



# L'Hospitalisation à Domicile

## Présentation Générale

*Juillet 2008*



FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS  
D'HOSPITALISATION  
À DOMICILE

# 1. Situation de l'offre de soins

## L'Hospitalisation à Domicile

### Un mode d'hospitalisation encouragé

- Objectifs gouvernementaux de 8000 places en 2005 et de 15 000 places en 2010
- Suppression de l'opposabilité de la carte sanitaire aux structures d'hospitalisation à domicile et intégration dans les SROS d'un volet spécifique HAD avec spécification des besoins d'implantation en HAD
- Abrogation du taux de change en 2003
- Possible prescription par le médecin traitant (20% / 80%)
- Application de la T2A pour la totalité de l'activité depuis mars 2005 quel que soit l'établissement

## L'Hospitalisation à Domicile

### Les chiffres clefs

	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<i>Evolution</i>	<b>2007</b>	<i>Evolution</i>
Nb Etablissements	124	167	+ 34 %	204	+ 22 %
Nb Journées (en millions)	1,511	1,956	+ 29 %	2,379	+ 21 %
Valorisation (en millions d'€)	286, 15	387, 7	+ 35 %	474,9	+ 22 %

### La lecture de ces chiffres

- Une augmentation de 57,8% de l'activité depuis la mise en place de la T2A en 2005
- Entre 2006 et 2007, la croissance des remboursements de l'AM au titre de l'HAD est portée par l'arrivée des nouveaux établissements
- Mais une croissance qui s'est ralentie en 2007 par rapport à 2006
- Le prix moyen du coût d'une journée d'HAD après une augmentation de 4,6% entre 2005 et 2006 est resté stable entre 2006 et 2007 du fait de :
  - La stabilité des GHT
  - Un temps de séjour qui tend à s'allonger

## L'Hospitalisation à Domicile

### Données nationales 2007

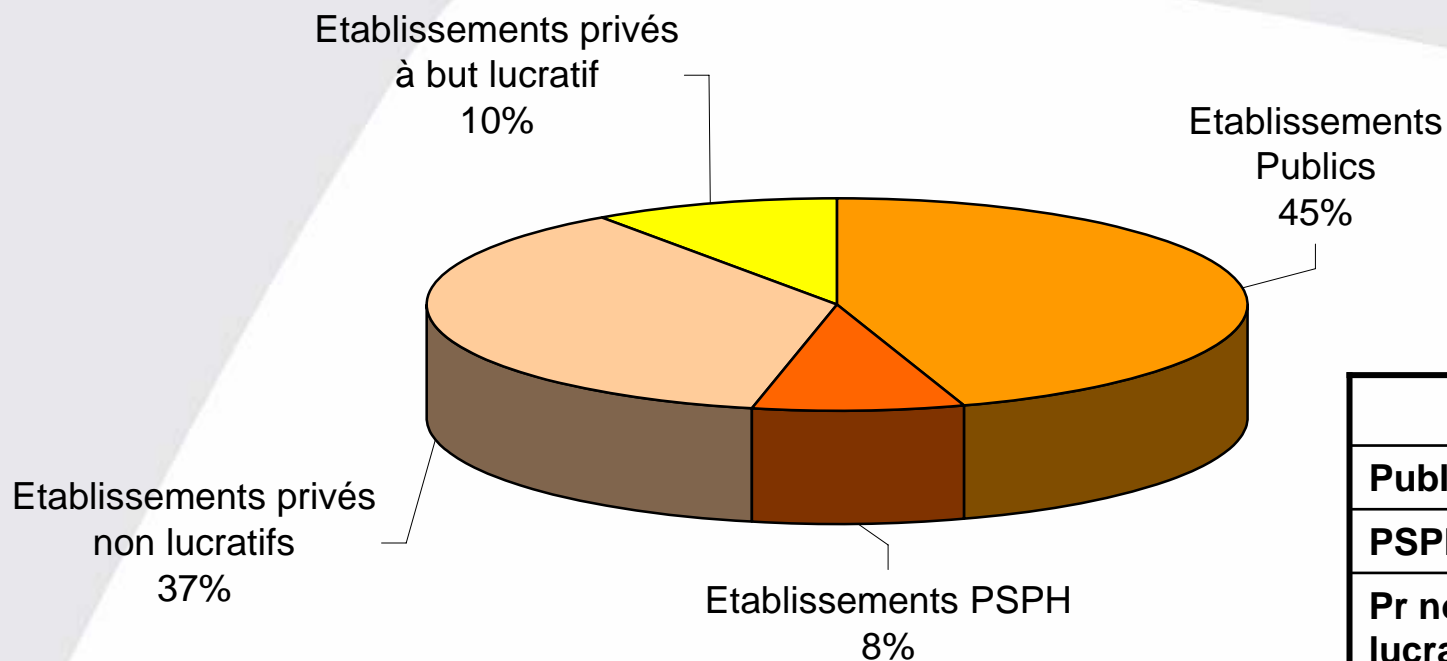
- 96% de l'activité est réalisée sur le territoire métropolitain
- 5 régions réalisent plus de 130.000 journées d'HAD
- En terme de densité, 3 régions offrent plus de 5000 journées pour 100.000 habitants (Corse, Ile-de-France et Nord-Pas-de-Calais)
- Au 31 décembre 2007, environ 260 autorisations recensées pour 204 établissements installés (dont 124 pour le secteur hospitalier public et 90 pour le secteur privé à but non lucratif...)
- Des départements nouvellement couverts : Ain, Alpes de Haute Provence, Meuse, Haute-Loire, Hautes-Pyrénées, Guyane...
- Au 30 juin 2008, aucune autorisation n'avait encore été délivrée dans 2 départements : Ardèche, Gers.



FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS  
D'HOSPITALISATION  
À DOMICILE

## L'Hospitalisation à Domicile

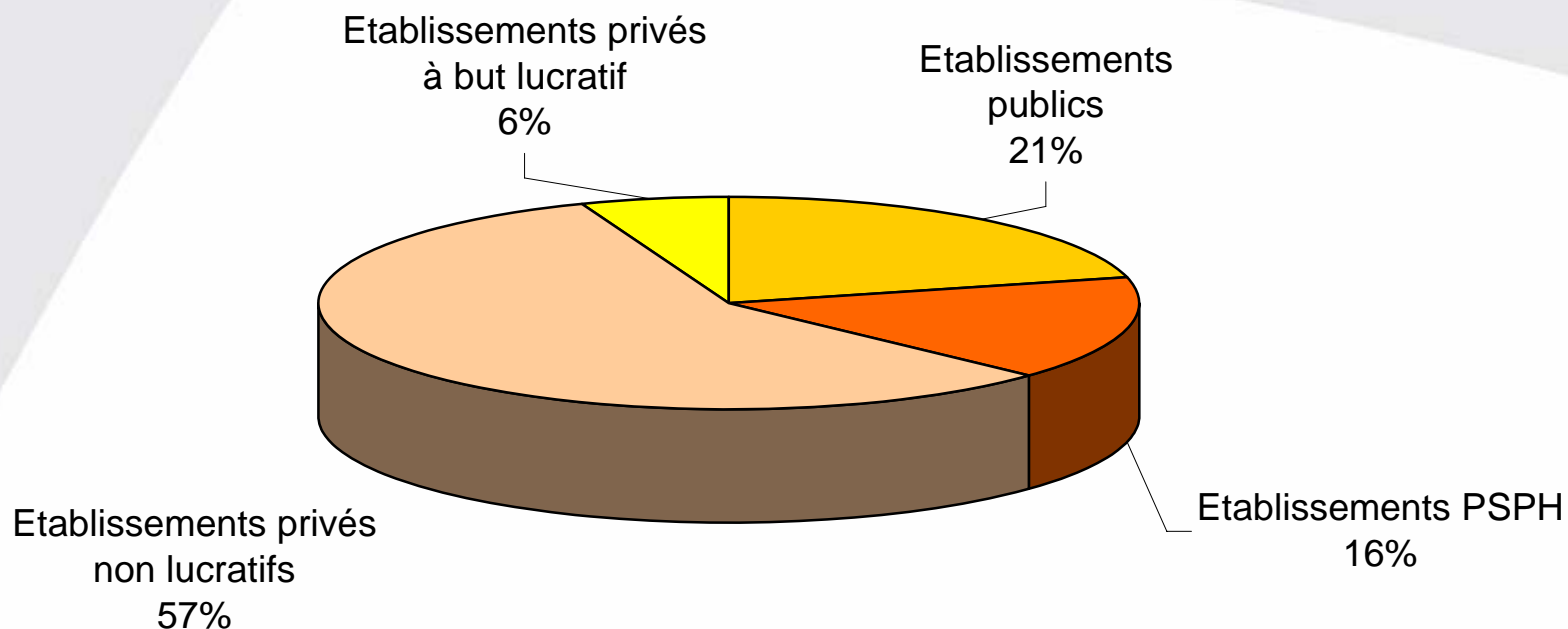
### Nombre d'établissements (données ATIH 2007)



