

L'HOSPITALISATION À DOMICILE, “UNE EXCEPTION FRANÇAISE?”

Monographies des systèmes d'HAD à l'étranger
Un développement inégal et des modèles variés

DÉCEMBRE 2016



FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS
D'HOSPITALISATION
À DOMICILE

Résumé

FRANCAIS

Selon la littérature disponible sur le sujet au plan international, l'«hospitalisation à domicile» (HAD) répond à deux caractéristiques, communément retrouvées dans toutes les expériences observées à l'étranger :

- Elle consiste à dispenser au domicile du patient des soins complexes qui devraient sinon être pris en charge à l'hôpital;
- Elle se substitue à l'hospitalisation avec hébergement, en assurant la continuité des soins des patients qu'elle prend en charge (gestion 24h/24 - 7j/7).

Les types de prises en charge réalisées en HAD diffèrent d'un pays à l'autre entre plusieurs modèles :

- **Modèle polyvalent :** l'HAD prend en charge une large gamme de pathologies;
- **Modèle gériatrique :** l'HAD prend en charge une large gamme de pathologies mais uniquement pour les sujets âgés. Ce type d'HAD connaît actuellement un fort développement;
- **Modèle spécialisé :** l'HAD ne procède qu'à des soins précis (palliatifs, rééducation...).

Il est possible de distinguer plusieurs niveaux de développement de l'HAD selon les pays :

- L'Australie, l'Espagne et la France ont mis en place un système d'HAD diffusé sur une large partie de leur territoire grâce au développement d'expériences de terrain ainsi qu'à des incitations légales et tarifaires;
- Les États-Unis, l'Angleterre, l'Italie, le Canada et la Suède disposent, de longue date, de systèmes d'HAD mais leur développement est limité à un nombre restreint de territoires ou de pathologies;
- Il existe un développement beaucoup plus récent d'HAD dans d'autres pays (Pays-Bas, Danemark, Belgique, Algérie...). Cette tendance semble illustrer un nouvel essor de l'HAD dans le monde.

La mise en place d'organisations d'HAD est, le plus souvent, le fait d'initiatives locales, au moins dans un premier temps. Cependant, l'existence d'incitations financières de la part des autorités de régulation sanitaire, à l'instar d'une tarification similaire à celle de l'hospitalisation avec hébergement, permet d'accélérer leur diffusion.

ENGLISH

According to the existing literature about it, home hospitalization, or hospital at home (HaH), relies on two characteristics:

- It consists in dispensing at the patient home complex care that would otherwise require a conventional hospitalization;
- It replaces hospital by ensuring the continuity of care for the patients it takes care of (24h/24 - 7d/7 management).

The type of care delivered by home hospitalization schemes are different from one country to another but can be classified into three models:

- **Polyvalent model:** a large range of illness are taken care of by HaH;
- **Geriatric model:** a large range of illness are taken care of by HaH but only for elder patients. This type of HaH is currently growing;
- **Specialized model:** HaH only delivers specific treatments (palliative care, rehabilitation...)

Three different development stages of HaH can be found in the world:

- HaH is well developed in Australia, France and Spain thanks to the replication of ground experiments and national or regional policies
- HaH schemes are present in Canada, England, Italy, Sweden and the United States but they are limited to specific areas or illness
- HaH has recently been developing in new countries. This tendency seems to illustrate a new expansion of HaH in the world.

The implementation of HaH units mostly comes with bottom-up initiatives. However, financial or legal incentives set up by health regulatory authorities, such as comparable funding for HaH and conventional hospitalization, is a way to speed up their spread.

! Précautions de lecture

Ce rapport a été réalisé à partir des données de la littérature scientifique internationale et des documents disponibles en ligne. Il n'a pas la prétention de viser la description exhaustive de tous les systèmes d'hospitalisation à domicile dans le monde. Il permet néanmoins de donner un état des lieux global et de compléter les analyses internationales existantes, encore peu nombreuses^{1,2}.

Zoom p.2

L'HOSPITALISATION À DOMICILE DANS LE MONDE

Introduction p.4

L'HOSPITALISATION À DOMICILE UNE RÉPONSE AU DÉVELOPPEMENT DES PRISES EN CHARGE COMPLEXES AU DOMICILE

Typologie 1 p.6

L'HAD : UNE PLACE DÉFINIE ET ENCADRÉE DANS LE SYSTÈME DE SOINS (AUSTRALIE, ESPAGNE, FRANCE)

A. DES INITIATIVES LOCALES RELAYÉES PAR UNE IMPULSION NATIONALE OU FÉDÉRALE

B. DES MODALITÉS D'ORGANISATION ET DES TYPES DE SOINS DIFFÉRENCIÉS

Typologie 2 p.10

L'HAD : UNE IMPLANTATION ANCIENNE MAIS UNE DIFFUSION LIMITÉE SUR LES TERRITOIRES

A. LES ÉTATS-UNIS, UN PAYS PIONNIER MAIS DES FREINS FINANCIERS DIFFICILES À LEVER

B. UNE SEGMENTATION DE LA RÉGULATION DE L'OFFRE DE SOINS QUI CONDUIT À UN DÉVELOPPEMENT HÉTÉROGÈNE

Typologie 3 p.14

L'HAD : UN ESSOR RÉCENT PAR LE BIAIS DE PROJETS LOCAUX OU DE POLITIQUES NATIONALES

Bibliographie p.16

DIRECTION DE LA RÉDACTION

Dr Elisabeth Hubert, présidente de la FNEHAD
Nicolas Noiriel, délégué national

RECHERCHES ET RÉDACTION

Jonathan Cortet, élève directeur d'hôpital, EHESP

COORDINATION ET SUIVI DU PROJET ÉDITORIAL

Nicolas Noiriel, délégué national
Vanessa Jollet, chargée de communication
Anne Dabadie, chargée de mission

