

questions

d'économie de la santé

analyse

Repères

Dans une perspective de planification des besoins grandissants de soins de la population vieillissante, l'IRDES a été sollicité pour réaliser une étude de coût de création d'une place en hospitalisation à domicile (HAD) en comparaison d'un lit dans un établissement de soins de suite et de réadaptation (SSR), pour une activité superposable et en tenant compte des différentes situations cliniques possibles. Cette étude a été financée par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) du ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées.

Une enquête *ad hoc* a été menée auprès des structures d'HAD pour recueillir leurs coûts de création (l'enquête CCHAD 2006) tandis que des données fournies par la DHOS ont été utilisées du côté SSR.

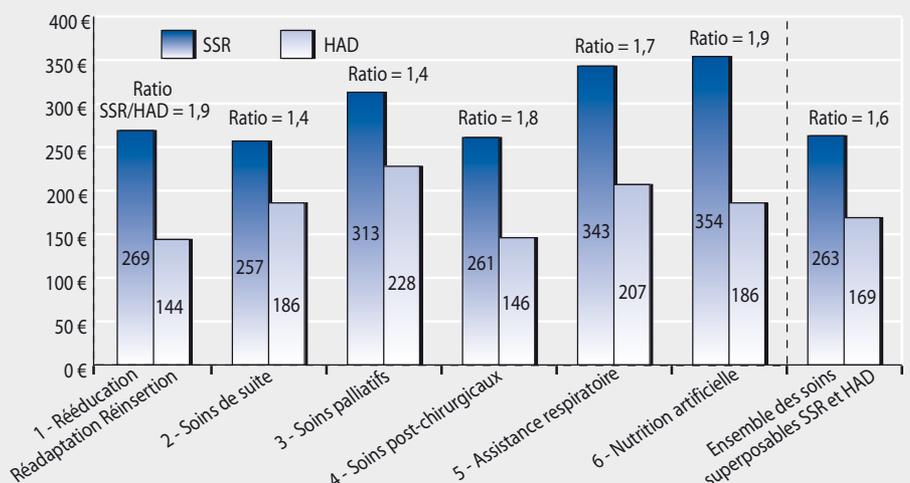
L'hospitalisation à domicile, une alternative économique pour les soins de suite et de réadaptation

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

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 superposables. Ces soins que nous considérons comme réalisables dans l'une ou l'autre des structures représentent plus de la moitié de l'activité de SSR et d'HAD. Pour ces soins comparables, le coût d'une journée pour les financeurs publics est, en moyenne, de 263 € en SSR contre 169 € en HAD. 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.

Pour faire face aux besoins de la population vieillissante, créer par exemple 10 000 places d'HAD représenterait, à terme, une économie de près de 350 millions d'€ par an pour les financeurs publics. L'HAD représente donc une alternative économique intéressante. Elle ne peut toutefois être envisagée pour tous les patients car elle nécessite presque toujours la présence d'un entourage aidant.

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



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

Remarque : Six profils médicaux ont été définis, regroupant des patients recevant des soins comparables. En SSR, les profils médicaux 1 et 2 concentrent 96 % des journées réalisées dans le champ d'activité superposable. En HAD, le profil 2 en concentre 62 % (cf. graphique p. 6).

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION
EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Adresse :
10, rue Vauvenargues 75018 Paris
Téléphone : 01 53 93 43 02/17
Télécopie : 01 53 93 43 50
E-mail : document@irdes.fr
Web : www.irdes.fr

Directrice de la publication :
Chantal Cases
Rédactrice en chef technique :
Nathalie Meunier
Relectrice :
Anna Marek
Correctrice :
Martine Broido
Maquettiste :
Nicole Guervin

ISSN : 1283-4769
Diffusion par abonnement : 60 euros par an
Prix du numéro : 6 euros
En ligne sur www.irdes.fr
10 à 15 numéros par an

Panorama de l'offre de soins en SSR et en HAD en France métropolitaine

Statut juridique**	SSR (année 2003)				HAD (année 2005)			
	Lits et places* installés		Journées réalisées		Places installées		Journées réalisées	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Public	39 427	41 %	11 625 276	40 %	1 443	29 %	453 124	30 %
Privé ex-DG	31 599	33 %	8 865 287	31 %	1 049	21 %	630 705	42 %
Privé ex-OQN	24 844	26 %	8 293 782	29 %	2 458	50 %	427 028	28 %
Ensemble	95 870	100 %	28 784 345	100 %	4 950	100 %	1 510 857	100 %

Source : SAE 2003

Source : ATIH 2005

* Les capacités d'accueil sont comptées en lits pour l'hospitalisation complète et en places pour l'hospitalisation de jour.