	2006	2007
<b>Public</b>	<b>78</b>	<b>92</b>
<b>PSPH</b>	<b>16</b>	<b>17</b>
<b>Pr non lucratif</b>	<b>63</b>	<b>75</b>
<b>Pr lucratif</b>	<b>15</b>	<b>20</b>

## L'Hospitalisation à Domicile

Activité 2007 en journées par statut (données ATIH)



## L'Hospitalisation à Domicile

### Etablissements fonctionnels Données FNEHAD 2006 / 2007

<b>Données 2006</b>	Nombre d'établissements	Nombre de journées	Nombre moyen de journées
Etablissements publics	78	540 398	6 928 <i>(3 439 hors APHP)</i>
Etablissements PSPH	17	694 786	43 424 <i>(20 411 hors santé service IdF)</i>
Etablissements privés à but non lucratif	64	617 009	9 794
Etablissements privés à but lucratif	18	87 879	5 859
	172	1 940 072	11 279
<b>Données 2007</b>	Nombre d'établissements	Nombre de journées	Nombre moyen de journées
Etablissements publics	94	647 770	6 891 <i>(3 925 hors APHP)</i>
Etablissements PSPH	18	794 962	44 165 <i>(21 778 hors santé service IdF)</i>
Etablissements privés à but non lucratif	76	851 344	11 202
Etablissements privés à but lucratif	20	135 413	6 771
	208	2 429 489	11 680

