

Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en hospitalisation à domicile (HAD) à destination des médecins prescripteurs

La feuille de route vise à proposer à la Commission Evaluation Economique et de Santé Publique et au Collège une orientation méthodologique pour répondre à une demande d'évaluation inscrite au programme de travail de la HAS. Cette proposition est fondée sur une analyse préliminaire ; elle est donc établie avant toute recherche documentaire structurée. Elle permet d'identifier les principaux enjeux et les problématiques d'évaluation. Cette orientation sera à confirmer lors du démarrage de l'évaluation (phase de cadrage le cas échéant).

CEESP : 22 mars 2016

Collège d'orientation du 19 mai 2016

Demands : Direction générale de l'offre de soins et Direction de la sécurité sociale

Objectif : Réaliser une grille d'analyse de la pertinence des demandes de transfert et d'admission en Hospitalisation à domicile (HAD)

1. Saisine

La saisine émane d'une demande commune de la DGOS et de la DSS et a été inscrite au programme de travail de la HAS pour l'année 2013. Afin de mieux préciser les attentes du demandeur, une réunion de cadrage associant la DGOS et la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD) a eu lieu le 19 mars 2014. Elle a permis de préciser le contexte de la demande, ainsi que les objectifs de la grille d'analyse de la pertinence des transferts en HAD et les utilisations attendues.

Une première feuille de route a été présentée à la CEESP le 7 avril 2015. Le Collège de la Haute Autorité de santé (HAS) du 23 avril 2015, a pris la décision de reporter le dossier dans l'attente de la publication d'une nouvelle version du guide méthodologique de production des recueils d'information standardisés de l'HAD par l'ATIH mettant à disposition des critères précis d'admission pour chacun des modes de prises en charge.

Une nouvelle réunion a été organisée avec la DGOS le 22 janvier 2016 afin de préciser dans quelle mesure le nouveau guide de l'ATIH permettait de répondre aux demandes. Suite à cet échange, la saisine a été maintenue et son périmètre a été précisé.

1.1. Contexte

Les établissements d'HAD permettent de dispenser au domicile du patient ainsi que dans un établissement social ou médico-social avec hébergement, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé. Ces soins sont nécessairement complexes, techniques, longs, pluriquotidiens, délivrés par divers professionnels de santé exerçant différentes spécialités.

L'HAD est prescrite en fonction de la charge en soins que nécessite l'état de santé du patient par un médecin hospitalier ou un médecin exerçant à titre libéral. Intégrée dans les parcours de soins, elle se positionne en alternative à l'hospitalisation conventionnelle avec comme objectif de permettre de maintien à domicile et de raccourcir, retarder ou éviter totalement une hospitalisation complète.

Depuis 2005, une dynamique volontariste de généralisation de l'offre d'HAD été mise en œuvre sur le territoire afin de contribuer à répondre à la demande croissante de la population d'être soignée à domicile, à l'impact du vieillissement démographique et à l'augmentation des pathologies chroniques. Cependant, si le nombre de journées en HAD a connu une progression importante depuis 2005 (+194% entre 2005 et 2014¹) – l'activité se concentrant particulièrement sur les soins palliatifs, les pansements complexes et les soins de nursing lourds – sa progression s'est ralentie d'année en année (+1,7% en nombre de journées entre 2013 et 2014, avec même une diminution du nombre de séjours de -1%).

Dans son rapport publié en 2013², la Cour des comptes a relevé que l'HAD restait mal connue et très peu développée en France par rapport à la place qu'elle occupe dans différents pays étrangers.

Les conditions d'inscription de l'HAD dans l'offre de soins depuis 2005 et le caractère sommaire de sa classification dans le PMSI ont en effet généré de nombreuses interrogations concernant la pertinence du recours à cette forme d'activité de soins, notamment par les prescripteurs hospitaliers et une utilisation très limitée par les praticiens libéraux. La nécessité de renforcer l'encadrement de l'HAD avait déjà été soulevée suite aux résultats des campagnes d'accompagnement et de contrôle des structures d'hospitalisation à domicile lancées par la CNAMTS en 2009 et mises en place annuellement depuis 2011.

En 2015, dans son rapport sur les évolutions récentes de l'HAD, la Cour des comptes réitère ses recommandations formulées en 2013 et en particulier, la nécessité de renforcer la pertinence du recours à l'HAD en s'appuyant sur des référentiels.