** Ces données sont présentées selon les modes de financement prévalant avant la mise en place de la tarification à l'activité en 2005 : système public, sous dotation globale (DG) ou sous objectif quantifié national (OQN).

Part de l'activité superposable dans l'activité totale de SSR et d'HAD en France métropolitaine

Activité superposable	SSR public et PSPH (année 2003)				HAD (année 2000)			
	RHA*		Journées réalisées		Patients		Journées réalisées	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Activité superposable	2 143 403	63 %	11 989 679	64 %	1 069	58 %	110 531	84 %
Ensemble	3 411 060	100 %	18 865 290	100 %	1 844	100 %	131 079	100 %

Source : PMSI-SSR 2003 public

Source : ENHAD 2000 IRDES

* Le Résumé Hebdomadaire Anonyme est le résumé anonymisé produit à la fin de chaque semaine calendaire du séjour d'un patient. Il décrit les jours de présence du patient, ses caractéristiques de morbidité et de dépendance, ainsi que certains actes médicaux et activités de rééducation-réadaptation.

Consécutives au vieillissement de la population française, l'augmentation du nombre de personnes âgées polypathologiques et dépendantes engendre un besoin croissant en soins, tant de courte durée que de plus long terme, en particulier en soins de réhabilitation et d'accompagnement. Il est 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 domaine, les prestations les plus souvent proposées en HAD concernent la rééducation orthopédique ou neurologique et les soins de suite ou post-chirurgicaux.

Dans ce contexte, notre étude confronte les coûts engendrés par des soins comparables réalisés en SSR et en HAD en circonscrivant un champ d'activité commun à ces deux types de structure.

Cette estimation se fonde sur les coûts de fonctionnement lors de la première année d'activité puis en routine et intégrée, pour l'HAD, les coûts de création de nouvelles places. Elle tient compte de la diversité des situations cliniques touchant les personnes prises en charge aujourd'hui dans de tels établissements ou susceptibles de l'être demain.

L'HAD : un potentiel de développement important

Les soins de suite et réadaptation couvrent le traitement ou la surveillance médicale des malades requérant des soins continus et relativement longs. Ils 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 journées d'hospitalisation). Le secteur privé lucratif (ex-OQN) rassemble un quart des lits et places.

L'HAD 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 d'une meilleure qualité de vie 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'offre en HAD se développe rapidement depuis plusieurs années, grâce à un assouplissement des conditions réglementaires d'ouverture des structures d'HAD¹ 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 établissements en France métropolitaine. 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.

Une comparaison fiable des coûts des soins médicaux n'a de sens que pour les patients qui peuvent être pris en charge indifféremment en SSR et en HAD. Il est donc primordial de circonscrire l'activité à un champ superposable, c'est-à-dire à un ensemble de soins techniquement réalisables dans ces deux types de structures hospitalières.

Pour cela, nous avons passé en revue l'ensemble des patients et leurs soins prodigués en SSR et en HAD. Du côté des SSR, sont considérés dans le champ superposable les seuls patients dont les

¹ Via la circulaire DHOS n° 2000-295 du 30 mai 2000 tout d'abord, puis dans le cadre du plan Hôpital 2007 et des schémas régionaux d'organisation sanitaire de 3^e génération.

soins sont déjà réalisés en HAD ou pourraient techniquement l'être. Du côté de l'HAD, nous n'avons conservé que les patients dont le protocole de soins principal et/ou l'objectif de soins s'accordent avec les soins traditionnellement réalisés en SSR. Les critères de sélection sont précisés dans l'encadré ci-contre.

Le champ des soins superposables a été défini par expertise médicale en s'appuyant sur les informations cliniques et de prise en charge fournies par les sources de données disponibles, l'ENHAD 2000 et le PMSI-SSR 2003 ; il contient de ce fait une part de subjectivité (cf. encadré ci-contre).

Six patients sur dix pris en charge en HAD reçoivent des soins de suite et de réadaptation

Nous estimons que 58 % des patients pris en charge en HAD ont reçu des soins relevant du domaine des SSR. Ces patients – effectuant en général des séjours plus longs que la moyenne des patients d'HAD – concentrent 84 % des journées². De la même façon, 64 % des journées réalisées dans des établisse-

² Cette proportion peut paraître très élevée car elle procède d'une estimation maximaliste qui inclut notamment les soins d'HAD proches du long séjour mais qui seraient tout de même réalisables en SSR.

