

L'hôpital de demain sera-t-il à domicile ?

*La place et les perspectives du modèle d'hospitalisation à domicile
(HAD)*

« à la française » dans le système de santé

Dr Laure COM-RUELLE comruelle@irdes.fr

Directeur de recherche

Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)

Paris France

Tema : Nuevos modelos organizativos (*SESIÓN 10 Sala 6*)

CALASS 2014 – Granada – 4, 5 y 6 septiembre 2014

Plan

- Définition
- Objectifs
- Contexte
- Matériels et Méthodes
- Résultats
- Discussion et Conclusion

Qu'est-ce que l'HAD « à la française » ? (1)

↪ *Des Soins hospitaliers à domicile (SHAD),
à la charnière de l'hôpital et de la ville*

Décrets d'octobre 1992, circulaires de mai 2000

- ✓ Les services de soins hospitaliers à domicile (SHAD) 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 conventionnelle .
- ✓ L'HAD concerne les malades atteints de **pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables**. L'HAD a pour objectif d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation en service de soins aigus ou de suite et réadaptation, lorsque la prise en charge à domicile est possible.

Qu'est-ce que l'HAD « à la française »? (2)

↳ *Mini-réseau en soi inséré dans un réseau ville-hôpital plus vaste*

– Trois notions conjointes

1- Substitution

→ *hospitalisation conventionnelle évitée, admission retardée ou sortie anticipée*

2- Prise en charge globale

⇒ *palette de soins variés, professionnels de santé-social-aide à domicile*

3- Coordination intersectorielle

→ *lourdeur/complexité des soins, intervenants multiples*

– Choix du malade et de sa famille

→ **Intérêt des caractéristiques psychosociales et familiales**

Objectifs

Réflexion sur le positionnement stratégique de l'hospitalisation à domicile (HAD) en France

- Comment le modèle d'HAD « à la française » peut-il répondre aux nouveaux besoins sanitaires ?
- Quelle vision prospective proposer ?
 - ✓ en s'appuyant sur les bonnes pratiques
 - ✓ et les innovations
- ⇒ Plusieurs *scenarii* d'évolution
- ⇒ voire des recommandations de politiques publiques

Contexte (1)

Nécessité de réformer le système de santé
pour assurer ses missions auprès de la population

Enjeu des politiques de santé face aux grandes tendances actuelles

- Vieillissement de la population
- Augmentation des maladies chroniques et de la polypathologie
- Augmentation rapide des dépenses de santé
 - France 2011: la dépense courante de santé (DCS) = 240,3 mds€, 12,0 % de son PIB
soit + 59 % en prix courants depuis 2000 et + 30 % en prix relatifs 2005
 - dont la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) = 180 mds€,
la CSBM est financée par l' Assurance maladie obligatoire à ≈ 75%
- Contexte financier contraint
- Inégalité sociales et territoriales de santé (ISTS)
 - Dépenses restant à la charge des patients ↗ et « déserts médicaux » ↗

↳ **Agir pour améliorer la qualité des soins et accroître l'efficacité de l'offre de soins,
en ville comme à l'hôpital**

Contexte (2)

Nécessité de réformer le système de santé
pour assurer ses missions auprès de la population

L' hôpital occupe une position particulière

- Plateau technique, soins médicaux et chirurgicaux
intra-muros et extra-muros
 - Qualité des soins : infections nosocomiales à l' hôpital intra-muros
 - Répartition inégale de l' offre de soins sur le territoire
- Budget de l' Assurance maladie : près de la moitié des dépenses de santé

↳ **Profondes mutations dans les années à venir**

L' HAD est un établissement de santé à part entière

- L' HAD « à la française » = Concept innovant quoique ancien (≈ 60 ans)
- Organisation et fonctionnement moderne, à la charnière des secteurs hospitalier, ambulatoire, médico-social et social

↳ **Quel avenir et quelle place au sein d' une offre de soins multiple ?**

⇒ **Réflexion sur son positionnement stratégique**

Matériels et Méthodes (1)

Revue de littérature française et étrangère

- Identifier les différents modèles d' HAD existants
- Connaître leur évolution depuis l' origine

Données exhaustives du PMSI-HAD

(PMSI : programme de médicalisation des systèmes d' information)

→ Etat des lieux actuel de l' offre d' HAD et de la patientèle en France

Entretiens semi-dirigés et interviews des acteurs clés en 2013

- ✓ Professionnels de l' HAD, Fédérations hospitalières,
- ✓ Direction générale de l' offre de soins (DGOS) du ministère de la santé,
- ✓ Agence technique de l' information sur l' hospitalisation (ATIH), etc.