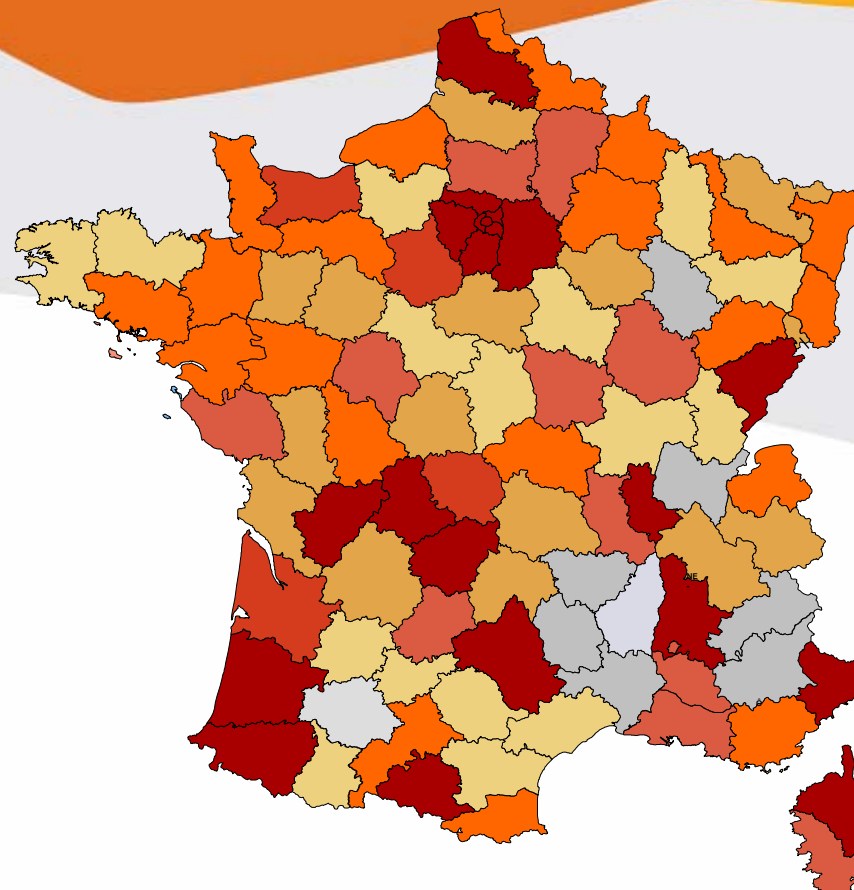




FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS  
D'HOSPITALISATION  
À DOMICILE

## Nombre de journées d'HAD réalisées en 2007 pour 100 000 habitants

- > à 5000
- de 4001 à 5000
- de 3001 à 4000
- de 2001 à 3000
- de 1001 à 2000
- < 1000
- en cours d'installation
- aucune activité



La Guadeloupe



La Martinique



La Guyane



La Réunion



La Nouvelle Calédonie



FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS  
D'HOSPITALISATION  
À DOMICILE

## 2. Caractéristiques de l'HAD

## L'Hospitalisation à Domicile

### Les confusions à éviter

- **Ne relèvent pas de l'Hospitalisation à Domicile, les malades :**
  - dont les soins peuvent être assurés par des professionnels libéraux ou/et des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD),
  - qui n'ont pas besoin de la logistique et de la coordination assurées par l'HAD
  - dont l'état justifie le maintien au sein d'une structure de soins traditionnels en raison de la permanence et de spécificité de leurs soins, ou de l'aggravation ou de l'instabilité de leur état
  
- **Ne doivent pas être assimilés à de l'HAD :**
  - Le maintien à domicile des personnes âgées.
  - Les réseaux.
  - Les prestataires de matériel médical.
  - Les services à la personne.

## L'Hospitalisation à Domicile

### Des établissements de santé

- Les structures d'HAD sont de fait des établissements d'hospitalisation sans hébergement soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers privés et publics : sécurité et qualité de soins : certification, continuité des soins 24h/24, lutte contre les infections nosocomiales, etc.....
- L'admission en HAD est obligatoirement soumise à prescription médicale et doit recueillir l'accord explicite du patient ou de son représentant, et du médecin traitant.
- **L'HAD est obligatoirement généraliste et polyvalente.** Toutefois, toute structure d'HAD peut développer en son sein des compétences propres, des expertises sur des activités particulières qui ne remettent pas en cause la polyvalence.

## L'Hospitalisation à Domicile

### La coordination : un cœur de métier

- L'HAD s'appuie sur une nécessaire coopération entre professionnels de santé et complémentarité entre les différents acteurs intervenant au domicile. Elle les amène donc à rompre avec le caractère isolé et segmenté de leurs pratiques
- Pour le médecin traitant, il s'agit de se réappropriier un certain nombre de patients :
  - Ils se retrouvent en première ligne mais dans une équipe, aux côtés d'autres professionnels de santé :
    - Ceux chargés du travail de coordination : préparation du dossier, rédaction du projet thérapeutique et de soins, accompagnement social...
    - Ceux chargés de l'exécution des actes de soins souvent techniques et dont il n'est pas toujours familial
- Certains établissements d'HAD ont fait le choix de travailler exclusivement avec des professionnels de santé libéraux (en dehors de la coordination toujours salariée) d'autres ne travaillent qu'avec des personnels salariés. Une troisième catégorie dispose d'un fonctionnement mixte.
- Lorsque l'HAD n'a pas de PUI, elle travaille en collaboration étroite avec les pharmaciens officinaux.

