



MCO ET HAD :

mieux se connaître, mieux travailler ensemble, pour une meilleure continuité des parcours patients



MIEUX SE CONNAÎTRE :

identifier le potentiel d'adressage et renforcer la lisibilité de l'HAD pour les prescripteurs : les nouveaux outils



VOLUME 2

MAI 2018

P. 1
**CONTEXTE
ET OBJECTIFS**

P. 2
ORFEE – HAD :
**IDENTIFIER LES POTENTIELS
DE TRANSFERT EN HAD**

P. 6
ADOP – HAD :
**FACILITER L'IDENTIFICATION DES
PATIENTS ÉLIGIBLES À UNE HAD**

1. CONTEXTE ET OBJECTIFS

La circulaire du 4 décembre 2013 a fixé un objectif de doublement du recours à l'hospitalisation à domicile d'ici 2018.

En effet, le taux brut de séjours d'HAD pour 100 séjours d'hospitalisation complète (MCO et SSR) doit passer de 0,6% (en 2011) à 1,2% en 2018, soit 30 à 35 patients pris en charge chaque jour en HAD pour 100 000 habitants.

En 2017, le taux de recours est de 21 patients pris en charge chaque jour pour 100 000 habitants¹

en moyenne sur l'ensemble du territoire national, cette moyenne masquant de fortes disparités en régions (entre 13 et 30 patients/jour pour 100 000 habitants selon les régions métropolitaines)¹. Cette hétérogénéité régionale se double d'une forte variabilité du recours à l'HAD par les établissements MCO.

De nouveaux outils sont désormais disponibles pour dépasser ce constat global et faire évoluer les pratiques au plus près du terrain :

→ ORFEE HAD

Outil de représentation des flux entre établissements

Élaboré par l'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance), il permet de mesurer l'intensité des relations MCO-HAD, établissement par établissement, groupe de pathologies par groupe de pathologies et d'estimer le potentiel de développement. Il vient compléter l'outil ORFEE MCO-SSR.

→ ADOP-HAD

Aide à la décision d'orientation des patients en HAD

Élaboré par la HAS (Haute Autorité de santé), il fournit aux prescripteurs une aide à la prescription en repérant, en quelques clics, les patients pouvant *a priori* être hospitalisés à domicile.

¹ Données provisoires.

2. ORFEE - HAD :

IDENTIFIER LES POTENTIELS DE TRANSFERT EN HAD

LES APPORTS DE L'OUTIL

1 → Connaître, pour un établissement d'HAD considéré, les établissements MCO adresseurs et le **potentiel de développement, établissement MCO par établissement MCO, groupe de pathologies par groupe de pathologies**.

2 → **Situer son établissement** sur différents critères, par rapport aux autres structures d'HAD en France (base nationale).

3 → **Connaître la concentration d'activité et la valorisation associée** de chaque Groupe Homogène de Prise en Charge (GHPC) du case-mix.



UN OUTIL DE DIALOGUE ENTRE ÉTABLISSEMENTS RENDU POSSIBLE GRÂCE AU CHÂINAGE DES BASES PMSI MCO-HAD.

NOTE :

Le parcours des patients entre les différents secteurs est suivi par rapprochement des PMSI et après corrections éventuelles des erreurs de codage sur les modes d'entrée et de sortie.

Les séjours sont reconstitués, en croisant les séjours des deux secteurs et chaînés, dès lors que le délai de réhospitalisation des patients est :

- dans le cas des transferts MCO vers HAD, inférieur à 2 jours ;
- dans le cas des transferts HAD vers MCO, de 0 jour.

2.1 CONNAÎTRE LES ÉTABLISSEMENTS MCO ADRESSEURS ET LE POTENTIEL DE DÉVELOPPEMENT DE SON ÉTABLISSEMENT D'HAD

POUR L'HAD CONSIDÉRÉE :

Liste des établissements MCO à partir desquels sont transférés les patients vers les **établissements HAD sélectionnés**

En 2016, **165 patients pris en charge par le MCO n°1** ont été transférés vers l'HAD considérée

Le MCO n°1 transfère **proportionnellement 29% moins ses patients en HAD** que la moyenne des établissements MCO