CONCEPTION ET RÉALISATION GRAPHIQUE

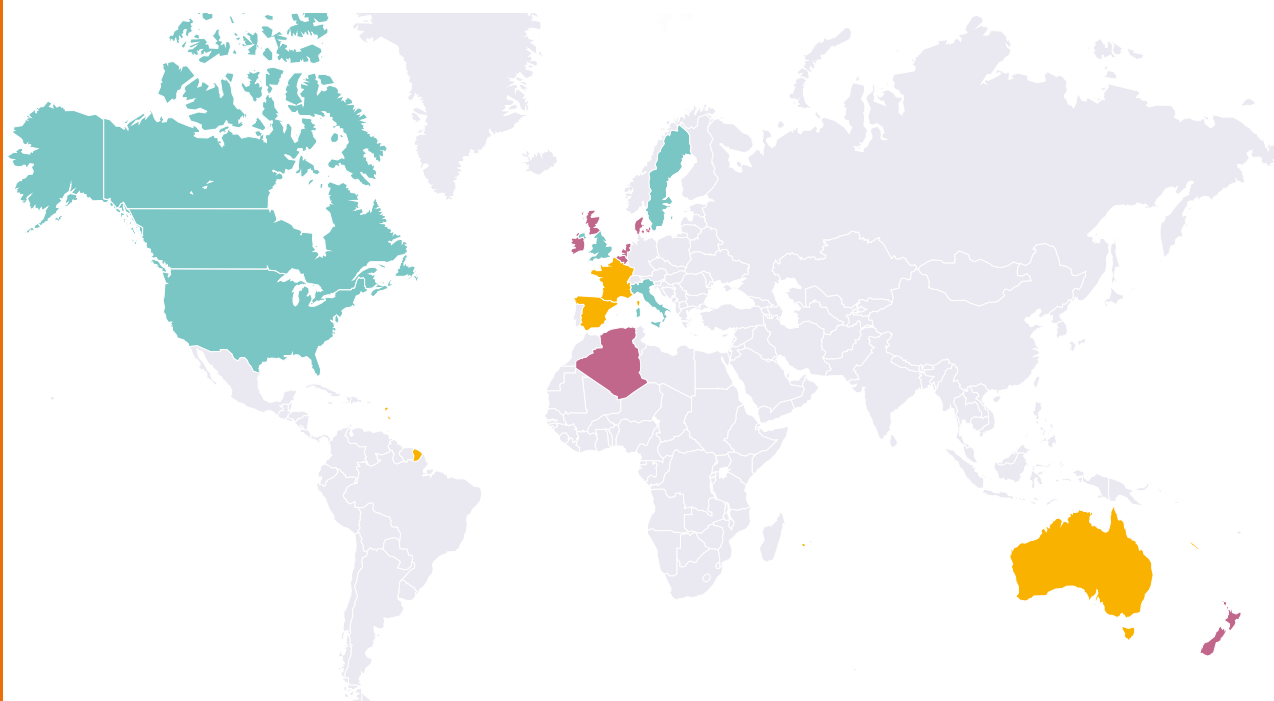
Biblis Duroux

Zoom

L'HOSPITALISATION À DOMICILE DANS LE MONDE

L'« hospitalisation à domicile », au sens communément admis dans la littérature internationale (double critère de **complexité des prises en charge** et de **continuité des soins**) se rencontre dans plusieurs pays du monde. Cependant, son niveau de développement et de structuration est

très inégal. Il faut ainsi distinguer les pays qui bénéficient d'une couverture nationale en matière d'HAD, des autres. Dans la première catégorie ne figurent que la France, l'Australie et l'Espagne. Ailleurs, l'HAD existe mais son développement est moins systématique.



- Yellow:** Pays qui disposent d'établissements d'HAD répartis sur le territoire et de normes nationales/fédérales encadrant cette pratique
- Teal:** Pays où des établissements d'HAD disposent d'une longue implantation mais où le modèle n'est pas largement diffusé et structuré par les pouvoirs publics
- Purple:** Pays où l'implantation d'HAD est récente voire expérimentale

Figure 1 – LE DÉVELOPPEMENT DE L'HOSPITALISATION À DOMICILE DANS LE MONDE

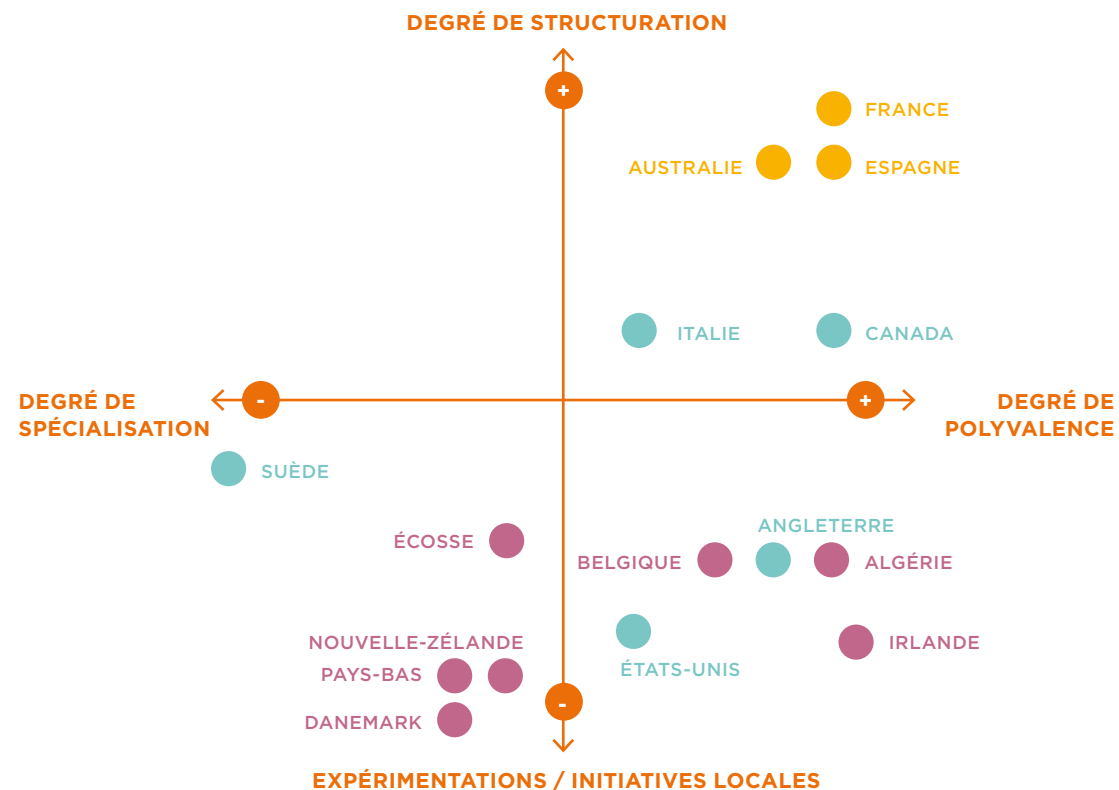


Figure 2 – TYPOLOGIE DES SYSTÈMES D'HAD DANS LE MONDE

GRILLE DE LECTURE

AXE VERTICAL

LE DEGRÉ DE STRUCTURATION DE L'HAD DANS LE PAYS

est établi en fonction de son niveau de diffusion sur le territoire (couverture territoriale, niveau d'activité), de son encadrement juridique et financier (maturité des outils de régulation, cadre normatif, pérennité des financements...).

AXE HORIZONTAL

LE DEGRÉ DE POLYVALENCE DES STRUCTURES D'HAD DU PAYS

est établi selon la capacité de ces structures à prendre en charge un nombre plus ou moins important de pathologies. Certaines HAD sont ainsi polyvalentes, d'autres spécialisées sur une pathologie spécifique ou encore réservées à une catégorie précise de patients (le plus souvent des patients âgés).

On constate que si le niveau d'institutionnalisation et de diffusion de l'activité d'HAD est très variable selon les pays, pour des raisons qui sont développées infra, l'immense majorité des pays a fait le choix de positionner l'HAD sur un critère d'intensité des soins, et non comme un acteur spécialisé sur une pathologie particulière.