## L'Hospitalisation à Domicile

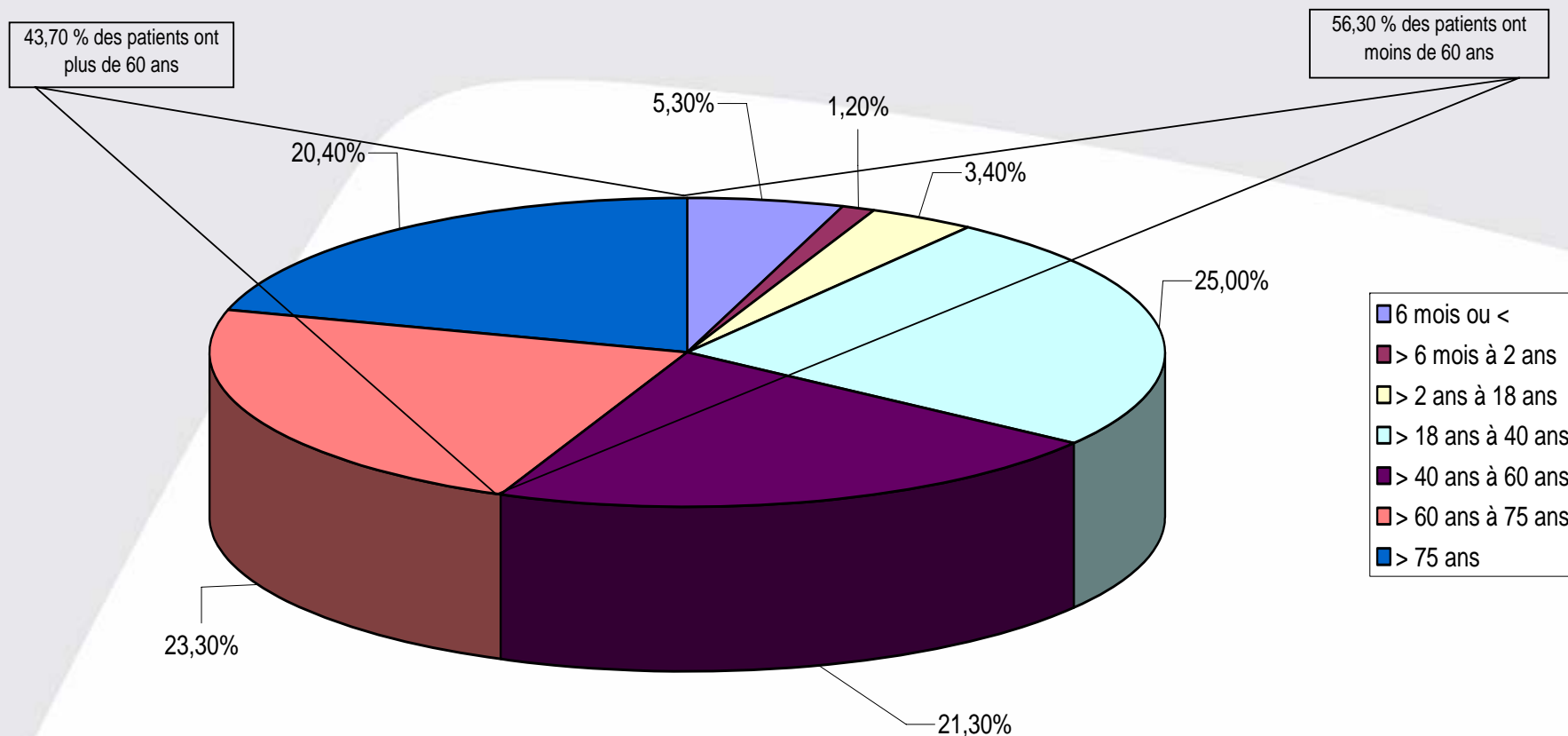
### Les malades

- L'Hospitalisation à Domicile concerne des malades **de tous âges**, atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et / ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissements de santé.
- Elle permet ainsi **d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation** en services de soins aigus ou de soins de suite et de réadaptation, lorsque la prise en charge à domicile est possible.
- Les établissements d'HAD permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des **soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés**



FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS  
D'HOSPITALISATION  
À DOMICILE

## Répartition des patients accueillis en HAD En fonction de leur âge



Source Atih - données 2006

## L'Hospitalisation à Domicile

### Quelques pathologies

- Cancérologie
- Pathologies neuro-dégénératives (SEP, SLA...)
- Maladies chroniques
- Traitements post chirurgicaux (pansements complexes)
- Obstétrique (grossesses pathologiques)
- Onco-pédiatrie
- Situations palliatives
- ...

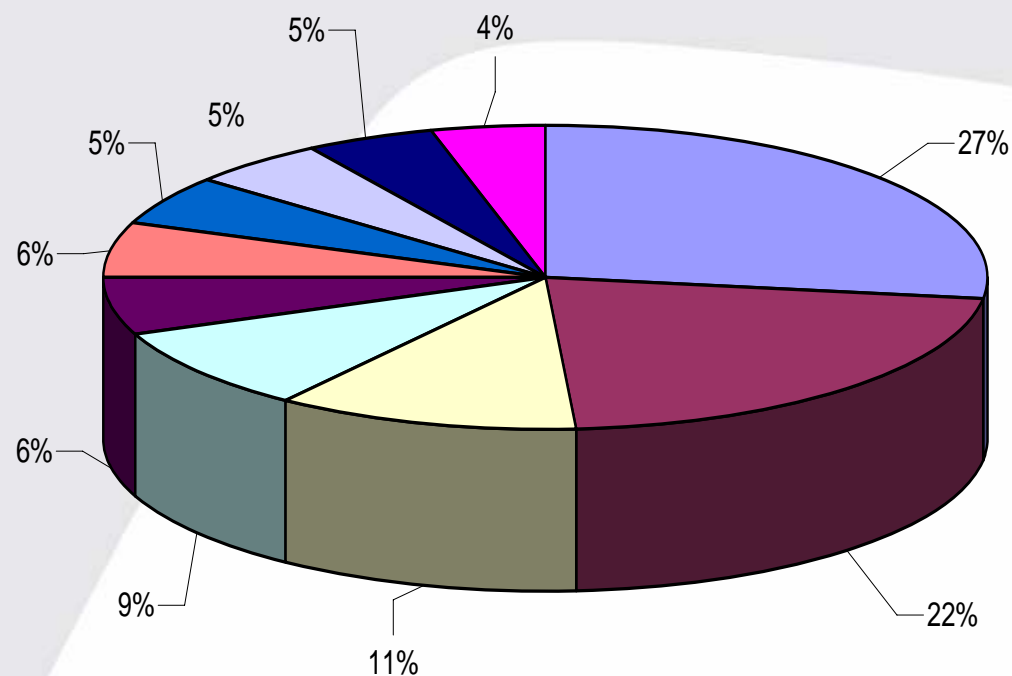


## L'Hospitalisation à Domicile

### Les soins

- Ils se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes et la pluridisciplinarité des soignants
- Les soins délivrés peuvent être classés en 3 catégories:
  - Des soins ponctuels techniques et complexes pour une pathologie non stabilisée et pour une durée déterminée
  - Des soins continus techniques, plus ou moins complexes, associant soins de nursing, de maintien et d'entretien de la vie pour une pathologie évolutive et une durée non déterminée
  - Une réadaptation au domicile après la phase aiguë d'une pathologie neurologique orthopédique, cardiologique ou d'une polypathologie pour une durée déterminée

