ANAP
appui santé & médico-social

METTRE
EN ŒUVRE
ET PARTAGER

Hospitalisation à domicile
État des lieux et outils d'analyse au niveau territorial

MARS 2018

Les publications de l'ANAP s'inscrivent dans trois collections pour transmettre aux professionnels de santé les clés pour :

- ANTICIPER ET COMPRENDRE une thématique avant de s'engager dans une démarche de transformation et d'amélioration de leur performance,
- DIAGNOSTIQUER et comparer leurs performances, afin de bénéficier d'un éclairage indispensable à l'initiation de leur projet,
- METTRE EN ŒUVRE ET PARTAGER leurs expériences avec leurs pairs en s'inspirant de conseils méthodologiques et de pratiques organisationnelles.

+ d'infos ?
contact@anap.fr

Résumé

L'Hospitalisation à domicile (HAD) nécessite la coordination de professionnels de structures différentes en amont, pendant et en aval du séjour d'HAD : médecins traitants, professionnels hospitaliers (MCO, SSR), acteurs de ville (infirmiers libéraux, pharmaciens, rééducateurs...) et parfois structures et services médico-sociaux sont nécessaires pour la bonne réalisation d'une hospitalisation à domicile. Ainsi, la bonne fluidification du parcours patient dépend de nombreux acteurs et de coordinations plus ou moins formalisées.

Ce guide présente en première partie un état des lieux de l'hospitalisation à domicile en France, basé sur l'analyse du chaînage des systèmes d'informations médicales[1] des activités MCO, HAD et SSR. Il souligne l'extrême variété des hospitalisations à domicile, la diversité des situations territoriales et l'hétérogénéité des établissements d'HAD.

Cette complexité engendre une difficulté d'analyse de l'efficience des prises en charge en hospitalisation à domicile qui interroge l'ensemble des parties-prenantes :
- Le régulateur en ARS : l'articulation entre les structures permet-elle d'améliorer le recours pour les populations ? Est-ce au meilleur coût ?
- Les gestionnaires en établissements d'hospitalisation à domicile : comment accompagner la stratégie d'adressage des établissements MCO partenaires ?
- Les prescripteurs : quelles activités sont réellement réalisées à domicile par les établissements d'HAD, quels liens éventuels sur la durée de séjour en établissement MCO ?
- Et bien sûr le patient : le parcours patient est-il fluide et optimal ?

Ainsi, améliorer la place de l'hospitalisation à domicile dans leurs filières de prise en charge nécessite des méthodes d'analyse basées sur des outils d'investigation.
La deuxième partie du guide présente des méthodes et plusieurs outils d'identification de leviers organisationnels en vue d'améliorer le parcours de soins et le recours à l'hospitalisation à domicile et en établissements médico-sociaux.

Abstract

Home care requires professionals in various structures to work with each other before, during and after the period of home care: general practitioners, hospital professionals (medical, surgical and obstetrics centres, follow-up care and rehabilitation), various healthcare professionals (nurses, pharmacists, physiotherapists, etc.), and sometimes medico-social structures and services are required for home care to be carried out successfully. So, how smoothly the patient moves through the system depends on many people, and on more or less formally structured levels of coordination.

This guide presents the first part of an inventory of home care in France, based on the analysis of linking up medical IT systems[1] medical, surgical and obstetrics centres, as well as home care and follow-up care and rehabilitation activities: it highlights the extreme diversity of home care methods, the wide range of local situations and the differences in home-care centres.

This complexity makes it difficult to analyse the effectiveness of home care treatment, which raises questions for all stakeholders:
- The regional health authority regulatory body: do the connections between the structures enable people to have better access to them? Is it at the best possible cost?
- Home care centre managers: how can help be provided with the strategy of addressing partner medical, surgical and obstetrics centres?
- Prescribers: which activities are actually carried out by home-care centres and what links are there between them over the duration of the stay in the medical, surgical and obstetrics centre?
- And finally, of course, the patient: is the patient's flow through the system smooth and efficient?

So, to improve the place of home care in the various healthcare sectors, different analytical methods based on investigative tools are required. The second part of the guide presents the methods and several tools for identifying the organisational levers, with a view to improving the route through the healthcare system, and access to home care and to medico-social centres.

1 – PMSI MCO, SSR, HAD.

Sommaire

1. État des lieux de l'Hospitalisation à domicile (HAD) p. 6

1. Contexte p. 7
2. Parcours patient p. 7
3. Variété des natures des hospitalisations à domicile p. 9
4. Hétérogénéité des établissements d'HAD p. 17

2. Méthodes et outils p. 23

1. Outils de caractérisation du parcours autour d'un patient en hospitalisation à domicile p. 25
2. Comprendre les différences entre établissements d'hospitalisation à domicile et environnements associés p. 29
3. Facteurs explicatifs p. 32

Composition du groupe des experts p. 33

Remerciements p. 33

Glossaire p. 34

1

État des lieux de l'Hospitalisation à domicile (HAD)

Chapitre 1
État des lieux de l'Hospitalisation à domicile (HAD)

1. Contexte

« Les établissements d'hospitalisation à domicile[2] permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes »[3]. L'Hospitalisation à domicile (HAD) est prise en charge par l'Assurance maladie et représente chaque année environ 900 millions d'euros de dépenses de santé pour 4,9 millions de journées[4].

Elle présente de nombreux avantages, comme par exemple : conforter le premier recours lors d'épisodes post-aigus, permettre au patient de demeurer à son domicile.

Elle fait aussi face à d'importants défis : « Son recours [...] reste [...] très limité [...], elle n'est pas suffisamment utilisée pour améliorer les parcours de soins des personnes âgées et leur prise en charge en établissements d'hébergement tandis que les articulations avec les services de soins infirmiers à domicile restent difficiles à mettre en œuvre[5] ».

À NOTER

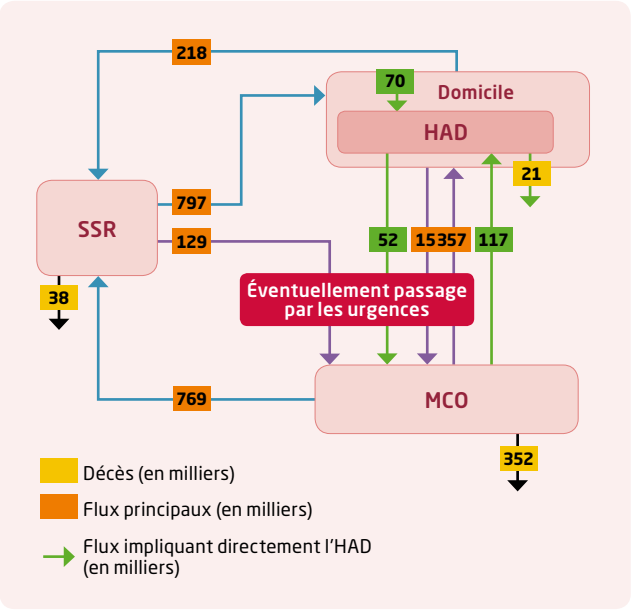
Dans l'ensemble du guide, et sauf information contraire, les données présentées sont issues des chaînages des données des Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), Médecine chirurgie obstétrique (MCO), Hospitalisation à domicile (HAD), Soins de suite et de réadaptation (SSR) 2016 (données ATIH).

2 - Mentionnés à l'article L. 6125-2.
3 - Article R. 6121-4-1 du code de la santé publique.
4 - ***http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih_chiffres_cles_had_2016_0.pdf***
5 - Rapport de la Cour des comptes « L'hospitalisation à domicile évolutions récentes », décembre 2015.

2. Parcours patient

Près de deux tiers des HAD sont issus de séjours en établissement MCO (117 000 sur 187 000 séjours). À l'issue de l'hospitalisation à domicile, les patients restent principalement chez eux (pour 62 % des cas), sont (ré) hospitalisés en MCO (28 % soit 52 000) ou décèdent (11 % soit 21 000 séjours).

Figure 1 : *Principaux flux des patients MCO/SSR/MCO (source PMSI chaînés MCO, HAD, SSR, 2016)*

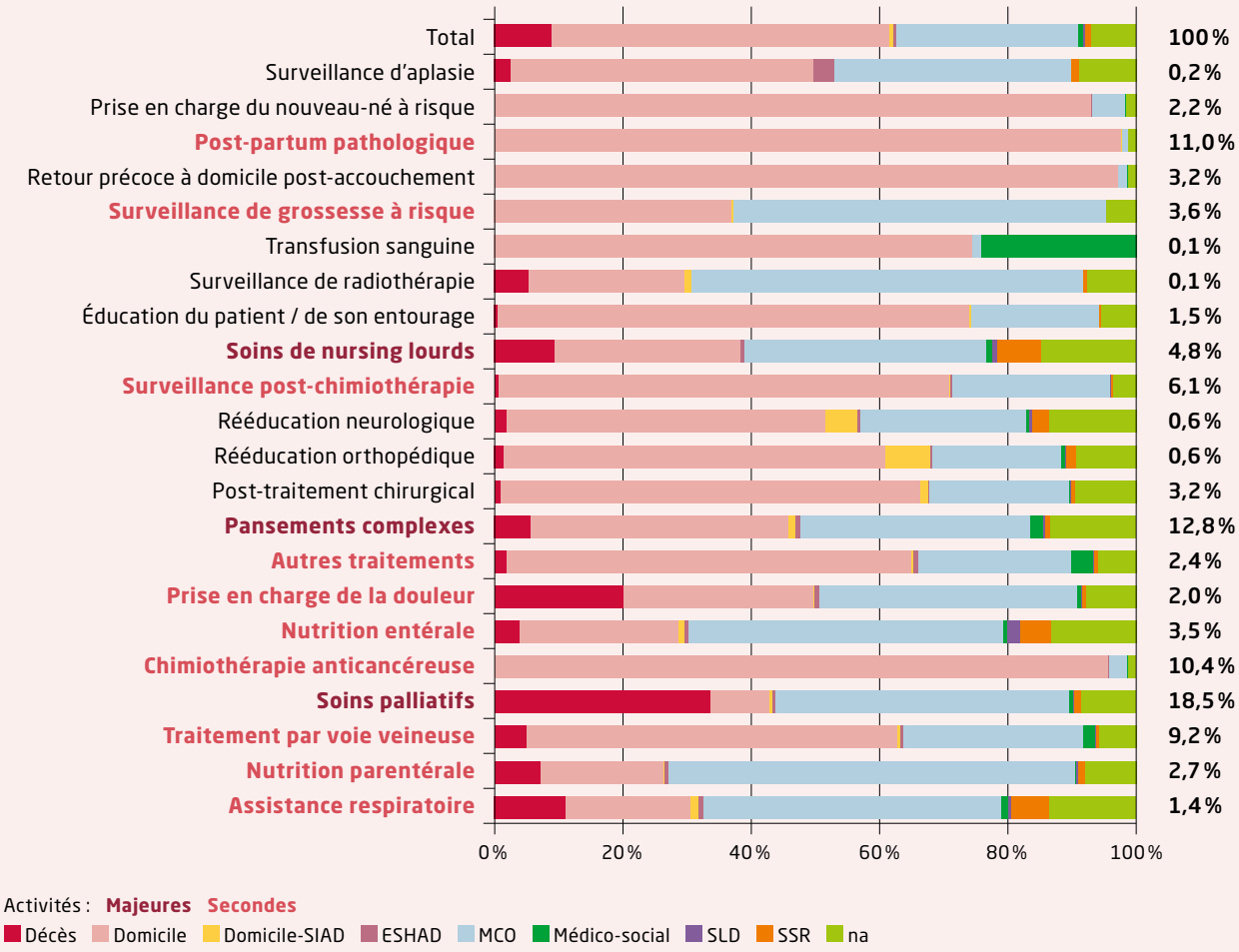


La forte proportion d'hospitalisations en MCO (28 % soit 52 000 séjours transférés entre l'hospitalisation à domicile et l'hospitalisation MCO) est assez complexe à analyser car multifactorielle : forte médicalisation de l'hospitalisation à domicile, difficulté de l'aidant à domicile, décision du médecin traitant, complexité de la prise en charge, décompensation du patient... Ce taux, certes élevé, doit être analysé au regard des situations de prise en charge locale.

Chapitre 1
État des lieux de l'Hospitalisation à domicile (HAD)

Concernant les décès en HAD (11 %), comme illustré dans le graphique suivant, ils sont fortement concentrés dans les Modes de prise en charge principaux (MPP) soins palliatifs et prise en charge de la douleur. Par ailleurs, huit des vingt-deux modes de prise en charge ont des taux de décès quasiment nuls.

Figure 2 : *Répartition des modes de sortie par MPP (en % des séjours par MPP)*



La figure 2 montre que les trois activités majeures de l'hospitalisation à domicile sont : les soins palliatifs (18%), les pansements complexes (13%) et le post-partum pathologique (11%).
Par ailleurs, il montre aussi que la majorité des décès sont concentrés dans les prises en charges en soins palliatifs uniquement. En effet, près de 35% des patients en soins palliatifs décèdent, cette prise en charge représentant près de 20% des hospitalisations à domicile, cela représente 62% du total des décès.

Synthèse

Le parcours d'un patient en hospitalisation à domicile est principalement issu d'un séjour hospitalier de courte durée (près de 2 cas sur 3). Il présentera une ré-hospitalisation en MCO dans 1 cas sur 3.
Les orientations aval sont très dépendantes du type de prise en charge : par exemple, 50% des patientes suivies pour une grossesse à risque retourneront en hospitalisation MCO et quasiment aucune en post-partum pathologique.
Par ailleurs, les transferts en SSR sont très peu développés sauf pour les assistances respiratoires, nutrition entérale et soins de nursing lourds (5% environ).