Introduction

L'HOSPITALISATION À DOMICILE UNE RÉPONSE AU DÉVELOPPEMENT DES PRISES EN CHARGE COMPLEXES AU DOMICILE

La plupart des systèmes de soins se structurent traditionnellement autour d'une distinction entre des soins primaires dispensés en ville (soins infirmiers, médecins généralistes, dentistes...) et des soins secondaires/ tertiaires (chirurgie, soins intensifs, actes techniques) proposés par l'hôpital. Cette frontière entre soins primaires et secondaires est amenée à évoluer du fait de plusieurs facteurs :

• FACTEURS ÉPIDÉMIOLOGIQUES :

> La prévalence des maladies chroniques tend à augmenter dans la population mondiale. Ainsi, selon l'OMS³, entre 2012 et 2030, le nombre de décès dus aux maladies non transmissibles (cardiopathie, cancers, maladies respiratoires, diabète...), devrait passer de 38 à 52 millions. Or, la prise en charge des maladies chroniques repose en partie, selon l'OMS, sur une intégration des offres de soins primaires, secondaires et tertiaires⁴.

• FACTEURS DÉMOGRAPHIQUES :

> Le vieillissement de la population (augmentation de la part des personnes de plus de 60 ans de 12,3% à 16,5% entre 2015 et 2030⁵), peut remettre en cause la pertinence des prises en charge hospitalières en raison de différents risques iatrogéniques qui touchent particulièrement la population âgée (maladies nosocomiales, désorientation)⁶.

• FACTEURS RELATIFS À L'ORGANISATION DU SECTEUR SANITAIRE :

> L'hôpital se recentre sur son offre de soins techniques, occasionnant une rationalisation et une diminution du nombre de lits communs à tous les pays développés. En conséquence, les systèmes de santé sont amenés à développer des mécanismes visant à réduire les hospitalisations, en nombre et en durée.

> Dans le même temps, certains besoins sanitaires sont mal couverts, à l'instar des soins palliatifs, dont la nécessité est directement corrélée à la progression des maladies chroniques. L'OMS estime ainsi que seuls 14% des 40 millions de personnes nécessitant des soins palliatifs ont été pris en charge en 2014⁷.

• FACTEURS TECHNIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

> La diffusion de nouvelles pratiques et de techniques médicales permet également d'envisager des prises en charge à domicile en toute sécurité (traitements anticancéreux, dispositifs médicaux...).

Ces phénomènes aboutissent au développement de prises en charge de niveau hospitalier en dehors des murs de l'hôpital et donc au rapprochement des sphères de soins primaires et secondaires. À ce titre, la prise en charge à domicile de soins complexes constitue une alternative à l'hospitalisation classique **à même de faire le lien entre l'hôpital et la ville**. Différentes revues systématiques de la littérature scientifique internationale permettent ainsi de repérer des **prises en charge complexes à domicile dans 19 pays différents** pour un case-mix varié (chimiothérapie à domicile⁸, oncopédiatrie⁹, prise en charge d'une embolie pulmonaire nouvellement diagnostiquée¹⁰, soins post-AVC¹¹, exacerbation aigüe de BPCO¹², nutrition parentérale¹³). L'association européenne de soins palliatifs recense, par ailleurs, dans son Atlas de 2013, des équipes de prise en charge palliatives à domicile dans 38 pays européens¹⁴.

L'hospitalisation à domicile apparaît comme **un mode de prise en charge à même d'encadrer la délivrance de soins techniques à domicile**. Son mode d'organisation la rapproche de l'hospitalisation conventionnelle sous deux aspects :

• TECHNICITÉ/COMPLEXITÉ DES SOINS :

une structure d'hospitalisation à domicile doit être en mesure d'apporter des soins équivalents à ceux réalisés en milieu hospitalier¹⁵, c'est-à-dire des «soins qui, autrement, ne pourraient être délivrés qu'à l'hôpital»¹. Cette condition nécessite la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire (médecins et infirmiers au minimum).

• CONTINUITÉ DES SOINS :

les patients doivent être pris en charge 24h/24 et 7j/7 avec au besoin un conventionnement avec un service d'urgences¹⁶.

Cette définition semble la plus communément admise par la littérature et c'est donc selon ces critères qu'a été distingué ce qui relevait ou non de l'hospitalisation à domicile au plan international^{15,16}.

Ces critères permettent aux structures d'hospitalisation à domicile d'être en mesure de venir, soit en substitution complète à l'hospitalisation classique, soit en complément, dans l'hypothèse où le patient nécessite encore des soins aigus après avoir quitté l'hôpital¹⁷, en particulier dans le cas d'une sortie anticipée.

