

EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion 2011 – 2013

Date du jury : Décembre 2012

**INTEGRATION DE L'HOSPITALISATION A DOMICILE DANS LES
PARCOURS DE SOINS**

Modélisation de la prise en charge des soins palliatifs au centre hospitalier
de Montereau fault Yonne

Olivier OVAGUIMIAN

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes celles et ceux qui ont permis la réalisation de ce travail, en particulier :

Monsieur Alain SLAMA, directeur du centre hospitalier de Montereau et maitre de stage, pour sa confiance et la richesse de nos échanges.

Monsieur Thimotée MANTZ, directeur des affaires financières du centre hospitalier de Montereau pour son dynamisme et son intérêt pour les questions relatives à l'hospitalisation à domicile.

L'équipe d'encadrement du service d'hospitalisation à domicile du centre hospitalier pour sa disponibilité et son accueil.

Plus généralement, l'équipe de direction, la communauté médicale et les cadres de l'établissement pour ces deux périodes de stage riches et agréables.

Je tiens à adresser mes remerciements les plus chaleureux à Madame Béatrice FERMON, maitre de conférence à l'Université Paris Dauphine, pour son accompagnement, ses conseils avisés, ses relectures critiques et plus généralement pour l'envie qu'elle m'a donné d'approfondir le sujet choisi.

SOMMAIRE

Introduction.....	1
L'Hospitalisation à domicile	2
Historique	2
L'HAD aujourd'hui	3
Enjeux et perspectives.....	5
L'HAD au centre hospitalier de Montereau	7
L'HAD dans son territoire.....	7
Une équipe structurée et opérationnelle	8
Diagnostic stratégique	11
Vers une prise en charge par parcours de soins	13
Concepts	Erreur ! Signet non défini.
Contexte politique et économique	15
Problématique	16
Les parcours de soins potentiels au centre hospitalier de Montereau	16
Des filières éligibles aux filières opportunes	17
Prise en charge des patients en soins palliatifs	19
Une séquence de soins pour laquelle la notion de coopération a tout son sens	20
Une séquence de soins dans laquelle l'HAD trouve toute sa place	20
Mise en œuvre de l'intégration de l'HAD dans la prise en charge des patients en soins palliatifs	21
Etude d'opportunité économique entre la prise en charge en hospitalisation classique et l'HAD	22
Modélisation économique des deux modalités de prise en charge	22
Vers un parcours de soins économiquement optimal	32
Optimisation du parcours de soins	35
Un bassin de recrutement qui doit être élargi	35
L'intégration de l'HAD de Montereau dans l'offre de soins du territoire.....	37
Une organisation qui doit se centrer sur l'HAD	44
Conclusion	49
Sources et bibliographie.....	52

LISTE DES SIGLES UTILISES

ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
APHP	Assistance publique - Hôpitaux de Paris
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CHM	centre hospitalier de Montereau
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CREDES	Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé
CSP	Code de la santé publique
DMS	Durée moyenne de séjour
EHPA(D)	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées (dépendantes)
ENCc	Echelle nationale des coûts à méthodologie commune
FNEHAD	Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile
GHPC	Groupe homogène de prise en charge
GHM	Groupe homogène de malade
GHS	Groupe homogène de séjour
GHT	Groupe homogène de tarif
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HCAAM	Haut commissariat pour l'avenir de l'assurance maladie
HPST	Hôpital Patients Santé Territoires
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IK	Indice de Karnofsky
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
MeaH	Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MPC	Mode de prise en charge
PMSI	Programme de médicalisation du système d'information
PRS	Projet régional de santé
RPSS	Résumé par sous-séquence
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SROS	Schéma régional d'organisation de l'offre de soins

INTRODUCTION

Le centre hospitalier de Montereau est un établissement public de santé de proximité qui compte 534 lits et places, dont 295 relèvent du champ « Médecine – Chirurgie – Obstétrique » (MCO). Il dispose d'une structure d'hospitalisation à domicile (HAD) de 30 places, opérationnelle depuis 2008.

Cette structure est destinée à jouer un rôle majeur dans la stratégie de l'établissement à deux titres ; le premier relève de la qualité de la prise en charge que l'établissement est en mesure s'offrir à la population, le second de l'importance de fluidifier les séjours en hospitalisation classique dans un contexte budgétaire tendu. L'HAD devrait en effet constituer la filière d'aval naturelle à l'hospitalisation classique, afin de diminuer la durée moyenne de séjour et permettre aux patients de regagner leur domicile, tout en bénéficiant d'une prise en charge hospitalière. Pourtant le nombre de patients pris en charge par l'HAD de l'établissement plafonne à une dizaine par jour.

Cette situation n'étant satisfaisante, ni sur le plan médical ni sur le plan économique, il a été décidé d'étudier des pistes afin d'optimiser le recours à cette modalité d'hospitalisation. Elles devront tenir compte de la situation de l'établissement, des pratiques médicales et de l'environnement. Le travail de mémoire s'intègre donc pleinement dans le projet d'établissement, validé en 2011.