Chapitre 1
État des lieux de l'Hospitalisation à domicile (HAD)

3. Variété des natures des hospitalisations à domicile

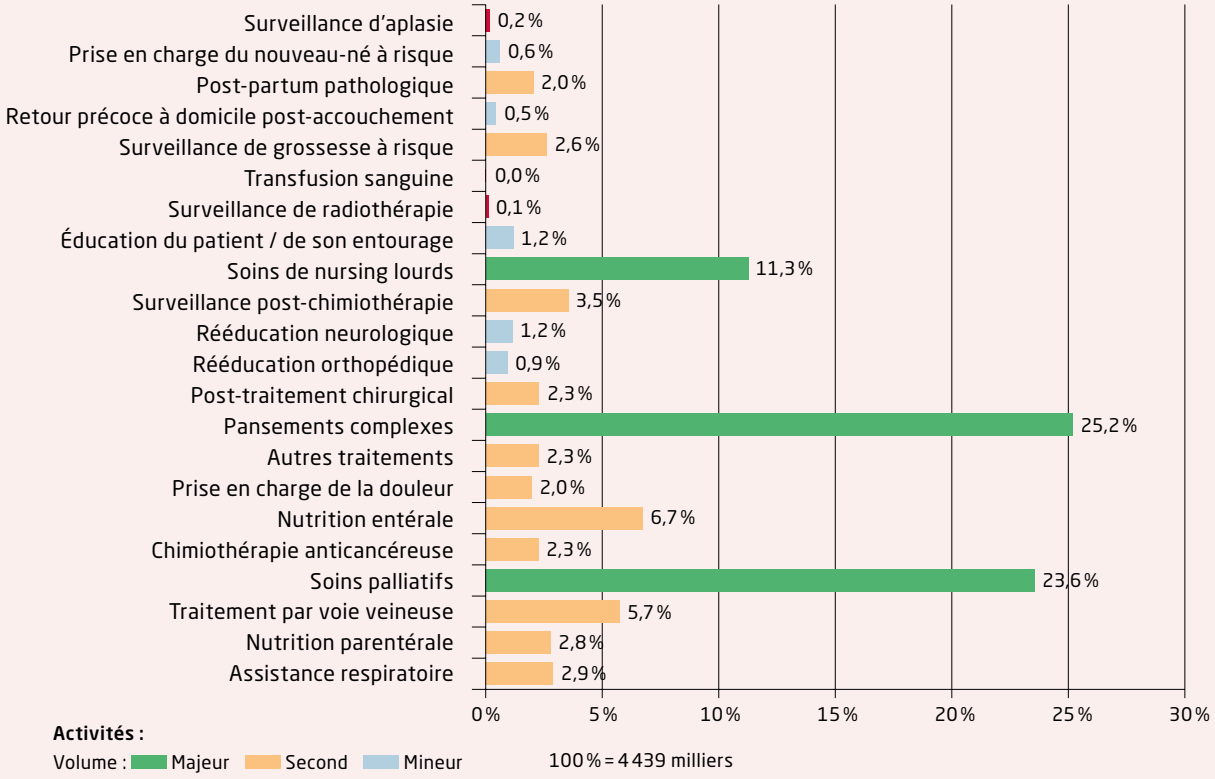
La nature des hospitalisations à domicile est très hétérogène et le pourcentage de l'activité des prises en charge HAD varie très fortement en fonction des Modes de prise en charge (MPP). Ainsi, **trois Modes de prise en charge principaux (MPP) représentent à eux seuls 60 %** de l'activité (les pansements complexes, les soins palliatifs et de nursing lourd) et **sept modes représentent chacun moins de 2 %** de l'activité globale mesurée en journée (huit modes si l'on mesure en termes de séjours).

La circulaire du 4 décembre 2013[6] a fixé un objectif ambitieux de développement de l'hospitalisation à domicile. Ambitieux car le taux brut de séjours d'HAD pour cent séjours d'hospitalisation complète en MCO et SSR doit passer de 0,6 % (en 2011) à 1,2 % en 2018.

Pour y parvenir, plusieurs orientations ont été fixées par les pouvoirs publics, parmi lesquelles :

- Atteindre 30-35 patients pris en charge par jour pour 100 000 habitants en 2018 ;
- Développer les prises en charge spécialisées comme la rééducation neurologique, les chimiothérapies anticancéreuses et les soins palliatifs ;
- Fixer des objectifs de prescription de l'HAD dans les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements avec hébergement.

Figure 3 : *Distribution 2014 des prises en charge (en % journées HAD)*[7]



La figure 3 précise les distributions en % des journées, alors que la figure 2 en % des séjours. Ainsi les «pansements complexes» représentent 12,8 % des séjours mais 25 % des journées. Cela indique également que la durée moyenne des séjours en «pansement complexe» est bien supérieure à la DMS moyenne en HAD.

6 - ***http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-12/ste_20130012_0000_0056.pdf***

7 - Depuis 2015, le MPP20 (retour précoce à domicile post-accouchement n'existe plus). Pour plus d'informations sur les évolutions des MPP, voir : ***http://www.atih.sante.fr/had/presentation***

Chapitre 1
État des lieux de l'Hospitalisation à domicile (HAD)

Ce développement implique une évolution de l'ensemble de l'offre sanitaire :

- Des établissements d'HAD eux-mêmes pour s'engager dans les évolutions indispensables en termes de structuration, de taille critique, de réactivité, de professionnalisation, etc.;
- Des établissements de santé assurant l'hospitalisation avec hébergement, principaux prescripteurs de l'HAD, qui devront intégrer l'HAD plus souvent, y compris sur de nouveaux segments d'activité, ou de façon plus précoce dans les parcours des patients;
- Des professionnels libéraux qui devront répondre de façon coordonnée à l'ensemble des demandes qui ne nécessitent pas la compétence de l'HAD, et apprendre à prescrire une HAD quand un passage par les établissements d'hospitalisation peut être évité.

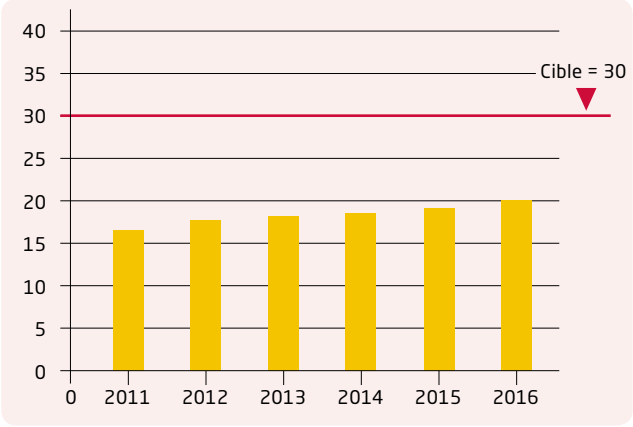
Ainsi le développement de l'hospitalisation à domicile nécessite le développement combiné de plusieurs stratégies :

- Augmenter le nombre de patients pris en charge par jour en hospitalisation à domicile;
- Améliorer le taux de recours sur les territoires;
- Renforcer les transferts des établissements MCO vers l'hospitalisation à domicile.

3.1 Patients pris en charge par jour

Le nombre moyen de patient pour 100 000 habitants est actuellement éloigné de la cible des trente patients par jour pour 100 000 habitants. Par ailleurs, le taux de croissance actuel (de l'ordre de 4 % sur les cinq dernières années) est insuffisant pour anticiper un rattrapage dans un horizon proche.

Figure 4 : *Évolution du nombre moyen de patients pris en charge par jour pour 100 000 habitants*



Ceci dit, il existe de fortes hétérogénéités territoriales : le taux variant de 11,6 patients (2e décile) à 27,6 patients (8e décile) pris en charge chaque jour pour 100 000 habitants : certains territoires (les 20 % les plus développés) atteignent quasiment la cible des trente patients par jour. Leur analyse permet de nourrir la description de leviers organisationnels qui sont présentés en seconde partie **(fiche « facteurs explicatifs »)**.

Si le nombre moyen de patients pris en charge par jour est très instructif sur l'usage de l'HAD dans les territoires, il convient d'analyser les situations avec précaution. En effet, ce ratio est fortement dépendant de la Durée moyenne des séjours (DMS) en HAD : une augmentation de 30 % de la DMS provoque mécaniquement une augmentation de 30 % de l'intensité de la prise en charge HAD, alors même qu'aucun nouveau patient n'a été pris en charge. Il convient donc de toujours analyser l'évolution de cet indicateur avec l'évolution de la DMS des établissements intervenant dans les territoires étudiés.

Fiche à télécharger

HOSPITALISATION À DOMICILE	
Fiche	**FACTEURS EXPLICATIFS**
Objectif	Identifier les questions d'investigation des différences d'environnement, d'organisation et de stratégie
Pour qui	- Pilote en établissement MCO et HAD - Référents HAD en ARS

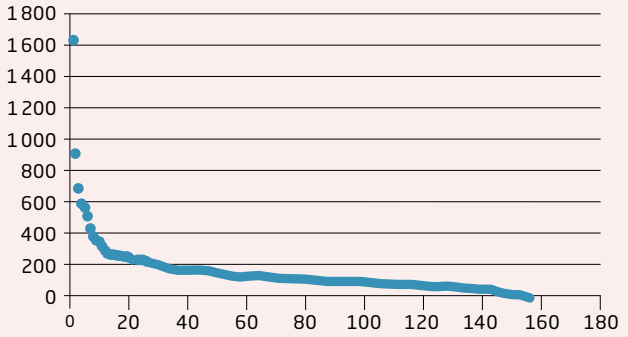
Chapitre 1
État des lieux de l'Hospitalisation à domicile (HAD)

3.2 Taux de couverture national

Le taux de couverture est la proportion des habitants du territoire pris en charge en HAD pendant une année. Il permet de s'affranchir de l'effet de la DMS sur le nombre de patients pris en charge. Il permet d'apprécier la présence des établissements d'HAD et le recours à l'HAD par les patients sur un territoire donné.

Pour l'ensemble des établissements analysés le taux de couverture moyen s'élève à cent soixante-trois patients pour 100 000 habitants et on observe à nouveau une forte dispersion.

Figure 5 : *Classement des taux de couverture du territoire (Patient par an pour 100 000 habitants)*



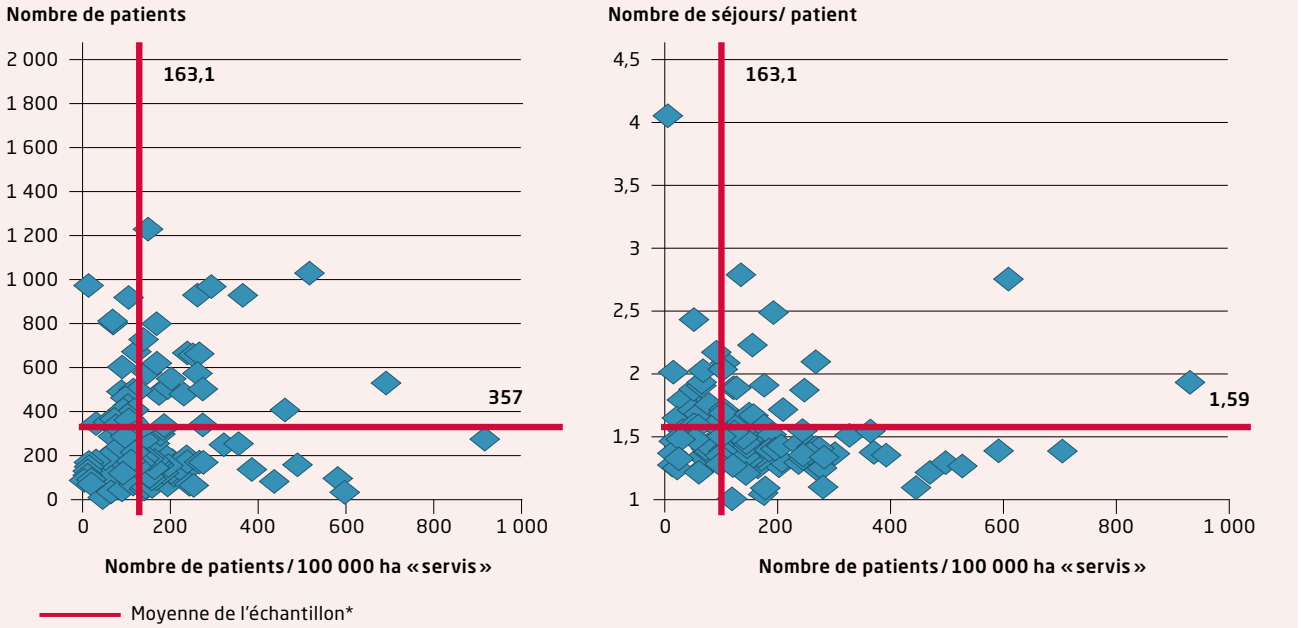
À noter que les graphiques précédents montrent que le taux de couverture n'est corrélé ni à la taille absolue (nombre de patients) ni au ratio séjour annuel par patient.

Afin d'aider les acteurs de l'HAD, la seconde partie explore certains des facteurs qui peuvent expliquer de telles différences.

Fiche à télécharger

HOSPITALISATION À DOMICILE	
Fiche	**FACTEURS EXPLICATIFS**
Objectif	Identifier les questions d'investigation des différences d'environnement, d'organisation et de stratégie
Pour qui	- Pilote en établissement MCO et HAD - Référents HAD en ARS

Figure 6 : *Distribution des taux de couverture de la population - en patient par an pour 100 000 habitants de l'aire autorisée*



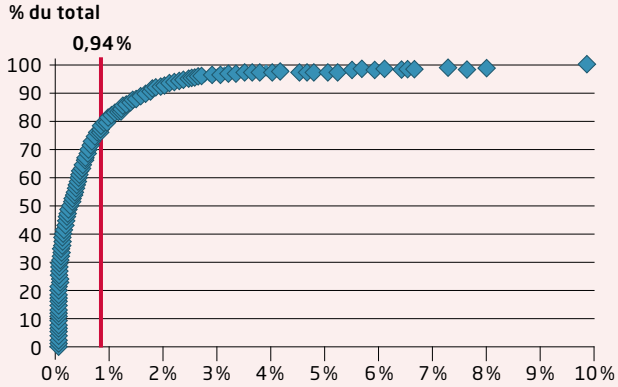
**Échantillon de 163 établissements dont la population de territoire de service est connue.*
Source : données de territoire FNEHAD, analyse CetaData.

Chapitre 1
État des lieux de l'Hospitalisation à domicile (HAD)

3.3 Taux de transfert issus des établissements MCO

Il existe une très grande dispersion du taux de transfert vers l'HAD depuis les 1 470 établissements MCO de France : environ 20 % des établissements MCO ne pratiquent aucun transfert vers un établissement d'HAD, et seuls 20 % des établissements ont un taux de transfert supérieur à la moyenne nationale de 0,94 %. Ces constats ont conduit à analyser les taux de transferts MCO vers HAD en tentant de neutraliser certains des effets générateurs de variations, comme le case-mix des séjours de chaque établissement MCO. La dispersion observée après cette correction reste néanmoins très importante et la valeur de ce taux corrigé fluctue toujours entre 0 % et 3 %[8]. La seconde partie présente des outils qui permettent de réaliser des investigations différentes en fonction des case-mix des établissements **(Outils de représentation des flux entre établissements - ORFEE HAD)**.

