

Hospitalisation à Domicile (HAD)

Ce livret du PRS fait partie de la collection de documents constitutifs du Projet Régional de santé 2018-2022 (PRS).
Il constitue l'un des documents d'évaluation des besoins de santé du PRS.
Il reflète les travaux conduits en 2016 et 2017 par l'agence régionale de santé avec ses partenaires pour l'évaluation des besoins de santé de la région.
Il trace les perspectives d'évolution dans une vision prospective à 10 ans et sa traduction opérationnelle à cinq ans

I. Evolution du contexte par rapport au PRS 1

L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue un mode de prise en charge qui permet à une personne atteinte de pathologies lourdes, complexes et évolutives de bénéficier à son domicile de soins médicaux et paramédicaux coordonnés par un établissement de santé. L'HAD est donc une modalité d'hospitalisation à part entière qui s'inscrit en substitution des modes d'hospitalisations MCO et SSR.

Au-delà du domicile personnel, le champ d'intervention de l'HAD a été étendu, en 2007 aux établissements d'hébergement pour personnes âgées, et, en 2013, à l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux, notamment pour les personnes en situation de handicap.

L'HAD a fait l'objet d'une première reconnaissance dans les textes avec la loi hospitalière du 31 décembre 1970. Elle est ensuite définie comme « une alternative » à l'hospitalisation conventionnelle par la loi de 1991 portant la réforme hospitalière. La loi du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) fait de l'HAD une modalité d'hospitalisation à part entière tandis que les structures d'HAD deviennent des établissements de santé, avec le même cadre réglementaire.

Aujourd'hui l'HAD ne constitue qu'une part limitée de l'activité hospitalière, représentant en 2015 au niveau national, 0.6% de l'ensemble des journées d'hospitalisation (MCO).

Le PRS 1 construit dans une perspective parcours, ne développait pas de volet spécifique concernant l'HAD. Toutefois, les objectifs 17 et 18 du PRS 1 « organiser un parcours fluide, adapté et efficient des patients entre les pôles d'activité au sein des établissements de santé et entre les établissements de santé » et « garantir le juste soin », y mentionnaient le rôle des HAD pour contribuer à un parcours patient efficient.

Les évolutions réglementaires ; circulaires du 18 mars 2013 permettant l'intervention de l'HAD en établissement médico-social et du 4 décembre 2013 relative au développement de l'hospitalisation à domicile; mettent en évidence la politique volontariste de développement de l'activité des HAD, répondant aux enjeux d'efficience du système de santé, mais également aux attentes de la population de garantir un accès aux soins de qualité au plus proche de leur lieu de vie.

C'est dans ce contexte d'évolution réglementaire que se sont inscrits les travaux régionaux conduits sur la période 2014-2017. Ainsi, 3 priorités ont été identifiées :

- Conforter l'offre HAD
- Améliorer l'accessibilité à l'HAD
- Renforcer la pertinence du recours à l'HAD

Un plan d'action régional a ainsi été élaboré, partagé dans le cadre d'un groupe de travail CSOS-HAD et suivi par un groupe régional réunissant l'ensemble des HAD de la région.

La nécessaire acculturation des acteurs visant à créer un « réflexe » HAD

Au regard de l'évolution des modes de prises en charge, dans un contexte de vieillissement de la population ou les attentes des usagers sont de bénéficier d'une prise en charge sécurisée au plus proche de son domicile ; la DGOS dans la circulaire du 4 décembre 2013¹ stipulait que l'activité d'HAD devait être confortée dans les territoires et travailler à améliorer la pertinence de son recours. La circulaire visait comme objectif un doublement de l'activité. En effet, la part de l'activité d'HAD devait évoluer de 0,6% du taux de séjours HAD pour 100 séjours réalisés en hospitalisation complète (MCO + SSR) à 1,2% en 2018.

La volonté nationale était de positionner l'HAD à sa juste place dans la gradation des soins, mieux structurer son offre, améliorer son accessibilité et sa professionnalisation.

10 implantations HAD sont autorisées, permettant de couvrir l'intégralité de la région.

Dans le cadre de la déclinaison du plan régional, plusieurs actions ont été mises en œuvre, éléments contributifs au développement de la dynamique régionale, notamment :

- Les établissements MCO et EHPAD ont été sensibilisés, par une campagne de communication concernant les modalités de recours à l'HAD, faisant suite à un travail d'harmonisation des pratiques relatifs aux modalités d'admission.
- Un suivi semestriel de l'activité régionale des HAD a été structuré, avec la mise en place d'un groupe de travail régional d'échanges de pratiques, visant à identifier des leviers de développement d'activité.
- Une étude en collaboration avec l'ORS dans le cadre du Panel Médecin généralistes, a également permis de mieux identifier le niveau de connaissance et de satisfaction des médecins libéraux dans le cadre du recours à l'HAD.

L'élargissement du champ d'intervention de l'HAD

Depuis la rédaction du PRS 1 le champ d'intervention des HAD s'est élargi :

Champ Populationnel

Les décrets de 2012 et la circulaire DGOS du 18 mars 2013 étend le recours à l'HAD dans les ESMS « lorsque la densité, la technicité et/ou la complexité des soins » à prodiguer excèdent les possibilités offertes par la

¹ CIRCULAIRE N°DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD)

structure d'hébergement. Etendre le champ d'intervention des HAD aux ESM « présente l'avantage de préserver la qualité de vie des résidents en évitant toute déstabilisation liée à la rupture de l'accompagnement assuré au quotidien par les professionnels de l'établissement d'accueil »². Il constitue également un levier au développement de l'HAD.

Par ailleurs, même si l'HAD pouvait intervenir depuis 2007 dans les EHPAD, elle était soumise à des restrictions concernant notamment l'assistance respiratoire, la nutrition parentérale et entérale, les traitements intraveineux, les soins palliatifs, la chimiothérapie anticancéreuse, la surveillance post-chimiothérapie, la prise en charge de la douleur, les pansements complexes, les traitements post-chirurgicaux, la rééducation orthopédique ou neurologique, les soins de nursings lourds, la surveillance de radiothérapie, les transfusions sanguines, la surveillance d'aplasie et les sorties précoces de chirurgie. En mars 2017, ces restrictions sont levées réglementairement, avec pour ambition de permettre un meilleur accès à ce mode d'hospitalisation³.