↳ *Quels sont les travaux en cours pour faire évoluer le modèle d' HAD ?*

↳ *Quelles sont les réflexions menées sur les perspectives d' évolution ?*

Matériels et Méthodes (2)

Description de l' historique et de la place actuelle de l' HAD

- Missions, mode de fonctionnement, financement
- Implantation géographique, activité, motifs et soins dispensés, trajectoires de patients (provenance et destination)
- Identification des atouts et des limites de l' HAD en France

Puis, à partir des constats :

→ **Analyser et dégager les évolutions souhaitables**

↳ *Dans quelle proportion l' HAD peut-elle continuer*

→ *à se développer significativement*

→ *et pour quelles orientations dans ses prises en charge ?*

Résultats

Des interrogations
puis une réelle volonté politique
de favoriser le développement des HAD

Les missions de l' HAD aujourd' hui (1)

Une formule de soins hospitaliers moderne centrée autour du patient et qui s' adapte

✓ Pour qui ?

Une formule qui s' adapte à la prise en charge *de la naissance à la fin de vie*

- ✓ *Prise en charge au sein familial*
- ✓ *Quelle que soit la condition sociale*

Une formule qui tient compte et intègre l' *entourage du patient*

✓ Pourquoi ?

Une alternative bien adaptée au traitement de *nombreuses maladies*

- ✓ *Cancer, maladies neurologiques, cardiovasculaires, etc.*
- ✓ *Episodes aigus ou plus longs, rééducation-réadaptation...*

✓ Quels soins ?

Une *prise en charge globale*

Des soins *comparables à ceux prodigués en hospitalisation conventionnelle*

- ✓ *Maladies principale et associées et prise en charge médico-sociale*
- ✓ *Soins médicaux, produits pharmaceutiques, matériel et mobilier médical, transports sanitaires... et aide à domicile*
- ✓ **Continuité et permanence des soins** (24 H/24, 7 J/7)

Le diagnostic est fait en amont de l'HAD, souvent à l'hôpital.



L'HAD délivre le traitement prescrit sur la base d'un projet thérapeutique global et assure le suivi.

Les missions de l' HAD aujourd' hui (2)

La coordination des professionnels intervenant autour du patient

✓ *Qui coordonne ?*

- ✓ Le **médecin coordonnateur**, référent médical de la structure d'HAD, prononce les admissions sur la base d'un [projet thérapeutique](#)
- ✓ L'**infirmière coordinatrice** gère les interventions paramédicales

✓ *Quels intervenants ?*

- ✓ A la charnière des secteurs **hospitalier, ambulatoire, médico-social et social**
- ✓ Une **équipe pluridisciplinaire** de professionnels de santé et médicaux-sociaux
 - *Les salariés de la structure : assistante sociale, soignants paramédicaux, administration, etc.*
 - *Les pharmaciens (pharmacie hospitalière –PUI– ou officine)*
 - *Les professionnels libéraux de ville (médecins et infirmiers)*
 - *Les médecins spécialistes hospitaliers*
 - *Les prestataires de service (location de matériel médical)*