Définition du champ d'activité superposable entre SSR et HAD

Afin d'identifier les séjours de SSR réalisables en HAD et les soins d'HAD concernant les SSR, nous avons exploité deux bases de données décrivant l'activité en HAD et en SSR : l'ENHAD 2000 et le PMSI SSR 2003. (cf. encadré ci-dessous)

Pour les soins d'HAD, nous avons retenu comme critères de sélection la nature du « protocole de soins principal » appliqué au patient et « l'objectif de soins » de l'hospitalisation pour cerner l'activité superposable à celle des SSR :

- en règle générale, en termes de protocoles de soins principaux, la rééducation neurologique ou orthopédique, les soins palliatifs et l'éducation du patient constituent la majeure partie de l'activité superposable ; *a contrario*, la chimiothérapie et les pansements complexes sont exclus. Ils peuvent toutefois apparaître en protocole de soins associé chez certains patients ;

- en termes d'objectifs de soins, les objectifs de « soins continus », « soins de phase terminale », « réadaptation au domicile » ou « reprise d'autonomie des parents » sont retenus, contrairement aux « soins ponctuels ». Quelques situations cliniques particulières ont été traitées au cas par cas.

La sélection des soins en SSR a été faite selon une logique d'exclusion, en considérant successivement les « actes médicaux classants » réalisés, les « diagnostics associés classants » et les « temps d'intervention » nécessaires en rééducation-réadaptation.

Notre priorité était d'exclure tous les patients ayant bénéficié d'actes très techniques ou nécessitant du matériel et des capacités spécifiques non transposables en HAD. Nous avons écarté également toutes les hospitalisations impliquant des activités de rééducation impossibles à mettre en œuvre en HAD (rééducation collective, bilans, balnéothérapie).

ments de SSR sous dotation globale en 2003 relèvent d'activités de soins considérées comme réalisables en HAD d'un point de vue médico-technique.

L'ampleur du recouvrement des activités de soins entre SSR et HAD est donc très significative et l'HAD peut envisager des perspectives de développement importantes. Mais faute de données disponibles, nous n'avons pas pu prendre en compte les caractéristiques psy-

chosociales et environnementales des patients, pourtant primordiales dans la décision d'orientation d'un patient par les cliniciens. Ainsi, le potentiel de développement de l'HAD vers des soins de réhabilitation et d'accompagnement, en particulier des personnes âgées, ne doit s'entendre ici qu'en termes théoriques.

Étant donné les enjeux liés à la population vieillissante, les coûts pour la collectivité occasionnés par la prise en charge

Sources des données

	Coûts de création	Coûts de fonctionnement lors de la montée en charge	Coûts de fonctionnement en routine
SSR	Aucune source d'information disponible	Étude DHOS 2005 Étude qui comptabilise le nombre de créations et de conversions de lits et de places en SSR pour l'année 2005 (données des ARH) et qui fournit des estimations de coûts de fonctionnement pour l'année 2005 et 2006.	PMSI SSR 2003 Base nationale qui fournit un relevé exhaustif de l'activité des établissements de SSR publics et PSPH en 2003. Le secteur privé sous OQN n'est pas considéré car un seul semestre d'activité est renseigné. ENC SSR 2001 Étude nationale de coûts SSR qui associe un coût unique à chaque Groupe Homogène de Journées (GHJ) fondé sur l'âge, la dépendance et la lourdeur de la prise en charge des patients.
HAD	CCHAD 2006 Enquête <i>ad hoc</i> sur les coûts de création en HAD conçue par l'IRDES et menée avec le soutien de la FNEHAD (présentée en détail dans l'encadré p. 4).		ENHAD 2000 Enquête réalisée par l'IRDES qui décrit l'activité et les caractéristiques cliniques des patients et qui évalue les coûts de prise en charge à partir d'un échantillon de 29 structures d'HAD en 2000 (sur 62 existantes). Tarifs T2A HAD Tarifs officiels en vigueur pour l'année 2006 ; ces tarifs dépendent de Groupes Homogènes de Prise en Charge (GHPC) fondés sur les protocoles de soins principaux et associés, la dépendance et la durée de séjour.

de part et d'autre, en HAD et en SSR, sont importants à évaluer. Ces deux types d'hospitalisation génèrent également des coûts qui ne sont pas à la charge de la collectivité mais sont supportés par le patient lui-même ou son entourage : des coûts d'éloignement du domicile dans le cas d'une hospitalisation en SSR et, dans le cas de l'HAD, des coûts d'aide à la personne, voire une partie de la prise en charge médicale. Ces coûts génèrent parfois une lourde charge financière mais ne sont pas comptabilisés dans notre travail.