En région sur la période PRS 1 : la part de l'activité HAD a évolué de 0.8% en 2013 de taux de séjours HAD pour 100 séjours d'hospitalisation complète (MCO-SSR) à 1.5% en 2016.

Champ des compétences

Les soins palliatifs, soins de nursing lourds, et pansement complexe représente 70% de l'activité des HAD en région, relativement stable sur plusieurs années, en cohérence avec l'activité constatée au niveau national.

Dans le cadre de la circulaire du 4 décembre 2013, des segments d'activité ont été identifiés comme ayant vocation à se développer, dans les domaines suivants : soins palliatifs, chimiothérapie, rééducation neurologique, et également sortie précoce en post-chirurgie. Les soins sont plus complexes et réclament plus de technicité de la part des professionnels intervenant dans les HAD. Par ailleurs, cela exige un partenariat plus étroit avec les établissements MCO.

Chimiothérapie IV et SC à domicile : la HAS a publié des recommandations concernant le développement de la chimiothérapie à domicile parce qu'elle présente « une véritable valeur ajoutée en terme de confort et de

² Les décrets n°2012-1030 du 06/09/2012 et n°2012-1031 du 06/09/2012 et la circulaire DGOS n° DGOS/R4/DGCS/2013/107 du 18 mars 2013 relative à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social

³ Communiqué de presse, ministère des affaires sociales et de la santé, 7 décembre 2016.

limitation de la fatigue inutile liée au transport, pour le patient fragile et lorsque les administrations sont fréquentes (de quotidiennes jusqu'à hebdomadaires), tout en ne nécessitant pas une charge en soins très lourde (administration sous-cutanée par exemple ou durée de perfusion courte⁴ ».

Dans ce cadre, en région, des protocoles de chimiothérapies en hospitalisation à domicile ont été validés par le réseau de cancérologie, et cette activité s'est développée sur certains territoires, principalement en Loire-Atlantique et agglomération angevine.

*Sortie précoce post chirurgie*⁵ : dans le cadre de sa campagne budgétaire de 2016 la DGOS a mis en place un nouveau dispositif : « HAD sortie précoce post-chirurgie ». Il concerne des prises en charge chirurgicales ciblées, hors chirurgie ambulatoire dans les domaines suivants : Chirurgie gynécologique, Chirurgie digestive, Chirurgie orthopédique. Ce dispositif a pour objectif de proposer « une nouvelle organisation de la prise en charge chirurgicale par la mise en œuvre d'une coordination entre un établissement MCO et un établissement d'HAD, dans le cadre d'un parcours permettant un retour plus rapide à domicile du patient tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins ».

Dans ce cadre, tous les établissements MCO, et HAD de la région ont eu connaissance des potentiels de sortie, pour faciliter le développement de ces nouveaux segments d'activité. Par ailleurs, 2 établissements de la région participent au dispositif d'évaluation nationale.

L'amélioration de la sécurisation de la prise en charge des patients à domicile

Le décret du 7 mai 2017 sur les conditions techniques de fonctionnement de l'HAD vise une harmonisation et meilleure organisation des structures HAD. Il préconise notamment que tout établissement HAD assure 7jours/7 et 24h/24, y compris les jours fériés la continuité des soins aux patients accueillis, permettant sous certaines conditions l'intervention et la prescription du médecin coordonnateur⁶.

Une dynamique nationale pour un parcours patient plus efficient.

De plus, l'HAD a été identifiée, comme un des leviers du plan triennal 2015-2017. Elle est identifiée comme un dispositif, participant au développement du virage ambulatoire, et permettant de réduire la durée de

⁴ Conditions du développement de la chimiothérapie en hospitalisation à domicile. HAS 2015

⁵ Instruction DGOS/R4/R3/2016/185 du 6 juin 2016 relative au dispositif de sortie précoce de chirurgie par mobilisation de l'hospitalisation à domicile

⁶ Décret n° 2017-817 du 5 mai 2017 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile

séjour ou évitant une hospitalisation complète. Dans ce cadre, des objectifs de prescriptions ont été contractualisés avec les établissements de santé MC de la région, et suivi dans le cadre des dialogues de gestion annuels.

Le Plan Maladie Neurodégénérative, dans sa mesure 15 a identifié l'HAD comme un des leviers permettant l'accès à une prise en charge à domicile quel que soit son lieu de vie.

Par ailleurs, la coopération entre les opérateurs du domicile SSIAD et HAD a fait l'objet de travaux particuliers menés en région. Ces coopérations s'inscrivent en cohérence avec le plan maladie neurodégénérative et le plan soins palliatifs (action 11-2) qui mentionnent la prise en charge des soins au domicile comme un enjeu sociétal pour demain.

La pertinence du recours à l'HAD a également été travaillée dans le cadre du Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPPRAPS) des pays de la Loire⁷.

II. Problématiques actuelles et émergentes, et constats

Sur la période 2012-2017, on a constaté une forte dynamique régionale, supérieure à celle constatée au niveau nationale, mais le recours à l'HAD en région Pays de la Loire reste très inférieur à celui constaté au niveau national.

En 2016 les principaux MPP en Pays de la Loire sont les soins palliatifs, les pansements complexes, les soins de nursing lourds. Ces 3 modes de prises en charge principaux représentent 70% de l'activité des HAD au niveau régional. Cette répartition de l'activité est similaire à celle constatée au niveau national. La diversification des modes de prises en charge est un enjeu.

Enfin, les organisations HAD restent à optimiser pour répondre aux enjeux de prise en charge de demain, dans un contexte de virage ambulatoire, vieillissement de la population et explosion des pathologies chroniques.

Un recours à l'HAD en retrait des ambitions nationales fixées dans la circulaire du 4/12/13

Les pays de la Loire se caractérisent par un recours à l'HAD très inférieur au niveau national, bien qu'une dynamique régionale de développement soit constatée. L'objectif fixé par la circulaire du 4 décembre 2013 est

⁷ Chantier 16 – « Développement et recours pertinent à l'HAD, dans le cadre d'une substitution à l'hospitalisation complète » de l'axe AXE 5 – « Favoriser les parcours de soins les plus pertinents sur le plan médico-économique » du PAPPRAPS Pays de la Loire

de 30 à 35 patients pris en charge par jour pour 100000 habitants.