Après une présentation des enjeux et des perspectives liés à l'HAD, tant au niveau national que pour le centre hospitalier de Montereau, l'analyse médico-économique d'une filière de prise en charge sera menée afin d'évaluer l'opportunité d'y intégrer l'HAD. Cette approche sera ensuite couplée à une démarche plus globale qui visera à renforcer la zone d'attractivité du service ainsi qu'à mettre en place des mesures de systématisation du recours à l'HAD.

Le travail mené dans le cadre de ce mémoire s'inscrit totalement dans les fonctions d'un directeur d'hôpital adjoint. En effet, afin de permettre au chef d'établissement et au Directoire de prendre des décisions éclairées, il paraît indispensable de mener des études multidimensionnelles de ce type. La méthodologie développée pourra être reproduite ensuite avec différents modes de prise en charge et différentes filières de soins. Toutefois, il montre les limites des outils dont disposent les établissements et permet d'identifier les sujets à développer.

Historique

L'hospitalisation à domicile est un mode de prise en charge des patients apparu en France dans les années 1950. Les deux opérateurs qui regroupent aujourd'hui le plus grand nombre de lits en sont d'ailleurs les deux opérateurs historiques ; l'HAD de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (APHP) et Santé Service, structure privée à but non lucratif, créée à l'initiative d'un médecin de l'Institut Gustave Roussy et de la Ligue contre le cancer. Durant plus de vingt ans, l'HAD s'est quasi exclusivement résumé à ces deux structures. C'est la circulaire de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) de 1974¹ qui ouvre la voie au développement d'autres structures. Si elle évoquait déjà le rôle de coordination que pourrait jouer l'HAD entre les soins ambulatoires et les soins hospitaliers, ainsi que les économies que cela pourrait générer pour l'Assurance maladie, cette circulaire précisait surtout les conditions médicales et sociales d'admission. Elle limitait toutefois le recours à l'HAD aux patients ayant déjà effectué un séjour dans un établissement participant au service public hospitalier.

Pourtant, l'HAD ne se développe que très peu dans les années 1980 jusqu'à ce que la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière² reconnaisse ce mode de prise en charge comme une alternative à l'hospitalisation conventionnelle. Elle structure son fonctionnement et les rôles des professionnels qui interviennent auprès des patients et met en place le taux de change qui impose que pour un lit d'HAD créé soit supprimé un ou deux lits d'hospitalisation complète. Ce mécanisme sera sans doute responsable du faible développement des structures d'HAD qui passent de 40 en 1992 à seulement 62 en 2000³. Il ne sera supprimé qu'en 2003 avec l'ordonnance du 4 septembre⁴.

¹ Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Circulaire de principe n°207 sur l'hospitalisation à domicile. 29 octobre 1974.

² Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Journal officiel de la République française. 2 août 1991. Pages 10255-10269.

³ Durand N, Lannelongue C, Legrand P, Marsala V. Hospitalisation à domicile. Inspection générale des affaires sociales. Novembre 2010. 177 pages.

⁴ Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées. Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé. Journal officiel de la République française. 6 septembre 2003. Pages 15391-15404.

La circulaire du 4 février 2004⁵ apporte des précisions quant aux principes généraux des prises en charge en HAD. Elle vise notamment à intégrer ce mode d'hospitalisation dans les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS), d'abord de 2ème puis de 3ème génération. Elle définit également les objectifs pour la périnatalité, la pédiatrie et la psychiatrie. Celle du 1er décembre 2006⁶ réaffirme le rôle de l'HAD dans le dispositif sanitaire et clarifie son mode d'organisation par rapport aux services de santé à domicile. Elle sera complétée par la circulaire du 5 octobre 2007⁷ qui ouvre la voie à l'intervention de l'HAD dans les établissements hébergeant des personnes âgées (EHPA).

Il faudra attendre la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires⁸ (HPST) pour que l'HAD soit reconnue comme un mode d'hospitalisation à part entière et que le terme même soit réservé aux établissements de santé disposant d'une autorisation d'activité de soins à domicile⁹. Cette reconnaissance officielle a sans doute eu un impact positif sur le développement des structures d'HAD. Ainsi, le nombre d'établissements est passé de 271 à 302 (+12%) entre 2009 et 2011¹⁰.

