



FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS
D'HOSPITALISATION
À DOMICILE

CHIFFRES CLÉS **L'HOSPITALISATION** **À DOMICILE (HAD)** **EN 2014**

ÉDITION 2015

SOMMAIRE

1. DÉFINITION DE L'HOSPITALISATION À DOMICILE	P.3
2. LES CHIFFRES CLÉS	P.4
3. LES CARACTÉRISTIQUES DES STRUCTURES D'HOSPITALISATION À DOMICILE	P.5
4. TAUX DE COUVERTURE SUR LE TERRITOIRE	P.6
5. CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS PRIS EN CHARGE	P.8
6. LES PRINCIPALES PRISES EN CHARGE	P.10
7. LA TRAJECTOIRE DES PATIENTS	P.13
8. LA PRISE EN CHARGE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX	P.14
9. FIN DE VIE ET SOINS PALLIATIFS	P.16
10. ÉVALUATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ	P.17

1. DÉFINITION DE L'HOSPITALISATION À DOMICILE

L'hospitalisation à domicile (HAD) permet d'assurer, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés qui se différencient des autres soins à domicile par la complexité et la fréquence des actes. **Les établissements d'HAD sont des établissements de santé**, soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement.

Elle concerne **des malades de tous âges** – enfants, adolescents, adultes – atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, souvent multiples, évolutives et/ou instables qui, en l'absence de prise en charge en structure d'hospitalisation à domicile, relèveraient d'une hospitalisation complète. **L'HAD permet donc aux patients d'éviter, de retarder ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement.**

Prescrite par le médecin traitant du patient ou le médecin hospitalier, l'HAD permet d'associer de manière coordonnée tous les professionnels paramédicaux et sociaux, de statut libéral ou salarié: le médecin traitant mais aussi les infirmiers, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les aides-soignants, les psychologues, les assistants sociaux... **Elle assure ainsi une prise en charge globale du patient et intègre également**, ce qui est une de ses spécificités, **l'évaluation sociale au domicile.**

Seuls les établissements de santé exerçant une activité de soins à domicile peuvent faire usage, dans leur intitulé, leurs statuts, contrats, documents ou publicité, de l'appellation d'établissement d'hospitalisation à domicile. Le non-respect de ces dispositions est puni par la loi, aux termes de l'article L6125-2 du code de la santé publique.



L'hospitalisation à domicile (HAD) permet d'assurer, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés qui se différencient des autres soins à domicile par la complexité et la fréquence des actes. ”

2. LES CHIFFRES CLÉS

Les structures autorisées à exercer sous la forme de l'hospitalisation à domicile ont assuré **156 284 séjours en 2014**, un chiffre en très légère baisse par rapport à 2013, pour la première fois. Cela représente un nombre de journées de 4 439 494 contre **4 366 656 journées en 2013**, soit une hausse de 1,7%.



105 923

PATIENTS
PRIS EN CHARGE
(CHIFFRES ATIH)

	NOMBRE ES	ÉVOL. EN %	NOMBRE JOURNÉES	ÉVOL. EN %	NOMBRE SÉJOURS COMPLETS	ÉVOL. EN %	NOMBRE PATIENTS	ÉVOL. EN %	VALORISATION BRUTE EN M€	ÉVOL. EN %
2005	123		1 505 814		63 666		35 017		285 071 409	
2006	166	35 %	1 948 210	29 %	80 980	27 %	46 022	31 %	385 979 339	35 %
2007	204	23 %	2 379 364	22 %	95 100	17 %	56 287	22 %	474 842 806	23 %
2008	231	13 %	2 777 900	17 %	112 591	18 %	71 743	27 %	546 062 339	15 %
2009	271	17 %	3 298 104	19 %	129 748	15 %	86 674	21 %	652 368 093	19 %
2010	292	8 %	3 629 777	10 %	142 859	10 %	97 624	13 %	714 045 440	9 %
2011	302	3 %	3 901 637	7 %	149 196	4 %	100 100	3 %	771 218 660	8 %
2012	317	5 %	4 207 177	8 %	156 318	5 %	104 960	5 %	825 049 082	7 %
2013	311	-2 %	4 366 656	3,8 %	156 638	0 %	105 144	5 %	859 148 360	4,1 %
2014	309	-1 %	4 439 494	1,7 %	156 284	0 %	NC	NC	873 806 744	1,7 %



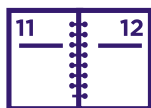
309

ÉTABLISSEMENTS
D'HAD



196,8 €

EST LE COÛT MOYEN
D'UNE JOURNÉE D'HAD
pour l'Assurance maladie



4 439 494

JOURNÉES D'HOSPITALISATION, permettant aux malades d'être soignés chez eux, auprès de leur famille et de leurs proches

874 M€

COÛT GLOBAL DE L'HOSPITALISATION À DOMICILE. Cela représente à peine plus de 1% de toutes les dépenses d'hospitalisation et 0,5% des dépenses d'assurance maladie