Le nombre moyen de patient pris en charge par jour pour 100 000 habitants a évolué en pays de la Loire de 13.3 en 2012 à 16.3 en 2016, contre 20.2 en 2016 au niveau national.

Il faut souligner cependant que ces dernières années, la dynamique régionale est supérieure à celle observée au niveau national, +11.7% journées en région entre 2015 et 2016 contre +3.8% au niveau national. (cf. annexes). On observe une grande hétérogénéité infra-territoriale, les établissements HAD n'ayant pas tous la même dynamique d'évolution. Certains se démarquent par un volume d'activité et une dynamique plus importants que la moyenne régionale. Cela nécessite d'améliorer le recours à l'HAD pour améliorer l'équité de prise en charge sur l'ensemble du territoire.

La problématique du recours à l'HAD est plurifactorielle. L'organisation des HAD et leur coopération avec les établissements et acteurs du territoire sont à améliorer. Ils persistent encore beaucoup de cloisonnement entre les acteurs pour garantir la qualité des soins face aux enjeux que sont le vieillissement de la population, le développement des pathologies chroniques et le souhait d'une prise en charge au plus proche du domicile. Dans ce contexte, le réflexe de prescription HAD reste à conforter, une meilleure connaissance des acteurs et de leurs champs potentiels d'intervention est à poursuivre.

Par ailleurs, le patient et de sa famille ne possèdent pas toujours de toutes les informations nécessaires à une prise de décision éclairée sur son parcours. Enfin, le recours à l'HAD au domicile et à la sortie d'une hospitalisation complète n'est pas suffisamment anticipé.

La montée en charge des interventions en EHPAD se poursuit, mais c'est une activité qui reste marginale. La part des séjours HAD en ESMS représente en 2016 8.1% de l'ensemble des séjours HAD en pays de la Loire contre 5.7% au niveau national. La connaissance du champ d'intervention des HAD, les restrictions d'interventions ont pu constituer des freins au développement de cette activité.

Par ailleurs, la difficulté d'identification de critères pour déclencher une intervention de l'HAD dans le cadre des prises en charge notamment en fin de vie semblent également avoir constitué un frein au développement de l'activité.

La levée des restrictions d'interventions HAD en EHPAD constitue un levier intéressant pour répondre aux besoins des EHPAD.

Des parcours patients qui restent à développer et à optimiser dans le respect du libre choix du patient

Des axes de développement prioritaires ont été définis par la circulaire DGOS du 04 décembre 2013⁸ : la rééducation neurologique, la chimiothérapie anticancéreuse à domicile et les soins palliatifs. L'analyse de l'activité d'hospitalisation à domicile en Pays de la Loire sur la période 2012-2017 révèle des marges de progression parfois importantes sur ces Modes de prises en charges.

Les soins palliatifs représentent près de 40% des séjours en HAD de la Région. Ce mode de prise en charge constitue le cœur de métier des HAD, qui reste à conforter en cohérence avec le plan soins palliatifs. Ce dernier y mentionne, qui identifie la prise en charge à domicile comme enjeu.

La **chimiothérapie anticancéreuse** à domicile, s'est développée en région, nous observons un doublement de l'activité en nombre de journées entre 2015 et 2016. C'est une dynamique résultant des travaux régionaux menés ayant permis de développer cette activité, en cohérence avec le plan cancer 2014-2019 et les recommandations HAS. Toutefois, il existe des disparités concernant le développement de cette offre. Il conviendra de la généraliser à l'ensemble de la région, pour permettre une équité des possibilités de prise en charge sur le territoire ligérien.

La rééducation neurologique représente moins de 1% des journées d'hospitalisation à domicile en région. Plusieurs facteurs explicatifs : la nécessaire identification de profils patients, une meilleure inter-connaissance des acteurs, et une montée en expertise particulière pour les HAD sont autant de freins à lever pour développer ce champ d'intervention. C'est une activité qu'il conviendra de développer, dans le cadre des différents parcours patients notamment en post-AVC, en lien avec les filières de prises en charge structurées dans la région.

Le parcours patient et **les potentiels ruptures de prise en charge nécessiteront de travailler la coopération SSIAD-HAD :**

- pour des prises en charges lourdes et complexes pour lesquels les structures et le cadre réglementaire et financier ne permettent pas une prise en charge adéquate, notamment dans le cadre de soins de soins palliatifs ou pour des patients ayant des pathologies neurodégénératives.
- pour des prises en charges « frontières », qui posent également la question de rupture de parcours pour

⁸ CIRCULAIRE N°DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD)

des patients ne relevant plus de l'HAD mais pour lesquelles les structures de type SSIAD ne sont pas non plus adaptés.

Une organisation et un fonctionnement des HAD à améliorer pour garantir leur capacité de réponses aux besoins de santé pour une prise en charge à domicile.

La continuité des soins médicaux est diversement organisée en fonction des territoires, mais semble à conforter au regard des enjeux de prise en charge que porteront les HAD demain.

Les modalités d'organisation sont variées, et le délai d'admission reste à améliorer sur certains territoires afin de répondre aux besoins de santé et enjeu de prise en charge de demain.

III. Propositions d'évolutions à conduire dans le prochain PRS

Proposition 1 : Conforter l'accessibilité à l'HAD sur l'ensemble du territoire ligérien

Le développement de l'HAD a contribué à l'amélioration de l'accès aux soins en proximité. La région Pays de la Loire dispose d'une offre HAD, quel que soit la commune. En effet, les 10 implantations HAD sont autorisées en région pour une aire géographique donnée, permettant de garantir l'accès aux soins sur tout le territoire.

Par ailleurs, dans le but d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients, le seuil minimum d'activité de 9 000 journées par an est à maintenir. De plus, pour répondre aux exigences réglementaires, la mise en place d'une permanence médicale dans les HAD constitue une nécessité et un enjeu.

Accorder de nouvelles autorisations n'est pas préconisé. En revanche, nous devons veiller à une couverture totale des territoires par les structures autorisées.

