



FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS  
D'HOSPITALISATION  
À DOMICILE

# **FNEHAD** **L'HOSPITALISATION** **À DOMICILE (HAD)** **EN 2015**

ÉDITION 2016

# L'HAD EN CHIFFRES

## Définition de l'hospitalisation à domicile

P. 3

## Les chiffres clés

P. 4

## Les intervenants en HAD

P. 5

## Les caractéristiques des structures d'HAD

P. 6

## Taux de couverture sur le territoire

P. 7

## Caractéristiques des patients pris en charge

P. 9

## Les principales prises en charge

P. 11

## La trajectoire des patients

P. 14

## La pris en charge dans les établissements sociaux et médico-sociaux

P. 15

## Fin de vie et soins palliatifs

P. 17

## Évaluation de la qualité et de la sécurité

P. 18

## Définition de l'hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile 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, notamment, les infirmiers, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les aides-soignants, les psychologues et 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 L.6125-2 du code de la santé publique.



L'hospitalisation à domicile 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.»

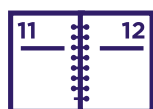
## Les chiffres clés

Les structures autorisées à exercer sous la forme d'hospitalisation à domicile ont assuré **160 793 séjours en 2015**, un chiffre en hausse de 2,9% par rapport à 2014. Cela représente un nombre de **4 629 254 journées contre 4 439 494 journées en 2014**, soit une hausse de 4,3%.



**105 008**  
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 %	105 923	0,7 %	873 806 744	1,7 %
2015	308	-0,3 %	4 629 254	4,3 %	160 793	2,9 %	105 008	-0,8 %	913 977 329	4,6 %



**4 629 254**

JOURNÉES D'HOSPITALISATION ONT ÉTÉ RÉALISÉES, PERMETTANT AUX MALADES D'ÊTRE SOIGNÉS CHEZ EUX, AUPRÈS DE LEUR FAMILLE ET DE LEURS PROCHES



**308**

ÉTABLISSEMENTS D'HAD  
Les établissements d'HAD sont des établissements de santé



**197,4 €**

COÛT MOYEN D'UNE JOURNÉE D'HOSPITALISATION À DOMICILE pour l'assurance maladie

**914 M€**

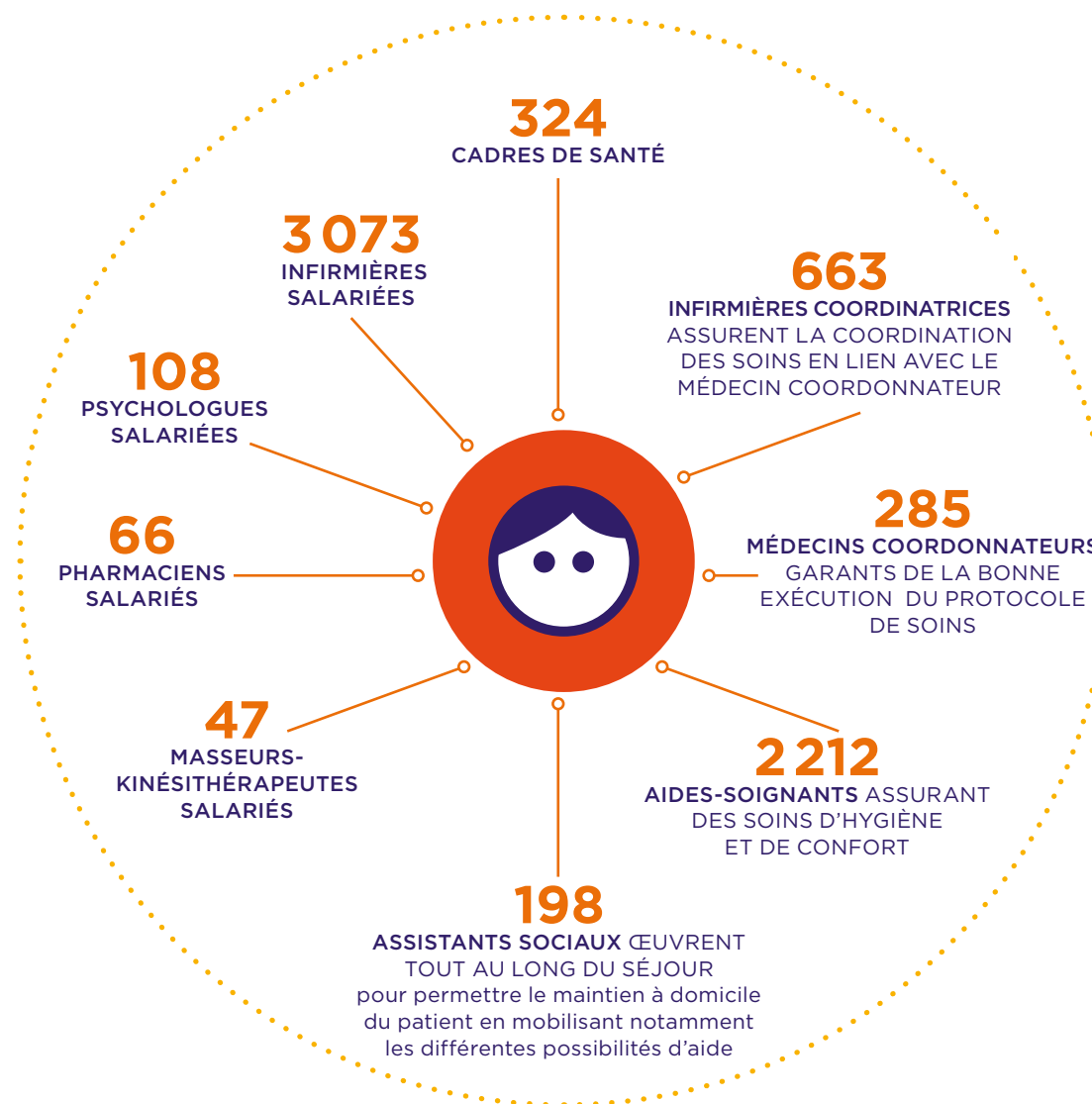
MONTANT DU COÛT GLOBAL DE L'HOSPITALISATION À DOMICILE

