



MCO ET HAD :

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



MIEUX SE CONNAÎTRE :

identifier et suivre le potentiel d'adressage des établissements MCO vers l'HAD



P. 1
**CONTEXTE
ET OBJECTIFS**

P. 2
**LES INDICATEURS :
DÉFINITIONS / INTERPRÉTATIONS
/ ACTIONS**

P. 7
PRÉCAUTIONS

1. CONTEXTE ET OBJECTIFS

Dans un contexte de développement accéléré des formes de prises en charge sans hébergement, associé à un objectif de réduction des durées de séjour à l'hôpital, les établissements MCO doivent organiser la sortie de leurs patients avec une plus grande efficacité, en garantissant la fluidité de leur parcours de soins et en privilégiant, chaque fois que cela est possible, la prise en charge des patients au plus proche de leur domicile.

Les établissements hospitaliers avec hébergement sont d'ores et déjà des partenaires naturels et privilégiés de l'HAD, 70% des patients pris en charge en HAD étant adressés par un médecin hospitalier. Ce constat global masque des réalités diverses par région, par établissement, par filière.

Le renforcement du dialogue de gestion entre MCO et établissements d'HAD, à un niveau fin, apparaît nécessaire. Cette publication a pour objectif de proposer des **indicateurs pour mesurer régulièrement le développement des orientations en HAD, le niveau et la qualité de la coopération entre établissements.**

Pour ce faire, ce document vise à fournir des indicateurs-types, l'objectif étant d'établir une liste resserrée d'indicateurs sur les enjeux principaux à partir des pratiques de terrain et, ainsi, de favoriser le partage de bonnes pratiques et leur diffusion.

LES OBJECTIFS

Dans leur dialogue de gestion, les établissements de court séjour et les établissements d'HAD ont besoin de disposer d'une visibilité précise et à échéance régulière sur les éléments suivants :

- **Le niveau d'activité et de développement (global, par service, nombre de nouveaux patients...)** ;
- **Les motifs de décision de non prise en charge en HAD** ;
- **Les délais de réponse de l'HAD** ;
- **L'intensité du dialogue entre les structures.**

La mise en place d'indicateurs pour suivre ces éléments essentiels dans le développement du recours à l'HAD et une meilleure compréhension par les prescripteurs doit permettre d'objectiver les situations et tracer des perspectives de développement ou d'amélioration grâce à :

- **des définitions partagées** ;
- **un nombre raisonnable d'indicateurs** ;
- **des indicateurs fiables, interprétables et actionnables.**

2. LES INDICATEURS : DÉFINITIONS / INTERPRÉTATIONS / ACTIONS

2.1 ACTIVITÉ ET DÉVELOPPEMENT

INDICATEURS	DÉFINITIONS	COMMENTAIRES
Nombre de demandes	Décompte du nombre de demandes adressées à l'HAD sur une période donnée, que celles-ci aient abouti ou non à une prise en charge en HAD.	Le niveau du décompte peut varier selon les besoins ou le destinataire de l'information : par établissement, par service MCO... L'objectif de l'indicateur est de mesurer l'intensité de l'activité d'HAD issue des services MCO ; aussi, il est proposé que toutes les demandes formulées par les services soient décomptées, y compris lorsque le même patient est orienté plusieurs fois en HAD.
Part de l'adressage par le centre hospitalier dans l'activité de l'HAD	Ratio entre le nombre de journées réalisées au titre de patients adressés par l'établissement MCO prescripteur (numérateur) et le nombre de journées réalisées au total au sein de l'HAD (dénominateur), sur une période donnée.	
Nombre de nouveaux patients	Décompte sur une période donnée du nombre de nouveaux patients admis en HAD et adressés par l'établissement MCO prescripteur, i.e. de patients n'ayant jamais été pris en charge par l'HAD par le passé.	Le niveau du décompte peut varier selon les besoins ou le destinataire de l'information : par établissement, par service MCO...



NOMBRE DE DEMANDES ADRESSÉES

De manière statique, un faible nombre de demandes doit conduire à s'interroger sur la connaissance qu'ont les prescripteurs de l'HAD et sur sa visibilité auprès d'eux.

ACTIONS À ENTREPRENDRE :

- Communication sur l'HAD en général
- Information sur les HAD du territoire
- Communication sur des filières spécifiques de prises en charge auprès des services

Interlocuteurs : direction, CME, services prescripteurs (médecins, cadres...)