✓ *Quels outils ?*

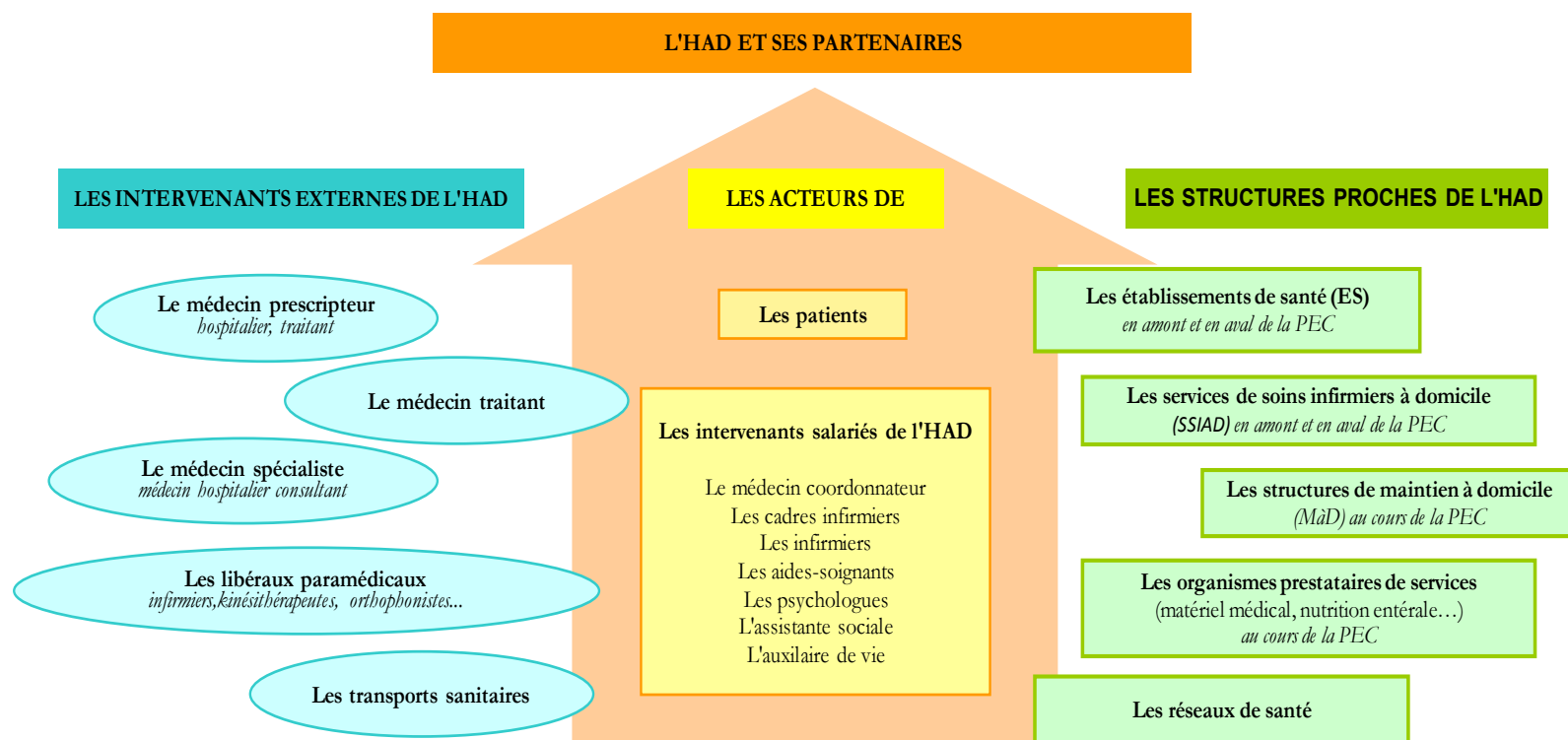
- ✓ Un **carnet de liaison** entre les intervenants
- ✓ Un **système d'information** médicale au service de la connaissance (médicale) et de gestion (tarification à l'activité -T2A, Assurance maladie obligatoire -AMO)
- ✓ La **télé médecine** au service de la télésurveillance et de la téléconsultation

Le fonctionnement de l'HAD aujourd'hui (1)

- ⇒ Véritable petit **réseau** en soi au sein d'un réseau plus large
 - La notion de **coordination** domine
 - Equipe **pluridisciplinaire** d'intervenants médicaux capables d'anticiper
- Le personnel soignant se déplace **au domicile du patient** où il est à sa disposition
- L'HAD est **proposée** et non imposée,
 - sur prescription médicale hospitalière ou de ville,
 - sur la base d'un projet thérapeutique « sur mesure »
- **Prise en charge globale** des patients (pas seulement d'une maladie)
- **Vocation généraliste** (toutes pathologies)
mais il existe certaines HAD spécifiques