## Les intervenants en HAD

Ce schéma correspond aux effectifs salariés des HAD\*. Il convient de souligner que **le médecin traitant reste le pivot de la prise en charge**.

En outre, les soins réalisés dans le cadre d'une prise en charge en HAD peuvent être confiés à des professionnels libéraux, principalement des infirmières libérales, mais aussi des masseurs kinésithérapeutes et des psychologues. Enfin, les HAD peuvent avoir recours aux pharmacies d'officine pour une partie de leur approvisionnement en médicaments.

\*DONNÉES SAE 2015 EXPRIMÉES EN ETP MOYENS ANNUELS SALARIÉS



**NOTE DE LECTURE:** les données présentées conservent uniquement les professionnels salariés, l'HAD mobilise également de nombreux intervenants libéraux qui ne sont pas décomptés ici.

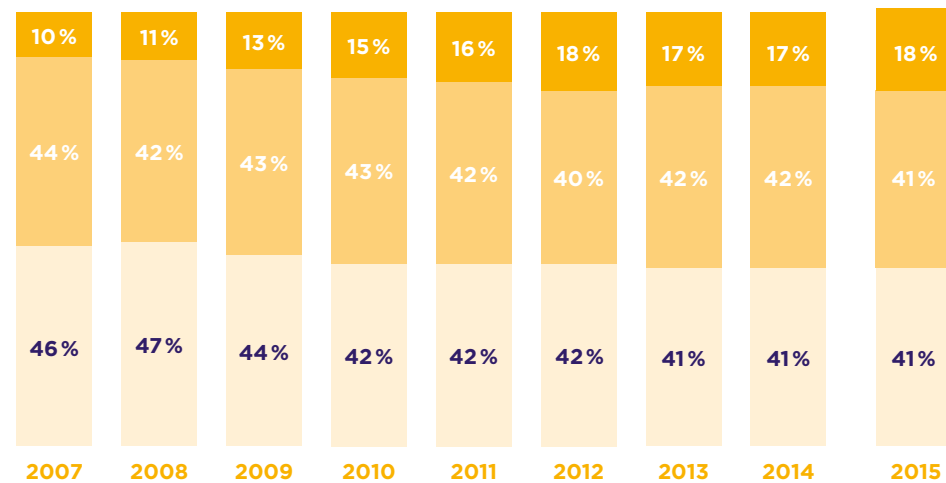
# Les caractéristiques des structures d'HAD

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 41% des structures, assurent environ 61% de l'activité. Les structures privées à but lucratif représentent 18% des établissements et assurent environ 13% de l'activité.