L'enjeu est de faire de l'HAD une offre de soins pleinement intégrée dans les parcours de soins avec comme objectif fixé par les pouvoirs publics en 2013 le doublement de l'activité à l'horizon 2018.

L'atteinte de cet objectif passe par un accroissement du recours à l'HAD par les praticiens hospitaliers et les médecins traitants et autres médecins libéraux : en particulier, son potentiel de développement dans les établissements médico-sociaux et dans certaines indications comme le domaine des chimiothérapies à domicile serait sous-exploité³.

1.2. Objectifs

Par la circulaire de 2013 relative au positionnement et au développement de l'HAD, les pouvoirs publics ont entendu définir une stratégie d'ensemble pour élargir la place de l'HAD en fixant comme objectif le doublement d'ici 2018 de la part d'activité de l'HAD, la portant de 0,6% à 1,2% de l'ensemble des hospitalisations complètes.

Cette circulaire souligne que les établissements d'HAD « *sont encore trop souvent mobilisés pour des interventions situées en deçà de leur potentiel et de leur savoir-faire, parce que les prescripteurs méconnaissent leurs capacités, ou parce qu'ils ne parviennent pas encore à répondre aux besoins correspondant à leur mission, ou encore parce qu'ils pallient certaines insuffisances du système (par ex. disponibilité insuffisante de professionnels libéraux, des services médico-sociaux ...)* ».

¹ FNEHAD, Chiffres clés (http://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2015/10/HAD_Annexes_18x25cm_web.pdf).

² Cour des Comptes. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013. Septembre 2013.

³ Cour des comptes. L'hospitalisation à domicile. Evolutions récentes. Décembre 2015

Elle positionne le développement de l'HAD dans une logique de substitution à l'hospitalisation complète devant conduire à l'amélioration de la prise en charge du patient ainsi qu'à des gains d'efficacité pour l'Assurance maladie, ce qui implique notamment une évolution de l'ensemble de l'offre sanitaire :

- « des établissements d'HAD eux-mêmes (...) ;
- des établissements de santé assurant l'hospitalisation avec hébergement, principaux prescripteurs de l'HAD, qui devront intégrer l'HAD plus souvent, y compris sur de nouveaux segments d'activité, ou de façon plus précoce dans les parcours des patients ;
- des professionnels libéraux (...) qui devront apprendre à prescrire un recours à l'HAD quand un passage par les établissements d'hospitalisation peut être évité ».

Quatre objectifs sont définis dans cette circulaire, dont le renforcement de la pertinence du recours à l'HAD qui devra s'appuyer sur des référentiels diffusés aux ARS, aux prescripteurs d'HAD et aux structures d'HAD.

Le rapport publié par la Cour des comptes en 2015 sur les évolutions récentes de l'HAD souligne ainsi que l'une des difficultés à établir de manière indiscutable la place de l'HAD dans l'offre de soins est liée le plus souvent à l'absence de référentiels qui doivent prendre en compte les critères fondamentaux de la prise en charge en HAD – des patients atteints de *pathologies lourdes et complexes, nécessitant des soins médicaux et paramédicaux complexes que seuls des établissements de santé peuvent prodiguer* – et également permettre de les différencier d'une prise en charge ambulatoire simple coordonnée par des professionnels de santé libéraux (comme par exemple en service de soins infirmier à domicile, SSIAD).

Enclencher une dynamique forte et durable de son développement suppose par conséquent une meilleure connaissance de cette offre de soins notamment par l'élaboration d'outils visant à clarifier les critères de transfert des patients vers l'HAD. Le caractère structurant d'une grille d'analyse de la pertinence des transferts fournirait ainsi la double opportunité de valoriser les spécificités de l'HAD par rapport aux autres offres de soins existantes, ainsi que d'asseoir les décisions d'admission sur des critères validés à hauteur des interventions attendues de l'HAD. Ce système de références doit permettre de :

- cadrer les conditions de recours à cette offre de soins ;
- répondre aux interrogations des établissements d'hospitalisation complète, des prescripteurs, des établissements d'HAD, des établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement, de la Direction de la Sécurité Sociale ou de l'Assurance Maladie.

