

Rapport sur l'activité d'hospitalisation à domicile en 2011

Juin 2013



Table des matières

Synthèse de l'activité HAD en 2011	3
1. Introduction	4
2. Objectifs	4
3. Description de l'activité d'HAD en 2011	4
a. L'activité globale en 2011 ; les évolutions depuis 5 ans	4
b. Les modes de prise en charge et les associations décrits en 2011	7
c. Les trajectoires globales entrée/sortie en HAD en 2011	15
d. Les trajectoires globales entrée/sortie en HAD pour les 3 principales prises en charge d'HAD en 2011	19
4. L'activité d'HAD entre 2007 et 2011 selon les principaux groupes de population pris en charge	23
a. L'activité d'HAD menée auprès des adultes entre 2007 et 2011	24
i. Adultes de 18 ans et plus	24
ii. Adultes de 75 ans et plus	28
b. L'HAD en pédiatrie entre 2007 et 2011	33
i. Les enfants de moins de 1 an	33
ii. Les enfants âgés entre 1 et 17 ans	36
iii. Comparaison des enfants avec les adultes	40
c. L'HAD en EHPAD entre 2007 et 2011	46
6. Le recueil des actes CCAM en 2011	49
7. Appendices	53

Synthèse de l'activité HAD en 2011

Ce rapport a comme objectif de décrire et de synthétiser l'activité des établissements de santé d'hospitalisation à domicile (HAD) en 2011 à partir des données du PMSI.

Afin d'évaluer les évolutions de l'HAD, l'activité des cinq dernières années est détaillée à la fois au niveau global et sous différents angles : les adultes, les moins de 18 ans, les personnes vivant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et le recueil des actes CCAM.

En 2011, l'activité HAD a poursuivi sa progression avec :

- +2,9% de patients
- +7,6% de journées de prise en charge
- +3,8% d'établissements.

Sur le type d'activités HAD, le nombre de journées en 2011 se ventile principalement entre les soins palliatifs (27,6%), les pansements complexes/soins spécifiques (21,8%) et la nutrition entérale (7,2%).

Les patients concernés par l'HAD sont des adultes avec plus de 95% des journées de prise en charge dont 40% pour les personnes âgées de 75 ans et plus. L'activité pédiatrique représente environ 4% de l'ensemble des journées avec une répartition à part égale entre les enfants de moins d'1 an et ceux de 1 à 17 ans.

Pour l'arrivée des patients en HAD, un peu moins de 70% des séjours de 2011 débutent à la suite d'un transfert ou d'une mutation depuis le secteur de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO).

Pour l'ensemble des patients, les séjours en HAD se terminent majoritairement à domicile (60% en 2011 et 63% en 2007).

En Ehpad, l'activité HAD s'est beaucoup développée depuis 2007 avec un nombre d'établissements HAD intervenant auprès de ces patients multiplié par huit en cinq ans et un nombre de journées d'HAD en forte croissance (2 854 en 2007 et 109 936 en 2011). En moyenne, 60% des séjours d'HAD des patients hébergés en Ehpad commencent depuis cet établissement. Après leur séjour, la majorité des patients reste en Ehpad et environ 30 à 35% des séjours se terminent par le décès du patient.

Depuis 2010, les établissements d'HAD déclarent les actes CCAM effectués lors des séjours des patients. La description de ces actes ne dépassait pas 2% des séjours en 2010 et l'année suivante ce chiffre avoisine à peine les 4%. Sur un total d'environ 57 672 actes CCAM décrits en 2011, 73,3% concernent quatre modes de prise en charge principaux : la nutrition entérale (26,4%), les soins palliatifs (24,3%), l'assistance respiratoire (11,5%) et la nutrition parentérale (11,2%).

1. Introduction

La loi HPST du 21 juillet 2009 reconnaissant l'hospitalisation à domicile (HAD) comme une forme d'hospitalisation à part entière, l'ATIH a décidé à partir de 2010 et en se basant sur les données du PMSI-HAD fournies par les établissements d'HAD (ESHAD), de renouveler, systématiser et enrichir progressivement la description des patients et de leurs séjours d'HAD observés l'année antérieure. Deux premiers rapports sur l'activité HAD 2009 et 2010 ont été publiés dans ce sens.

Le rapport décrivant l'activité HAD 2011 évolue aussi par rapport aux deux premières versions en ne se focalisant, plus exclusivement sur les types de prise en charge (par mode de prise en charge indépendamment des patients), mais en décrivant d'abord les « trajectoires » des patients pris en charge (en considérant les séjours d'amont et d'aval) puis les sous-populations prises en charge. Ainsi, le descriptif détaillé de l'activité d'HAD au global, en fonction de tous les modes de prise en charge (principal MPP ou associé MPA) ou pour la pédiatrie, tel qu'il était présenté en de nombreux tableaux dans les deux rapports précédents est maintenant repris dans le document annexe qui contient également l'analyse des séquences groupées en erreur par la fonction groupage (FG) HAD (GHPC 9999¹).

2. Objectifs

Ce rapport vise à décrire et à synthétiser l'activité décrite par les établissements de santé HAD (ESHAD) grâce au PMSI en 2011. Il a également pour but de présenter les tendances et les évolutions de l'activité d'HAD depuis 2007 tant au niveau global qu'au niveau de certaines populations telles que les enfants, les adultes ou encore les personnes âgées hébergées en EHPAD.

3. Description de l'activité d'HAD en 2011

a. L'activité globale en 2011 ; les évolutions depuis 5 ans

En 2011, 303 établissements ont une activité d'hospitalisation à domicile (cf. les 2 tableaux suivants) ; cette activité hospitalière représente, hors erreurs², 3 714 225 journées (J) d'HAD soit 95,2% du total de journées transmises par ces ESHAD. L'HAD a pris en charge 97 813 patients, âgés en moyenne de 63,8 ans. Sur l'ensemble des séjours en 2011, 145 065 (93.0%) sont terminés dans l'année qu'ils aient ou non commencé en 2011. La durée moyenne de ces séjours est de 25,2 journées.

L'âge moyen des patients a augmenté d'un peu plus d'1 an depuis 2007 passant de 62,3 ans à 63,8 ans en 2011 ; la durée moyenne de séjour terminé suit la même tendance en passant de 23,4 jours en moyenne en 2007 à 25,5 jours en 2011.

¹ Cf. [l'appendice](#) correspondant traitant de la FG HAD.

² Le détail des journées groupées en erreur (la fonction groupage a groupé les RAPSS correspondant en GHPC 9999 ou erreur), soit 4,8% du total de J transmises est décrit dans le document annexe.

Les patients sont principalement traités pour (trois premiers modes de prise en charge principaux MPP) :

- 04-Soins palliatifs (1 023 589 J, soit 27.6% du nombre total de J hors erreur) ;
- 09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) (811 075 J/21.8%) ;
- 06-Nutrition entérale (266 147 J/7.2%).

Entre 2010 et 2011, seuls deux MPP restent les mêmes : les soins palliatifs et les pansements complexes et soins spécifiques. En troisième place des prises en charge principales en 2010, le MPP 14-Nursing lourd laisse la place à la Nutrition entérale (MP 06) avec 7,2% de l'activité en 2011. En 2007 et 2008, les 3 premiers MPP sont les mêmes qu'en 2011.

Les modes de prise en charge associés (MPA) les plus fréquents en 2011 sont :

- 14-Soins de nursing lourds (369 139 J/9.9%)
- 09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) (285 857 J/7.7%)
- 07-Prise en charge de la douleur (277 237 J/7.5%)

L'augmentation de l'activité HAD se poursuit. Depuis 2007, elle se traduit notamment par une augmentation du nombre d'ESHAD transmettant leurs données (+48,5% entre 2007 et 2011 et + 3,8% entre 2010 et 2011). En conséquence, entre 2010 et 2011, le nombre de patients pris en charge et le nombre de journées d'HAD déclarées augmentent aussi : +2,9% et +7,6% respectivement. Cependant, cette augmentation est moins nette que précédemment. Entre 2008 et 2009, le nombre d'établissements HAD avait augmenté de +16,9% et le nombre de journées de +19,3%.

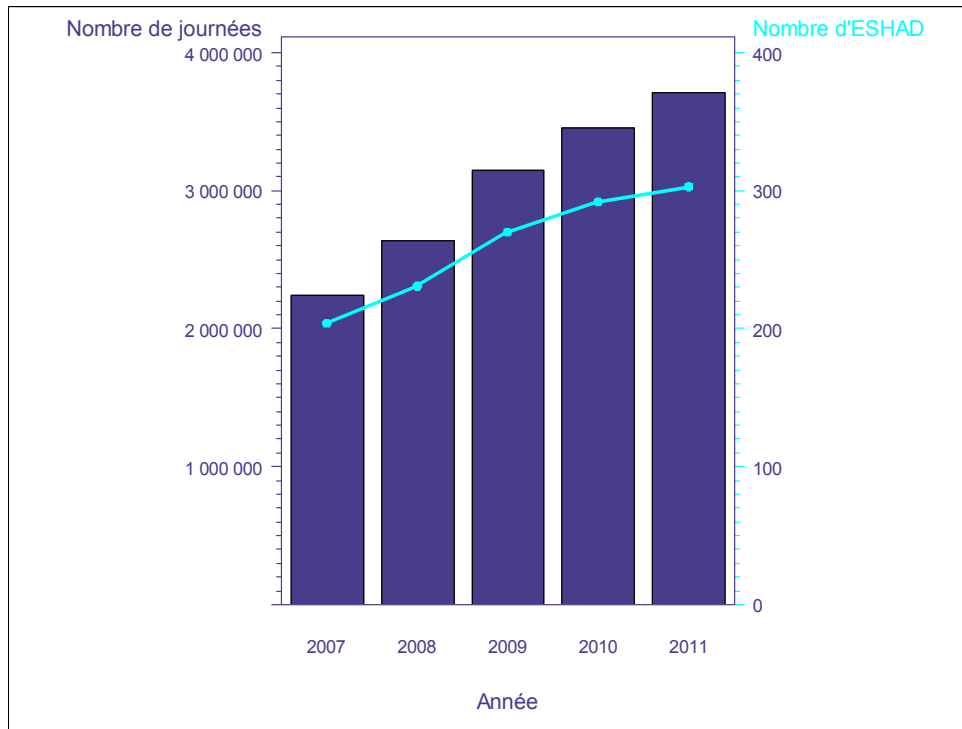
Tableau 1. Aperçu de l'activité d'HAD entre 2007 et 2011 et son évolution

Indicateur	2007	2008	2009	2010	2011	% évolution entre 2007 et 2011	% évolution entre 2010 et 2011
Nombre d'ESHAD	204	231	270	292	303	48.5%	3.8%
Nombre total de journées (% hors GHPC erreur)*	2 243 115 (94.3%)	2 635 610 (94.9%)	3 144 437 (95.3%)	3 452 447 (95.1%)	3 714 225 (95.2%)	65.6%	7.6%
Nombre de patients	54 928	70 331	84 916	95 088	97 813	78.1%	2.9%
Nombre de séjours terminés (% /tot séjours**)	85 581 (86.4%)	102 668 (87.2%)	124 392 (90.9%)	138 397 (93.1%)	145 065 (93.0%)	69.5%	4.8%
DMS (Séjours terminés)	22.2	22.1	23.5	24.5	25.2		
Age moyen (en année)	62.3	62.8	63.2	63.5	63.8		
3 premiers MPP (J/%)	04-Soins palliatifs (527 595/23.5%)	04-Soins palliatifs (649 904/24.7%)	04-Soins palliatifs (826 906/26.3%)	04-Soins palliatifs (917 454/26.6%)	04-Soins palliatifs (1 023 589/27.6%)		
	09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) (429 559/19.2%)	09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) (499 543/19.0%)	09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) (581 408/18.5%)	09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) (699 098/20.2%)	09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) (811 075/21.8%)		
	06-Nutrition entérale (161 069/7.2%)	06-Nutrition entérale (180 671/6.9%)	14-Soins de nursing lourds (227 704/7.2%)	14-Soins de nursing lourds (265 239/7.7%)	06-Nutrition entérale (266 147/7.2%)		
3 premiers MPA (J/%)	07-Prise en charge de la douleur (372 212/16.6%)	07-Prise en charge de la douleur (425 338/16.1%)	07-Prise en charge de la douleur (417 641/13.3%)	14-Soins de nursing lourds (349 585/10.1%)	14-Soins de nursing lourds (369 139/9.9%)		
	15-Education du patient et/ou entourage (328 642/14.7%)	15-Education du patient et/ou entourage (342 923/13.0%)	15-Education du patient et/ou entourage (341 207/10.9%)	07-Prise en charge de la douleur (309 407/9.0%)	09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) (285 857/7.7%)		
	14-Soins de nursing lourds (222 839/9.9%)	14-Soins de nursing lourds (257 513/9.8%)	14-Soins de nursing lourds (304 156/9.7%)	09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) (265 960/7.7%)	07-Prise en charge de la douleur (277 237/7.5%)		
Nombre de J et % avec MPA vide ou pas de protocole associé	307 480 (13.7%)	379 772 (14.4%)	571 889 (18.2%)	981 316 (28.4%)	1 160 713 (31.3%)		

* Nombre total de journées hors GHPC erreur et le % que cela représente par rapport à l'ensemble des journées d'HAD

** % séjours terminés par rapport au nombre total de séjours terminés ou non

Figure 1. Evolution du nombre de journées et d'ESHAD entre 2007 et 2011



b. Les modes de prise en charge et les associations décrits en 2011

En 2011, les patients d'HAD sont principalement pris en charge pour (par effectif décroissant du nombre de journées) :

- Soins palliatifs (mode de prise en charge principal ou MPP 04 ; 28% des journées hors erreurs) ;
- Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) (MPP 09 ; 22% des J) ;
- Nutrition entérale (MPP 06 ; 7% des J) ;
- Soins de nursing lourds (MPP 14 ; 7% des J) :

Tableau 2. Répartition des MPP en 2011 en journées

MPP	Nombre de J	%
04-Soins palliatifs	1 023 589	27,6
09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	811 075	21,8
06-Nutrition entérale	266 147	7,2
14-Soins de nursing lourds	253 446	6,8
03-Traitement intraveineux	169 039	4,6
10-Posttraitement chirurgical	157 189	4,2
01-Assistance respiratoire	131 504	3,5
13-Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	130 530	3,5
08-Autres traitements	126 982	3,4
02-Nutrition parentérale	110 779	3
19-Surveillance de grossesse à risque	101 420	2,7
21-Post-partum pathologique	81 270	2,2
07-Prise en charge de la douleur	68 840	1,9
05-Chimiothérapie anticancéreuse	64 365	1,7
11-Rééducation orthopédique	58 903	1,6
12-Rééducation neurologique	48 114	1,3
15-Education du patient et/ou entourage	44 190	1,2
20-Retour précoce à domicile après accouchement	30 520	0,8
22-Prise en charge du nouveau-né à risque	25 493	0,7
24-Surveillance d'aplasie	5 474	0,1
17-Surveillance de radiothérapie	4 722	0,1
18-Transfusion sanguine	634	0
Total	3 714 225	100

Tableau 3. Les associations MPP X MPA décrites en 2011 en journées hors RAPSS erreurs³

MPP	MPA							
	00-Pas de protocole associé	01-Assistance respiratoire	02-Nutrition parentérale	03-Traitement intraveineux	04-Soins palliatifs	05-Chimiothérapie anticancéreuse	06-Nutrition entérale	07-Prise en charge de la douleur
01-Assistance respiratoire			1 447	1 261	20 386	192	28 905	4 006
02-Nutrition parentérale		2 895		6 161		1 610		18 262
03-Traitement intraveineux	40 470	6 016	24 997				4 003	16 321
04-Soins palliatifs	388 193	88 997	112 595			11 428	101 988	69 741
05-Chimiothérapie anticancéreuse	51 316	621	481	342			316	3 377
06-Nutrition entérale		15 274		668		438		10 780
07-Prise en charge de la douleur	7 291	1 142	4 871	5 006		4 278	3 168	
08-Autres traitements	24 444	5 547	1 519	450		438	4 017	4 714
09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	326 751	18 348	5 907	4 191		858	9 095	82 887
10-Posttraitement chirurgical	39 109	838	1 423	727		313	2 964	8 574
11-Rééducation orthopédique		3 451		39			210	5 813
12-Rééducation neurologique		2 965		32		66	456	3 191
13-Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	65 225			464			3 074	20 396
14-Soins de nursing lourds				360		343	6 607	22 176
15-Education du patient et/ou entourage	25 574							1 953
17-Surveillance de radiothérapie				180			272	1 388
18-Transfusion sanguine	572			16			2	
19-Surveillance de grossesse à risque	73 585			109				279
20-Retour précoce à domicile après accouchement	23 951							953
21-Post-partum pathologique	69 515			55				2 025
22-Prise en charge du nouveau-né à risque	21 504							
24-Surveillance d'aplasie	3 213						56	401
Total	1 160 713	146 094	153 240	20 061	20 386	19 964	165 133	277 237

³ Ce tableau est disponible au format Excel sur le site de l'ATIH avec le rapport d'activité HAD 2011.

Les associations MPP X MPA décrites en 2011 en journées hors RAPSS erreurs⁴ (suite)

MPP	MPA						
	08-Autres traitements	09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	10-Posttraitement chirurgical	11-Rééducation orthopédique	12-Rééducation neurologique	13-Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	14-Soins de nursing lourds
01-Assistance respiratoire	3 312	13 330	290	6 482	9 458	1 156	30 975
02-Nutrition parentérale	2 871	15 756	2 066	3 443	1 601	27 349	11 761
03-Traitement intraveineux	4 645	30 967	6 943	6 722	2 378	4 565	11 297
04-Soins palliatifs		105 159	2 638	36 217	42 378	58 116	
05-Chimiothérapie anticancéreuse	1 384	927	29	380	887		452
06-Nutrition entérale	6 814	43 882	1 345	10 967	40 006	11 770	90 151
07-Prise en charge de la douleur	4 169	12 687	753	2 987	1 503	5 354	7 113
08-Autres traitements		16 546	1 678	7 939	12 941	4 136	14 121
09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	10 856		3 142	76 470	32 091	12 564	154 670
10-Posttraitement chirurgical	1 692	8 576		25 394	1 427	1 458	8 756
11-Rééducation orthopédique	2 073	2 426	1 344		1 523	1 241	20 293
12-Rééducation neurologique	2 335	1 878	116	163		671	15 045
13-Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	1 497	2 645	116	5 102	4 113		3 769
14-Soins de nursing lourds	8 332	30 758	764	53 400	76 783	4 638	
15-Education du patient et/ou entourage							
17-Surveillance de radiothérapie	26	31	47	441	277	421	509
18-Transfusion sanguine	4	2				2	21
19-Surveillance de grossesse à risque	4 621						
20-Retour précoce à domicile après accouchement	251						
21-Post-partum pathologique	502						
22-Prise en charge du nouveau-né à risque							
24-Surveillance d'aplasie	147	287		167	129		206
Total	55 531	285 857	21 271	236 274	227 495	133 441	369 139

⁴ Ce tableau est disponible au format Excel sur le site de l'ATIH avec le rapport d'activité HAD 2011.

Les associations MPP X MPA décrites en 2011 en journées hors RAPSS erreurs⁵ (fin)

MPP	MPA									Total
	15- Education du patient et/ou entourage	17- Surveillance de radiothérapie	18- Transfusion sanguine	19- Surveillance de grossesse à risque	20-Retour précoce à domicile après accouchement	21- Post-partum pathologique	24- Surveillance d'aplasie	25-Prise en charge psychologique ou sociale	xx-	
01-Assistance respiratoire	4 350	145		12			310	5 487		131 504
02-Nutrition parentérale	3 731	2 978	7	18			2 530	7 740		110 779
03-Traitement intraveineux	2 181	887	10	48		56	710	5 823		169 039
04-Soins palliatifs			205				5 934			1 023 589
05-Chimiothérapie anticancéreuse	412	1 079	21					2 341		64 365
06-Nutrition entérale	14 026	3 289	9			5	299	16 424		266 147
07-Prise en charge de la douleur	588	1 595				13	3 507	2 815		68 840
08-Autres traitements	11 352	146	5	462		39	399	16 089		126 982
09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	24 765	1 739	33			159	408	45 815	326	811 075
10-Posttraitement chirurgical	6 780	255	2	13	1 744	40 617	12	6 515		157 189
11-Rééducation orthopédique	11 810	24	1				41	8 614		58 903
12-Rééducation neurologique	12 009	386					105	8 696		48 114
13-Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	3 484	3 836	3					16 806		130 530
14-Soins de nursing lourds	12 608	1 130	27				270	35 250		253 446
15-Education du patient et/ou entourage								16 663		44 190
17-Surveillance de radiothérapie	449						53	628		4 722
18-Transfusion sanguine							10	5		634
19-Surveillance de grossesse à risque	12 558							10 268		101 420
20-Retour précoce à domicile après accouchement	4 860							505		30 520
21-Post-partum pathologique	5 305							3 868		81 270
22-Prise en charge du nouveau-né à risque	1 855							2 134		25 493
24-Surveillance d'aplasie	86	80	19					683		5 474
Total	133 209	17 569	342	553	1 744	40 889	14 588	213 169	326	3 714 225

⁵ Ce tableau est disponible au format Excel sur le site de l'ATIH avec le rapport d'activité HAD 2011.