Distinguer les coûts de création et les coûts de fonctionnement

Dans notre analyse, nous distinguons les coûts en trois composantes :

- **les coûts de création**, c'est-à-dire les dépenses de personnel, de logistique et d'équipement engagées avant l'accueil du premier malade ;
- **les coûts de fonctionnement** lors de la montée en charge, c'est-à-dire le coût annuel moyen lors de la première année de fonctionnement, à partir de l'accueil du premier malade jusqu'à l'équilibre d'exploitation ou, par assi-

milation, les douze premiers mois de fonctionnement du lit ou de la place ;

- **les coûts de fonctionnement en routine** de l'activité de soins ainsi pérennisée, supportés par les financeurs publics.

Face au manque de données spécifiques sur les coûts de création en HAD, l'IRDES a mis sur pied une enquête avec le soutien de la Fédération nationale de l'hospitalisation à domicile (FNEHAD) pour interroger les promoteurs de l'HAD sur les dépenses supportées lors de la création de nouvelles places en 2004-05, l'enquête CCHAD 2006 (cf. encadré ci-dessous). Le coût de création d'une place d'HAD s'obtient en additionnant les moyens investis durant le montage du projet et la mise en place de la structure proprement dite.

L'identification des coûts de création est plus compliquée pour les SSR, pour lesquels les investissements sont difficilement repérables au sein de la politique globale de financement hospitalier. Une enquête menée par la DHOS en 2005 a permis d'estimer le coût de fonctionnement des lits et places de SSR nouvellement créés. Mais cette étude ne fournit

aucune information sur les coûts d'investissement préalables, notamment sur les coûts immobiliers. Par conséquent, seuls les coûts de montée en charge des douze premiers mois d'activité des HAD pourront être directement comparés avec les coûts de fonctionnement de ces nouveaux lits de SSR (cf. tableau p. 7).

Pour mesurer les coûts de fonctionnement en routine, nous avons comptabilisé les dépenses de soins à la charge des financeurs publics. Pour l'HAD, nous avons appliqué les tarifs actuellement en vigueur qui diffèrent selon les groupes homogènes de prise en charge (GHPC). Pour les SSR, nous avons utilisé les coûts publics issus de l'étude nationale de coûts de 2001 (ENC 2001) qui varient selon les groupes homogènes de journées (GHJ) et que nous avons actualisés par l'évolution de l'indice nominal du coût des soins hospitaliers publics entre 2001 et 2005.

Nous avons d'abord estimé le coût journalier par place ou lit sur la globalité de l'activité superposable de ces deux types de structure, puis nous avons affiné les comparaisons pour des catégories de patients comparables plus homogènes.

La création d'une place d'HAD nécessite un investissement moyen de 16 000 €

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 de la commission exécutive (COMEX) de l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) et monter une structure prête à accueillir le premier malade.

Le coût total moyen de l'investissement nécessaire à la création est de 15 800 € par place d'HAD, avec une forte variation selon les établissements. Les coûts de personnel comptent pour deux tiers dans les dépenses d'investissement des structures, soit près de 10 500 € en moyenne par place. Les dépenses d'équipement et

L'enquête CCHAD 2006 sur les coûts de création des places d'HAD

L'IRDES a interrogé par questionnaire l'ensemble des structures d'HAD créées entre le 1er janvier 2004 et mars 2006 afin de recueillir tous les coûts générés par le processus d'ouverture d'une place d'HAD, en distinguant trois phases :

- **la phase préparatoire d'élaboration du projet et de montage du dossier**, qui se termine avec l'accord de la Commission Exécutive de l'ARH (COMEX). Les dépenses comptabilisées sont relatives au pilotage du projet, à l'étude de marché, aux dépenses d'équipement et de logistique et aux frais annexes ;
- **la phase d'installation proprement dite**, 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 charge** 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.

Sur les 33 structures éligibles identifiées par la FNEHAD, 13 ont répondu à l'enquête CCHAD 2006, toutes étant des nouvelles HAD créées *ex nihilo* depuis 2004.

de logistique par place installée représentent, en moyenne, un peu moins de 5 300 € au total (cf. graphique ci-contre pour les montants des phases 1 et 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.