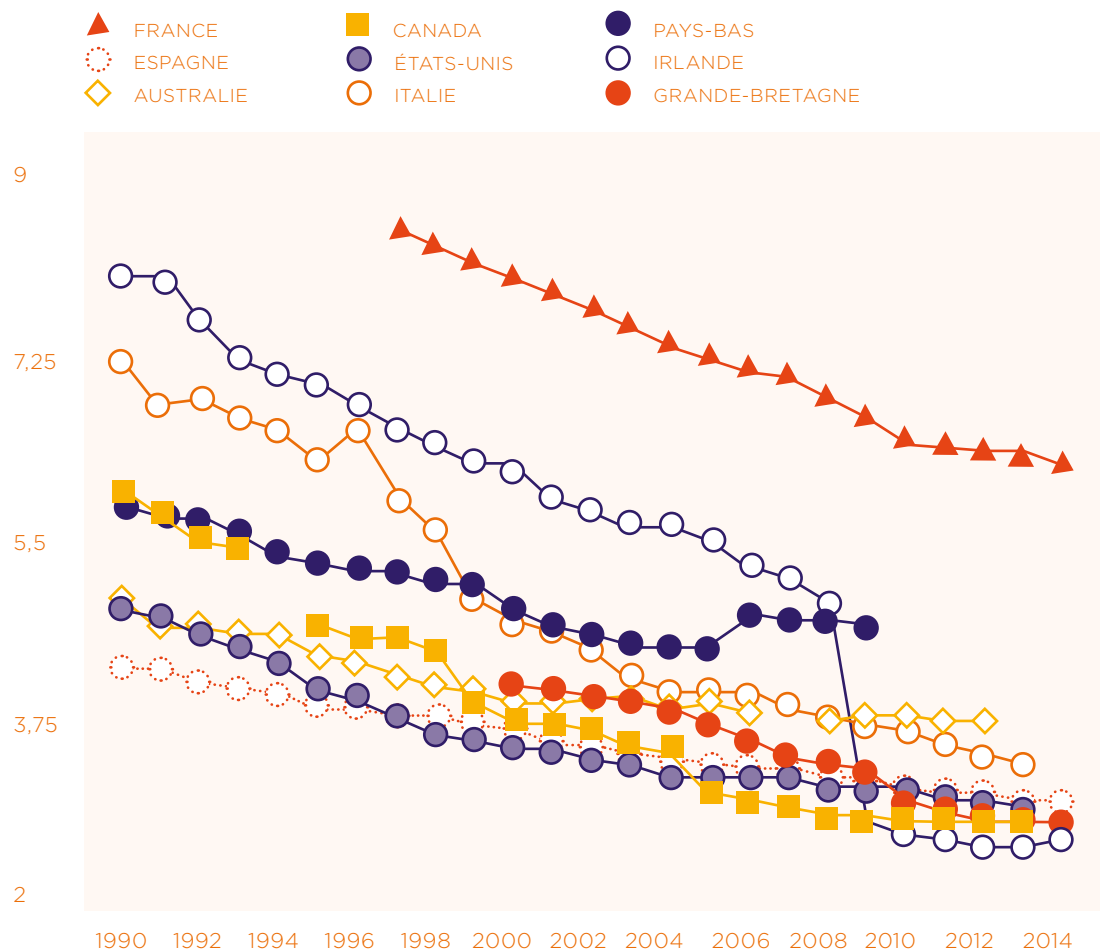


Figure 3 — ÉVOLUTION DU NOMBRE DE LITS D'HÔPITAUX POUR 1000 HABITANTS
Source: OCDE

Typologie 1

L'HAD : UNE PLACE DÉFINIE ET ENCADRÉE DANS LE SYSTÈME DE SOINS (AUSTRALIE, ESPAGNE, FRANCE)

PAYS	FRANCE	AUSTRALIE ¹⁸	ESPAGNE
NOM	Hospitalisation à domicile	Hospital in the home	Hospitalización a domicilio
DATE DE MISE EN PLACE	1957 Création de l'HAD de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP) ¹⁹	1994 Développement de l'HAD dans l'État de Victoria ²⁰	1981 Premier service d'HAD à l'hôpital provincial de Madrid ²¹
ACTIVITÉ EN 2015	4629254 journées ²³	595919 journées ²²	1019151 visites à domicile (2014)
NOMBRE MOYEN DE PATIENTS (VISITES POUR L'ESPAGNE) PRIS EN CHARGE EN HAD PAR JOUR ET POUR 100 000 HABITANTS	2015	19,19 ²³	8,09
	2011	16,54 ²³	6,25
	ÉVOLUTION 2011-2015	+16,03%	+29,5%
POIDS DE L'HAD COMPARÉ À L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE CONVENTIONNELLE	42,1 journées d'HAD pour 1000 journées MCO+SSR ²⁴	20,73 journées d'HAD pour 1000 journées d'hospitalisation conventionnelle	19,3 patients en HAD pour 1000 hospitalisations conventionnelles
DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR (EN JOURS)	25 ²³	6	–
NOMBRE DE PATIENTS	105008 (2015)	–	101719 (2014)
NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS D'HAD	308	–	114 ²⁵
PART DE L'ACTIVITÉ RÉALISÉE PAR DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS	26%	91,18%	90,56%

PAYS	FRANCE	AUSTRALIE	ESPAGNE
CASE-MIX	Principaux modes de prise en charge (2015) ²³ : 1. Pansements complexes et soins spécifiques, stomies compliquées (25% de l'activité) 2. Soins palliatifs (24%) 3. Soins de nursing lourds (11%) 4. Nutrition entérale (7%) 5. Traitement intraveineux (6%)	Pas de données nationales mais classement des catégories majeures de diagnostic (en nombre de journées) dans l'État de Victoria (2009) qui représente 40% des journées d'HAD du pays ²⁶ 1. Cellulite ²⁷ 2. Thrombose veineuse 3. Autres facteurs influençant l'état de santé 4. Procédure liée à la prise en charge du pied diabétique 5. Apnée du sommeil 6. Embolie pulmonaire 7. Infections post-opératoires et post-traumatiques	Pas de données nationales. Détails existants pour deux communautés autonomes: GALICE ²⁸ (2013): 1. Soins palliatifs oncologiques (27% de l'activité) 2. Soins palliatifs non oncologiques 3. Antibiothérapie veineuse 4. Soins post-opératoires COMMUNAUTÉ VALENCIENNE (2011) ²⁹ : 1. Soins médicaux - maladies chroniques (50% des patients) 2. Soins palliatifs (41%) 3. Soins post-chirurgicaux (6%) 4. Santé mentale (3%)
ORGANISATION DES HAD	Mixte ²³ (structures indépendantes ou rattachées à un hôpital public ou privé): • 126 structures publiques (26% de l'activité), toutes rattachées à un hôpital public ³⁰ • 125 structures privées non lucratives (61% de l'activité), en large partie indépendantes • 57 structures privées (13% de l'activité), rattachées pour deux-tiers à un hôpital privé.	Services d'HAD rattachés à un hôpital (le plus souvent public)	Services d'HAD rattachés à un hôpital (le plus souvent public)
MODE DE FINANCEMENT	Financement à l'activité: • prix de journée établi selon les pathologies regroupées dans des modes de prise en charge; • le tarif couvre les soins, les soignants et les traitements; • dégressivité des tarifs en fonction de la durée.	Financement à l'activité: système de groupements homogènes de séjours (weighted inlier equivalent separation) à partir de catégories majeures de diagnostic (diagnostic related groups)	Financement sur le budget global des hôpitaux (établi selon plusieurs critères historiques et démographiques)
AUTORITÉ DE RÉGULATION DU SYSTÈME D'HAD	Normes nationales mais contrôle régional (Agences régionales de santé)	États et territoires fédérés	Communautés autonomes
COUVERTURE DE L'HAD	Ensemble du territoire	4 des 8 principaux États et territoires	Quasi-intégralité des communautés autonomes à un degré très différent selon les CCAA
INSTANCE DE REPRÉSENTATION	FNEHAD ³¹ (fédération rassemblant 241 des 308 établissements existants; d'autres fédérations rassemblent également des établissements d'HAD en fonction de leur statut ou secteur d'activité: FHF, Fehap, FHP et Unicancer)	HITH Society ³²	SEHAD ³³

A. DES INITIATIVES LOCALES RELAYÉES PAR UNE IMPULSION NATIONALE OU FÉDÉRALE

L'hospitalisation à domicile a suivi le même schéma de développement dans les trois pays de l'échantillon présenté ici. À l'origine, une première structure pilote s'est développée avant d'être répliquée par d'autres établissements de santé. Ces expériences pilotes ont ensuite été appuyées par les autorités régulatrices de l'offre de soins selon des modalités différentes.