L'HAD aujourd'hui

Comme tous les établissements de santé, les structures d'HAD relèvent de l'article L6111-1 du Code de la santé publique (CSP). Leur spécificité est décrite dans l'article R6121-4-1 du même code. « *Les établissements d'hospitalisation à domicile [...] permettent 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. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence*

⁵ Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins. Circulaire n°2004-44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile. Consultée le 25 juillet 2012, disponible en ligne <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-08/a0080584.htm>

⁶ Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins. Circulaire n°2006-506 du 1^{er} décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile. Consultée le 25 juillet 2012, disponible en ligne http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_506_011206.pdf

⁷ Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins. Circulaire DHOS/03/DGAS/2C/2007/365 du 05 octobre 2007 relative aux modalités d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Consultée le 25 juillet 2012, disponible en ligne <http://www.fnehad.fr/images/stories/dl/2008/03/circulaire-05-octobre-2007.pdf>

⁸ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel de la République française. Pages 12184-12244

⁹ Article L6125-2 du Code de la santé publique

¹⁰ Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile. L'hospitalisation à domicile en France en 2012. Assemblée générale de la FNEHAD. 15 juin 2012. Toulouse. 15 pages.

des actes. [...] A chaque établissement d'hospitalisation à domicile correspond une aire géographique précisée par l'autorisation ». Au titre des établissements de santé, les structures d'HAD doivent notamment se soumettre aux procédures de certification conduites par la Haute autorité de santé (HAS), mettre en œuvre une politique de lutte contre les infections nosocomiales, assurer la continuité des soins. Une prise en charge en HAD requiert donc le même niveau technique et organisationnel que dans un service d'hospitalisation classique. Pour que l'HAD puisse être prescrite, il faut que « *le patient nécessite des soins complexes ou d'une technicité spécifique. Elle se justifie lorsque la charge en soins est importante* »¹¹. Cet esprit se retrouve dans le slogan de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD) « *la qualité de l'hôpital, le confort de sa maison* ».

La prise en charge d'un patient en HAD débute par une prescription médicale. Elle peut être faite par un médecin hospitalier ou par le médecin traitant du patient. Une évaluation est alors réalisée par le service d'HAD, afin de vérifier que le domicile permet son intervention, notamment en termes d'hygiène et d'accessibilité et que le patient pourra bénéficier d'un entourage suffisant. Le patient, ou à défaut son entourage, doit donner son accord écrit, tout comme le médecin traitant. Après validation de ces conditions par le médecin coordonnateur de l'HAD, le directeur de l'établissement prononce l'admission. Un projet de soins est alors établi et signé par l'ensemble des parties. Il sera révisé si la prise en charge évolue de façon significative au cours du séjour.

Tous les frais liés à la prise en charge médicale et paramédicale sont couverts par l'établissement de santé, ainsi que la location du matériel médical, tels que les lits, les matelas anti-escarre. En revanche, les frais hôteliers sont à la charge du patient ; toutefois, au titre de son rôle de coordinateur, le service d'HAD peut aider à la mise en place d'un service de portage de repas et d'aide ménagère par exemple. L'établissement de santé rémunère les éventuels professionnels libéraux qui interviennent au titre de la pathologie

¹¹ Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins. Circulaire n°2006-506 du 1^{er} décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile. Consultée le 25 juillet 2012, disponible en ligne http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_506_011206.pdf

justifiant l'hospitalisation. Le mécanisme de tarification particulier de l'HAD sera développé dans la partie sur la modélisation médico-économique.

Comme chaque année, la FNEHAD a dressé un bilan de l'HAD lors de son assemblée générale¹². Aujourd'hui, tous les départements comptent au moins une structure d'HAD ; toutefois, des disparités territoriales demeurent au niveau inter et infra départemental. Si la majorité des structures d'HAD est rattachée à des établissements publics de santé, leur taille souvent modeste a généré en 2011 moins de journées d'hospitalisation que les établissements privés non lucratifs (tableau 1).

Tableau 1. Répartition du nombre de journées HAD en fonction du statut juridique de l'établissement

Nature juridique	Secteur privé commercial	Secteur privé non lucratif	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif	Etablissement public de santé
Poids relatif dans l'activité d'HAD en journées	12%	37%	25%	26%

Trois modes de prise en charge se partagent 60% des journées, les soins palliatifs, les pansements complexes et les soins de nursing lourds. La durée moyenne de séjour (DMS) est de 25.8 jours. Dans plus de 67% des cas, l'admission en HAD est prononcée suite à un séjour en hospitalisation classique. Le mode de sortie est le domicile pour plus de 58% des patients.

Enjeux et perspectives

En 2009, une étude de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) consacrait un numéro de ses Questions d'économie de la santé¹³ à l'HAD. Cette étude rappelait l'objectif gouvernemental de 15 000 places d'HAD pour 2010. Pourtant, la France n'en comptait qu'à peine 11 000 à cette échéance.

L'HAD apparaît être un mode de prise en charge qui combine les aspirations des patients, en termes de confort de vie et de prévention de la désocialisation, la prééminence des pathologies chroniques, qui demandent des hospitalisations répétées au cours de leur

¹² Ibid.

¹³ Afrite A, Chaleix M, Com-Ruelle L, Valdelièvre H. L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients. Questions d'économie de la santé. N°140. Mars 2009. 8 pages.

évolution, et la réduction annoncée du nombre de lits conventionnels dans les établissements de santé.