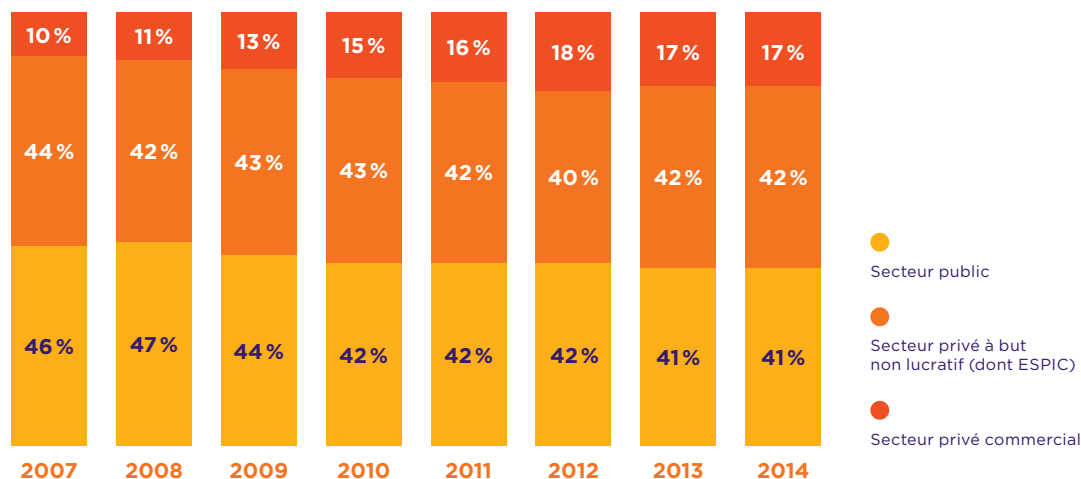
3. LES CARACTÉRISTIQUES DES STRUCTURES D'HOSPITALISATION À DOMICILE

Les établissements d'HAD ont une vocation polyvalente, c'est-à-dire qu'ils peuvent répondre à l'ensemble des besoins de la population couverte relevant de ce mode de prise en charge. L'HAD compétente pour un patient est déterminée par son domicile.

Les structures qui assurent l'hospitalisation à domicile peuvent être publiques ou privées. Dans ce dernier cas, elles peuvent être à but lucratif ou non lucratif.

Les structures publiques, qui représentent 41% des structures autorisées, assurent environ 26% des journées. Les structures privées à but non lucratif, qui représentent 42% des structures, assurent environ 61% de l'activité. Les structures privées à but lucratif représentent 17% des établissements et assurent environ 12% de l'activité.

Ces chiffres sont assez stables depuis quatre ans.



4. TAUX DE COUVERTURE SUR LE TERRITOIRE

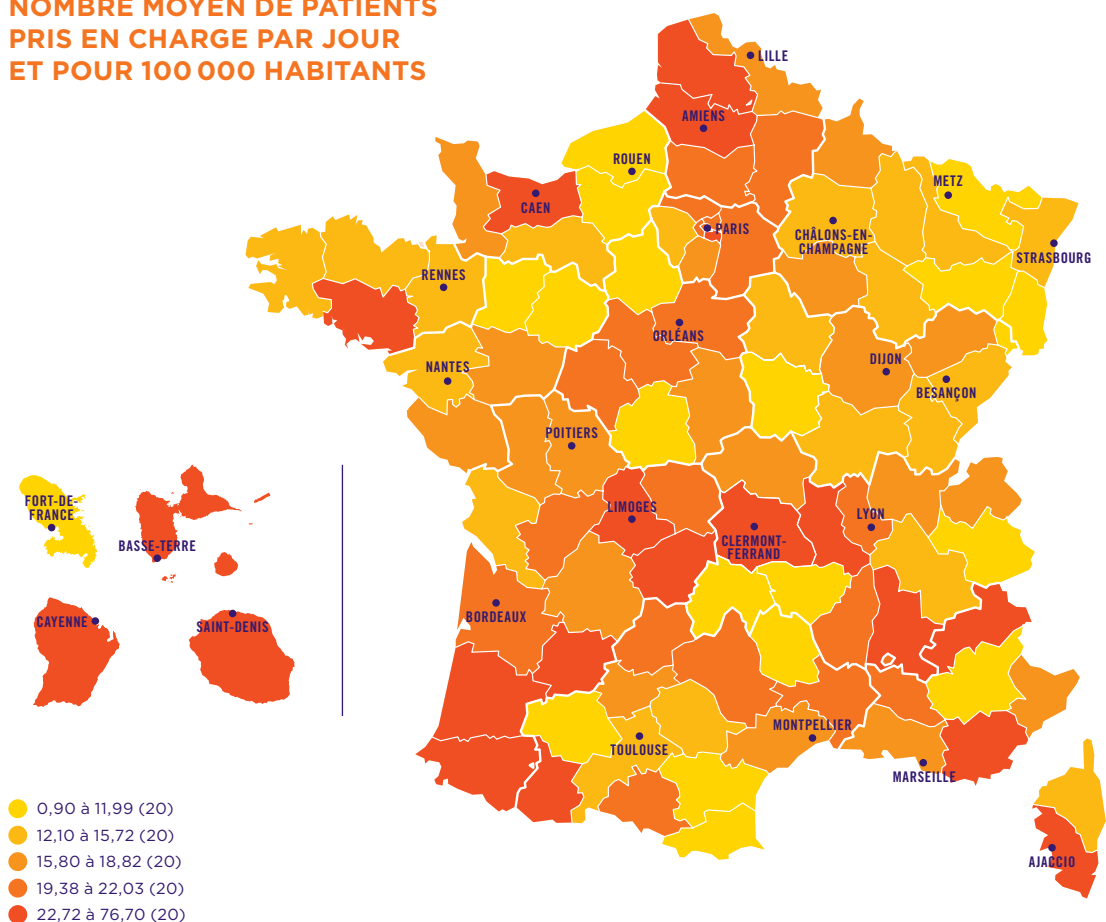
La dynamique de couverture de l'ensemble des départements français, constatée ces dernières années, se poursuit.