- Améliorer le taux de recours à l'HAD sur les territoires
- Optimiser les délais d'admissions en HAD, en cohérence avec les besoins de prise en charge identifiés
- Identifier un potentiel de prescription vers HAD et contractualiser avec l'ensemble des établissements de santé ligérien (MCO)
- Sensibiliser les EHPAD et contractualiser sur objectifs de prescription d'HAD en EHPAD
- Sensibiliser les ESMS sur les conditions de prise en charge en HAD

- Poursuivre la communication auprès des médecins et professionnels de santé libéraux
- Généraliser pour toutes les HAD, l'agrément pour être terrain de stage pour les internes

Proposition 2 : Développer l'offre HAD sur des segments d'activité répondant aux besoins identifiés dans les plans nationaux et permettant un parcours patient plus efficient

Conforter la possibilité de recours à l'HAD dans le cadre de prise en charge palliative.

Les soins palliatifs constituent le cœur de métier des HAD, il convient donc de conforter leur rôle pour permettre de répondre aux attentes populationnelle d'une prise en charge palliative à domicile. Dans ce cadre, un axe particulier de travail sera à conduire pour faciliter le recours HAD en EHPAD dans le cadre de la fin de vie.

Généraliser l'offre de prise en charge de la chimiothérapie en HAD, pour les protocoles validés régionalement par le réseau régional de cancérologie, pour tout le territoire ligérien

Cet objectif s'inscrit en cohérence avec le plan cancer 2014-2019, et les recommandations HAS, et les travaux menés en région ayant permis de développés sur certains territoire le recours à l'HAD pour des prises en charge en chimiothérapie.

Développer les possibilités de prise en charge en rééducation neurologique en HAD via des expérimentations.

Poursuivre la dynamique engagée concernant les sorties précoces de chirurgie

Proposition 3 : Améliorer la fluidité du parcours du patient, en positionnant l'HAD comme un élément potentiel du parcours

- Favoriser le recours à l'HAD à partir des urgences
- Faciliter l'accès direct à l'HAD à partir du domicile
- Développer l'offre de prise en charge HAD en EHPAD et dans les ESMS
- Généraliser la coopération SSIAD-HAD, définissant les conditions de coopération par voie de convention HAD-SSIAD, permettant de garantir une continuité de prise en charge, dans le cadre de parcours patients SSIAD-HAD.
- Généraliser sur tout le territoire ligérien, les possibilités de prise en charge conjointe HAD-SSIAD, pour les situations de soins complexes qui le nécessitent et qui auront été validées régionalement.

- Identifier et expérimenter des modalités de prises en charge dans les situations « bloquantes » de prise en charge à la frontière SSIAD/HAD.

Cet objectif s'appuiera sur les travaux d'ores et déjà menée sur les territoires de Loire-Atlantique et de Maine et Loire, de coopération SSIAD-HAD

- Clarifier les frontières entre les prises en charge HAD/SSIAD/IDEL pour garantir la pertinence et l'efficacité de la prise en charge en HAD.

Proposition 4 : Améliorer l'organisation des HAD permettant de mieux répondre aux besoins émergents, dans un contexte d'exigence de qualité et de sécurité de la prise en charge

- Garantir la continuité des soins médicaux pour toutes les HAD du territoire ligérien
- Garantir une admission rapide en HAD, en cohérence avec le besoin, pour toutes les situations où l'admission est pertinente
- Assurer l'informatisation du dossier patient de toutes les structures HAD quel que soit leur statut
- S'assurer d'une circulation dématérialisée des informations en cas de prise en charge en urgence, en articulation avec les SAMU/SMUR de chaque territoire
- Expérimenter l'utilisation d'objets connectés au domicile, pour améliorer le suivi du patient au domicile (ex : suivi des plaies...)
- Poursuivre le pilotage de l'activité des HAD et du niveau de couverture territoriale

INDICATEURS DE SUIVI⁹ :

- Nombre de patients pris en charge en HAD par jour et pour 100 000 habitants
- Taux brut de séjours d'HAD pour 100 séjours d'hospitalisation complète (MCO + SSR)
- Taux brut de journées d'HAD pour 1000 journées d'hospitalisation complète (MCO + SSR)
- Part des admissions en HAD faisant suite à une hospitalisation complète à temps plein (MCO + SSR)
- Part des séjours en HAD à partir du domicile
- Part de certaines prises en charge spécialisées dans l'activité globale d'HAD (rééducation neurologique, chimiothérapie anticancéreuse, soins palliatifs)

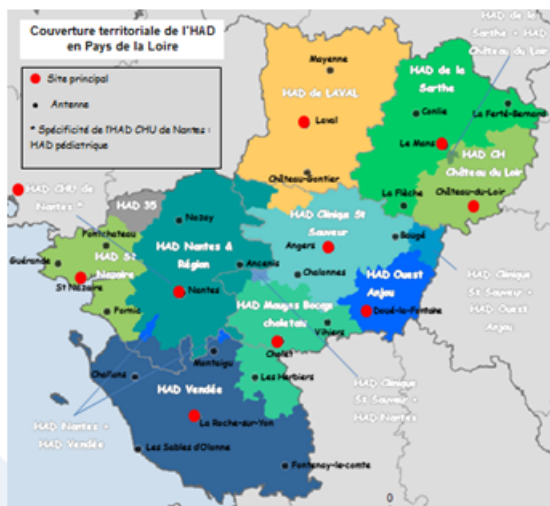
- Part des séjours en HAD réalisés au bénéfice de résidents d'établissements sociaux et médico-sociaux
- Part des CPOM des établissements d'hospitalisation temps plein (MCO + SSR) comportant des objectifs de prescriptions d'HAD
- Taux de CPOM intégrant un objectif relatif à l'amélioration de la pertinence du recours à l'HAD sur la base des référentiels existants
- Taux d'établissements d'HAD disposant d'une astreinte médicale ou ayant formalisé un recours à un avis médical H24 et 7j/7
- Part des séjours en HAD couverts par une astreinte médicale ou un recours formalisé à un avis médical H24 et 7j/7
- Taux d'établissements d'HAD disposant d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7j/7
- Part des séjours en HAD couverts par une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7j/7
- Taux d'établissements d'HAD mettant en œuvre un dispositif de télésurveillance
- Taux de contrats de bon usage du médicament (CBUM) signés par les établissements d'HAD
- Situation des établissements d'HAD par rapport au taux national moyen des établissements de santé certifiés sans réserve (majeure ou non)

⁹ CIRCULAIRE N°DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD)