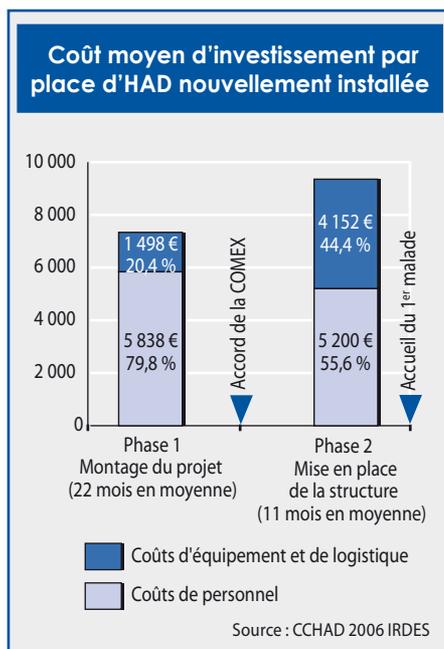
Le coût varie fortement d'une structure à l'autre lors de la montée en charge mais la comparaison demeure difficile

Durant sa première année de fonctionnement, une nouvelle place installée en HAD génère un coût de prise en charge de 39 800 € en moyenne contre plus de 55 000 € pour un nouveau lit/place en SSR (cf. tableau ci-contre). On observe toutefois une forte variation de coût (de 28 000 à 58 000 €) et de taux d'occupation entre les structures d'HAD pendant cette période de montée en charge.

En effet, les coûts estimés lors de cette première année de fonctionnement dépendent fortement du profil médical (maladies, dépendance, protocole de soins) des patients pris en charge, aussi bien en SSR qu'en HAD, mais nous ne disposons pas d'informations suffisantes pour en tenir compte dans le calcul des coûts de création. En revanche, la variété des cas traités (*case-mix*) des patients est mieux contrôlée lors de la comparaison des coûts de fonctionnement en routine entre SSR et HAD.

Le coût de fonctionnement en HAD est 40 % moins élevé qu'en SSR sur l'ensemble du champ superposable

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



Coût annuel moyen par lit/place en HAD et en SSR durant la 1^{ère} année de fonctionnement

		Coût annuel moyen par lit/place (ramené à une année entière)
HAD	Places créées <i>ex nihilo</i>	39 831 €
SSR	Lits et places* créés en sus :	55 832 €
	dont lits	54 139 €
	dont places	67 889 €
	Lits provenant de conversion	46 474 €

* Les capacités d'accueil sont comptées en lits pour l'hospitalisation complète et en places pour l'hospitalisation de jour.

Sources : DHOS 2005 (SSR) et CCHAD 2006 IRDES (HAD)

ces deux types de structure (cf. graphique en page 1). Toutefois, cette comparaison n'intègre pas le *case-mix* en SSR et en HAD. En effet, les coûts varient selon les caractéristiques du patient, notamment son âge, son degré de dépendance et son profil médical.

Pour affiner la comparaison des coûts, nous avons donc construit à l'intérieur du champ superposable des catégories de patients plus homogènes en tenant compte, dans un premier temps, des facteurs de variation les plus immédiats que sont l'âge et le niveau de dépendance³ puis, dans un second temps, de critères cliniques.

Le coût moyen journalier augmente avec le degré de dépendance mais peu avec l'âge

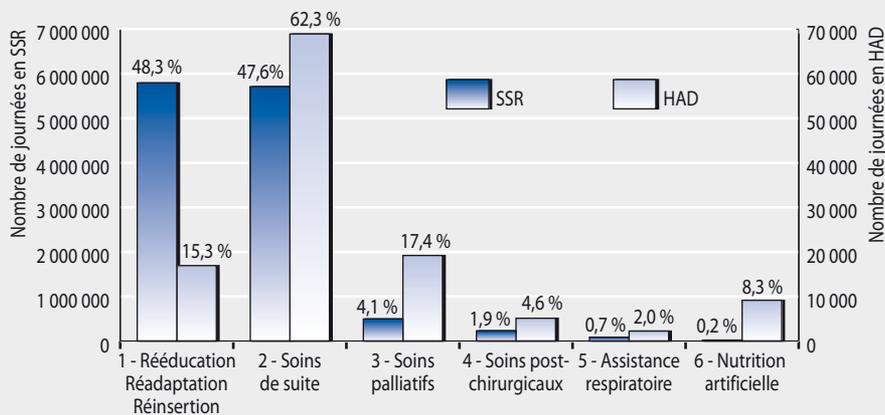
L'impact du degré de dépendance est similaire en SSR et en HAD, augmentant fortement le montant du coût moyen journalier par lit/place. Chez les patients pris en charge en HAD, ce coût journalier passe de 123 € pour les patients autonomes à 190 € pour les plus dépendants. Chez les patients accueillis en SSR, il passe de 229 € à 325 €.

Quelle que soit la classe de dépendance considérée, le coût moyen journalier en SSR est plus élevé qu'en HAD, le rapport de coût variant de 1,6 à 1,9 selon le niveau de dépendance. L'écart est maximal chez les patients les plus autonomes et s'atténue chez les patients les plus dépendants.