Le taux de recours dans les départements d'outre-mer confirme l'importance de l'HAD dans ces territoires. De même, les départements où l'HAD a une histoire ancienne (Pas-de-Calais, Aveyron, Var, Paris et départements de la petite couronne, départements du Sud-Ouest: Landes, Gironde, Pyrénées-Atlantiques...) connaissent des taux de recours élevés.

A contrario, la création récente d'un grand nombre d'établissements peut expliquer les écarts d'activité constatés parfois très importants entre les départements.

La circulaire du 4 décembre 2013 a fixé un objectif national de 30 à 35 patients en HAD pour 100 000 habitants. En 2014, le taux de recours national s'élève à 18,5 patients pris en charge chaque jour pour 100 000 habitants, contre 18,4 en 2013. Ce taux recouvre d'importantes disparités régionales.

NOMBRE MOYEN DE PATIENTS PRIS EN CHARGE PAR JOUR ET POUR 100 000 HABITANTS



NOMBRE MOYEN DE PATIENTS PRIS EN CHARGE PAR JOUR ET POUR 100 000 HABITANTS (SOURCE : ATIH)

	2013	2014
LIMOUSIN	25,8	24,8
AQUITAINE	23,7	24,1
NORD-PAS-DE-CALAIS	22	22
PICARDIE	21,3	22
RHÔNE-ALPES	19,5	20
CORSE	31,8	19,9
ÎLE-DE-FRANCE	20	19,9
BASSE-NORMANDIE	20,3	19,6
PACA	19,3	19,3
CENTRE	18,4	18,5
POITOU-CHARENTES	16,5	17
BRETAGNE	15,9	16
CHAMPAGNE-ARDENNE	15,5	16
AUVERGNE	14,2	15,7
LANGUEDOC-ROUSSILLON	14,4	15,5
MIDI-PYRÉNÉES	14,8	15,1
PAYS DE LA LOIRE	14,5	14,2
FRANCHE-COMTÉ	13,3	13,9
BOURGOGNE	12,2	13,4
LORRAINE	10,2	11,8
HAUTE-NORMANDIE	11,5	11,6
ALSACE	11,9	11,4
GUADELOUPE	71,8	76,9
GUYANE	50,8	59,6
RÉUNION	25	23
MARTINIQUE	13,1	11,2
FRANCE ENTIÈRE	18,4	18,5

5. CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS PRIS EN CHARGE

En 2014, l'âge moyen des patients sur la base des séjours est de 57,2 ans, contre 56,3 ans en 2013.

ÂGE MOYEN DES PATIENTS SUR LA BASE DES SÉJOURS

FEMMES	61,4
HOMMES	53,8
TOTAL	57,2

Cette augmentation de l'âge moyen est due à la sortie progressive, qui s'est achevée en février 2015, du post-partum physiologique des indications de l'HAD.

Il reste, en 2014, 20 051 journées en MPP 20 contre 23 104 en 2013 (soit une baisse de 13,2%). La HAS a acté la sortie de ce mode de prise en charge des indications de l'HAD. En revanche, la prise en charge du post-partum pathologique (MPP 21) et la surveillance de grossesse à risque (MPP 19) restent des indications pour l'HAD.

La réalisation d'une moyenne d'âge par séjour masque le fait que la plupart des journées concernent des patients âgés. Si l'on pondère par le nombre de journées de présence, l'âge moyen est de 65 ans en 2014, contre 64 ans en 2013.

L'ACTIVITÉ DE PÉDIATRIE

La part de l'activité de pédiatrie dans le nombre total de journées a augmenté, passant **de 3,8% à 4,4% entre 2010 et 2014.**

Cette activité est concentrée sur peu d'établissements, puisque six établissements assurent 50% de l'activité nationale.

ACTIVITÉ DE PÉDIATRIE RÉALISÉE PAR LES ÉTABLISSEMENTS D'HAD EN 2014 (BASE NATIONALE FNEHAD)

	2010	2011	2012	2013	2014
NOMBRE HAD TOTAL	292	302	317	311	309
ACTIVITÉ PÉDIATRIQUE	200	219	232	234	244
JOURNÉES TOTALES	3 629 777	3 901 637	4 207 177	4 366 656	4 439 494
JOURNÉES < 18 ANS	139 508	144 859	167 780	186 894	194 277

NIVEAU DE DÉPENDANCE DES PATIENTS

57% des journées d'HAD concernent des patients connaissant un niveau de dépendance élevé, mesuré par un indice de Karnofsky inférieur à 40%. On constate une forte augmentation des patients ayant un indice de Karnofsky inférieur à 20%.

