HAH.

Key words: Hospital at home, long term care, operating cost, creation cost, ageing, dependency, cost analysis, France.