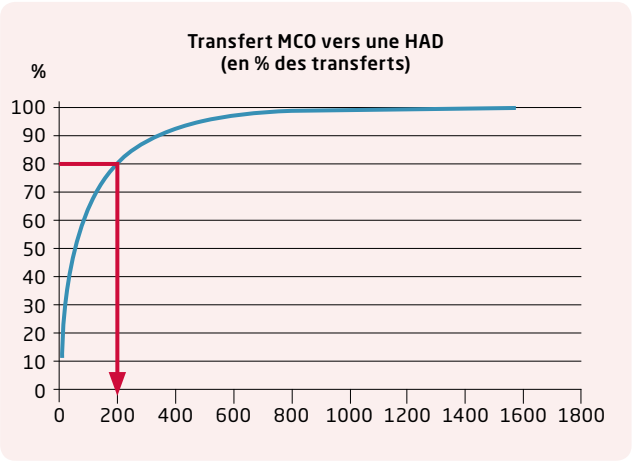
Figure 7 : *Classement des établissements (activité MCO) par ordre croissant de transfert en HAD (en % des établissements réalisant de l'activité MCO)*



**GHM transférable = GHM donnant lieu au moins un transfert de MCO vers HAD au plan national.*

Par ailleurs, en analysant les taux de transfert par établissement MCO, on s'aperçoit que 80 % des séjours transférés vers les établissements HAD proviennent de moins de 200 établissements MCO en France.

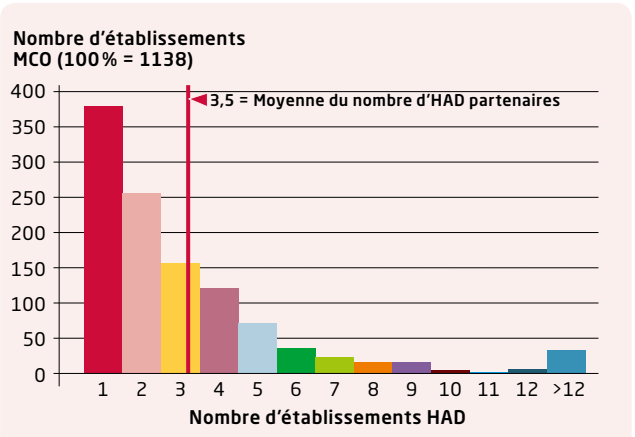
Figure 8 : *Classement des établissements MCO en volume de transferts en HAD*



Ainsi, les hospitalisations à domicile sont fortement dépendantes d'un nombre restreint d'établissements MCO (200)[9].

Ceci dit, cette concentration des relations doit être mise en perspective avec les diversités de relations entre établissements MCO et HAD. **Chaque établissement MCO a, en moyenne, près de quatre établissements d'HAD partenaires et chaque établissement d'HAD est partenaire (en moyenne) de plus de douze établissement MCO**. Cette multiplicité des relations est naturellement un facteur de complexité organisationnelle.

Figure 9 : *Classement des établissements MCO en fonction du nombre de partenaires HAD*



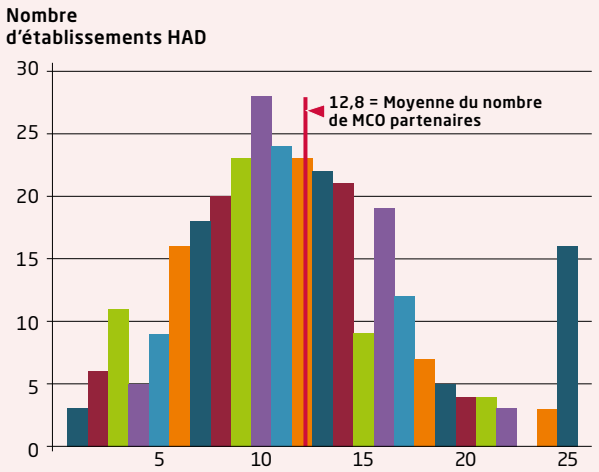
8 – À cet effet, deux analyses complémentaires ont été réalisées par l'ANAP, mais restent assez complexes à manipuler :
- le taux de transfert séjours MCO vers HAD – ajusté sur le case-mix national : c'est-à-dire, ce que serait le taux de transfert pour l'HAD considéré, si l'ensemble des établissements MCO avait le case-mix national, mais chaque MCO conservant ses stratégies de transferts propres ;
- le taux de transfert séjours MCO vers HAD – ajusté sur le taux de transfert national : c'est-à-dire, ce que serait le taux de transfert pour l'HAD considéré, si l'ensemble des MCO avait un taux de transfert égale à la moyenne nationale, mais chaque MCO ayant son case-mix propre.

Pour chaque établissement d'HAD, une analyse séparant les conséquences liées aux « case-mix » des MCO et aux « taux de transfert » des MCO est certes un peu technique, mais permet d'identifier très concrètement les leviers à mobiliser.

9 – ORFEE (outil introduit en seconde partie), permet de montrer que ces 200 établissements qui réalisent 80 % des transferts en HAD (93 664 séjours HAD) réalisent par ailleurs 49,5 % de l'activité MCO (14 170 456 sur les 25 582 808 séjours-séances réalisés en 2016).

Chapitre 1
État des lieux de l'Hospitalisation à domicile (HAD)

Figure 10 : *Classement des établissements HAD en fonction du nombre d'établissements MCO partenaires*



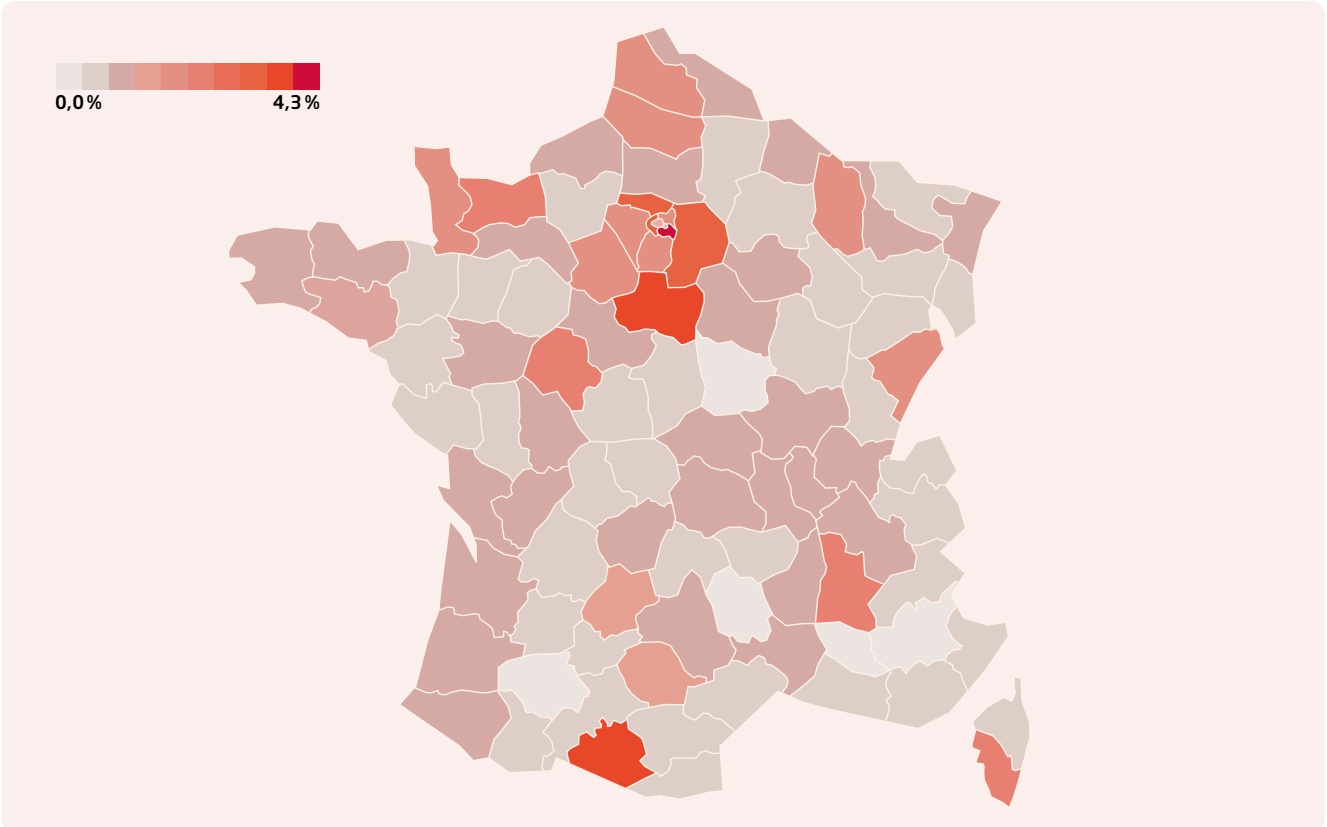
Ces diversités de flux patient entre établissements ont naturellement comme conséquence des taux de transfert par département très contrastés : si certains départements (ruraux et urbains) présentent de forts taux de transfert (supérieur à 2 %), d'autres présentent de fortes marges de développement.

Afin d'aider à l'analyse précise des liens entre établissements (MCO et HAD), la seconde partie présente des outils d'identification des partenaires basés sur l'exploitation du PMSI chaîné.

Outil en ligne

HOSPITALISATION À DOMICILE	
Outil	**ORFEE HAD**
Objectif	Caractériser les flux patients entre établissements MCO et HAD et fournir des informations parangonnées
Pour qui	- Pilote en établissement MCO et HAD - Référents HAD en ARS

Figure 11 : *Taux de transfert MCO vers HAD (en % des séjours HAD) par département*

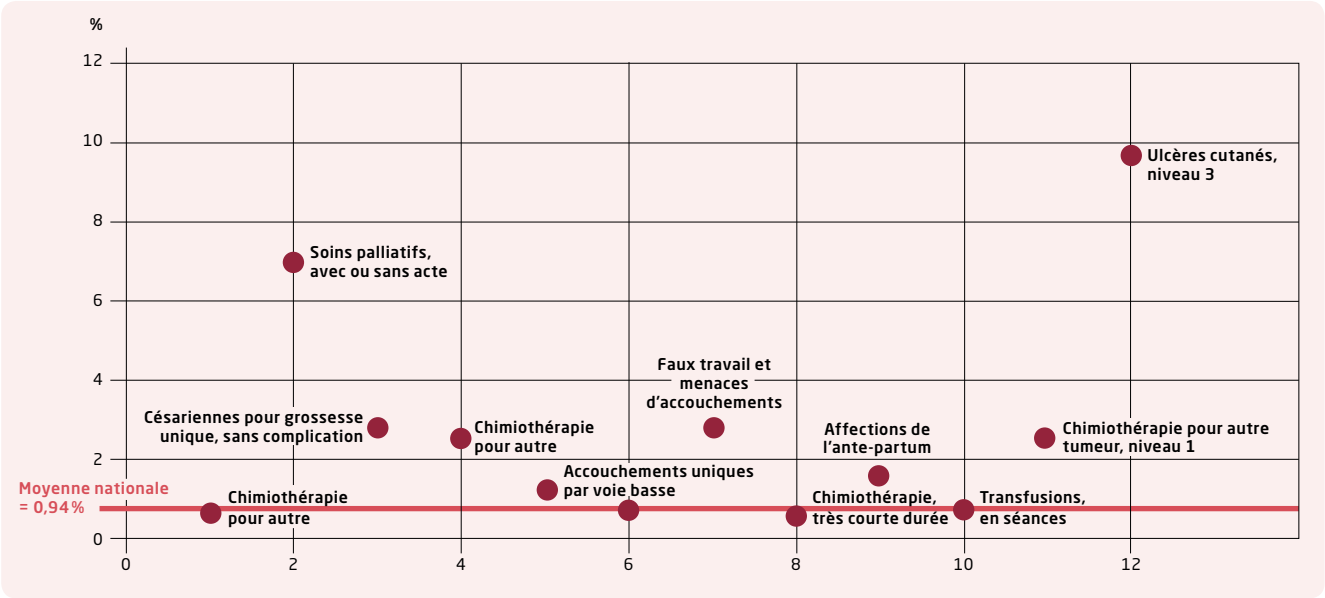


Chapitre 1
État des lieux de l'Hospitalisation à domicile (HAD)

3.4 Taux de transfert par séjour

Naturellement, en fonction des situations individuelles des patients, l'hospitalisation à domicile sera plus ou moins pertinente. Ainsi, si 0,94 % **des séjours réalisés en MCO ont fait l'objet d'un transfert vers un établissement d'HAD, ce taux varie fortement selon le type de séjour (Groupe homogène de malades (GHM)[10]) :**

Figure 12 : *Taux de transfert MCO vers une HAD (en %) par type de séjour (GHM) pour les 12 premiers GHM contributeurs d'HAD*



10 - Cette analyse ne tient donc pas compte de l'adressage au domicile (20 % à 30 % des prescriptions) car nécessite une exploitation des données du domicile non disponible.

Chapitre 1
État des lieux de l'Hospitalisation à domicile (HAD)

À titre illustratif, les « soins palliatifs avec ou sans acte » réalisés en établissement MCO seront transférés en hospitalisation à domicile dans 7 % des cas, les « Ulcères cutanés (niveau 3) » dans près de 10 % et les « Accouchements uniques par voie basse chez une primipare, sans complication significative » dans 1,2 % des cas. Le tableau suivant fournit le détail pour les douze premiers GHM contributeurs d'activité en HAD (données 2016) :

Figure 13 : *Taux de transfert MCO vers une hospitalisation à domicile - par GHM*

N	Désignation	% Transfert MCO vers de l'HAD	Effectif des GHM transférés en HAD
1	Chimiothérapie pour tumeur, en séances	0,6 %	**16 177**
2	Soins palliatifs, avec ou sans acte	7 %	**6 323**
3	Césariennes pour grossesse unique, sans complication significative	2,7 %	**3 382**
4	Chimiothérapie pour autre tumeur, très courte durée	2,5 %	**2 586**
5	Accouchements uniques par voie basse chez une primipare, sans complication significative	1,2 %	**2 517**
6	Accouchements uniques par voie basse chez une multipare, sans complication significative	0,7 %	**2 301**
7	Faux travail et menaces d'accouchements prématurés	2,8 %	**1 176**
8	Transfusions, en séances	0,5 %	**1 044**
9	Affections de l'ante-partum sans intervention chirurgicale, sans complication significative	1,6 %	**959**
10	Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23	0,7 %	**850**
11	Chimiothérapie pour autre tumeur, niveau 1	2,4 %	**836**
12	Ulcères cutanés, niveau 3	9,8 %	**831**

Ceci étant, pour un même type de séjour, selon les établissements MCO les taux de transfert varient de manière importante. Ainsi, la seconde partie présente des outils qui permettent aux établissements d'identifier les marges d'amélioration en fonction des activités propres à chaque établissement.