Dans son rapport de 2010¹⁴, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) mettait néanmoins en évidence un certain nombre de difficultés qui freinent le développement de l'HAD. Le premier relève de la coordination entre les différents intervenants, médecins hospitaliers, médecins traitants, médecins coordonnateurs, personnel soignant hospitalier et libéral. Les rôles sont parfois méconnus de part et d'autre, et le patient a parfois du mal à s'y retrouver. Le second provient de situations cliniques qui ne relèvent plus de l'HAD mais pas encore des Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Pour ces patients, trop lourds pour les SSIAD mais pas assez pour l'HAD, le système de tarification est imparfait.

L'IGAS insiste sur le rôle d'organisateur de la coordination des différentes formes de prise en charge à domicile au sein d'un territoire. Ainsi, dans ses recommandations, la mission souhaitait également que la place de l'HAD soit confortée dans les parcours de soins et que des études médico-économiques soient menées afin d'évaluer son impact.

Pourtant, la FNEHAD dressait un bilan plus nuancé lors de son assemblée générale de juin 2012. La fédération notait un essoufflement de la progression de l'activité, le maintien de fortes disparités territoriales et une progression tarifaire moins rapide que celle du volume d'activité. Dans son discours de clôture, la présidente de la FNEHAD, le docteur Elisabeth Hubert, rappelait aux pouvoirs publics que *« dans le contexte d'évolution profonde de notre système de soins rendue indispensable du fait de la désertification médicale, de la progression des pathologies du vieillissement et des difficultés de financement des dépenses d'assurance maladie, l'hospitalisation à domicile, par son expertise en coordination, son maillage territorial, ses exigences en matière de qualité et de sécurité des soins, doit voir*

1. *Son développement davantage favorisé par les pouvoirs publics*
2. *Sa tarification adaptée à la complexité des traitements, des soins délivrés et des prescriptions effectuées*
3. *Le déploiement de ses systèmes d'information soutenu financièrement. »*

¹⁴ Durand N, Lannelongue C, Legrand P, Marsala V. Hospitalisation à domicile. Inspection générale des affaires sociales. Novembre 2010. 177 pages.

Ainsi, le développement de l'HAD reste un enjeu majeur pour un établissement public de santé de proximité comme le centre hospitalier de Montereau, afin d'offrir un maximum de modes de prises en charge à la population de son bassin de recrutement.

L'HAD AU CENTRE HOSPITALIER DE MONTEREAU

L'HAD dans son territoire

L'HAD du centre hospitalier de Montereau (CHM) dispose d'une autorisation d'activités pour une capacité de 30 lits depuis 2007. Sur sa zone autorisée (figure 1), le CHM réalise 63% des journées d'HAD et couvre une population de 89 356 habitants¹⁵. La zone d'intervention couvre des zones rurales et des pôles semi-urbains isolés. Les communes couvertes sont situées dans le sud de la Seine et Marne.

Le sud du département comporte peu d'établissements de santé. Ce maillage lâche entraîne une distance domicile / hospitalisation plus grande que dans le reste de la région. Ce phénomène est amplifié par un réseau routier peu dense et majoritairement secondaire. Ces éléments jouent en faveur du recours à l'HAD qui permet aux patients de regagner plus rapidement leur domicile et donc de bénéficier du soutien de leur entourage.

Localement, les structures d'HAD sont représentées par celles du centre hospitalier de Montereau et du Centre de Réadaptation de Coubert. Ce dernier est positionné sur la prise en charge des personnes relevant d'un processus de réadaptation, avec une approche globale du handicap notamment pour les pathologies neurologiques, orthopédiques ou rhumatologiques. Il ne rentre donc pas en concurrence avec l'HAD de Montereau.

En revanche, comme il l'apparaît clairement sur la figure 1, Santé Service, premier offreur d'HAD d'Ile de France, intervient sur les cantons de Provins, Nemours et Fontainebleau, zones limitrophes de la zone d'intervention du CHM. Les conséquences d'une possible concurrence entre ces deux établissements devront être analysées.

Concernant le secteur médico social et ambulatoire, l'HAD de Montereau a établi des conventions de partenariat avec la grande majorité des EHPAD de son bassin, ainsi qu'avec les professionnels de santé libéraux.

¹⁵ Données INSEE 2008

Le contexte géographique est donc plutôt favorable au développement de l'activité de l'HAD du centre hospitalier de Montereau.