Finess MCO	Raison sociale	Champ	Catégorie	Secteur	Région	Nb de transferts	% de transferts total	Part de marché établ. sélectionnés	IP transfert
	Établissement 1	MCO	CHR/U	DGF	Grand Est	165	63.95	50.77	0.71
	Établissement 2	MCO	Privé	OQN	Grand Est	47	18.2	53.41	0.96
	Établissement 3	MCO	CLCC	DGF	Grand Est	24	9.30	21.82	0.89
	Établissement 4	MCO	Privé	OQN	Grand Est	12	4.65	27.97	0.20
	Établissement 5	MCO-HAD	CHR/U	DGF	Île-de-France	4	1.55	0.04	1.57
	Établissement 6	MCO	Privé	OQN	Grand Est	2	0.78	66.67	0.14
	Établissement 7	MCO	CLCC	DGF	Île-de-France	2	0.78	0.08	4.43
	Établissement 8	MCO-HAD	CH	DGF	Occitanie	1	0.39	0.52	1.59
	Établissement 9	MCO-HAD	CHR/U	DGF	Hauts-De-France	1	0.39	0.06	1.46

L'établissement n°1 représente **63,95 % de l'activité réalisée par l'HAD considérée**, en nombre de transferts depuis le secteur MCO (hors adressage depuis la ville)

Sur l'intégralité des patients adressés en HAD par le MCO n°1, **50,77 % ont été pris en charge par l'HAD considérée**

PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES

Indice de performance du transfert MCO-HAD (IP Transfert)

DÉFINITION : Ratio entre le nombre de séjours MCO transférés en HAD et le nombre de transferts attendus pour l'établissement MCO considéré, au regard des moyennes nationales calculées GHM par GHM.

Un IP-transfert de 1,1 pour un établissement MCO signifie que l'établissement transfère en HAD proportionnellement 10 % de plus que la moyenne des établissements MCO ; inversement, un ratio de 0,9 signifie que l'établissement adresse proportionnellement 10 % de moins que la moyenne nationale.

ORFEE fournit l'IP global de l'établissement MCO mais également l'IP du même établissement, groupe de GHM par groupe de GHM.

→ **Ce calcul permet donc de neutraliser l'effet case-mix**

→ **Il permet de mesurer le potentiel de développement par groupe de pathologies**

Attention : Un IP supérieur à 1,0 ne signifie pas nécessairement que le recours est suffisant et qu'il n'y a pas de potentiel de développement. Certains établissements présentent des IP supérieures à 1,5.

2.2 COMPARER SON ÉTABLISSEMENT AVEC LA BASE NATIONALE

PRÉSENTATION DES INDICATEURS DE PERFORMANCE :

Indicateurs	Établissement				Base nationale						
	2013	2014	2015	2016	min.	5 ^e percentile	2 ^e décile	médiane	8 ^e décile	95 ^e percentile	max.
Polyvalence	8.00	9.00	7.00	7.00	1.00	2.00	5.00	7.00	10.00	13.00	20.00
Nombre moyen de patients par jour / 100 000 hab.	10.75	11.72	15.18	14.84	0.10	1.78	1.78	10.78	19.18	31.25	84.67
Évol. MPP11-12	-	-	-	-	-100	-100	-100	-56.5	27.83	611.1	30138
Évol. MPP05-13	0.00	400.0	180.0	62.00	-100	-100	-71.3	-2.08	124.7	646.4	6640
Évol. MPP22	-	-	-	-	-100	-100	-100	-40.08	52.91	313.7	696.4
% ESMS	8.29	6.63	5.47	6.05	0.45	1.64	4.02	8.26	15.38	25.87	90.00
% DC SP ESMS	33.33	7.69	33.33	41.18	1.98	6.81	18.18	37.19	55.42	72.95	100.0
Nombre de séjours / 100 000 hab.	74.60	68.9	95.55	98.94	3.48	22.21	48.26	88.45	144.2	200.4	314.4

CRITÈRES :

- Évolution de l'activité de **rééducation orthopédique et neurologique**.
- Évolution de l'activité de **chimiothérapie**.
- Évolution de l'activité de **prise en charge du nouveau-né à risque**.
- Part de l'**activité réalisée en ESMS**.
- Part des **patients décédés dans le cadre d'une prise en charge en soins palliatifs en ESMS**.

PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES

POLYVALENCE :

Il s'agit du nombre de modes de prise en charge principaux réalisés par l'établissement sur les 23 modes de prise en charge autorisés et ayant fait l'objet **de plus de 10 séquences au cours de l'année considérée**.

NOMBRE MOYEN DE PATIENTS PAR JOUR POUR 100 000 HABITANTS (OU "TAUX DE RECOURS") :

Il est calculé en divisant le nombre de journées réalisées par l'établissement d'HAD par 365 jours (patients par jour en moyenne sur l'année) et le nombre d'habitants recensés dans les communes pour lesquelles **au moins un patient a été hospitalisé en HAD, multiplié par 100 000**.

2.3 CONNAÎTRE LA CONCENTRATION DE SON ACTIVITÉ ET LA VALORISATION ASSOCIÉE

Le module « concentration d'activité et valorisation » permet :

- d'extraire le case-mix d'un établissement (ou d'un ensemble d'établissements) ;
- de fournir le taux de concentration des 10 premières séquences réalisées ;
- de détailler les informations sur la valorisation de l'activité.



ACCÉDER À ORFEE-HAD : SCANSANTE.FR/APPLICATIONS/ FLUX-ENTRE-ETABLISSEMENTS-ORFEE-HAD

Des données actualisées tous les ans, standardisées et accessibles par tous et facilement téléchargeables.

PERSPECTIVES D'UTILISATION

- **ANALYSE APPROFONDIE** de l'activité et du territoire (analyses stratégiques, tableaux de bord...).
- **IDENTIFICATION** du potentiel de développement par filière.
- **DIALOGUE DE GESTION / PARTENARIAT** entre les établissements MCO et HAD (indicateurs de suivi, potentiel de développement).
- **DIALOGUE DE GESTION / CONTRACTUALISATION** avec les ARS entre les établissements MCO et les structures d'HAD (objectifs, indicateurs).

PRÉCAUTIONS D'USAGE

- **LES CHIFFRES** doivent être analysés au regard de la situation territoriale (présence de plusieurs HAD sur un même territoire) et du profil des établissements MCO adresseurs (zone de recours, degré de spécialisation des établissement...).
- **LES ANALYSES** doivent être partagées entre établissements MCO et HAD et donner lieu à un dialogue. Ces éléments constituent une base de discussion et non une réponse en soi.

3. ADOP - HAD :

FACILITER L'IDENTIFICATION DES PATIENTS ÉLIGIBLES À UNE HAD

3.1 L'OUTIL ADOP-HAD

LES APPORTS DE L'OUTIL

- Permettre une meilleure connaissance de l'HAD.
- Clarifier des critères d'orientation des patients.
- Identifier en trois questions si un patient peut, a priori, être hospitalisé à domicile.

PERSPECTIVES D'UTILISATION

- **ÉVALUATION DES PATIENTS :**
 - au sein d'un service MCO ;
 - lors des staffs.

L'outil a été également construit à destination des prescripteurs de ville et du champ médico-social.



**UN OUTIL TESTÉ
PAR LES MÉDECINS
PRESCRIPTEURS**

**PLUS D'INFOS SUR
WWW.HAS-SANTE.FR**

(rubrique Évaluation & Recommandation / Organisation des offres de soins)



**ACCÉDER À ADOP - HAD :
ADOPHAD.HAS-SANTE.FR**

L'ALGORITHME

EN 3 QUESTIONS :

PRÉREQUIS

UNE HOSPITALISATION À DOMICILE (HAD) EST IMPOSSIBLE SI :

- L'état clinique du patient nécessite l'accès direct et immédiat à :
 - un plateau technique au sein d'un établissement de santé ;
 - une surveillance continue médicale et paramédicale 24h/24 au chevet du patient (soins intensifs).
- Le patient est en situation d'isolement (absence d'aïdant) ET n'est pas en capacité cognitive ou physique de pouvoir alerter l'équipe de l'HAD si nécessaire.

1. PRÉREQUIS

Dans ces situations, l'HAD est *a priori* **exclue**

CRITÈRES D'INCLUSION DIRECTE (NON CUMULATIFS)

L'ÉTAT DE SANTÉ DU PATIENT NÉCESSITE-T-IL L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS DE LA RÉSERVE HOSPITALIÈRE ?