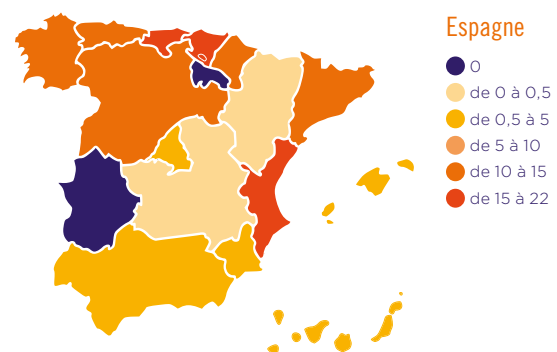
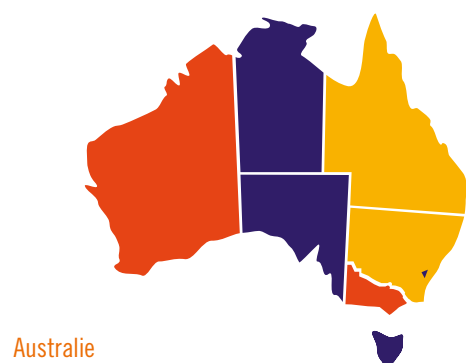
En France, le système de santé est régulé de manière centralisée au niveau de l'État. Aussi, différentes normes nationales (lois, règlements, circulaires) sont venues appuyer et encadrer l'hospitalisation à domicile³⁴. Ces normes ont progressivement modelé le système d'HAD français qui repose sur plusieurs caractéristiques définies réglementairement³⁵:

- **Reconnaissance du statut d'établissement de santé aux structures d'HAD.** Elles peuvent ainsi exercer de manière autonome sans être rattachées obligatoirement à un hôpital. Les établissements d'HAD sont soumis à une certification de la Haute autorité de santé quasi-identique à celles des autres établissements de santé;
- **Financement à l'activité basé sur des tarifs de journées établis en fonction des modes de prise en charge et de la durée totale du séjour;**
- **Suivi médical des patients assuré par le médecin traitant, sous la coordination d'un médecin coordonnateur rattaché à l'HAD;**
- **Continuité des soins 24h/24, 7j/7.**

En Espagne et en Australie, la gestion du système de santé et, en particulier des hôpitaux, est en large partie confiée aux autorités décentralisées (respectivement, aux communautés autonomes et aux États). En Australie, le développement de l'hospitalisation à domicile dans l'État de Victoria a reposé sur son financement à l'activité sur les mêmes bases tarifaires que pour une hospitalisation conventionnelle^{36,37}. **En Espagne, les hôpitaux sont financés par une dotation globale. L'incitation basée sur la tarification à l'activité n'y existe donc pas.** Pour autant, l'HAD peut permettre de réduire les coûts de ces établissements. Aussi, plusieurs communautés autonomes, en particulier la Communauté Valencienne²⁹, le Pays Basque¹, la Galice²⁸ et la Catalogne³⁸, ont développé un cadre légal pour réguler et inciter cette pratique. À elles seules, ces quatre communautés autonomes représentent 71% des patients traités en HAD et 67% des unités dédiées pour seulement 37% de la population^{25,40}. On constate néanmoins que, à l'image de l'Australie, le développement d'unités d'HAD dans les hôpitaux espagnols est lié à des initiatives locales et bénéficie d'une forte implication médicale, qui a probablement plus d'influence que les incitations légales. Le nombre d'études espagnoles sur l'hospitalisation à domicile durant les dix dernières années illustre ce dynamisme¹⁶.

L'organisation décentralisée du système de soins en Espagne et en Australie explique en partie un niveau de développement hétérogène en fonction des régions. On constate cependant que cette couverture territoriale inégale se retrouve également en France, à une échelle moindre, puisque plus de 98% du territoire est couvert par une HAD³⁹, mais à des niveaux différents en fonction des régions. À l'inverse, la faible densité du territoire australien et l'absence de prise en compte de la distance parcourue dans le calcul du tarif de remboursement de l'HAD apparaît comme une limite à son expansion territoriale¹.

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



France

- de 2,5 à 13,1
- de 13,2 à 16,3
- de 16,4 à 18,8
- de 18,9 à 22,6
- de 22,7 à 81,3

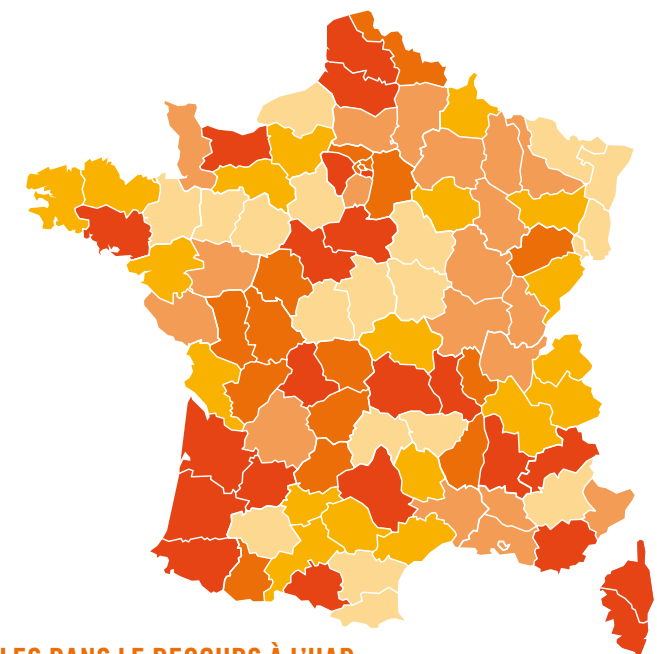


Figure 4 – **DISPARITÉS TERRITORIALES DANS LE RECOURS À L'HAD**

Sources : France - FNEHAD, rapport d'activité 2015-2016 / Espagne - portal estadístico del SNS, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad⁴⁰ / Australie - Admitted patient care, 2014-15, Australian Hospital statistics, Australian Institute of Health and Welfare²²

B. DES MODALITÉS D'ORGANISATION ET DES TYPES DE SOINS DIFFÉRENCIÉS

Dans ces trois pays, l'offre de soins aigus à domicile n'est pas identique.

En Australie, et en particulier dans l'État de Victoria, les autorités de régulation sanitaire, confrontées à la faible densité du pays (3 habitants/km²) et donc à la difficulté de couvrir l'ensemble du territoire en hôpitaux, ont développé plusieurs programmes qui visent à compenser ou limiter le recours à l'hôpital et à diminuer les durées moyennes de séjour (health independence program)⁴¹. Ce programme inclut des mécanismes de prise en charge à domicile pour les **patients chroniques** (hospital admission risk program) ou pour les **soins de réhabilitation** (post acute care). En outre, les **soins palliatifs à domicile** (in-home palliative care) sont pris en charge en dehors de l'hospitalisation à domicile. Dès lors, celle-ci est réservée à des **soins médicaux ou post-chirurgicaux**. La durée moyenne de séjour des patients en HAD est ainsi plus faible qu'en France ou en Espagne qui intègrent, pour leur part, une prise en charge palliative (6 jours en Australie contre 25 en France ou 14,35 en Espagne (Galice))²⁸. Dans ces deux pays autres que la France, le modèle d'HAD proposé est ainsi **polyvalent**. Cependant, il est possible d'observer sur le terrain une spécialisation de certaines HAD autour de soins palliatifs ou oncologiques.