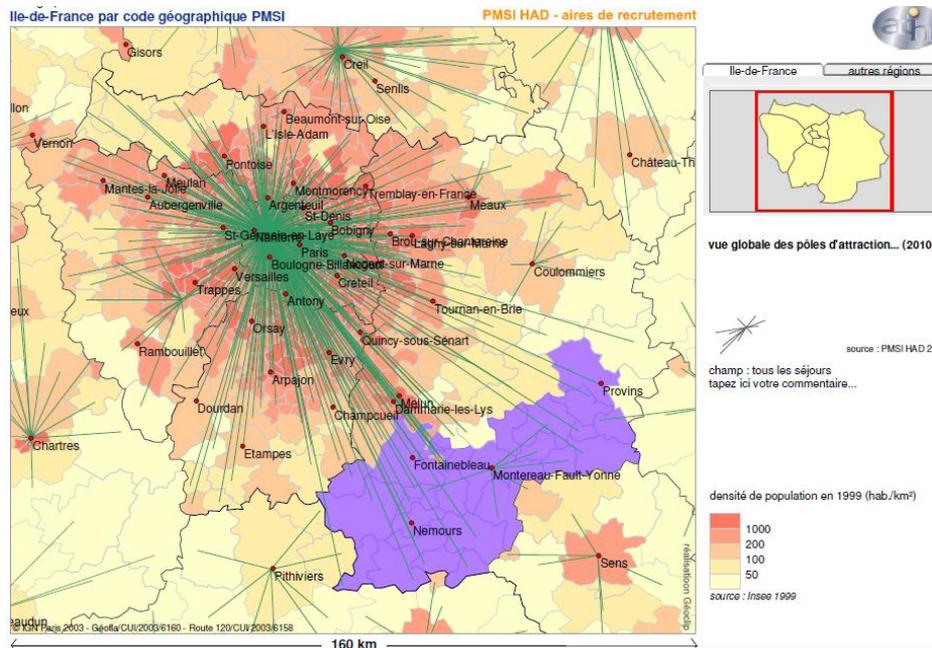


Figure 1. Aires de recrutement des établissements d'HAD. Source ATIH 2010

Une équipe structurée et opérationnelle

Après les années 2009 et 2010 consacrées à la constitution de l'équipe, l'année 2011 a été marquée par de nombreux congés maternité du personnel infirmier, ce qui a freiné le développement de l'activité de l'HAD de Montereau. Toutefois, le recrutement d'une infirmière coordinatrice en mars 2011 a permis de limiter ce phénomène. Les premiers mois de 2012 laissent entrevoir une nette amélioration du taux d'occupation. L'objectif fixé au pôle « Urgences – médecines » dont dépend le service est de réaliser 5 500 séjours cette année.

Au 30 mars 2012, l'effectif comptait 16.7 équivalents temps plein (tableau 2) dédiés à l'HAD. D'autres professionnels sont amenés à intervenir pour cette structure, notamment des assistantes sociales, des pharmaciens et du personnel administratif.

Compte tenu de la zone géographique couverte, l'équipe est dimensionnée pour prendre en charge une quinzaine de patients par jour. Au delà de ce taux d'occupation, des aménagements de planning sont nécessaires, notamment des coupures du temps de travail, afin de couvrir les soins effectués tôt le matin et tard le soir. Ce seuil constitue donc un

niveau au delà duquel une augmentation des moyens serait à prévoir, ce qui n'entre actuellement pas dans le champ du projet, qui doit se faire à moyens constants.

L'HAD est installée dans des locaux neufs depuis janvier 2011, l'équipe dispose de véhicules récents en nombre suffisant. Fonctionnellement, cette structure est reconnue au niveau de l'établissement.

Tableau 2. Effectif de l'HAD au 30 mars 2012

Fonction	ETP
Médecin coordonnateur	0,7
Cadre de santé	1
Infirmière coordinatrice	1
Infirmière	7
Puéricultrice	1
Aides soignants	4
Préparateur en pharmacie	0,5
Secrétaire	1
Psychologue	0,5
Total	16,7

Les patients proviennent de l'ensemble des services de l'établissement (figure 2), voire d'autres structures ou de leur domicile.

La majorité d'entre eux était pris en charge en médecine (30% si l'on agrège la gastrologie et la neurologie), puis de chirurgie (24%). 16% des patients ont une origine externe au CHM, représentés dans la majorité des cas par des résidents d'EHPAD.

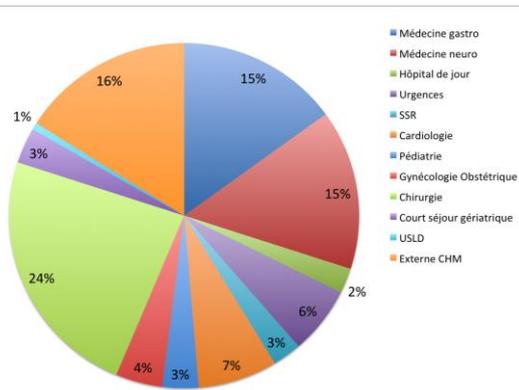


Figure 2. Services d'origine des patients admis en HAD. CHM 2011

La typologie des modes de prises en charge n'est pas tout à fait la même que celle retrouvée au niveau national (figure 3). La FNEHAD a ainsi recensé par ordre décroissant les soins palliatifs, les pansements complexes et les soins de nursing lourds comme étant les trois modes de prises en charge principaux. Au centre hospitalier de Montereau, le trio de tête est constitué des traitements par voie intraveineuse, des pansements complexes et de la nutrition parentérale.

