Comité technique activité HAD

Deuxième réunion du Comité

Le 09 Février 2011

Ordre du jour

- Validation du compte-rendu de la réunion précédente
- Résultats des analyses complémentaires 2009 et 2010 sur l'activité d'HAD en 2009-2010
- Synthèse de quelques expériences étrangères en HAD
- Liste des travaux à mener par le ou les groupe(s) de travail en 2011 : priorités
- Points divers

Comité technique activité HAD

09 Février 2011

Validation du compte-rendu de la réunion précédente

Composition du comité

Fédérations de l'hospitalisation 2 membres pour chacune d'elles	CNIM 2 membres	Administrations 1 membre pour chacune d'elles	ATIH
FHF	Expert 1	DGOS	Dr Max BENSADON
FHP	Expert 2	DSS	Dr Joelle DUBOIS
FEHAP		DREES	Dr Sandra GOMEZ
FFCLCC		CNAMTS	Housseyni HOLLA
FNEHAD			Dr Françoise MEGAS
			Dr Jean François NOURY
			Adeline TOWNSEND
			Secrétariat : Anne ALDEBERT

Comité technique activité HAD

09 Février 2011

Aperçu de l'activité d'HAD en 2009-2010 en France compléments

F Megas

Résultats présentés le 20/12/2010

- Description synthétique de l'activité HAD en 2009 :
  - à partir des données du PMSI-HAD fournies par les établissements en 2009 (hors RAPSS erronés)
  - analyse globale des séjours d'HAD et des séjours d'HAD pédiatrique en 2009 et en 2008
  - analyse de séjours groupés en « erreur » (GHPC 9999)
- Première analyse descriptive du recueil des actes CCAM en 2010
- Des analyses complémentaires sont demandées à l'ATIH

Analyses complémentaires

2009

- analyse de la progression de l'activité par établissement
- bilan des diagnostics (DP, DAS) en 2009 par établissement

2010 (au 02/02/2011)

- analyse des actes CCAM par établissement
- analyse de l'activité en 2010 en distinguant l'activité groupée des mois de Janvier-Février de celle groupée des autres mois de l'année
- bilan des diagnostics (DP, DAS) en 2010 par établissement

HAD 2009

Analyse de séjours groupés
en « erreur »

erratum

Analyse des MPP x MPA non autorisées

2008

- **2 777 900 J d'HAD**
- 142 290 J sont groupées en GHPC 9999 (5% du total)
- 27 164 J sont sont dues à des associations MPP x MPA non autorisées en 2008 (19% des J groupées en GHPC 9999)
- **4 premières associations MPP x MPA non autorisées (78%) :**
  - 14-Soins de nursing lourds X 00-Pas de protocole associé (11 227 J)
  - 04-Soins palliatifs X 14-Soins de nursing lourds (5 688 J)
  - 06-Nutrition entérale X 00-Pas de protocole associé (2 903 J)
  - 04-Soins palliatifs X 08-Autres traitements (1 508 J)

2009

- **3 298 104 J d'HAD**
- 153 667 J sont groupées en GHPC 9999 (5% du total)
- 22 051 J correspondent à des associations de MPC non prévues en 2009 (14% des J groupées en GHPC 9999)
- **4 premières associations non autorisées (74%):**
  - 14-Soins de nursing lourds X 00-Pas de protocole associé (9 270 J)
  - 04-Soins palliatifs X 14-Soins de nursing lourds (4 161 J)
  - 14-Soins de nursing lourds X 01-Assistance respiratoire (1 562 J)
  - 04-Soins palliatifs X 08-Autres traitements (1 482 J)

HAD 2008-2009

HAD 2008-2009	Résultat 2008*	Résultat 2009*	Evolution 2008-2009 %
Nb de Finess	231	270	+17%
Nb de séjours	117 798	136 906	+16%
Nb de J	2 635 610	3 144 437	+19%
Nb de patients	70 394	85 054	+21%
DMS (J)	26,9	27,4	▲
Age moyen (années)	62,8	63,2	▲
3 premiers MPP (J/%)	04-Soins palliatifs (649 904 / 25%)	04-Soins palliatifs (826 906 / 26%)	◀▶
	09-Pansements complexes et soins spécifiques (499 543 / 19%)	09-Pansements complexes et soins spécifiques (581 408 / 19%)	◀▶
	06-Nutrition entérale (180 671 / 7%)	14-Soins de nursing lourds (227 704 / 7%)	◀▶
3 premiers MPA (J/%)	07-PEC de la douleur (425 338 / 16%)	07-PEC de la douleur (417 641 / 13%)	▼
	15-Education du patient et de son entourage (342 923 / 13%)	15-Education du patient et de son entourage (341 207 / 11%)	▼
	14-Soins de nursing lourds (257 513 / 10%)	14-Soins de nursing lourds (304 156 / 10%)	◀▶
Pas de MPA (J/%)	379 772 (14%)	571 889 (18%)	▲

52% de l'activité

* Hors GHPC erreur (9999)

Progression de l'activité par établissement entre 2007 et 2009

- En considérant les J, les % de progression varient de +12933% (GROUPEMENT HOSPITALIER AUBE MARNE) à -97% (CHI CAVAILLON-LAURIS)
- Les établissements qui ont les % de progression les plus élevés entre 2008 et 2009 (+12933% à 167%) n'existaient pas en 2007 :

Nombre de journées 2007	Nombre de journées 2008	Nombre de journées 2009	% évolution entre 2007 et 2009	% évolution entre 2008 et 2009	Libellé du finess
	21	2 737		12933,3%	GROUPEMENT HOSPITALIER AUBE MARNE (GHAM)
	140	4 055		2796,4%	CHU NIMES
	308	5 939		1828,2%	HAD DE BERNAY ET DE PONT-AUDEMER (PONT-AUDEMER)
	273	3 254		1091,9%	CH AUBAN MOET A EPERNAY
	40	328		720,0%	CENTRE HOSPITALIER ROBERT PAX
	474	2 292		383,5%	GROUPE HOSPITALIER SUD ARDENNES
	2 105	9 460		349,4%	H.A.D. MAUGES BOCAGE CHOLETAIS
	676	2 814		316,3%	CENTRE HOSPITALIER DE MONTEREAU
	1 693	5 601		230,8%	CENTRE HOSPITALIER ANNECY
	964	3 049		216,3%	SIH DES ALPES DU SUD
	920	2 672		190,4%	HOPITAL PRIVE D'ISTRES
	3 379	9 023		167,0%	APARD DU TERRITOIRE NIMOIS
387	4 275	10 899	2716,3%	154,9%	HAD DE FLANDRE MARITIME
	3 264	7 956		143,8%	CENTRE HOSPITALIER DE VIENNE
	3 194	6 962		118,0%	HOTEL-DIEU DU CREUSOT
7 831	8 037	17 260	120,4%	114,8%	HOSPITALISATION A DOMICILE (ORLEANS)
262	217	455	73,7%	109,7%	CENTRE HOSPITALIER DE LA MURE
	5 073	10 233		101,7%	CLINIQUE DU CAP D'OR
	3 352	6 499		93,9%	HAD PEDIATRIQUE ALLP

Progression de l'activité par établissement entre 2008 et 2009

- % de progression des J entre 2008 et 2009 des 15 premiers établissements d'HAD en 2009