Parallèlement, la perspective de la sortie du MPP 20 des indications de l'HAD à compter du 1^{er} mars 2015 conduit à une diminution de la prise en charge des patients ayant un indice de Karnofsky supérieur à 80%.

INDICE DE KARNOFSKY	% DES JOURNÉES	% DES JOURNÉES HORS MPP 19-20-21
IK 10 %	0,8	0,9
IK 20 %	8,9	9,4
IK 30 %	24,2	25,5
IK 40 %	23,2	24,4
IK 50 %	17,4	18,2
IK 60 %	12,9	12,2
IK 70 %	7,5	5,8
IK 80 %	3,5	2,3
IK 90 %	0,8	0,6
IK 100 %	0,9	0,8
TOTAL	100	100

DÉFINITIONS

- **MPP** : mode de prise en charge principal.
- **MPP 19** : surveillance de grossesse à risque.
- **MPP 20** : retour précoce à domicile après accouchement (RPDA).
- **MPP 21** : post-partum pathologique, prise en charge de la mère consécutive à des suites pathologiques de l'accouchement.

6. LES PRINCIPALES PRISES EN CHARGE

APPROCHE PAR LE MODE DE PRISE EN CHARGE PRINCIPAL

Les pansements complexes sont devenus en 2014 la première activité réalisée par les établissements d'HAD. Le nombre de journées de soins palliatifs, première activité réalisée en 2013, a reculé de 5,4%

Les soins de nursing lourds et les traitements intraveineux ont, quant à eux, fortement progressé. Le nombre de chimiothérapies anticancéreuses a augmenté de près de 19% par rapport à 2013.

NOMBRE DE JOURNÉES PAR MODE DE PRISE EN CHARGE PRINCIPAL HORS GHT 99 (SOURCE : BASE NATIONALE 2014 – CALCULS FNEHAD)

MPP STABLE	LIBELLÉ	2013		2014		2013/2014 ÉVOLUTION
		NB JOURS	%	NB JOURS	%	
09	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1 061 211	24,3%	1 106 106	24,9%	4,2%
04	Soins palliatifs	1 093 466	25,0%	1 034 688	23,3%	-5,4%
14	Soins de nursing lourds	459 664	10,5%	491 613	11,1%	7,0%
06	Nutrition entérale	284 467	6,5%	295 878	6,7%	4,0%
03	Traitement intraveineux	232 547	5,3%	253 031	5,7%	8,8%
13	Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse	159 982	3,7%	157 064	3,5%	-1,8%
01	Assistance respiratoire	124 287	2,8%	127 709	2,9%	2,8%
02	Nutrition parentérale	125 195	2,9%	123 099	2,8%	-1,7%
19	Surveillance de grossesse à risque	113 916	2,6%	117 040	2,6%	2,7%
10	Post-traitement chirurgical	101 150	2,3%	101 709	2,3%	0,6%
08	Autres traitements	88 366	2,0%	101 264	2,3%	14,6%
05	Chimiothérapie anticancéreuse	84 426	1,9%	100 367	2,3%	18,9%
21	Post-partum pathologique	110 437	2,5%	90 988	2,0%	-17,6%
07	Prise en charge de la douleur	74 154	1,7%	87 433	2,0%	17,9%
15	Éducation du patient et/ou de son entourage	54 996	1,3%	53 476	1,2%	-2,8%
12	Rééducation neurologique	62 290	1,4%	51 049	1,1%	-18,0%
11	Rééducation orthopédique	50 471	1,2%	41 203	0,9%	-18,4%
22	Prise en charge du nouveau-né à risque	28 895	0,7%	27 364	0,6%	-5,3%
20	Retour précoce à domicile après accouchement (RPDA)	23 083	0,5%	20 051	0,5%	-13,1%
24	Surveillance d'aplasie	10 005	0,2%	8 751	0,2%	-12,5%
17	Surveillance de radiothérapie	5 571	0,1%	5 300	0,1%	-4,9%
18	Tansfusion sanguine	676	0,0%	508	0,0%	-24,9%
TOTAL		4 349 255	100%	4 395 691	100%	1,1%

NOTE DE LECTURE : les séjours comportant au moins une journée en GHT99 ont été exclus des calculs.