- SECTEUR PRIVÉ COMMERCIAL
- SECTEUR PRIVÉ À BUT NON LUCRATIF (DONT ESPIC)
- SECTEUR PUBLIC

# Taux de couverture sur le territoire

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

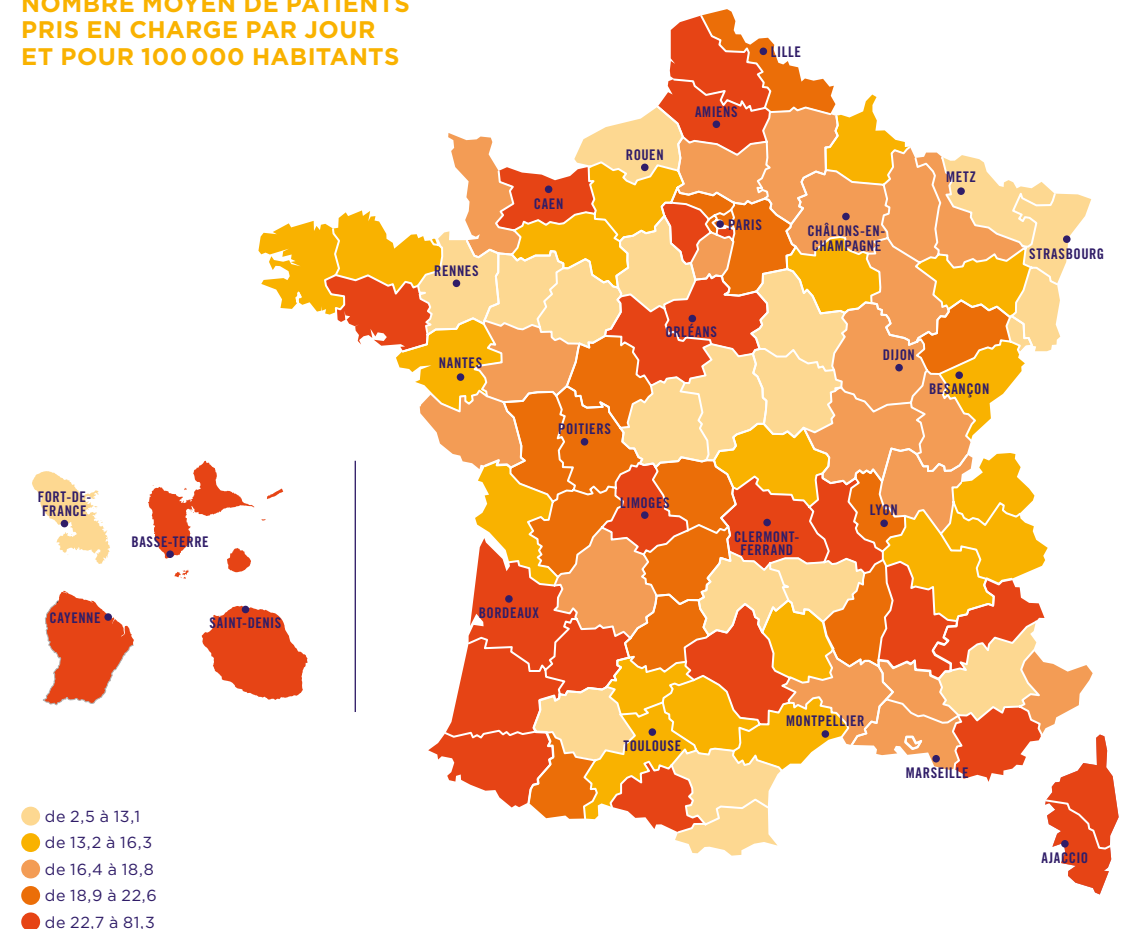
Le taux de recours dans les départements d'outre-mer confirme l'importance de l'HAD dans ces territoires. De même, les départements

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.

La circulaire du 4 décembre 2013 a fixé un objectif national de 30 à 35 patients en HAD pour 100 000 habitants.

En 2015, le taux de recours national s'élève à 19,2 patients pris en charge chaque jour pour 100 000 habitants, contre 18,5 patients en 2014. 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)**

	2014	2015
CORSE	19,9	27,6
AQUITAINE	24,4	27,3
LIMOUSIN	22,9	24,5
NORD-PAS-DE-CALAIS	22	23,7
PICARDIE	21,9	21
ÎLE-DE-FRANCE	19,9	20,7
BASSE-NORMANDIE	19,1	20,4
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	19,1	19,3
RHÔNE-ALPES	19,9	19,1
POITOU-CHARENTES	16,9	18,6
CENTRE	17,7	17,9
AUVERGNE	15,6	17,1
BRETAGNE	16	16,5
CHAMPAGNE-ARDENNE	15,8	16
BOURGOGNE	13,7	15,9
MIDI-PYRÉNÉES	15,1	15,5
FRANCHE-COMTÉ	13,9	15
PAYS DE LA LOIRE	14,2	14,7
LANGUEDOC-ROUSSILLON	15,5	14,4
LORRAINE	11,7	13,9
HAUTE-NORMANDIE	11,6	12,7
ALSACE	11,4	11,6
GUADELOUPE	76,1	81,3
GUYANE	59,3	59,1
LA RÉUNION	22,6	22,6
MARTINIQUE	11,4	10,2
<b>FRANCE</b>	<b>18,5</b>	<b>19,2</b>