Nombre de journées 2007	Nombre de journées 2008	Nombre de journées 2009	% évolution entre 2008 et 2009	Libellé du finess
394 729	399 944	409 811	2,5%	SANTE SERVICE
269 249	277 524	284 322	2,4%	AP-HP
62 693	67 060	73 510	9,6%	SOINS ET SANTE
58 521	58 220	65 868	13,1%	HOP JOUR ET HAD CROIX ST SIMON
51 348	57 099	62 668	9,8%	HAD NICE ET REGION
44 104	52 673	50 086	-4,9%	SANTELYS RESEAU
	33 607	47 098	40,1%	ARAR SOINS À DOMICILE
46 364	48 046	46 661	-2,9%	M.S.P.B. BAGATELLE
15 882	20 003	35 766	78,8%	HAD SANTE SOLIDARITE DU VAR
34 083	38 935	34 615	-11,1%	HAD - SANTE SERVICE BAYONNE
13 358	28 498	34 322	20,4%	STRUCTURE D'HAD DE L?AVEN À L?ETEL
32 233		34 156		HOSPITALISATION A DOMICILE
25 355	30 753	32 161	4,6%	HOSPITALISATION A DOMICILE (TOURS)
26 851	30 277	31 128	2,8%	HOPITAL A DOMICILE DE NANTES
2 295		30 617		HAD ADMR DES PAYS D'ARTOIS ET DU TERNOIS

Bilan des diagnostics (DP) en 2009 par établissement

- En 2009, deux établissements d'HAD se distinguent nettement : 66% pour l'un et 81% pour l'autre de leurs J sont sans DP

Nombre de journées	Libellé du DP	Libellé du finess	TOTAL J 2009	% DP vide par rapport au TOTAL J
3714		CENTRE HOSPITALIER ANNECY	5601	66,3%
2670		C.H.U. DE NANTES	3280	81,4%
191		SERVICE HAD (SITE CLINIQUE SAINT JEAN)	18628	1,0%
183		C. H. R. - METZ THIONVILLE	4611	4,0%
120		CENTRE HOSPITALIER DE LISIEUX	7457	1,6%
108		C. H. J. COEUR BOURGES	3903	2,8%
86		CLINIQUE DES HAUTES-ALPES	2608	3,3%
78		CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE CORNOUAILLE QUIMPER	5938	1,3%
73		SERVICE H.A.D. ASS. ANNE MORGAN	9306	0,8%
61		HAD BOUCHES DU RHONE EST	8213	0,7%
47		CHU COTE DE NACRE CAEN	3920	1,2%
46		HAD CROIX-ROUGE (CAEN)	11138	0,4%
42		HOPITAL LOCAL DE SAINT MAIXENT	2697	1,6%
17		BEZIERS HAD	2299	0,7%
17		SYNDICAT INTERHOSPITALIER DE LA COMMUNAUTE URBAINE DE STRASB	8573	0,2%
11		C.H. DE CHATEAUROUX	5566	0,2%
11		HOPITAL À DOMICILE DU DOUAISIS	19621	0,1%
6		CH ALBI	4892	0,1%
5		H.I. SUD LEMAN VALSERINE	1725	0,3%
3		CENTRE GEORGES-FRANCOIS LECLERC	4364	0,1%
2		SANTELYS RESEAU	50086	0,0%

Bilan des diagnostics (DA) en 2009 par établissement

- 260 établissements d'HAD ont au moins une J avec un DA vide. Le % de DA vide varie de 0,01% à 100% : 64 établissements ne décrivent jamais de DA ; a l'opposé certains décrivent quasiment toujours un DA

DA et son libellé	Nombre de journées	Libellé du finess	Total J 2009	% DA vide
Vide	409811	SANTE SERVICE	409811	100,0%
Vide	118868	AP-HP	284322	41,8%
Vide	838	SOINS ET SANTE	73510	1,1%
Vide	22748	HOP JOUR ET HAD CROIX ST SIMON	65868	34,5%
Vide	55841	HAD NICE ET REGION	62668	89,1%
Vide	3916	SANTELYS RESEAU	50086	7,8%
Vide	9381	ARAR SOINS À DOMICILE	47098	19,9%
Vide	45857	M.S.P.B. BAGATELLE	46661	98,3%
Vide	17787	HAD SANTE SOLIDARITE DU VAR	35766	49,7%
Vide	19306	HAD - SANTE SERVICE BAYONNE	34615	55,8%
Vide	24969	STRUCTURE D'HAD DE L?AVEN À L?ETEL	34322	72,7%
Vide	9598	HOSPITALISATION A DOMICILE	34156	28,1%
Vide	30432	HOSPITALISATION A DOMICILE (TOURS)	32161	94,6%
Vide	3558	HOPITAL A DOMICILE DE NANTES	31128	11,4%
Vide	2232	HAD ADMR DES PAYS D'ARTOIS ET DU TERNOIS	30617	7,3%
Vide	10490	HOPITAL A DOMICILE DE VENDEE	28590	36,7%
Vide	28290	HOSP A DOMICILE - MUTUALITE 16	28290	100,0%
Vide	26802	CENTRE LEON BERARD	26802	100,0%
Vide	8326	HAD DU PAYS DE RENNES	24882	33,5%
Vide	23710	CENTRE HOSPITALIER CREST	23775	99,7%

HAD 2010

Premier aperçu

Au 02/02/2011, base incomplète

HAD 2010*

Indicateur	Résultats 2010
Nombre de finess	279
Nombre de séjours	131 579
Nombre de journées	2 992 051
Nombre de patients	83 648
Nombre de DP	4 100
DMS (min;max)	28.5;1;4352
Age moyen (en années)	63.4
5 premiers DP	ULCERE DE DECUBITUS (2.8%)
	T.M. DU SEIN, SAI (2.8%)
	T.M. DE BRONCHE OU DU POUMON, SAI (2.6%)
	ULCERE DU MB. INF., NCA (2.5%)
	SOINS PALLIATIFS (1.9%)
3 premiers finess	SANTE SERVICE (12.1%)
	AP-HP (8.3%)
	SOINS ET SANTE (2.3%)
3 premiers MPP	04-Soins palliatifs (26.5%)
	09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) (20.4%)
	14-Soins de nursing lourds (7.8%)
3 premiers MPA	00-Pas de protocole associé (29.0%)
	14-Soins de nursing lourds (10.0%)
	07-Prise en charge de la douleur (9.1%)
2 premiers MPD	Vide (2 501 001 journées)
	25-Prise en charge psychologique et/ou sociale (157 682 journées)
Nombre et % journées avec MPA vide	100 (0.0%)
% journées avec 13<=AVQ<=24	53.0%

* Base incomplète

HAD 2010*

Mode de prise en charge principal	Nombre de journées	%
04-Soins palliatifs	791 622	26.5
09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	610 524	20.4
14-Soins de nursing lourds	231 978	7.8
06-Nutrition entérale	221 271	7.4
10-Post traitement chirurgical	141 769	4.7
03-Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	130 847	4.4
02-Nutrition parentérale	106 455	3.6
01-Assistance respiratoire	102 182	3.4
13-Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	95 644	3.2
08-Autres traitements	89 061	3.0
19-Surveillance de grossesse à risque	85 304	2.9
21-Post-partum pathologique	72 496	2.4
05-Chimiothérapie anticancéreuse	60 636	2.0
07-Prise en charge de la douleur	57 143	1.9
11-Rééducation orthopédique	47 028	1.6
12-Rééducation neurologique	42 567	1.4
15-Education du patient et de son entourage	40 352	1.3
20-Retour précoce à domicile après accouchement	32 986	1.1
22-Prise en charge du nouveau-né à risque	24 414	0.8
17-Surveillance de radiothérapie	3 880	0.1
24-Surveillance d'aplasie	3 286	0.1
18-Transfusion sanguine	606	0.0
Total	2 992 051	100.0