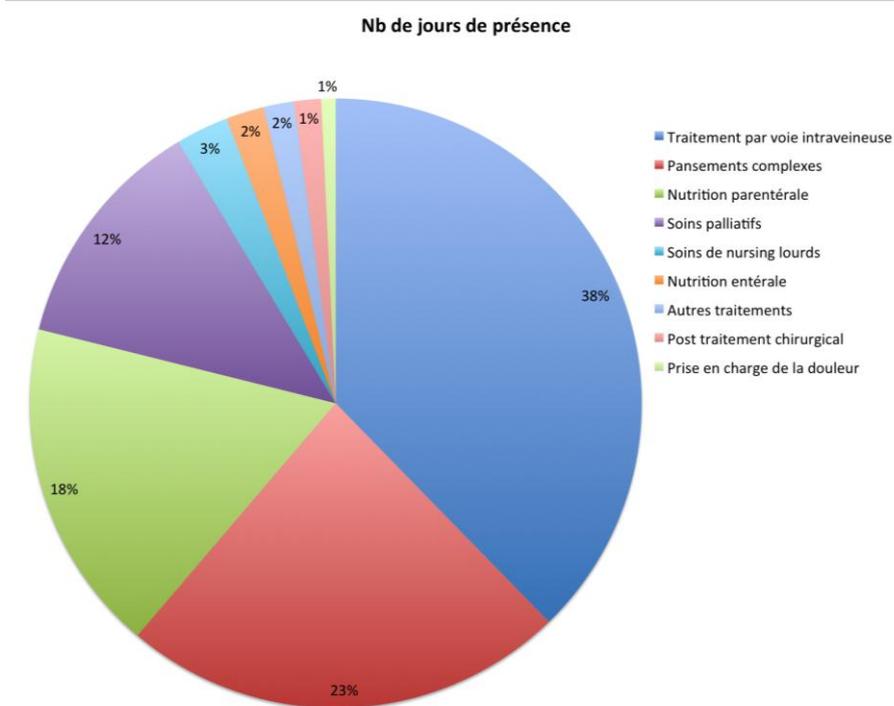


Figure 3. Répartition des modes de prise en charge principaux en jours de présence. CHM 2011. Source ATIH

Diagnostic stratégique

L'HAD du centre hospitalier de Montereau bénéficie de plusieurs atouts pour répondre aux besoins de la population et aux attentes de la tutelle. Ainsi, comme le montre la figure 4, le diagnostic stratégique met en évidence plus de points positifs que de freins au développement de l'HAD. Ces derniers devront toutefois être étudiés attentivement lors de la phase de mise en œuvre des nouvelles organisations.

Les points à mettre en avant concernent l'intégration du projet dans la logique du SROS-PRS de la région Ile de France, l'élaboration en cours d'un projet médical commun entre les quatre établissements publics de santé du sud de la Seine et Marne, qui préfigure une communauté hospitalière de territoire et la volonté affichée des partenaires de santé, SSIAD, réseaux, professionnels libéraux, de travailler avec l'HAD. Cette dernière bénéficie d'un encadrement de proximité solide et reconnu au sein de l'établissement, notamment grâce à l'infirmière coordonnatrice, comme à l'extérieur, grâce au médecin coordonnateur, par ailleurs médecin généraliste sur le territoire.