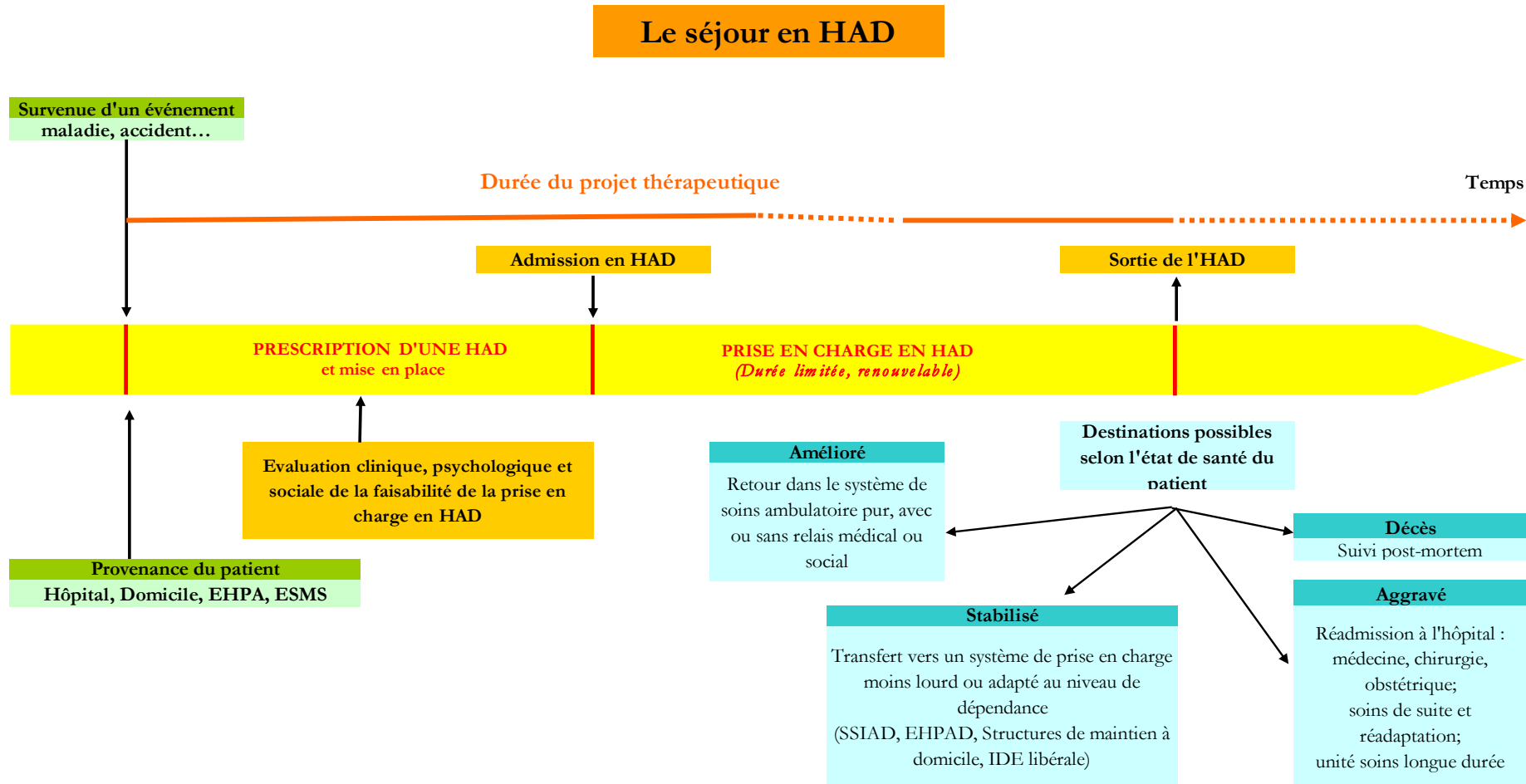
Le fonctionnement de l'HAD aujourd'hui (2)

Coordination, pluridisciplinarité, anticipation



Le fonctionnement de l'HAD aujourd'hui (3)

Comment se déroule un séjour en HAD ?