* Base incomplète

HAD 2009-2010*

- 9 établissements d'HAD de plus en 2010 par rapport à 2009 (+3%)
- Base 2010 non exhaustive au moment de l'analyse (02/02/2011) : évolution non fixée *
- Tendances 2009-2010 : mêmes MPP ; changement dans les MPA qui sont renseignés (MPA vide en 2010 = 100) ; importance du MP 14, moins de prise en charge de la douleur et d'éducation du patient/entourage

Indicateur	Résultat 2009	Résultat 2010*	Evolution (%)*
Nombre de finess	270	279	3,3
Nombre de séjours	136 906	131 579	
Nombre de journées	3 144 437	2 992 051	
Nombre de patients	85 054	83 648	
DMS (min;max) (J)	27,4	28.5;1;4352	
Age moyen (années)	63,2	63.4	
3 premiers MPP (%) 52%	04-Soins palliatifs (26.3%)	04-Soins palliatifs (26.5%)	55%
	09-Pansements complexes et soins spécifiques (18.5%)	09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) (20.4%)	
	14-Soins de nursing lourds (7.2%)	14-Soins de nursing lourds (7.8%)	
3 premiers MPA (journées/%)	07-Prise en charge de la douleur (13.3%)	00-Pas de protocole associé (29.0%)	
	15-Education du patient et de son entourage (10.9%)	14-Soins de nursing lourds (10.0%)	
	14-Soins de nursing lourds (9.7%)	07-Prise en charge de la douleur (9.1%)	
Nombre et % journées avec MPA vide ou pas de protocole associé	571 889 (18.2%)	100 (0.0%)	

Panorama de l'HAD en pédiatrie

2009

- 134 700 J (MPP non vides) soit 4% des J d'HAD 2009
- 12 232 séjours
  - Enfant < 1 an : 7 622 (⇔ 62 139 J)
  - 1 an ≤ Enfant < 18 ans : 4 610 (⇔ 72 561 J)
- 173 établissements
- 12 079 patients (âge moyen)
  - Enfant < 1 an : 7 505 (64 J)
  - 1 an ≤ Enfant < 18 ans : 4 574 (8 ans)
- 3 principaux établissements pédiatriques : Santé Service, AP-HP, HDJ et Croix St Simon
- **Trois premiers MPP :**
  - **Enfant < 1 an** : 22-Prise en charge du nouveau-né à risque (50%), 15-Éducation du patient et de son entourage (14%), 08-Autres traitements (13%)
  - **1 an ≤ Enfant < 18 ans** : 06-Nutrition entérale (18%), 13-Surveillance post chimiothérapie:10%, 08-Autres traitements (10%)

2010* (base incomplète)

- 119 595 J (MPP non vides) soit 4 % des J d'HAD 2010
- 10 241 séjours
  - Enfant < 1 an : 5 860 (⇔ 56 238 J)
  - 1 an ≤ Enfant < 18 ans : 4 381 (⇔ 63 357 J)
- 181 établissements (+4,6%)
- 5 677 patients (âge moyen)
  - Enfant < 1 an : 4 502 (76 J)
  - 1 an ≤ Enfant < 18 ans : 1 175 (8 ans)
- 3 établissements principaux : AP-HP, Santé Service, HDJ et Croix St Simon
- **Trois premiers MPP :**
  - **Enfant < 1 an** : 22-Prise en charge du nouveau-né à risque (42%), 15-Éducation du patient et de son entourage (19%), 06-Nutrition entérale (14%)
  - **1 an ≤ Enfant < 18 ans** : 06-Nutrition entérale (18%), 08-Autres traitements (14%), 04-Soins palliatifs (10%)

3 principales associations MPP x MPA en pédiatrie en 2010*

Enfant < 1 an (M1, M2)

- **11 196 J**
- Pour 60% de ces J d'HAD, il existe un MPA

- 22-Prise en charge du nouveau né X 00-Pas de protocole associé (3 258 J soit 29 % du total)
- 22-Prise en charge du nouveau né X 15-Éducation du patient et de son entourage (1 411 J soit 13 % du total)
- 15-Éducation du patient et de son entourage X 25-Prise en charge psychologique et/ou sociale (1 085 J soit 10 % du total)

Enfant < 1 an (≥ M3)

- **45 042 J**
- Pour 53% de ces J d'HAD, il existe un MPA

- 22-Prise en charge du nouveau né X 00-Pas de protocole associé (14 512 J soit 32 % du total)
- 15-Éducation du patient et de son entourage X 00-Pas de protocole associé (4 697 J soit 10 % du total)
- 15-Éducation du patient et de son entourage X 25-Prise en charge psychologique et/ou sociale (3 785 J soit 8 % du total)

Analyse de l'activité 2010 chez les enfants < 1an (≥ M3)

Principales associations inhabituelles

- **45 042 J**
- Parmi ces journées, **10 329 J** (23%) correspondent à une association MPP X MPA inhabituelle (code retour : 530)

- 22-Prise en charge du nouveau-né à risque X 15-Éducation du patient et de son entourage (3 021 J soit 29 % du total)
- 06-Nutrition entérale X 15-Éducation du patient et de son entourage (2 643 J soit 26 % du total)
- 08-Autres traitements X 15-Éducation du patient et de son entourage (1 506 J soit 15 % du total)

Principales associations non prévues

- **45 042 J**
- Parmi ces journées, **2 164 J** (5%) sont groupées en GHPC 9999
- Parmi ces GHPC erreur, **242 J** (11%) correspondent à des associations MPP X MPA non prévues ou non autorisées (code retour : 517)

- 09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) X 22-Prise en charge du nouveau-né à risque (113 J soit 47 % du total)
- 06-Nutrition entérale X 00-Pas de protocole associé (93 J soit 38 % du total)
- 15-Education du patient et de son entourage X 11-Rééducation orthopédique (21 J soit 9 % du total)

3 principales associations MPP x MPA en pédiatrie en 2010*

Enfant ≥ 1 an (M1, M2)

- **11 993 J**
- Pour 79% de ces J d'HAD, il existe un MPA

- 13-Surveillance post chimiothérapie X 00-Pas de protocole associé (611 J soit 5 % du total)
- 01-Assistance respiratoire X 06-Nutrition entérale (552 J soit 5 % du total)
- 08-Autres traitements X 15-Education du patient et de son entourage (514 J soit 4 % du total)

Enfant ≥ 1 an (≥ M3)

- **51 364 J**
- Pour 74% des J d'HAD, il existe un MPA

- 13-Surveillance post chimiothérapie X 00-Pas de protocole associé (2 575 J soit 5 % du total)
- 08-Autres traitements X 00-Pas de protocole associé (2 364 J soit 5 % du total)
- 01-Assistance respiratoire X 06-Nutrition entérale (2 341 J soit 5 % du total)

Analyse de l'activité 2010 chez les enfants ≥ 1an (≥ M3)

Principales associations inhabituelles

- **51 364 J**
- Parmi ces journées, **7 849 J** (15%) correspondent à une association MPP X MPA inhabituelle (code retour : 530)

- 06-Nutrition entérale X 15-Éducation du patient et de son entourage (1 660 J soit 21 % du total)
- 08-Autres traitements X 15-Éducation du patient et de son entourage (1 162 J soit 15 % du total)
- 02-Nutrition parentérale X 25-Prise en charge psychologique et/ou sociale (941 J soit 12 % du total)