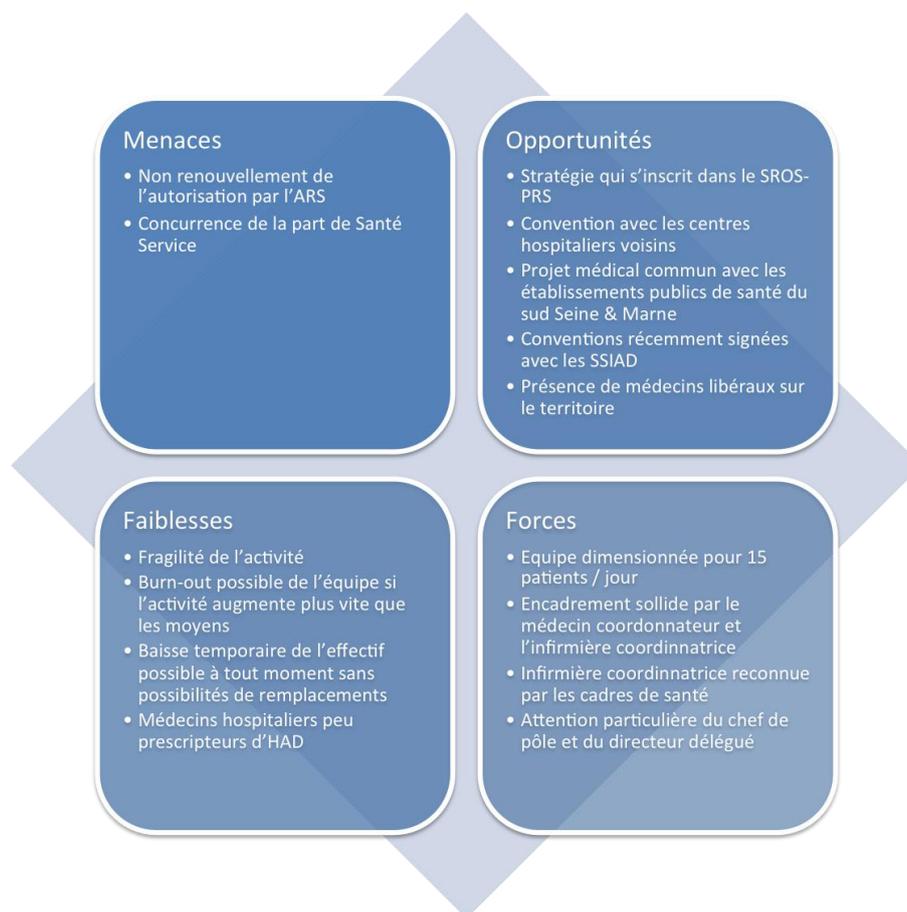


Figure 4. Diagramme « Menaces Opportunités Forces Faiblesses » de l'HAD

Lors des réunions préparatoires au SROS pilotées par l'agence régionale de santé (ARS) d'Ile de France, des pistes de travail ont pu se dégager. Ainsi, même si le document¹⁶ n'est pas rendu public au moment de la rédaction de ce mémoire, il apparaît d'ores et déjà que le projet du centre hospitalier de Montereau sera en concordance avec les attentes de l'ARS sur au moins trois points. Le premier concerne la volonté de l'agence d'offrir à l'ensemble des habitants de la région la possibilité d'avoir recours à l'HAD, en se basant sur le développement des structures déjà autorisées. La Seine et Marne est identifiée comme un département à renforcer. Le second concerne l'importance du développement des coopérations entre les structures d'HAD, les secteurs sanitaire, médico-social et ambulatoire. Le dernier point concerne enfin la réaffirmation de la nature polyvalente de l'HAD, ceci jouant en faveur du centre hospitalier de Montereau qui s'inscrit pleinement dans cette logique.

Malgré ces éléments positifs, le service présente quelques fragilités qui ont des origines externes et internes. Il convient de citer l'incertitude qui pèse sur le renouvellement de l'autorisation par l'ARS. Cette dernière aurait pu en effet choisir de favoriser Santé Service devant la faiblesse de l'activité de l'HAD de Montereau. Depuis la réalisation de ce diagnostic, l'activité a été renouvelée pour cinq ans.

En interne, l'HAD souffre des mêmes difficultés que les autres services de l'établissement, à savoir un effectif de personnel non médical parfois insuffisant pour faire face aux pics d'activité. Ceci engendre un climat social tendu et un taux d'absentéisme supérieur à la moyenne nationale.

Telle qu'elle fonctionne actuellement, l'HAD du CHM est déficitaire. Ce constat se base sur l'analyse du compte de résultat établi par la direction des finances de l'établissement (annexe 1). En 2011, un déficit de plus de 400 000 € a été constaté pour cette structure. Son maintien doit donc s'accompagner d'une amélioration de l'efficacité économique. Une étude interne de la direction des finances estime qu'avec quinze patients par jour sur l'ensemble de l'année, le compte de résultat de l'HAD serait équilibré, toutes choses égales par ailleurs. En effet, les moyens mis à disposition ont été dimensionnés lors de son

¹⁶ Agence Régionale de Santé d'Ile de France. Volet HAD du SROS-PRS. Document de travail de Juin 2012. Non publié.

ouverture en 2008 pour 5 400 journées d’HAD, alors que l’activité n’a jamais atteint ce niveau (tableau 3). Il convient de noter que si le rythme constaté depuis le début de l’année 2012 se poursuit, l’unité aura effectué environ 4 000 journées d’hospitalisation, ce qui demeure insuffisant pour équilibrer les comptes.

Tableau 3. Données d’activité pour l’HAD du CHM. 2009 à 2012. PMSI

	2009	2010	2011	2012 (du 01/01 au 30/04)
Nombre de patients	116	164	155	93
Jours réalisés	2934	4171	3092	1340
Séjours réalisés	157	223	189	105
Durée moyenne de séjour	25.29	25.43	19.9	14.41
Nombre de patients par jour	8.04	11.43	8.63	-

Comme pour l’ensemble des établissements d’hospitalisation à domicile, l’HAD de Montereau souffre d’une faible intégration de son recours dans les pratiques des médecins hospitaliers, qui pour la majorité d’entre eux, n’ont pas encore intégré ce mode d’hospitalisation dans leurs pratiques quotidiennes.

Conscient que le développement de l’HAD ne se fera qu’avec la participation des médecins hospitaliers de l’établissement, il a donc été décidé de mettre en place des parcours de soins prédéfinis, dans lesquels un séjour en HAD deviendrait systématique.