Il ne s'agira pas de balayer l'ensemble des modes de prise en charge de l'HAD concernant les indications médicales autorisées, mais de **définir des critères génériques permettant de justifier d'une prise en charge en HAD**. Ces critères génériques prendront en considération les besoins en soins du patient :

- critères relatifs à l'organisation de la prise en charge : définition de la charge en soins médicaux et paramédicaux que nécessite l'état de santé du patient ;
- critères relatifs aux caractéristiques du patient en termes d'état de santé et de niveau de dépendance et/ou d'autonomie, sur le plan psycho-social et autres besoins qui justifient un recours à l'HAD, plutôt qu'à une autre offre de soins.

L'objectif de la réalisation de cette grille se veut pédagogique afin d'asseoir les décisions des acteurs impliqués dans cette prise en charge. Il s'agit ainsi de :

- fournir aux prescripteurs un cadre de référence pour leurs décisions de prescription ;
- rassurer les patients qui connaissent mal l'HAD et qui pourraient s'inquiéter à l'idée d'être hospitalisés chez eux, sur la légitimité de ce mode de prise en charge ;
- sécuriser les établissements d'HAD dans leurs décisions d'admission.

1.3. Utilisations attendues

Pour le demandeur, l'utilisation de cette grille d'analyse doit pouvoir se faire de différentes manières. Elle pourrait ainsi :

- être intégrée dans les logiciels d'aide à l'orientation des patients pour les prescripteurs, notamment l'outil *Trajectoire* pour la préparation de la sortie du court séjour ;
- être déclinée dans le guide méthodologique du PMSI ;
- constituer une aide pour les établissements d'HAD, qui souvent ne sont pas rattachés à un hôpital (établissements d'HAD autonomes) et qui ont besoin d'outils pédagogiques à destination de leurs professionnels de santé, afin de structurer et de sécuriser leurs pratiques.

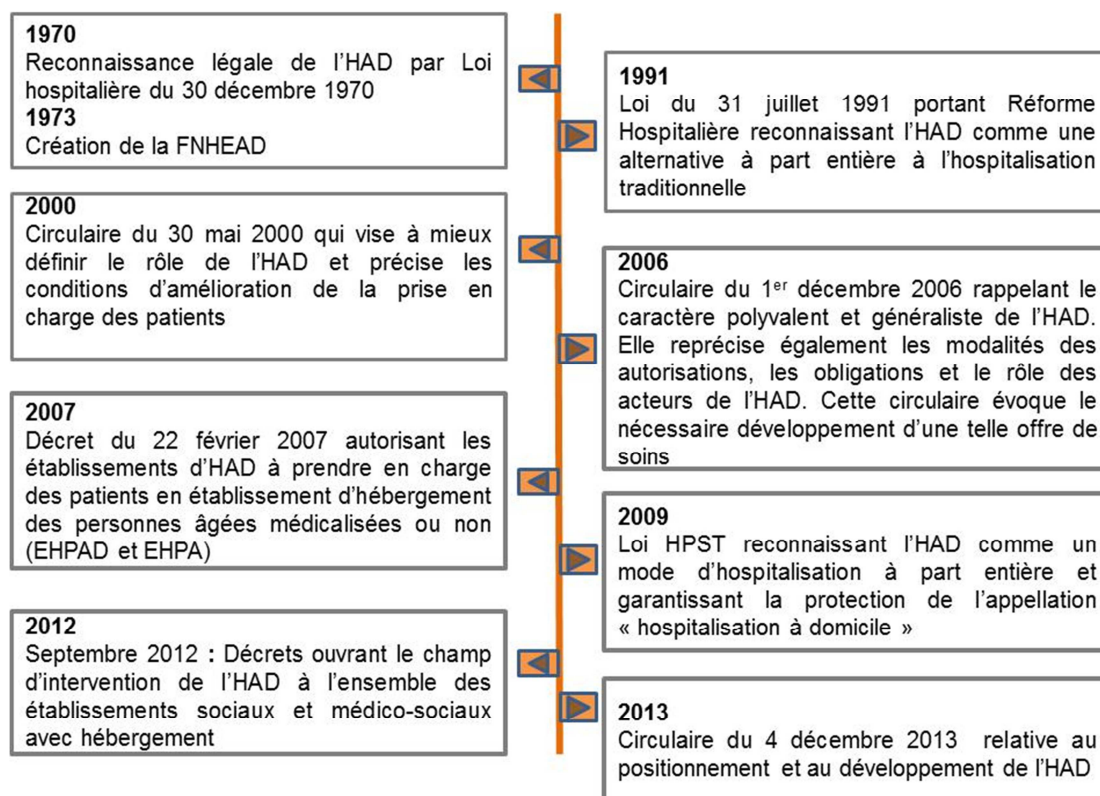
2. Etude de faisabilité

L'étude de faisabilité a permis de préciser le cadre réglementaire dans lequel s'inscrivait la saisine, les types de soins relevant de l'HAD, d'identifier l'origine des patients hospitalisés en HAD, et de faire une première recherche concernant les grilles disponibles pouvant éventuellement servir de support pour répondre à la demande.

