

# L'hospitalisation à domicile, une offre de soins à part entière ?

L'hospitalisation à domicile est une alternative à l'hospitalisation et se situe à un moment charnière de son développement. Elle vient de connaître une phase de croissance rapide, en conservant son orientation oncologique première. Aujourd'hui, elle progresse dans les domaines de la périnatalité et surtout des soins palliatifs.

L'idée d'hospitaliser à domicile est ancienne. Aux États-Unis en 1945, le docteur Ephraïm Bluestone de l'hôpital Montefiore à New York imagine le « *home care* », un système de prise en charge des patients alternant séjours hospitaliers et maintien à domicile pour les phases de soins de suite.

C'est sur ce modèle que l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP) et Santé Service, association à but non lucratif participant au service public hospitalier, à Puteaux (92), créent les premiers services d'hospitalisation à domicile (HAD) en France, à la fin des années 1950.

L'HAD permet de répondre aux besoins et aux problématiques des patients, en développant des prises en charge polyvalentes et des pôles de spécialisation. En l'absence d'un tel service, les patients seraient hospitalisés en établissement de santé.

Selon le Code de la santé publique, l'HAD assure une prise en charge globale et coordonnée du patient à son domicile en lui offrant la possibilité d'une meilleure qualité de vie dans son environnement habituel [1].

L'intérêt primordial de l'HAD est de permettre à une personne malade d'être soignée chez elle parmi les siens. Après un séjour à l'hôpital, souvent déresponsabilisant, le malade, lors de son retour à domicile, retrouve ses repères habituels et une plus grande autonomie par rapport à sa maladie. Depuis les années 2000, l'HAD se développe rapidement, encouragée par le gouvernement afin d'adapter le système de soins aux besoins croissants de la population, notamment vieillissante. Aujourd'hui, l'HAD fait partie intégrante du système de santé et ceci sur l'ensemble du territoire grâce à l'assouplissement des conditions réglementaires d'ouverture de structures et une liberté tarifaire [2].

Du côté de l'hôpital, qu'il s'agisse d'un établissement public ou privé, la relation avec l'HAD repré-

sente aussi un enjeu majeur sur le plan médico-économique. Le recours à l'HAD permet de dégager des capacités d'accueil pour de nouveaux patients et donc de diminuer les durées de séjour et de réduire les coûts.

Les circulaires de 2000 [3] puis de 2006 [4] clarifient son champ d'application et son fonctionnement.

## Les chiffres de l'HAD en France

Les établissements d'HAD représentent annuellement 400 millions d'euros de remboursements, somme à comparer aux 65 milliards de l'hospitalisation et aux 150 milliards d'euros de dépenses de l'Assurance maladie. Le coût moyen journalier est de 180 euros [5].

L'HAD a connu un essor important depuis dix ans et une forte croissance depuis 2005 (+119% d'activité). Avec 9 000 places occupées en 2009, elle ne représente pourtant qu'une part minime de l'offre hospitalière (0,45 % des séjours) [6].

Les structures d'HAD sont diverses par leur statut juridique et leur capacité. Elles se répartissent de façon égale entre les secteurs public et privé à but non lucratif. L'ensemble des séjours correspond à 2 millions de journées. C'est dans le secteur privé que l'activité est la plus élevée (68 %), l'activité du secteur public étant effectuée dans les centres hospitaliers régionaux (CHR).

L'offre de soins est inégalement répartie sur le territoire. Les structures sont souvent implantées en zone urbaine avec une forte concentration en Île-de-France, région qui totalise un tiers de l'offre totale, essentiellement assurée par Santé Service et l'AP-HP. Excepté dans le Nord-Pas-de-Calais, le Limousin et la région Paca, l'hospitalisation en HAD est encore peu répandue dans les autres régions. Un département sur cinq ne dispose d'aucune structure d'accueil en HAD [7].

La plupart des patients pris en charge en HAD résident dans des zones proches des structures. Cette alternative à l'hospitalisation conventionnelle ne peut donc pas être proposée à tous les patients qui pourraient ou voudraient en bénéficier.

## L'HAD, pour quels malades ?

Mal connue, l'HAD est souvent confondue avec le maintien à domicile des personnes âgées, ou assimilée aux réseaux de santé.

La plupart des structures d'HAD sont aujourd'hui polyvalentes. Cette diversification s'exprime par la variété des pathologies prises en charge en HAD. Les soins de périnatalité représentent le groupe de prise en charge le plus fréquent en termes de séjours. Par ailleurs, près d'un séjour sur cinq concerne des soins de cancérologie, notamment de chimiothérapie anticancéreuse. Les soins palliatifs arrivent en troisième position pour la prise en charge, associés au traitement de la douleur [7].