Le modèle organisationnel de l'HAD diffère, par ailleurs, entre la France d'une part, et l'Espagne et l'Australie d'autre part. Au sein de ces deux derniers pays, les services d'hospitalisation à domicile font partie de l'hôpital public. Le personnel qui y travaille appartient le plus souvent à celui-ci. En France, les établissements d'HAD peuvent soit être autonomes, soit être rattachés à un hôpital en tant que service. Au-delà de ce différentiel de structure, on observe, par ailleurs, des volumes d'activité très variables entre établissements³⁰. Les

quatre plus gros établissements gèrent ainsi, en moyenne, plus de 274 patients par jour (1230 pour la Fondation Santé Services 685 pour l'HAD de l'AP-HP, 293 pour Soins et Santé à Lyon et 274 pour la Fondation Œuvre de la Croix-Saint-Simon) mais la majorité des structures (182) prennent en charge moins de 28 patients par jour.

Dans les trois systèmes, la possibilité donnée au médecin traitant d'adresser directement les patients en HAD permet d'éviter l'hôpital. Ainsi, en France, 31% des patients en HAD viennent directement du domicile. En Espagne, les données dont nous disposons indiquent des situations hétérogènes selon les communautés autonomes. En Galice, le passage par l'hôpital et en particulier par les urgences semble plus systématique (82,87% des patients d'HAD). À l'inverse, la Communauté Valencienne a pu fortement développer le recours à l'HAD directement depuis le domicile du patient (48% des recours) avec la possibilité donnée à la famille de solliciter les structures d'HAD sans passer par un intermédiaire.

PROVENANCE DES MALADES HOSPITALISÉS À DOMICILE DANS LA COMMUNAUTÉ VALENCIENNE

(source : Agencia Valenciana de Salud)

DIRECTEMENT DU DOMICILE 48%

- **Sur demande du médecin traitant: 20%**
- **Sur demande du patient ou de la famille: 28%**

DIRECTEMENT DE L'HÔPITAL: 50%

- **Urgences de l'hôpital: 8%**
- **Services d'hospitalisation (lits): 32%**
- **Autres services hospitaliers (hospitalisation de jour, consultations externes...): 10%**

AUTRES (HÔPITAUX POUR DES MALADES CHRONIQUES, MAISONS DE SOINS...): 2%

Typologie 2

L'HAD: UNE IMPLANTATION ANCIENNE MAIS UNE DIFFUSION LIMITÉE SUR LES TERRITOIRES

PAYS	ÉTATS-UNIS	ITALIE	ANGLETERRE	CANADA	SUÈDE
NOM	Hospital at Home	Ospedalizzazione a domicilio	Hospital at Home, Virtual wards	Extra-mural Program	LAH, MOH, KVH, AHS, ASIH ⁴²
DATE DE MISE EN PLACE DE LA PREMIÈRE STRUCTURE D'HAD	1947 ^{43,44}	1985 ⁴⁵	1978 ⁴⁶	1980 ^{47,48}	1962 ⁴⁹
SITUATION ACTUELLE	Développé à titre expérimental ou local dans quelques établissements de santé ainsi que, de manière plus large, dans le système de santé des vétérans (5 établissements ⁵⁷)	L'hospitalisation à domicile est développée dans le Piémont, en particulier à l'hôpital S. Giovanni Battista de la Città della salute e della Scienza de Turin. En Lombardie, la Région a mis en place au sein des hôpitaux de son territoire, depuis 2008, un réseau de 29 services d'hospitalisation à domicile spécialisés en soins palliatifs à domicile (environ 4 000 patients traités/an) ⁵⁴ .	L'offre d'HAD est très variable en intensité et en nature, en fonction des choix des fournisseurs et des acheteurs de soins (cf. infra). Il existe ainsi des structures d'HAD spécialisées dans la prise en charge de patients qui sortent précocement de l'hôpital et qui nécessitent encore des soins complexes et d'autres qui visent à éviter et à se substituer au passage de patients à l'hôpital. Il n'existe pas de données à l'échelle nationale sur ces structures.	Le programme est développé uniquement au Nouveau-Brunswick et permet la prise en charge à domicile de pathologies aiguës (36,3% des patients), chroniques (23,4%) ou palliatives (4,2%) ⁵⁰ . Le programme d'hospitalisation hors les murs se subdivise en 29 unités territoriales. Il a traité en 2011-2012, 39 924 patients.	Le développement de l'hospitalisation à domicile ne s'est pas réalisé nationalement mais s'est diffusé progressivement à la plupart des comtés suédois afin de répondre à la problématique de la faible densité hospitalière. L'absence de cadre national n'empêche pas de fortes similitudes entre les structures d'HAD suédoises : elles sont toutes spécialisées en soins palliatifs et des principes communs y sont appliqués, reprenant le modèle dit de «Motala» ^{51,52} : <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité 24h/24 • Arrivée dans les 30-40 minutes si besoin L'absence d'homogénéité des structures n'empêche pas une couverture de la population élevée : 36 lits de soins palliatifs à domicile pour 100 000 habitants ⁵³ (2006)
TYPE D'HAD	Principalement gériatrique	Principalement gériatrique (Piémont) – Soins palliatifs (Lombardie ⁵⁴)	Centrée sur les soins de suite et de réhabilitation ou sur les populations à risque	Polyvalente	Soins palliatifs

L'absence ou la limitation de financements dédiés à l'hospitalisation à domicile représente un frein à son développement, y compris dans des pays où ce type de prise en charge existe depuis longtemps. Les exemples des États-Unis, de l'Ita-

lie, du Canada et de l'Angleterre sont particulièrement probants de ce point de vue. Par ailleurs, la décentralisation de la régulation du système peut également être de nature à enrayer le développement de l'HAD au niveau national.

A. LES ÉTATS-UNIS, UN PAYS PIONNIER MAIS DES FREINS FINANCIERS DIFFICILES À LEVER

Le concept d'hospitalisation à domicile est né aux États-Unis en 1947 avec un projet porté par le docteur Bluestone à l'hôpital Montefiore de New-York. Pour autant, la complexité du système de soins américain a empêché la montée en puissance de ce modèle. L'assurance santé est éclatée entre un système public réservé aux personnes âgées (Medicare) ou aux revenus faibles (Medicaid) d'une part, et une multitude d'assureurs privés d'autre part.

Ces derniers s'inscrivent cependant, de plus en plus, dans une démarche de managed care dans lequel les organismes assureurs proposent le remboursement d'un panier de soins dans un réseau d'établissements de santé affiliés (Health Maintenance Organization) ou dans l'ensemble des offreurs de soins mais pour un tarif plus élevé (Preferred Provider Organization). Aussi, la régulation de l'offre de soins est partagée entre assureurs publics et privés. Or, ces deux types d'acteurs n'ont, pendant longtemps, pas favorisé l'hospitalisation à domicile, malgré les recherches menées à partir de 1994 à la John Hopkins University^{55,56}. Ces recherches ont permis de bâtir un modèle d'hospitalisation à domicile (cf. encadré).