2.1. Cadre législatif et réglementaire

L'HAD, qui a été consacrée dans la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, est considérée comme une alternative à l'hospitalisation conventionnelle en établissement de santé. Selon la circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000, l'HAD concerne des « *malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'une telle offre de soins, seraient hospitalisés en établissement de santé* ».

Schéma 1. Cadre réglementaire de l'HAD



Les établissements d'HAD

Les structures d'HAD ont le statut d'établissement de santé et sont, à ce titre, soumises à la même législation. Ainsi, l'article L. 6111-1 du Code de la Santé Publique (CSP) précise que les établissements publics, privés et privés d'intérêt collectif « *délivrent les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile* ».

Les établissements d'HAD ont pour mission « *d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés* » selon l'article R. 6121-4-1 du CSP. Cet article précise également que les établissements d'HAD peuvent intervenir dans un établissement social ou médico-social avec hébergement. Dans ce cas, il est indiqué que « *les soins ne peuvent être délivrés à un résident que si l'état de santé de celui-ci exige une intervention technique, qui ne se substitue pas aux prestations sanitaires et médico-sociales dispensées par l'établissement, et si son admission en hospitalisation à domicile répond à des conditions de prise en charge définies par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'action sociale* ».

La Loi « Hôpital Patients Santé Territoire » n°2009-879 du 21 juillet 2009, qui a reconnu l'HAD comme un mode d'hospitalisation à part entière, donne une définition assez large de la notion de « domicile » et protège l'appellation « hospitalisation à domicile » :

- « *[...] Ils [les établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif] délivrent les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement relevant de l'action sociale et des familles* » (article L. 6111-1 du code de santé publique « CSP ») ;
- « *Seuls les établissements de santé exerçant une activité de soins à domicile et répondant aux conditions prévues par l'article L. 6122-1 peuvent faire usage dans leur intitulé, leurs statuts, contrats, documents ou publicité, de l'appellation d'établissement d'hospitalisation à domicile* » (article L. 6125-2 du CSP).

Les établissements d'HAD peuvent être rattachés à un établissement de santé qui a une activité d'hospitalisation dite « classique » ou être autonomes. L'autorisation d'activité de soins à domicile est délivrée par l'agence régionale de santé (article L. 6122-1 du CSP). Cette autorisation permet aux établissements d'HAD de développer leur activité sur un territoire déterminé.

La circulaire N°DHOS/O3/2006/506 du 1er décembre 2006, indique que « *l'autorisation spécifique de structures d'hospitalisation à domicile est conjointe à celle des activités de soins concernées* » et que « *lorsque l'établissement ne pratique que sous la forme d'hospitalisation à domicile, cette autorisation vaut pour les activités de soins qu'elle désigne* ».

L'autorisation est donnée pour une durée de cinq ans renouvelable (articles L. 6122-8 et L. 6122-10 du CSP). Les dispositions relatives à ces autorisations sont précisées aux articles L. 6122-1 et suivants du CSP.

Admission du patient et soins délivrés par les établissements d'HAD

L'hospitalisation à domicile est prescrite par un médecin hospitalier ou un médecin exerçant à titre libéral (circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile).

L'article D. 6124-306 du CSP précise en outre que « *l'admission d'un patient dans un établissement d'hospitalisation à domicile, ainsi que sa sortie, sont prononcées par le responsable de cet établissement après avis du médecin coordonnateur mentionné à l'article D. 6124-308. L'admission est effectuée dans les limites de la capacité autorisée de l'établissement* ».

L'admission et la prise en charge d'un patient en HAD n'est réalisable qu'avec le consentement du patient ou de son représentant légal (articles R. 4127-36 et R. 4127-42 du CSP).