Principales associations non prévues

- **51 364 J**
- Parmi ces journées, **1 765 J** (3%) sont groupées en GHPC 9999
- Parmi ces GHPC erreur, **135 J** (8%) correspondent à des associations MPP X MPA non prévues ou non autorisées (code retour : 517)

- 02-Nutrition parentérale X 00-Pas de protocole associé (39 J soit 29 % du total)
- 04-Soins palliatifs X 25-Prise en charge psychologique et/ou sociale (37 J soit 27 % du total)
- 04-Soins palliatifs X 15-Education du patient et de son entourage (28 J soit 21 % du total)

Analyse de l'activité 2010 (M1 & M2, ≥ M3), 3 principales associations MPP x MPA

2010 (M1, M2)

- Au 02/02/2011, **2 992 051 J** avec association MPP X MPA hors erreurs
- **535 897 J sur M1 & M2**

- 04-Soins palliatifs X 00-Pas de protocole associé
  (35 764 J soit 7 % du total)
- 09-Pansements complexes et soins spécifiques X 00 Pas de protocole associé
  (31 458 J soit 6 % du total)
- 09-Pansements complexes et soins spécifiques X 14-Soins de nursing lourds
  (19 372 J soit 4 % du total)

2010 (≥ M3)

- Au 02/02/2011, **2 992 051 J** avec association MPP X MPA hors erreurs
- **2 456 154 J sur le reste de l'année (≥ M3)**

- 04-Soins palliatifs X 00-Pas de protocole associé
  (249 715 J soit 10 % du total)
- 09-Pansements complexes et soins spécifiques X 00-Pas de protocole associé
  (185 419 J soit 7 % du total)
- 09-Pansements complexes et soins spécifiques X 14-Soins de nursing lourds
  (100 889 J soit 4 % du total)

Analyse de l'activité 2010 (≥ M3)

Principales associations inhabituelles

- **234 697 J** correspondent à une association MPP X MPA inhabituelle (code retour : 530)

- 04-Soins palliatifs X 07-PEC de la douleur (50 202 J soit 21 % du total)
- 14-Soins de nursing lourds X 25-Prise en charge psychologique et/ou sociale (28 586 J soit 12 % du total)
- 09-Pansements complexes et soins spécifiques X 15-Éducation du patient et de son entourage (20 938 J soit 9 % du total)

Principales associations non prévues

- **141 370 J** groupées en GHPC 9999
- Parmi ces GHPC erreur, 24 756 J correspondent à des associations MPP X MPA non prévues ou non autorisées (code retour : 517)

- 04-Soins palliatifs X 25-Prise en charge psychologique et/ou sociale (6 883 J soit 28 % du total)
- 14-Soins de nursing lourds X 00-Pas de protocole associé (5 232 J soit 21 % du total)
- 04-Soins palliatifs X 03-Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre (1 749 J soit 7 % du total)

Bilan des diagnostics (DP, DA) en 2010 par établissement

- En 2010, aucun établissement d'HAD(/279 au jour de l'analyse le 1er février 2011) ne déclare de J sans DP. Résultat à confirmer quand la base PMSI 2010 sera scellée (Avril 2011)
- Au jour de l'analyse 270 établissements d'HAD ont au moins une J avec un DA vide. Même tendance qu'en 2009 : des établissements ne décrivent jamais de DA ; à l'opposé certains décrivent quasiment toujours un DA

DA et son libellé	Nombre de journé	Libellé du finess	Total J 2009	% DA vide
Vide	361 640	SANTE SERVICE	361640	100,0%
Vide	85 603	AP-HP	247249	34,6%
Vide	50 473	HAD NICE ET REGION	57879	87,2%
Vide	38 276	M.S.P.B. BAGATELLE	46763	81,9%
Vide	34 995	CENTRE LEON BERARD	34995	100,0%
Vide	28 216	HOSP A DOMICILE - MUTUALITE 16	28216	100,0%
Vide	25 998	HAD AVIGNON ET SA REGION	25998	100,0%
Vide	23 322	SANTE RELAIS DOMICILE	23606	98,8%
Vide	22 841	CENTRE HOSPITALIER CREST	22878	99,8%
Vide	22 399	AURAL HAD	23358	95,9%
Vide	19 971	HOSPITALISATION A DOMICILE (TOURS)	22652	88,2%
Vide	17 050	HAD OIKIA	21861	78,0%
Vide	16 641	HOSPITALISATION À DOMICILE DE CALAIS SAINT OMER	16641	100,0%
Vide	15 943	HAD DU PAYS DE RENNES	30056	53,0%
Vide	15 860	UDSMA	15865	100,0%
Vide	8	CENTRE HOSPITALIER DE PARAY	1918	0,4%
Vide	5	HAD CLINIQUE PASTEUR	5030	0,1%
Vide	1	CH DE LA CIOTAT	5200	0,0%
Vide	1	CENTRE HOSPITALIER DE VIRE	6857	0,01%

HAD 2010

Premières analyses du recueil des actes CCAM en 2010

Bilan des actes CCAM au 25/11/2010

Nombre de séjours au 25/11/2010	105 940
Dont avec au moins un acte de renseigné	1 447
Nombre d'actes différents	228
Nombre d'actes moyen par séjour	7,7

< 1,4%

MPP	Nombre d'acte	%
01-Assistance respiratoire	3208	29%
04-Soins palliatifs	2928	26%
19-Surveillance de grossesse à risque	1748	16%
07-Prise en charge de la douleur	990	9%
06-Nutrition entérale	687	6%
09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	404	4%
03-Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	375	3%
02-Nutrition parentérale	246	2%
08-Autres traitements	186	2%
10-Post traitement chirurgical	118	1%
14-Soins de nursing lourds	74	1%
15-Education du patient et de son entourage	54	0%
21-Post-partum pathologique	41	0%
13-Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	38	0%
18-Transfusion sanguine	25	0%
11-Rééducation orthopédique	21	0%
20-Retour précoce à domicile après accouchement	12	0%
12-Rééducation neurologique	11	0%
24-Surveillance d'aplasie	3	0%
05-Chimiothérapie anticancéreuse	2	0%
TOTAL	**11171**	**100%**

71%

5 premiers actes pour les MPP 01, 04 et 19 (25/11/2010)

MPP	Acte CCAM	Nombre d'acte	%	Libellé de l'acte
01-Assistance respiratoire	GLLD0030	2 950	92,0%	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],
01-Assistance respiratoire	GLLD0170	186	5,8%	Oxygénothérapie avec surveillance continue de l'oxymétrie, en dehors de la ventilation mécanique, par 24 heures
01-Assistance respiratoire	GELD0050	21	0,7%	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
01-Assistance respiratoire	GLLD0200	9	0,3%	Oxygénothérapie hyperbare sans utilisation de ventilation mécanique
01-Assistance respiratoire	ZBQK0020	7	0,2%	Radiographie du thorax
04-Soins palliatifs	ANMP0010	1 281	43,8%	Mise en place et surveillance d'une analgésie contrôlée par le patient [ACP] [PAC]
04-Soins palliatifs	HSLF0020	519	17,7%	Alimentation parentérale avec apport de 20 à 35 kilocalories par kilogramme par jour [kcal/kg/jour], par 24 heures
04-Soins palliatifs	GLLD0170	372	12,7%	Oxygénothérapie avec surveillance continue de l'oxymétrie, en dehors de la ventilation mécanique, par 24 heures
04-Soins palliatifs	HSLD0010	191	6,5%	Alimentation entérale par sonde avec apport de 20 à 35 kilocalories par kilogramme par jour [kcal/kg/jour], par 24 heures
04-Soins palliatifs	ANLB0040	80	2,7%	Injection intrathécale d'agent pharmacologique à visée antalgique, avec évaluation diagnostique et pronostique
19-Surveillance de grossesse à risque	JQQP0010	1 525	87,2%	Enregistrement du rythme cardiaque du fœtus d'une durée de plus de 20 minutes, en dehors du travail
19-Surveillance de grossesse à risque	EQQP0080	115	6,6%	Enregistrement ambulatoire discontinu de la pression intraartérielle par méthode non effractive pendant au moins 24 heures [MAPA] [Holter tensionnel]
19-Surveillance de grossesse à risque	JQQM0030	19	1,1%	Échographie de surveillance de la croissance fœtale avec échographie-doppler des artères utérines de la mère et des vaisseaux du fœtus
19-Surveillance de grossesse à risque	JKHD0010	18	1,0%	Prélèvement cervicovaginal
19-Surveillance de grossesse à risque	JQQM0160	14	0,8%	Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse unifœtale au 3ème trimestre