Alors que la différence de coût entre SSR et HAD baisse légèrement lorsque l'âge augmente chez les adultes, il 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). 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 l'enfant sont assumés naturellement par les parents. Ceci 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.

³ Le degré de dépendance est évalué d'après la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ : habillage, déplacements et locomotion, alimentation, continence, comportement, relation et communication) selon un gradient allant de l'autonomie à la dépendance totale. Le score global est regroupé en quatre classes : totalement autonome (score AVQ de 6), faiblement dépendant (de 7 à 12), moyennement dépendant (de 13 à 18), fortement ou complètement dépendant (de 19 à 24).

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



Guide de lecture : Concernant les soins superposables SSR/HAD, le profil 2 rassemble 48 % des journées (soit 5,8 millions de journées) et 62 % des journées du côté HAD (soit 69 000 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 ; ENHAD 2000 IRDES

Les écarts de coûts entre SSR et HAD dépendent du type de soins délivrés

Les soins médicaux et d'aide répondant à des situations cliniques diverses, l'âge et la dépendance ne peuvent à eux seuls refléter l'hétérogénéité du champ d'activité superposable entre SSR et HAD. C'est pourquoi, afin d'améliorer la comparaison entre ces deux champs, nous avons construit six grands profils médicaux de base les plus homogènes possible, à partir des données cliniques à notre disposition. Ces six profils principaux regroupent la quasi-totalité de l'activité de soins superposable (cf. graphique ci-dessus). L'essentiel de l'activité retenue concerne en HAD le profil médical de base « Soins de suite » avec 62 % des journées, tandis qu'en SSR, elle porte autant sur les soins de « Rééducation-Réadaptation-Réinsertion » que sur les « Soins de suite », avec 48 % des journées chacun. S'y ajoutent quatre autres profils médicaux plus minoritaires : les « Soins palliatifs », les « Soins post-chirurgicaux », l'« Assistance respiratoire » et la « Nutrition artificielle » entérale et parentérale.

Quel que soit le profil médical du patient, le coût moyen journalier en SSR est systé-

matiquement supérieur à celui de l'HAD mais l'écart de coût varie d'un profil à l'autre : 1,4 fois plus élevé pour les soins de suite ou les soins palliatifs et presque deux fois plus élevé pour la rééducation-réadaptation-réinsertion ou la nutrition artificielle (cf. graphique en page 1).

En SSR, le coût moyen journalier est environ de 260 € pour les deux profils médicaux de base les plus courants (rééducation-réadaptation-réinsertion 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 rééducation-réadaptation-réinsertion 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

4 Le score de dépendance physique est obtenu en effectuant la somme des dépendances relatives à l'habillement, l'alimentation, le déplacement et la continence mesurées par le score relatif aux Activités de la vie quotidienne (AVQ). Ce score s'étend de 4 (totalement autonome) à 12 pour les personnes faiblement dépendantes et de 13 à 16 pour celles fortement dépendantes.

5 Nous ne tenons compte ici que de la dimension physique de la dépendance car dans l'ENC SRR tout comme dans l'ENHAD 2000, elle explique la quasi-totalité de la variabilité des coûts.

re et de soins palliatifs qui génèrent les coûts les plus élevés en HAD, respectivement 207 € et 228 €.

La maladie à l'origine de l'hospitalisation influe sur les écarts de coûts

La déclinaison par profil médical de base ne suffit pas à rendre compte de la diversité des cas cliniques rencontrés en HAD et SSR et de l'hétérogénéité des coûts qui en résulte. C'est pourquoi nous construisons des groupes de patients encore plus homogènes par un affinement successif de chaque profil médical de base selon la maladie à l'origine de l'hospitalisation (appelée étiologie), le niveau de dépendance physique⁴ et l'âge⁵. 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 et plus effectuent, du côté SSR, 64 % de l'ensemble des journées et 71 % de celles du champ recouvrable ; du côté HAD, ils en effectuent respectivement 60 % et 62 %. Nous avons donc distingué cette population dans notre analyse par profil médical (cf. tableau p. 7).

Si l'écart de coût entre SSR et HAD est maximal pour les soins de rééducation-réadaptation-réinsertion (ratio SSR/HAD : 1,9), il est particulièrement fort en cas de maladies cardio-vasculaires ou du système nerveux qui représentent les étiologies les plus fréquentes (ratio de 2,0), et spécialement chez les personnes âgées moyennement à fortement dépendantes (score de dépendance physique > 12).