Outil en ligne

HOSPITALISATION À DOMICILE	
Outil	**ORFEE HAD**
Objectif	Caractériser les flux patients entre établissements MCO et HAD et fournir des informations parangonnées
Pour qui	- Pilote en établissement MCO et HAD - Référents HAD en ARS

3.5 Liens avec la durée de séjours des établissements MCO

L'analyse de la durée des séjours des établissements MCO en cas de transferts en hospitalisation à domicile se révèle particulièrement intéressante pour analyser la fluidité du parcours patient lors de son retour à domicile.

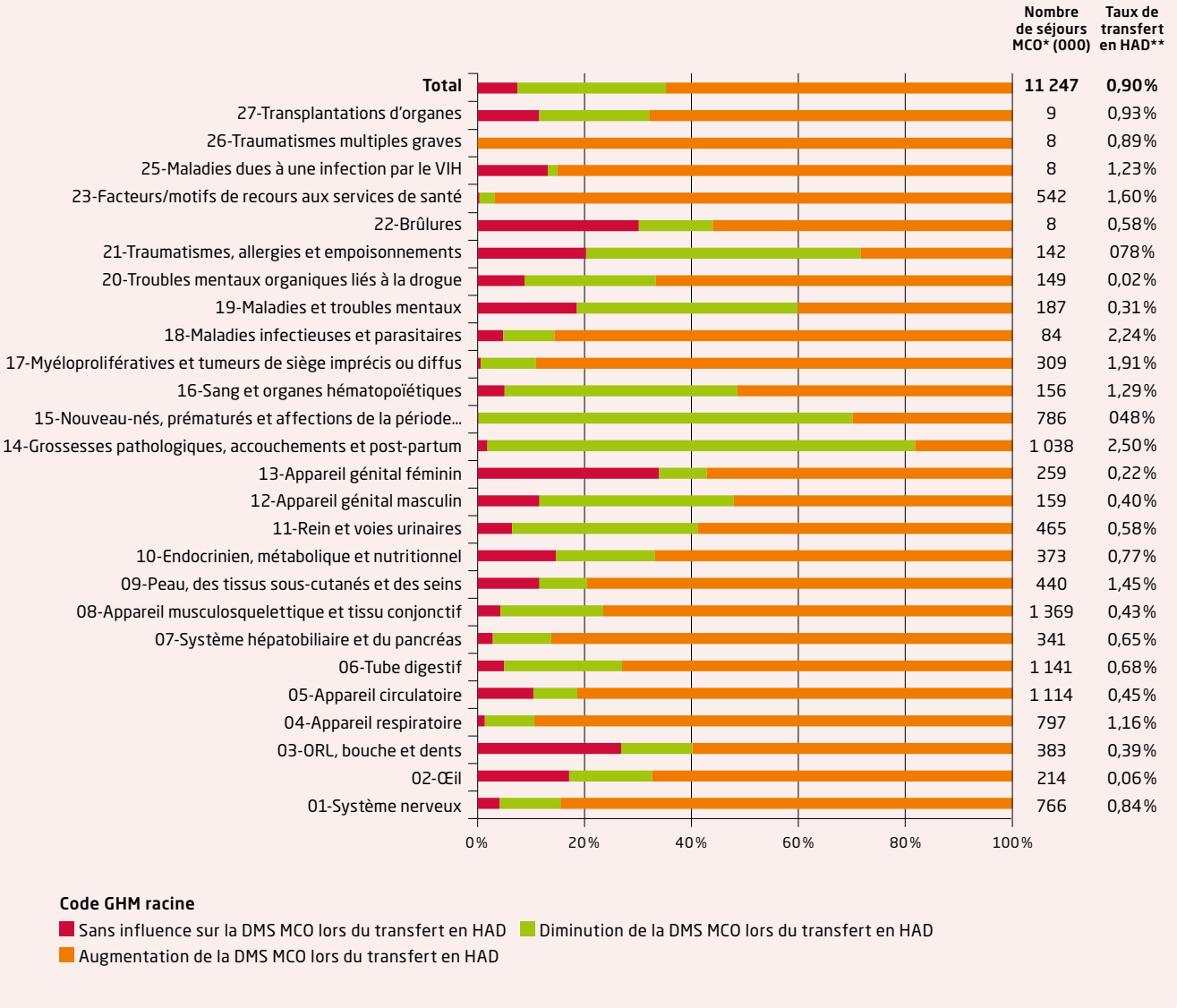
Naturellement, en fonction des types de séjours MCO, les durées peuvent être très variables. De même en fonction du case-mix des établissements MCO, les possibilités de transferts entre MCO et HAD peuvent être très différentes. Ainsi, pour s'affranchir de ces effets (durée par séjour, case-mix), ce n'est pas la durée de séjour, mais l'Indice de performance de la durée moyenne des séjours (IP-DMS)[11] des établissements MCO qui est analysé.

11 - « L'indice de performance de la durée moyenne de séjour (IP-DMS) basé sur la durée moyenne des séjours permet d'approcher l'efficience des établissements de santé en comparant leurs durées moyennes de séjours (…) L'IP-DMS rapporte le nombre de journées de court séjour réalisées dans l'établissement au nombre de journées théoriques. Lorsque l'IP-DMS est supérieur à 1, l'établissement a des durées de séjour en moyenne plus longues que l'ensemble des autres hôpitaux » : ***http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/plfss14_annexe1_pqe_maladie_indicateur4_11.pdf***

Chapitre 1
État des lieux de l'Hospitalisation à domicile (HAD)

L'analyse de l'IP-DMS au niveau de l'ensemble des établissements MCO partenaires pour un HAD donné montre que peu d'établissements d'HAD ont une DMS qui diminue lors d'un transfert en HAD. **Globalement, les IP-DMS nationaux des séjours transférés en HAD sont en moyenne 14 % plus longs que lorsqu'ils ne sont pas transférés.**

Figure 14 : *Évolution de la DMS MCO lors de transferts en HAD*[12]



Ce résultat est assez complexe à analyser pour en tirer des conclusions définitives sur les optimisations qui pourraient l'améliorer.

Ceci étant, il est intéressant de comparer les DMS des séjours transférés en SSR ou en HAD pour un transfert comparable (même établissement, même GHM). En effet, sur l'ensemble des types de séjours (environ 2 400 GHM différents), près de 900 (près de 30 %) ont donné lieu à un transfert en HAD et en soins de suite et de réadaptation courant 2016. De plus, pour plus de

12 - Un sous-code GHM est compté HAD+ (resp. HAD-) si les DMS des séjours de ce code chaînés à moins de 1 jour avec de l'HAD sont plus courtes (resp plus longs) que la moyenne du total des séjours MCOs de ce sous-code GHM. Le taux de transfert en HAD est calculé sur les séjours MCOs de durée non nulle.

Chapitre 1
État des lieux de l'Hospitalisation à domicile (HAD)

140 GHM plus de 0,2 % de l'ensemble de l'activité MCO (représentant 400 000 séjours MCO) est transféré en HAD et en SSR[13]. Ces analyses statistiques décrivent les flux réalisés et sont complémentaires des travaux d'aide à la décision d'orientation des patients à destination des médecins prescripteurs qui sont réalisés par la HAS[14]. L'outil ORFEE présenté en seconde partie permet de compléter les analyses en identifiant les IP-DMS des séjours transférés en SSR et en HAD.

Synthèse

Améliorer la fluidité du parcours patient nécessite une amélioration à chaque étape de prise en charge : modalité d'admission en MCO, transfert en hospitalisation à domicile, ré-hospitalisation éventuelle, transfert vers des structures d'aval…
Ainsi, les outils présentés en seconde partie permettent aux acteurs d'améliorer leur connaissance des flux patients (origine, amont, aval) mais aussi d'autres facteurs impactant le recours à l'hospitalisation à domicile comme le taux de couverture, le taux de transfert issus des établissements MCO ou le type de séjour transféré.

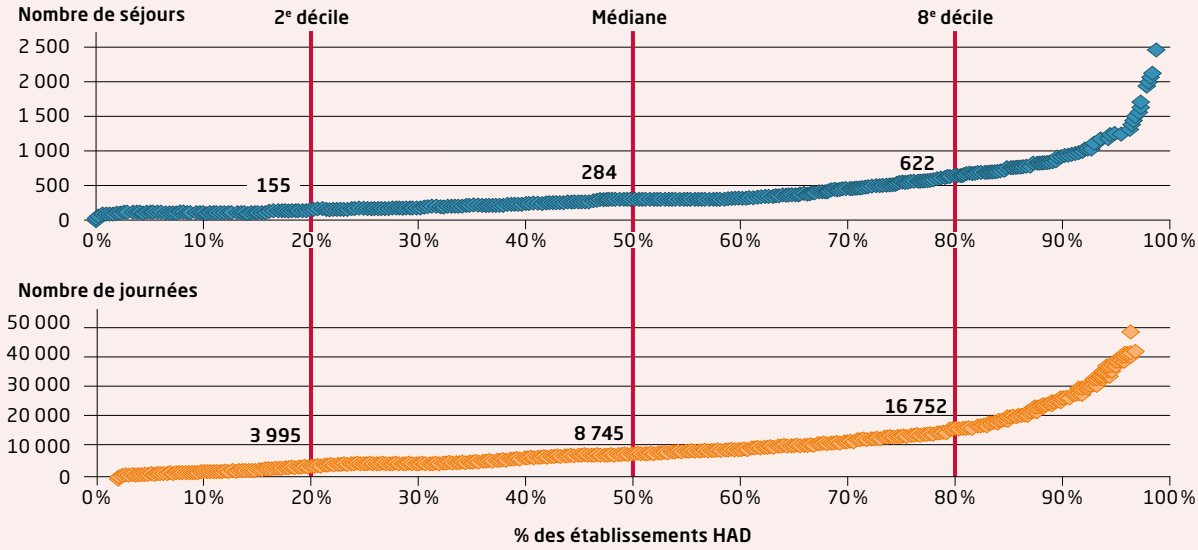
4. Hétérogénéité des établissements d'HAD

Si le recours aux hospitalisations à domicile dépend des stratégies territoriales (recours, relations entre les établissements MCO et d'hospitalisations à domicile)… il est également impacté par la nature des établissements réalisant les hospitalisations à domicile.
Afin d'aider les décideurs en ARS et en établissements, la taille, la polyvalence, l'intervention en établissements médico-sociaux et la croissance sur certains modes de prises en charges ont été analysés tout particulièrement.

4.1 Taille des établissements HAD

En 2016, 187 000 séjours d'hospitalisation à domicile se sont déroulés en France dans 302 établissements autorisés. Mais la répartition des séjours par établissement n'est pas du tout uniforme : médiane à 284 séjours par an, 20 % des établissements produisant moins de 155 séjours par an et 20 % des établissements les plus importants réalisent plus de 622 séjours par an. De plus, il existe quelques établissements bien plus importants en taille (deux établissements en Île-de-France comptant de 10 000 séjours par an).

Figure 15 : *Distribution de taille des établissements HAD*



13 - Pour plus de détail, voir outil « GHM Traceurs » détaillé en seconde partie.
14 - ***https://adophad.has-sante.fr/adophad/***

Chapitre 1
État des lieux de l'Hospitalisation à domicile (HAD)

Cette importante différence *d'activités* (l'activité des établissements du 8e décile est quatre fois plus importante que celle du 2e décile), a de fortes conséquences sur la taille des établissements, sur les Modes de prise en charge (MPP) ainsi que sur le rôle de l'HAD dans les filières de prise en charge. Ce dernier point est détaillé au paragraphe suivant.

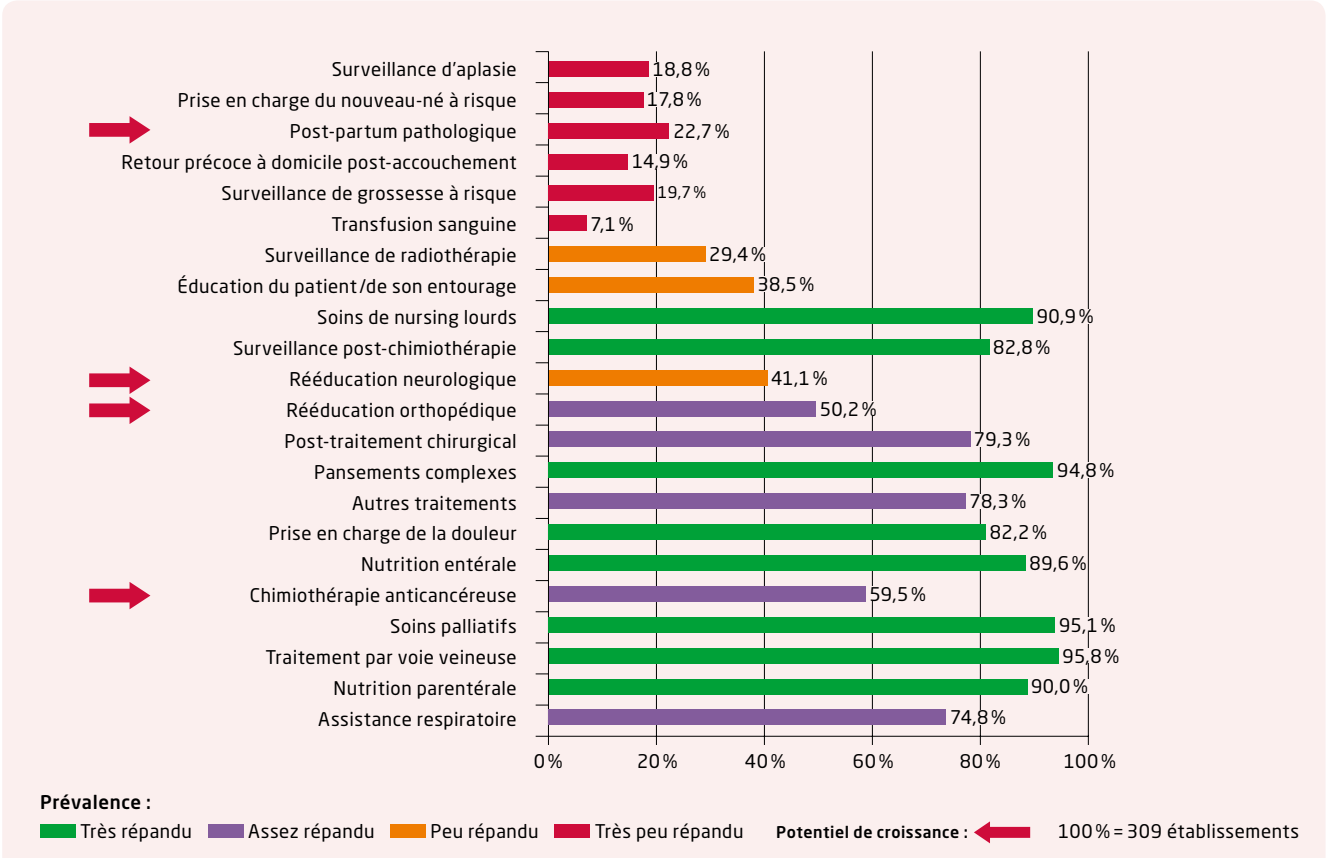
4.2 Polyvalences des établissements HAD

La circulaire du 4 décembre 2013 rappelle l'objectif de diversité des Modes de prise en charge (MPP) : « *la diversité des modes de prise en charge autorisés et des populations accueillies en HAD témoigne de la compétence généraliste souhaitée pour cette activité* » et « *le déploiement de cette compétence généraliste de façon homogène sur les territoires, afin de contribuer à l'égalité d'accès des populations* ».