APPROCHE PAR LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR

DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR PAR MODE DE PRISE EN CHARGE PRINCIPAL

(SOURCE : BASE NATIONALE 2014 – CALCULS FNEHAD)

2014					
MPP STABLE	LIBELLÉ	NOMBRE DE JOURNÉES HORS GHT 99	NOMBRE DE JOURNÉES HORS GHT 99 AVEC MPP STABLE	% JOURNÉES DU MPP, RÉALISÉES PAR UN SÉJOUR COMPLET AVEC MPP STABLE	DMS DE CES SÉJOURS
09	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1 106 106	764 105	69 %	48
04	Soins palliatifs	1 034 688	726 538	70 %	32
14	Soins de nursing lourds	491 613	251 092	51 %	60
06	Nutrition entérale	295 878	169 434	57 %	51
03	Traitement intraveineux	253 031	174 289	69 %	14
13	Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse	157 064	91 919	59 %	13
01	Assistance respiratoire	127 709	74 483	58 %	55
02	Nutrition parentérale	123 099	73 537	60 %	24
19	Surveillance de grossesse à risque	117 040	111 084	95 %	20
10	Post traitement chirurgical	101 709	71 976	71 %	19
08	Autres traitements	101 264	68 725	68 %	19
05	Chimiothérapie anticancéreuse	100 367	71 356	71 %	4
21	Post-partum pathologique	90 988	90 034	99 %	6
07	Prise en charge de la douleur	87 433	53 745	61 %	17
15	Éducation du patient et/ou de son entourage	53 476	41 011	77 %	18
12	Rééducation neurologique	51 049	32 105	63 %	49
11	Rééducation orthopédique	41 203	23 686	57 %	40
22	Prise en charge du nouveau-né à risque	27 364	24 022	88 %	8
20	Retour précoce à domicile après accouchement (RPDA)	20 051	19 810	99 %	5
24	Surveillance d'aplasie	8 751	2 919	33 %	16
17	Surveillance de radiothérapie	5 300	1 545	29 %	24
18	Tansfusion sanguine	508	448	88 %	2
	Journées avec MPP non stable		656 701		
TOTAL		4 395 691	3 594 564	82 %	24

Pour calculer une durée moyenne de séjour (DMS) par mode de prise en charge, il convient de ne retenir que les séjours complets et dont le MPP est resté stable sur l'ensemble du séjour. Cela aboutit à exclure une part significative des journées (18% en moyenne en 2014, mais parfois beaucoup plus comme pour les soins de nursing lourds: près de 50%).

Une approche de la DMS tous modes de prise en charge confondus conduit à une moyenne de 27 jours.

APPROCHE PAR LE DIAGNOSTIC PRINCIPAL

L'approche de l'activité fondée sur le mode de prise en charge peut être complétée par une identification des principaux diagnostics des patients admis en HAD. Une telle analyse indique par exemple que **sur la totalité des journées d'HAD, 31 % concernent une pathologie cancéreuse.**

On observe une grande similitude dans les diagnostics posés quel que soit le statut de l'établissement.

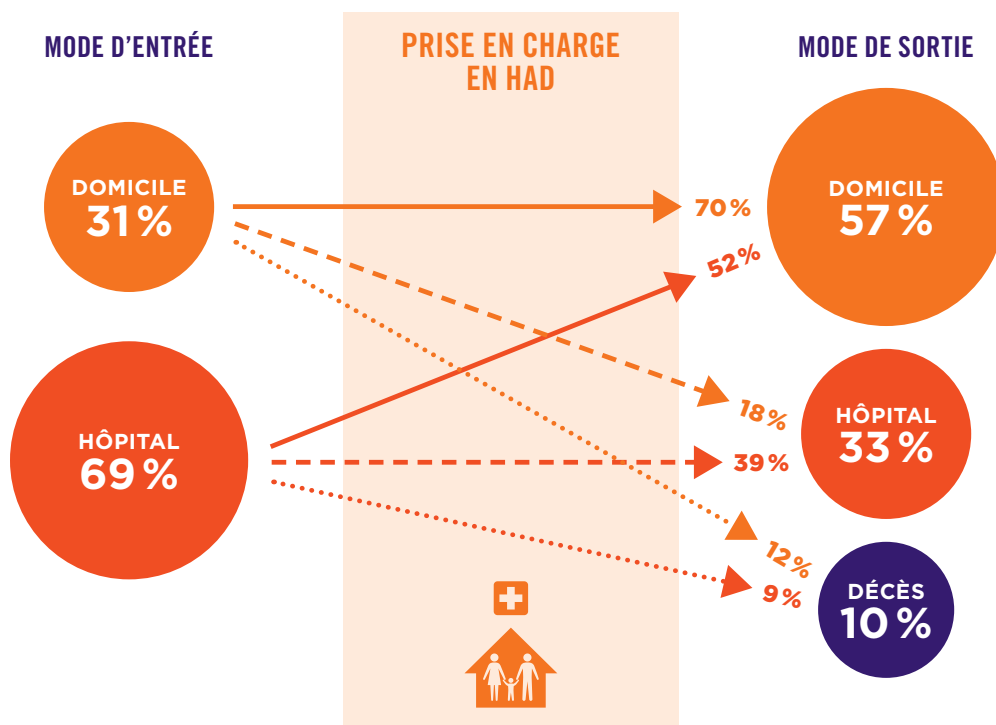


31 %

DES JOURNÉES D'HAD
concernent des pathologies
cancéreuses

7. LA TRAJECTOIRE DES PATIENTS

TRAJECTOIRE DES PATIENTS EN HAD EN 2014 (SOURCE : BASE NATIONALE – CALCULS FNEHAD)



Sur les 31% des séjours en HAD initiés à partir du domicile, 70% se termineront par un retour au domicile, 18% par une admission dans un établissement de santé avec hébergement et 12% par le décès du patient. Ces chiffres varient peu par rapport à 2013.