Au contraire, pour les soins de suite, l'écart de coût entre SSR et HAD est plus faible que celui de l'ensemble du champ superposable (ratio de 1,4 contre 1,6). Pour les étiologies les plus courantes, ce ratio varie globalement de 1,3 pour les tumeurs à 1,5 pour les maladies cardio-vasculaires et celles du système nerveux. Cet écart de coût augmente chez les personnes âgées de 80 ans et plus très dépen-

dantes en cas de tumeurs (1,5) et chez la plupart des patients atteints de maladies cardiovasculaires (jusqu'à 1,9).

* * *

Les soins de réhabilitation et d'accompagnement représentent une activité importante en termes de séjours et de journées d'hospitalisation en France. Du point de vue de la technique de soins, près des deux tiers des journées réalisées en établissements de SSR en 2003 pourraient être effectuées en HAD. Pour la globalité des soins superposables entre ces deux secteurs ainsi que pour chacun des six profils médicaux de base définis, les coûts de fonctionnement sont systématiquement plus faibles en HAD qu'en SSR, tant lors de la première année d'activité qu'en fonctionnement de routine. Ceci est vérifié notamment chez les personnes âgées dépendantes. 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, une économie de près de 350 millions d'euros par an. L'HAD représente donc une alternative intéressante en termes économiques à programmer face aux besoins imminents.

Toutefois, quelle que soit la précision des critères médicaux utilisés pour définir des catégories de patients homogènes, cela n'efface pas toutes les différences de *case-mix* entre les deux populations SSR et HAD, ce qui peut expliquer une partie de l'écart de coût observé.

De plus, nos comparaisons de coûts moyens journaliers ignorent les éventuelles différences de durée moyenne de séjour entre ces deux modes de prise en charge faute de données adaptées, alors que dans une perspective macroéconomique, il est important de tenir compte de leur répercussion sur les coûts globaux. Par ailleurs, notre analyse n'intègre pas les coûts directs et indirects supportés par les malades et leur entourage lors d'une HAD.

En tout état de cause, l'orientation dans le système de soins ne peut pas se faire

Coûts moyens de fonctionnement par type de soins selon la maladie à l'origine de l'hospitalisation, le degré de dépendance physique et l'âge du patient

	Journées		Coût moyen journalier (€)		Ratio SSR/HAD	
	SSR	HAD	SSR	HAD		
Ensemble champ recouvrable	11 989 679	110 531	263 €	169 €	1,6	
Soins de Rééducation-Réadaptation-Réinsertion (RRR)						
Ensemble, soins de RRR, dont :	5 792 683	16 927	269 €	144 €	1,9	
	65-79 ans	1 794 2463	7 071	259 €	145 €	1,8
	≥ 80 ans	1 873 155	4 215	260 €	158 €	1,6
Maladies de l'appareil circulatoire						
Ensemble, dont :		997 791	4 437	287 €	142 €	2,0
Dépendance physique ≤ 12	65-79 ans	242 263	1 481	257 €	138 €	1,9
	≥ 80 ans	184 054	833	241 €	141 €	1,7
Dépendance physique > 12	65-79 ans	144 855	501	333 €	173 €	1,9
	≥ 80 ans	141 073	956	322 €	157 €	2,1
Maladies du système nerveux						
Ensemble, dont :		709 618	3 809	310 €	157 €	2,0
Dépendance physique ≤ 12	65-79 ans	92 348	160	267 €	135 €	2,0
	≥ 80 ans	67 338	195	247 €	155 €	1,6
Dépendance physique > 12	65-79 ans	72 138	1 718	331 €	150 €	2,2
	≥ 80 ans	57 354	141	319 €	164 €	1,9
Soins de suite						
Ensemble soins de suite, dont :		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
Tumeurs						
Ensemble, dont :		934 487	12 692	258 €	200 €	1,3
Dépendance physique ≤ 12	65-79 ans	284 629	3 434	224 €	174 €	1,3
	≥ 80 ans	176 833	1 521	220 €	187 €	1,2
Dépendance 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						
Ensemble, dont :		907 836	13 430	256 €	175 €	1,5
Dépendance physique ≤ 12	65-79 ans	214 694	1 850	226 €	130 €	1,7
	≥ 80 ans	347 451	2 839	224 €	120 €	1,9
Dépendance physique > 12	65-79 ans	84 956	2 764	322 €	184 €	1,7
	≥ 80 ans	192 636	5 425	314 €	216 €	1,5
Maladies du système nerveux						
Ensemble, dont :		489 265	22 186	292 €	193 €	1,5
Dépendance physique ≤ 12	65-79 ans	78 129	1 193	241 €	154 €	1,6
	≥ 80 ans	95 799	310	239 €	192 €	1,2
Dépendance physique > 12	65-79 ans	64 469	6 597	322 €	204 €	1,6
	≥ 80 ans	81 383	1 792	316 €	201 €	1,6

Guide de lecture : En SSR, les soins de RRR représentent 5,8 millions de journées (soit 48 % des journées du champ recouvrable SSR/HAD) et près de 17 000 journées en HAD (soit 15 % des journées du champ recouvrable HAD/SSR). Côté SSR, les patients âgés de 80 ans et plus en consomment près du tiers, soit environ 1,9 million de journées (ou encore 16 % du champ recouvrable). Dans ce groupe d'âge, pour les patients souffrant de maladies circulatoires et fortement dépendants sur le plan physique, le coût en SSR est 2,1 fois plus élevé qu'en HAD.