Afin d'être en mesure de suivre l'évolution de cette diversité, la polyvalence est définie comme le nombre de modes de prises en charge distincts comportant au moins dix séquences réalisées par l'établissement au cours de l'année n[15]. La polyvalence permet d'identifier la capacité à couvrir l'ensemble des modes de prise en charge en HAD, de les comparer à la moyenne nationale et ainsi, d'identifier les segments de développement potentiel.

Comme vu précédemment, sur vingt-deux modes de prises en charge, trois forment en général le cœur de l'activité des établissements.
Pour chaque Mode de prise en charge (MPP), le graphique suivant, illustre la distribution des prises en charge par les établissements HAD : ainsi, 90,9 % des établissements HAD en France réalisent le Mode de prise en charge (MPP) « soins de nursing lourds » alors que seulement 7,1 % réalisent le MPP « transfusion sanguine ».

Figure 16 : *Distribution des MPP en % des établissements HAD la réalisant*



15 - Le seuil de dix sous-séquences par an permet d'assurer un minimum d'activité dans le MPP considéré.

Chapitre 1
État des lieux de l'Hospitalisation à domicile (HAD)

Ainsi un tiers des modes de prise en charge (huit) sont réalisés par la grande majorité des établissements HAD (plus de 80% d'entre eux). Naturellement, la taille absolue des établissements est un facteur influençant fortement la polyvalence. En effet, un établissement de taille médian (deux-cent-treize séjours dans l'année) pourra difficilement réaliser plus de dix modes de prise en charge différents dans l'année (deux séjours / mois / MPP). Ainsi certains établissements préféreront se spécialiser et optimiser leurs processus internes et externes avant d'envisager une diversification d'activité (d'autant que certains modes de prise en charge nécessitent des compétences techniques ou des partenariats particuliers).

De plus, dans certains territoires, les établissements HAD spécialisés, par définition non polyvalents, sont tout à fait complémentaires avec l'offre du territoire (HAD spécialisée en rééducation, pédiatrie, obstétrique, cancérologie...).

Le graphique (fig. 17) montre que si certains établissements (sept) ont une polyvalence supérieure à quinze, assurant par là même la quasi-totalité des modes de prises en charge, la médiane des établissements est située à six. De plus, 80% des établissements réalisent entre deux et dix MPP.

Si en fonction de l'environnement (bassin de population, configuration de la concurrence locale, coexistence d'autres HAD ou d'autres filières de prises en charge...) le développement de la polyvalence n'est pas forcément un objectif prioritaire, la forte dispersion de la polyvalence illustrée ci-dessous est à investiguer au cas par cas.

À cet effet, la seconde partie présente un outil de parangonnage qui permet aux établissements HAD de mesurer leur polyvalence au regard des autres établissements.

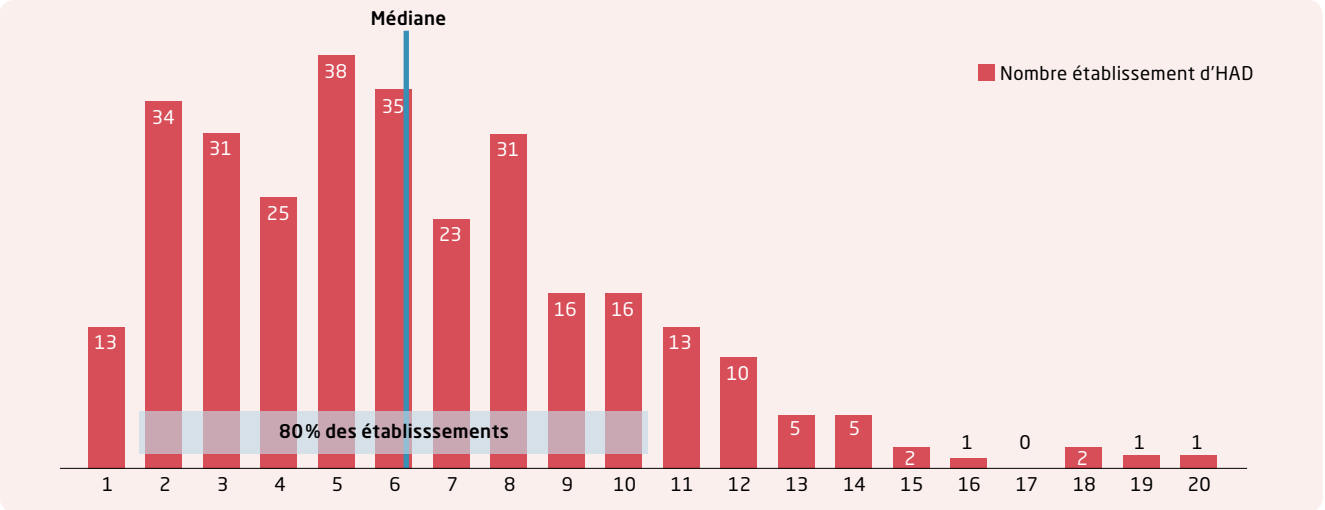
Outil en ligne

HOSPITALISATION À DOMICILE	
Outil	**ORFEE HAD**
Objectif	Caractériser les flux patients entre établissements MCO et HAD et fournir des informations parangonnées
Pour qui	- Pilote en établissement MCO et HAD - Référents HAD en ARS

4.3 Taux d'intervention en établissements médico-sociaux (EHPAD, FAM, MAS...)

Avec le vieillissement de la population et l'augmentation des phénomènes de dépendance des personnes âgées, la prise en charge sanitaire optimale des personnes en EHPAD est un important enjeu de santé publique. À cet enjeu, s'ajoute celui de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap[16]. D'autant plus que son poids dans l'activité HAD au sein de chaque région est globalement assez faible, 5% en moyenne nationale, et réparti comme (fig. 18).

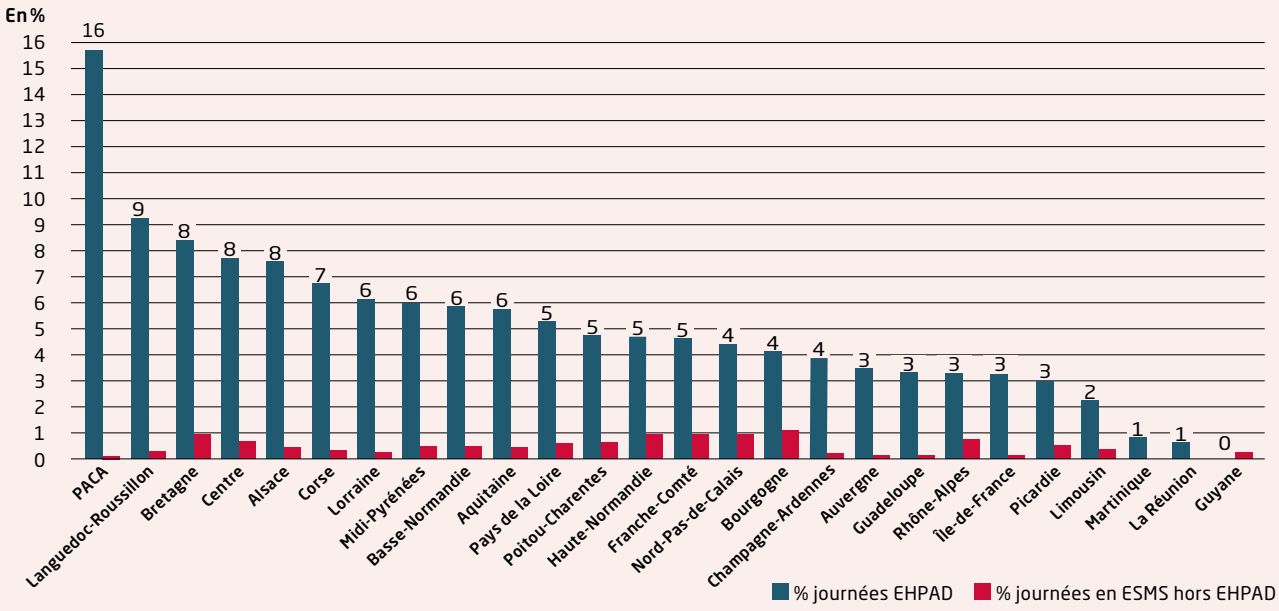
Figure 17 : *Distribution des polyvalences des Établissements HAD : Nombre de MPP réalisés 10 fois et plus par an*



16 - Comité national d'évaluation de l'HAD en ESMS le 21 avril 2016 (DGOS/DGCS).

Chapitre 1
État des lieux de l'Hospitalisation à domicile (HAD)

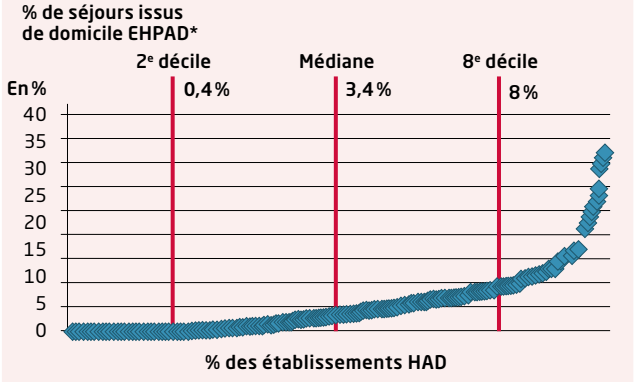
Figure 18 : *Taux d'intervention en établissement ESMS (en journée)*



Il existe une marge de progression importante puisque 20 % des établissements n'interviennent pas du tout dans les EHPAD, soixante-deux établissements réalisent au plus 0,4 % de leur activité en EHPAD et seule une soixantaine d'établissements d'HAD réalise plus de 8 % de son activité en EHPAD.

Conscients des avantages de l'hospitalisation à domicile pour les patients en EHPAD, les limitations de prise en charge datant de 2007[17] ont été abrogées en mars 2017. Avec cette évolution, les professionnels espèrent améliorer le taux de prise en charge en EHPAD.

Figure 19 : *Distribution des taux de prises en charge en EHPAD (en % de l'activité de l'établissement d'HAD)*



**164 877 séjours sur 311 établissements.*
Source : PMSI, analyse CetaData.

L'outil de parangonnage présenté en seconde partie permet à chaque établissement HAD de se positionner au regard des autres établissements et d'identifier les marges d'amélioration.

Outil en ligne

HOSPITALISATION À DOMICILE	
Outil	**ORFEE HAD**
Objectif	Caractériser les flux patients entre établissements MCO et HAD et fournir des informations parangonnées
Pour qui	- Pilote en établissement MCO et HAD - Référents HAD en ARS

17 - *https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/1/19/AFSH1701878A/jo/texte*

Chapitre 1
État des lieux de l'Hospitalisation à domicile (HAD)

4.4 Croissance sur des MPP innovants

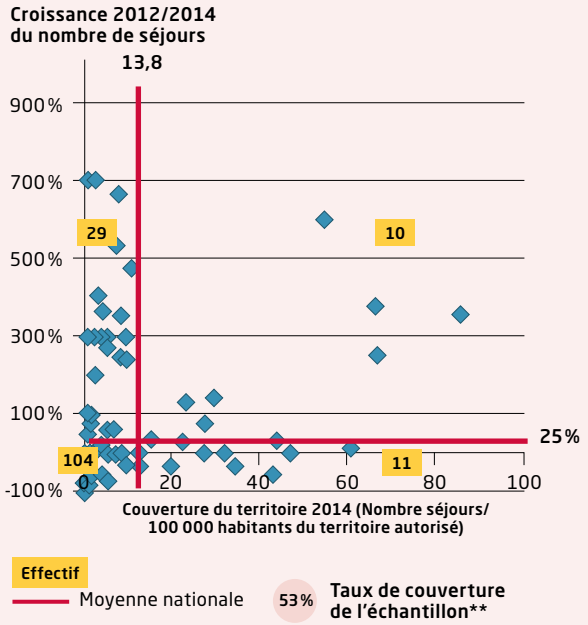
Le développement de certaines prises en charge spécialisées fait l'objet d'une attention particulière de la part des pouvoirs publics (circulaire du 4 décembre 2013, plan national maladie neurodégénérative ou expérimentations ministérielles). Aussi, il a été choisi de définir des indicateurs visant à évaluer la montée en charge des établissements sur certaines prises en charge particulières : chimiothérapie anticancéreuse et surveillance post-chimiothérapie (MPP 5 et 13), rééducation orthopédique et neurologique (MPP 11 et 12), prise en charge du nouveau-né à risque (MPP 22).
Encore marginales pour la plupart, ces prises en charge sont identifiées comme des gisements d'activité pour les établissements.