**NOTE DE LECTURE :** il a été fait le choix de conserver les anciennes régions afin de mieux discerner les disparités territoriales dans la prise en charge des patients en HAD.

## Caractéristiques des patients pris en charge

En 2015, l'âge moyen des patients sur la base des séjours est de 58,5 ans, contre 57,2 ans en 2014.

### ÂGE MOYEN DES PATIENTS SUR LA BASE DES SÉJOURS

HOMMES	61,4
FEMMES	56
<b>TOTAL</b>	<b>58,5</b>

Cette augmentation de l'âge moyen est due à la sortie complète, depuis mars 2015, du post-partum physiologique des indications de l'HAD.

Il reste, en 2015, 2704 journées en MPP 20 contre 20051 en 2014 (soit une baisse de 86,5%). 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 2015 (chiffre identique à 2014).

## L'ACTIVITÉ DE PÉDIATRIE

La part de l'activité de pédiatrie dans le nombre total de journées a légèrement augmenté, passant de **3,8% à 4,5%, entre 2010 et 2015.**

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 (BASE NATIONALE FNEHAD)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>NOMBRE D'HAD TOTAL</b>	292	302	317	311	<b>309</b>	<b>308</b>
<b>ACTIVITÉ PÉDIATRIQUE</b>	200	219	232	234	<b>244</b>	<b>250</b>
<b>JOURNÉES TOTALES</b>	3 629 777	3 901 637	4 207 177	4 366 656	<b>4 439 494</b>	<b>4 629 254</b>
<b>JOURNÉES &lt; 18 ANS</b>	139 508	144 859	167 780	186 894	<b>194 277</b>	<b>207 416</b>
<b>PART DE L'ACTIVITÉ PÉDIATRIQUE DANS L'ACTIVITÉ TOTALE</b>	3,8%	3,7%	4,0%	4,3%	4,4%	4,5%

## NIVEAU DE DÉPENDANCE DES PATIENTS

57,8% des journées d'HAD concernent des patients connaissant un niveau de dépendance élevé, mesuré par un indice de Karnofsky inférieur à 40%.

La sortie du MPP 20 des indications de l'HAD à compter du 1<sup>er</sup> mars 2015 a 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%	0,9	0,9
IK 20%	9,8	10,3
IK 30%	24,1	25,2
IK 40%	23	24
IK 50%	17,7	18,3
IK 60%	14	13
IK 70%	6,7	5,6
IK 80%	2,4	1,6
IK 90%	0,6	0,4
IK 100%	0,8	0,8
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

### 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.

## Les principales prises en charge

### APPROCHE PAR LE MODE DE PRISE EN CHARGE PRINCIPAL



1/4

DES PRISES EN CHARGE SONT DES PANSEMENTS COMPLEXES

### NOMBRE DE JOURNÉES PAR MODE DE PRISE EN CHARGE PRINCIPAL HORS GHT 99

(SOURCE : BASE NATIONALE 2015 – CALCULS FNEHAD)