En 2011, parmi les associations MPP X MPA existantes et n'engendrant aucun message d'alerte de la FG en 2011 (cf. appendice 2), les quatre principales associations (MPP X MPA) décrites par les ESHAD représentent 26% de l'activité en journées hors RAPSS erreurs sont les suivantes :

- 04-Soins palliatifs X 00-Pas de protocole associé (388 193 J, soit 10,5% du total)
- 09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) X 00-Pas de protocole associé (326 751 J, soit 8,8% du total),
- 09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) X 14-Soins de nursing lourd (154 670 J, soit 4,2% du total)
- 04-Soins palliatifs X 02-Nutrition parentérale (112 595 J, soit 3% du total).

Parmi les associations MPP X MPA existantes en 2011, le tableau suivant détaille le nombre de journées décrites par les établissements HAD comme des associations MPP X MPA qualifiées depuis 2010 « d'inhabituelles » et correspondant aux codes retour 530 de la FG⁶ :

Tableau 4. Associations MPP X MPA inhabituelles 2011 (journées hors RAPSS erreurs)

MPP	MPA							Total
	03-Traitement intraveineux	07-Prise en charge de la douleur	09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	10-Posttraitement chirurgical	15-Education du patient et/ou entourage	24-Surveillance d'aplasie	25-Prise en charge psychologique ou sociale	
01-Assistance respiratoire					4 350		5 487	9 837
02-Nutrition parentérale					3 731		7 740	11 471
03-Traitement intraveineux					2 181	710		2 891
04-Soins palliatifs		69 741						69 741
05-Chimiothérapie anticancéreuse	342				412			754
06-Nutrition entérale					14 026		16 424	30 450
07-Prise en charge de la douleur					588			588
08-Autres traitements					11 352			11 352
09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)				3 142	24 765			27 907
10-Posttraitement chirurgical			8 576		6 780			15 356
11-Rééducation orthopédique					11 810		8 614	20 424
12-Rééducation neurologique					12 009		8 696	20 705
13-Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse					3 484			3 484
14-Soins de nursing lourds					12 608		35 250	47 858
17-Surveillance de radiothérapie					449			449
19-Surveillance de grossesse à risque					12 558			12 558
20-Retour précoce à domicile après accouchement					4 860			4 860
21-Post-partum pathologique					5 305			5 305
22-Prise en charge du nouveau-né à risque					1 855			1 855
24-Surveillance d'aplasie					86			86
Total	342	69 741	8 576	3 142	133 209	710	82 211	297 931

⁶ En 2010 et 2011, ce type de GHPC correspondait à des associations de modes de prise en charge potentiellement redondantes qui étaient qualifiées d'« inhabituelles ». Le terme d'« inattendues » plus adapté du fait de l'évolution des GHPC a été adopté en 2012 et ce d'autant que ces associations étaient fréquentes.

En 2011, 297 931 journées correspondent à ces associations (MPP X MPA) qualifiées d' « inhabituelles » dont les quatre principales sont les suivantes :

- 04-Soins palliatifs X 07-Prise en charge de la douleur (69 741 J, soit 23,4% du total)
- 14-Soins de nursing lourd X 25-Prise en charge psychologique ou sociale (35 250 J, soit 11,8% du total),
- 09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) X 15-Education du patient/entourage (24 765 J, soit 8,3% du total)
- 06-Nutrition entérale X 15-Education du patient/entourage (16 424 J, soit 5,5% du total).

Les modes de prises en charge documentaire (MPD) ne sont globalement pas utilisés par les ESHAD pour compléter la description minimale obligatoire (« tarifante ») des journées d'HAD : parmi les 3 714 225 journées d'HAD hors RAPSS erreurs, 3 068 714 journées, soit 82,6% du total, ne comportent aucun MPD décrit ; quand ils sont décrits (pour 645 511 J), les quatre premiers MPD sont les suivants :

- 25-Prise en charge psychologique ou sociale (32,1%) ;
- 14-Soins de nursing lourds (25%) ;
- 07-Prise en charge de la douleur (21,3%) ;
- 15-Education du patient/entourage (17%) :

Tableau 5. Répartition des modes de prises en charge documentaire en 2011 en journées

MPD	Nombre de J
Aucun	3 068 714
25-Prise en charge psychologique ou sociale	207 439
14-Soins de nursing lourds	161 253
07-Prise en charge de la douleur	137 336
15-Education du patient et/ou entourage	109 585
11-Rééducation orthopédique	71 659
12-Rééducation neurologique	68 689
09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	55 547
01-Assistance respiratoire	41 257
03-Traitement intraveineux	38 082
13-Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	28 974
08-Autres traitements	24 351
04-Soins palliatifs	19 074
10-Posttraitement chirurgical	14 834
24-Surveillance d'aplasie	14 130
06-Nutrition entérale	13 611
28-Prise en charge psychologique ou sociale chez les patients de 18 ans ou moins	11 446
17-Surveillance de radiothérapie	6 259
05-Chimiothérapie anticancéreuse	5 353
02-Nutrition parentérale	5 286
27-Éducation du patient ou de son entourage chez un enfant ou un adolescent de moins 18 ans	4 070
26-Traitement intraveineux, un seul passage quotidien	3 495
18-Transfusion sanguine	546
22-Prise en charge du nouveau-né à risque	318
20-Retour précoce à domicile après accouchement	157
19-Surveillance de grossesse à risque	54
21-Post-partum pathologique	11

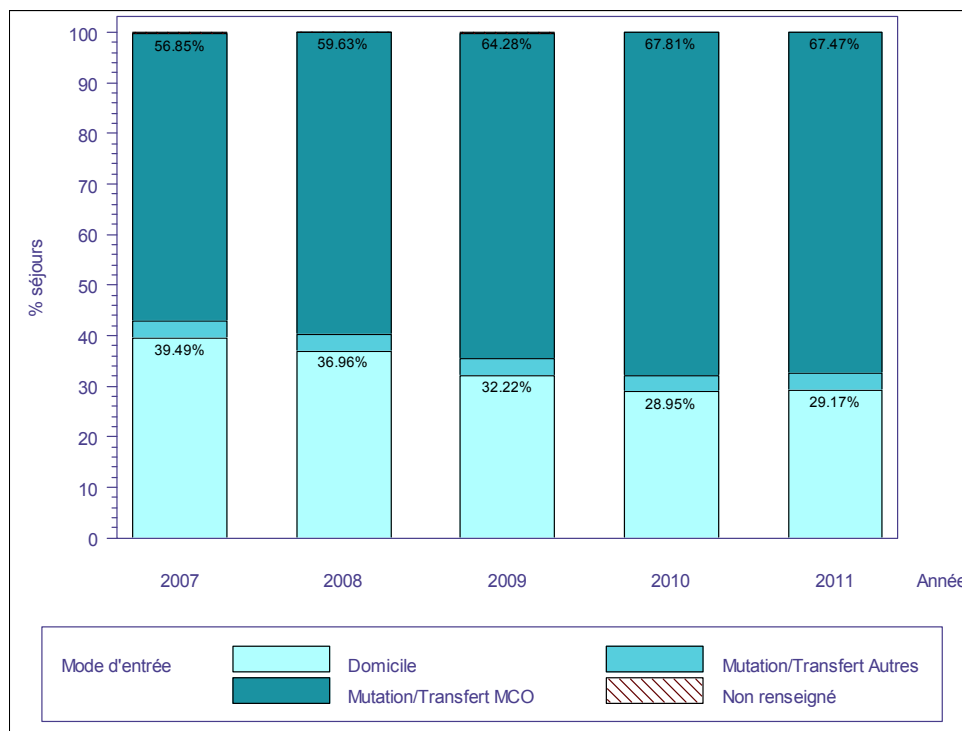
c. Les trajectoires globales entrée/sortie en HAD en 2011

Les études descriptives portant sur les parcours de soins de patients en HAD après chainage de séjours d'amont (entre MCO et HAD ou SSR et HAD) et d'aval (entre HAD et MCO ou HAD et SSR) sont en cours de réalisation à l'ATIH.

Dans l'attente de ces résultats, le sous chapitre suivant détaille les trajectoires globales entrée/sortie observées en HAD analysée au moyen des variables du RPSS relatives aux mouvements du patient (mode d'entrée et provenance, mode de sortie et destination).

Une analyse particulière traite des données 2011 pour les patients traités en HAD pour les 3 principales prises en charge d'HAD observées en 2011 : les soins palliatifs (MPP 04), les pansements complexes (MPP 09), la nutrition entérale (MPP 06).

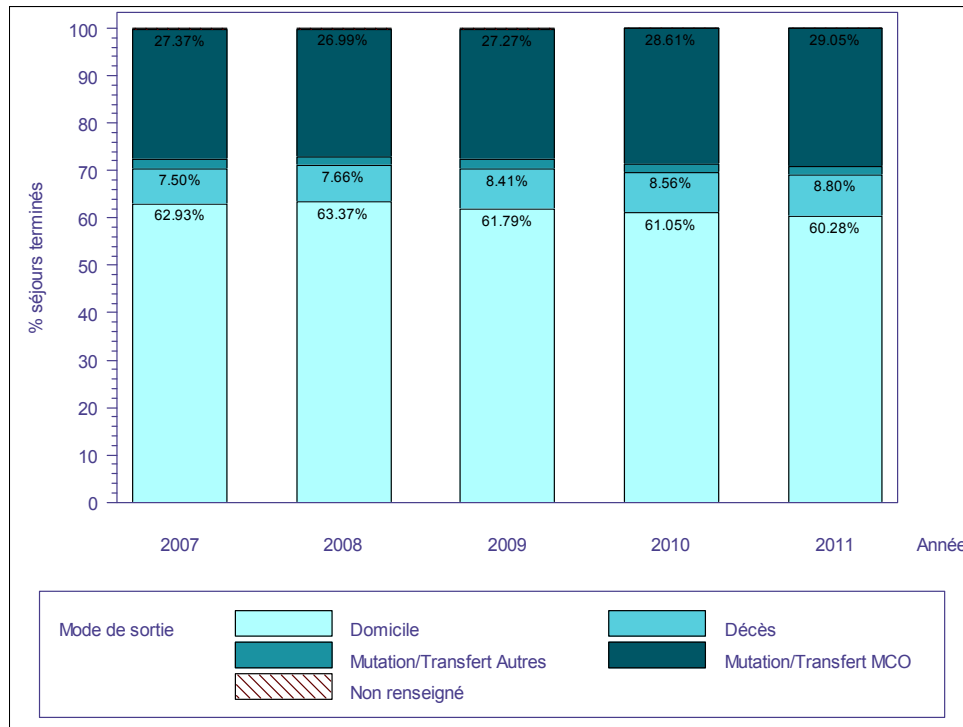
Figure 2. Evolution du mode d'entrée en HAD entre 2007 et 2011⁷



Les patients hospitalisés en HAD en 2011 sont principalement transférés et pris en charge à leur domicile dans la suite d'un séjour en établissement MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) voire plus marginalement d'un autre secteur hospitalier (par ex. les soins de suites ou de réadaptation, SSR). Cette observation se confirme depuis cinq ans : en effet, si 56,8% des séjours HAD avaient pour mode d'entrée un « Transfert/Mutation en provenance du MCO » en 2007, ils sont 67,5% en 2011. A l'inverse, le mode d'entrée par le «domicile » est moins fréquent en 2011 (29%) qu'en 2007 (39%) (cf. figure 2).

⁷ Le mode d'entrée ne fait l'objet d'un contrôle bloquant que depuis mars 2010. Avant cette date, il se peut que celui-ci soit non renseigné sans conduire à un GHPC erreur.

Figure 3. Evolution du mode de sortie en HAD entre 2007 et 2011



Entre 2007 et 2011, le mode de sortie d'un séjour en HAD n'a que peu évolué : pour la majorité des séjours d'HAD (63% en 2007 et 60% en 2011), les patients restent à leur domicile suite à leur hospitalisation en HAD. Si, quelle que soit l'année, les patients restent majoritairement à leur domicile à l'issue de leur séjour en HAD (environ 60%), il faut cependant noter qu'environ 4 séjours sur 10 ne se terminent pas simplement au domicile des patients : ainsi en 2011, 31% des séjours se terminent par une mutation ou un transfert en MCO ou dans un autre champ, et 9% par un décès (en 2007 ces chiffres étaient respectivement de 30 % et de 7.5%).

Les deux schémas suivants illustrent en 2011, la trajectoire globale de sortie des patients selon les deux modes d'entrée/provenance principaux observés en HAD : « en provenance du domicile » ou « par transfert/mutation depuis le MCO »

Figure 4. Trajectoire globale entrée/sortie d'un patient hospitalisé en HAD depuis son domicile en 2011

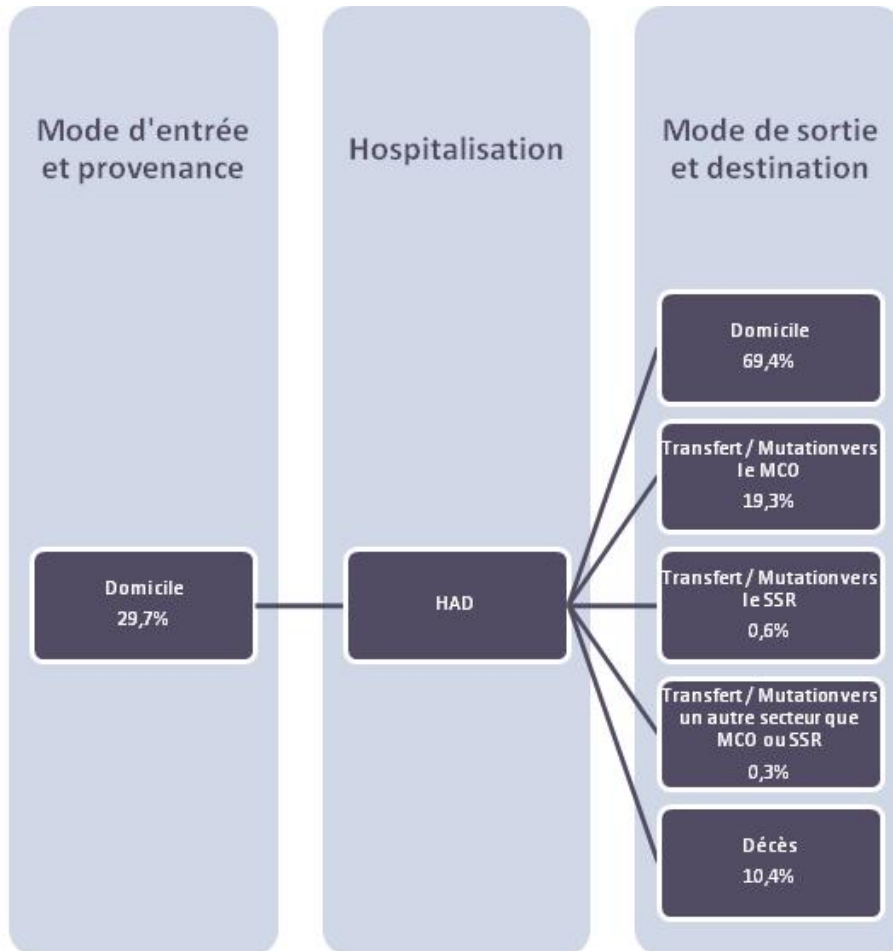
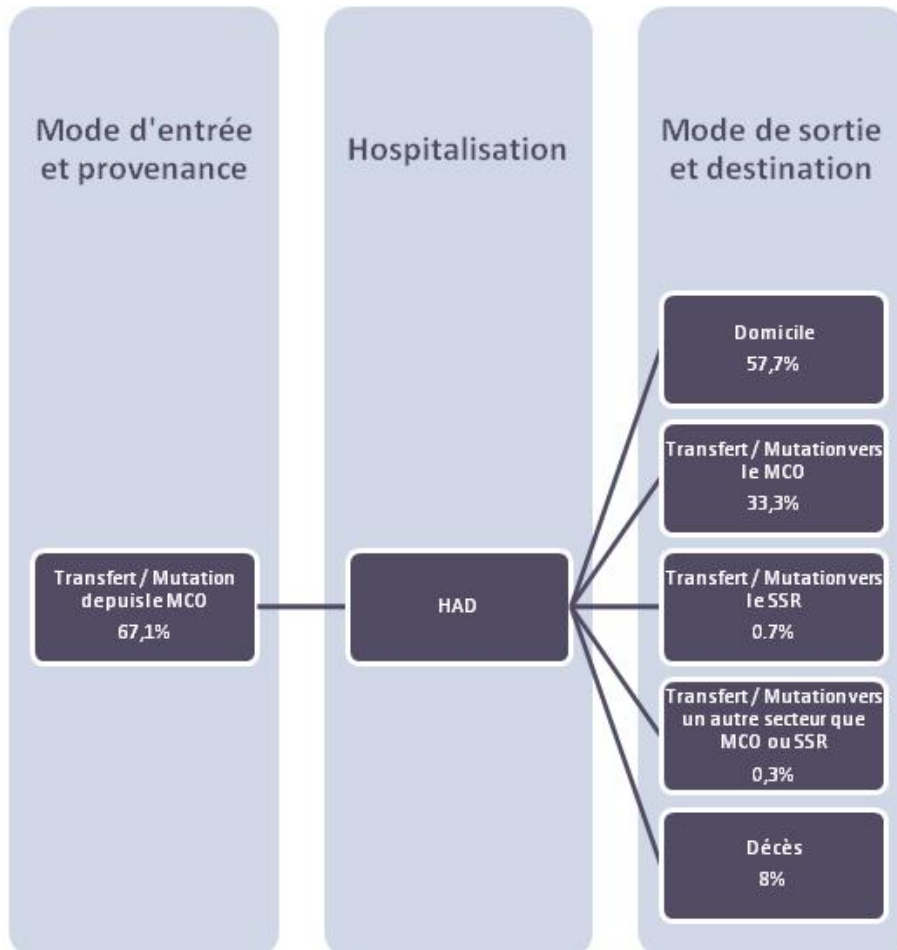
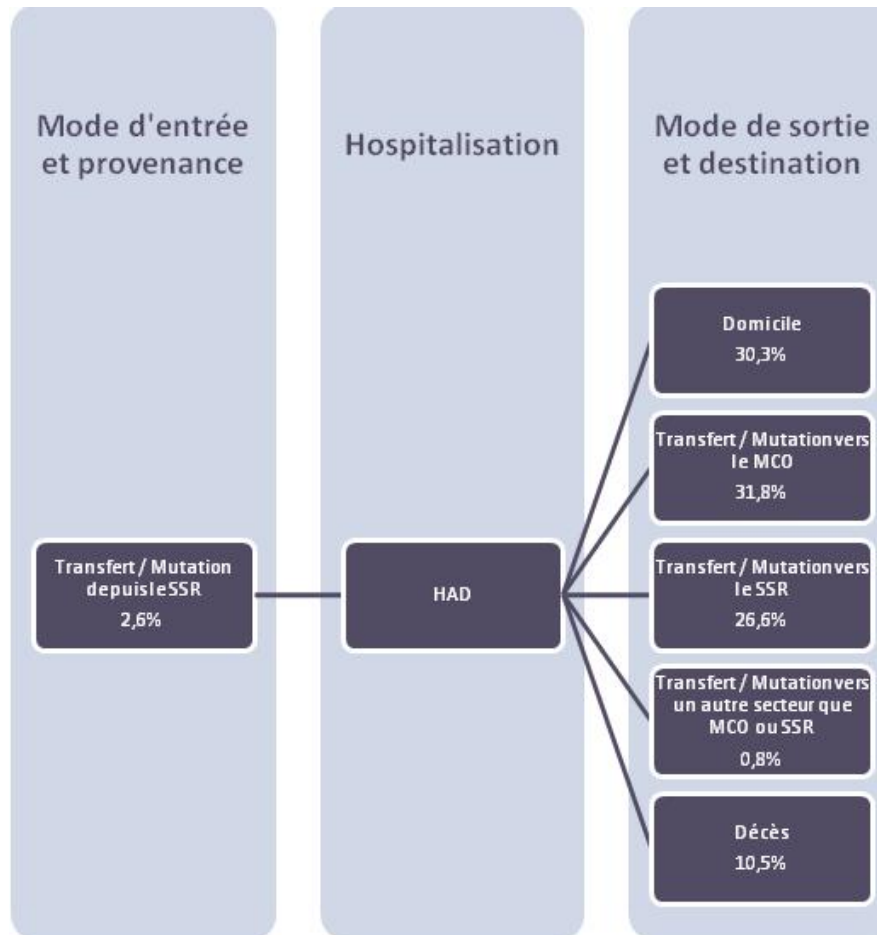


Figure 5. Trajectoire globale entrée/sortie d'un patient hospitalisé en HAD suite à un transfert depuis le MCO en 2011



De manière générale, un patient hospitalisé en HAD entré par « transfert/mutation depuis le MCO » ou provenant de son « domicile » reste, majoritairement, dans son logement suite à l'hospitalisation. Ce constat se vérifie surtout pour les personnes hospitalisées à partir de leur « domicile », 69,4% contre 57,7% pour celles transférées ou mutées depuis le MCO. En effet, 33,3% des patients transférés ou mutés après un séjour en MCO sont hospitalisés à nouveau en MCO. La part des personnes décédées est légèrement supérieure pour les patients provenant de leur « domicile » (10,4%) que pour ceux transférés ou mutés du MCO (8%).