Les filières de chacune de ces activités présentent une très forte dispersion de performance en terme par exemple de taux de croissance, comme l'illustre la figure 20 pour le MPP 5.

La croissance moyenne des établissements sur le MPP 5 est de 25 % entre 2012 et 2014 pour un taux de recours de 13,8 séjours / 100 000 habitants et la forte dispersion des établissements témoigne d'une maturité différente concernant le développement des chimiothérapies mises en œuvre (évolution des protocoles, mode d'admission, financements HDJ...).

Par définition, les modalités identifiées « en croissance » sont encore peu développées et il existe encore peu d'établissements réalisant des croissances importantes sur ces modalités innovantes. De nombreuses causes probables peuvent être avancées : difficultés de recrutements de certaines ressources clés (rééducation orthopédique et neurologique - MPP 11 et 12), relations avec des centres de recours (chimiothérapie - MPP 5), incitation tarifaire (limitation du mode de prise en charge aux vingt-huit premiers jours de vie du nouveau-né pour des durées supérieures à trente jours - MPP 22)...
L'outil de parangonnage présenté en seconde partie permet à chaque établissement HAD de se positionner au regard des autres établissements et d'identifier ses marges de progression.

Figure 20 : *Distribution des taux de couverture et du taux de croissance pour le MPP 5 (2012-2014)*



**Chimiothérapie. Base : 100 = 154 établissements pour lesquels les données ScanSanté sont disponibles sur 3 ans et les territoires de service connus.*
***Fraction des séjours nationaux 2014 des MPP produits par les établissements au territoire connu.*
Source : ScanSanté, analyse CetaData.

4.5 Taux de recours aux urgences

Le taux de recours aux urgences vise à apprécier la capacité collective d'un couple, établissement d'HAD-établissement MCO, à contribuer à un meilleur parcours patient lors des transferts entre une hospitalisation à domicile et une hospitalisation en établissement MCO.
Avec le PMSI, il n'est théoriquement pas possible de décrire de manière explicite une entrée aux urgences lors d'un transfert entre une HAD et un établissement MCO[18] (le codage transfert ne permet pas l'indication passage par les urgences).

Pour autant, les établissements désireux d'améliorer la fluidité du parcours de leurs patients pourront s'interroger sur les pratiques d'admissions avec leurs partenaires MCO (notamment concernant les patients âgés) en analysant les systèmes d'information des dossiers patients aux urgences (DX Care, Resurgence, Cristal Link...).

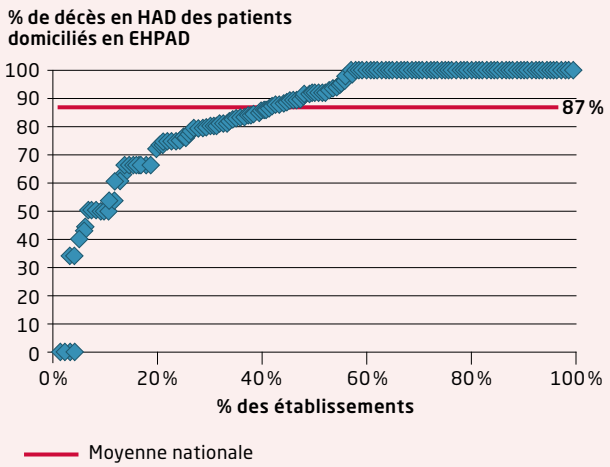
18 - ***http://www.atih.sante.fr/codes-mouvements***

Chapitre 1
État des lieux de l'Hospitalisation à domicile (HAD)

4.6 Taux de décès en HAD des patients domiciliés en EHPAD

Pour ces patients qui représentent 5 % du total des patients HAD, la fraction des personnes décédées en HAD plutôt que dans les autres environnements médicalisés de type hôpital est en moyenne de 87 % au plan national, ce qui montre effectivement la pertinence de la HAD pour l'accompagnement de fin de vie en EHPAD.

Figure 21 : *Taux de décès en HAD des patients domiciliés en EHPAD*



L'abrogation des limitations de prise en charge en EHPAD nécessite une adaptation de l'analyse (d'autres modes de prise en charge étant possible) qui est intégrée dans l'outil de parangonnage présenté en seconde partie.

Synthèse

L'hétérogénéité des situations à domicile, des trajectoires de vie des patients, des relations entre partenaires mobilisés pour réaliser une hospitalisation à domicile rend aujourd'hui l'analyse du recours à l'HAD complexe et délicate.
La situation de l'hospitalisation à domicile a donc été analysée afin de comprendre toute sa diversité, sa richesse et les enjeux de son développement. Cependant, les acteurs « de terrain » ont besoin d'outils adaptés à leur territoire décrivant précisément les partenaires, précisant les difficultés (taux, recours…) et invitant à mobiliser des leviers d'amélioration.
Ainsi, l'ANAP, appuyée par l'ATIH, a conçu des outils d'investigation permettant d'améliorer l'analyse des recours à l'HAD. Les outils sont présentés dans la seconde partie de ce document.

2

Méthodes et outils

Chapitre 2
Méthodes et outils

Les hospitalisations à domicile nécessitent la mobilisation d'un nombre important d'acteurs qui agissent sur des leviers complémentaires : incitation *via* la contractualisation dans le cadre des CPOM des établissements MCO, démarches de rencontres régulières à l'initiative des établissements d'HAD, conventionnement entre des libéraux et les structures d'HAD, maîtrise de la chaîne logistique… Ces interactions créent une grande complexité d'analyse de l'efficience des prises en charge rendant parfois très difficile les décisions opérationnelles : faut-il favoriser le recrutement de certaines compétences rares ou améliorer la relation entre les MCO et les établissements d'HAD de l'aire géographique ou encore choisir dans un premier temps de développer l'HAD sur un nombre limité de MPP ?

Les trois outils suivants permettent d'améliorer la connaissance réciproque de l'hospitalisation MCO et l'hospitalisation à domicile par les acteurs des territoires :

- L'outil de connaissance des établissements HAD et SSR partenaires des établissements MCO (**ORFEE**) documente les transferts avec les établissements MCO/SSR-HAD et précise le lien de l'hospitalisation à domicile sur la durée de séjour des établissements MCO dans une perspective d'amélioration de la fluidité des parcours des patients ;
- L'outil « **taux de transfert moyen** » permet d'évaluer un volume potentiel de transfert moyen des établissements MCO, basé sur les « taux de transferts nationaux par séjours » dans une perspective de graduation des soins ;
- **L'outil de parangonnage** « **ORFEE HAD** » - les établissements HAD permet d'identifier des axes d'amélioration à destination des établissements et de leurs prescripteurs ;
- En complément de ces outils, la fiche « **facteurs explicatifs** » permet de s'interroger sur les écarts de résultats entre établissements et le cas échéant, d'identifier des améliorations à mettre en place.

Figure 22 : *Panorama des outils de connaissance HAD disponibles et objectifs associés*

Outils	Objectifs	Bénéfices	Accès
ORFEE	Décrire les transferts entre établissements MCO/HAD Connaître l'IP-DMS des patients des établissements MCO transférés en HAD Évaluer le flux transféré par GHM	• Caractérisation des flux entre établissements • Identification des Groupes planification (GP) principaux contributeurs de flux • Analyse de l'IP-DMS des séjours MCO transférés en HAD • Déterminer le taux de transfert par GHM	*scansante.fr*
ORFEE HAD	Comparer les établissements ORFEE HAD Évaluer le flux de transfert potentiel	• Situer chaque établissement sur six critères (polyvalence, nombre de patient moyen par jour pour 100 000 habitants, croissance sur certains MPP, part des séjours en EHPAD, part des décès en soins palliatifs, nombre de patients pour 100 000 habitants) • Déterminer le potentiel moyen de transfert MCO/HAD	*scansante.fr*
Fiche « Facteurs explicatifs »	Initier des réflexions sur l'amélioration organisationnelle	• Identifier plus de cinquante explications potentielles permettant de comprendre les différences sur les critères précédents	*anap.fr*

Chapitre 2
Méthodes et outils

1. Outils de caractérisation des parcours des patients en hospitalisation à domicile

1.1 Outil de connaissance des établissements HAD et SSR partenaires des établissements MCO : l'outil ORFEE

La connaissance des flux entre établissements MCO, SSR et HAD est un préalable à une analyse plus stratégique : elle permet d'identifier les flux d'activités et les stratégies d'adressage des établissements.
Au niveau national, les flux sont bien documentés et disponibles. Pour autant, comment identifier sur chaque territoire les flux entre établissements ? Comment connaître les échanges entre un établissement MCO et ses partenaires MCO et SSR ?

Basé sur le chaînage des données PMSI (MCO, HAD, SSR) et développé conjointement avec l'ATIH, l'outil ORFEE pour Outil de représentation des flux entre établissements, (***http://www.scansante.fr/applications/flux-entre-etablissements-orfee***) permet d'identifier les flux entre établissements MCO et établissements SSR et HAD.

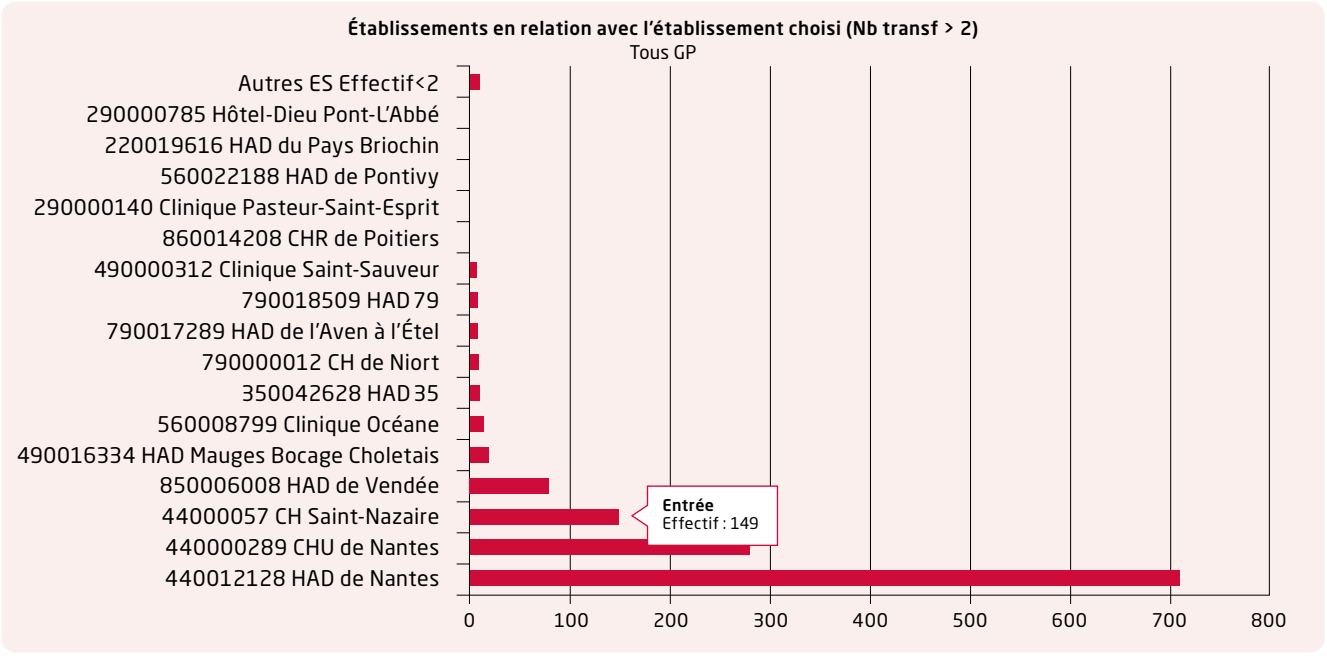
Pour chaque établissement MCO en France, il est ainsi possible **d'identifier les flux transférés vers les établissements partenaires HAD** et ce, pour toutes les années depuis 2014.

À titre illustratif, en 2016, le CHU de Nantes a transféré 1 283 patients en hospitalisation à domicile. L'effectif transféré par établissements est fourni, comme illustré ci-après.

Ainsi, le CHU de Nantes a transféré 708 patients à l'HAD de Nantes et 149 à l'HAD du CH de Saint-Nazaire.
Par ailleurs, la comparaison avec les données 2015 démontre une forte croissance, puisqu'en 2015 815 séjours ont été transférés. La croissance du flux d'activité en HAD est donc de 57 %[19].

L'outil permet également d'analyser plus finement les transferts en **fonction d'activités médicalement cohérentes** (appelées aussi Groupe planification (GP), comme la chimiothérapie, la pneumologie, douleur et soins palliatifs...).
Ainsi, les 1 283 patients sont issus d'activité de chimiothérapie pour tumeur (324 patients), pneumologie (87), hépato-gastro (73)...

Figure 23 : *Illustration des flux d'échange entre MCO et HAD (ORFEE)*



19 - Croissance bien au-delà de la croissance d'activité du CHU de Nantes de 5 % - 167 963 séjours / séances en 2016 pour 158 693 en 2015.

