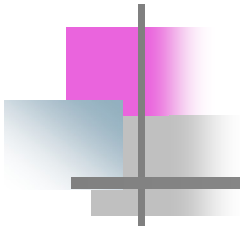


Le développement des services de soins hospitaliers à domicile : France, Canada, Australie, Royaume-Uni



CALASS - Samedi 7 octobre 2006 - Milan

Dr Laure COM-RUELLE, Directeur de recherche



Plan

- I. Problématique, Définition des SHAD
- II. Niveaux d'information variables
- III. Contexte du développement
- IV. La volonté politique
- V. Les modalités de financement
- VI. La coordination intersectorielle
- VII. L'ancrage institutionnel
- VIII. Zoom sur la prise en charge du cancer
 - Chimiothérapie, Soins palliatifs
- IX. Point sur l'évaluation médico-économique des SHAD
- X. Conclusion



I-1 – Problématique

- **Réflexion sur l'opportunité de maintenir et d'étendre les services de soins hospitaliers à domicile en France**
 - Alternative aux soins traditionnellement réalisés à l'hôpital
 - Etude à la demande de la DHOS et de la DSS
- **Mesure des enjeux**
 - Amélioration de la qualité des soins médicaux
 - Articulation entre la ville et l'hôpital
 - Démographie populationnelle
- **Apport des études sur les expériences étrangères**
 - Contexte et conditions de leur mise en œuvre
 - Freins et moteurs de leur développement
 - Choix des pays d'après la littérature disponible en 2003
 - revue de la littérature, recherches sur Internet, contacts institutionnels : quelques limites



I-2 – Définition des SHAD

■ Les services de soins hospitaliers à domicile : SSHAD

« Les services de soins hospitaliers à domicile prennent en charge le patient sur son lieu de vie et offrent des soins techniques, plus ou moins complexes et intenses et qui, en l'absence de tels services, nécessiteraient une hospitalisation. »

■ Trois notions conjointes

1- Substitution :

- substitut total (admission évitée)
- ou partiel (sortie anticipée ou entrée retardée) à l'hospitalisation

2- Nature des soins : ⇒ prise en charge globale du patient

- Soins médicaux ponctuels, soins continus, soins palliatifs, soins de rééducation ou réadaptation fonctionnelle
- Professionnels de santé + assistants sociaux + aide à domicile

3- Coordination :

- lourdeur/complexité des soins, intervenants multiples

■ Types de soins délivrés variables

- selon pays, expériences ou programmes, malades



II – Des niveaux d'information variables

- France : beaucoup d'information
- Australie : 'Hospital in the home' (HI TH) bien documentée
 - ☞ National : organisation, activité, informations patients et motifs de recours
 - ☞ Décentralisation ⇒ grande diversité d'organisation et de financement
- Canada, RU : pas d'information centralisée quantitative sur les SHAD
 - ☞ Informations parcellaires : 'extra-mural hospital', 'hospital at home'
 - ☞ Informations abondantes : 'home care', 'home health care' ≈ soins à domicile en général, dont certains SHAD tels que les soins de réadaptation
- Les pays ayant le moins publié offrent la vision d'un développement plus limité des SHAD dans le champ des soins hospitaliers aigus et intensifs

III – Contexte du développement

Demande et offre de soins hospitaliers

- Le degré de technicité et d'acuité des soins varient
- France et RU : population âgée et densité territoriale
≠ Australie et Canada
- La pression exercée sur les lits hospitaliers est déterminante
- ✓ **RU** : encombrement de lits de soins aigus (listes d'attente)
⇒ faible technicité des SHAD
- ✓ **Canada** : début id. RU ⇒ faible technicité des SHAD
puis fortes compressions de lits d'aigus ⇒ extension aux soins hospitaliers aigus
- ✓ **Australie** : insuffisance d'offre de « soins aigus » (listes d'attente)
⇒ soins hautement techniques en SHAD dès le début
- ✓ **France** : émergence comme en Australie ⇒ soins aigus et ponctuels pour cancéreux
puis extension comme au RU ⇒ soins continus et soins de suite et réadaptation
- ↪ **RU & Canada** : SHAD = malades chroniques ou personnes âgées
(informations parcellaires)
- ↪ **France (HAD) & Australie (HITH)** :
SHAD = Soins aigus avant Soins de suite et réadaptation (substitut total ou partiel)