De manière dynamique, une baisse du nombre de demandes adressées doit conduire à s'interroger sur les causes de cette rupture :

- réorganisation du service
- mouvements de personnel internes
- insatisfaction des prescripteurs
- recul du réflexe HAD

ACTIONS À ENTREPRENDRE :

- Identification des prescripteurs
- Formation ciblée des internes
- Participation des équipes d'HAD aux staffs
- ...



NOMBRE DE NOUVEAUX PATIENTS

En complément du nombre de demandes totales, le suivi plus spécifique des nouveaux patients permet de s'assurer que les adressages ne reposent pas uniquement sur des réadmissions programmées avec le risque d'essoufflement à plus ou moins long terme.

ACTIONS À ENTREPRENDRE :

- Identification de nouvelles filières de prise en charge
- Protocolisation avec les prescripteurs

2.2 PRISE EN CHARGE

INDICATEURS	DÉFINITIONS	COMMENTAIRES
Motifs de non prise en charge	Répartition des motifs ayant conduit à ce que les demandes adressées à l'HAD n'aient pas abouti à une prise en charge en HAD : absence d'indication d'HAD, refus du patient ou des aidants, absence de médecin référent...	Il s'agit de l'ensemble des motifs, aussi bien de nature exogène qu'endogène à l'HAD : toute décision de non prise en charge ne constitue pas un refus de la part de l'HAD. (cf. exemples de tableaux de suivi téléchargeables sur www.fnehad.fr)
Taux de non prise en charge	Ratio entre le nombre de demandes adressées à l'HAD et n'ayant pas abouti à une prise en charge en HAD (numérateur) et le nombre de demandes total adressées à l'HAD (dénominateur), sur une période donnée.	À ne pas confondre avec le taux de refus, cf. infra.
Taux de refus	Ratio entre le nombre de demandes adressées à l'HAD et ayant conduit à un refus de l'établissement d'HAD (numérateur) et le nombre de demandes total adressées à l'HAD (dénominateur), sur une période donnée.	Il s'agit des prises en charge refusées pour des raisons internes à l'établissement d'HAD (indisponibilité des ressources capacitaires, personnels...) alors que l'indication d'HAD est satisfaite. Les refus sont une sous-partie des motifs de non prise en charge.



TAUX DE NON PRISE EN CHARGE

Toutes les demandes adressées à l'HAD ne peuvent pas conduire à une prise en charge en HAD (part incompressible). Les raisons sont en grande partie exogènes à l'HAD. Des actions peuvent cependant être entreprises pour améliorer la pertinence des demandes formulées et ainsi réduire l'écart entre demande et prise en charge.

C'est l'analyse du détail des motifs des décisions de non prise en charge qui permet d'identifier les leviers à activer :

- **Absence d'indication d'HAD** : renforcer la pédagogie sur le positionnement de l'HAD par rapport aux autres modalités de prise en charge (diffusion et appropriation des critères d'admission / algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD (Adophad)).
- **Annulation par le centre hospitalier** : s'interroger sur les possibilités d'une meilleure anticipation des demandes, pré-identification des patients...
- **Résidence du patient hors zone d'intervention de l'HAD** : s'interroger sur l'opportunité de mutualiser ou regrouper des organisations entre HAD, de nouer des partenariats pour orienter au-delà de sa propre zone d'intervention...
- **Prise en charge réalisée par un autre établissement d'HAD** : s'interroger sur la réactivité de la réponse par l'établissement d'HAD et la possibilité de l'améliorer (effectif dédié...).
- **Refus du patient, des aidants ou du médecin référent.**
- **Contre-indication psycho-sociale.**



TAUX DE REFUS

Les refus relèvent d'une décision propre à l'établissement d'HAD. Les motifs de refus doivent être exceptionnels. Il convient de distinguer les refus des décisions de non prise en charge. Un taux de refus important doit ainsi conduire à s'interroger sur la capacité

de l'établissement à répondre aux besoins du service prescripteur et sur l'opportunité de renforcer les moyens internes (diversification des modes de prises en charge, recrutement d'effectifs supplémentaires, affectation d'un effectif dédié...).