Deux premiers établissements pour les deux 1er actes des MPP 01, 04, 19 (14/01/2011)

MPP	Acte CCAM	Libellé de l'acte	Nombre de réalisations en 2010	% pour l'acte	Libellé du finess
01-Assistance respiratoire	GLLD0030	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],	3 605	99,6%	SOINS ET SANTE
			16	0,4%	CENTRE HOSPITALIER PUBLIC DU COTENTIN
	GLLD0170	Oxygénothérapie avec surveillance continue de l'oxymétrie, en dehors de la ventilation mécanique, par 24 heures	826	91,2%	CENTRE HOSPITALIER DE CHATELLERAULT
			60	6,6%	GROUPEMENT HOSPITALIER AUBE MARNE (GHAM)
04-Soins palliatifs	ANMP0010	Mise en place et surveillance d'une analgésie contrôlée par le patient [ACP] [PAC]	2 637	90,8%	SOINS ET SANTE
			38	1,3%	HAD ASSOC REINACKER
	HSLF0020	Alimentation parentérale avec apport de 20 à 35 kilocalories par kilogramme par jour [kcal/kg/jour], par 24 heures	1 674	60,2%	SOINS ET SANTE
			475	17,1%	GROUPEMENT HOSPITALIER AUBE MARNE (GHAM)
19-Surveillance de grossesse à risque	JQQP0010	Enregistrement du rythme cardiaque du fœtus d'une durée de plus de 20 minutes, en dehors du travail	894	43,1%	CHU GRENOBLE
			568	27,4%	CH PERPIGNAN
	EQQP0080	Enregistrement ambulatoire discontinu de la pression intraartérielle par méthode non effractive pendant au moins 24 heures [MAPA] [Holter tensionnel]	148	81,8%	CHU GRENOBLE
			32	17,7%	C. H. R. - METZ THIONVILLE

Comité technique activité HAD

09 Février 2010

Synthèse de quelques modèles étrangers en HAD

F Megas

Premiers Pays

- Australie
- Canada
- USA
- Espagne
- Belgique
- Autres pays (à faire)
  - UK
  - NZ
  - Italie
  - Israël
  - Pays nordiques de l'UE

Australie, 1

Contexte australien, description

- L'offre de soins **alternative à l'hospitalisation classique** pour diminuer la durée d'hospitalisation ou pour éviter l'hospitalisation traditionnelle a été favorisée en Australie **depuis les années 1990**
- Les états du **Queensland, de la Tasmanie et surtout de Victoria**, ont été les plus favorables à ces initiatives qui se aussi développées ailleurs en Australie mais de façon moins soutenue et moins homogène. Aujourd'hui les services d'HITH* sont financés par **Medicare** mais aussi par quelques **assurances privées**
- Il s'agit le plus souvent de **soins aigus coordonnés** et administrés à domicile à des patients (nourrissons, enfants, adultes) adressés au service d'HITH par leur GP, le service d'urgence ou le service hospitalier qui les a accueillis. Parfois dans certains états, il peut s'agir de soins **subaigus, post-aigus.** Le plus souvent, la majorité de ces services d'HITH sont coordonnés et réalisés par un hôpital (le plus souvent public) qui se déplace au domicile, le patient étant sous sa responsabilité. Cependant, il arrive que le patient soit pris en charge par des structures externes non hospitalières assurant la réalisation du programme d'HITH en coordination avec les GPs : centre communautaire de soins, associations agréées travaillant avec des infirmières de district voire des prestataires privés

* **HITH : Hospital in the home**

Australie, 2

Exemples de patients pris en charge en HITH

- **Les services de soins hospitaliers à domicile en Australie (HITH) prennent en charge le patient sur son lieu de vie et lui offrent des soins techniques coordonnés, plus ou moins complexes et intenses qui, en l'absence de tels services auraient nécessité une hospitalisation classique :**
  - thérapies IV (antibiothérapie pour infections pulmonaires, urinaires, ostéoarticulaires, corticostéroïdes et traitement des poussées de BPCO, chimiothérapies, transfusions sanguines et produits sanguins, cristalloïdess, inotropes pour poussées d'IC, soins palliatifs, …)
  - thérapies anticoagulantes pour patients souffrant de TVP
  - pansements, soins post chirurgicaux (wound care, postoperative wounds)
  - soins de réadaptation par des équipes pluridisciplinaires
- **Le périmètre des services de soins hospitaliers à domicile évolue progressivement :**
  - convergence entre les programmes d'HITH & de « disease management »
  - plus de soins de prévention et d'accompagnement
  - integration entre les services d'HITH et les autres services de soins en particuliers pour les patients âgés, chroniques, psychiatriques, … nécessitant des soins complexes à domicile ou en institution

Australie, 3

Description des patients « HITH » et des soins par le SI, nomenclatures utilisées, étude de coûts

- Système d'information médicale dans l'Etat de **Victoria** : VAED = Victorian Admitted Episodes Dataset fonctionnel depuis 1990 => 19ème édition en cours
- 57 variables sont recueillies dont :
  - Age, Sexe
  - Dépendance => index de Barthel
  - Lieu de résidence
  - Date d'entrée, Date de sortie, Type de séjour
  - Diagnostics => ICD-10-AM
  - Actes (nomenclature ACHI : Australian Classification of Health Interventions based on the Australian Medicare Benefits Schedule)
  - Données administratives (account class, care type)
- Séjours d'HITH = HITH episodes => **AR-DRG** code (Australian Refined – Diagnosis Related Groups ; mise à jour annuelle)
- Etude de coûts : oui, au moins 2 retrouvées (KPMG en 1996, North Western Health en 1998) ; mise à jour annuelle des tarifs (weighted inlier equivalent separation WIES)

Canada, 1

Contexte canadien, description

- Jusque dans les années 90 au Canada, les centres locaux de soins communautaires (CLSC) ne délivraient à des patients chroniques non institutionnalisés que des soins de faible technicité à domicile de type « home care » ou SAD. Jugeant l'offre de soins insuffisante pour leurs populations, 2 provinces ont proposé de **l'hospitalisation à domicile** (HAD) au sens où nous l'entendons en France :
  - avant 1990, « le **Programme Extra-Mural** » du Nouveau Brunswick : tout en facilitant la coordination et les prestations des services de soutien à domicile, le PEM offrait une solution de rechange à l'hospitalisation et à l'institutionnalisation ou retardait celles-ci, facilitait la sortie précoce de l'hôpital pour le domicile, permettait des soins de longue durée, de réadaptation, des soins palliatifs ; le PEM offre encore aujourd'hui au domicile du patient mais aussi dans les centres de longs séjours, des *services médicaux et sociaux continus multidisciplinaires et coordonnés* accessibles 24H/24 ; ses principaux intervenants sont médecin, infirmière, diététicienne, inhalothérapeuthe, physiothérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, travailleur social, …
  - depuis 1995, la Nouvelle Écosse propose un « Home Care Program » comprenant aussi un volet HAD (« **Home Hospital Care** ») visant à prendre en charge à domicile des patients atteints d'épisodes morbides aigus