Par exemple : chimiothérapie injectable, médicaments en soins palliatifs et antalgiques spécifiques, etc.

OUI

LE PATIENT NÉCESSITE-T-IL DES SOINS DE NATURE HOSPITALIÈRE ?

Par exemple : pansements par TPN, drainage pleural, transfusion sanguine, analgésie par MEOPA, etc.

OUI

LE PATIENT RELÈVE-T-IL D'UN PARCOURS DE SOINS ENCADRÉ PAR UN PROTOCOLE DÉFINI AVEC UNE HAD PERMETTANT UN RETOUR PLUS RAPIDE À DOMICILE OU D'ÉVITER UNE HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE ?

Par exemple : protocoles définis avec l'HAD dans le cadre d'une décompensation d'une pathologie chronique (cardiaque, pulmonaire ou autre), en post-chirurgie lourde, en post-greffe, en périnatalogie (recommandations nationales existantes : HAD dans le cadre de la prise en charge de la femme enceinte, du post-partum pathologique ou de la prématurité).

OUI

L'ÉTAT DE SANTÉ DU PATIENT NÉCESSITE-T-IL UNE CHARGE EN SOINS TRÈS IMPORTANTE DU FAIT DE LA FRÉQUENCE ÉLEVÉE DES INTERVENTIONS OU DE LA DURÉE CUMULÉE IMPORTANTE DES SOINS SUR SON LIEU DE VIE ?

OUI

PATIENT ÉLIGIBLE À UNE HAD

2. INCLUSION DIRECTE

Une de ces situations **suffit à elle seule** à envisager l'hospitalisation du patient à son domicile (critères non cumulatifs)

SINON

CRITÈRES DE NIVEAU D'INTERVENTION

L'ÉTAT DU PATIENT RÉPOND-IL À L'UNE DES SITUATIONS SUIVANTES ?

- Il est à risque d'aggravation ;
- Il a eu des recours réitérés à l'hospitalisation avec hébergement ;
- Il présente plusieurs critères de complexité médico psycho-sociale.

Par exemple : polypathologie, dépendance majorée, troubles neurocognitifs, vulnérabilité psycho-sociale (ex. : isolement social, enfants en bas âge, précarité, nécessité d'un soutien/suivi psychologique régulier au domicile...)

NON

OUI

LA MISE EN PLACE DU PROJET THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT NÉCESSITE-T-ELLE L'INTERVENTION D'UNE ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE SUR LES PLANS MÉDICAL, PARAMÉDICAL, SOCIAL ET PSYCHOLOGIQUE IMPLIQUANT UN BESOIN DE COORDINATION IMPORTANT ?

OUI

NON

L'ÉTAT DE SANTÉ DU PATIENT NÉCESSITE-T-IL UNE CONTINUITÉ DES SOINS 24H/24 ET 7J/7 CARACTÉRISÉE PAR LA POSSIBILITÉ D'INTERVENTION À TOUT MOMENT D'UNE INFIRMIÈRE ET DE RECOURS À UN AVIS MÉDICAL (intervention au domicile ou conseil téléphonique ou télé-prescription) ?

OUI

NON

PATIENT ÉLIGIBLE À UNE HAD

PATIENT NON ÉLIGIBLE À UNE HAD

3. NIVEAU D'INTERVENTION

Une HAD peut être envisagée lorsque l'état du patient est d'une **complexité** justifiant :

- Soit une **pluridisciplinarité** des intervenants et leur **coordination**
- Soit une **continuité des soins** 24h/24 et 7j/7

➔ Document téléchargeable gratuitement sur fnehad.fr

PRÉCAUTIONS D'USAGE

L'outil ADOP-HAD est à mobiliser :

➔ LE PLUS TÔT POSSIBLE DANS LE PARCOURS DE SOINS DU PATIENT :

- pour **favoriser un retour précoce à domicile** ;
- pour **éviter une hospitalisation conventionnelle avec hébergement**.

➔ **EN AMONT DU REMPLISSAGE** des logiciels d'orientation régionaux (ViaTrajectoire, ROR PACA, ORIS...).