D'après l'article R. 6121-4-1 du CSP, les soins délivrés en HAD répondent aux critères suivants :

- ils peuvent être de nature **médicale et paramédicale**,
- ils sont délivrés sur une **période limitée mais révisable** en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient, de manière **continue** (24h/24 et 7 jours sur 7) et **coordonnée**.

Cet article précise également que les soins délivrés dans le cadre de l'HAD sont différents d'une prise en charge simple à domicile par une infirmière libérale ou par des professionnels de santé libéraux, de par la **complexité** et la **fréquence des actes**.

Selon la circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000, les malades concernés par l'HAD « *nécessitent des soins complexes, formalisés dans un projet thérapeutique clinique et psychosocial* ». Elle établit un classement des soins délivrés en HAD selon trois catégories :

- **soins ponctuels** : « *soins techniques et complexes, chez des patients ayant une pathologie non stabilisée, pris en charge pour une durée préalablement déterminée. Ils peuvent être fréquemment réitérés (chimiothérapie, par exemple)* ».
- **soins continus** : « *associent, pour une durée non déterminée préalablement, des soins techniques plus ou moins complexes, des soins de nursing, de maintien et d'entretien de la vie pouvant aller jusqu'à la phase ultime. Ils concernent des patients ayant une pathologie évolutive* ».
- **réadaptation à domicile** : « *est destinée à des patients pris en charge pour une durée déterminée, après la phase aiguë d'une pathologie neurologique, orthopédique, cardiologique ou d'une polyopathie* ».

2.2. Origine des patients hospitalisés en HAD dans le parcours de soins

L'HAD peut être proposée dans le parcours de soins à l'issue d'une prise en charge dans le cadre d'une hospitalisation de court séjour dans un établissement de santé de type Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO), après un séjour en Soins de Suite et réadaptation (SSR), après un passage aux urgences avec et sans hospitalisation ou directement à partir du domicile ; la prescription est généralement effectuée par un médecin hospitalier ou par le médecin traitant.

Les établissements d'HAD peuvent aussi intervenir dans les établissements à caractère social ou médico-social avec hébergement afin d'améliorer les parcours de soins, la prise en charge et la qualité de vie des personnes âgées, handicapées, mineures, en situation de précarité, etc ; dans ce cadre, la prescription est plutôt effectuée par le médecin traitant ou un médecin exerçant à titre libéral.

Une extraction des données du PMSI HAD réalisée par la HAS sur l'origine des séjours des patients hospitalisés en HAD montre qu'en 2013, sur 169 735 séjours, 112 530 soit 66,3% provenaient d'un transfert ayant pour origine une hospitalisation en MCO, et 48 565 soit 28,6% provenaient du domicile. Le reste des séjours avait diverses origines (SSR, urgences, structures médico-sociales ...).

Une analyse de la FNEHAD montre qu'en 2014, la prise en charge en HAD intervenait en aval d'une hospitalisation conventionnelle dans 69% des séjours.

2.3. Grilles existantes

L'HAD en France se situe dans un contexte réglementaire particulier, rendant non transposables les grilles et outils d'admission développés à l'étranger.

Grilles françaises

La recherche bibliographique n'a pas permis d'identifier de grille d'analyse de transfert en HAD à destination des prescripteurs.

Le logiciel *Trajectoire* est un outil d'aide à l'orientation et au transfert des patients d'une structure vers une autre, en particulier, d'une unité clinique de court et moyen séjour vers d'autres unités (par exemple, SSR, HAD, EHPAD). Il aide à l'orientation du patient, en fonction de la pathologie, et favorise une bonne adéquation entre la demande et l'offre à partir d'un annuaire des établissements. En revanche, il ne définit pas de critères génériques permettant de déclencher une demande de prise en charge en aval de l'hospitalisation conventionnelle.

Quelques établissements d'HAD proposent des outils sommaires sur leur site internet qui se présentent généralement sous forme de grille de pertinence (au moins un des critères coché rend le patient éligible à une prise en charge en HAD). Cependant, ces outils ont pour principal objectif d'aider les coordinateurs d'HAD à accepter ou non une demande de prise en charge et n'ont pas été élaborés à destination des prescripteurs pour asseoir leur décision de transfert d'un patient ou justifier le besoin d'une prise en charge en HAD.