2.3 DÉLAI DE RÉPONSE DE L'HAD

INDICATEUR	DÉFINITION	COMMENTAIRES
Délai d'évaluation	Temps écoulé entre le moment de la demande adressée à l'HAD et le moment de la réponse formulée par l'HAD, sur une admission possible en HAD ou non.	Cet indicateur semble préférable à un indicateur de suivi des délais d'admissions en HAD. En effet, le temps écoulé entre la demande par le service MCO et l'entrée effective en HAD ne peut être expliqué de manière univoque, le rendant difficilement interprétable et donc actionnable (défaut de réactivité, programmation d'exams complémentaires, anticipation des demandes...).



DÉLAI D'ÉVALUATION

La réponse de l'HAD doit s'inscrire dans un délai compatible avec celui de la gestion des lits de l'établissement prescripteur. Cet indicateur doit inciter à l'amélioration continue de la réactivité des équipes de l'HAD pour réaliser l'évaluation et confirmer, ou non, la prise en charge en HAD.

ACTIONS À ENTREPRENDRE :

- Accélérer le circuit des demandes (dématérialiser, formaliser, centraliser...)
- Réduire les temps de déplacement (effectif dédié, mutualisé...)

2.4 INTENSITÉ ET QUALITÉ DU DIALOGUE

INDICATEUR	DÉFINITION	COMMENTAIRES
Nombre de rencontres	Nombre de rencontres entre les équipes de l'établissement de court séjour et les équipes de l'HAD au cours de l'année N.	<ul style="list-style-type: none">• Fréquence et nature des rencontres (staff, portes ouvertes, réunions institutionnelles, réunions de travail...).• Profil des interlocuteurs MCO rencontrés (président de CME, chef de service, directeur des soins...).



TÉLÉCHARGEZ LES MODÈLES DE TABLEAUX DE SUIVI SUR WWW.FNEHAD.FR

3. PRÉCAUTIONS

Les indicateurs proposés n'ont pas vocation à :

L'AUTOSUFFISANCE

- L'analyse d'indicateurs est utile pour éclairer une situation ; ils ne constituent cependant qu'un élément parmi d'autres, leur interprétation doit s'accompagner d'une bonne connaissance du terrain ; ils peuvent être complétés par des analyses ad hoc que les indicateurs, suivis en routine, ne permettent pas de faire (analyse par modes de prise en charge, délais d'admission...);
- Surtout utiles pour éclairer et orienter les décisions, les indicateurs ne peuvent constituer la pierre angulaire de la relation entre l'établissement MCO et l'établissement d'HAD ; **le partenariat repose sur la qualité des échanges entre professionnels, l'identification de nouvelles filières, l'amélioration continue des prises en charge** (protocolisation...); il doit s'accompagner de réunions périodiques.

LA SYSTÉMATIQUITÉ

- Les indicateurs peuvent être adaptés aux enjeux spécifiques identifiés par les établissements dans leur contenu et leur fréquence. Ainsi, ces indicateurs n'ont pas vocation à être obligatoirement recueillis dans leur intégralité et peuvent être suivis de manière ponctuelle;

- La priorité donnée à certains indicateurs varie nécessairement selon le contexte mais également la maturité du partenariat entre les établissements. Les indicateurs de suivi des motifs de non prises en charge en HAD et des délais de réponse semblent ainsi essentiels **en début de partenariat** pour établir une relation de confiance et renforcer la compréhension par les prescripteurs du positionnement de l'HAD ; le dialogue de gestion semble se concentrer davantage sur les indicateurs d'activité et de développement **au fur et à mesure que le partenariat gagne en maturité**. Un ciblage sur des services identifiés comme prioritaires ou à fort potentiel de transfert vers l'HAD peut être réalisé.

L'EXHAUSTIVITÉ

- Les indicateurs n'ont pas pour objet d'évaluer l'ensemble des dimensions de la coopération entre établissements de court séjour et établissements d'HAD et doivent être ciblés sur les sujets identifiés comme prioritaires par les établissements ;
- Une liste resserrée d'indicateurs, bien construits, faisant l'objet d'une analyse conjointe régulière est préférable à une liste visant l'exhaustivité, occasionnant une trop lourde charge de travail et ne donnant lieu qu'à peu d'analyse ou d'échanges.



PERSPECTIVES

Ces travaux pourraient utilement être complétés par des analyses approfondies sur les taux de transfert entre établissements d'HAD et de court séjour, et la production d'un outil dédié permettant d'identifier le potentiel d'adressage en HAD, établissement par établissement, filière par filière.



FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS
D'HOSPITALISATION
À DOMICILE

Conception graphique et réalisation :
ba-ba (www.ba-ba.fr)