On constate que plus de quatre séjours sur cinq initiés à partir du domicile permettent d'éviter l'hospitalisation conventionnelle (sorties vers le domicile + décès).

En 2014, 18% des séjours initiés à partir du domicile se concluent par un transfert ou une mutation en hospitalisation conventionnelle, contre 21% en 2013.

Lorsque la prise en charge en HAD intervient en aval d'une hospitalisation conventionnelle, une majeure partie des patients ne retournera pas (en tout cas pas immédiatement) en hospitalisation conventionnelle : les réhospitalisations représentent moins de 40% des modes de sortie.

NOTE DE LECTURE : l'analyse de la trajectoire des patients permet d'évaluer le positionnement de l'HAD dans le parcours des patients, même de manière imparfaite puisqu'à défaut du chaînage des séjours, chaque séjour est comptabilisé comme s'il s'agissait à chaque fois d'un nouveau patient alors que le nombre moyen de séjours par patient est de plus de 1,5, et peut être plus important encore selon le motif de prise en charge.

8. LA PRISE EN CHARGE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

Depuis 2007, les établissements d'HAD peuvent intervenir au sein des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et, depuis 2012, de l'ensemble des établissements sociaux ou médico-sociaux avec hébergement, accueillant notamment des personnes en situation de handicap (maisons d'accueil spécialisées, instituts médico-éducatifs, etc.).

Le nombre de journées réalisées en établissements sociaux et médico-sociaux a augmenté de 23% en moyenne chaque année depuis 2010.

On observe une forte variabilité du pourcentage de journées d'HAD réalisées dans ces établissements selon les régions, suggérant l'existence d'un potentiel de développement de ce mode d'intervention.

NOMBRE DE JOURNÉES D'HAD EN ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX (SOURCE : ATIH)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
NOMBRE DE JOURNÉES	632	34 836	72 466	102 488	136 626	189 874	204 521	232 391
ÉVOLUTION	NS	NS	NS	+41%	+33%	+39%	+8%	+14%

PART DES SÉJOURS EN HAD RÉALISÉS AU BÉNÉFICE D'ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX (EN %) (SOURCE: ATIH)

	2013	2014
PACA	9,8	10,5
BRETAGNE	7,4	8,2
BASSE-NORMANDIE	5,1	7,4
LANGUEDOC-ROUSSILLON	5,9	6,6
LORRAINE	5,8	6,5
AUVERGNE	6,7	5,8
CENTRE	5,1	5,5
AQUITAINE	4,5	5,5
PAYS DE LA LOIRE	5,5	5,4
CHAMPAGNE-ARDENNE	5,2	5,3
NORD-PAS-DE-CALAIS	4,7	5,2
POITOU-CHARENTES	4,7	5,1
MIDI-PYRÉNÉES	5,1	5
HAUTE-NORMANDIE	3,2	4,8
BOURGOGNE	4	4,8
CORSE	3,4	4,2
FRANCHE-COMTÉ	3,9	3,9
ALSACE	2,5	3,7
PICARDIE	3,1	3,3
RHÔNE-ALPES	2,7	3,2
LIMOUSIN	2,5	2,1
ÎLE-DE-FRANCE	0,8	1,3
GUYANE	0,2	0,2
MARTINIQUE	0,6	2,1
RÉUNION	1,1	1,2
GUADELOUPE	3	1,9
FRANCE ENTIÈRE	3,6	4,2

9. FIN DE VIE ET SOINS PALLIATIFS

16 412 décès ont eu lieu au cours d'une HAD en 2014. Près de 14 000 de ces décès peuvent être rattachés à des séjours pour lesquels le mode de prise en charge a été stable pendant toute la durée du séjour.

Parmi eux, plus de 10 500 sont survenus pour des séjours de « soins palliatifs ».

NOMBRE DE DÉCÈS SELON LE MODE DE PRISE EN CHARGE PRINCIPAL, POUR LES SÉJOURS TERMINÉS (SOURCE : BASE NATIONALE 2013 ET 2014 – CALCULS FNEHAD)