Des premières expériences d'HAD à nos jours (1)

une histoire de pionniers innovants

semée d'obstacles administratifs et culturels levés peu à peu

Premières expériences d' HAD

✓ Réponse à l' engorgement des hôpitaux

✓ Mais méconnaissance générale:

⇒ *vécue comme concurrente du secteur libéral de ville, méfiance*

✓ Rémunération disparate et opaque

⇒ *sélection de patients,*

→ *manque d' études économiques notamment...*

✓ Cependant, satisfaction des patients, de leur entourage et des professionnels de santé

L' éclairage des études scientifiques

✓ Apport des études françaises sur l' HAD et enseignement des modèles étrangers de SHAD

↳ Une volonté politique de développement plus forte depuis le début des années 2000

Des premières expériences d'HAD à nos jours (2)

une histoire de pionniers innovants

semée d'obstacles administratifs et culturels levés peu à peu

⇒ Changements récents

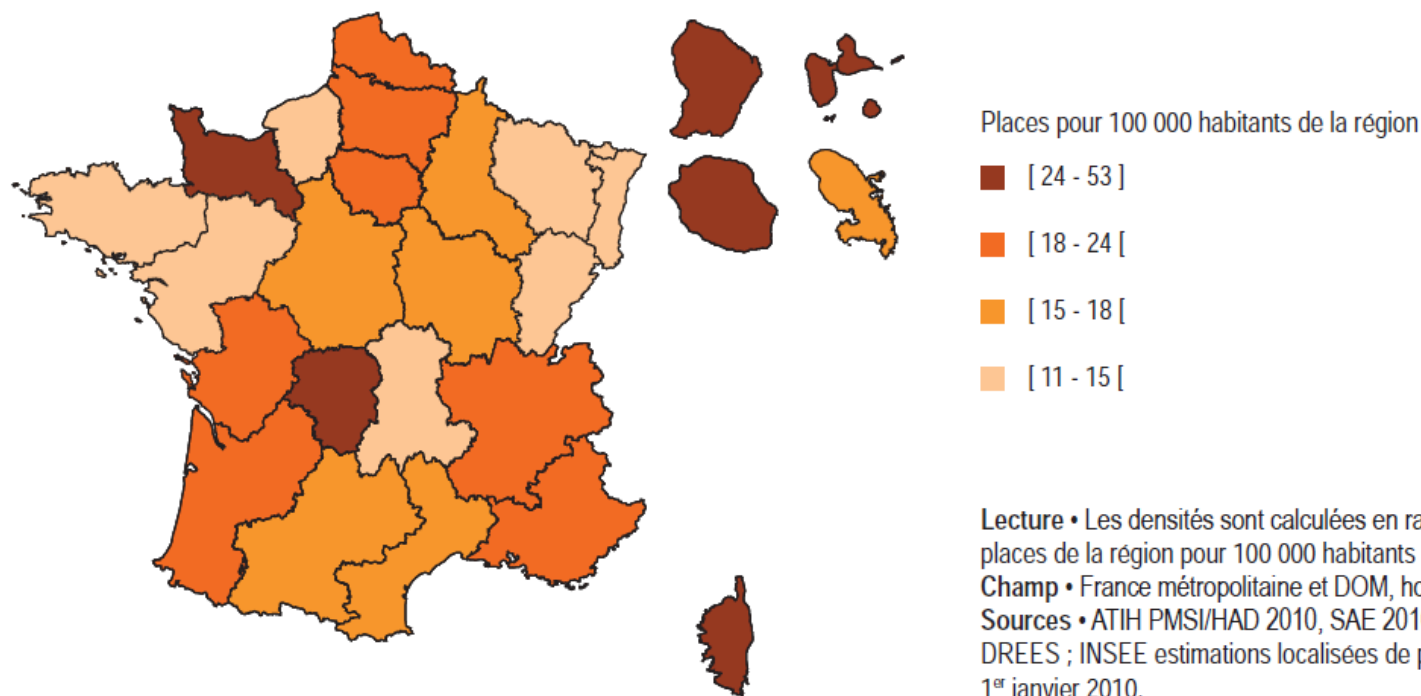
- Freins importants levés (administratifs, techniques et culturels)
- + mise en place d'incitations, dont :
 - Reconnaissance officielle de l'activité d'HAD + outils de professionnalisation
 - Annulation du taux de change pour créer une place d'HAD (fermer 2 places d'hospitalisation classique)
 - Objectifs d'implantation d'HAD inscrits dans les Schémas régionaux d'organisation sanitaire de 3^e génération (SROS 3)
 - Tarification à l'activité (T2A) spécifique depuis 2005, basée sur les coûts observés et le recueil informatique exhaustif des séjours (PMSI-HAD)
- ⇒ intérêt à agir et favorise la qualité des soins et l'équité entre établissements
- Mais d'autres freins sont apparus, dont :
 - L'hospitalisation de jour (HJ) est plus rémunératrice pour les hôpitaux (à champ superposable) ⇒ auto prescription d'HJ plutôt que d'HAD (ex. chimiothérapie anticancéreuse)
- ⇒ Nécessité de ré-estimer les tarifs T2A : Etudes nationales de coûts (ENC) HAD, MCO et SSR