IV – La volonté politique

- **Australie (HITH) : forte volonté politique de développement des SHAD (1990 et +)**

→ expérimentations, études d'évaluation, recueil d'informations, changements législatifs

⇒ HITH = 4% des lits d'hospitalisation aigus

- **Canada & RU : réponse aux contraintes imposées par le système**

☞ **Canada** : compression budgétaire → fermeture lits d'aigus

Un seul véritable SHAD au New Brunswick

☞ **RU** : les autorités locales doivent rembourser les journées d'hospitalisation « inutiles »

Années 70 à fin 90 : quelques programmes de SHAD notamment en chimiothérapie

- **France (HAD) : freins importants levés récemment & 1^{ères} incitations**

« Taux de change » aboli

Tarifification à l'activité en HAD (T2A)

Ressources supplémentaires pour les soins palliatifs

SROS 3 en 2006

⇒ HAD : 4000 places = 2,3% des lits d'hospitalisation aigus en 2000

→ 8000 places en 2005 et 15000 places en 2010

V-1 – Les modalités de financement (1)

= Facteur essentiel de réussite

■ Financements initiaux et à plus long terme

Coûts d'investissement à la création, coûts de développement, puis financement adapté

■ Cohérence avec le financement du système de soins

Y a-t-il transfert de dépense ?

le SHAD est-il un substitut ou un service additionnel ?

Le SHAD a-t-il un ancrage hospitalier ?

➤ Si oui ⇒ prise en compte de l'activité SHAD déterminante

■ Le coût médical est dépendant du contexte, des protocoles de soins et des aspects organisationnels

ex. chimiothérapie

☞ Coût moyen journalier en faveur du SHAD

☞ Si raisonnement en coût marginal :
parfois le coût création place SHAD > coût d'1 patient supplémentaire en lit d'hospitalisation complète

V-2 – Les modalités de financement (2)



Exemples

- **Le plus souvent ⇒ Transferts de charges financières vers sphère privée**
⇒ **Inégalités d'accès au SHAD**

1- Prestations médicales en sus

□ France (Com- Ruelle, 2003)

Toutes les prestations médicales doivent être incluses dans le tarif d'HAD (T2A)

□ Australie (Shanahan, 2001)

Ex. : Tâches de supervision des libéraux non rémunérée ⇒ limite leur participation

Freins identifiés ⇒ changements législatifs

□ Canada : SHAD ≠ « services essentiels » ⇒ non couverts par Loi canadienne de santé

Ex. = matériel et médicaments (idem RU) ± bien couverts par Provinces (idem RU)

⇒ loi et engagement 2004 pour couvrir les soins aigus à domicile au 1^{er} dollar d'ici 2006

2- Prestations sociales en sus

Ex. Aide-ménagère : non couverte (Canada) ou sous conditions de ressources (RU, France)

Ex. Travail des aidants informels jamais pris en compte (tous les pays)



VI – La coordination intersectorielle

■ Coordination Hôpital/ Ambulatoire/ social ⇒ « Guichet unique »

1- Un seul intervenant évalue les besoins médicaux et sociaux et mobilise les acteurs

☞ Parfois manque de communication

□ Ex. Québec (CLSC) : critères d'éligibilité cliniques seulement,
pas de référence aux ressources disponibles à domicile

☞ Manque de formation des professionnels, des patients et des aidants

2- Financement conjoint du sanitaire et du social selon des logiques appropriées

□ Australie (Etat de Victoria) : financeur unique pour SHAD

□ Canada : services sanitaires communautaires courants et sociaux « intégrés »

□ RU : NHS & autorités locales ⇒ mise en commun des moyens humains et des budgets
(2000)

□ France : HAD assure une prise en charge globale
⇒ aide-ménagère parfois financée par Assurance maladie

VII – L'ancrage institutionnel et l'acceptabilité des programmes

■ Grande diversité selon les pays et les régions

- France : avant T2A, hôpit aux publics non incités à développer l'HAD
- Australie : la faisabilité du SHAD dépend de l'acceptabilité des personnels hospitaliers
- RU : la faisabilité du SHAD dépend de l'acceptabilité des professionnels hospitaliers
 - ☞ Obstacles au développement si les SHAD ne sont pas hospitaliers
- Canada : prise en charge communautaire ⇒ problèmes de coordination
 - ☞ sauf Programme de soins extra-muraux du Nouveau-Brunswick : autonome