Figure 6. Trajectoire globale entrée/sortie d'un patient hospitalisé en HAD suite à un transfert depuis le SSR en 2011



Les patients admis en HAD suite à un séjour en SSR ne représentent qu'une faible part des hospitalisations à domicile avec seulement 2,6% des séjours terminés en 2011. La destination en fin de séjour HAD est répartie, plus ou moins équitablement entre le domicile (30,3%), le transfert ou mutation en MCO (31,8%) et le retour en SSR (26,6%). 10% de ces séjours HAD qui suivent un séjour en SSR se terminent par le décès du patient.

d. Les trajectoires globales entrée/sortie en HAD pour les 3 principales prises en charge d'HAD en 2011

Les principales prises en charge en HAD, en 2011, en termes de journées réalisées sur l'année sont :

- MPP 04 – Soins palliatifs,
- MPP 09 – Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées),
- MPP 06 – Nutrition entérale.

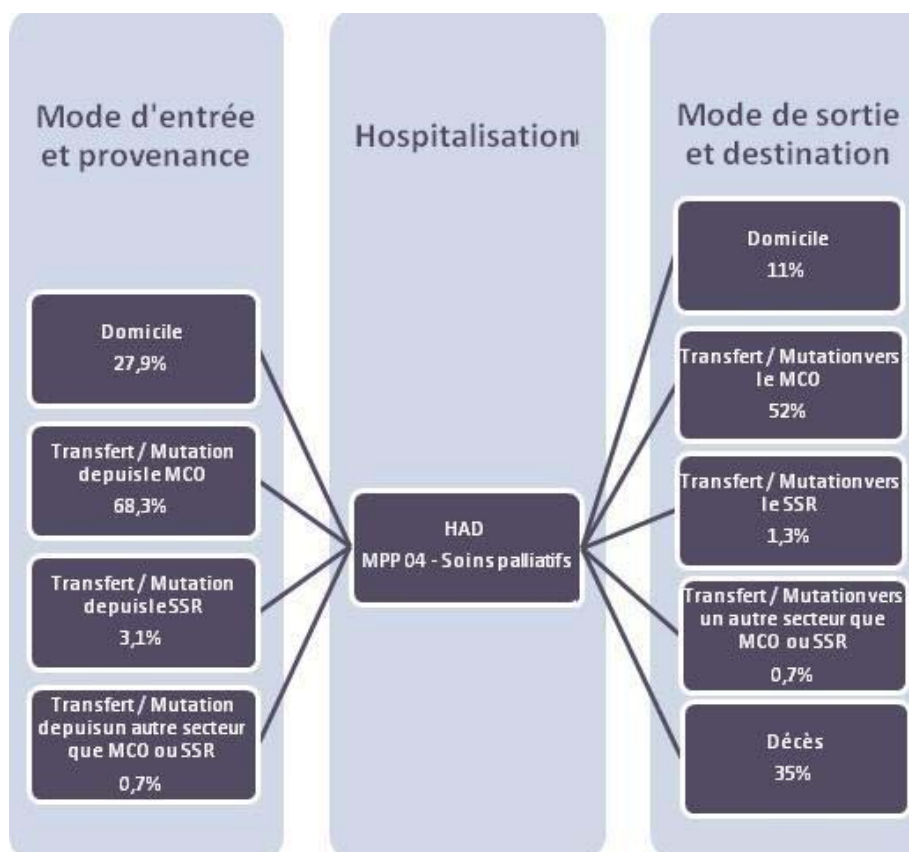
Afin d'étudier le parcours de soins des patients hospitalisés pour « soins palliatifs », « pansement complexes et soins spécifiques » ou « nutrition entérale », seuls les séjours commençant par une de ces prises en charge en MPP sont pris en compte. Ces séjours doivent être commencés en 2011 pour connaître le 1er MPP et être terminés en 2011 pour avoir le mode de sortie du séjour en vérifiant que les séquences ne sont pas groupées en erreur.

Au final, sont pris en compte pour l'analyse :

- MPP 04 – Soins palliatifs : 24 698 séjours soit 17% des séjours terminés ;
- MPP 09 – Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) : 12 970 séjours soit 8,9% des séjours terminés ;
- MPP 06 – Nutrition entérale : 3 984 séjours soit 2,7% des séjours terminés.

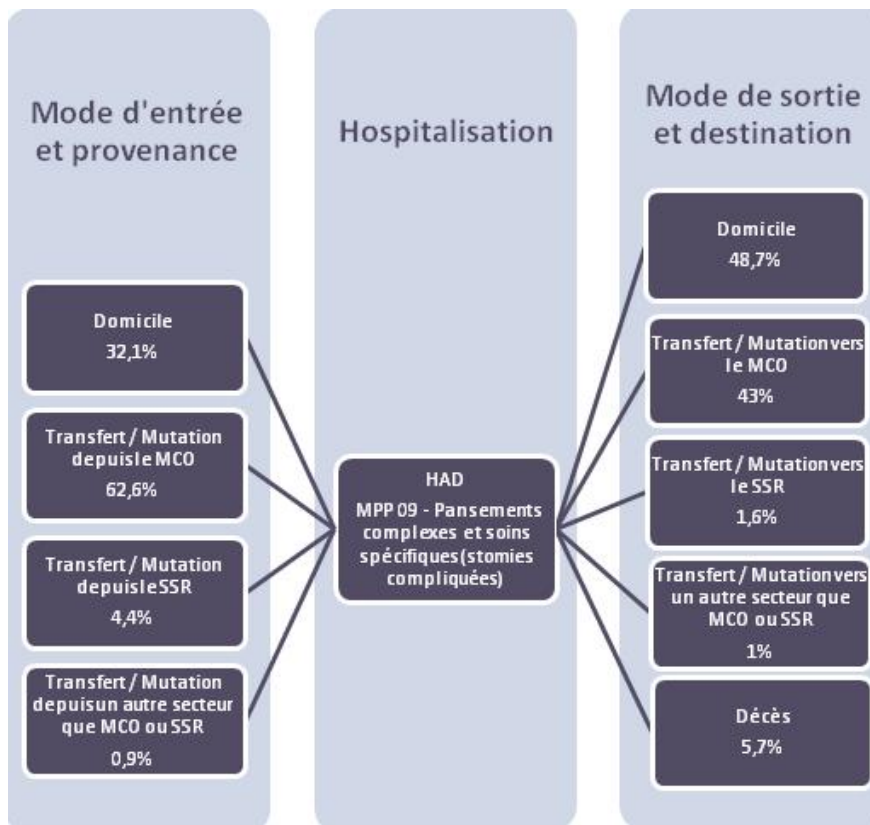
Les figures suivantes décrivent le mode d'entrée des séjours dont la première séquence commence par le MPP étudié ainsi que le mode de sortie et la destination indépendamment du MPP de la dernière séquence de séjour.

Figure 7. Trajectoire globale entrée/sortie d'un patient hospitalisé en HAD en 2011 pour soins palliatifs



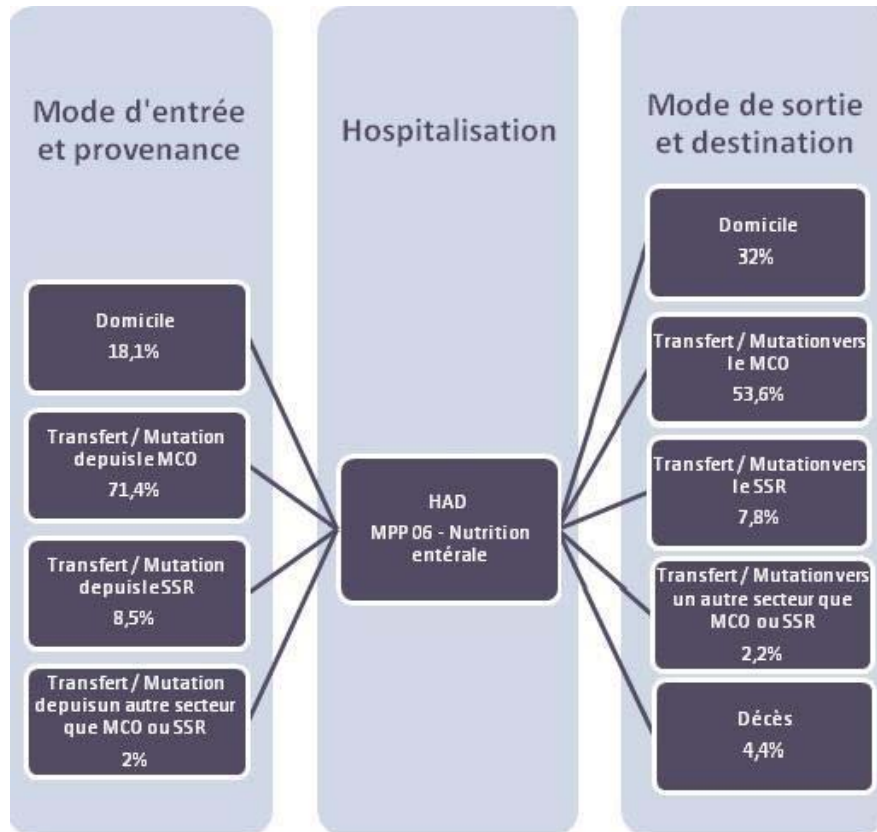
Pour près de 70% des séjours d'HAD débutés et terminés en 2011 concernant une prise en charge de soins palliatifs (MPP de la première séquence du séjour), les patients sont pris en charge en HAD suite à un séjour en MCO. Pour 28% de ces séjours, l'HAD commence réellement du domicile. Plus de la moitié de ces HAD pour « soins palliatifs » (54%) se terminent en 2011 par un transfert ou une mutation vers le MCO ou un autre champ ou secteur et 35% de ces séjours s'achèvent par le décès du patient à domicile. Enfin, 11% de ces séjours HAD se terminent, le patient restant au domicile.

Figure 8. Trajectoire globale entrée/sortie d'un patient hospitalisé en HAD en 2011 pour pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)



Les séjours débutés et terminés en 2011 commençant par une prise en charge des pansements complexes et des soins spécifiques (MPP de la première séquence du séjour), concernent des patients venant principalement du MCO (63% des séjours) et du domicile (32% des séjours). Pour presque 50% de ces séjours, le patient reste à domicile en fin d'HAD. Toutefois, en 2011, plus de 45% des séjours débutés pour pansements complexes et soins spécifiques se terminent par une prise en charge en MCO ou un autre champ ou secteur. 6% de ces séjours environ s'achèvent par le décès du patient à domicile.

Figure 9. Trajectoire globale entrée/sortie d'un patient hospitalisé en HAD en 2011 pour nutrition entérale



Les séjours terminés débutant par une prise en charge par nutrition entérale font suite, en majorité, à une hospitalisation en MCO (71% de ces séjours). A noter que la part des séjours pour « nutrition entérale » se déroulant après un séjour en SSR (8,5%) est plus importante que pour l'ensemble des séjours terminés (2%). Plus de la moitié de ces hospitalisations à domicile se poursuit par une hospitalisation en MCO alors que pour un peu plus de 30% d'entre eux, le patient reste à domicile à l'issue de l'HAD. 4% de ces séjours environ s'achèvent par le décès du patient à domicile.

4. L'activité d'HAD entre 2007 et 2011 selon les principaux groupes de population pris en charge

L'analyse de l'activité d'HAD faite depuis 2008 a déjà montré les spécificités quantitatives et qualitatives de l'activité pédiatrique (cf. rapports correspondants)⁸. Depuis 2007 où elle est autorisée, l'activité d'HAD pour les personnes hébergées en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est recueillie dans le PMSI et un premier état des lieux avait été fait à partir des données en 2008⁹.

Cette partie du rapport vise à fournir des indicateurs quantitatifs et qualitatifs reflète de cette activité et les tendances observées depuis 2007 sur l'activité propre à chaque type de population de patients :

- les adultes ;
- les enfants ;
- les personnes hébergées en EHPAD.

Pour chaque type de population, sont produits :

- un tableau de synthèse de l'activité depuis 2007 ;
- un graphique sur l'évolution de la durée moyenne de séjours (DMS) et du nombre de séjours depuis 2007 ;
- un graphique sur l'évolution du nombre de journées et de patients depuis 2007 ;
- un graphique sur l'évolution du mode d'entrée en HAD depuis 2007 : le mode d'entrée ne fait l'objet d'un contrôle bloquant que depuis mars 2010. Avant cette date, il se peut que celui-ci soit non renseigné et n'entraîne pas de GHPC erreur ;
- un graphique sur l'évolution du mode de sortie en HAD depuis 2007.

Remarque : sur les graphiques illustrant la part des séjours avec les différentes modalités pour le mode d'entrée et le mode de sortie, certains pourcentages n'apparaissent pas du fait d'un trop faible effectif.

⁸ En 2010 par exemple, l'activité pédiatrique a représenté à peine 4% du total des journées d'HAD cette activité étant concentrée sur quelques établissements. Le profil pathologique des enfants et de leurs prises en charge variait selon que l'on considérait les enfants de moins de un an (âge moyen : 76 jours, durée moyenne de séjour : 10 J, trois premiers MPP : MP-22 Prise en charge du nouveau-né à risque, MP 15 Education du patient et de son entourage et MP-06 Nutrition entérale) et les enfants de 1 à 18 ans (âge moyen : 8 ans, DMS : 18 J, trois premiers MPP : MP-06 Nutrition entérale, MP-08 Autres traitements, MP-04 Soins palliatifs).

⁹ Les données du PMSI HAD en 2008 indiquaient que les interventions des ESHAD en EHPAD étaient relativement marginales (les journées consacrées aux patients vivant dans ces structures ne représentant cette année-là qu'environ 1% du total des journées) et concentrée par quelques ESHAD, l'activité principale se déclinant autour des MPP 09 « pansements complexes et soins spécifiques » (46% du total), 04 « soins palliatifs » (27%) et 07 « prise en charge de la douleur ».

Tableau 6. Aperçu de l'activité d'HAD 2011 chez les différentes populations d'âge

Indicateur 2011	Adultes		Enfants		Total
	18 ans et plus	Dont 75 ans et plus	1-17 ans	Moins de 1 an	
Nombre de séjours terminés (%)	133 534 (92.7%)	36 371 (89.5%)	5 214 (96.0%)	6 317 (97.5%)	145 065 (93.0%)
Nombre de patients	91 350	25 812	1 507	5 009	97 813
Nombre de journées (% hors GHPC erreur)*	3 569 511 (95.1%)	1 431 663 (93.5%)	75 360 (97.5%)	69 354 (97.7%)	3 714 225 (95.2%)
Nombre d'ESHAD	300	288	208	104	303
DMS (Séj. terminés)	26.3	39.2	14.1	11.0	25.2

* Nombre total de journées hors GHPC erreur et le % que cela représente par rapport à l'ensemble des journées d'HAD

a. L'activité d'HAD menée auprès des adultes entre 2007 et 2011

Il s'agit dans un premier temps, de décrire synthétiquement l'activité HAD développée pour des patients âgés de 18 ans ou plus et, dans un second temps, de la décrire sur le sous-groupe des personnes âgées de 75 ans et plus.

i. Adultes de 18 ans et plus

Les résultats synthétiques ci-dessous décrivent les caractéristiques de l'activité d'HAD pour des patients âgés de 18 ans ou plus.

Tableau 7. Aperçu de l'activité d'HAD entre 2007 et 2011 chez les adultes

Indicateur des 18 ans et plus	2007	2008	2009	2010	2011	% évolution entre 2007 et 2011	% évolution entre 2010 et 2011
	Nombre de séjours terminés (%)	76 669 (85.5%)	91 800 (86.4%)	112 701 (90.4%)	126 963 (92.7%)	133 534 (92.7%)	74.2%
Nombre de patients	51 093	63 967	77 662	88 427	91 350	78.8%	3.3%
Nombre de journées (% hors GHPC erreur)*	2 134 594 (94.1%)	2 517 273 (94.8%)	3 009 737 (95.2%)	3 314 445 (95.1%)	3 569 511 (95.1%)	67.2%	7.7%
Nombre d'ESHAD	204	230	269	291	300	47.1%	3.1%
DMS (Séj. terminés)	23.4	23.5	24.8	25.6	26.3		

* Nombre total de journées hors GHPC erreur et le % que cela représente par rapport à l'ensemble des journées d'HAD

En 2011, les journées de prise en charge en HAD des patients adultes représentent 95% du total des journées d'HAD hors erreurs ; il y a cinq ans cette part était équivalente et le pourcentage a peu évolué en 5 ans. Si les effectifs résumant l'activité d'HAD auprès de ces patients sont tous en hausse depuis 5 ans (nombre de séjours terminés, nombre de patients, nombre de journées, nombre d'ESHAD, DMS), la part des séjours et des journées d'HAD consacrées aux adultes par rapport au total reste stable.