En 2014, le Cotrim⁴ HAD d'Ile-de-France a constitué un groupe de travail pour évaluer les causes de non-admission en HAD et proposer une aide à la prescription de retour à domicile dans les conditions les plus adaptées. Les principaux motifs de non-admission étaient :

- le non-respect, par le demandeur, des critères fixés par le guide méthodologique de l'ATIH pour l'HAD ;
- l'existence d'alternative(s) permettant le retour à domicile ;
- une préparation incomplète du retour à domicile.

A contrario, le comité technique a constaté qu'un certain nombre de patients auraient pu poursuivre les soins ou décéder à domicile si les critères d'HAD avaient été mieux connus.

En 2015, la FNEHAD et la conférence nationale des directeurs de CHU ont initié un travail sur une grille d'aide à la prescription et à l'orientation des patients en HAD. D'après cette grille, pour relever de l'HAD, l'état du patient ne doit pas nécessiter un accès immédiat à un plateau technique ni une surveillance continue ; si son état présente une ou plusieurs des quatre caractéristiques suivantes, il est susceptible d'être pris en charge en HAD :

- 1) besoin d'une régulation médicalisée 24h/24 et 7j/7 ;
- 2) complexité médico-psychosociale qui nécessite une équipe pluridisciplinaire et une coordination ;
- 3) besoin de soins techniques de type hospitalier ;
- 4) besoin d'une prise en charge en soins importante.

Cette grille, actuellement en phase d'expérimentation dans 4 établissements de santé, pourra servir de base au présent travail de la HAS.

Grilles de codage médico-administratives

Au niveau administratif et tarifaire, la dernière version du **Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'HAD de l'ATIH**⁵ utilisé à partir du 1er mars 2016 définit 22 modes de prise en charge principaux pour coder les séjours. Ce codage permet de tarifier les séjours, et de déterminer leur nature. Le guide détaille les éléments médicaux définissant les caractéristiques du séjour, son contenu, et les modalités de codage concernant le mode de prise en charge et des diagnostics (CIM-10) pour pouvoir être codé en mode de prise en charge principal. Les annexes indiquent de façon précise la

⁴ Comité technique régional de l'information médicale.

⁵ http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bos/2015/sts_20150007_0001_p000.pdf

définition, le contenu, les modalités de codage et possibilités d'associations pour chacun des 22 modes de prise en charge principaux.

Ce guide à destination des établissements d'HAD permet d'aider au codage des séjours en fonction des différentes situations cliniques. Si ce guide ne constitue pas un outil générique auquel les prescripteurs peuvent faire référence pour justifier le transfert en HAD, il propose dans ses annexes certains éléments d'information pour chaque mode de prise en charge sur les besoins en soins pouvant être pris en charge en HAD (en fonction de leur lourdeur, technicité, répétitivité...).

Un outil analogue a été développé par la HAS pour le SSR

En 2013, la HAS a élaboré, à la demande de la DGOS, un **outil d'aide à la décision pour l'admission des patients en structures de soins de suite et de réadaptation (SSR)**⁶, dont l'objectif était identique à celui de la présente saisine, concernant cette offre de soins spécifique. Il s'agissait en effet d'évaluer le besoin de prise en charge par une structure de SSR que ce soit en hospitalisation complète ou partielle.

L'outil proposé par la HAS se présente sous la forme d'un **algorithme décisionnel** conçu comme une succession de filtres permettant, progressivement, de ne sélectionner que les patients pour lesquels une admission en SSR est *a priori* appropriée. L'outil ne permet pas de présager de l'admission effective du patient, qui relève d'une appréciation plus fine de sa situation médicale, et des places disponibles dans la structure de SSR au moment de l'admission.

La méthodologie d'élaboration de cet outil a consisté en l'utilisation d'une grille de pertinence existante, modifiée ensuite par un groupe de travail pluriprofessionnel regroupant à la fois des professionnels de santé des établissements « adresseurs » (services MCO des établissements hospitaliers) et des SSR. L'outil a ensuite été testé par un groupe d'essai comportant des professionnels du SSR et des médecins « adresseurs ».

Les autres travaux de la HAS dans le cadre de la prise en charge en HAD

Les différents travaux produits par la HAS dans le champ de l'HAD ont eu pour objectif de construire des référentiels d'indication par spécialité ou pathologie ou suite à un mode de prise en charge spécifique :

- recommandations de bonne pratique permettant de clarifier la place de l'HAD en périnatalité : recommandations de bonne pratique relatives aux situations pathologiques pouvant relever de l'HAD au cours de l'ante et du post-partum (2011) et à la sortie de maternité après accouchement (2014) ;
- travail relatif aux conditions du développement de la chimiothérapie en HAD (2015) ;
- rapport sur les « actes de prise en charge de plaies complexes à l'aide d'un appareil de traitement à pression négative (TPN) » (2016).