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

Pour en savoir plus

Hospitalisation à domicile (HAD) ou hôpital (SSR) : une analyse des coûts pour les soins de réhabilitation et d'accompagnement. Rapport à paraître.

ATIH (2004), *Étude nationale de coûts PMSI SSR 2000/2001. Rapport en ligne* sur le site de l'ATIH (www.atih.sante.fr)

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.

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), *Évaluation du coût de la prise en charge globale en hospitalisation à domicile.* Rapport IRDES n° 1484, 268 p.

Bulletin officiel (1997), *Guide méthodologique de production des résumés hebdomadaires standardisés PMSI, soins de suite et de réadaptation*, Fascicule spécial.

uniquement à partir d'arguments économiques et techniques. 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 ce, au cas par cas, même si l'intérêt humain de

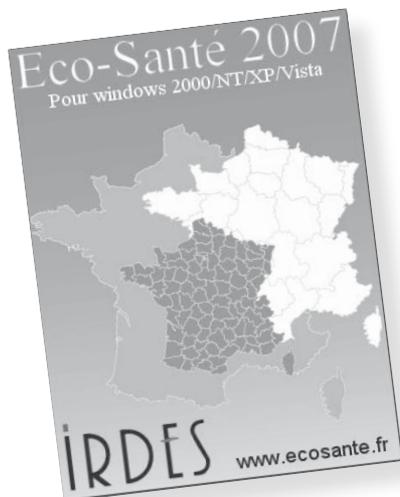
l'HAD est largement reconnu par les enquêtes de satisfaction. Pour les personnes âgées en particulier, le choix adéquat du mode d'hospitalisation peut s'avérer difficile car d'un côté la nécessité d'un entourage aidant peut limiter la possibilité de les diriger vers l'HAD et de l'autre une hospitalisation « dans les murs » peut entraîner un risque de désocialisation.

Enfin, face aux besoins de soins de réhabilitation et d'accompagnement de la population vieillissante, les créations de places en SSR et en 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, en tenant compte du tissu hospitalier déjà implanté 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.

Vient de paraître

Près de 2 millions de chiffres en ligne pour analyser le système de santé français :



www.ecosante.fr

L'IRDES* vient de mettre en ligne gratuitement plus de 60 000 séries de données, soit plus de 2 millions de chiffres sur les thèmes suivants :

- État de santé (espérance de vie, mortalité, décès par cause, affections de longue durée...)
- Dépenses de santé (soins remboursés par la Sécurité sociale, Comptes nationaux de la santé...)
- Professions de santé (formation, démographie, activité et revenu)
- Hôpital (facteurs de productions et activité)
- Secteur pharmaceutique (industrie et distribution)
- Protection sociale (Comptes de la protection sociale, bénéficiaires, prestations...)
- Couverture maladie universelle (nombre de bénéficiaires...)
- Structures d'accueil et allocations des personnes handicapées ou âgées dépendantes
- Démographie (population par âge et sexe, indicateurs démographiques)
- Indicateurs économiques (population active, revenu et consommation des ménages...)

Les données sont déclinées soit au niveau national (Eco-Santé France), soit au niveau régional (Eco-Santé Régions & départements). Elles émanent d'organismes officiels publics ou privés du domaine sanitaire et social : ministère de la Santé (Drees, DGS), Cnamts, Irdes, Ined, Insee, Invs, Inserm, Leem, MSA, ministère des Transports, Ordre des médecins, Ordre des Pharmaciens, RSI, Sécurité routière, Agence de biomédecine...

Les bases de données Eco-Santé sont mises à jour régulièrement, intègrent les dernières données disponibles et proposent des séries longues, depuis 1950, dans la mesure du possible.

Cet outil s'adresse à tous ceux qui sont à la recherche d'une information fiable, d'actualité et de longue durée : décideurs, chercheurs, journalistes...

* En partenariat avec la Drees (ministère de la Santé), la Cnamts, le RSI, la MSA et la Mutualité française.