Figure 10. Evolution de la DMS et du nombre de séjours entre 2007 et 2011 chez les adultes

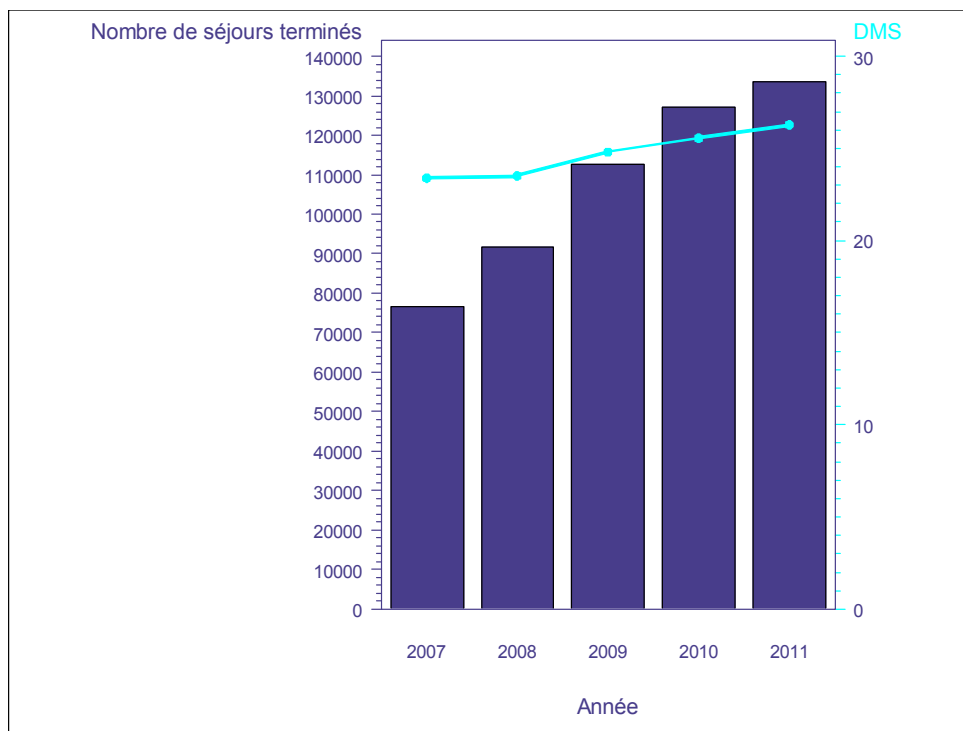


Figure 11. Evolution du nombre de journées et de patients entre 2007 et 2011 chez les adultes

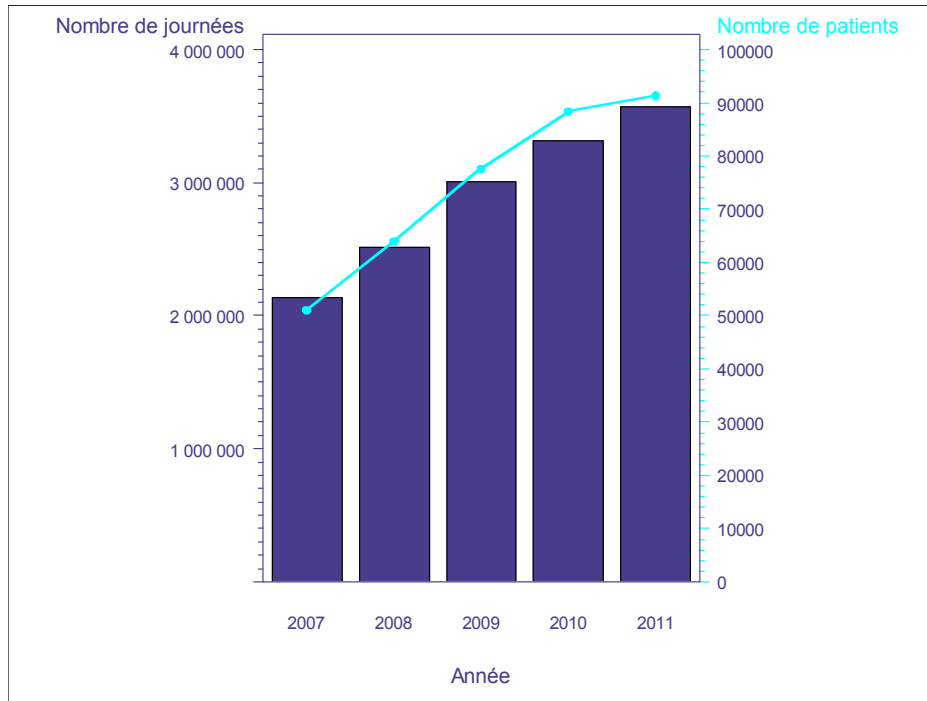
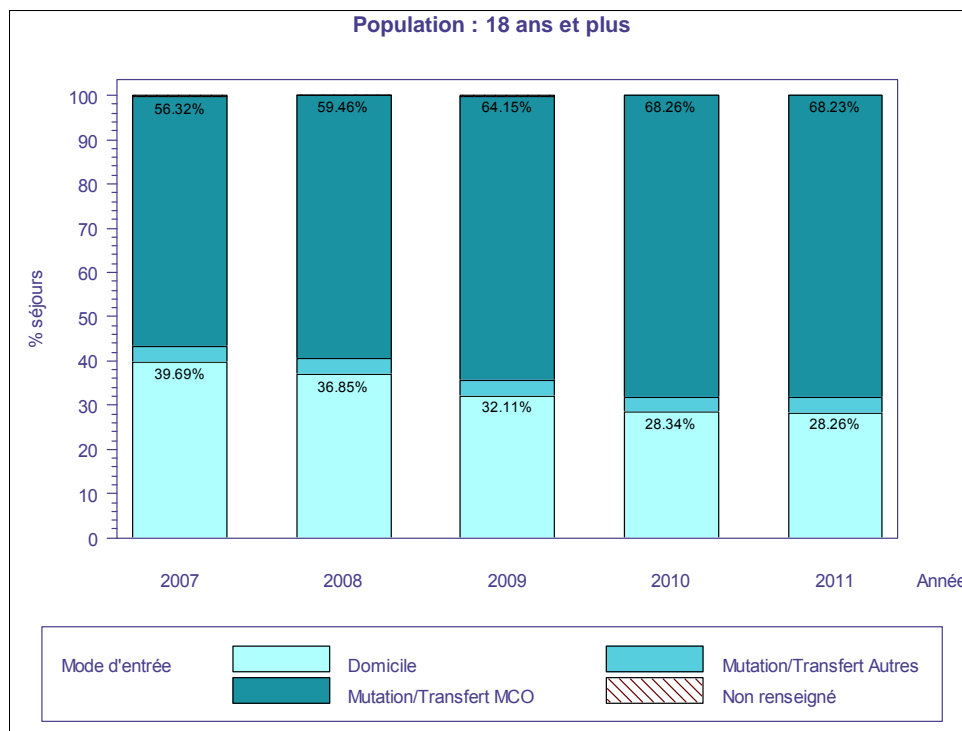
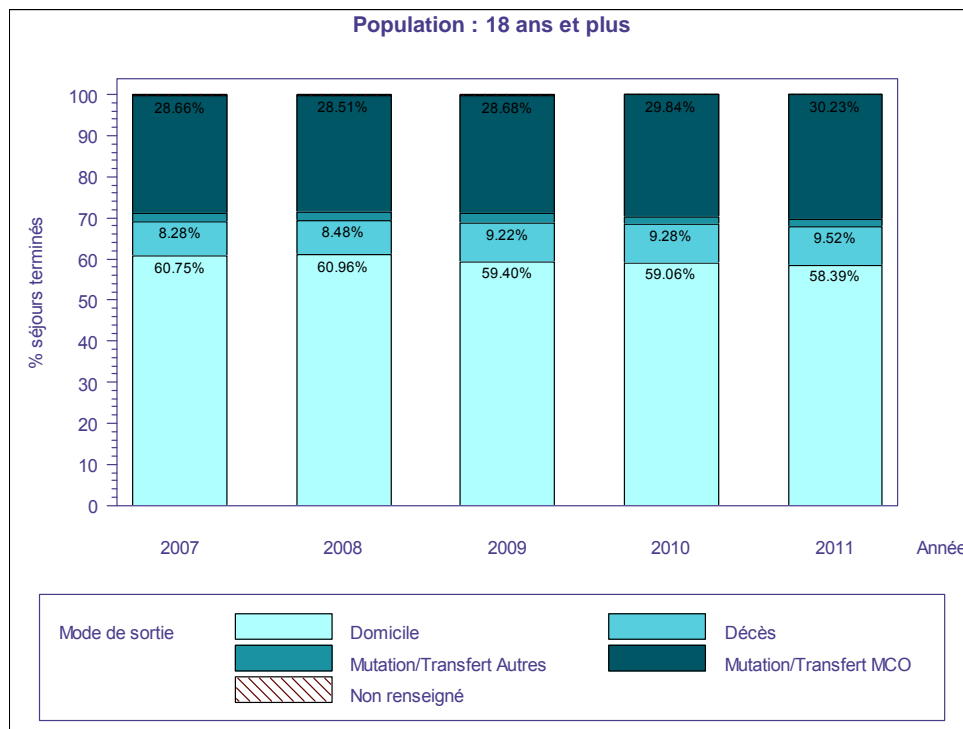


Figure 12. Evolution du mode d'entrée en HAD entre 2007 et 2011 chez les adultes



Les adultes ont été, depuis 2007, principalement pris en charge en HAD à la suite d'une hospitalisation en MCO. Cette tendance s'accroît au fil des ans en atteignant 68,2% des entrées en HAD pour les adultes en 2011. Cette évolution s'accompagne de la baisse des hospitalisations en HAD des patients directement à partir de leur domicile (40% en 2007, diminuant progressivement, pour atteindre 28% en 2011).

Figure 13. Evolution du mode de sortie en HAD entre 2007 et 2011 chez les adultes



Les adultes, suite à un séjour en HAD, restent le plus souvent à leur domicile. Cependant, depuis cinq ans, la part des séjours se terminant par un transfert ou une mutation vers le MCO augmente passant de 28,7% en 2007 à 30,2% en 2011.

ii. Adultes de 75 ans et plus

Les résultats ci-dessous se rapportent aux patients âgés de 75 ans ou plus sous-ensemble de la population des adultes.

Tableau 8. Aperçu de l'activité d'HAD entre 2007 et 2011 chez les personnes âgées de 75 ans et +

Indicateur des 75 ans et plus	2007	2008	2009	2010	2011	% évolution	% évolution
						entre 2007 et 2011	entre 2010 et 2011
Nombre de séjours terminés (%)	18 295 (79.7%)	22 558 (81.4%)	28 395 (86.1%)	32 856 (88.8%)	36 371 (89.5%)	98.8%	10.7%
Nombre de patients	13 445	16 759	20 822	23 892	25 812	92.0%	8.0%
Nombre de journées (% hors GHPC erreur)*	808 425 (91.7%)	962 912 (92.6%)	1 192 041 (93.5%)	1 322 614 (93.5%)	1 431 663 (93.5%)	77.1%	8.2%
Nombre d'ESHAD	187	211	253	277	288	54.0%	4.0%
DMS (Séj. terminés)	37.1	36.7	38.5	38.9	39.2		

* Nombre total de journées hors GHPC erreur et le % que cela représente par rapport à l'ensemble des journées d'HAD

La part des journées consacrée aux personnes âgées de plus de 75 ans parmi celles consacrées à l'ensemble des adultes est en hausse depuis 2007 passant de 37,9% à 40,1% en 2011. Comme précédemment, les effectifs résumant l'activité d'HAD auprès de ces patients de 75 et plus sont tous en hausse depuis 5 ans (nombre de séjours terminés, nombre de patients, nombre de journées, nombre d'ESHAD, DMS) ; les DMS en HAD de ces patients sont nettement plus longues que celles de l'ensemble des adultes (39,2 jours contre 26,3 en 2011).

Figure 14. Evolution de la DMS et du nombre de séjours entre 2007 et 2011 chez les personnes âgées de 75 ans et +

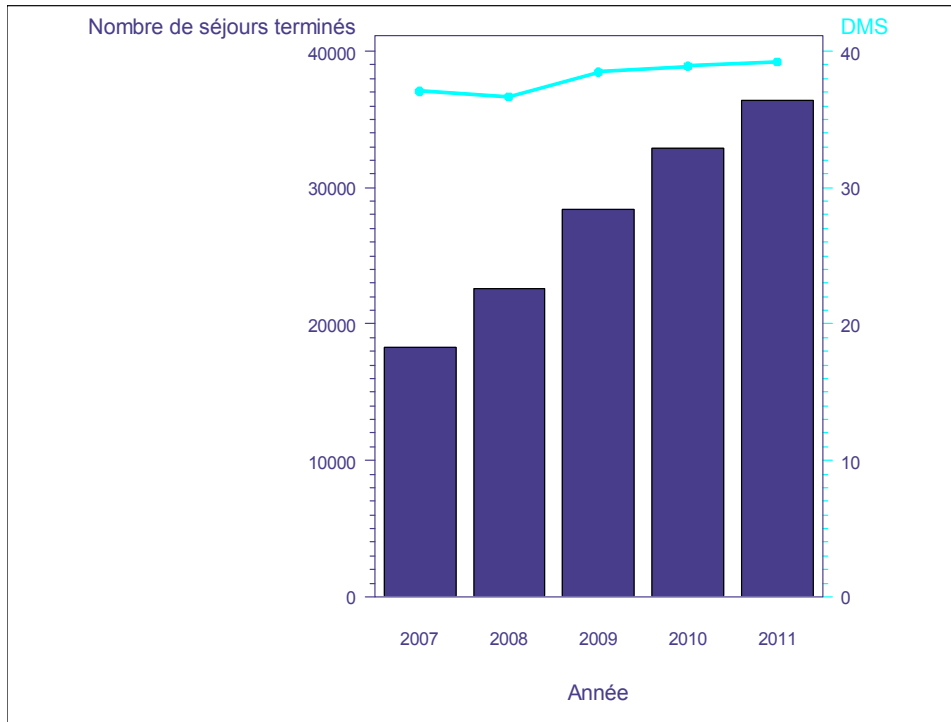


Figure 15. Evolution du nombre de journées et de patients entre 2007 et 2011 chez les personnes âgées de 75 ans et +

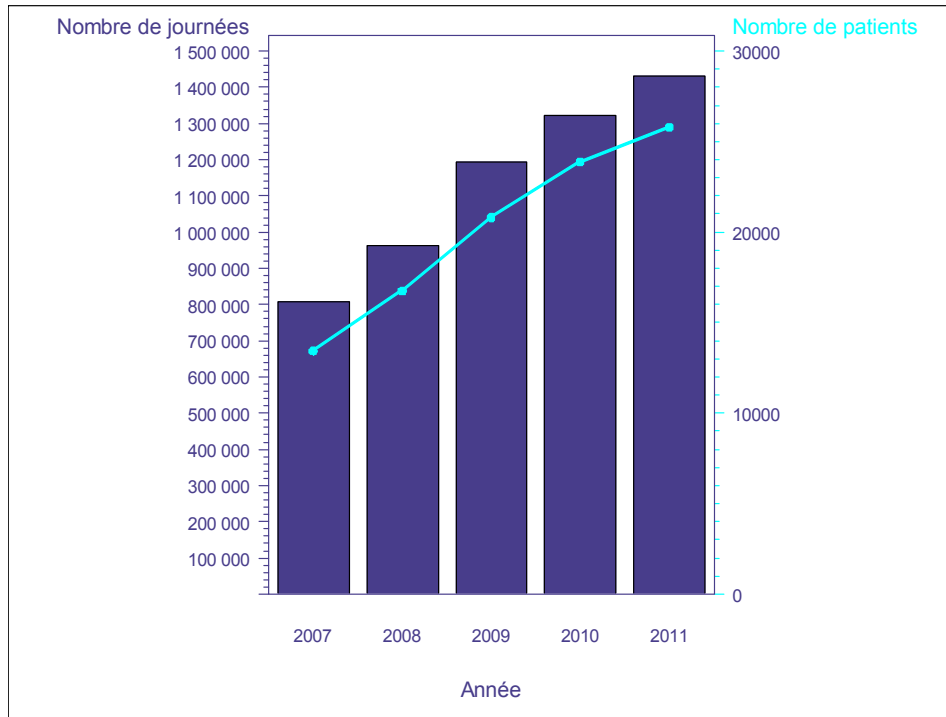
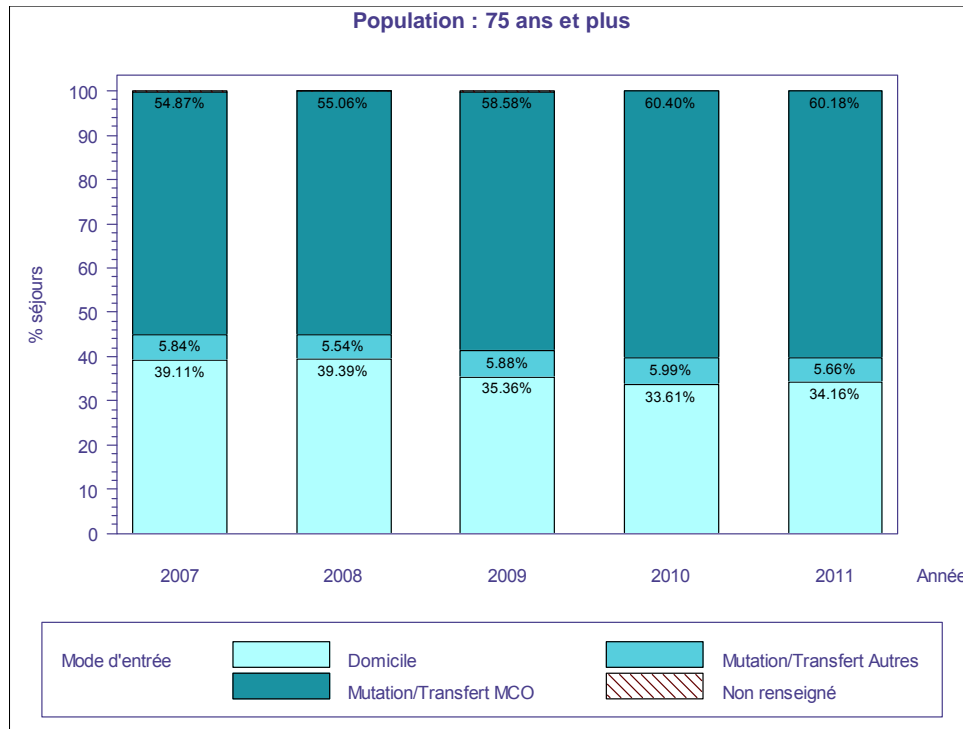
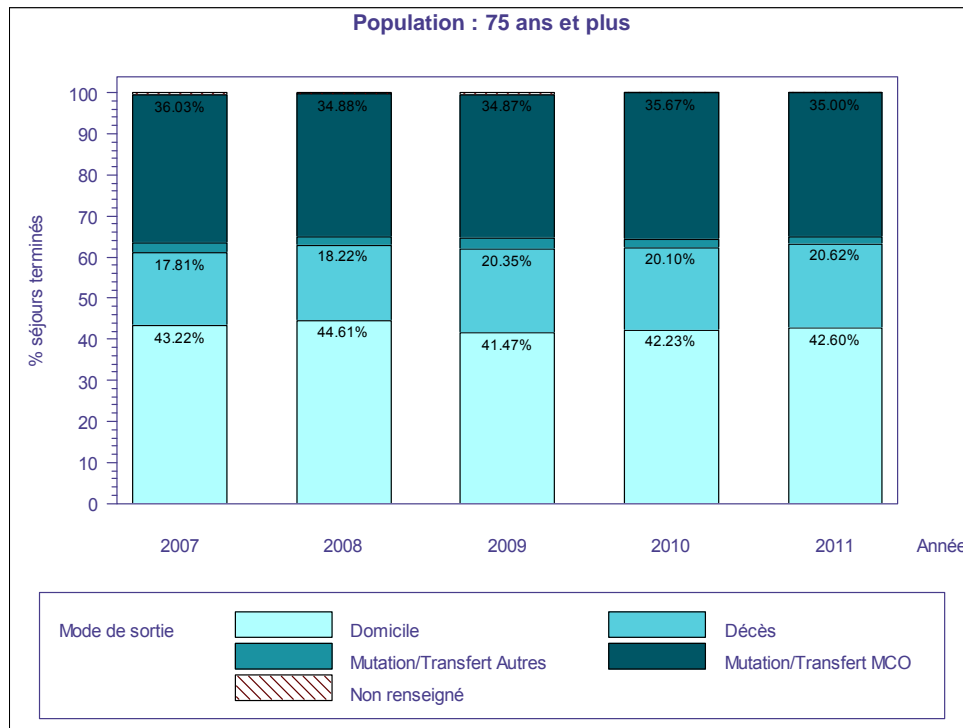


Figure 16. Evolution du mode d'entrée en HAD entre 2007 et 2011 chez les personnes âgées de 75 ans et +



L'entrée des séjours en HAD des patients de 75 ans et plus se fait majoritairement par transfert ou mutation depuis le MCO, tout comme pour l'ensemble des adultes. La particularité pour cette sous population d'adultes concerne la part des séjours dont la provenance est le domicile : si l'on retrouve la même tendance que chez les adultes (HAD de plus en plus souvent à la suite d'un séjour MCO entre 2007 et 2011), l'augmentation est moins nette chez les personnes âgées de plus de 75 ans que chez l'ensemble des adultes, respectivement +5,3% et +12% en 5 ans. On peut noter que la part des HAD suite à un transfert ou mutation depuis un autre secteur que le MCO représente presque 6% quelle que soit l'année, alors que ce pourcentage ne dépasse pas 4% pour l'ensemble des adultes.

Figure 17. Evolution du mode de sortie en HAD entre 2007 et 2011 chez les personnes âgées de 75 ans et +



La singularité au sujet des modes de sortie des séjours des personnes âgées de plus de 75 ans réside, non pas dans l'évolution des proportions au fil des 5 ans, celle-ci restant stable, mais plus dans la comparaison avec les résultats observés pour les adultes globalement. Tout comme pour l'ensemble des adultes, la part des séjours conduisant au domicile en fin d'hospitalisation reste la plus importante, mais de manière moins contrastée. En effet, un peu plus de 40% des séjours se terminent par un retour à domicile des personnes âgées de plus de 75 ans contre environ 60% pour l'ensemble des adultes. La différence s'explique, d'une part, par des transferts ou mutations vers le MCO après l'HAD plus marqués pour les 75 ans et plus (environ 35%) que pour l'ensemble des adultes (environ 29%), et d'autre part, par une proportion plus élevée de décès à domicile chez les personnes âgées de plus de 75 ans que chez les patients adultes globalement: 18% à 21% entre 2007 et 2011 pour les personnes âgées de 75 ans et plus contre 8,3% à 9,5% entre 2007 et 2011 chez l'ensemble des adultes.

b. L'HAD en pédiatrie entre 2007 et 2011

i. Les enfants de moins de 1 an

Tableau 9. Aperçu de l'activité d'HAD entre 2007 et 2011 chez les enfants de moins d'un an

Indicateur des moins de 1 an	2007	2008	2009	2010	2011	% évolution entre 2007 et 2011	% évolution entre 2010 et 2011
	Nombre de séjours terminés (%)	5 643 (97.7%)	6 803 (97.1%)	7 460 (97.9%)	6 693 (98.1%)	6 317 (97.5%)	11.9%
Nombre de patients	2 961	5 347	6 096	5 364	5 009	69.2%	-6.6%
Nombre de journées (% hors GHPC erreur)*	47 279 (98.5%)	53 892 (98.6%)	62 139 (99.0%)	64 395 (96.0%)	69 354 (97.7%)	46.7%	7.7%
Nombre d'ESHAD	53	68	78	100	104	96.2%	4.0%
DMS (Séj. terminés)	8.2	7.7	8.1	9.6	11.0		

* Nombre total de journées hors GHPC erreur et le % que cela représente par rapport à l'ensemble des journées d'HAD

Le nombre de patients de moins d'un an pris en charge en HAD a presque doublé entre 2007 et 2008 (+80,6%). Cette augmentation peut en partie s'expliquer par l'amélioration du recueil des éléments permettant la génération de la clé de chaînage¹⁰. La progression du nombre de ces patients se poursuit de manière moins importante entre 2008 et 2009 pour, ensuite, s'inverser sur 2010 et 2011 avec un infléchissement de -6,6% entre ces 2 années.