Où en est le développement de l'HAD ? Etat des lieux

(1)

Une couverture du territoire révélant de fortes disparités en 2010

- ✓ L'HAD est un service de proximité inscrit dans la Loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires (HPST) de 2009 qui affiche un objectif d'accès à des soins de qualité pour tous.
- ✓ Chaque département français, D.O.M. compris, est enfin pourvu au moins d'une structure d'HAD.
- ✓ Cependant, il subsiste des disparités en nombre de places, de patients pris en charge et de journées d'HAD : fortes au niveau régional, ces inégalités deviennent criantes au niveau des territoires de santé.
- ✓ La plupart des structures d'HAD nouvellement créées sont de taille trop petite (efficience si >30 places)



Où en est le développement de l' HAD ? Etat des lieux (2)

La plupart des indicateurs d' activité en HAD sont en progression régulière

Mais l' objectif de 15 000 places installées et opérationnelles en 2010 n' était pas atteint

➤ En 2010, on comptait :

302 structures d'HAD en France

12 387 places installées

152 139 séjours effectués

1 million de patients distincts

4 millions de journées

➤ Le secteur privé non lucratif prédomine :
en % journées

64 % : secteur privé non lucratif

26 % : secteur public

10 % : secteur privé lucratif

➤ Motifs principaux à l' admission :

✓ **60 %** des journées =

Soins palliatifs (24,5%)

+ Pansements complexes (20,3%)

+ Assistance respiratoire ou nutritionnelle (14,9%)

✓ **40 %** = autres :

Soins de nursing lourds (9,6%)

Périnatalité (6,4%)

Post-traitement chirurgical (5,4%)

Traitements intraveineux (5,0%)

Soins techniques de cancérologie (4,6%)

➤ En 2011, l' activité d' HAD reste marginale :

Par rapport à l' hospitalisation en MCO + SSR (*Médecine-Chirurgie-Obstétrique + Soins de Suite et Réadaptation*)