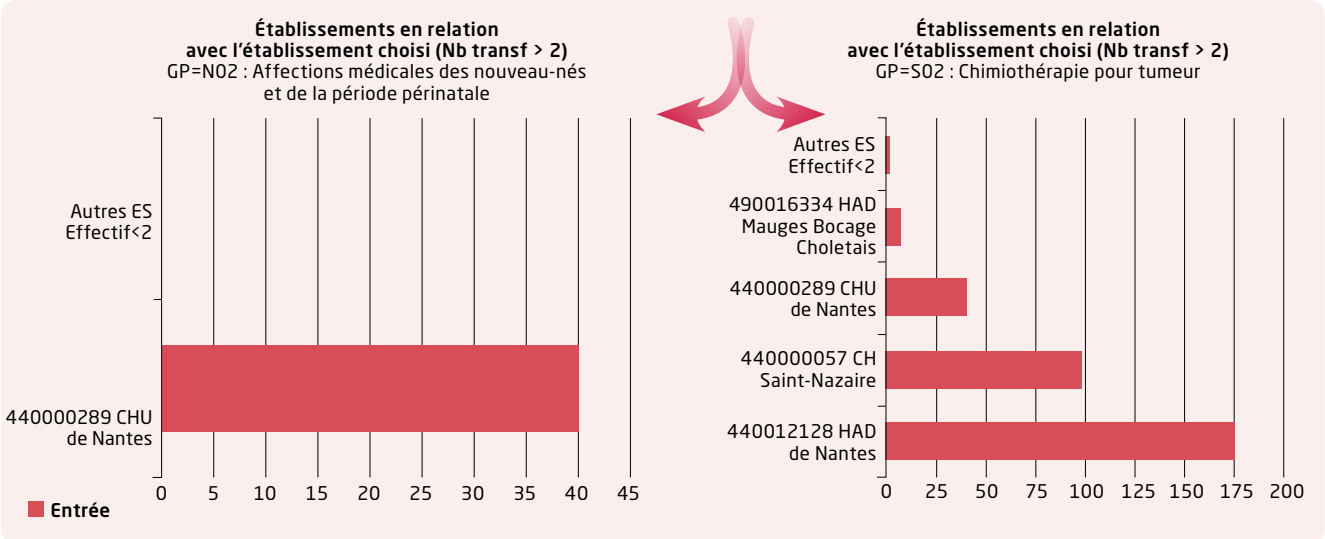
Chapitre 2
Méthodes et outils

Figure 24 : *Illustration des flux d'échange par GP (ORFEE)*

Rang	Code	Groupe planification	Transfert vers HAD
1	S02	Chimiothérapie pour tumeur	324
2	X08	Pneumologie	87
3	X02	Hépato-gastro-entérologie	73
4	X14	Maladies immunitaires, du sang, des organes hématopoïétiques, tumeurs SID	65
5	X16	Affections et traumatismes de la peau, gelures	62
6	X22	Douleur et soins palliatifs	60
7	X23	Chimiothérapie (hors séances)	55
8	X07	Affections cardio-vasculaires	52
9	S05	Transfusion	50
10	N02	Affections médicales des nouveau-nés, prématurés et de la période périnatale	40
11	X03	Neurologie médicale	38
12	C11	Chirurgies autres de l'appareil locomoteur, amputations	34
13	X12	Uro-néphrologie médicale (hors séances)	29
14	X19	Fièvre, infection, septicémie, VIH	27
15	X06	Rhumatologie	25
16	C25	Chirurgie inter-spécialités	22

L'outil permet aussi de décrire, par Groupe planification (GP) les flux vers les établissements HAD.
Cette information est très précieuse afin de connaître et suivre **les différentes stratégies entre établissements en fonction des filières de prise en charge**. À titre illustratif, les flux pour « chimiothérapie pour tumeur » et « affections médicales des nouveau-nés » sont très différents en nombre et en établissements destinataires :

Figure 25 : *Illustration des flux d'échange par GP (ORFEE)*



Chapitre 2
Méthodes et outils

Ces éléments permettent d'améliorer la connaissance des transferts pour un territoire donné, mais surtout d'analyser les flux par activité médicalement cohérente.

Cet outil peut être utilisé lors des dialogues de gestion entre ARS et établissements (d'HAD ou MCO) car il fournit des éléments précis concernant l'évolution de l'activité HAD, l'évolution des parts de marché pour un établissement, sur des segments d'activités médicalement cohérentes.

Accédez à ORFEE sur :
scansante.fr

1.2 Outil « taux de transfert moyen par type de séjour »

ORFEE permet la connaissance des flux entre établissements et ainsi fournit des informations importantes concernant les stratégies d'adressage. En complément une **méthode d'évaluation du volume potentiel de transfert de séjours** MCO en HAD est proposée.

Taux de transfert moyen par type de séjour

Le module « Concentration d'activité d'ORFEE » permet d'identifier pour chaque GHM d'un établissement MCO, les informations suivantes :

- Nom et code du GHM ;
- Nombre de séjours MCO réalisés en France (durée non nul) ;
- % transfert vers une HAD et vers une prise en charge en SSR ;
- % transféré (base France).

Ainsi en 2016, le GHM 23Z02Z (soins palliatifs, avec ou sans acte) a généré 8 960 séjours en HAD en France représentant un taux de transfert de 7 %. De même les accouchements uniques par voie basse (14Z14A) ont généré 7 158 séjours HAD, représentant un taux de 2 %.

Naturellement, le GHM n'est absolument pas une description complète de la situation d'un patient, de l'environnement et encore moins de ses conditions à domicile. Les GHM ne sont qu'un outil statistique qui permet d'orienter un questionnement, de faciliter l'investigation.

Ceci dit, la connaissance du taux de transfert statistique est très utile car appliqué au case-mix d'un établissement MCO, il permet d'estimer un **volume potentiel moyen**.

Naturellement ce volume potentiel moyen est différent d'un établissement à l'autre car le case-mix d'activité diffère lui aussi. Il est donc important de réaliser l'analyse « au plus près » de la réalité des prises en charge. À cet effet, l'outil ORFEE HAD, présenté en seconde partie, fournit le taux standardisé de transfert en HAD et permet de situer un établissement indépendamment de son case-mix.

Figure 26 : *Taux de transfert des établissements MCO vers l'HAD et les SSR, par principaux GHM*

http://www.anap.fr/ressources/outils/detail/actualites/orfee-outil-de-representation-des-flux-entre-etablissements/

Le guide d'usage d'ORFEE décrit la fonctionnalité « transfert moyen par type de séjours » (p.19 et 20 puis p.39) qui permet de comparer GHM par GHM les taux de transfert entre établissement MCO et HAD pour une sélection d'établissements MCO avec le taux de transfert moyen en France.

Chapitre 2
Méthodes et outils

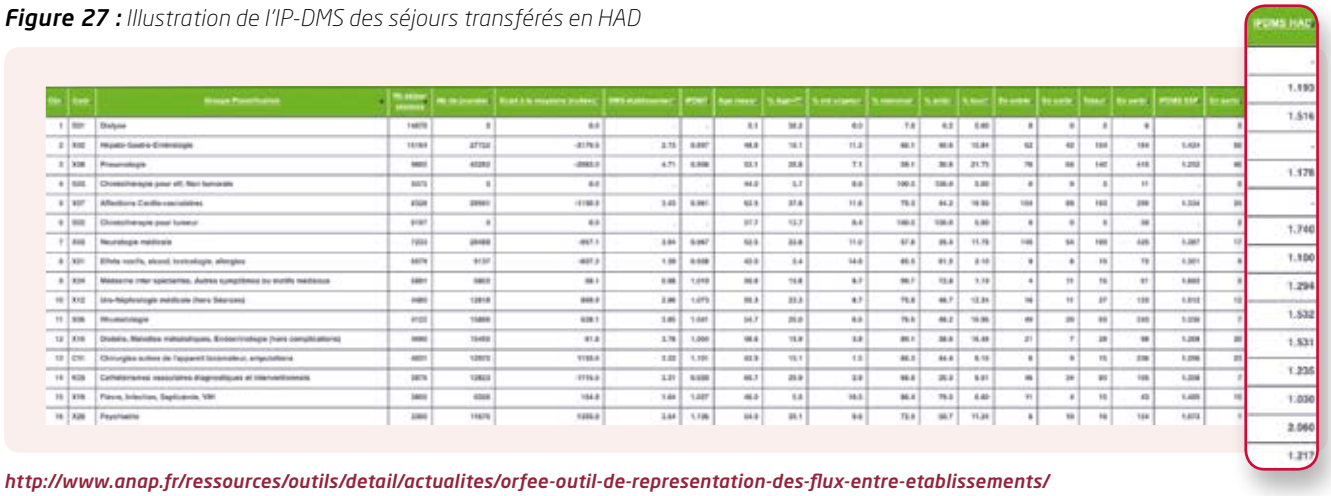
1.3 Liens entre durée de séjour des établissements MCO et transferts en hospitalisation à domicile

La première partie a détaillé certaines difficultés d'interprétation concernant le lien entre la durée de séjour en établissement MCO et le transfert en hospitalisation à domicile : variété des situations des patients et de leur environnement peu décrite dans les GHM, différence entre les établissements HAD, situation territoriale spécifique…

Ainsi, afin d'aider les acteurs en établissement d'HAD et MCO, ORFEE, un outil d'analyse de la DMS des séjours transférés en hospitalisation à domicile est proposé.

Ainsi, pour un groupe d'activités médicalement cohérentes groupe planification, l'outil fournit l'IP-DMS des GHM de l'établissement MCO lors d'un transfert en HAD. Cette information aide les professionnels à mieux coopérer afin de mobiliser l'HAD suffisamment tôt et éviter les durées longues d'hospitalisation (bed blocker). L'outil permet aussi de choisir les activités les plus critiques nécessitant la mise en place d'un protocole spécifique.

Figure 27 : *Illustration de l'IP-DMS des séjours transférés en HAD*



http://www.anap.fr/ressources/outils/detail/actualites/orfee-outil-de-representation-des-flux-entre-etablissements/
Le guide d'usage d'ORFEE décrit la fonctionnalité « IP-DMS des séjours transférés » (p.11 puis p.39 et 40).

Chapitre 2
Méthodes et outils

2. Comprendre les différences entre établissements d'hospitalisation à domicile et environnements associés

Outil de parangonnage et de connaissance des flux HAD : ORFEE HAD

Le recours à l'hospitalisation à domicile nécessite la mobilisation de nombreux acteurs. Ainsi, une synthèse des informations utiles pour l'ensemble des partenaires (ARS, établissements HAD et MCO) est proposée *via* un parangonnage des trois-cent-deux établissements HAD de France.
L'outil, en décrivant la situation d'un établissement, permet d'interroger son environnement : relations entre partenaires, protocolisation, ressources disponibles, moyens matériels…

Figure 28 : *Parangonnage ORFEE HAD : indicateur de description d'activité*

Indicateur	Définition	Numérateur	Dénominateur
Polyvalence	Nombre de modes de prises en charge distincts comportant au moins dix séquences réalisées par l'établissement au cours de l'année n	Nombre de modes de prises en charge distincts comportant au moins dix séquences réalisées par l'établissement au cours de l'année n	
Nombre moyen de patients par jour	Nombre moyen de patients pris en charge par jour et pour 100 000 habitants de l'aire géographique	Nombre annuel de journées d'HAD réalisées / 365	Nombre d'habitants de l'aire d'intervention x 100 000
Taux d'intervention en EHPAD	Nombre de séjours ayant un domicile EHPAD rapporté au nombre de séjour total de l'établissement d'HAD	Nombre de séjours HAD ayant un domicile EHPAD	Nombre de séjours total de l'établissement HAD
Croissance sur des MPP innovants	Taux de croissance de séjours pour les MPP {5 ; (11,12) ; 22} entre les années n et n-2	[Nombre de séjours pour les MPP {5 ; (11,12) ; 22} en année n] -[Nombre de séjours pour les MPP {5 ; (11,12) ; 22} en année n-2]	[Nombre de séjours pour les MPP {5 ; (11,12) ; 22} en année n-2]
Taux de décès en EHPAD	Fraction des patients HAD résidants en EHPAD décédés en HAD	Nombre de patients HAD résidants en EHPAD décédés en HAD	Nombre de patients HAD résidants en EHPAD décédés dans l'année en HAD, SSR ou MCO
Couverture géographique du territoire	Nombre de patients pris en charge par l'HAD pour 100 000 habitants de l'aire géographique	Nombre de patients pris en charge par l'HAD durant l'année n	Nombre d'habitants de l'aire d'intervention x 100 000

L'outil présente les résultats nationaux pour chaque indicateur pour le 2e décile, la médiane et le 8e décile.

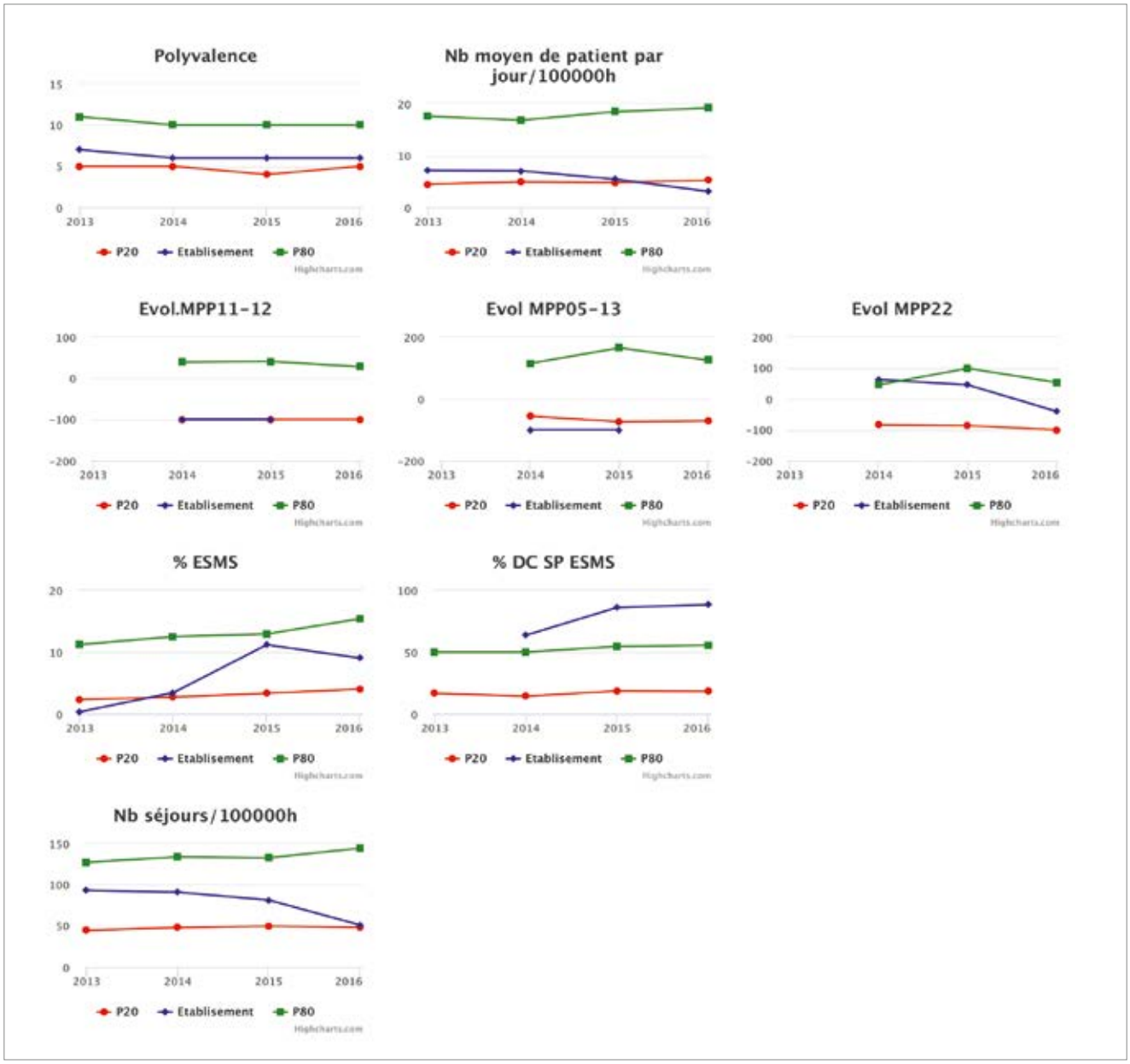
Chapitre 2
Méthodes et outils

Chaque établissement a ainsi la capacité de se comparer aux autres (médiane, 2e et 8e déciles) :

Figure 29 : *Module description d'activité d'ORFEE HAD*

	Établissement	Base nationale 2016			
Indicateur	**Valeur établissement**	**Minimum**	**2e décile**	**8e décile**	**Maximum**
Nombre moyen de patients par jour/100000h	12,37	0,32	4,82	18,46	69,32
Nombre séjours/100000h	103	15,11	74,65	199,6	550,2
Polyvalence	12	1	4	10	20
% EHPAD	-	0	0,02	0,12	0,86
% DC SP EHPAD	-	0	0,25	0,64	1
Évolution MPP 11-12	-	-100	-100	25	3650
Évolution MPP 05-13	-19,4	-100	-71,4	131,3	1767
Évolution MPP 22	-	-100	-84,7	122	17600

Chapitre 2
Méthodes et outils



Un guide d'usage d'ORFEE HAD est disponible et décrit l'ensemble des fonctionnalités autour de trois modules : description d'activité, concentration d'activité et flux patients entre établissements.