En revanche, en 5 ans, le nombre d'ESHAD prenant en charge ce type de patient a doublé et le nombre de journées reste en augmentation avec une croissance de +46,7% depuis 2007 et +7,7% entre 2010 et 2011. Ce nombre de journées consacrées aux enfants de moins d'un an représente environ 2% de l'ensemble des journées que ce soit en 2007 ou en 2011. De plus, la DMS, en progression constante depuis 2007 (8,2 jours), atteint 11 jours de prise en charge en 2011.

Les deux figures suivantes illustrent chez les enfants de moins d'un an pris en charge en HAD entre 2007 et 2011, l'évolution de la DMS, du nombre de séjours, du nombre de journées et du nombre de patients.

¹⁰ Cf. Document explicatif sur le fichier de chaînage des patients disponible sur le site de l'ATIH <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0009700001FF>

Figure 18. Evolution de la DMS et du nombre de séjours entre 2007 et 2011 chez les enfants de moins d'un an

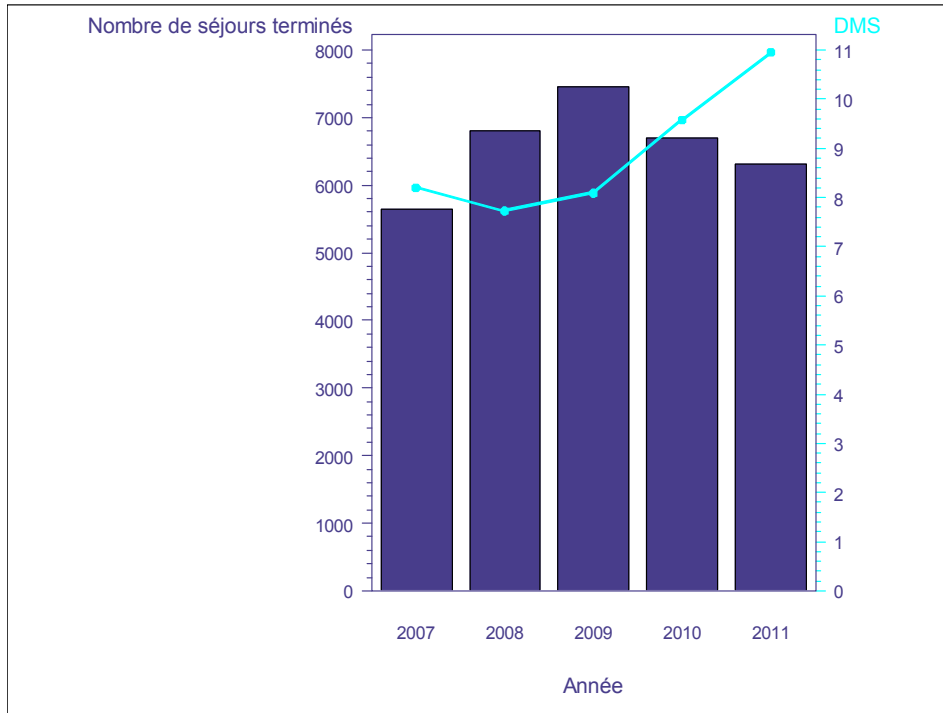


Figure 19. Evolution du nombre de journées et de patients entre 2007 et 2011 chez les enfants de moins d'un an

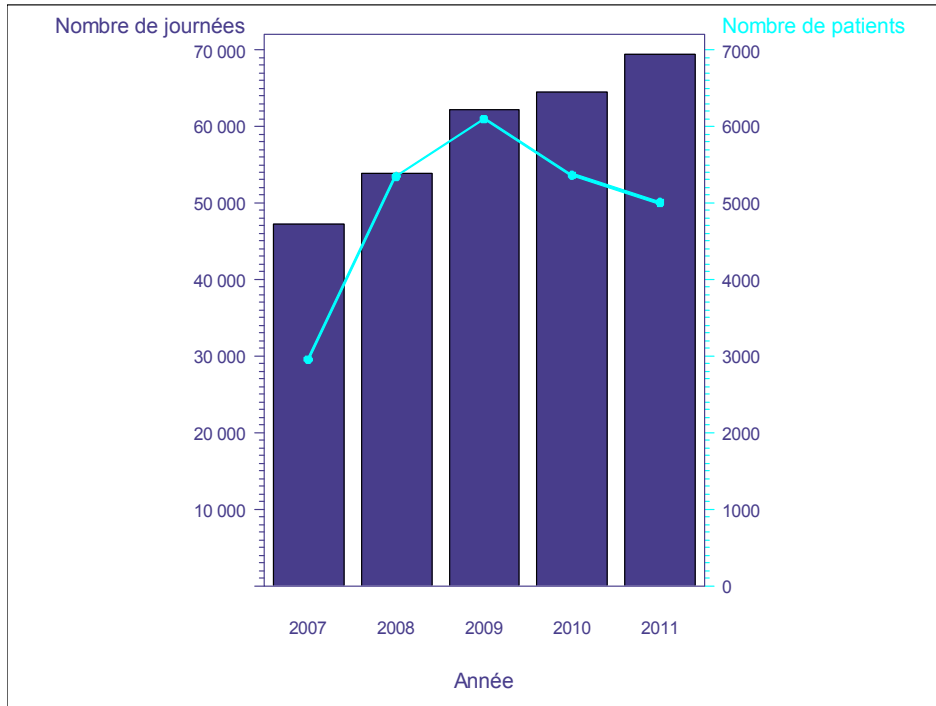
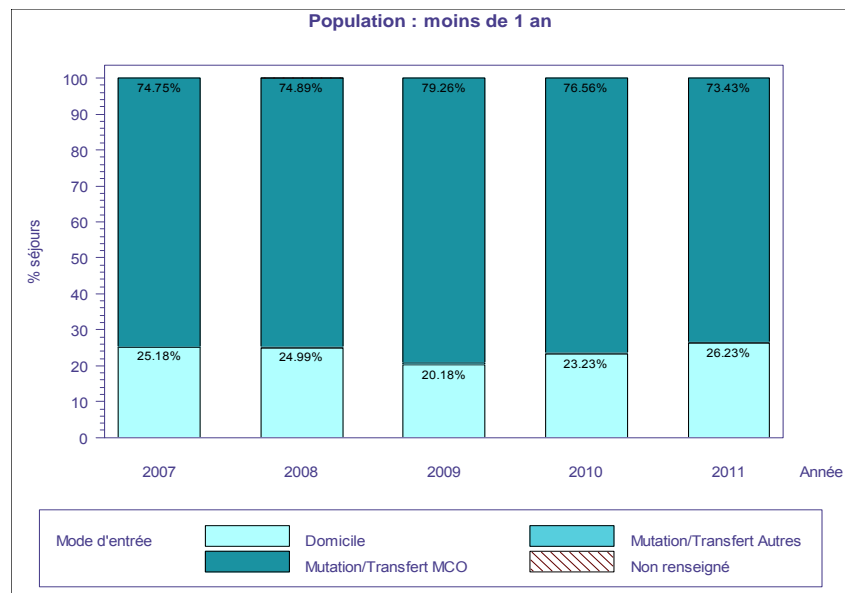
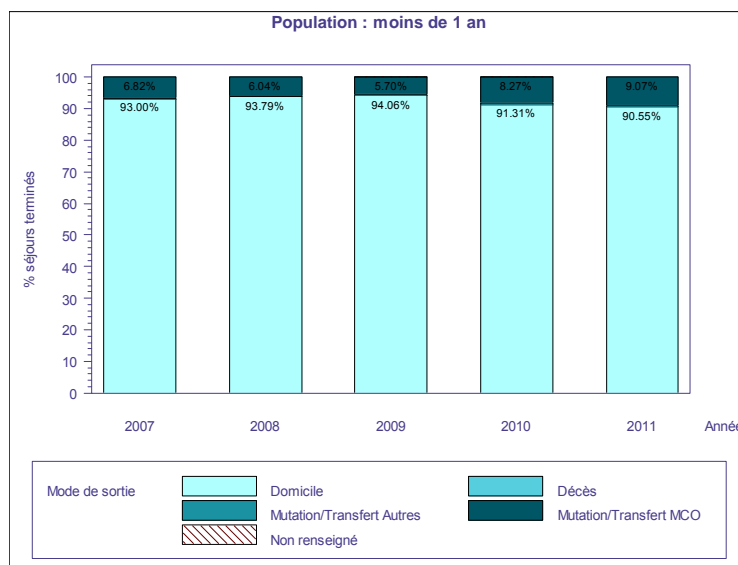


Figure 20. Evolution du mode d'entrée en HAD entre 2007 et 2011 chez les enfants de moins d'un an



Quelle que soit l'année entre 2007 et 2011, les hospitalisations des enfants de moins d'un an font suite, à plus de 70%, à un séjour dans un établissement MCO. Une partie minoritaire des séjours HAD des enfants de moins d'un an se font à partir du domicile. Plus de 90% des séjours en HAD pour les patients de moins d'un an se terminent à domicile sans mouvement d'aval. Cependant, la part de séjours nécessitant un retour en MCO est en progression depuis 2010 avec 9,1% des séjours concernés en 2011. Les enfants de moins d'un an décèdent très peu en HAD mais une légère augmentation est constatée avec 0,7% des séjours en 2007 et 1,4% en 2011. Ce phénomène se retrouve pour le mode de sortie « transfert/mutation vers un autre secteur que le MCO » qui ne représente que 1% des séjours en 2007 alors qu'il correspond à 2,8% des séjours en 2011.

Figure 21. Evolution du mode de sortie en HAD entre 2007 et 2011 chez les enfants de moins d'un an



ii. Les enfants âgés entre 1 et 17 ans

Tableau 10. Aperçu de l'activité d'HAD entre 2007 et 2011 chez les enfants de plus d'un an

Indicateur des 1-17 ans	2007	2008	2009	2010	2011	% évolution entre 2007 et 2011	% évolution entre 2010 et 2011
Nombre de séjours terminés (%)	3 269 (90.5%)	4 065 (88.8%)	4 231 (91.8%)	4 741 (96.0%)	5 214 (96.0%)	59.5%	10.0%
Nombre de patients	917	1 069	1 199	1 352	1 507	64.3%	11.5%
Nombre de journées (% hors GHPC erreur)*	61 242 (97.0%)	64 445 (96.3%)	72 561 (96.5%)	73 607 (96.4%)	75 360 (97.5%)	23.1%	2.4%
Nombre d'ESHAD	112	145	173	194	208	85.7%	7.2%
DMS (Séj. terminés)	17.4	13.5	15.6	16.1	14.1		

* Nombre total de journées hors GHPC erreur et le % que cela représente par rapport à l'ensemble des journées d'HAD

Même si le nombre de journées de prise en charge des patients âgés entre 1 et 17 ans est en hausse entre 2007 et 2011 (+23,1%), la part qu'il représente par rapport à l'ensemble des journées est en diminution. En effet, les journées d'HAD consacrées aux « 1-17 ans » correspondaient à 2,7% de la totalité des journées d'HAD en 2007 et elles correspondent à 2% du total en 2011. La DMS n'est pas constante sur les 5 ans ; après une DMS de 17 jours en 2007, ce chiffre baisse en 2008 pour augmenter jusqu'en 2010 avant de re-diminuer pour atteindre 14 jours en 2011.

Les deux figures suivantes illustrent chez les enfants de plus d'un an pris en charge en HAD entre 2007 et 2011, l'évolution de la DMS, du nombre de séjours, du nombre de journées et du nombre de patients. Comme précédemment sur 5 ans mais à l'exception notable de la DMS dont la tendance est plutôt à la baisse, les effectifs résumant l'activité d'HAD auprès de ces enfants de plus d'un an sont globalement en hausse (nombre de séjours terminés, nombre de patients, nombre de journées, nombre d'ESHAD).

Figure 22. Evolution de la DMS et du nombre de séjours entre 2007 et 2011 chez les enfants de plus d'un an

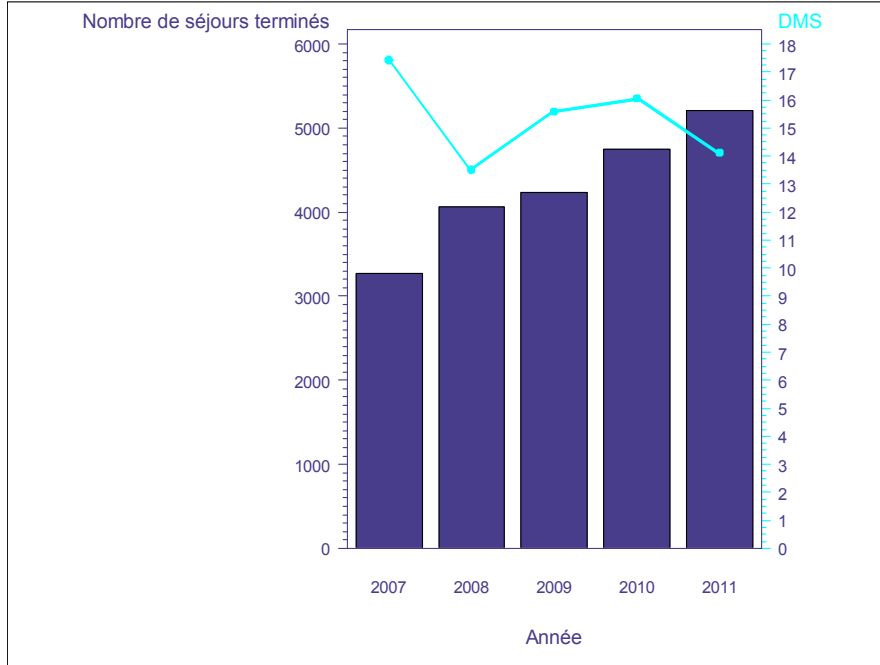


Figure 23. Evolution du nombre de journées et de patients entre 2007 et 2011 chez les enfants de plus d'un an

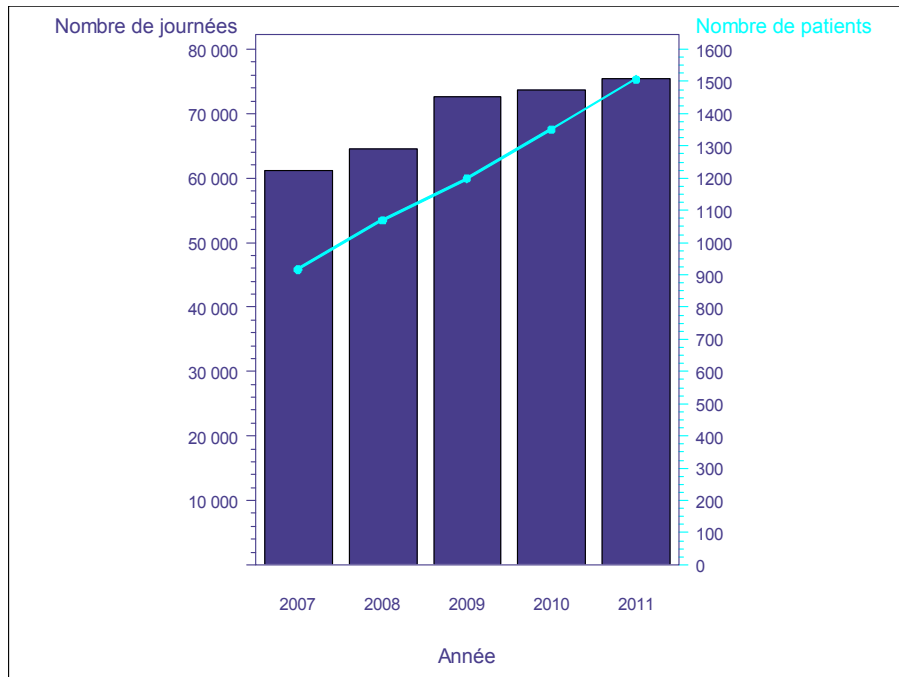
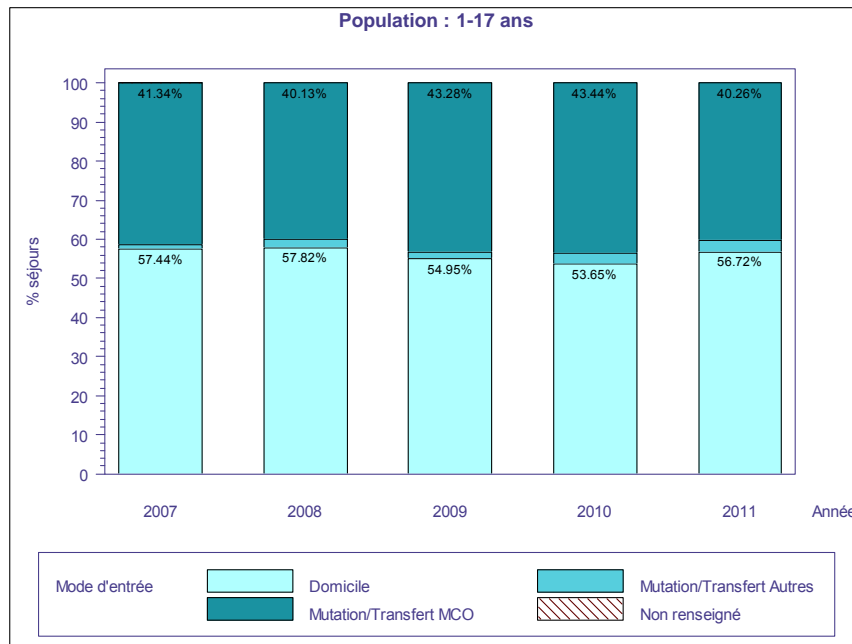
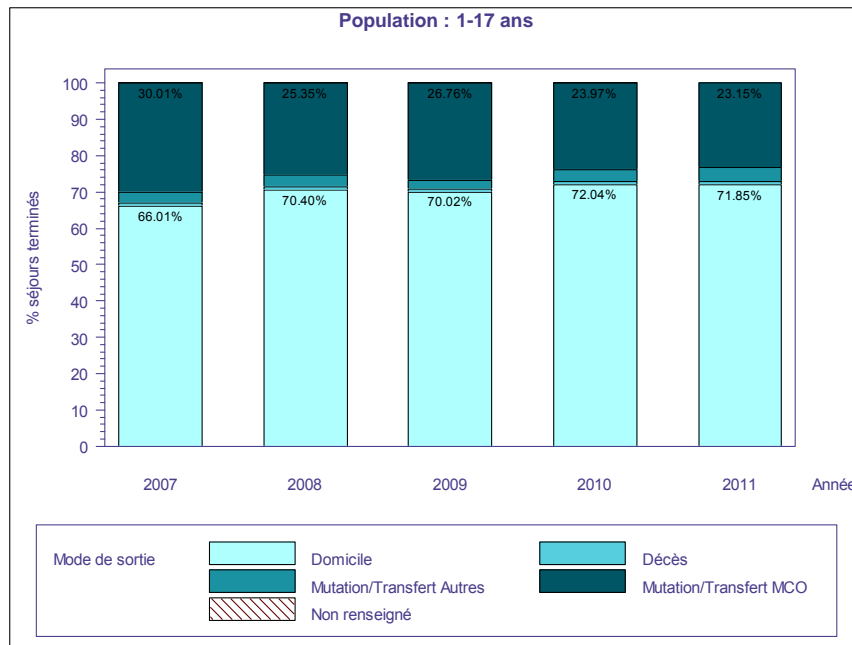


Figure 24. Evolution du mode d'entrée en HAD entre 2007 et 2011 chez les enfants de plus d'un an



Entre 2007 et 2011, et pour plus de 50% des séjours, les enfants âgés entre 1 et 17 ans sont hospitalisés à partir de leur domicile. Le deuxième mode d'entrée se fait par « transfert/mutation depuis le MCO » pour un peu plus de 40% des séjours quelle que soit l'année.