## Principaux modes de prise en charge en HAD Pour 80% des journées réalisées



Source Atih - données 2006

- 04 - soins palliatifs
- 09 - pansements complexes (escarres, ulcères, brûlés...)
- 14 - soins de nursing lourds
- 06 - nutrition entérale
- 08 - autres traitements
- 10 - post traitement chirurgical
- 03 - traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre
- 01 - assistance respiratoire
- 02 - nutrition parentérale
- 05 - chimiothérapie

## L'Hospitalisation à Domicile

### La valorisation des modes de prises en charge

- Codification de chaque prise en charge dans un GHPC (mode de prise en charge principal + mode de prise en charge associé + indice de Karnofsky)
- A chaque GHPC correspond un GHT journalier qui évolue de manière dégressive en fonction de la durée de séjour
- Chaque GHPC fait l'objet d'un codage dans l'e-pmsi (ATIH) assuré de manière hebdomadaire par le médecin coordonnateur ou le DIM
- GHT moyen (2007) = 207 €



FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS  
D'HOSPITALISATION  
À DOMICILE

# 3. Fonctionnement et organisation

## Fonctionnement et Organisation

### L'admission en HAD

- Une prescription est obligatoirement faite avant toute admission en Hospitalisation à domicile soit par un médecin hospitalier soit par le médecin traitant
- Les soins lourds et techniques prodigués par l'HAD font obligatoirement l'objet d'un protocole de soins établi par les médecins coordonnateur, hospitalier et traitant. des kinésithérapeute, orthophoniste, diététicien, ergothérapeute, etc...
- Le responsable de l'HAD prononce l'admission, assure le suivi administratif du dossier et la mise en place des moyens logistiques et matériels qui ont été définis
- La transmission des informations est un élément majeur de la coordination des soins et est vu comme un outil majeur du décloisonnement des soins.

## Fonctionnement et Organisation

### Les principaux métiers de l'HAD

- Médecins
- IDE
- Aides soignants
- Assistants sociaux
- Masseurs kinésithérapeutes
- Psychologues
- Diététiciens
- Ergothérapeutes
- Orthophonistes
- Logisticiens
- Qualiticiens

## Fonctionnement et Organisation

### Le rôle du médecin coordonnateur

- Être le référent médical de la structure, dans le respect des règles professionnelles et déontologiques en vigueur,
- Veiller à la coordination des divers professionnels internes et externes
- Ne pas prescrire, sauf cas d'urgence ; ne soigne pas, mais est le garant de la bonne exécution du protocole de soins,
- Contribuer, par la mise en place de procédures formalisées, à l'échange d'informations nécessaires à une prise en charge globale et coordonnée du patient,
- Assurer les contacts avec les médecins libéraux et hospitaliers,
- Participer à l'évaluation de la qualité du service d' HAD,
- Assurer la qualité de la saisie de l'information médicalisée

## Fonctionnement et Organisation

### Le rôle du médecin traitant

- Il est responsable de la prise en charge du patient pour lequel il dispense des soins de façon périodique.
- Il assure le suivi médical, la surveillance des soins et l'adaptation des traitements lors de ses visites en liaison avec le médecin coordonnateur.
- Il est le garant avec ce dernier, du début à la fin de la prise en charge, de la qualité de l'information concernant le malade de son état de santé et de son traitement.
- La rencontre du médecin traitant et de l'équipe soignante de l'HAD doit être systématique et fréquente.



## Fonctionnement et Organisation

### Les autres professionnels de santé

- Ils interviennent successivement au chevet du patient en fonction de la gravité des pathologies dans le cadre d'un protocole de soins détaillé définissant avec précision les interventions des professionnels de santé :
  - infirmières majoritairement, aide soignantes, kinésithérapeutes, psychologues voire ergothérapeute, diététicien, orthophoniste, podologue-pédicure, orthoptistes, etc.....
- Intervention des libéraux dans le cadre d'une collaboration formalisée définissant les obligations réciproques :
  - Le professionnel libéral s'engage à respecter les pratiques de la structure qui s'imposent aux personnels de l'HAD.



FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS  
D'HOSPITALISATION  
À DOMICILE

## 4. Perspectives

## L'Hospitalisation à Domicile

### Un choix du malade

- Une hospitalisation à domicile est avant tout la réponse à un souhait exprimé par le patient
  - Réappropriation par le patient de sa maladie et de son traitement
  - Humanisation de la prise en charge (environnement du domicile)
- Rôle déterminant de la famille et des aidants familiaux dans la prise en charge du patient

## L'Hospitalisation à Domicile

### Une alternative crédible sur le plan médical

- Les progrès de la science qui en améliorant les techniques d'exploration, les thérapeutiques et les systèmes d'information permettent de limiter le besoin médical d'hospitalisation.
- Un rôle important en matière d'éducation thérapeutique des patients hospitalisés à domicile
- Le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de personnes souffrant de polypathologies obligent à trouver des solutions médicalement adaptées à leurs problèmes de santé
- D'importants besoins exprimés dans les domaines de la pédiatrie, de la cancérologie à domicile...

## L'Hospitalisation à Domicile

### Un offre sanitaire évaluée et certifiée

- La qualité d'établissement de santé oblige à une très forte mobilisation sur les questions :
  - Qualité
  - Gestion des risques
  - Hygiène : lutte contre les infections nosocomiales
  
- Un engagement dans la procédure de certification organisée par la Haute Autorité de Santé

## L'Hospitalisation à Domicile

### Un choix médico-économique pertinent

- La T2A MCO en cours de déploiement dans les établissements hospitaliers amène ces derniers à se concentrer sur les soins à forte valeur ajoutée et à réduire la durée des séjours
- La démographie des professions de santé libérales, médecins et infirmiers, oblige à trouver de nouvelles organisations et à mieux coordonner les pratiques.
- La nécessité de limiter la progression des dépenses de santé conduit à rechercher toute solution médicalement de qualité mais moins coûteuses que l'hospitalisation traditionnelle.

## L'Hospitalisation à Domicile

### Les enjeux à venir (#1)

- Être un pont entre la médecine hospitalière et la pratique ambulatoire
- Défendre la conception de l'HAD comme une offre de soins à part entière, polyvalente et généraliste pour un territoire de santé
- Mailler tout le territoire et mettre en œuvre les autorisations existantes
  - 25% des places autorisées au secteur public ne sont pas opérationnelles ; ce qui nécessite un savoir-faire et d'y consacrer des moyens humains pour la mise en œuvre

## L'Hospitalisation à Domicile

### Les enjeux à venir (#2)

- Sécuriser la question du médicament :
  - Approvisionnement,
  - Circuit du médicament
  - CBUM...
  
- Ne pas considérer la T2A comme un effet d'aubaine
  - Équilibre économique et taille critique
  - Evaluation des coûts
    - Contrôles assurance maladie



## L'Hospitalisation à Domicile

### Les enjeux à venir (#3)

- Développer des systèmes d'information performants entre tous les acteurs de la prise en charge grâce aux progrès des technologies de de communication (dossier commun, outils de pilotage)
- Structurer les relations avec les services des urgences pour éviter des ré-hospitalisations et suivre le développement des interventions des établissements d'HAD en EHPAD (*depuis mars 2007*)
- Accueillir des étudiants en médecine en stage de découverte et proposer les établissements d'HAD comme terrain de stage des internes de médecine générale



FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS  
D'HOSPITALISATION  
À DOMICILE

## 5. La FNEHAD



## La FNEHAD

- Seule fédération représentative de l'HAD
- **Regroupe des établissements privés (lucratifs et associatifs) et publics**
- Nous contacter :  
***FNEHAD***  
***14, rue Vésale - 75005 Paris***  
***01.55.43.69.95***
- Retrouver l'actualité de l'HAD en ligne : [www.fnehad.fr](http://www.fnehad.fr)