➔ **EN AMONT DE L'INFORMATION** du patient et de son entourage.

ATTENTION : L'utilisation de l'outil ne se substitue pas à l'évaluation qui doit être nécessairement réalisée par l'équipe de l'HAD.

3.2 APPLICATIONS

CAS N°1

PATIENTE DE 87 ANS :

- Seule au domicile
- Pas d'antécédent notable en dehors d'une HTA et d'une arthrose
- Passage aux urgences pour grippe avec hyperthermie à 39°4
- Aide en place : aide-ménagère 4h/semaine
- Patiente isolée mais autonome jusque là
- Une fille éloignée (800 km)
- À l'arrivée aux urgences, asthénie majeure, perte d'autonomie, pas de confusion

LE SERVICE DES URGENCES IDENTIFIE LES BESOINS SUIVANTS :

- Surveillance continue et présence au domicile
- Réévaluation médicale quotidienne
- Administration des traitements
- Oxygène si besoin
- Soins d'hygiène
- « Faire boire et manger »
- « Faire les courses »

ANALYSE DE L'ÉLIGIBILITÉ EN HAD

1. PRÉREQUIS

L'état de la patiente ne nécessite pas l'accès direct et immédiat à un plateau technique ni une surveillance continue médicale et paramédicale au chevet du patient. La patiente vit seule mais est en capacité de pouvoir alerter l'équipe d'HAD si nécessaire.

2. CRITÈRES D'INCLUSION DIRECTE

Aucun critère n'est vérifié en l'espèce.

3. NIVEAU D'INTERVENTION

L'état de la patiente nécessite l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire sur les plans médical, paramédical et social, impliquant un besoins de coordination.



PATIENT ÉLIGIBLE À UNE HAD



CAS N°2

PATIENTE DE 50 ANS :

- Vivant avec son mari
- Souffrant d'un carcinome épidermoïde bronchique métastatique au niveau osseux, en échappement après une 2^e ligne de chimiothérapie, elle est placée sous thérapie ciblée.
- Pose d'un pleurix avec drainage x3/semaine, perte de poids de 5 kg en 1 mois, douleurs lombaire mal soulagées, dyspnée avec anxiété importante

PROBLÉMATIQUE :

- La patiente n'a plus de contacts avec son médecin traitant
- Drainage pleurix = soin + matériel spécifique
- Pathologie évolutive
- Suivi du traitement spécifique
- Contrôle des symptômes (dyspnée, douleur, anxiété)
- Accompagnement d'une situation palliative

ANALYSE DE L'ÉLIGIBILITÉ EN HAD

1. PRÉREQUIS

L'état de la patiente ne nécessite pas l'accès direct et immédiat à un plateau technique ni une surveillance continue médicale et paramédicale au chevet du patient. La patiente n'est pas en situation d'isolement.

3. NIVEAU D'INTERVENTION

L'état de la patiente nécessite des soins de nature hospitalière (pleurix).



PATIENT ÉLIGIBLE À UNE HAD

CAS N°3

PATIENT DE 79 ANS :

- Vivant en couple avec son épouse de 83 ans atteinte de la maladie de Parkinson
- Deux enfants éloignés géographiquement
- Surpoids : 1 m60 / 108 kg
- Antécédent de cardiopathie ischémique et d'insuffisance veineuse bilatérale

PROBLÉMATIQUE POSÉE : MAJORATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

- Nécessité d'aide à la toilette quotidienne
- Pansement d'ulcère veineux 15 min/jour
- Aide à la prise des médicaments avec préparation du pilulier
- Aide à la vie quotidienne

ANALYSE DE L'ÉLIGIBILITÉ EN HAD

1. PRÉREQUIS

L'état du patient ne nécessite pas l'accès direct et immédiat à un plateau technique ni une surveillance continue médicale et paramédicale au chevet du patient. Le patient n'est pas en situation d'isolement.

2. CRITÈRES D'INCLUSION DIRECTE

Aucun critère n'est vérifié en l'espèce.

3. NIVEAU D'INTERVENTION

L'état du patient ne nécessite pas une pluridisciplinarité des intervenants et leur coordination, ni une continuité des soins 24h/24 et 7j/7.



PATIENT NON ÉLIGIBLE À UNE HAD