Canada, 2

Des services à domicile subventionnés par l'État

- Depuis les fermetures d'établissements (années 1990-2000), les CLSC appuyés par les pouvoirs publics (Etat, province, territoires) ont élargi leurs offres de soins de santé primaires complets et intégrés en particulier en proposant des **SAD plus complexes (traitements IV, dialyse, chimiothérapie, …) et des programmes alternatifs de substitution à l'hospitalisation**
- Mais les canadiens pour la plupart* ne jouissent pas encore comme en France de soins à domicile de type HAD universellement accessibles et couvert par leur assurance-maladie
- En 2004, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont convenu de financer :
  - des soins actifs à domicile de courte durée pendant deux semaines après le congé de l'hôpital
  - des soins actifs communautaires de santé mentale pendant deux semaines
  - des soins de fin de vie

* excepté Premières nations et Inuits, anciens combattants, gendarmes en exercice

Canada, 3

Des services à domicile subventionnés par l'État

- À part ces trois domaines, il existe des différences non seulement *entre* les provinces et les territoires, mais également au sein d'entre eux. L'accès aux soins et la prestation des services varient d'une autorité à l'autre, tout comme les règles relatives à la participation au coût et au ticket modérateur. En pratique, les canadiens ont pour l'instant accès gratuitement** et sous conditions à ces services en s'adressant à leur CLSC, mais concrètement, les conditions d'admissibilité et les tarifs sont variables même si, les ressources des CLSC étant limitées, les services sont attribués en priorité à ceux qui en ont le plus besoin (les soins en particulier)
- La **palette des services/soins à domicile possibles vont des soins médicaux et para-médicaux ponctuels** (médecin de famille travaillant en collaboration avec le réseau de soins, infirmière praticienne, autres thérapeutes) **ou liés à la fin de vie** (soins continus) **à l'aide sociale et ménagère (**soutien de longue durée **) en passant par les services de réadaptation dispensés à domicile avec fourniture de matériel et d'articles médicaux**
- Actuellement, certains patients ont aussi recours à des services ou des soins à domicile *privés* qui complètent les prestations publiques (ex. soins infirmiers, ergothérapie, livraison ou préparation de repas, lessive, ménage, soins personnels)

** excepté les services d'entretien ménager, de réparations domiciliaires et d'installation de matériel ou d'accessoires fonctionnels (par exemple des barres d'appui pour la baignoire)

Canada, 4

Le système d'information sur les services à domicile (SISD)

- Depuis 2006-2007, le SISD (Home Care Reporting System) de l'Institut canadien de l'information sur la santé (ICIS) permet de faire remonter via une plateforme sécurisée (eDSS) les données provenant des organismes responsables de fournir des *services (ou soins) à domicile* (SAD) financés par le secteur public (ministères provinciaux ou territoriaux de la Santé ou d'organismes régionaux comme les centres d'accès aux soins communautaires, les régies régionales de la santé ou les CLSC)
- Le SISD permet aux intervenants des organismes effecteurs de recueillir et de transmettre trimestriellement à l'ICIS des données normalisées cliniques, démographiques, administratives et des données sur l'utilisation des ressources par les bénéficiaires de leurs services
- L'une des principales composantes du SISD est la collecte de données patients assurée en particulier par les dispensateurs de SAD au moyen du **Resident Assessment Instrument - Home Care (RAI-HC)® ou « système HC »**, un instrument de mesures mis au point par un consortium international de chercheurs en santé de plus de 30 pays (interRAI: http://www.interrai.org) et qui a été adapté pour le Canada par l'ICIS
- Le RAI-HC® est utilisé par les intervenants des SAD pour évaluer l'état des personnes qui reçoivent des SAD, leurs besoins, les priorités dans leur environnement ; certaines provinces ou territoires canadiens (ex. Québec, Île-du-Prince-Édouard) utilisent leurs propres outils pour recueillir des données similaires à celles du RAI-HC®

Remarque : Le « système HC » est utilisé au Canada mais aussi dans plusieurs états des USA, en Europe (Italie, Suisse, Finlande, Royaume Uni, Hollande, Belgique), et en Asie (Hong Kong, Japon, Australie)

Canada, 5

L'instrument RAI-HC® et les protocoles de planification des soins

- **Le RAI-HC® (Version 2.0, actualisée en 1999)** est un outil polyvalent à tiroirs qui permet de recueillir des données normalisées dépendant du patient afin de produire entre autres un fichier standardisé minimal **MDS-HC (Minimal data set – home care, 253 variables)** permettant au soignant d'évaluer de multiples fonctions et domaines fondamentaux, ainsi que la santé, le soutien social et l'utilisation des services par le patient. Certaines parties du questionnaire (items du MDS-HC) peuvent être réutilisées très régulièrement (ex. tous les 3 jours), d'autres sont utilisables à plus long terme (ex. tous les 3 mois). La plupart des observations concernent des patients adultes âgés, mais les données du RAI-HC® englobent des personnes de tous les âges bénéficiant des SAD
- Certaines parties du « **système HC** » servent de **screeners** pour enclencher d'autres évaluations plus précises
- Certaines combinaisons de réponses à des variables patient recueillies en cours de soins servent *d'alerte(s)* (triggers) pour déclencher d'autres évaluations plus précises effectuées à l'aide de grilles d'évaluation spécifiques appelées **protocoles d'évaluation clinique du patient** (PECs ou CAPs clinical assessement programs), le tout permettant **une évaluation globale du patient pris en charge**

Canada, 6
L'instrument RAI-HC® et ses applications

Domaines couverts par le Minimum Data Set (MDS-HC)

- (1) Cognition
- (2) Communication
- (3) Vision
- (4) Mood and behaviour
- (5) Social functioning
- (6) Physical functioning in activities of daily living
- (7) Continence
- (8) Medications
- (9) Socio-demographics
- (10) Nutrition and hydration
- (11) Oral/dental status
- (12) Skin conditions
- (13) Informal social support
- (14) Environmental/home safety
- (15) Preventive health measures
- (16) Diseases diagnoses
- (17) Health conditions
- (18) Service utilisation

Applications

- Triggered by one or more RAI-HC item responses, the second part of RAI-HC consists of 30 problem-focused **Clinical Assessment Protocols (CAPs)** covering conditions that are common risks for home care clients. The CAP's areas are :
  - Functional performance => Functional Performance CAPs
  - Sensory performance
  - Mental health => Cognition/Mental Health CAPs
  - Bladder management
  - Health problems/syndromes => Clinical Issues CAPs
  - Service oversight => Social Life CAPs
- Other uses and products have also been developed :
  - **Status and Outcome Measures** : Scales for ADLs, cognition, communication, pain, depression, etc.
  - A quality monitoring system (**Home Care Quality Indicators**, or HCQIs)
  - **A case-mix system that places clients into distinct service-use/intensity categories** (**RUG-III/HC**)
  - Screening systems to identify appropriate care pathways for clients (the **MI Choice** and **MAPLe systems**)