Cependant, pour s'implanter, ce modèle doit pouvoir être financé par un assureur privé ou public. Dans le domaine privé, peu de plans d'assurance ont choisi de s'engager dans cette voie. Une exception notable existe cependant avec le cas du programme d'hospitalisation à domicile mis en place depuis 2008 par le Presbyterian Healthcare service d'Albuquerque⁵⁷. **Cet hôpital a la caractéristique de posséder son propre plan d'assurance et donc de pouvoir réguler lui-même son offre de soins.** Dans ce système, la tarification des prestations de soins réalisées en hospitalisation à domicile se fait sur la base du recensement de l'activité sous forme de diagnosis related groups.

Le système public (Medicare et Medicaid) ne propose, pour l'heure, pas de remboursement pour l'hospitalisation à domicile malgré une offre de soins à domicile déjà largement développée à travers les 12 400 home health agency⁵⁸. Celles-ci sont certifiées par Medicare qui finance 85% à 90% de leur activité⁵⁹. Cette offre peut intégrer certains soins complexes à domicile, en particulier pour les patients confinés chez eux, mais pas sous la forme d'une hospitalisation.

Néanmoins, le Center for Medicare & Medicaid services, qui administre ces deux organismes, finance, depuis 2014, une étude de l'Icahn school of medicine à l'hôpital Mont Sinai à New-York, destinée à tester une formule de remboursement «au parcours» (bundled payment) qui intègre une hospitalisation à domicile (mobile acute care team)⁵⁷. Ces paiements aux parcours consistent à rembourser à la fois les soins hospitaliers et les soins post-hospitaliers afin d'inciter les hôpitaux à intégrer le retour à domicile dans leur prise en charge. Le manque d'intégration entre les différents offreurs de soins limite cependant ce type d'initiatives.

Un des systèmes de santé les plus intégrés aux États-Unis est celui du département des vétérans, qui assure et fournit des soins aux anciens combattants. Celui-ci a mis en place un service d'hospitalisation à domicile dans cinq de ses centres à la suite de l'expérience de Portland^{60,17}.

1947
 NAISSANCE DU CONCEPT D'HOSPITALISATION À DOMICILE

MODÈLE D'HAD BÂTI SUITE AUX ÉTUDES DE LA JOHN HOPKINS UNIVERSITY (1994)

DESTINÉ AUX PERSONNES DE PLUS DE 65 ANS, CE MODÈLE REPOSE SUR LES CRITÈRES SUIVANTS:

- Recrutement des patients via les services d'urgences (pathologies ciblées: BPCO, pneumopathie²⁷, insuffisance cardiaque);
- Visite quotidienne d'un médecin du service d'hospitalisation à domicile;
- Actes infirmiers et thérapeutiques réalisés par une agence de soins à domicile certifiée par Medicare;
- Possibilité de recours à des prestataires indépendants pour certains actes techniques comme ceux de radiologie.

B. UNE SEGMENTATION DE LA RÉGULATION DE L'OFFRE DE SOINS QUI CONDUIT À UN DÉVELOPPEMENT HÉTÉROGÈNE

La segmentation de l'offre et de la régulation de soins se retrouve également sous différentes formes en Italie, au Canada et en Angleterre. Dans ces deux premiers pays, la politique de santé dépend partiellement des autorités décentralisées (les Régions en Italie et les États au Canada). Aussi, les initiatives mises en place par le Piémont et la Lombardie d'une part, et le **Nouveau-Brunswick** d'autre part, n'ont pas été dupliquées dans le reste du pays.

En Italie, une directive du ministère de la Santé de 2006 mentionne l'hospitalisation à domicile mais en laisse la **compétence aux régions**⁶¹. Aussi, seules les régions Piémont et Lombardie ont mis en place des politiques de développement de l'HAD à travers un tarif de remboursement spécifique (prix de journée en fonction du mode de prise en charge)^{62,63}.

Au Canada, le Canada Health Act de 1985 exclut les soins à domicile du système de santé national. Cette **compétence revient donc aux autorités régionales de santé liées aux provinces**. Elles structurent le réseau des centres locaux de soins communautaires qui peuvent dispenser des soins à domicile parfois lourds⁶⁴. Cependant, seul le **Nouveau-Brunswick** a mis en place et finance un réseau d'hospitalisation à domicile capable de prendre en charge de manière systématique des pathologies lourdes à domicile à travers une équipe multidisciplinaire et disponible **24h/24, 7j/7**^{65,66}.

En Angleterre, la **structure du système de santé empêche la diffusion d'un modèle homogène** d'hospitalisation à domicile. En effet, le **National Health System** fonctionne en séparant les offreurs de soins d'un côté (les trusts) et les acheteurs de l'autre (les **Clinical Commissioning Groups**)⁶⁷. Il existe 243 Trusts et 209 **Clinical Commissioning Groups (CCG)**⁶⁸.

Ces derniers sont composés de médecins généralistes et sont chargés d'acheter des soins pour leurs patients auprès des hôpitaux et services communautaires regroupés en trusts. Aussi, les types de prise en charge, en particulier en matière de soins à domicile, varient en fonction de l'offre des trusts et des politiques d'achat de soins des CCG. Il est donc possible de trouver des systèmes d'hospitalisation à domicile dans différents trusts mais pas de manière systématique, malgré l'action de Monitor, l'agence qui régule les trusts et vise à uniformiser les soins qu'ils proposent. Cette **agence cherche à développer la délivrance de soins complexes à domicile mais n'impose pas de modèle unique**⁶⁹. Il existe donc une grande variété de services correspondant à de l'hospitalisation à domicile.

Les structures d'hospitalisation à domicile sont, au final, relativement nombreuses en Angleterre^{70,71} mais elles existent sous différentes formes et leur financement ne semble pas toujours pérenne.

Un dernier cas de pays où la pérennité du financement des structures d'hospitalisation à domicile n'est pas assurée peut être mis en avant avec l'exemple d'**Israël**. Le système de santé y est universel. Cependant, les habitants ont le choix entre les quatre différentes **Health Maintenance Organization (HMO)** existantes qui doivent toutes fournir un panier de biens communs parmi lesquels ne figure pas l'HAD. Néanmoins, celle-ci peut être proposée à titre facultatif par chaque HMO. Aussi, en 1991, un service a ouvert à Jérusalem sous l'égide du **Clalit Health Service** qui est la plus grande HMO du pays. Mais, au début des années 2000, ses financements ont été diminués de 60%^{80,81,82}.

LES MODÈLES D'HAD EN ANGLETERRE

DES SERVICES D'HOSPITALISATION À DOMICILE QUI PROPOSENT DES SOINS DITS « INTERMÉDIAIRES »^{70,71} ENTRE LA VILLE ET L'HÔPITAL

L'objectif de ces services est de faciliter une sortie précoce de l'hôpital à l'instar du premier service qui a ouvert en Angleterre en 1978, à Peterborough⁷².