Figure 25. Evolution du mode de sortie en HAD entre 2007 et 2011 chez les enfants de plus d'un an

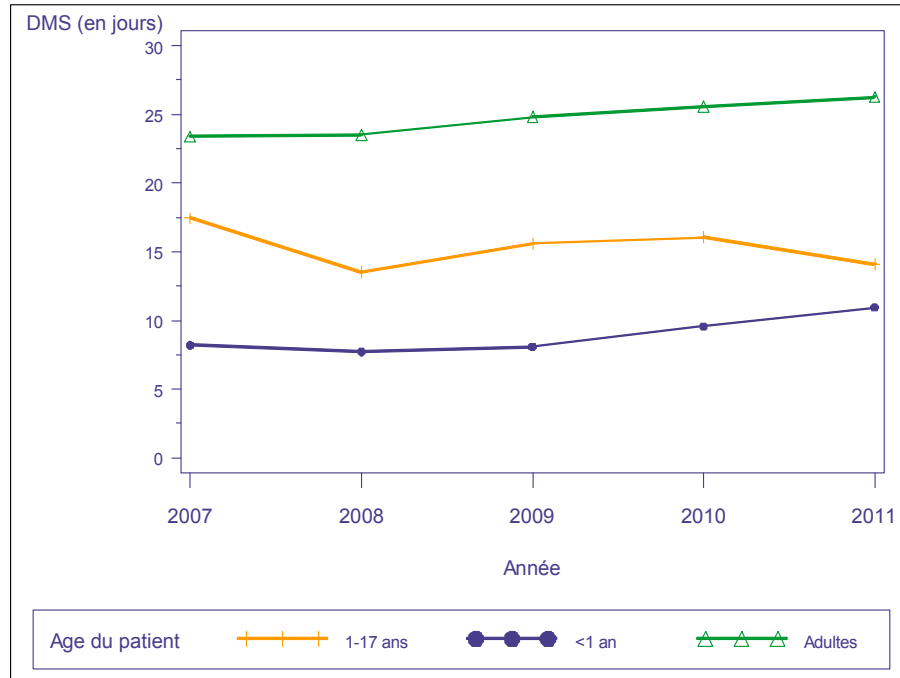


Les séjours consacrés aux enfants de plus d'un an se terminent majoritairement par un mode de sortie « domicile » entre 2007 et 2011 (70% des séjours en moyenne sur ces 5 années). Le pourcentage de « transfert ou mutation vers le MCO » est en diminution depuis 2007 alors que le « transfert ou mutation vers un autre secteur que le MCO » est en légère progression passant de 2,9% en 2007 à 4% en 2011. Moins d'1% des séjours s'achève par le décès de ces enfants de 1 à 17 ans.

iii. Comparaison des enfants avec les adultes

L'hospitalisation à domicile d'un adulte (18 ans et plus), d'un enfant (1 à 17 ans) ou d'un enfant de moins d'un an ne nécessite pas le même temps de prise en charge. La durée moyenne de séjour des trois groupes de patients est représentée graphiquement afin d'illustrer ces différences.

Figure 26. Evolution de la DMS en HAD entre 2007 et 2011 chez les adultes et les enfants



Le temps moyen de prise en charge en HAD pour les trois groupes de patients classés selon leur âge n'est pas identique. En effet, en moyenne sur ces 5 années, un adulte reste plus longtemps hospitalisé en HAD qu'un enfant. La courbe d'évolution de la DMS tend à la hausse pour les séjours des patients de moins d'un an (8,2 jours en 2007 à 11 jours en 2011) ou ceux des adultes (23,4 jours en 2007 à 26,3 en 2011) alors que celle des enfants de moins de 18 ans chute en 2008 de 4 jours pour augmenter légèrement jusqu'en 2010 et, à nouveau, rebaisser pour atteindre 14 jours en moyenne en 2011.

Le tableau suivant permet pour 3 groupes de patients (enfants et adulte) de comparer l'activité (nombre de journées, nombre de patients) et le temps moyen de prise en charge en considérant le diagnostic principal déclaré pour les séquences du séjour (DP synthétisé par le chapitre CIM-1011 de son code). Un DP étant susceptible d'évoluer d'une séquence à une autre du séjour, les résultats du tableau suivant portent sur toutes les journées hors erreurs de la base HAD 2011.

¹¹ Pour mémoire, en HAD, une séquence de soins du séjour se caractérise par son MPP, son MPA, s'il y a lieu et par l'IK du patient au début de cette séquence ; le DP est celui qui a mobilisé l'essentiel des soins de la séquence. Il est codé selon la plus récente mise à jour de la 10^e révision de la *Classification internationale des maladies* (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la Santé.

Tableau 11. Durée moyenne de prise en charge par patient en HAD en 2011 selon la tranche d'âge et selon le chapitre de la CIM-10 du DP (adultes, enfant de 1 à 17 ans, enfant de moins de 1 an)

Chapitre de la CIM-10 du DP	Nb J adultes	Nb patients adultes	DM en J par patient adultes	Nb J 1-17 ans	Nb patients 1-17 ans	DM en J par patient 1-17 ans	Nb J <1 an	Nb patients <1 an	DM en J par patient <1 an
I - Certaines maladies infectieuses et parasitaires	39 635	1 201	33,0	2 663	50	53,3	207	11	18,8
II - Tumeurs	1 233 022	27 101	45,5	18 560	368	50,4	636	15	42,4
III - Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	11 368	403	28,2	2 066	45	45,9	245	9	27,2
IV - Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	120 125	2 006	59,9	9 277	155	59,9	2 032	34	59,8
V - Troubles mentaux et du comportement	72 375	1 406	51,5	1 207	28	43,1	340	15	22,7
VI - Maladies du système nerveux	352 380	3 949	89,2	9 532	115	82,9	2 041	34	60,0
VII - Maladies de l'œil et de ses annexes	853	20	42,7				43	2	NS
VIII - Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	1 309	45	29,1	23	7	3,3	2	2	NS
IX - Maladies de l'appareil circulatoire	319 999	4 677	68,4	900	12	75,0	986	21	47,0
X - Maladies de l'appareil respiratoire	104 831	2 154	48,7	1 638	60	27,3	1 387	33	42,0
XI - Maladies de l'appareil digestif	72 481	1 508	48,1	3 178	47	67,6	2 472	61	40,5
XII - Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	334 700	4 808	69,6	3 448	94	36,7	179	7	25,6
XIII - Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	86 096	1 822	47,3	2 110	58	36,4	79	2	NS
XIV - Maladies de l'appareil génito-urinaire	33 889	1 061	31,9	1 794	68	26,4	864	75	11,5
XV - Grossesse, accouchement et puerpéralité	190 339	19 967	9,5	964	86	11,2	700	54	13,0
XVI - Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	4 603	574	8,0	1 950	35	55,7	38 856	3 237	12,0
XVII - Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	8 666	91	95,2	5 526	74	74,7	10 548	208	50,7
XVIII - Symptômes, signes et résultats anormaux d'exams cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	103 488	2 122	48,8	1 743	26	67,0	1 691	115	14,7
XIX - Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	213 637	4 391	48,7	2 587	87	29,7	35	3	NS
XX - Causes externes de morbidité et de mortalité	9 494	176	53,9				8	2	NS
XXI - Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	244 347	15 473	15,8	5 664	168	33,7	5 626	1 143	4,9
XXII - Codes d'utilisation particulière	482	14	34,4	4	1	NS			

*NS = Non significatif. Les effectifs en journées ou en patients ne sont pas suffisants.

En 2011, quel que soit l'âge du patient, c'est pour « les maladies du système nerveux » que les prises en charge en HAD sont en moyenne les plus longues : 89 jours pour les adultes, 83 pour les « 1-18 ans » et 60 jours pour les enfants de moins d'un an. Les trois principales pathologies déterminées à partir du code CIM-10 du DP, exigeant en moyenne les plus longues prises en charge en HAD selon le type de patient en 2011 sont les suivantes :

- **Pour les adultes :**
 - Chapitre XVII : malformations congénitales et anomalies chromosomiques : 95 jours ;
 - Chapitre VI : maladies du système nerveux : 89 jours ;
 - XII - Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané : 70 jours.

- **Pour les enfants de plus de 1 an :**
 - Chapitre VI : maladies du système nerveux : 83 jours ;
 - Chapitre IX : maladies de l'appareil circulatoire : 75 jours ;
 - Chapitre XVII : malformations congénitales et anomalies chromosomiques : 75 jours.

- **Pour les enfants de moins d'un an :**
 - Chapitre VI : maladies du système nerveux : 60 jours ;
 - Chapitre IV : maladies endocriniennes nutritionnelles et métaboliques : 60 jours ;
 - XVII - Malformations congénitales et anomalies chromosomiques : 51 jours.

Le tableau suivant permet pour les mêmes groupes de patients de décrire et comparer l'activité (nombre de journées, nombre de patients) et le temps moyen de prise en charge en considérant le mode de prise en charge principal déclaré pour les séquences du séjour. Un MPP étant susceptible d'évoluer d'une séquence à une autre du séjour, les résultats du tableau ci-dessous portent eux aussi sur toutes les journées hors erreurs de la base HAD 2011 :

Tableau 12. Durée moyenne de prise en charge par patient en HAD en 2011 selon la tranche d'âge et selon le mode de prise en charge principal

MPP	Nb J adultes	Nb patients adultes	DM en J par patient adultes	Nb J 1-17 ans	Nb patients 1-17 ans	DM en J par patient 1-17 ans	Nb J <1 an	Nb patients <1 an	DM en J par patient <1 an
01-Assistance respiratoire	121 919	1 659	73,5	5 258	53	99,2	4 279	70	61,1
02-Nutrition parentérale	105 385	3 062	34,4	4 384	43	102,0	183	5	36,6
03-Traitement intraveineux	160 111	7 736	20,7	7 147	328	21,8	1 204	186	6,5
04-Soins palliatifs	1 010 832	23 901	42,3	6 948	140	49,6	1 904	37	51,5
05-Chimiothérapie anticancéreuse	61 674	2 481	24,9	2 376	112	21,2	4	1	NS
06-Nutrition entérale	242 781	2 904	83,6	11 948	178	67,1	10 658	222	48,0
07-Prise en charge de la douleur	67 419	2 287	29,5	1 030	29	35,5	19	2	NS
08-Autres traitements	107 060	2 614	41,0	11 132	245	45,4	7 987	246	32,5
09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	801 038	12 433	64,4	7 285	210	34,7	1 438	32	44,9

*NS = Non significatif. Les effectifs en journées ou en patients ne sont pas suffisants.

Durée moyenne de prise en charge par patient en HAD en 2011 selon la tranche d'âge et selon le MPP (suite)

MPP	Nb J adultes	Nb patients adultes	DM en J par patient adultes	Nb J 1-17 ans	Nb patients 1-17 ans	DM en J par patient 1-17 ans	Nb J <1 an	Nb patients <1 an	DM en J par patient <1 an
10-Posttraitement chirurgical	154 909	11 152	13,9	1 431	73	19,6	205	20	10,3
11-Rééducation orthopédique	58 027	1 453	39,9	580	14	41,4	228	3	NS
12-Rééducation neurologique	47 520	930	51,1	235	5	47,0	172	5	34,4
13-Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	123 539	3 224	38,3	6 112	117	52,2	301	6	50,2
14-Soins de nursing lourds	251 615	4 569	55,1	1 021	29	35,2	22	1	NS
15-Education du patient et/ou entourage	24 558	1 015	24,2	5 626	140	40,2	13 898	543	25,6
17-Surveillance de radiothérapie	4 642	199	23,3	65	4	NS			
18-Transfusion sanguine	630	91	6,9	4	1	NS			
19-Surveillance de grossesse à risque	99 845	3 865	25,8	1 059	44	24,1	131	8	16,4
20-Retour précoce à domicile après accouchement	29 206	7 368	4,0	82	24	3,4	1 121	285	3,9
21-Post-partum pathologique	80 196	14 116	5,7	568	85	6,7	287	75	3,8
22-Prise en charge du nouveau-né à risque							24 936	3 536	7,1
24-Surveillance d'aplasie	4 880	240	20,3	543	35	15,5			

*NS = Non significatif. Les effectifs en journées ou en patients ne sont pas suffisants.

En 2011, quel que soit l'âge du patient, c'est pour « l'assistance respiratoire » que les prises en charge en HAD sont en moyenne les plus longues : 73 jours pour les adultes, 99 pour les « 1-18 ans » et 61 jours pour les enfants de moins d'un an. Les trois MPP principaux exigeant en moyenne les plus longues prises en charge en HAD selon le type de patient en 2011 sont les suivantes :

- **Pour les adultes :**
 - MPP 06 : Nutrition entérale : 84 jours ;
 - MPP 01 : Assistance respiratoire : 73 jours ;
 - MPP 09 : Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) : 64 jours.
- **Pour les enfants de plus de 1 an :**
 - MPP 02 : Nutrition parentérale : 102 jours ;
 - MPP 01 : Assistance respiratoire : 99 jours ;
 - MPP 06 : Nutrition entérale : 67 jours.
- **Pour les enfants de moins d'un an :**
 - MPP 01 : Assistance respiratoire : 61 jours ;
 - MPP 04 : Soins palliatifs : 51 jours ;
 - MPP 13 : Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse : 50 jours

c. L'HAD en EHPAD entre 2007 et 2011

Tableau 13. Aperçu de l'activité d'HAD entre 2007 et 2011 chez les personnes hébergées en EHPAD

Indicateur des personnes en EHPAD	2007	2008	2009	2010	2011	% évolution entre 2007 et 2011	% évolution entre 2010 et 2011
Nombre de séjours terminés (%)	109 (86.5%)	687 (81.0%)	1 633 (88.9%)	2 367 (90.4%)	3 075 (90.5%)	2721.1%	29.9%
Nombre de patients	109	620	1 373	1 936	2 563	2251.4%	32.4%
Nombre de journées (% hors GHPC erreur)*	2 854 (60.4%)	27 243 (81.3%)	59 928 (83.4%)	82 470 (84.6%)	109 936 (84.1%)	3752.0%	33.3%
Nombre d'ESHAD	26	99	154	195	217	734.6%	11.3%
DMS (Séj. terminés)	24.3	29.6	33.6	33.7	35.4		

* Nombre total de journées hors GHPC erreur et le % que cela représente par rapport à l'ensemble des journées d'HAD

L'hospitalisation à domicile des personnes hébergées en EHPA n'est possible et n'est recueillie dans le PMSI que depuis mars 2007. Ceci explique le peu de journées recueillies lors de cette année d'introduction. Le nombre de journées consacrées à des personnes hébergées en EHPA ne cesse de croître depuis 2007. En 2008, ce nombre représente 1% du total de journée en HAD et est de 3% en 2011. La DMS a fortement augmenté depuis 2007 avec plus 10 jours supplémentaires de temps de prise en charge moyen en 2011. L'augmentation de l'HAD en EHPAD est synthétisée graphiquement ci-dessous :

Figure 27. Evolution de la DMS et du nombre de séjours entre 2007 et 2011 chez les personnes hébergées en EHPAD

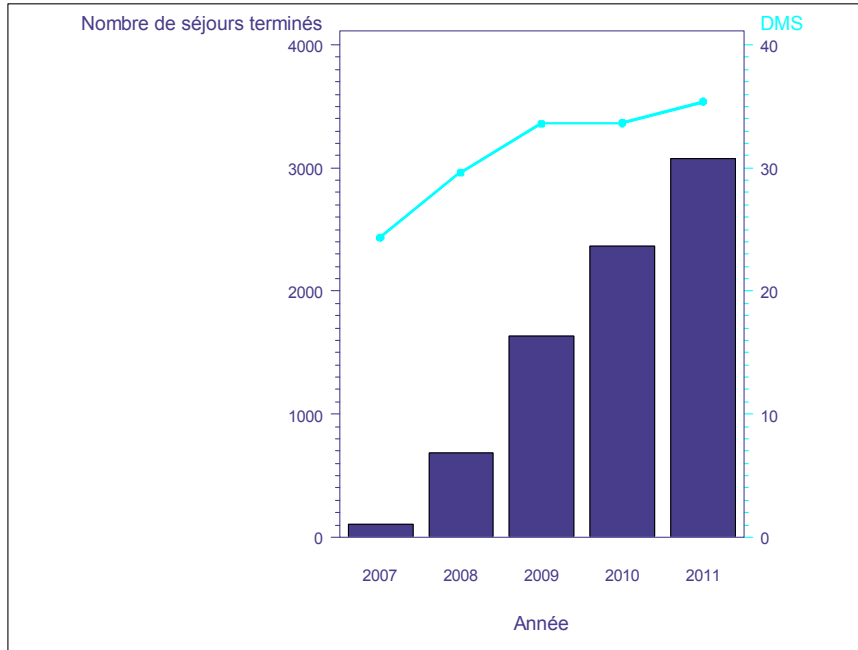


Figure 28. Evolution du nombre de journées et de patients entre 2007 et 2011 chez les personnes hébergées en EHPAD

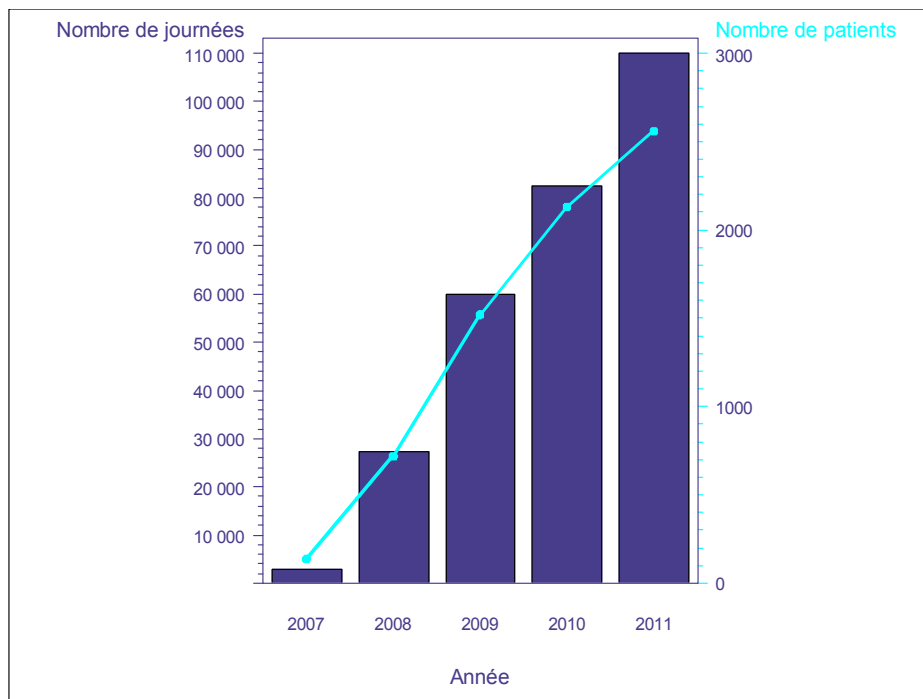
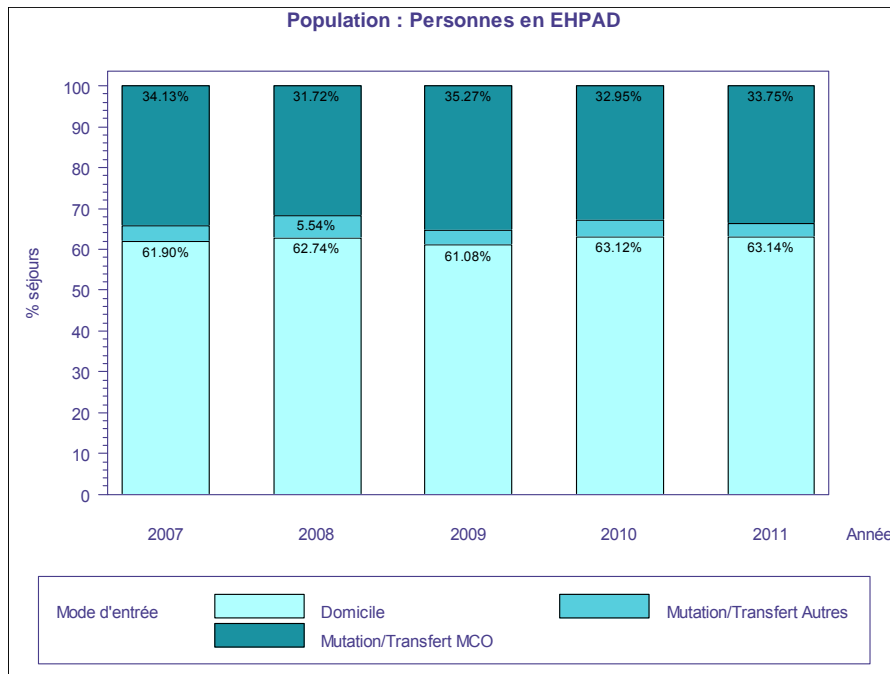


Figure 29. Evolution du mode d'entrée en HAD entre 2007 et 2011 chez les personnes hébergées en EHPAD

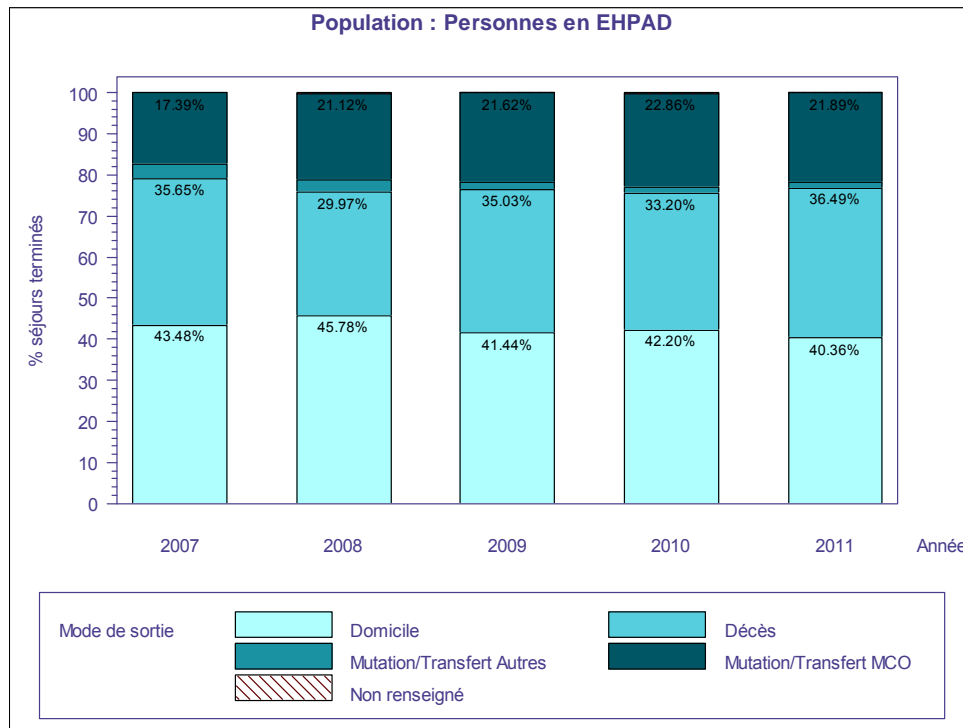


Quelle que soit l'année, un peu plus de 60% des hospitalisations pour les personnes en EHPAD se font par le « domicile ». La part des séjours dont le mode d'entrée est « transfert/mutation depuis le MCO » représente entre 32% et 35% selon l'année.