MPP STABLE	LIBELLÉ	2014		2015		ÉVOLUTION
		NB JOURS	%	NB JOURS	%	
09	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1 106 106	25%	1 241 606	27%	12,3%
04	Soins palliatifs	1 034 688	24%	1 094 598	24%	5,8%
14	Soins de nursing lourds	491 613	11%	473 408	10%	- 3,7%
06	Nutrition entérale	295 878	7%	317 303	7%	7,2%
03	Traitement intraveineux	253 031	6%	271 966	6%	7,5%
13	Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse	157 064	4%	171 001	4%	8,9%
01	Assistance respiratoire	127 709	3%	124 618	3%	- 2,4%
19	Surveillance de grossesse à risque	117 040	3%	120 041	3%	2,6%
02	Nutrition parentérale	123 099	3%	115 877	3%	- 5,9%
07	Prise en charge de la douleur	87 433	2%	106 647	2%	22,0%
10	Post-traitement chirurgical	101 709	2%	106 174	2%	4,4%
08	Autres traitements	101 264	2%	102 651	2%	1,4%
05	Chimiothérapie anticancéreuse	100 367	2%	95 722	2%	- 4,6%
21	Post-partum pathologique	90 988	2%	69 605	2%	- 23,5%
12	Rééducation neurologique	51 049	1%	53 826	1%	5,4%
15	Éducation du patient et/ou de son entourage	53 476	1%	53 578	1%	0,2%
11	Rééducation orthopédique	41 203	1%	33 824	1%	- 17,9%
22	Prise en charge du nouveau-né à risque	27 364	1%	27 069	1%	- 1,1%
24	Surveillance d'aplasie	8 751	0,2%	6 578	0,1%	- 24,8%
17	Surveillance de radiothérapie	5 300	0,1%	3 666	0,1%	- 30,8%
20	Retour précoce à domicile après accouchement (RPDA)	20 051	0,5%	2 704	0,1%	- 86,5%
18	Transfusion sanguine	508	0,01%	595	0,01%	17,1%
<b>TOTAL</b>		<b>4 395 691</b>	<b>100%</b>	<b>4 593 057</b>	<b>100%</b>	<b>4,5%</b>

**NOTE DE LECTURE :** les séjours comportant au moins une journée en GHT 99 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 2015 – CALCULS FNEHAD)

2015					
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
01	Assistance respiratoire	124 618	72 889	58 %	52
02	Nutrition parentérale	115 877	71 696	62 %	26
03	Traitement intraveineux	271 966	188 681	69 %	13
04	Soins palliatifs	1 094 598	791 539	72 %	33
05	Chimiothérapie anticancéreuse	95 722	73 072	76 %	4
06	Nutrition entérale	317 303	181 683	57 %	50
07	Prise en charge de la douleur	106 647	65 499	61 %	16
08	Autres traitements	102 651	66 204	64 %	15
09	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1 241 606	871 810	70 %	46
10	Post-traitement chirurgical	106 174	76 627	72 %	19
11	Rééducation orthopédique	33 824	18 706	55 %	38
12	Rééducation neurologique	53 826	32 721	61 %	44
13	Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse	171 001	103 269	60 %	14
14	Soins de nursing lourds	473 408	23 461	49 %	64
15	Éducation du patient et/ou de son entourage	53 578	40 928	76 %	18
17	Surveillance de radiothérapie	3 666	1 296	35 %	20
18	Transfusion sanguine	595	439	74 %	2
19	Surveillance de grossesse à risque	120 041	114 061	95 %	20
20	Retour précoce à domicile après accouchement (RPDA)	2 704	2 655	98 %	5
21	Post-partum pathologique	69 605	68 408	98 %	5
22	Prise en charge du nouveau-né à risque	27 069	23 090	85 %	8
24	Surveillance d'aplasie	6 578	1 766	27 %	16
<b>TOTAL</b>		<b>4 593 057</b>	<b>3 749 530</b>	<b>82 %</b>	<b>25</b>

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 2015, mais parfois beaucoup plus comme pour les soins de nursing lourds: près de 49%). **Une approche de la DMS tous modes de prise en charge confondus conduit à une moyenne de 25 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 34,6% concernent une pathologie cancéreuse.**



1/3

DES JOURNÉES D'HAD CONCERNE DES PATHOLOGIES CANCÉREUSES

## La trajectoire des patients

Sur les 31% des séjours d'HAD initiés à partir du domicile, 68% se termineront par un retour au domicile (contre 70% en 2014), 18% par une admission dans un établissement de santé avec hébergement et 14% par le décès du patient (contre 12% en 2014).