Le programme de travail de la HAS pour l'année 2016 prévoit en outre la mise en œuvre d'autres travaux sur la pertinence des soins de suite et réadaptation en HAD.

⁶ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/rapport_outil_daide_a_la_decision_pour_ladmission_des_patients_en_soins_de_suite_et_de_readaptation.pdf

3. Problématique émergeant de l'étude de faisabilité

L'objectif est d'élaborer un outil permettant de définir *a priori* pour quels patients une demande de prise en charge en HAD est pertinente dans leur parcours de soins. Cette grille de pertinence à destination des médecins prescripteurs d'HAD devra prendre en compte les critères fondamentaux de la prise en charge en HAD, permettre de la différencier par rapport aux autres modes de prise en charge (hospitalisation conventionnelle ou prise en charge simple coordonnée par des professionnels de santé libéraux) mais aussi identifier les critères de non transfert en HAD.

Les critères fondamentaux devront prendre en considération la spécificité des soins administrés à domicile (ou lieu de vie) qui sont nécessairement des soins complexes, techniques, longs, pluridisciplinaires, dispensés par divers professionnels de santé, les caractéristiques des patients et aussi plusieurs éléments pour que l'outil permette de répondre efficacement à l'ensemble des situations :

- la spécificité des soins délivrés en HAD pour des personnes qui ont besoin de continuité des soins et d'une équipe de coordination pluridisciplinaire et médicalisée est le premier élément à prendre en compte ; l'évaluation de la charge en soins, du type de soins et du travail de coordination est particulièrement importante à considérer car ce sont des éléments susceptibles de délimiter le périmètre de l'HAD et de la distinguer d'une prise en charge ambulatoire simple coordonnée par des professionnels libéraux de santé (par exemple SSIAD⁷, réseaux de soins) ou d'une hospitalisation conventionnelle ;
- les critères devront rester génériques, centrés sur les besoins de soins des patients tout en englobant la diversité des prises en charge en HAD (22 modes de prise en charge) ; il ne s'agit donc pas de produire des référentiels d'indications par pathologie ;
- les caractéristiques des patients ne devront pas se limiter aux critères médicaux mais inclure des critères d'autonomie, psychologiques, sociaux, etc. ;
- les critères devront être en cohérence avec les critères médicaux et psycho-sociaux utilisés par les coordonnateurs des structures d'HAD pour valider une prise en charge en HAD ;
- en fonction du lieu d'origine du patient – hospitalisation conventionnelle, domicile, établissement social ou médico-social avec hébergement – les critères de transfert pourront être variables ; l'outil ne devra donc pas se limiter au transfert après une hospitalisation conventionnelle uniquement.

Une grille de pertinence ne permet pas de tenir compte de plusieurs critères simultanément. Aussi, un **algorithme d'aide à la décision d'orientation**, qui indique *in fine* si le transfert en HAD est adapté ou non pour le patient paraît préférable.

Il est important de souligner que cet outil n'a pas vocation à évaluer l'admission effective du patient en HAD qui relève de l'appréciation du coordinateur de l'HAD : les critères d'admission sont spécifiques à l'évaluation de la situation du patient réalisée par l'équipe de coordination de l'HAD et des disponibilités de la structure (places, disponibilité du personnel médical et paramédical par rapport à la charge en soins, critères sociaux, conditions matérielles, éloignement et spécificités géographiques, contraintes personnelles du patient et de son entourage, etc.).

⁷ Services de soins infirmiers à domicile.

De manière similaire au travail réalisé dans le cadre de l'admission des patients en SSR, l'outil élaboré devrait donc se présenter comme un algorithme décisionnel conçu comme une succession de filtres qui permettront, progressivement, de ne sélectionner que les patients pour lesquels un transfert en HAD est adapté *a priori* aux besoins de soins du patient et de ses choix.

4. Périmètre de la demande et méthode proposée de réalisation

La saisine initiale portait uniquement sur l'élaboration de référentiels à destination des médecins hospitaliers des établissements de court séjour. Elle a été finalement élargie à **tous les prescripteurs** (médecins hospitaliers et praticiens libéraux) suite au passage en CEESP en avril 2015 et à la réunion du 22 janvier 2016 avec les demandeurs.