En 2006, 50 % des séjours réalisés ont une durée inférieure à 6 jours, mais les séjours liés à des pathologies lourdes atteignent des durées médianes de 20 jours [7].

## L'HAD, un modèle de coordination

Plus que son cadre réglementaire, l'originalité principale de l'HAD est d'amener les professionnels de santé à rompre avec le caractère isolé et segmenté de leurs pratiques.

Elle est proposée sur prescription médicale, pour une durée limitée dans le temps mais renouvelable dans certaines situations cliniques. Dans neuf cas sur dix [8], c'est un médecin hospitalier qui prescrit l'HAD à la suite d'une hospitalisation, d'une consultation ou d'un passage aux urgences.

La charge en soins et la surveillance continue du malade imposent d'établir un protocole de soins détaillé, définissant avec précision les interventions des professionnels de santé qui vont se succéder au chevet du patient.

Les soins sont assurés par coordination entre :

- une équipe d'infirmiers et d'aides-soignant(e)s hospitaliers ;
- des auxiliaires paramédicaux libéraux (infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste...) et des sages-femmes ;

– le médecin généraliste qui assure le suivi du patient en lien avec le médecin coordinateur de l'HAD et les services hospitaliers.

Le matériel nécessaire aux soins, les médicaments, les transports et les examens complémentaires sont pris en charge par l'HAD. La continuité des soins est, elle, assurée 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Mais ces structures, qui offrent aujourd'hui une prise en charge généraliste, ont développé des pôles de compétence de spécialisation unique ou multiple. Ces choix reposent, soit sur la présence d'une demande importante de prise en charge, soit sur la nécessité de recours à des techniques communes pour des pathologies différentes.

Certaines structures ont axé leur spécialisation sur des pathologies vasculaires ou pédiatriques.

D'autres ont formalisé des protocoles spécifiques en cancérologie, cicatrisation des plaies et des escarres [8]. Parallèlement, la forte demande en soins palliatifs a induit la spécialisation dans ce domaine dans un grand nombre de structures.

L'HAD se positionne comme un maillon dans la chaîne des soins du patient. De plus, dans la mesure où les pathologies graves, chroniques, parfois invalidantes, augmentent avec l'allongement de la durée de la vie, les usagers expriment de plus en plus le besoin d'être soignés à domicile, voire d'y finir leurs jours dans des conditions acceptables.

## Conclusion

La coordination hôpital/domicile est une nécessité absolue pour assurer la qualité de la prise en charge des patients.

Aujourd'hui, l'hospitalisation à domicile permet l'organisation des soins autour du malade et prend en compte l'ensemble de ses besoins. Son évolution au sein de notre système de santé se fera grâce à la coordination, au sein de réseaux, des professionnels hospitaliers et libéraux. •

**Philippe Mevel,**

cadre formateur, Ifsi/Ifas Raymond-Poincaré,

Garches (92)

philippe.mevel@dfc.aphp.fr

*Déclaration d'intérêts : l'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêts en relation avec cet article.*

### Références

- [1] Article L. 6125-2 du Code de la santé publique. [www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=4ECAD0E727BE7CAAFAD2C8DB273620B.tpdjo14v\\_2?idArticle=JORFARTI000020880032&cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=29990101&categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=4ECAD0E727BE7CAAFAD2C8DB273620B.tpdjo14v_2?idArticle=JORFARTI000020880032&cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=29990101&categorieLien=id)
- [2] Jouve M, Raffy-Pihan N, Olivier M, et al. L'hospitalisation à domicile, au-delà des mots. *Techniques hospitalières* 1999;642;36-9.
- [3] Circulaire n° DH/E02/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile. [www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire\\_295\\_300500.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_295_300500.pdf)
- [4] Circulaire n° DHOS/03/2006/506 du 1<sup>er</sup> Décembre 2006. [www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire\\_506\\_011206.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_506_011206.pdf)
- [5] Hubert E. L'hospitalisation à domicile : l'hôpital de demain. In : *La médecine à quel prix ? La Jaune et la Rouge* 2008;633.
- [6] PMSI-HAD 2009, SAE 2009, données statistiques.
- [7] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Les structures d'hospitalisation à domicile en 2006. *Études et résultats* 2009;697.
- [8] Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDS). L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients. *Questions d'économie de la santé* 2009;140.