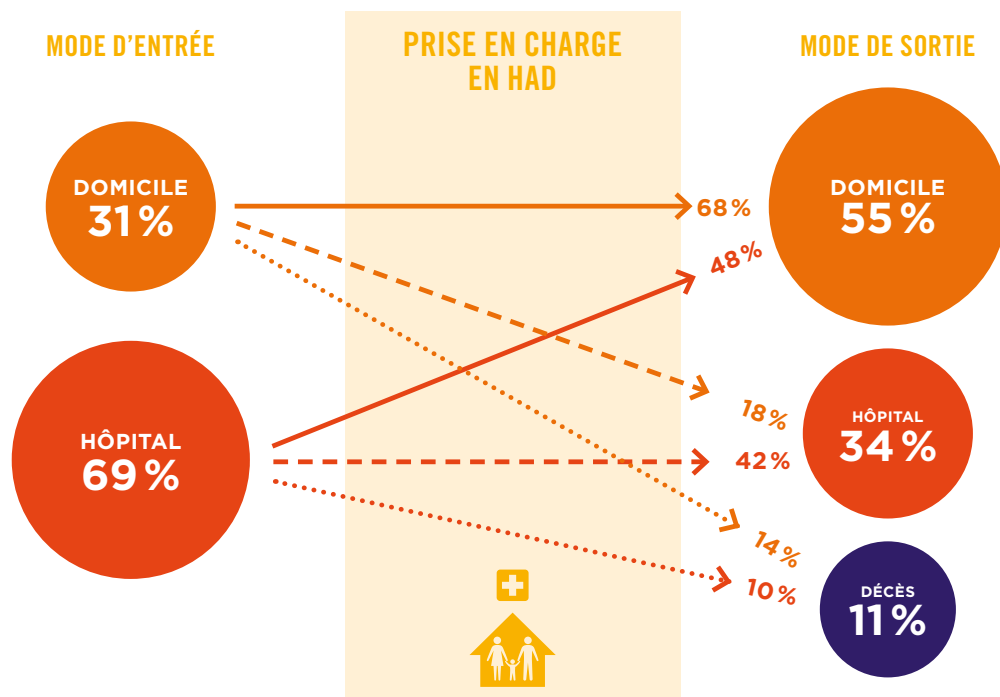
**On constate que plus de trois séjours sur cinq initiés à partir du domicile permettent d'éviter l'hospitalisation conventionnelle (sorties vers le domicile + décès).**

En 2015 comme en 2014, 18% des séjours initiés à partir du domicile se sont conclus par un transfert ou une mutation en hospitalisation conventionnelle.

**Lorsque la prise en charge en HAD intervient en aval d'une hospitalisation conventionnelle, la majeure partie des patients ne retournera pas (en tout cas pas immédiatement) en hospitalisation conventionnelle:** les réhospitalisations représentent 42% des modes de sortie (contre 39% en 2014).

### TRAJECTOIRE DES PATIENTS EN HAD EN 2015

(SOURCE: BASE NATIONALE - CALCULS FNEHAD)



**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.

## 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.).

### NOMBRE DE JOURNÉES D'HAD EN ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

(SOURCE: ATIH)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>NOMBRE DE JOURNÉES</b>	632	34 836	72 466	102 488	136 626	189 874	204 521	232 391	272 595
<b>ÉVOLUTION</b>	NS	NS	NS	+41%	+33%	+39%	+8%	+14%	+17%

Le nombre de journées effectuées en établissements sociaux et médico-sociaux a augmenté de 22% en moyenne chaque année depuis 2010. En 2015, il a représenté 5,9% de l'activité totale réalisée par les établissements d'HAD. 93% de l'activité a été réalisée dans les EHPAD, 5% dans les autres établissements médico-sociaux et 2% dans les établissements sociaux.



## PART DES SÉJOURS EN HAD RÉALISÉS AU BÉNÉFICE DES ESMS PAR RÉGION

(SOURCE: ATIH)

	2014	2015
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	10,7%	14,5%
BRETAGNE	8,1%	10,7%
BASSE-NORMANDIE	7,4%	8,9%
LANGUEDOC-ROUSSILLON	6,5%	8,3%
LORRAINE	6,6%	8,0%
CENTRE	5,7%	7,3%
PAYS DE LA LOIRE	5,4%	6,8%
NORD-PAS-DE-CALAIS	5,1%	6,5%
AQUITAINE	5,3%	6,4%
HAUTE-NORMANDIE	4,8%	5,7%
POITOU-CHARENTES	4,8%	5,4%
FRANCHE-COMTÉ	3,9%	5,4%
MIDI-PYRÉNÉES	5,1%	5,1%
AUVERGNE	5,7%	5,0%
CHAMPAGNE-ARDENNE	5,4%	4,8%
BOURGOGNE	4,7%	4,7%
PICARDIE	3,2%	4,6%
ALSACE	3,9%	4,4%
CORSE	4,3%	3,9%
RHÔNE-ALPES	3,2%	3,7%
LIMOUSIN	2,4%	2,5%
ÎLE-DE-FRANCE	1,4%	1,8%
GUADELOUPE	2,3%	3,4%
MARTINIQUE	1,9%	0,8%
LA RÉUNION	1,2%	0,7%
GUYANE	0,2%	0,1%
<b>FRANCE</b>	<b>4,2%</b>	<b>5,1%</b>

### NOTE DE LECTURE:

1/ Les données 2014 peuvent différer de celles présentées dans le rapport d'activité 2014-2015 en raison du changement de base de population INSEE et de l'exploitation de la base nationale par la FNEHAD et non plus l'utilisation de données de l'ATIH.

