

**Programme « maladie » - Partie II « Objectifs / Résultats »**  
**Objectif n°3 : améliorer la qualité de la prise en charge des patients par le système de soins**

**Indicateur n° 3-2 : Articulation entre la médecine de ville et l'hôpital : nombre et proportion des territoires de santé de médecine dans lesquels existe une offre d'hospitalisation à domicile.**

*Finalité* : Cet indicateur permet de mesurer le développement de l'offre de soins alternative à l'hospitalisation sous forme d'hospitalisation à domicile. L'hospitalisation à domicile (HAD) permet la prise en charge à domicile des malades présentant des pathologies aiguës ou chroniques qui nécessitent des soins complexes ou d'une technicité spécifique. Ainsi, l'HAD favorise le continuum de la prise en charge, entre soins de ville et hospitalisation traditionnelle, dès lors que les indications respectives sont clairement respectées et évaluées. Elle répond à une demande des patients et est, en outre, considérée comme un mode de prise en charge efficient susceptible de diminuer le coût des soins pour la collectivité pour autant que son développement s'inscrive dans une rationalisation de l'organisation de l'ensemble de l'offre de soins au niveau territorial.

*Précisions sur les structures d'HAD* : point de rencontre entre la médecine hospitalière et la pratique ambulatoire, un établissement d'HAD est une structure mixte qui utilise les compétences internes des établissements de santé et coordonne les interventions de professionnels extérieurs. Ce mode de prise en charge a l'avantage de prendre en compte l'environnement sanitaire et médico-social participant à la prise en charge du patient en amont ou en aval de l'HAD.

La prescription d'HAD est faite soit par un médecin hospitalier, pour permettre un retour précoce à domicile lorsque l'hospitalisation traditionnelle n'est plus nécessaire, soit par le médecin référent du malade avec l'objectif d'éviter une telle hospitalisation.

Complémentaire des structures d'hospitalisation traditionnelle avec lesquelles elle peut d'ailleurs passer convention, l'HAD est aussi complémentaire des structures telles que les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou la prise en charge ambulatoire, desquels elle se distingue par le niveau de soins que l'on y dispense et par la coordination médicale des soins. Le développement de l'HAD est un axe important de l'évolution de l'organisation des soins.

*Résultats* : le nombre et la proportion des territoires de santé de médecine dans lesquels les patients ont recours à une offre d'hospitalisation à domicile sont donnés dans le tableau suivant :

	2006	2007	2008	Objectif
<b>Nombre de territoires de santé</b>	167	167	167	<b>100 %</b>
<b>Nombre de territoires de santé dans lesquels existe une offre d'HAD</b>	142	158	162	
<b>Proportion de territoires de santé dans lesquels existe une offre d'HAD</b>	85 %	95%	97 %	

Source : ATIH et DHOS.

En 2008, 97% des territoires sont ainsi couverts par une structure d'HAD. Il s'agit cependant de la mesure d'un taux de recours à l'HAD et il peut cependant ne pas y avoir de correspondance automatique entre couverture d'un territoire par une offre d'HAD et recours effectif à cette structure. Le constat de l'absence de recours à l'HAD dans un territoire de santé donné peut en effet signifier que l'offre HAD existe mais qu'aucun patient du territoire n'y a eu recours sur l'année soit qu'il n'y avait aucun besoin, ou qu'il n'a pas été jugé nécessaire ou utile de recourir à l'HAD. Toutefois, l'absence d'offre d'HAD reste assurément la cause déterminante du non recours dans un territoire donné.

L'objectif à moyen terme reste la couverture exhaustive du territoire national par des structures d'HAD.

Construction de l'indicateur : l'indicateur rapporte le nombre de territoires de santé de médecine dans lesquels les patients sont pris en charge par l'HAD, au nombre total de territoires de santé.

Le TS est l'unité géographique d'organisation des soins remplaçant le secteur sanitaire depuis la simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé (2003).

A chaque structure d'HAD correspond une aire géographique précisée par l'autorisation. Les structures d'HAD étant soumises, pour leurs activités de court séjour, à la tarification à l'activité (T2A) à 100 % depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, elles sont tenues depuis cette date de produire des résumés standardisés de sortie par séjour (ou sous-séquence), qui servent de base à leur rémunération. Les données agrégées, qui font l'objet de remontées mensuelles à destination de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), contiennent un code géographique des patients suivis en HAD qui peut être rapproché de la zone géographique couverte par le territoire de santé.

Il s'agit bien de mesurer la couverture des territoires de santé par des structures d'HAD, et non de recenser les lieux d'implantation de ces structures : le lieu du siège d'installation de la structure n'étant pas toujours révélateur du ou des territoire(s) couvert(s) par celle-ci.

La croissance du ratio est le signe d'un développement des structures d'HAD, source d'amélioration de la satisfaction des besoins de la population.

Précisions méthodologiques : un outil national de gestion des autorisations d'activités de soins permettra à terme de mieux analyser le recours à l'HAD sur un territoire en dissociant l'existence de l'offre du taux de recours à cette offre.