Canada, 7

Exemple d'application des résultats du RAI-HC® ; conclusion

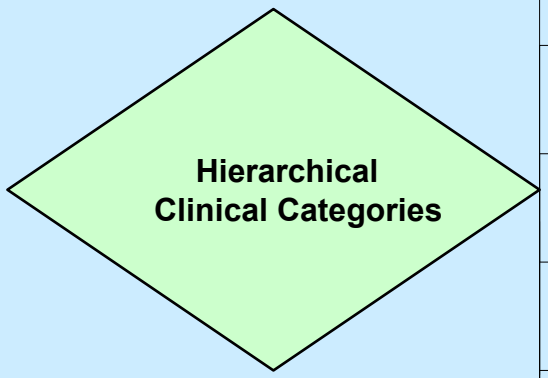
- Lorsque des éléments clés de l'évaluation du RAI-HC® indiquent une évolution clinique défavorable du patient (ex. chute, plaintes douloureuses, problèmes d'observance aux médicaments, perte cognitive, troubles de l'humeur, comportement abusif, …) ou d'absence d'amélioration par suite d'une intervention de SAD pouvant faire craindre un risque de déclin, d'institutionnalisation…, le(s) problème(s) du patient est(sont) signalé(s) et un(des) PEC est(sont) déclenché(s) pour (re)mesurer :
  - ses problèmes cliniques et son observance aux traitements
  - sa performance fonctionnelle et l'autonomie dans l'accomplissement des AVQ et des AIVQ
  - ses fonctions cognitives et la santé mentale
  - La qualité de sa vie sociale et la nécessité ou non d'un soutien informel
- Les productions statistiques agrégées dérivées des algorithmes servent à :
  - décrire et de classifier les patients (ex. Personal Health Profile ou PHP)
  - produire divers indicateurs de qualité (HCQIs)
  - planifier et financer les soins (ex. groupes de priorités , groupes d'utilisation des ressources en services à domicile ou RUG-III-HC permettant un financement journalier (vérifier!))
- Au final, les algorithmes utilisant les données agrégées et anonymisées du RAI-HC® et celles des PECs permettent au **clinicien** d'évaluer son patient, au **coordinateur** des soins de les planifier, de les organiser et d'en mesurer les résultats et au **planificateur** enfin d'appuyer sa planification, la gestion et l'amélioration de la qualité des soins

Canada, 8

Les groupes d'utilisation des ressources en SAD

- Les groupes d'utilisation des ressources en services à domicile (RUG-III-HC) sont issus du classement des données collectées avec le RAI-HC© (74 variables) et transmises à l'ICIS via le système d'information sur les services à domicile (SISD)
- 23 groupes RUG-III-HC iso ressources ont été distingués en 7 niveaux de soins :
  - 3 groupes en soins de réadaptation
  - 3 groupes en soins complémentaires
  - 2 groupes en soins spéciaux
  - 4 groupes en soins cliniques complexes
  - 3 groupes en cas de déficience cognitive
  - 3 groupes en cas de troubles du comportement
  - 5 groupes en cas de fonctions physiques réduites
- Les groupes issus de l'algorithme RUG III actuel ont été testés au Canada, aux USA & dans plusieurs pays européens
- 33.7% de la variation des coûts journaliers des soins formels et informels au Canada est expliquée par le modèle (20.5% pour les coûts journaliers des soins formels seuls bien que ni les coûts des soins infirmiers, physiothérapeutiques et ergothérapeutiques ne soient suffisamment décrits par le modèle

RUG Clinical Categories



Clinical Categories	RUG-III	RUG-III-HC
1—(Special) Rehabilitation	14 groups	3 groups
2—Extensive Care	3 groups	3 groups
3—Special Care	3 groups	2 groups
4—Clinically Complex	6 groups	4 groups
5—Cognitive Impairment	4 groups	3 groups
6—Behavioural Problems	4 groups	3 groups
7—Reduce Physical Functions	10 groups	5 groups
	44 groups	**23 groups**

Both RUG and RUG-HC are based on Activities of Daily Living (ADL) score and therapy time

Source : ICIS 2008, Jeff Hatcher

USA, 1

Contexte nord américain, description de « l'Hospital at Home »

- Quelques expériences d'offre de soins **alternative à l'hospitalisation classique pour les soins aigus** existent aux USA (programme **« Hospital at Home »** de la John Hopkins University de Baltimore) mais elles sont rares bien que soutenues par **Medicare** (personnes âgées, handicapées) et la **Veterans Affairs** (anciens combattants)
- En pratique quelques centres hospitaliers ont mis en place ce type de service pour leurs patients âgés de plus de 65 ans et habitant à moins de 30 minutes de l'hôpital
- Le patient souffrant d'une maladie aiguë (ex. pneumonie, poussée BPCO, IC, cellulite) passe par les urgences : bien qu'il ne présente pas de facteurs de gravité à l'examen, il doit bénéficier de soins de type hospitaliers => Il peut être pris en charge par le service d'HAH ; tout en étant pris en charge à domicile, **il gardera le statut de patient hospitalisé (inpatient)** et sera décrit comme tel (**DRG ?**)
- Intervenants dans le programme HAH : médecin et IDE du programme, agence de santé à domicile certifiée par la Joint Commission (ex. équipement, O2, Pharmacie; kinésithérapie, …), intervenants indépendants (ex. radios, …)

USA, 2

Contexte nord américain, description du Home Care

- Medicare finance plus classiquement les épisodes de « **home health** » (via 153 HHRGs en 2010) (**programmes de *soins à domicile* SAD infirmiers et auxiliaires au sens où nous l'entendons en France)** prescrits par les médecins pour des patients restant à domicile au maximum pour 60 jours
- S'il dure dans le temps, le plan de soins doit réévalué tous les 2 mois au moins par le médecin
- Type de patients concernées : Alzheimer's, cardiology, congestive heart failure, coronary artery bypass surgery, chronic obstructive pulmonary disease, diabetes, gastroenterology, infusion therapy (parenteral/enteral nutrition, chemotherapy, pain management, cardiovascular therapies, inhalation therapy, pharmacokinetic consultation, antibiotic therapy, immune globulin, human growth hormone, coagulation products, hydration therapy, nutritional consultation), mental health, neurology, oncology, orthopedics, pediatric therapy, spinal cord injury, stroke, transplantation, traumatic brain injury, wound care

USA, 3

Contexte nord américain, description du Home Care

- Les soins SAD pluridisciplinaires (therapy & skilled nursing) sont effectués par des agences agréées assurant des soins à domicile adaptés : nursing, pansements, perfusions, kinésithérapie, ergothérapie, assistance sociale, orthophonie, conseils diététiques, …
- Le SI propre de Medicare qui permet le recueil des variables s'appelle OASIS (Outcome & Assessement Insformation Set). Les informations sont classées dans des HHRGs de Medicare (Home Health Ressources Groups). Certains états (ex. Louisiane, Arkansas) utilisent la **classification de patients RUG-III/HC (A VALIDER)**