2/ Il a été fait le choix de conserver les anciennes régions afin de mieux discerner les disparités territoriales dans la prise en charge des patients en HAD.

## Fin de vie et soins palliatifs

18229 décès ont eu lieu au cours d'une HAD en 2015. Près de 15 700 de ces décès peuvent être rattachés à des séjours pour lesquels le mode de prise en charge a été stable pendant toute la durée de la prise en charge. Parmi eux, plus de 11 800 sont survenus pour des séjours en « soins palliatifs ».



1/4

DES PRISES EN CHARGE SONT DES SOINS PALLIATIFS

### NOMBRE DE DÉCÈS SELON LE MODE DE PRISE EN CHARGE PRINCIPAL, POUR LES SÉJOURS TERMINÉS

(SOURCE: BASE NATIONALE 2014 ET 2015 - CALCULS FNEHAD)

MPP STABLE	LIBELLÉ	2014			2015		
		NB DÉCÈS	NB SÉJOURS TERMINÉS	PART DE DÉCÈS	NB DÉCÈS	NB SÉJOURS TERMINÉS	PART DE DÉCÈS
01	Assistance respiratoire	205	1 985	10,3%	235	1 959	12%
02	Nutrition parentérale	174	3 446	5%	126	3 208	3,9%
03	Traitement intraveineux	422	13 192	3,2%	470	14 280	3,3%
04	Soins palliatifs	10 575	27 459	38,5%	11 781	29 760	39,6%
05	Chimiothérapie anticancéreuse	16	18 615	0,1%	11	18 392	0,1%
06	Nutrition entérale	163	4 756	3,4%	154	5 054	3%
07	Prise en charge de la douleur	757	3 611	21%	1 202	4 537	26,5%
08	Autres traitements	82	4 544	1,8%	81	4 906	1,7%
09	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	977	20 225	4,8%	1 075	23 147	4,6%
10	Post-traitement chirurgical	19	3 934	0,5%	18	4 092	0,4%
11	Rééducation orthopédique	8	737	1,1%	7	598	1,2%
12	Rééducation neurologique	10	834	1,2%	7	888	0,8%
13	Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse	38	8 087	0,5%	33	8 661	0,4%
14	Soins de nursing lourds	499	6 420	7,8%	499	5 671	7,9%
15	Éducation du patient et/ou de son entourage	2	2 476	0,1%	2	2 475	0,1%
17	Surveillance de radiothérapie	1	76	1,3%	2	79	2,5%
18	Transfusion sanguine	1	180	0,6%	1	200	0,5%
19	Surveillance de grossesse à risque	0	5 762	0%	0	5 540	0%
20	Retour précoce à domicile après accouchement (RPDA)	0	4 422	0%	0	606	0%
21	Post-partum pathologique	0	15 584	0%	1	12 516	0%
22	Prise en charge du nouveau-né à risque	2	2 874	0%	0	2 825	0%
24	Surveillance d'aplasie	1	226	0,4%	0	133	0%
<b>TOTAL</b>		<b>13 952</b>	<b>149 445</b>	<b>9%</b>	<b>15 655</b>	<b>149 527</b>	<b>10,5%</b>

# Évaluation de la qualité et de la sécurité

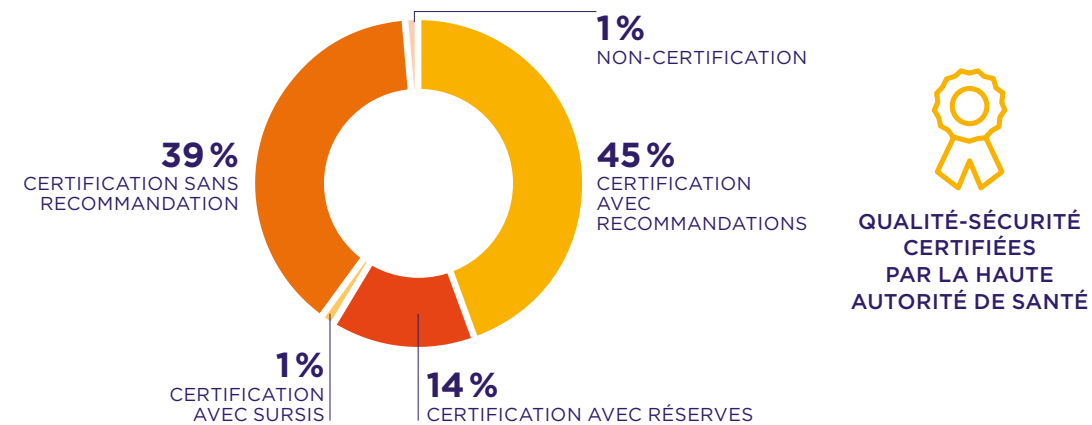
de qualité tels que la lutte contre les infections nosocomiales, la prise en charge de la douleur ou la traçabilité des actes et des prescriptions dans le dossier du patient.