↪ L'ancrage institutionnel a un impact quand :

- ⇒ plusieurs offreurs sont en concurrence
- ⇒ il implique un transfert de responsabilité d'un professionnel à l'autre

VIII-1 – Prise en charge du cancer en France

■ **2003 : création du Plan Cancer et de l'Institut National du Cancer**

■ **La moitié des patients en HAD souffrent de cancer**

Les protocoles principaux (PP) les plus fréquents :

● **Chimiothérapie** → 22% des PP parmi les admissions en HAD

- ✓ Études de satisfaction, études de coûts
- ✓ Circuit du médicament compliqué

● **Soins palliatifs (SP)** → 18% des PP parmi les admissions en HAD

- ✓ Mesures incitatives au développement
- ✓ Unités hospitalières, unités mobiles, HAD, réseaux
- ✓ Définition étendue des soins palliatifs à domicile

↳ Les incitations financières pour les soins palliatifs reflètent la volonté politique de les développer ; cependant, le prix élevé accordé au GHS chimiothérapie en hospitalisation de jour crée une incitation à garder les patients à l'hôpital, alors que le GHT en HAD est largement moins valorisé.

VIII-2 – Prise en charge du cancer en Australie

Patients cancéreux = premiers bénéficiaires du développement des SHAD et des soins palliatifs (idem France)



La chimiothérapie

→ 1^{er} motif de recours aux SHAD généralistes ou spécialisés



Satisfaction des patients, ∟ infections nosocomiales,
importance de la formation des soignants



Quelques résistances au changement d'organisation liées aux mentalités



Les soins palliatifs (SP)



Définition étendue



Incitations politiques et financières au développement

→ Poids du cancer : 9 patients sur 10 en 1998 ;

20% des décès pour cancer en 2000 vs 5% en 1981 ;

plus de jeunes au niveau communautaire (rôle de l'entourage familial)



L'importance des services de soins communautaires délivrant de la chimiothérapie et des Soins palliatifs démontre une volonté d'intervenir sur le lieu de vie habituel du patient (y compris en zone rurale) et témoigne de leur succès.

VIII-3 – Prise en charge du cancer au Canada

Le cancer est à l'origine de 30% de la mortalité globale

● **La chimiothérapie**

Littérature quasi inexistante, pas de base de données, lieu délivrance pas toujours repérable

- Délivrée à l'hôpital, centres locaux de soins communautaires (CLSC), à domicile (per os)
 - ✓ Coût des médicaments non financé à domicile par la Loi de santé canadienne
- Quelques programmes identifiés

● **Les soins palliatifs**

Organisation proche de la France : lits, unités, réseaux de ville (notion de 'soins de continuité')

- Définition étendue également
- Plusieurs lieux possibles : souvent à domicile (équipe pluridisciplinaire spécialisée)
- Des freins au développement de services coordonnés et intégrés :
 - seulement 10% canadiens ont accès aux SP à domicile

⇒ **Financement = frein majeur ; la Commission Romanov améliore ce point (2004)**

→ **Sous palliatifs dans la Loi de santé canadienne en 2004 : 89,3 millions de \$, patients dont pronostic < 6 mois**

VIII-4 – Prise en charge du cancer au Royaume-Uni

- Organisation basée sur les réseaux (5 modèles) ;
Chimiothérapie non basée sur les Soins à domicile
- NHS Cancer Plan 2000 : 34 réseaux en 2004, prennent en charge ¼ des patients
→ prévention, traitement, soins palliatifs (plan de soins)
- **La chimiothérapie** → Manque de données chiffrées sur chimiothérapie à domicile
 - ✓ Quelques compagnies privées à but lucratif offrent ce service aux hôpitaux du NHS
- **Les soins palliatifs** → Fort maillage sur territoire mais pénurie dans tous secteurs
 - Plusieurs types de structure possibles
 - Variations très fortes entre les différentes régions
 - ↳ Le NHS prévoit d'investir £ 50 millions dans les soins palliatifs spécialisés d'ici 2004
- ↳ **Chimiothérapie : peu de place à domicile**
→ résistance des oncologues, manque de formation
- ↳ **Soins palliatifs : 3 structures/10 sont des équipes de Soins à domicile, elles traitent plus d'1/3 des patients en Soins Palliatifs/an, presque tous cancéreux**