Espagne, 1

Contexte espagnol, description
▪ L' hospitalización a domicilio (HaD or HADO) existe en Espagne **depuis 1981** (Provincial Hospital of Madrid) et a essaimé depuis dans d 'autres régions (Bilbao, Valencia, Burgos, Sevilla, ..) ; fin 2009, une centaine d'unité d'HaD fonctionnaient ▪L'HaD est un service de soins diagnostiques et thérapeutiques transitoires (nutrition artificielle, traitement IV, hemodialyses, …) délivré à domicile par des personnels dédiés **d'unités hospitalières spécialisées de proximité** (unidades de hospitalización a domicilio, UHDs) à des patients souffrant de pathologie transitoire et aiguë qui sans cela auraient été hospitalisés (20%) ou maintenus hospitalisés (80% de l'activité des UHDs consiste à prendre le relai de l'hôpital) ▪ Il existe une fédération nationale de l'HaD (www.sehad.org)

Espagne, 2

Exemples de patients pris en charge en HaD

- **L'HaD considère les patients comme des patients hospitalisés (in-patients) :** le programme reste souvent centré sur l'hôpital dont il est une extension ; il n'y aurait pas toujours la coordination souhaitable avec les autres services hospitaliers et les autres intervenants de santé (médecins généralistes par exemple)
- **Les services de soins hospitaliers à domicile en Espagne (HaD) concernent les patients souffrants de pathologies suivantes :**
  - pathologies aiguës, chroniques avec exacerbation (BPCO, VIH, ...), polypathologies (gériatrie)
  - postchirurgie et traumatismes
  - pathologies oncologiques ou non oncologiques nécessitant des soins palliatifs
  - obstetrique, périnatologie et pédiatrie
- Exemple de soins prodigués : nutrition artificielle, traitement intraveineux (antibiotiques, chimiothérapies), hémodialyses, ventilation mecanique, programme de réadaptation à domicile

Espagne, 3

Description des patients « HaD » et des soins par les SI existant, nomenclatures utilisées

- En la Comunidad Valenciana, la **Consejería de Sanidad de la Generalidad Valenciana** (CSGV) implantó en 1993 un sistema de información sanitaria específico para la HaD (SISHaD) denominado Conjunto Mínimo Básico de Datos en Hospitalización a Domicilio (**CMBDHaD de 78 ítems**), compuesto con las mismas características de exhaustividad, homogeneidad, indización y codificación de los diagnósticos que el CMBD hospitalario. Actualmente, la CSGV está revisando su CMBDHaD
- en 2003, la **Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD) elaboró una propuesta de Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)** que incluía **27 variables** ; el CMBD utiliza para la codificación de *diagnósticos y procedimientos* la Clasificación Internacional de Enfermedades -9ª revisión- Modificación Clínica (CIE-9-MC), una variante de la 9ª revisión de la clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9)

Espagne, 4

Description des patients « HaD » et des soins par le CMBD, étude de coûts

- **CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) de la Sehad :**
  - Diagnóstico principal: proceso que se considera el responsable del ingreso del paciente en la Unidad
  - Diagnósticos asociados
  - Procedimiento principal: procedimiento quirúrgico/obstétrico en el que se ha utilizado un quirófano y/o sala de partos, si hay varios se pondrá el que esté más relacionado con el diagnostico principal, codificándose con la CIE-9-MC
  - Otros procedimientos (terapéuticos/diagnósticos) se codificarán con la CIE-9-MC hasta 9 procedimientos terapéuticos y/o diagnósticos entre los más relevantes del episodio atendido
  - Valoración funcional: índice de Barthel
  - Valoración cognitiva: test de Pfeiffer
  - Valoración de los riesgos de ulcera: escalera de Norton

- **En España en 2010 :**
  - **no existe todavía un sistema de información sanitaria específico de la HaD** ni tampoco ningún consenso a utilizar el CMBD
  - **no hay disponible ningún sistema de clasificación de pacientes en grupos similares de consumo de recursos (Grupos de Hospitalización a Domicilio o GHaD)** que haya demostrado capacidad explicativa suficiente para ser empleado de forma rutinaria en HaD (existen algunos estudios preliminares)

Belgique, 1

Contexte belge, description

- Depuis le 1er Avril 2004, des associations agréées ont établi des conventions avec l'Assurance maladie (INAMI) et des plateformes de SISD (services intégrés de soins à domicile) afin d'offrir toutes les prestations de soins à domicile adaptées au patient. Les soins prodigués concernent par exemple l'oncologie, la néphrologie pédiatrique, les soins palliatifs
- Les prestations techniques médicales et infirmières sont prescrites par les médecins généralistes et prises en charge par l'INAMI. D'autres prestations médico-sociales assurées par les SISD sont financées par les Communautés (Wallonie, Flandre, Bruxelles)
- La proposition de loi relative à l'hospitalisation à domicile a été *déposée* le 02/07/2007. A ce jour, **il n'y a pas toujours pas d'HAD en Belgique.** Concrètement, il s'agirait comme en France, de soins continus et coordonnés pouvant êtres complexes tant pour des maladies incurables que pour les maladies curables ; l'HAD concernerait surtout les patients atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient maintenues hospitalisées (l'HAD en Belgique serait plus le prolongement de l'hôpital au domicile du patient qu'une véritable alternative à l'hospitalisation)

Belgique, 2

Contexte belge, description

- Dans un rapport détaillé récent (2010) sur l'organisation et le financement des *soins infirmiers à domicile* en Belgique, **le centre fédéral d'expertise des soins de santé belge (KCE) suggère de repenser l'organisation et le financement de ces soins en y intégrant un volet type HAD** (au sens où l'on entend l'HAD en France)
- Ainsi, le financement des soins infirmiers à domicile pourrait être hybride et *adapté :* devraient être prises en compte dans tous les cas :
  - l'évaluation de la dépendance des patients dans la réalisation des activités de la vie quotidienne
  - la technicité des soins (post hospitaliers aigus, soins de long terme)
  - la nature des autres tâches accomplies par les infirmières pour soutenir le patient à domicile : support, conseil, évaluation, éducation du patient, coordination, communication, …
- Ainsi, pour le KCE, les **soins techniques spécialisés post hospitaliers aigus** pourraient être financés par l'intermédiaire d'un système parallèle au système de financement hospitalier (type DRG ou case-mix) alors que les **soins de base de longue durée (patients chroniques)** pourraient être financés par forfait. Le KCE ne recommande pas les forfaits journaliers dont la littérature montre qu'ils encouragent les prestataires à réduire les coûts par jour patient (en externalisant les soins par exemple), voire à refuser de soigner certains patients très lourds et dépendants

Mieux décrire pour mieux classer

- Importance de la description pour comprendre l'activité développée et la classer en HAD/home care => typologie des soins et des patients (malgré un périmètre évolutif)
  - Soins aigus, ponctuels de type MCO
  - Soins de type SSR
  - Soins continus type soins palliatifs
  - Autres types de soins
- Des outils de description évolués et évalués existent et sont fonctionnels en particulier le RAI-HC©
  - pas d'utilisation de l'IK mais indice de Barthel et ADL pour l'évaluation de la dépendance
  - Les diagnostics et les actes sont recueillis
  - Il n'existe pas de « MODE DE PRISE EN CHARGE » au sens où on l'entend en France
- Des classifications de patients DRG, AP-DRG, groupes RUG …

Comité technique activité HAD

09 Février 2011

Liste des travaux à mener par le ou les groupe(s) de travail en 2011

Liste des travaux à mener par le groupe

- Remontées des difficultés des établissements HAD, côté adulte, en matière de recueil ou de groupage…
- Les combinaisons MPP – MPA, les plages d'IK autorisées, les éventuels nouveaux MP….

Liste des travaux à mener par l'ATIH

- Apport de l'ENC HAD dans l'interprétation de la classification actuelle des GHPC
- Poursuite des travaux sur les modèles étrangers

Comité technique activité HAD

09 Février 2011

Points divers