MPP STABLE	LIBELLÉ	2013			2014		
		NB SÉJOURS TERMINÉS	NB DÉCÈS	% DÉCÈS SELON LE MPP	NB SÉJOURS TERMINÉS	NB DÉCÈS	% DÉCÈS SELON LE MPP
01	Assistance respiratoire	1 935	219	11%	1 985	205	10%
02	Nutrition parentérale	3 400	136	4%	3 446	174	5%
03	Traitement intraveineux	12 271	395	3%	13 192	422	3%
04	Soins palliatifs	28 282	10 321	36%	27 459	10 575	39%
05	Chimiothérapie anticancéreuse	16 371	8	0%	18 615	16	0%
06	Nutrition entérale	4 690	166	4%	4 756	163	3%
07	Prise en charge de la douleur	2 701	518	19%	3 611	757	21%
08	Autres traitements	3 444	42	1%	4 544	82	2%
09	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	18 177	873	5%	20 225	977	5%
10	Post-traitement chirurgical	3 711	16	0%	3 934	19	0%
11	Rééducation orthopédique	902	5	1%	737	8	1%
12	Rééducation neurologique	785	8	1%	834	10	1%
13	Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse	8 558	23	0%	8 087	38	0%
14	Soins de nursing lourds	6 154	416	7%	6 420	499	8%
15	Éducation du patient et/ou de son entourage	2 237	4	0%	2 476	2	0%
17	Surveillance de radiothérapie	101	2	2%	76	1	1%
18	Transfusion sanguine	235	0	0%	180	1	1%
19	Surveillance de grossesse à risque	5 639	1	0%	5 762	0	0%
20	Retour précoce à domicile après accouchement (RPDA)	5 260	0	0%	4 422	0	0%
21	Post-partum pathologique	17 910	0	0%	15 584	0	0%
22	Prise en charge du nouveau-né à risque	3 395	0	0%	2 874	2	0%
24	Surveillance d'aplasie	195	1	1%	226	1	0%
TOTAL		146 353	13 154	9%	149 445	13 952	9%

10. ÉVALUATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ

Les établissements d'hospitalisation à domicile sont des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les hôpitaux ou les cliniques : ils sont tenus d'assurer la continuité de soins 24h/24 et 7j/7, sont certifiés par la Haute

Autorité de santé et sont soumis à des indicateurs de qualité tels que la lutte contre les infections nosocomiales, la prise en charge de la douleur ou la traçabilité des actes et des prescriptions dans le dossier du patient.

LA CERTIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS D'HAD

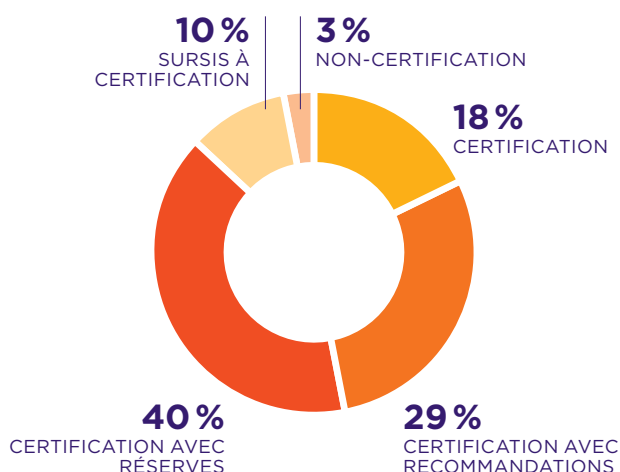
Seuls les résultats de certification (suite à la visite initiale) des HAD autonomes non rattachés à un établissement de santé avec hébergement sont repris dans les tableaux de la page suivante.

NIVEAUX DE CERTIFICATION APRÈS VISITE INITIALE DES 80 ÉTABLISSEMENTS D'HAD AUTONOMES - AU 30 MAI 2015
(SOURCE : HAS)