IX – Point sur l'évaluation médico-économique étendue à d'autres pays

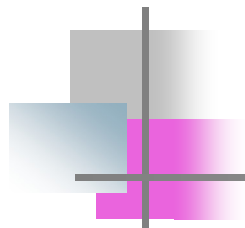
- Soins aigus, chimiothérapie et soins palliatifs
 - Résultats qualitatifs positifs
 - Médicaux (mortalité, morbidité, qualité de vie) ; Satisfaction des patients
 - Résultats économiques dépendent du contexte
 - Si substitut **total** de soins aigus : Coût de l'épisode moindre en SHAD
 - Mais le résultat dépend du contexte (Taille, taux d'occupation)
⇒ il faut parfois raisonner en coût marginal
 - Si substitut **partiel** de soins aigus : résultat moins net car il dépend de :
 - Durée totale de l'épisode de soins (hospitalisation + SHAD)
 - Pathologies
 - Conclusions non transposables à la France
 - Bilan par l'ANAES en 2004 sur la chimiothérapie : favorable à l'HAD
 - Cas des Soins palliatifs : peu d'études comparatives,
→ plus de satisfaction pour un coût équivalent ou inférieur
- ⇒ **Impact majeur du contexte local ⇒ Identifier les facteurs ressources localement**
- ⇒ **Tout changement ou toute réforme engage l'ensemble du système de soins**
- ⇒ **La volonté politique doit s'exprimer (ex. privilégier les soins de proximité)**



Conclusion

- Importance du rôle du progrès médical et technique +++
- **Déficit**
 - Mauvaise connaissance du système
 - Manque de communication ville/ hôpital
 - Besoin de formation des médecins généralistes, des personnels paramédicaux, des patients et de l'entourage (aidants informels)
- **Question**

Danger de contraindre le SHAD dans une définition trop rigide ?
- **Perspectives**
 - Accroître la souplesse du système des soins gradués,
 - S'adapter aux besoins liés à la démographie,
 - S'adapter et intégrer les progrès thérapeutiques en temps réel



Pour en savoir plus : <http://www.irdes.fr/>

International

QES IRDES n° 91, série analyse, décembre 2004

Le développement des services de soins hospitaliers à domicile : éclairage des expériences australienne, britannique et canadienne, *Karine Chevreul, Laure Com-Ruelle, Fabienne Midy, Valérie Paris*

→ *Rapport complet paru en 2005 ;*

→ *Rapport sur les aspects d'évaluation économique à paraître*

Biblio CREDES 1045, octobre 1994

L'hospitalisation à domicile : un tour d'horizon en Europe, aux Etats-Unis et au Canada, *Nadine RAFFY*

France

QES IRDES n°77, série résultats, décembre 2003

Indicateurs d'état de santé des patients hospitalisés à domicile (ENHAD 1999-2000), *Laure Com-Ruelle, Emmanuelle Lebrun*

QES n°67 IRDES, série analyse, et Rapport IRDES N°1484, juin 2003

Le coût de prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD)

Anne Aligon, Laure Com-Ruelle, Thomas Renaud, Emmanuelle Lebrun

Rapport CREDES N°958, février 1993

Le fonctionnement des services d'H.A.D. : évolution 1980 – 1992, *Laure Com-Ruelle, Nadine RAFFY*

Rapport CREDES N°998, 1994

Quel avenir pour l'hospitalisation à domicile ? Des freins et des facteurs en faveur de son développement, *Laure Com-Ruelle, Nadine RAFFY*

Biblio CREDES 1003, 1994

La place des cancers en H.A.D. en 1991/1992, son évolution depuis 1982 et les perspectives, *Laure Com-Ruelle*

Biblio CREDES 1007, 1994

Les patients hospitalisés à domicile en 1992, *Laure Com-Ruelle, Nadine RAFFY*

Merci de votre attention !