3,9 % des journées

0,8 % des patients

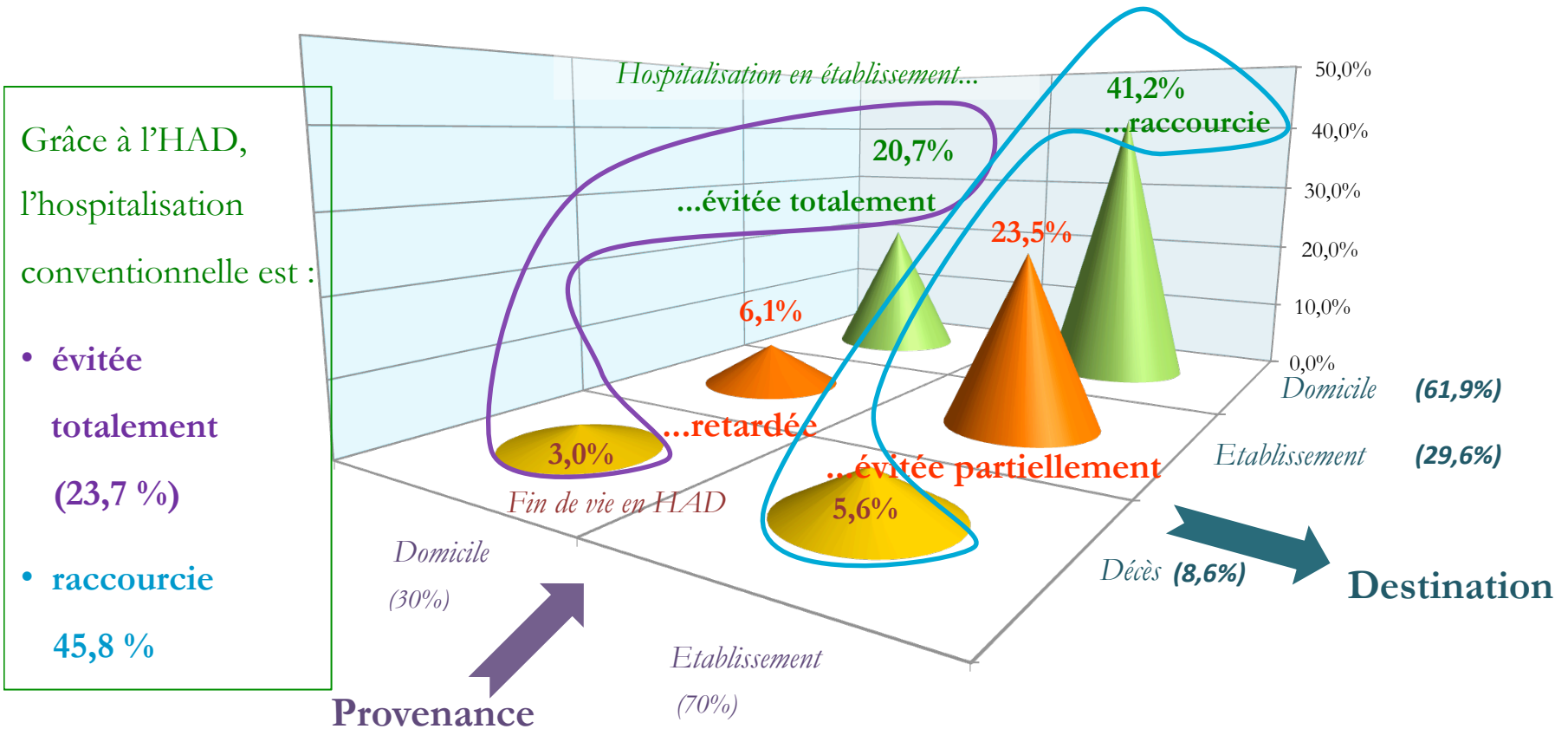
0,6 % des séjours

Le parcours de soins

Trajectoires de patients (provenance et destination)

L'évolution récente des trajectoires traduit à la fois l'utilisation croissante de l'HAD comme aval de l'hospitalisation conventionnelle et une lourdeur plus importante des patients admis en HAD.

Patients ayant effectué un séjour en HAD en 2010 (en % ; Total = 127 637 séjours hors SSA)



Synthèse (1) - Atouts :

Intérêt technologique, économique et humain de l' HAD

☺ HAD : une alternative de choix en termes de coût et de qualité

☺ Qualité des soins : *personnel bien formé et moins d'infections nosocomiales*

☺ L'HAD est moins coûteuse pour l'Assurance maladie à champ superposable* :
que l'hospitalisation classique ou l'hospitalisation de jour (HJ) (cf. QES IRDES n°119)

→ Ex. : HAD versus SSR (Soins de suite et réadaptation) (données 2007, Ratio R° 1,6)
Coût moyen journalier (CMJ) = 263 € (SSR) versus 169 € (HAD) en moyenne :

→ **V** le degré de dépendance (R° 1,6 à 1,9), le profil médical de base* (R° 1,4 à 1,9)

→ R° maximal chez les enfants (2,5) ; il diminue avec l'âge chez les adultes (de 1.6 à 1.4)

☺ Satisfaction : *patients, entourage, soignants en HAD*

☺ Simplicité par « Guichet unique » : *admission, prise en charge globale, financement*

☺ Flexibilité et fluidité des parcours de soins : *charnière ville/ hôpital*

* On distingue 6 profils médicaux de base: 1-Rééducation-Réadaptation-Réinsertion, 2- Soins de suite, 3-Soins post-chirurgicaux, 4-Soins palliatifs, 5-Nutrition artificielle, 6-Assistance respiratoire)

Synthèse(2)

Malgré les avancées récentes, il subsiste **quelques limites**


- ☹️ Nécessité fréquente d'un entourage aidant
 - *Respecter les indications médicales et le contexte socio-familial*