Accédez à ORFEE HAD sur :
scansante.fr

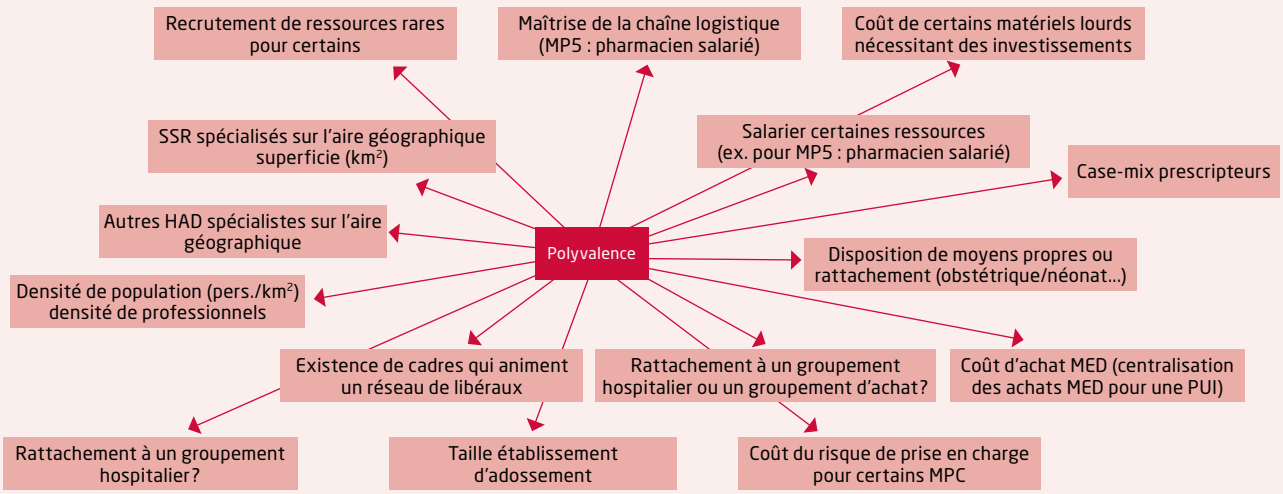
Chapitre 2
Méthodes et outils

3. Facteurs explicatifs

La valeur d'un indicateur n'a de sens que dans sa dynamique (évolution au fil du temps) et en comparaison d'autres informations (comparaison aux autres établissements, mise en regard avec d'autres éléments…).

Ainsi, afin d'aider les professionnels à analyser l'environnement et les écarts de résultats entre établissements, une cinquantaine de facteurs potentiellement explicatifs des écarts ont été identifiés lors de groupes de travail de professionnels de la HAD, gestionnaires, médecins prescripteurs ou intervenants à domicile. Ils peuvent permettre d'expliquer certaines difficultés ou d'étudier des actions à mettre en place pour améliorer les organisations internes.

Figure 30 : *Illustration des facteurs qui peuvent influer sur l'indice de polyvalence*



Les facteurs explicatifs sont disponibles sur : ***anap.fr***

Synthèse

L'amélioration du parcours patient *via* l'hospitalisation à domicile nécessite une « synchronisation » de l'ensemble des acteurs (prescripteurs, établissements, libéraux, administratifs…) complexe et difficile à mettre en œuvre.
Ainsi, le paysage français de l'hospitalisation à domicile est extrêmement diversifié tant au niveau des situations territoriales (taux de recours à l'HAD, type de prise en charge, flux entre établissements MCO et HAD, lien sur la DMS des établissements MCO) que des établissements HAD (taille, polyvalence, intervention en établissements médico-sociaux, croissance).

L'ANAP, appuyé de l'ATIH, propose aux professionnels des méthodes et trois outils permettant d'analyser cette complexité en décrivant les interactions. Ils complètent ainsi l'outillage des professionnels dans leurs réflexions stratégiques, dans l'amélioration du pilotage interne et du dialogue entre structures (MCO, SSR, HAD), et dans les échanges entre établissements et agences régionales de santé.

Remerciements

Composition du groupe des experts

- **Dr. Balladur,** HAD APHP
- **Mme Z. Cretenet,** HAD Lyon
- **Dr. O. Marquestaut,** HAD APHP
- **Dr. J.-P. Natali, Mme M. Robert,** FNEHAD
- **Dr. M. Poterre et Dr. N. Gandrille,** santé service
- **Dr. E. Reich-Pain,** maison de santé Bordeaux Bagatelle
- **Dr. M. Touati,** CHU Limoges

Remerciements

L'ANAP remercie vivement l'ensemble des experts pour leur contribution active et très riche.
Elle remercie également **François Lainée** du cabinet CETADATA, en charge de l'analyse des données.
Enfin, l'ANAP remercie l'ensemble des équipes des agences régionales de santé, établissements, fédérations et agences qu'elle a rencontrées et qui ont répondues à l'appel à commentaire.

Pour les agences régionales de santé :

ARS Bretagne
- **Enguerrand Lootvoet,** chargé de mission
- **Virginie Gaboriau,** chargée de mission

ARS Île-de-France
- **Annaig Durand,** référente administrative HAD
- **Anne-Jil Dupouy,** responsable de la contractualisation avec les établissements de santé
- **Marina Martinowsky,** référente thématique hospitalisation à domicile – maladies rares – diagnostic génétique post-natal

ARS Nouvelle-Aquitaine
- **Dr Christine Chaignon,** conseillère médicale
- **Gaël Gros,** chargée de mission PMSI
- **Anne Riou,** chargée de mission

ARS Pays de la Loire
- **Tania Flemin,** chargée de projet gestion du risque assurantiel

ARS PACA :
- **Marion Chabert,** responsable de département - département stratégie parcours et territoire
- **Marie-Claude Dumont,** conseillère médicale du directeur général
- **Docteur Béatrice Jacqueme,** médecin référent HAD
- **David Lapalus,** statisticien études enquêtes et évaluation
- **Steve Nauleau,** statisticien

Pour la CNAMTS :
- **Thierry Delaunay,** statisticien
- **Annie Fouard,** responsable du département hospitalisation
- **Gaëlle Llorca,** référente HAD

Pour les établissements rencontrés dans le cadre des présentations « Outils HAD » :

Session des 07 juillet 2016 (FNEHAD - Paris) et 09 novembre 2016 (FNEHAD - Paris) et du 08 mars 2017 (Plan Triennal - Niort)

- ASSAD - HAD en Tourraine
- Béziers HAD
- **Franck Veyrier,** AMSAM
- **Sandrine Aufaure, Nathalie Chadeffaud** et **Martine Mikolajczak,** CH Angoulême
- CH Auban Moët Épernay
- **Fabien Chanabas** et **Catherine Lonquety,** CH de la Rochelle
- **Anne Boudet, Michel Bey, Élodie Couaillier, Dr Marc-Arthur Loko, Stéphane Michaud** et **Philippe Volard,** CH de Niort
- **Laurent Faugère,** CH Rochefort
- **Élisabeth Da-Cunha et Marie-Pascale Bienvenu,** CH de Saintonge
- **Benoît Pecquenard,** Croix Rouge Française – Caen
- **Patrice Filloux** et **Dr Isabelle Joussain,** CRRF André Lalande – Noth,
- **Anne-Sophie Le Scouarnec** et **Claudine Voidey,** Fondation de la Croix Saint-Simon
- **Nathalie Montaudoin-Brunner,** Fondation Saint-François
- **Emmanuel d'Aboville,** Fondation Santé Service
- **Valérie Béthune et François Guillamo,** GHNV
- HAD CHIMR Montdidier-Roye
- **Dr Pierrick Couillerot,** HAD GCS Nord 71
- **Joël Maisonneuve** et **Gabrielle Rivière,** HAD - RELAIS SANTÉ
- **Michèle Lang,** HAD des Vignes et des Rivières
- **Étienne Bon** et **Dr Bernard Opoczynski,** HAD Eure Seine
- **Nathalie Barrier,** HAD Mutualité Française Charente
- HAD Pauchet Montdidier
- HAD Saint-Antoine
- **Catherine Manger,** HAD Soins et santé
- HAD Temps de vie
- HAD Val de Loire
- **Lucie Marjollet,** HADAN
- **Florence Elleni** et **Laurence Vina**, Mutualité Française Champagne Ardennes SSAM

Remerciements

- **Philippe Hermant** et **Jérome Lemai,** santé services de la Région de Lens
- **Nadine Bernard** et **Karine Giroudon,** hôpital privé d'Ambérieu

Pour les fédérations :
FNEHAD :
- **E. Ginesy** puis **N. Noiriel,** délégué national

FHF :
- **Michèle Deschamps,** adjointe pôle finances et BDHF
- **Sandra Gomez,** chef de projet médico-économique
- **Alexandre Mokede,** chargé des questions sanitaires

FEHAP :
- **Solène Gouesbet** puis **Sarah Bekhada,** conseillère santé-social
- **David Causse,** coordonnateur du pôle santé-social

FHP :
- **Thierry Bechu,** délégué général FHP-MCO
- **Éric Noël,** délégué général FHP-SSR
- **Marie-Claire Viez,** chargée d'études et de veille prospectives

UNICANCER :
- **Sandrine Boucher,** directrice de la stratégie médicale et de la performance
- **Béatrice le Vu,** responsable du pôle information médicale, direction de la stratégie médicale et de la performance

Pour l'agence technique d'information hospitalière
- **Max Bensadon,** directeur général adjoint
- **Carole Lê-Leplat,** chef de projet pôle MCO / HAD
- **Dr Diane Wallet,** chef de projet au Pôle MCO / HAD

Pour l'accès aux aires géographiques des établissements HAD :
- GCS e-santé ORU PACA
- **Christophe Alarco,** responsable projets et formation

- SESAN - Bureau stratégique
- **Bertrand Pellet,** secrétaire général du GCS SISRA
- **Dr Claude Hohn,** médecin référent ViaTrajectoire
- **Dr Véronique Quentin,** directeur de projet ViaTrajectoire pour l'île-de-France
- **Vincent Charnay-Faure,** référent projet
- **Alain Gaillard,** HCL

AUTEUR DE LA PUBLICATION :
Jacques-Henri Veyron, ANAP

Glossaire

ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
Case-mix	Anglicisme désignant l'éventail des séjours (en nature et en volume) pris en charge par un établissement de santé
CPOM	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
DMS	Durée moyenne de séjours
EHPAD	Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ÉTABLISSEMENT D'HAD	Établissement qui réalise des activités d'hospitalisation à domicile
FNEHAD	Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile
GHM	Groupe homogène de malades
GP	Groupe planification
HAD	Hospitalisation à domicile
IP-DMS	Indice de performance – durée moyenne de séjours
MCO	Médecine chirurgie et obstétrique, qui correspond soit aux séjours hospitaliers en soins de courte durée, soit aux établissements avec hébergement réalisant des soins de courte durée en médecine chirurgie et obstétrique
MPP	Mode de prise en charge principal
MPP 5	Chimiothérapie anticancéreuse
MPP 11	Rééducation orthopédique
MPP 12	Rééducation neurologique
MPP 13	Surveillance post chimiothérapique anticancéreuse
MPP 22	Prise en charge du nouveau-né à risque
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
SIAD	Soins infirmiers à domicile
SLD	Soins de longue durée
SSR	Soins de suite et de réadaptation

Mentions légales

Financement : les contenus publiés par l'ANAP sont le résultat du travail de ses salariés. Conflits d'intérêts : les contenus et conclusions de l'ANAP sont indépendants de toute relation commerciale. L'ANAP n'approuve ni ne recommande aucun produit, procédé ou service commercial particulier. Usage : l'ANAP garantit la validité des informations à la date de leur publication. Les contenus sujets à évolution particulière sont susceptibles d'être actualisés. Propriété intellectuelle : les contenus sont la propriété intellectuelle de l'ANAP. Toute utilisation à caractère commercial est formellement interdite. Toute utilisation ou reproduction même partielle doit mentionner impérativement : « Hospitalisation à domicile - État des lieux et outils d'analyse au niveau territorial © ANAP 2018 » et respecter l'intégrité du contenu.

PEFC
PEFC/10-31-1510

Conception et réalisation : Agence Efil 02 47 47 03 20 - www.efil.fr
Crédit photos : ANAP, Droits réservés (DR)
Imprimé par Corlet imprimeur sur du papier PEFC
Mars 2018

Les dynamiques de coordination entre professionnels jouent un rôle majeur dans l'amélioration de la fluidité du parcours patient.

Ce guide présente des outils et méthodes d'identification de leviers organisationnels en vue d'améliorer le parcours patient.

Retrouvez-les publications de l'ANAP sur www.anap.fr
et suivez l'ANAP sur twitter @anap_sante

Agence Nationale d'Appui à la Performance
des établissements de santé et médico-sociaux

23, avenue d'Italie - 75013 Paris
01 57 27 12 00 - contact@anap.fr