La question s'est posée de scinder la saisine en fonction du type de prescripteur : médecins hospitaliers d'une part et médecins traitants ou autres professionnels libéraux, d'autre part. En effet, en fonction du lieu d'origine de prise en charge du patient (domicile, établissement social, établissement médico-social, établissement hospitalier), le contexte, les caractéristiques des patients et les prescripteurs ne sont pas les mêmes et les critères de transfert pourraient ne pas être entièrement superposables. Il apparaît cependant y avoir davantage de critères communs que de critères spécifiques en fonction de ces deux catégories de prescripteurs. Par conséquent, il est proposé que l'algorithme décisionnel soit élaboré quel que soit le prescripteur.

Il s'agit donc de préciser pour quels patients, à quel moment et pour quels soins une prise en charge en HAD peut être envisagée.

Le titre de la saisine initiale « *Réaliser une grille d'analyse de la pertinence des demandes de transfert et d'admission en HAD* » est modifié par : « *Réaliser un algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD à destination des médecins prescripteurs* ».

A ce stade du travail, il est proposé au Collège de répondre à cette demande en procédant en trois temps.

Dans un premier temps, il s'agira de caractériser les conditions actuelles de transfert en HAD, ainsi que de dresser une typologie des séjours. Pour ce faire, la HAS s'appuiera sur :

- l'analyse des données du PMSI, pour les patients orientés vers une prise en charge en HAD ;
- l'étude du guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'HAD concernant le descriptif des modes de prise en charge en hospitalisation à domicile ;
- l'utilisation des quelques grilles d'admission élaborées par les HAD elles-mêmes.

Ces différents éléments devraient permettre, dans un deuxième temps, de construire un prototype d'outil d'aide à la décision qu'il s'agira ensuite de présenter, modifier et faire valider par un groupe de travail pluridisciplinaire comprenant :

- des médecins hospitaliers de MCO ou de SSR prescripteurs d'HAD ;
- des médecins hospitaliers de MCO ou de SSR non prescripteurs d'HAD ;
- des médecins traitants ou autres médecins libéraux dont certains patients sont pris en charge en HAD ou non ;
- des infirmiers libéraux ;
- des kinésithérapeutes ;
- des professionnels impliqués dans l'activité d'HAD (médecins coordonnateurs, cadres infirmiers, infirmiers) ;

- des représentants de patients et associations d'usagers ;
- des professionnels des Agences régionales de santé impliqués dans la prise en charge en HAD ;
- des professionnels impliqués dans les centres locaux d'information et de coordination (CLIC).

Une fois élaboré, le prototype d'outil entrera, dans un troisième temps, dans une phase de test auprès de plusieurs établissements de santé (groupe d'essai), sur un nombre limité de patients. L'évaluation proposée à l'issue de la phase d'essai comprendra des questions portant sur :

- le libellé de chaque item de l'outil ainsi que les explications fournies et l'algorithme de décision proposé ;
- l'utilité de l'outil pour faciliter la prise de décision d'une orientation du patient dans la pratique quotidienne des prescripteurs ;
- le meilleur type de support nécessaire pour assurer son utilisation (logiciels déjà utilisés, grille papier, application web, smartphone ...).

Le périmètre de la demande et la méthode proposée pour sa réalisation ont été présentés le 8 avril 2016 à la FNEHAD qui a considéré que la proposition de travail correspondait à ses attentes et besoins.

5. Actions envisagées en pratique pour la conduite de l'évaluation

Les différentes étapes du projet et le calendrier proposé sont détaillés ci-après :

- Constitution d'un groupe de travail (juin 2016) ;
- Etude des différents indicateurs de la pertinence révélée par la nouvelle grille de codage PMSI-HAD (juin à septembre 2016) ;
- Analyse des données du PMSI (septembre-novembre 2016) ;
- Constitution du prototype d'outil d'aide à la décision provisoire (novembre-décembre 2016) ;
- Réunion du groupe de travail (2 réunions)
- Elaboration de l'algorithme d'aide à la décision à tester par le groupe d'essai (janvier 2017) ;
- Test de l'algorithme d'aide à la décision par des HAD et des établissements potentiellement prescripteurs (février 2017) ;
- Finalisation et validation par les instances de la HAS (avril 2017) ;
- Diffusion (mai 2017).