ETAT DES LIEUX

Développement de l'HAD en région



Pays de la Loire	2014	2015	2016*
Nombre d'ESHAD	10	10	10
Nombre jours	188 896	195 798	219530
Age moyen	65,04	65,55	61,49
Classe IK moyen	40	40	45,5
Score AVQ phys. moyen	10,54	10,79	10,3
Score AVQ psych. moyen	3,49	3,65	3,55
Nb séjours	6 979	7 849	10 666
DMS séjours	19,52	18,27	21

PRINCIPAUX MPP	PDL 2016		France 2016	
	%	%	%	%
04 - soins palliatifs	37%	37%	25%	25%
09 - pansements complexes	28%	28%	29%	29%
14 - soins de nursing lourds	8%	8%	9%	9%
06 - nutrition entérale	6%	6%	7%	7%
03 - traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	5%	5%	6%	6%
07 - prise en charge de la douleur	4%	4%	3%	3%
13 - surveillance post chimiothérapique	2%	2%	4%	4%
02 - nutrition parentérale	2%	2%	2%	2%

- 10 ESHAD en région dont 1 pédiatrique (HAD du CHU de Nantes)
- Ils couvrent l'ensemble des territoires de santé
- L'augmentation de la production enclenchée ces dernières années est de nouveau confirmée en 2016
- Les trois principaux MPP sont les soins palliatifs, les pansements complexes et les soins de nursing

* Données E-PMSI 2016

HAD

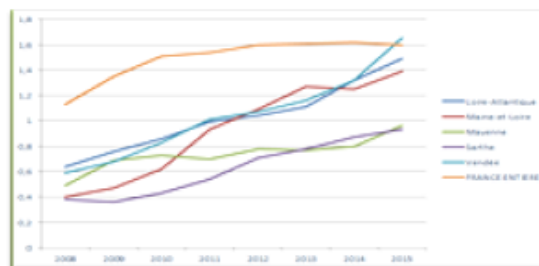
Développement de l'HAD en région

Taux de recours standardisé en Nb de patients

Territoire de santé	Taux de recours standardisé à l'HAD en nombre de patients							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Loire-Atlantique	0,64	0,76	0,86	0,99	1,04	1,11	1,32	1,49
Maine-et-Loire	0,40	0,47	0,62	0,93	1,09	1,27	1,25	1,39
Mayenne	0,49	0,66	0,73	0,70	0,78	0,77	0,80	0,96
Sarthe	0,38	0,36	0,43	0,54	0,71	0,78	0,87	0,93
Vendée	0,59	0,66	0,83	1,01	1,07	1,16	1,32	1,55
FRANCE ENTIERE	1,13	1,35	1,51	1,54	1,60	1,61	1,62	1,60

PDL: 1,36 en 2015

Taux de recours standardisé à l'HAD en nombre de patients



- Les Pays de la Loire se caractérisent par un recours à l'HAD très inférieur au niveau national,
- Retard qui se rattrape depuis plusieurs années.
- Néanmoins, quelques territoires tels que la Sarthe et la Mayenne, conservent un taux de recours faible mais restent dans une dynamique d'évolution positive.

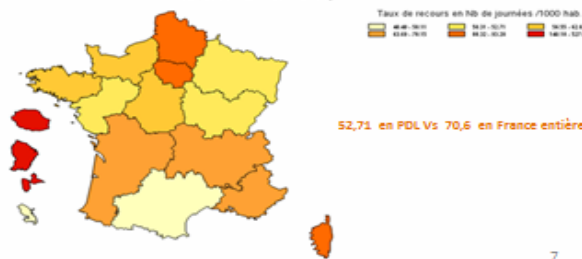
Nombre de patients/jour/100 000 hab.

Nb de patients/jour / 100 000 hab.	2015	2016 Données provisoires (FNEHAD)
France	19,3	20,3
PDL	14,7	16,3

Cible 2018: 30 à 35 patients

Taux de recours en Nb de journées

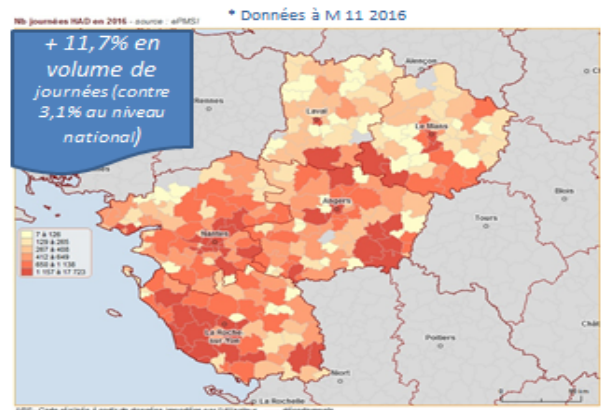
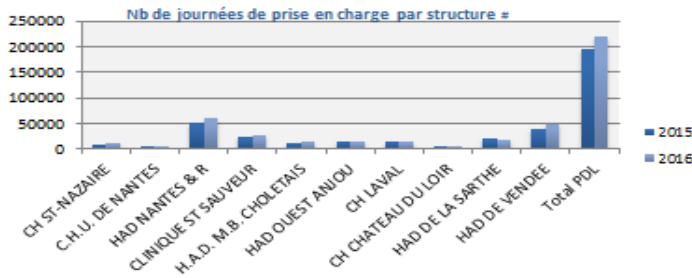
Taux de recours HAD en Nb de journées par Région (17) - Nb de journées 2015 / pop 2013 - Taux Standardisé Ensemble de l'activité
Taux de recours national : 70,06



52,71 en PDL Vs 70,6 en France entière



Le développement de l'activité en journées par structure



Activité: Nb de journées de prise en charge

Etablissements	2015	2016 #	Evolution %
440000057 CH ST-NAZAIRE	9586	11892	24%
440000289 C.H.U. DE NANTES	4979	4603	-8%
440012128 HAD DE NANTES & R	52459	59960	14%
490000312 CLINIQUE ST SAUVEUR	23770	26359	11%
490016334 H.A.D. M.B. CHOLETAIS	12762	14619	15%
490016870 HAD OUEST ANJOU	15011	13828	-8%
530000371 CH LAVAL	13174	15413	17%
720000066 CH CHATEAU DU LOIR	5222	5539	6%
720016856 HAD DE LA SARTHE	19958	18653	-7%
850006008 HAD DE VENDEE	38821	48664	25%
Total PDL	195742	219530	12%

- 7 ESHAD sur 10 enregistrent une évolution positive de leur activité en nombre de journées.
- Certains se démarquent par un volume d'activité plus important.
- Remarque: L'HAD du CHU de Nantes a une activité pédiatrique.