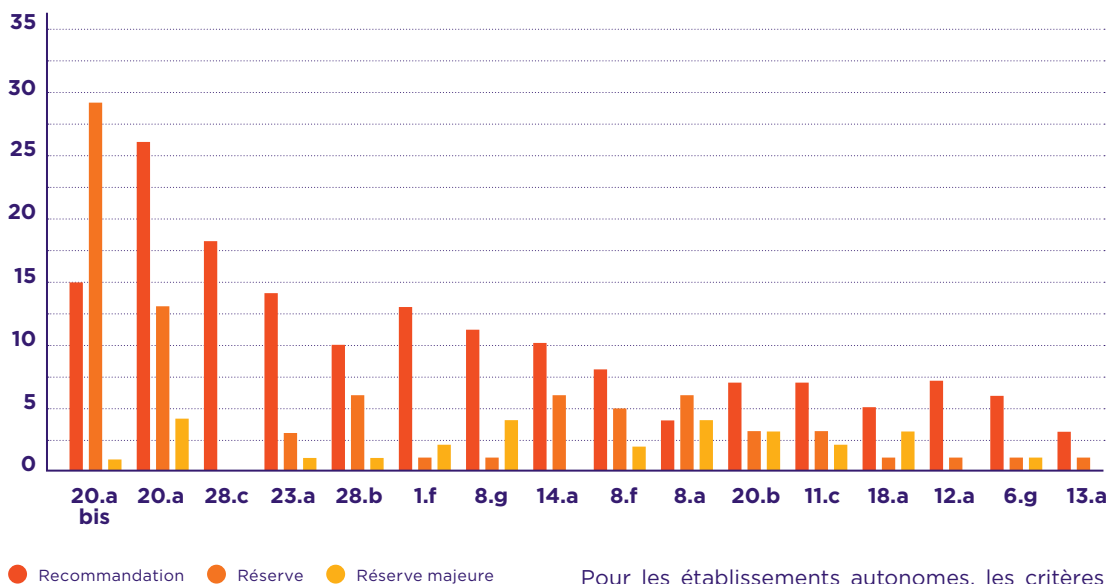
**24 H/24
7 J/7**
CONTINUITÉ DES SOINS



QUALITÉ-SÉCURITÉ
CERTIFIÉES PAR
LA HAUTE AUTORITÉ
DE SANTÉ

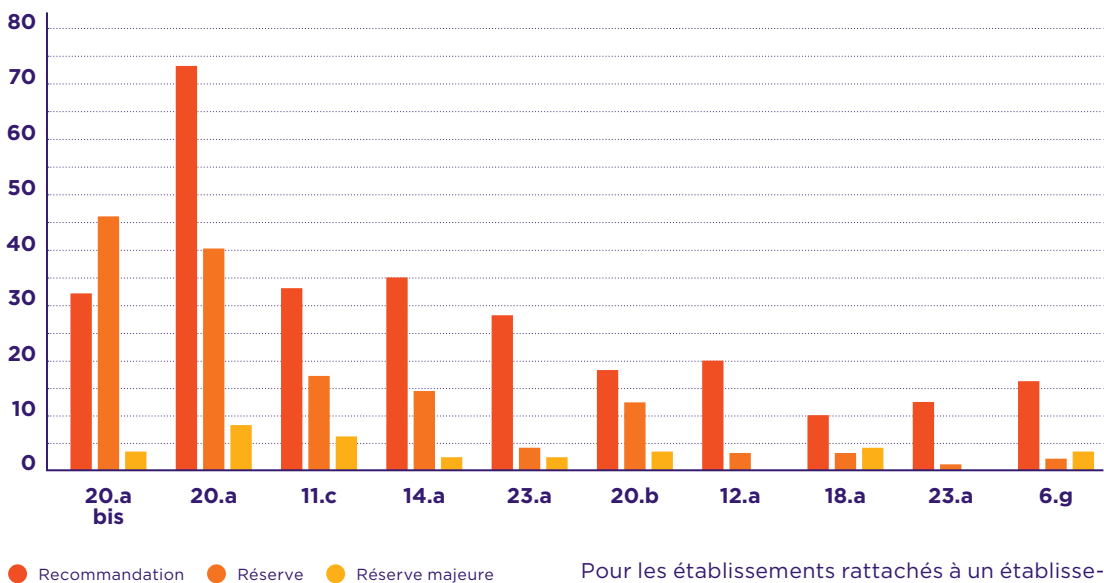


FRÉQUENCE DES CRITÈRES DE CERTIFICATION DONNANT LIEU À DÉCISION (ÉTABLISSEMENTS AUTONOMES) (SOURCE : HAS)



Pour les établissements autonomes, les critères relatifs au circuit du médicament (20.a et 20.a bis) sont ceux qui donnent le plus fréquemment lieu à recommandation, réserve et réserve majeure.

FRÉQUENCE DES CRITÈRES DE CERTIFICATION DONNANT LIEU À DÉCISION (HAD RATTACHÉES À UN ÉTABLISSEMENT MCO) (SOURCE : HAS)



Pour les établissements rattachés à un établissement MCO, ces critères donnent également lieu à de nombreuses recommandations, réserve et réserve majeure, mais dans des proportions largement inférieures.

LE SUIVI DES INFECTIONS LIÉES AUX SOINS (TBIN)

Les établissements de santé doivent produire des indicateurs reflétant leur niveau d'engagement dans la prévention des infections nosocomiales (IN).

Trois indicateurs sont applicables aux établissements d'HAD et peuvent être mis en regard de ceux de l'ensemble des établissements de santé.

RÉSULTATS DU TABLEAU DE BORD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES CATÉGORIE HAD - 2013

		A	B	C	D	E	DI	EFFECTIF
ICALIN 2 (recueil optionnel, données 2012)	Score HAD	55,6%	28,2%	7,3%	3,2%	4,8%	0,8%	124
	Score général	69,5%	15,9%	7,1%	4,2%	3,1%	0,3%	2 794
ICSHA 2	Score HAD	55,7%	26,2%	9,8%	7,4%	0,8%	0,0%	122
	Score général	47,9%	28,7%	16,5%	5,3%	0,7%	0,9%	2 693
ICA-LISO	Score HAD	Non applicable						
ICA-BMR	Score HAD	63,1%	18,9%	13,9%	4,1%	0,0%	0,0%	122
	Score général	69,4%	20,4%	6,6%	2,3%	1,3%	0,0%	2 348
ICATB	Score HAD	Non applicable						
SARM	Score HAD	Non applicable						

NOTE DE LECTURE : 55,7% des HAD atteignent un niveau A pour le score ICSHA.2 contre 47,9% pour l'ensemble des établissements de santé.

DÉFINITIONS

- L'**ICALIN** objective l'organisation de la lutte contre les IN dans l'établissement, les moyens qu'il a mobilisés et les actions qu'il a mises en œuvre.
- L'**ICSHA** mesure le volume de produits hydroalcooliques consommés.
- L'**ICA-BMR** objective l'organisation, les moyens et les actions mises en œuvre pour la maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes.

FNEHAD

40 rue du Fer à Moulin
75005 Paris
Tél.: 01 55 43 09 09
Fax: 01 55 43 09 04
www.fnehad.fr
@fnehad_info