En 1997, on comptait 38 services de ce type dans le pays⁷³ dans les différents trusts. Ceux-ci sont incités par Monitor à renforcer la qualité de leur prise en charge post-hospitalisation afin de diminuer les taux de réhospitalisation. Ainsi, Monitor a mis en place, pour certaines pathologies, un tarif « au parcours » (le post discharge rehabilitation tariff) pour les trusts qui disposent de services de soins à domicile. Ces tarifs rémunèrent à la fois la prestation hospitalière et la prise en charge qui s'en suit à domicile. En revanche, si le patient est réhospitalisé dans les 28 jours suivant sa sortie de l'hôpital, celui-ci n'est pas rémunéré pour la nouvelle admission. Les services d'hospitalisation à domicile peuvent s'inscrire dans ce cadre et être rémunérés de cette manière⁷⁴. Cependant, le modèle financier des structures d'hospitalisation à domicile n'est pas toujours pérenne. Ainsi, le service de Peterborough, qui fournit également des soins palliatifs à domicile, fonctionne depuis ses débuts grâce à des donations⁷⁵. Par ailleurs, le choix de financer ou non des structures d'HAD dépend de chaque CCG⁷⁶.

DES SERVICES QUI VISENT À EMPÊCHER UN PASSAGE À L'HÔPITAL

Dans cette catégorie figurent en particulier les systèmes dits de virtual ward qui s'appuient sur des données de médecine prédictive. Implanté dans au moins trois trusts⁷⁷, ce système permet de repérer, par algorithme, les patients statistiquement les plus à risques d'être hospitalisés dans un secteur donné. Ces patients sont ensuite hospitalisés à domicile et pris en charge par une équipe multidisciplinaire qui effectue différents contrôles et, si besoin, enclenche des traitements.

Typologie 3

L'HAD: UN ESSOR RÉCENT PAR LE BIAIS DE PROJETS LOCAUX OU DE POLITIQUES NATIONALES

PAYS	PAYS-BAS ⁸³	NOUVELLE-ZÉLANDE ⁸⁴	ÉCOSSE ⁸⁵	ALGÉRIE	BELGIQUE	DANEMARK	IRLANDE
ANNÉE DE MISE EN ŒUVRE	2014	2000	2012	2003 ⁸⁶	2016 ⁸⁷	2013	2010 ⁸⁸
PROJET	Hospitalisation à domicile de personnes âgées dès les urgences. Ce projet s'appuie sur une longue expérience des soins aigus à domicile avec le système des soins infirmiers médicaux à domicile (<i>Medisch Specialistische Verpleging Thuis</i>) ⁸⁹ . Ce mécanisme, développé au niveau national, permet aux médecins hospitaliers de prescrire des soins complexes à domicile qui seront réalisés par un(e) infirmier(e) spécialisé(e), sans que le patient ne soit pour autant <i>stricto sensu</i> hospitalisé à domicile	Acute demand management service : empêcher le passage aux urgences en déplaçant une équipe chez les patients dont le régulateur des urgences estime la prise en charge à domicile possible	Hospitalisation à domicile de personnes âgées dès les urgences	Services d'HAD polyvalents rattachés aux services de médecine interne des hôpitaux publics	1. Des projets-pilotes centrés sur l'antibiothérapie par voie intraveineuse à domicile 2. Des projets-pilotes visant d'autres types de soins dispensés à domicile sur la base de modalités d'organisation innovantes et qui, en l'absence d'hospitalisation à domicile, nécessiteraient un séjour hospitalier, sous la forme d'une hospitalisation classique ou de jour. ⁸⁷	Hospitalisation à domicile de personnes âgées dès les urgences	Vhi Homecare est un programme d'hospitalisation à domicile proposé par le premier assureur privé d'Irlande à ses adhérents ^{90,91} .
PÉRIMÈTRE	Un hôpital (Groningen)	Région de Canterbury	Trois health board (régulateurs locaux du système de santé): Fife, Lanarkshire et Lothian	National (environ 10 services dans tout le pays)	National	Deux hôpitaux: Aarhus ⁹² et Odense ⁹³	Comté de Dublin (environ 1000 patients/an)
MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE	Projet pilote financé par l'assurance maladie	Partenariat entre services d'urgences, hôpitaux et centres de soins communautaires	Projets financés par les différents Health Board avec un budget spécifique	Cadre légal restreint ⁹⁴ : pratiques fixées localement par chaque HAD	Appel à projet du ministère pour développer l'HAD dans les structures de soins existantes. Les actes réalisés en HAD seront financés de la même manière que s'ils avaient été réalisés en hospitalisation conventionnelle.	Expérimentation	Patients adressés via les urgences ou les médecins traitants avec lesquels l'HAD est conventionnée
TYPE D'HAD	Gériatrique	Polyvalente	Gériatrique	Polyvalente	Polyvalente	Gériatrique	Polyvalente

PART DES 65 ANS ET PLUS⁹⁵

JAPON 26 %

FRANCE ET UNION EUROPÉENNE 19 %

PAYS MEMBRES DE L'OCDE 16 %

L'échantillon de pays présenté dans cette dernière partie n'est pas assez étoffé pour permettre d'en tirer des tendances mondiales. Cependant, parmi les exemples étudiés, quelques caractéristiques communes peuvent être dégagées.

En premier lieu, **l'HAD est souvent vue comme un moyen d'éviter l'hospitalisation des personnes âgées** (en général plus de 65 ans). Aussi, l'accent est mis aux Pays-Bas, en Écosse et au Danemark, sur le repérage, dès les urgences, des patients dont les soins peuvent être pris en charge à domicile sous forme d'HAD. En Nouvelle-Zélande, le système d'*Acute Demand management service* tente même d'éviter le passage aux urgences en déplaçant, au domicile du patient, une équipe dédiée quand celui-ci contacte les secours.

Au-delà de la question de l'HAD, la volonté d'éviter l'hospitalisation des personnes âgées est centrale dans des pays comme le Japon, où la part des personnes de plus de 65 ans dans la population est la

plus élevée au monde (26%)⁹⁵. Aussi, ce pays a développé, à partir des années 2000, la «prise en charge médicale à domicile» (*在宅医療*)⁹⁶. Sans pouvoir être directement comparé à de l'hospitalisation à domicile, notamment en raison de la non systématisation de la continuité des soins, ce système devrait permettre de prendre en charge des pathologies de plus en plus lourdes à domicile⁹⁷.

Dans la plupart des cas, les structures d'HAD sont adossées aux hôpitaux conventionnels. Le modèle d'HAD autonome est ainsi peu répandu parmi les pays dans lesquels des expériences d'hospitalisation à domicile sont en cours de développement. Par ailleurs, si dans de rares cas (Belgique, Algérie), le développement de l'hospitalisation à domicile est impulsé au niveau national, il semble que **les structures d'HAD émergent principalement sous la forme de projets pilotes**, avec parfois un soutien des autorités sanitaires, à l'instar des Pays-Bas et de l'Écosse.

FNEHAD

40 rue du Fer à Moulin

75005 Paris

Tél.: 01 55 43 09 09

contact@fnehad.fr

www.fnehad.fr

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



FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS
D'HOSPITALISATION
À DOMICILE