Données E-PMSI M12 2016



+ 38 %
Evolution en nombre de séjours d'HAD en Pays de la Loire

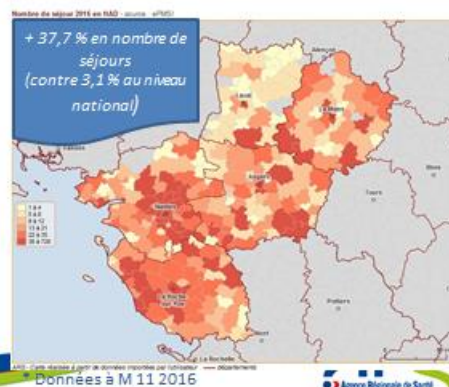
+ 5,8 %
Evolution en nombre de séjours d'HAD France entière

Le développement de l'activité en nombre de séjours.

Une évolution du nombre de séjours très dynamique en 2016

Finss	ESHAD	Nb de séjours complets 2016	Nb de séjours complets 2015	Evolution
440000057 CENTRE HOSPITALIER ST-NAZAIRE		896	470	91%
440000289 C.H.U. DE NANTES		754	524	44%
440012128 HOPITAL A DOMICILE DE NANTES		2 872	1 835	57%
530000371 CENTRE HOSPITALIER LAVAL		586	389	51%
720000066 CTRE HOSPITALIER CHATEAU DU LOIR		212	160	33%
Etablissements ExDG		5 320	3 378	57%
490000312 CLINIQUE ST SAUVEUR		1 374	793	73%
490016334 H.A.D. MAUGES BOCAGE CHOLETAIS		652	586	11%
490016870 HAD OUEST ANJOU		308	313	-2%
720016856 SERVICE DE L'HAD DE LA SARTHE		978	913	7%
850006008 HOPITAL A DOMICILE DE VENDEE		1 422	1 321	8%
Etablissements ExOQN		4 734	3 926	21%
Total Régional		10 054	7 304	38%

- Dynamique régionale supérieure à celle observée au niveau national,
- Toutefois, on observe une grande hétérogénéité infra-territoriale



Données à M 11 2016



HAD

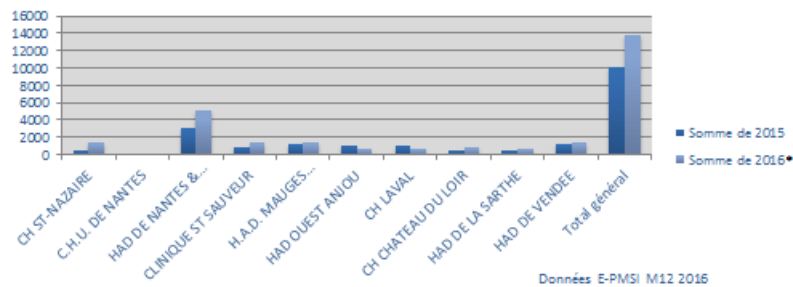
Développement de l'activité HAD en EHPAD

Une activité qui reste à conforter

La montée en charge des interventions en EHPAD se poursuit, mais c'est une activité qui reste à la marge; En 2016 elle ne représente que 6% du nombre de journées d'HAD en PDL.

Les structures sont à rapprocher pour améliorer connaissance réciproque et l'efficacité des interventions.

Il faut se saisir en Région de la fin de limitation des indications de l'HAD en EHPAD comme levier au déploiement de ce segment d'activité;



Activité	Nombre de journées en EHPAD*			
ETABLISSEMENTS	2015	2016 *	Evolution en %	Part sur l'activité totale
440000057 CH ST-NAZAIRE	585	1385	137%	12%
440000289 C.H.U. DE NANTES	0	0	0%	0%
440012128 HAD DE NANTES & REGION	3117	5150	65%	9%
490000312 CLINIQUE ST SAUVEUR	882	1362	54%	5%
490016334 H.A.D. MAUGES BOCCAGE CHOLETAIS	1287	1530	19%	11%
490016870 HAD OUEST ANJOU	1090	665	-39%	5%
530000371 CH LAVAL	983	683	-31%	4%
720000066 CH CHATEAU DU LOIR	466	859	84%	16%
720016856 SERVICE DE L HAD DE LA SARTHE	591	743	26%	4%
850006008 HAD DE VENDEE	1230	1513	23%	3%
Total général	10231	13890	36%	6%

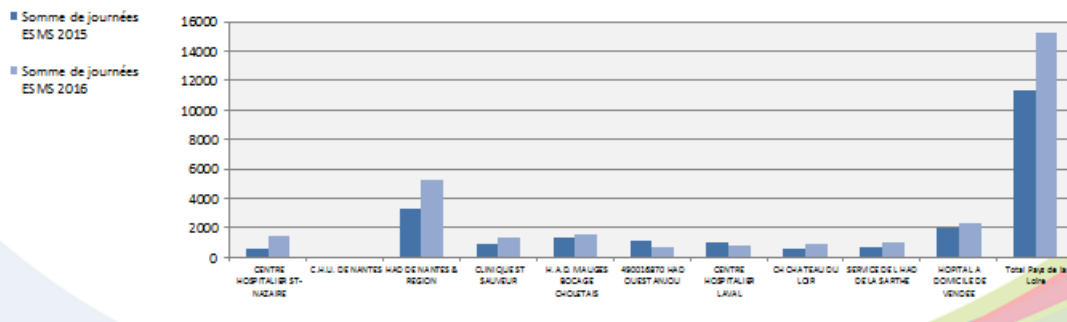
* Données E-PMSI M12 2016

HAD

Développement de l'activité HAD en ESMS

Une activité qui reste à conforter

Etablissements	Somme de journées ESMS 2015	Somme de journées ESMS 2016 *	Evolution %	Part sur l'ensemble de l'activité d'HAD
440000057 CENTRE HOSPITALIER ST-NAZAIRE	598	1387	132%	12%
440000289 CH U. DE NANTES	0	0	0%	0%
440012128 HAD DE NANTES & REGION	3235	5241	62%	9%
490000312 CLINIQUE ST SAUVEUR	882	1362	54%	5%
490016334 H.A.D. MAUGES BOCCAGE CHOLETAIS	1368	1547	13%	11%
490016870 HAD OUEST ANJOU	1106	665	-40%	5%
530000371 CENTRE HOSPITALIER LAVAL	983	795	-19%	5%
720000066 CH CHATEAU DU LOIR	516	868	68%	16%
720016856 SERVICE DE L HAD DE LA SARTHE	664	1018	53%	6%
850006008 HOPITAL A DOMICILE DE VENDEE	1994	2335	17%	5%
Total général	11346	15218	34%	7%



Diversifier les populations prises en charge en HAD constitue, selon la circulaire du 4 décembre 2013, un levier pour améliorer l'accès à l'HAD.