Les séjours HAD pour les personnes en EHPAD ont un fort taux de décès par rapport à la part générale qui est d'environ 8%. En effet, pour plus de 30% des séjours, le patient décède. Le taux de séjours clos par un transfert ou mutation vers le MCO est d'environ 22% sur les 3 dernières années. Le mode de sortie principal reste le « domicile » avec un peu plus de 40% en 2011.

Ces résultats sont repris et détaillés ci-dessous :

Figure 30. Evolution du mode de sortie en HAD entre 2007 et 2011 chez les personnes hébergées en EHPAD



5. Le recueil des actes CCAM en 2011

Les actes CCAM effectués lors du séjour doivent être renseignés dans le recueil HAD depuis 2010.

En 2010, le pourcentage de séjours avec au moins un acte ne dépassait pas 2%. En 2011, cette proportion a atteint près de 4% des séjours.

Tableau 14. Aperçu du recueil des actes CCAM en 2011

	2011
Nombre de séjours	155 941
Dont avec au moins un acte de renseigné	6 057
Nombre d'actes différents	485
Nombre d'actes moyen par séjour	8,0

En 2011, 73,3% des actes CCAM décrits sur un total de 42 290 actes concernent quatre MPP :

- la nutrition entérale (26%),
- les soins palliatifs (24%),
- l'assistance respiratoire (11%),
- la nutrition parentérale (11%).

Tableau 15. Aperçu du recueil des actes CCAM selon les MPP

MPP	Somme du nombre de réalisations de l'acte	%
06-Nutrition entérale	15 224	26,4%
04-Soins palliatifs	13 989	24,3%
01-Assistance respiratoire	6 639	11,5%
02-Nutrition parentérale	6 438	11,2%
07-Prise en charge de la douleur	4 171	7,2%
19-Surveillance de grossesse à risque	3 266	5,7%
09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	2 770	4,8%
03-Traitement intraveineux	2 329	4,0%
08-Autres traitements	1 132	2,0%
10-Posttraitement chirurgical	441	0,8%
13-Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	399	0,7%
14-Soins de nursing lourds	246	0,4%
21-Post-partum pathologique	137	0,2%
12-Rééducation neurologique	116	0,2%
05-Chimiothérapie anticancéreuse	104	0,2%
11-Rééducation orthopédique	95	0,2%
17-Surveillance de radiothérapie	71	0,1%
15-Education du patient et/ou entourage	57	0,1%
18-Transfusion sanguine	19	0,0%
22-Prise en charge du nouveau-né à risque	12	0,0%
20-Retour précoce à domicile après accouchement	11	0,0%
24-Surveillance d'aplasie	6	0,0%
Total	57 672	100,0%

Le détail concernant les actes CCAM des trois principaux MPP où sont décrits ces actes est repris dans les tableaux suivants :

Tableau 16. Détail des actes pour les 3 premiers MPP associés à des actes CCAM
MPP 01- Assistance respiratoire

Acte CCAM	Somme du nombre de réalisations de l'acte	%	Libellé de l'acte
GLLD0030	3 489	52,6%	Ventilation spontanée au masque facial, par canule nasale ou par sonde nasopharyngée, sans aide inspiratoire, avec pression expiratoire positive [VS-PEP] [Continuous positive airway pressure] [CPAP],
HSLD0010	999	15,0%	Alimentation entérale par sonde avec apport de 20 à 35 kilocalories par kilogramme par jour [kcal/kg/jour], par 24 H
GLLD0150	899	13,5%	Ventilation mécanique intratrachéale avec pression expiratoire positive [PEP] inférieure ou égale à 6 et FiO2 inférieure ou égale à 60%, par 24 H
GLLD0020	466	7,0%	Ventilation mécanique discontinue au masque facial ou par embout buccal pour kinésithérapie, par 24 H
GLLD0170	301	4,5%	Oxygénothérapie avec surveillance continue de l'oxymétrie, en dehors de la ventilation mécanique, par 24 H
GLLD0120	162	2,4%	Ventilation mécanique continue au masque facial pour suppléance ventilatoire, par 24 H
HSLD0020	68	1,0%	Alimentation entérale par sonde avec apport de plus de 35 kilocalories par kilogramme par jour [kcal/kg/jour], par 24 H
GLLD0190	53	0,8%	Ventilation barométrique ou volumétrique non effractive au masque facial pendant au moins 2 heures cumulées au cours des 12 heures, pour insuffisance respiratoire aiguë
GLLD0080	28	0,4%	Ventilation mécanique intratrachéale avec pression expiratoire positive [PEP] supérieure à 6 et/ou FiO2 supérieure à 60%, par 24 H
HSLF0020	21	0,3%	Alimentation parentérale avec apport de 20 à 35 kilocalories par kilogramme par jour [kcal/kg/jour], par 24 H

MPP 04- Soins palliatifs

Acte CCAM	Somme du nombre de réalisations de l'acte	%	Libellé de l'acte
ANMP0010	5 011	35,8%	Mise en place et surveillance d'une analgésie contrôlée par le patient [ACP] [PAC]
HSLF0020	2 916	20,8%	Alimentation parentérale avec apport de 20 à 35 kilocalories par kilogramme par jour [kcal/kg/jour], par 24 H
HSLD0010	1 950	13,9%	Alimentation entérale par sonde avec apport de 20 à 35 kilocalories par kilogramme par jour [kcal/kg/jour], par 24 H
GLLD0170	1 342	9,6%	Oxygénothérapie avec surveillance continue de l'oxymétrie, en dehors de la ventilation mécanique, par 24 H
HSLF0030	491	3,5%	Alimentation parentérale avec apport de plus de 35 kilocalories par kilogramme par jour [kcal/kg/jour], par 24 H
GELD0050	260	1,9%	Nébulisation d'agent thérapeutique à destination bronchique [aérosol] avec surveillance de la saturation en oxygène par mesure transcutanée [SpO2] et surveillance de la fréquence cardiaque, pendant au
JDJD0020	148	1,1%	Décaillotage de la vessie par sonde, par voie urétrale
HSLF0010	142	1,0%	Alimentation entérale et parentérale, avec apport de plus de 35 kilocalories par kilogramme par jour [kcal/kg/jour], par 24 H
ANLB0040	125	0,9%	Injection intrathécale d'agent pharmacologique à visée antalgique, avec évaluation diagnostique et pronostique
GLLD0030	105	0,8%	Ventilation spontanée au masque facial, par canule nasale ou par sonde nasopharyngée, sans aide inspiratoire, avec pression expiratoire positive [VS-PEP] [Continuous positive airway pressure] [CPAP],

MPP 06- Nutrition entérale

Acte CCAM	Somme du nombre de réalisations de l'acte	%	Libellé de l'acte
HSLD0010	13 260	87,1%	Alimentation entérale par sonde avec apport de 20 à 35 kilocalories par kilogramme par jour [kcal/kg/jour], par 24 H
HSLD0020	1 486	9,8%	Alimentation entérale par sonde avec apport de plus de 35 kilocalories par kilogramme par jour [kcal/kg/jour], par 24 H
GLLD0170	92	0,6%	Oxygénothérapie avec surveillance continue de l'oxymétrie, en dehors de la ventilation mécanique, par 24 H
GELD0050	45	0,3%	Nébulisation d'agent thérapeutique à destination bronchique [aérosol] avec surveillance de la saturation en oxygène par mesure transcutanée [SpO2] et surveillance de la fréquence cardiaque, pendant au
HFKD0010	34	0,2%	Changement d'une sonde de gastrostomie, par voie externe sans guidage
ZBQK0020	33	0,2%	Radiographie du thorax
JDKD0020	28	0,2%	Changement d'une sonde urétrovésicale
DEQP0030	17	0,1%	Électrocardiographie sur au moins 12 dérivations
HSLF0010	14	0,1%	Alimentation entérale et parentérale, avec apport de plus de 35 kilocalories par kilogramme par jour [kcal/kg/jour], par 24 H
YYYY4670	13	0,1%	Supplément pour injection intraveineuse de produit de contraste au cours d'un examen radiographique ou scanographique

6. Appendices

[Appendice 7.1 : Définitions](#)

[Appendice 7.2 : Fonction groupage HAD](#)

[Appendice 7.3 : Associations des MPP et des MPA \(≥ mars 2010\)](#)

[Appendice 7.4 : Index des tableaux](#)

[Appendice 7.5 : Abréviations utilisées](#)

Appendice 7.1 Définitions

Le séjour

Un séjour HAD est composé d'une ou plusieurs séquences au cours de laquelle (desquelles) l'état du patient peut varier et la prise en charge évoluer ce qui peut entraîner des changements de modes de prise en charge et/ou d'IK. Les résultats décrivant l'activité HAD de l'année étudiée sont exprimés en nombre total de journées (J) réalisées dans l'année. Ils sont établis à partir des résumés anonymes par sous séquence (RAPSS) transmis par les établissements de santé HAD (ESHAD) hors séquences en « erreur » (GHPC ≠ 9999) ¹². Le nombre de séjours désigne uniquement les séjours terminés dans l'année qu'ils aient commencé lors d'une année antérieure ou non. Ils sont identifiés par le biais de l'indicateur permettant de savoir si la séquence est la dernière du séjour.

A partir de mars 2010, le renseignement du mode d'entrée devient obligatoire et est soumis à un contrôle bloquant au niveau de la fonction groupage (GHPC 9999 et GHT 99) en cas d'absence ou de valeur non autorisée. Les graphiques portant sur ce mode d'entrée peut ainsi contenir la modalité « Non renseigné » entre 2007 et 2010 (janvier – février).

Les illustrations portant sur la répartition des modes de sortie selon l'année peuvent également contenir la modalité « Non renseigné ». Cette variable ne fait l'objet d'un contrôle bloquant que dans les cas où il est renseigné.

La modalité « Non renseigné » pour les représentations de ces deux types de graphiques ne représente pas de fort pourcentage et est donc difficilement visible sur les illustrations.

La DMS

La durée moyenne de séjour (DMS) est calculée uniquement pour les séjours terminés dans l'année étudiée. La DMS prend en compte l'ensemble des journées, celles ayant eu lieu dans le courant de l'année ainsi que celles ayant eu lieu avant le 1er janvier 2011. Les journées d'une séquence groupée en GHPC 9999 sont également incluses dans le calcul de la DMS lorsque le séjour n'est pas entièrement groupé en erreur.

Le patient

L'âge du patient qui figure dans le RAPSS est calculé à partir de la date de naissance à l'entrée du séjour HAD et s'exprime en années ou en jours pour les enfants de moins de 1 an à la date d'entrée. Cette variable reste donc constante tout au long d'un séjour même si le patient a son anniversaire pendant le temps du séjour. Ainsi par exemple, pour un enfant de moins de 1 an hospitalisé en HAD dans l'année étudiée et qui aurait son anniversaire d'un an lors de son séjour sera considéré pour tout son séjour comme un enfant de moins de 1 an.

Le nombre de patients indiqué dans les tableaux de synthèse correspond à des patients distincts ayant une bonne clé de chaînage dans la base 2011.

Pour l'étude de l'activité HAD en pédiatrie, deux groupes sont constitués :

- les patients âgés de moins de 1 an ;
- les patients âgés de 1 à 17 ans.

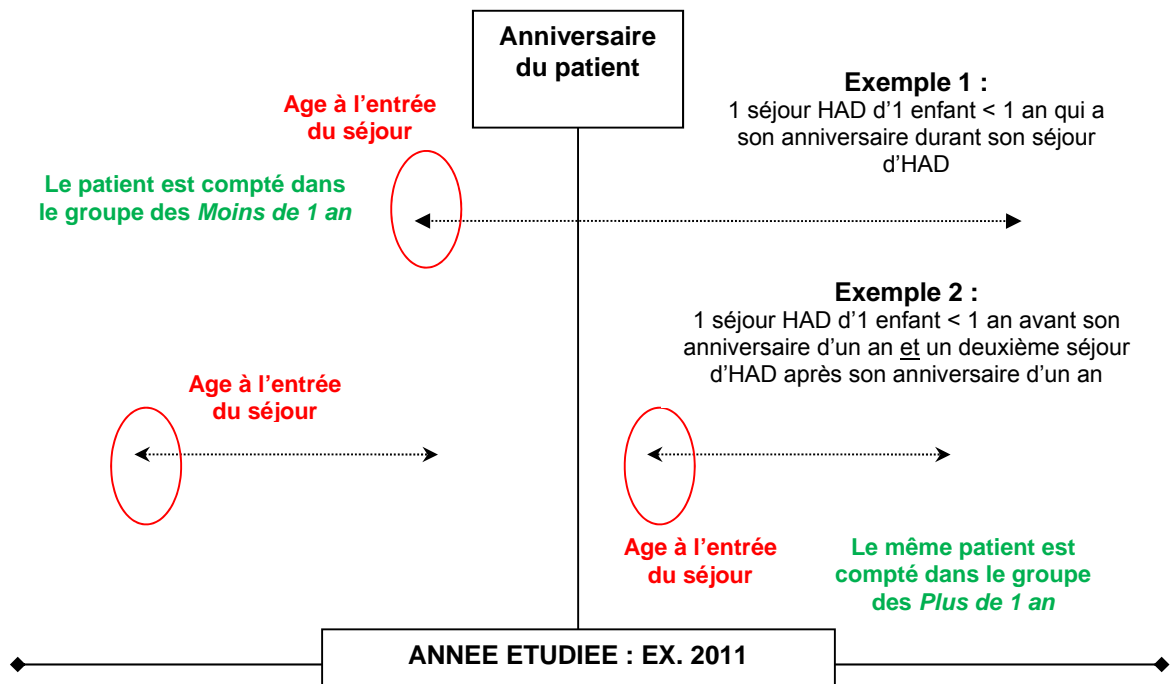
¹² La fonction groupage (FG) HAD est présentée en [appendice](#) du rapport.

Pour l'étude de l'activité HAD chez les adultes, deux groupes non exclusifs sont constitués :

- les patients âgés de 18 ans et plus ;
- les patients âgés de 75 ans et plus.

Par exemple, un patient ayant deux ou plusieurs séjours dans la même année (ex. en 2011) et ayant moins de 1 an pour un ou plusieurs de ces séjours et ayant entre 1 et 18 ans pour le ou les autre(s) séjours appartient de fait aux deux groupes ; dans ce cas, ce patient est comptabilisé dans les deux groupes distingués (cf. figure ci-dessous). Afin de dénombrer le nombre de patients pédiatriques pris en charge dans l'année étudiée, la règle adoptée impose de ne pas additionner le nombre de patients « Moins de 1 an » avec celui « 1-17 ans » dans les tableaux synthétiques pour ne pas compter en double certains patients.

Prise en compte de la date anniversaire d'un an par rapport au séjour HAD dans la comptabilisation des patients pédiatriques (2 exemples)



L'HAD dans les EHPAD

Depuis 2007, les ESHAD peuvent intervenir sous conditions dans les établissements médicosociaux de type EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)¹³. Toutefois, les modes de prise en charge autorisés pour les interventions des ESHAD dans les EHPAD bénéficiant de l'autorisation prévue au 4ème alinéa de l'article L.313-3 du code de l'action sociale et des familles restent limités¹⁴.

Un patient pris en charge en HAD alors qu'il est domicilié dans un EHPAD est identifié grâce à la modalité 3 de la variable du RPSS décrivant le « Type de lieu de domicile du patient » : 3 signifiant « Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPA) ».

Grille AVQ

La grille des activités de la vie quotidienne (AVQ) évalue le degré de dépendance du patient selon un gradient allant de l'autonomie complète (score = 1) à la dépendance totale (score = 4) dans six dimensions possibles : habillage et toilette, déplacements et locomotion, alimentation, continence (axe locomoteur) et comportement, relation et communication (axe relationnel). Le score global AVQ du patient qui est la somme des différents scores permet d'apprécier le degré d'autonomie / dépendance du patient :

Valeur du score global AVQ et degré de dépendance :

Valeur du score AVQ	Interprétation
<= 6	Patient totalement autonome
7 - 12	Patient faiblement dépendant
13 - 18	Patient moyennement dépendant
19 - 24	Patient complètement dépendant

Indice de Karnofsky

L'indice de Karnofsky (IK) est un indicateur d'état de santé global qui s'apparente à une échelle synthétique de qualité de vie. L'IK mesure sur une échelle de 0 (décès) à 100 % (autonomie complète), la dépendance fonctionnelle du sujet envers l'aide dont il a besoin dans sa dimension « sociale » (gestes de la vie courante, besoins personnels, habillage, etc.) et la dépendance envers les soins médicaux qu'il requiert. Les patients pris en charge en HAD ont une dépendance variant de 10 % (« moribond ») à une autonomie quasi-totale (90-100 %) :

¹³ Cf. [Arrêté du 16 mars 2007](#) fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en HAD d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées en vertu de l'article R. 6121-4 du code de la santé publique.

¹⁴ MPP autorisés en EHPAD : N° 03, 04, 05 (la chimiothérapie anticancéreuse peut être assurée par l'ESHAD à l'exception de la chimiothérapie par voie orale), 07, 08, 09, 18, 24 ; MPA autorisés en EHPAD : N° 01, 02, 03, 04, 05 (même restriction pour la chimiothérapie par voie orale), 06, 07, 08, 09, 11, 12, 14, 18, 24.

Valeur de l'IK et sa signification :

Indice de Karnofsky %	Situation correspondante
100	Le patient ne présente aucun signe ou symptôme de maladie
90	Le patient est capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne, symptômes ou signes mineurs de la maladie
80	Le patient est capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne avec efforts, quelques symptômes ou signes mineurs
70	Le patient est capable de se prendre en charge mais est incapable de mener une vie normale ou de travailler
60	Le patient nécessite une aide occasionnelle mais peut prendre en charge la plupart des soins personnels
50	Le patient nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents
40	Le patient est handicapé et nécessite une aide et des soins particuliers
30	Le patient est sévèrement handicapé
20	Le patient, très malade, nécessite un traitement de soutien actif
10	Le patient est moribond, le processus fatal progressant rapidement

Mode de prise en charge

Le mode de prise en charge principal (MPP) est celui ayant suscité la consommation la plus importante de ressources : frais de personnels, frais de location de matériel, frais de médicaments, etc. Si le patient a bénéficié d'un autre mode de prise en charge que le mode principal, ayant consommé moins de ressources alors ce mode de prise en charge est le mode de prise en charge associé (MPA). S'il existe plusieurs modes associés, on retient comme MPA celui qui, en termes de consommation de ressources, vient immédiatement après le MPP.