 - ☹️ Autres facteurs d'amélioration

 - ☹️ Poursuivre la levée des freins culturels
 - Méconnaissance, Insuffisance de communication hôpital/ville

 - ☹️ Corriger les freins techniques (*administratifs, législatifs*)
 - Faire évoluer le modèle de T2A-HAD
 - Mais aussi les autres (T2A-MCO et T2A-SSR)

 - ☹️ Progresser sur le formation spécifique à tous les niveaux
 - intervenants (MG aussi), patient, entourage

 - ☹️ Comblers le hiatus dans la graduation des soins
 - en particulier entre SHAD et SSIAD (*Services de soins infirmiers à domicile*)
- ↪  **contours trop Rigides ≠ Souplesse**

Discussion (1)

L'HAD est à un moment charnière de son développement

❖ **Politiques de soutien au développement de l'HAD insuffisamment ciblées, limites patentées**

↪ **Principes et stratégie de réflexion sur l'évolution à venir de l'HAD**

➤ **Point de vue du régulateur (Recommandations) :**

→ l'**efficacité** du système de soins dans sa **globalité** et en **cohérence** prime

⇒ Réfléchir au parcours de soins des patients et à la fluidité du **système dans son entier**

⇒ **Outils communs** pour tracer le parcours de soins du patient (indicateurs PMSI)

➤ **Développer l'HAD, c'est concilier :**

- Concentration croissante des plateaux techniques et
- Prise en charge de proximité (SROS III)

➤ **Logique du financement de l'offre de soins**

- Si **substitution** ⇒ **redéploiement** de moyens
- Si **soins supplémentaires** ⇒ moyens **additionnels**

➤ **Contextes les plus favorables au développement des SHAD**

⇒ **affichage politique clair + enchaînement d'actions**

Discussion (2)

L'HAD est à un moment charnière de son développement

↪ Actions définies

➤ Axes de travail proposés par le ministère de la santé et adoptés :

→ 3 objectifs :

- Positionner avec **pertinence** l'HAD dans l'offre de soins
- Adapter son **pilotage économique et tarifaire** à ses objectifs stratégiques
- Mieux **prendre en compte ses particularités** dans la réglementation

➤ Redéfinition d'orientations nationales en cours

→ Promotion de son **socle de compétences généralistes**

→ Encadrement de sa **diversification** (spécialités)

avec une double attention :

- **Pertinence médico-socio-économique**
- Veiller à son développement auprès des **populations particulièrement vulnérables**.

Il reste donc beaucoup à faire...

Dans quelle proportion l'HAD peut-elle continuer à se développer significativement et pour quelles orientations dans ses prises en charge ?

- ↪ **Référentiels d'indications pertinentes** d'HAD sont en cours d'élaboration
- ↪ Poursuite de la **professionnalisation de ses intervenants**
- ↪ **Scenarii d'évolution** jugés propres à répondre aux besoins actuels
- **Doubler l'activité d'HAD de 2013 à 2018 (5 ans) ⇒**
 - séjours en HAD = 1,2 % des séjours en hospitalisation complète (MCO+SSR),
 - ≈ environ 800 millions d'euros
 - ≈ 1 % des dépenses d'Assurance maladie liées à l'ensemble de l'hospitalisation
 - ⇒ Evaluer la part qui relève de la substitution MCO+SSR
 - ⇒ et celle liée aux effets démographiques et technologiques
- **Doubler tous les 5 ans pendant 20 ans ⇒**
 - HAD < 10 % de l'activité MCO+SSR
 - et moins en termes financiers

Conclusion

- Cette analyse apporte :
 - une série de réflexions prospectives sur l'évolution à venir de l'HAD,
 - des scénarii jugés propres à répondre aux besoins actuels,
 - le point sur son intérêt technologique (dont télémédecine), économique et humain.
- Malgré des scénarii de doublement d'activité tous les 5 ans pendant 20 ans :
 - l'HAD représenterait dans 20 ans toujours moins de 10 % de l'activité MCO+SSR et moins en termes financiers,
 - ce qui paraît toujours peu au regard des besoins, des possibilités technologiques et des souhaits des usagers dans cet intervalle.

↳ **Des travaux ou études sont nécessaires.**

↳ **Les leviers d'action doivent être actionnés.**

Merci de votre attention !

comruelle@irdes.fr