En dépit d'une augmentation de la prise en charge des patients en ESMS de 34%, c'est une activité qui ne représente que 7% des hospitalisations à domicile de la Région.

Il faudra confirmer cette tendance et homogénéiser les pratiques pour que toutes les HAD soient dans la même dynamique.

* Données E-PMSI M12 2016

Développement de l'activité HAD en rééducation neurologique

Une activité à construire

MPP 12 - rééducation neurologique

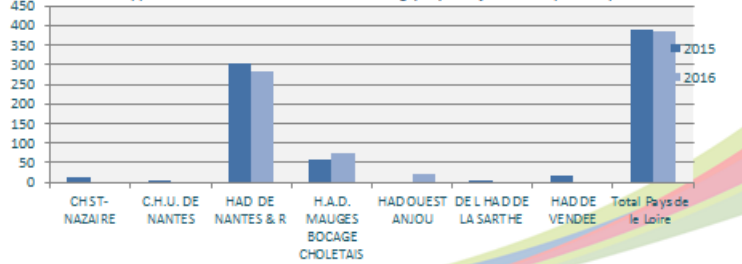
Somme de Nb de journées de présence

	2015	2016*	Evolution %
CH ST-NAZAIRE	12	0	-1
C.H.U. DE NANTES	1	0	-1
HAD DE NANTES & R	304	284	-7%
H.A.D. MAUGES BOCAGE CHOLETAIS	56	76	36%
HAD OUEST ANJOU		23	0%
DE L HAD DE LA SARTHE	2	0	-100%
HAD DE VENDEE	15	0	-100%
Total Pays de la Loire	390	383	-2%

Diversifier les modes de prise en charge participe à l'amélioration de l'accès à l'HAD.

En Pays de la Loire c'est une activité qu'il faut construire. Elle représente moins de 1% des hospitalisations à domicile.

MPP 12 - Développement de l'activité HAD rééducation neurologique (Nb de journées de présence)- données e-PMSI 2016



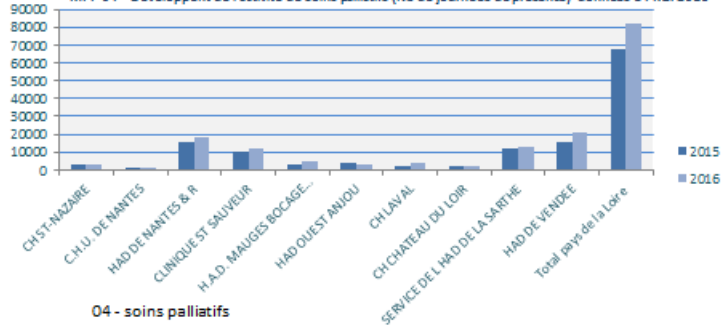
Données e-PMSI M12 2016

Développement de l'activité de soins palliatifs

Une activité en progression

Une dynamique très hétérogène

MPP 04 - Développement de l'activité de soins palliatifs (Nb de journées de présence)- données e-PMSI 2016



MPP

O4 - soins palliatifs

Somme de Nb de journées de présence

ETABLISSEMENTS	2015	2016*	Evolution %	part sur l'activité 2016
440000057 CHST-NAZAIRE	3150	2996	-5%	25%
440000289 C.H.U. DE NANTES	162	383	136%	8%
440012128 HAD DE NANTES & R	15759	18087	15%	30%
490000312 CLINIQUE ST SAUVEUR	9765	12245	25%	47%
490016334 H.A.D. MAUGES BOCAGE CHOLETAIS	3289	4461	36%	31%
490016870 HAD OUEST ANJOU	3508	2940	-16%	21%
530000371 CH LAVAL	2310	4028	74%	27%
720000066 CH CHATEAU DU LOIR	2134	2310	8%	42%
720016856 SERVICE DE L HAD DE LA SARTHE	11554	13188	14%	72%
850006008 HAD DE VENDEE	15925	21174	33%	45%
Total pays de la Loire	67556	81812	21%	38%

* Données e-PMSI M12 2016

Les soins palliatifs représentent près de 40% des hospitalisations à domicile de la Région.

- Il faut tenir compte de la particularité de l'HAD du CHU de Nantes qui déploie une activité pédiatrique.
- Les soins palliatifs représentent 72% de l'activité de l'HAD de la Sarthe.

HAD

Développement de l'activité de chimiothérapie

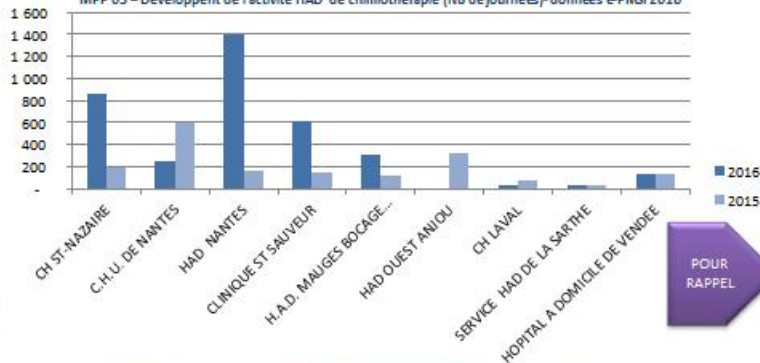
Un doublement de l'activité en nombre de journées entre 2015 et 2016

Une dynamique très hétérogène

MPP 05 – Développement de l'activité HAD de chimiothérapie (Nb de journées) - données e-PMSI 2016