Si le patient a bénéficié de plus de deux modes de prise en charge, ceux qui ne sont pas retenus comme principal et associé peuvent être enregistrés comme modes de prise en charge documentaires (MPD) ; il est possible de renseigner jusqu'à 5 MPD. S'il en existe davantage, il convient de les renseigner par ordre décroissant en termes de consommation de ressources. Les modes de prise en charge à visée documentaire sont de nature descriptive : ils n'interviennent pas dans la tarification.

En EHPA, sont seuls autorisés : comme MPP, les modes n° 03, 04, 05, 07, 08, 09, 18, 24, et comme MPA, les modes n° 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 11, 12, 14, 18, 24.

Les modes de prise en charge doivent toujours être renseignés selon les modalités prévues ; le mode de prise en charge principal (MPP, modalités 01 à 24), mais aussi le mode de prise en charge associé (MPA, modalités 00 à 21 ou 24 à 25) ou le(s) mode(s) de prise en charge documentaire(s) (MPD, modalités 00 à 21 ou 24 à 25 ou 26 « Traitement intraveineux, un seul passage quotidien », 27 « Éducation du patient ou de son entourage chez un enfant ou un adolescent de moins 18 ans », 28 « Prise en charge psychologique ou sociale chez les patients de 18 ans ou moins »).

Liste des MPP et des MPA et leurs codes (*libellés 2006-2009¹⁵ et à partir de 2010¹⁶*) :

MPP	MPA	Modification Libellé mars 2010
NA	00-Pas de protocole associé	
01-Assistance respiratoire	01-Assistance respiratoire	
02-Nutrition parentérale	02-Nutrition parentérale	
03-Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	03-Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	
04-Soins palliatifs	04-Soins palliatifs	
05-Chimiothérapie anticancéreuse	05-Chimiothérapie anticancéreuse	
06-Nutrition entérale	06-Nutrition entérale	
07-Prise en charge de la douleur	07-Prise en charge de la douleur	
08-Autres traitements	08-Autres traitements	
09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	
10-Post traitement chirurgical	10-Post traitement chirurgical	
11-Rééducation orthopédique	11-Rééducation orthopédique	
12-Rééducation neurologique	12-Rééducation neurologique	
13-Surveillance post chimiothérapie	13-Surveillance post chimiothérapie	13-Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse
14-Soins de nursing lourds	14-Soins de nursing lourds	
15-Education du patient/entourage	15-Education du patient/entourage	
17-Radiothérapie	17-Radiothérapie	17-Surveillance de radiothérapie
18-Transfusion sanguine	18-Transfusion sanguine	
19-Surveillance de grossesse à risque	19-Surveillance de grossesse à risque	
20-Retour précoce à domicile après accouchement	20-Retour précoce à domicile après accouchement	
21-Post-partum pathologique	21-Post-partum pathologique	
22-Prise en charge du nouveau-né	NA	22-Prise en charge du nouveau-né à risque
24-Surveillance d'aplasie	24-Surveillance d'aplasie	
NA	25-Prise en charge psychologique ou sociale	

N° FINESS

A chaque établissement et à chaque entité juridique est attribué un numéro FINESS de 9 chiffres dont les 2 premiers correspondent au numéro du département d'implantation. Ce numéro FINESS est un numéro de référence pour la facturation hospitalière.

Séjour

Période comprise entre le jour de l'admission en HAD (J1) et le dernier jour de prise en charge du patient par l'équipe soignante HAD (Jn). Toute absence du patient de son domicile incluant une nuitée dans un établissement de santé, interrompt l'hospitalisation en HAD. Le jour d'entrée et le jour de sortie étant renseignés et tarifés, il est possible d'exprimer le séjour en journée(s) (J).

¹⁵ Libellés figurant dans l'annexe E du Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile (2006-2009).

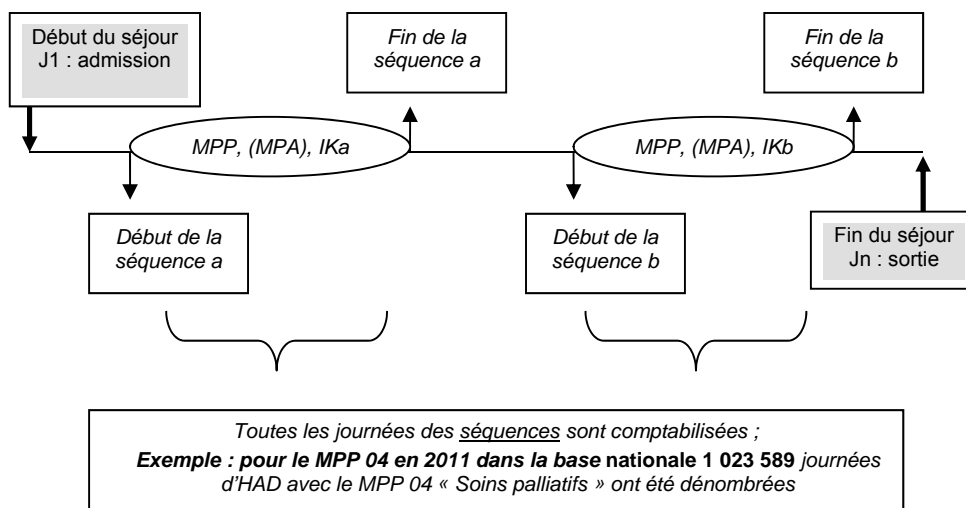
¹⁶ Libellés figurant dans l'annexe F du Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile (2010 et 2011).

Séquence de soins

Combinaison singulière d'un MPP, MPA (éventuellement) et d'un IK ; le(les) MP et l'IK sont évalués au moins une fois par semaine par l'équipe soignante. Chaque séquence est découpée en quatre périodes de prise en charge :

- 1) du premier (J1) au quatrième jour (J4) tous deux inclus,
- 2) du cinquième au neuvième jour,
- 3) du dixième au trentième jour,
- 4) du trente unième jusqu'à un changement de séquence ou jusqu'à la sortie du patient de la structure d'HAD.

Dès qu'une des trois modalités MP, MA ou IK change, une nouvelle séquence de soins commence et le tarif repart à la tranche supérieure (J1 - J4).



Soins HAD

Les soins délivrés aux patients en HAD sont habituellement de trois types :

- 1) les soins *ponctuels* en alternative ou en complément au MCO qui sont des soins techniques et complexes destinés à des patients ayant une pathologie non stabilisée, pris en charge pour une période préalablement déterminée. Ils peuvent être ponctuels (périnatalité par exemple) ou fréquemment réitérés (Chimiothérapie anti-cancéreuse par exemple) ;
- 2) les soins continus qui associent, pour une durée non déterminée préalablement, des soins techniques plus ou moins complexes, des soins de nursing, de maintien et d'entretien de la vie pouvant aller jusqu'à la phase ultime (cas des soins palliatifs en cancérologie par exemple). Ils concernent par exemple des patients ayant une pathologie évolutive, plus rarement des patients âgés pris en charge par les filières gériatriques ;
- 3) les soins de réadaptation au domicile qui sont destinés à des patients pris en charge pour une durée déterminée, après la phase aiguë d'une pathologie neurologique, orthopédique, cardiologique ou d'une polypathologie.

Sous séquence de soins

Pour la facturation, une séquence de soins est découpée temporellement en sous-séquences de soins ; une sous-séquence correspond à la période de temps entre deux facturations ; à chaque sous-séquence de soins correspond un résumé par sous séquence (RPSS), chaque RPSS entraînant une facture. Les informations rassemblées dans le(s) RPSS doivent être conformes au contenu du dossier médical du patient. Avant leur transmission trimestrielle, les RPSS sont anonymisés en résumés anonymes par sous-séquence (RAPSS) au moyen du logiciel PAPRICA de l'ATIH¹⁷.

¹⁷ Le logiciel PAPRICA de l'ATIH et son manuel sont téléchargeables sur le site de l'agence : <http://download.atih.sante.fr/>.

Appendice 7.2 Fonction groupage HAD

Le « noyau de programmation » nécessaire au groupage des séjours hospitaliers constitue la fonction groupage (FG).

En HAD, le groupage est le résultat du double classement de chaque journée de chaque séquence décrite dans le résumé par sous-séquence (RPSS) dans un groupe homogène de prise en charge (GHPC) puis dans un groupe homogène de tarif (GHT).

Pour que ce groupage puisse se faire, il est nécessaire que les informations clé du RPSS (MPP, éventuel MPA, IK, durée de la séquence¹⁸) soient correctement renseignées et cohérentes entre elles.

La constitution des RPSS étant le résultat d'une suite d'opérations multiples, dont la plupart sont manuelles, des erreurs peuvent s'y introduire. Ces erreurs peuvent être de plusieurs ordres : de hiérarchisation, de codage, de saisie, etc., se traduisant par l'absence d'une donnée, un format de donnée non conforme, une donnée incohérente, inconstante etc. Selon les cas, ces erreurs peuvent rendre impossible la détermination du GHT (absence du MPP par exemple), ou n'être que l'indice d'une qualité de données suspecte, sans conséquence absolue sur le résultat du groupage. C'est pourquoi la FG ne fournit pas seulement en retour la valeur du GHT correspondant au RPSS traité, mais aussi un code, dit code-retour, dont la valeur permet de savoir si des erreurs ou non ont été détectées.

Par convention, le code retour 000 signifie que le groupage s'est bien déroulé : le GHPC et le GHT sont attribués. Les erreurs elles, signalées sont classées en deux catégories : les erreurs bloquantes et les erreurs non bloquantes. Les erreurs sont qualifiées de bloquantes lorsque le groupage du RPSS par la FG n'a pas pu être effectué (GHPC 9999 et GHT 99), tandis que les « erreurs » non bloquantes ne sont pas à proprement parler des erreurs mais plutôt des alertes signalées par la FG.

Les tableaux suivants illustrent par l'exemple quelques erreurs mises en évidence par la FG à la lecture des RPSS et les codes-retour PAPRICA correspondants¹⁹. Les erreurs bloquantes engendrent des codes retour de 001 à 500 tandis que les erreurs non bloquantes engendrent des codes retour au-delà de 500. La liste complète des codes-retours de la fonction groupage de l'année, avec leur intitulé, figure dans le manuel du logiciel PAPRICA de l'année téléchargeable sur le site Internet de l'ATIH. La détection des erreurs, si elles sont bloquantes, interdit la poursuite du groupage mais autorise la poursuite de la détection d'autres erreurs, afin d'effectuer un diagnostic complet de la validité du RPSS traité :

Exemples d'erreurs bloquantes de la FG :

Valeur du code-retour	Variabes du RPSS	Signification	Conséquences
001	NUMÉRO DE SÉJOUR EN HAD	Absent ; erreur bloquante ; blocage complet de la FG	GHPC 9999, GHT 99
002	DATE DE NAISSANCE	Format incorrect, non renseigné ou incohérente (exemple : 02/14/1950) ; erreur bloquante ; blocage complet de la FG	GHPC 9999, GHT 99
003	DATE DE NAISSANCE	Improbable par rapport à la date d'entrée ; erreur bloquante ; blocage complet de la FG	GHPC 9999, GHT 99

¹⁸ La durée de la séquence est calculée à partir des dates de début et de fin de la séquence renseignées dans le RPSS.

¹⁹ Cf. Manuel d'utilisation de PAPRICA téléchargeable sur le site de l'agence : <http://download.atih.sante.fr/>.

Exemples d'erreurs non bloquantes de la FG :

Valeur du code-retour	Variables du RPSS	Signification	Conséquences
517	MPA	Association MPP X MPA non prévue ou non autorisée ; erreur non bloquante ; blocage partiel de la FG	GHPC 9999, GHT attribué sur la base des pondérations du MPP et de l'IK
524	INDICE DE KARNOFSKY	IK inférieur au seuil minimal défini pour cette combinaison MPP X MPA ; erreur non bloquante ; blocage partiel de la FG	GHPC 9999, GHT attribué sur la base des pondérations du MPP, du MPA et du seuil minimal de l'IK
525	INDICE DE KARNOFSKY	IK supérieur au seuil maximal défini pour cette combinaison MPP X MPA ; erreur non bloquante ; blocage partiel de la FG	GHPC 9999, GHT attribué sur la base des pondérations du MPP, du MPA et de l'IK réel figurant dans le RPSS
530	MPP, MPA	Association MPP x MPA inhabituelle ; erreur non bloquante ; le groupage s'est bien déroulé	GHPC*, GHT attribué

Appendice 7.3 Associations MPP X MPA (à partir du 1^{er} mars 2010)

		MPA*																									
		Pas de MPC associé	Assistance respiratoire	Nutrition parentérale	Traitement intraveineux	Soins palliatifs	Chimiothérapie anticancéreuse	Nutrition entérale	Prise en charge de la douleur	Autres traitements	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	Post traitement chirurgical	Rééducation orthopédique	Rééducation neurologique	Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	Soins de nursing lourds	Education du patient et/ou de son entourage	Surveillance de radiothérapie	Transfusion sanguine	Surveillance de grossesse à risque	Retour précoce à domicile après accouchement (RPDA)	Postpartum pathologique	Prise en charge du nouveau-né à risque	Surveillance d'aplasie			
		00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	17	18	19	20	21	22	24	25		
MPP*	Assistance respiratoire	01																									
	Nutrition parentérale	02																									
	Traitement intraveineux	03																									
	Soins palliatifs	04																									
	Chimiothérapie anticancéreuse	05																									
	Nutrition entérale	06																									
	Prise en charge de la douleur	07																									
	Autres traitements	08																									
	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	09																									
	Post traitement chirurgical	10																									
	Rééducation orthopédique	11																									
	Rééducation neurologique	12																									
	Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	13																									
	Soins de nursing lourds	14																									
	Education du patient et/ou de son entourage	15																									
	Surveillance de radiothérapie	17																									
	Transfusion sanguine	18																									
Surveillance de grossesse à risque	19																										
Retour précoce à domicile après accouchement (RPDA)	20																										
Postpartum pathologique	21																										
Prise en charge du nouveau-né à risque	22																										
Surveillance d'aplasie	24																										

* Libellés de l'Annexe F du Guide

LEGENDE

- Association MPP x MPA inhabituelle (GHPC*) engendrant un message d'alerte (erreur non bloquante n° 530)
- Association MPP x MPA non autorisée (pas de GHPC) engendrant un message d'alerte (erreur non bloquante n° 517)
- Association MPP x MPA existante (GHPC) n'engendrant aucun message d'alerte

Appendice 7.4 Index des tableaux et des figures

Tableaux

Tableau 1. Aperçu de l'activité d'HAD entre 2007 et 2011 et son évolution	6
Tableau 2. Répartition des MPP en 2011 en journées.....	8
Tableau 3. Les associations MPP X MPA décrites en 2011 en journées hors RAPSS erreurs.....	9
Tableau 4. Associations MPP X MPA inhabituelles 2011 (journées hors RAPSS erreurs)	12
Tableau 5. Répartition des modes de prises en charge documentaire en 2011 en journées	14
Tableau 6. Aperçu de l'activité d'HAD 2011 chez les différentes populations d'âge.....	24
Tableau 7. Aperçu de l'activité d'HAD entre 2007 et 2011 chez les adultes.....	24
Tableau 8. Aperçu de l'activité d'HAD entre 2007 et 2011 chez les personnes âgées de 75 ans et +	28
Tableau 9. Aperçu de l'activité d'HAD entre 2007 et 2011 chez les enfants de moins d'un an	33
Tableau 10. Aperçu de l'activité d'HAD entre 2007 et 2011 chez les enfants de plus d'un an	37
Tableau 11. Durée moyenne de prise en charge par patient en HAD en 2011selon la tranche d'âge et selon le chapitre de la CIM-10 du DP (adultes, enfant de 1 à 17 ans, enfant de moins de 1 an)	42
Tableau 12. Durée moyenne de prise en charge par patient en HAD en 2011 selon la tranche d'âge et selon le mode de prise en charge principal	44
Tableau 13. Aperçu de l'activité d'HAD entre 2007 et 2011 chez les personnes hébergées en EHPAD	46
Tableau 14. Aperçu du recueil des actes CCAM en 2011	49
Tableau 15. Aperçu du recueil des actes CCAM selon les MPP	50
Tableau 16. Détail des actes pour les 3 premiers MPP associés à des actes CCAM	51

Graphiques et schémas

Figure 1. Evolution du nombre de journées et d'ESHAD entre 2007 et 2011	7
Figure 2. Evolution du mode d'entrée en HAD entre 2007 et 2011	15
Figure 3. Evolution du mode de sortie en HAD entre 2007 et 2011	16
Figure 4. Trajectoire globale entrée/sortie d'un patient hospitalisé en HAD depuis son domicile en 2011	17
Figure 5. Trajectoire globale entrée/sortie d'un patient hospitalisé en HAD suite à un transfert depuis le MCO en 2011	18
Figure 6. Trajectoire globale entrée/sortie d'un patient hospitalisé en HAD suite à un transfert depuis le SSR en 2011	19
Figure 7. Trajectoire globale entrée/sortie d'un patient hospitalisé en HAD en 2011 pour soins palliatifs	20
Figure 8. Trajectoire globale entrée/sortie d'un patient hospitalisé en HAD en 2011 pour pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	21
Figure 9. Trajectoire globale entrée/sortie d'un patient hospitalisé en HAD en 2011 pour nutrition entérale	22
Figure 10. Evolution de la DMS et du nombre de séjours entre 2007 et 2011 chez les adultes	25
Figure 11. Evolution du nombre de journées et de patients entre 2007 et 2011 chez les adultes	26
Figure 12. Evolution du mode d'entrée en HAD entre 2007 et 2011 chez les adultes	26
Figure 13. Evolution du mode de sortie en HAD entre 2007 et 2011 chez les adultes	27
Figure 14. Evolution de la DMS et du nombre de séjours entre 2007 et 2011 chez les personnes âgées de 75 ans et +	29
Figure 15. Evolution du nombre de journées et de patients entre 2007 et 2011 chez les personnes âgées de 75 ans et +	30
Figure 16. Evolution du mode d'entrée en HAD entre 2007 et 2011 chez les personnes âgées de 75 ans et +	31
Figure 17. Evolution du mode de sortie en HAD entre 2007 et 2011 chez les personnes âgées de 75 ans et +	32
Figure 18. Evolution de la DMS et du nombre de séjours entre 2007 et 2011 chez les enfants de moins d'un an	34
Figure 19. Evolution du nombre de journées et de patients entre 2007 et 2011 chez les enfants de moins d'un an	35
Figure 20. Evolution du mode d'entrée en HAD entre 2007 et 2011 chez les enfants de moins d'un an	35
Figure 21. Evolution du mode de sortie en HAD entre 2007 et 2011 chez les enfants de moins d'un an	36
Figure 22. Evolution de la DMS et du nombre de séjours entre 2007 et 2011 chez les enfants de plus d'un an	38
Figure 23. Evolution du nombre de journées et de patients entre 2007 et 2011 chez les enfants de plus d'un an	38
Figure 24. Evolution du mode d'entrée en HAD entre 2007 et 2011 chez les enfants de plus d'un an	39
Figure 25. Evolution du mode de sortie en HAD entre 2007 et 2011 chez les enfants de plus d'un an	40
Figure 26. Evolution de la DMS en HAD entre 2007 et 2011 chez les adultes et les enfants	41
Figure 27. Evolution de la DMS et du nombre de séjours entre 2007 et 2011 chez les personnes hébergées en EHPAD	47
Figure 28. Evolution du nombre de journées et de patients entre 2007 et 2011 chez les personnes hébergées en EHPAD	47
Figure 29. Evolution du mode d'entrée en HAD entre 2007 et 2011 chez les personnes hébergées en EHPAD	48
Figure 30. Evolution du mode de sortie en HAD entre 2007 et 2011 chez les personnes hébergées en EHPAD	49

Appendice 7.5 Abréviations utilisées

- AVQ : Activité de la Vie Quotidienne
- CIM-10 : Classification Internationale des Maladie, 10^{ème} version
- DMS : Durée Moyenne de Séjour
- DP : Diagnostic Principal
- ESHAD : Etablissement de santé pour l'Hospitalisation A domicile
- FG : Fonction Groupage
- FINESS : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux
- GHPC : Groupes Homogènes de Prise en Charge
- HPST : (Loi) Hôpital Patients Santé Territoires
- HAD : Hospitalisation À Domicile
- IK : Indice de Karnofsky
- J : Journées
- MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
- MP : Mode de Prise en charge
- MPA : Mode de Prise en charge Associé
- MPD : Mode de Prise en charge Documentaire
- MPP : Mode de Prise en charge Principal
- NA : Non Autorisé
- PAPRICA : Programme d'Anonymisation et de Production des Résumés par sous-séquence anonymes et des Informations de Chaînage Associées
- RAPSS : Résumé Anonyme Par Sous Séquence
- RPSS : Résumé Par Sous Séquence
- XX : valeur aberrante

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
117, bd Marius Vivier Merle 69329 Lyon cedex 03

Téléphone : 04 37 91 33 10

www.atih.sante.fr