## LA CERTIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS D'HAD

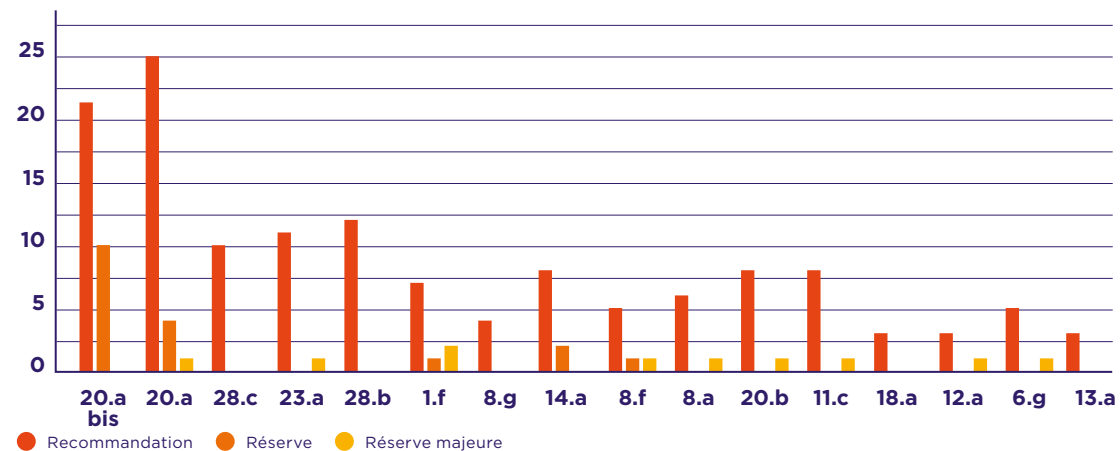
Les établissements d'hospitalisation à domicile sont des établissements de santé soumis aux mêmes obligations que les hôpitaux ou les cliniques: ils sont tenus d'assurer la continuité de soins 24h/24 et 7j/7, sont certifiés par la Haute Autorité de santé et sont soumis à des indicateurs

Seuls les résultats de certification (suite à la dernière décision) des HAD autonomes non rattachés à un établissement de santé avec hébergement sont repris dans les données ci-dessous.

### NIVEAUX DE CERTIFICATION V2010 APRÈS DÉCISION FINALE DES 85 ÉTABLISSEMENTS D'HAD AUTONOME



### FRÉQUENCE DES CRITÈRES DE CERTIFICATION DONNANT LIEU À DÉCISION EN V2010 (ÉTABLISSEMENTS AUTONOMES)



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 en V2010.

## 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.

### 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 hydro-alcooliques consommés.
- **L'ICA-BMR** : objective l'organisation, les moyens et les actions mis en œuvre pour la maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes.

### RÉSULTATS DU TABLEAU DE BORD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

	A	B	C	D	E	DI	EFFECTIF
<b>ICALIN 2 (2014)</b>	score HAD	66,7%	27,6%	3,3%	0,8%	0,8%	123
	score général	79,5%	11,7%	4,7%	2%	2%	2 760
<b>ICSHA 2 (2014)</b>	score HAD	65%	18,7%	7,3%	8,1%	0,8%	123
	score général	56,9%	25,6%	13%	3,4%	0,9%	2 663
<b>ICA-LISO</b>	score HAD	Non applicable					
<b>ICA-BMR (2013)</b>	score HAD	63,1%	18,9%	13,9%	4,10%	0%	122
	score général	69,4%	20,4%	6,6%	2,30%	1,30%	2 348
<b>ICATB</b>	score HAD	Non applicable					
<b>SARM</b>	score HAD	Non applicable					

**NOTE DE LECTURE:** 65% des HAD atteignent un niveau A pour le score ICSHA.2 contre 56,9% pour l'ensemble des établissements de santé.

**FNEHAD**

40 rue du Fer à Moulin  
75005 Paris  
Tél. : 01 55 43 09 09  
Fax : 01 55 43 09 04

[www.fnehad.fr](http://www.fnehad.fr)

[@fnehad\\_info](https://twitter.com/fnehad_info)



FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS  
D'HOSPITALISATION  
À DOMICILE