ESHAD	2016	2015	Evolution
CH ST-NAZAIRE	867	194	347%
C.H.U. DE NANTES	243	595	-59%
HAD NANTES	1 400	170	724%
CLINIQUE ST SAUVEUR	620	153	305%
H.A.D. MAUGES BOCAGE CHOLETAIS	311	121	157%
HAD OUEST ANJOU	-	316	-100%
CH LAVAL	36	76	-53%
SERVICE HAD DE LA SARTHE	28	27	4%
HOPITAL A DOMICILE DE VENDEE	129	137	-6%
Total régional	3634	1789	103%

MPP 05 – Développement de l'activité HAD de chimiothérapie (Nb de journées) - données e-PMSI 2016



3 des 4 ESHAD qui ont signé une convention avec les CHU et l'ICO, ont enregistré en 2016 une évolution positive de leur activité de chimiothérapie. Elle est 4 à 8 fois supérieure à celle produite en 2015.

CHIMIO SC:

- HERCEPTIN
- VIDAZA
- VELCADE

POUR RAPPEL

HAD

Développement de l'activité sortie précoce post chirurgie

Nouveau segment d'activité depuis juin 2016

Activité à construire

MP 29 - sortie précoce de chirurgie	Nb de journées de présence 2016
490000312 CLINIQUE ST SAUVEUR	17
490016334 H.A.D. MAUGES BOCAGE CHOLETAIS	52
490016870 HAD OUEST ANJOU	8
Total pays de Loire	77

HAD post chirurgie conventionnelle

Périmètre du projet :

Le développement de l'HAD en sortie précoce de chirurgie présente un intérêt :

- pour le patient : confort et satisfaction; demande croissante de la population d'être soignée au domicile;
- pour l'établissement MCO : possibilité de développer son activité à surface équivalente ou de la conserver à surface moindre;
- pour l'établissement HAD : développement de son champ d'intervention et de compétence).

Appel à projet pour évaluer le dispositif
1 dossier retenu en PDL: CHU de Nantes/HAD Nantes & R

Chirurgie gynécologique

- Hystérectomies
 - Pour tumeurs malignes (corps de l'utérus, col de l'utérus, autres cancers)
 - Avec exérèse ganglionnaire
 - Sans exérèse ganglionnaire
 - Pour pathologies bénignes
 - Voie d'abord : coelioscopies et/ou vaginales
 - Voie d'abord : laparotomie

Chirurgie digestive

- Résections rectales
- Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon
- Chirurgie orthopédique
 - Fractures du fémur chez la personne âgée
 - Comportant une fracture proximale du fémur (col, trochanter ou sous trochanter)
 - Chirurgie de la scoliose chez l'enfant
 - Prothèse totale du genou

Méthodologie des travaux

- Les travaux ont nécessité de dresser un état des lieux de l'activité HAD dans la région des Pays de la Loire (cf. cartographies et tableaux en annexes).
- D'analyser l'activité au regard des objectifs nationaux et du contexte régional.
- De déterminer les freins et les leviers au développement de l'HAD dans la région.
- De solliciter les fédérations HAD et les ESHAD sur leur vision prospective sur 10 ans, leur avis, leurs préconisations et les orientations nouvelles pour le champ HAD du PRS 2.

Sources bibliographiques

- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
- CIRCULAIRE N°DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD)
- Les décrets n°2012-1030 du 06/09/2012 et n°2012-1031 du 06/09/2012 et la circulaire DGOS n° DGOS/R4/DGCS/2013/107 du 18 mars 2013 relative à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social.
- Communiqué de presse, ministère des affaires sociales et de la santé, 7 décembre 2016.
- Conditions du développement de la chimiothérapie en hospitalisation à domicile. HAS 2015
- Instruction DGOS/R4/R3/2016/185 du 6 juin 2016 relative au dispositif de sortie précoce de chirurgie par mobilisation de l'hospitalisation à domicile.
- Décret n° 2017-817 du 5 mai 2017 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile.
- Rapport d'information sur l'hospitalisation à domicile (92 pages) (juillet 2016) (Assemblée nationale)
- Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en hospitalisation à domicile (HAD) à destination des médecins prescripteurs (11 pages) (juin 2016) (HAS)
- L'hospitalisation à domicile. Evolutions récentes (73 pages) (décembre 2015) (Cour des Comptes)
- Quelle santé à domicile pour demain ? Enjeux et perspectives (36 pages) (janvier 2015) (Fédération des PSAD)
- Santé : le pari de l'innovation. Une ambition au service de nos finances publiques et de notre compétitivité (96 pages) (janvier 2014) (Institut Montaigne)
- L'hospitalisation à domicile (25 pages) (septembre 2013) (Cour des Comptes)
- L'hospitalisation à domicile, une offre de soins qui pourrait doubler d'ici 2018 (décembre 2012) (Silvereco)
- Home Care across Europe. Current structure and future challenges (156 pages) (janvier 2013) (European observatory on health systems and policies)
- Home Care in Europe. The Solid Facts (46 pages) (avril 2010) (World Health Organization. Regional Office for Europe)
- L'hôpital à domicile est-il envisageable en Belgique ? (juillet 2015) (KCE, Centre fédéral d'expertise des soins de santé)
- Implementation of hospital at home : orientations for Belgium (93 pages) (juillet 2015) (KCE, Centre fédéral d'expertise des soins de santé)
- Appendix (118 pages) (juillet 2015) (KCE, Centre fédéral d'expertise des soins de santé)
- L'hospitalisation à domicile : orientations pour un modèle belge (33 pages) (juillet 2015) (KCE, Centre fédéral d'expertise des soins de santé)
- Moving healthcare closer to home : literature review of clinical impacts (17 pages) (septembre 2015) (Monitor)
- Hospitalisation à domicile : Enseignements des expériences australienne, britannique et canadienne (mars-avril 2006) (RHF)
- Le développement des services de soins hospitaliers à domicile. Expériences australienne, canadienne et britannique (136 pages) (novembre 2005) (IRDES)
- Le développement des services de soins hospitaliers à domicile : éclairage des expériences australienne, britannique et canadienne (décembre 2004) (IRDES)
- Etude qualité et efficience HAD –ARS-janvier 2015
- Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins 2016-2019 - Région Pays de la Loire

Les livrets du PRS