VERS UNE PRISE EN CHARGE PAR PARCOURS DE SOINS

Les parcours de soins, une notion qui vise à fluidifier les prises en charge

La notion de parcours de soins se développe fortement en France aujourd’hui. Très récemment, une série d’articles sur le sujet est parue dans la Revue Hospitalière de France, signe que la Fédération Hospitalière de France s’y intéresse de près.

Dans l’article introductif, les auteurs¹⁷ insistent sur l’évolution des modes de prise en charge, qui passent d’une centralisation sur la phase aiguë des maladies à leur traitement chronique.

¹⁷ Cremadez M, Bichier E. Du séjour au parcours de soins, les obstacles culturels et organisationnels. Revue Hospitalière de France. Mai Juin 2012. p 44-54.

La prise en charge doit être décloisonnée entre les acteurs, de l'amont à l'aval. En creux, Crémadez et Bichier montrent qu'une telle approche doit s'accompagner d'une prise de conscience collective de la part des médecins, rompant ainsi avec leurs modes d'exercice essentiellement individuels, ainsi que par la diffusion d'une culture de la transparence. Ils insistent toutefois sur la persistance des cultures liées à l'appartenance à un service, qui voient comme une transgression la volonté de travailler de façon transversale. Le patient est encore trop souvent sommé de s'adapter aux organisations, malgré un discours qui prône le contraire depuis plusieurs années.

Dans un deuxième article¹⁸, les mêmes auteurs montrent que les facteurs de réussite passent par la prise de conscience des professionnels que leurs actions auprès des patients influent sur le résultat final et pas seulement « *sur les résultats intermédiaires qui les concernent directement* ». Il convient d'identifier, le plus en amont possible, les patients éligibles aux différents parcours et de s'assurer que la coordination soit faite sans rupture. Cet aspect est d'ailleurs au centre du dispositif présenté dans une étude italienne parue en 2009¹⁹, dans laquelle le rôle des infirmières coordonnatrices est primordial. Cette étude se propose d'organiser les hôpitaux non plus en fonction des disciplines médicales, mais en fonction des durées prévisibles d'hospitalisation. Ce concept se diffuse d'ailleurs dans les établissements français, où nombre de services sont transformés en hôpitaux de jour ou de semaine.

Organiser des parcours de soins nécessite donc de revoir la gestion des flux des patients, de désigner des référents médicaux et non médicaux, d'élaborer des protocoles qui limiteront les prises en charge par défaut. Comme le pensent Crémadez et Bichier, l'intégration de l'hospitalisation à domicile est un facteur de réussite de la mise en œuvre de ces parcours de soins.

Cette gestion des flux nécessite de se poser la question de la gestion des ressources. Villa et al.²⁰ considèrent à ce sujet que la question des patients devrait être traitée comme une question de logistique. Pour eux, les moyens sont mal utilisés, des redondances et des

¹⁸ Crémadez M, Bichier E. Du séjour au parcours, les fondamentaux de la gestion des flux. Revue Hospitalière de France. Juillet Août 2012. p 46-49.

¹⁹ Villa S, Barieri M, Lega F. Restructuring patient flow logistics around patient care needs : implications and practicalities from three critical cases. Health Care Management Science. 2009. 12 :155-165

²⁰ op.cit.

doublons empêchent les économies d'échelle ; l'autonomie prévaut sur la responsabilité²¹. Ils vont même jusqu'à conseiller aux hôpitaux de s'inspirer des outils utilisés dans l'industrie. Si cette approche est peut être trop extrême en France aujourd'hui, elle se rapproche de celle prônée par la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH) en 2008 dans son rapport sur la gestion des lits²². Dans ce document, l'agence, aujourd'hui absorbée par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), a souhaité s'inspirer des pratiques hôtelières pour identifier les facteurs de réussite. Sans confondre la complexité d'un établissement de santé avec les contraintes économiques qui pèsent sur un hôtel, la mission a pris en compte les impératifs managériaux et logistiques qui conduisent à maîtriser la gestion de l'actif que représente le lit. S'appuyant sur des retours d'expérience, la mission a montré qu'il n'était pas indispensable de déployer des moyens informatiques considérables pour aboutir à des résultats significatifs. Comme les auteurs italiens, la MeaH souligne que la transparence, l'identification de la durée de séjour prévisible et l'anticipation de la sortie du patient dès son entrée dans le système de soins sont des éléments bien plus fondamentaux à prendre en compte que la question du système d'information.

Contexte politique et économique

Cette notion de parcours de soins trouve tout son sens lorsqu'elle se déploie tout au long de la chaîne de prise en charge des patients. Comme toutes les chaînes, sa solidité ne dépend que de la solidité du maillon le plus faible, c'est pourquoi le secteur sanitaire, sans doute le plus complexe, doit montrer la voie.

Le Haut commissariat pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) a d'ailleurs souligné, dans un avis²³ de mars 2012, la place prépondérante que doivent jouer les établissements sanitaires dans la mise en œuvre des parcours de santé. Le coût lié à des interventions inadéquates ou des défauts de coordination, est estimé à plusieurs milliards d'euros. Le Haut commissariat souhaite que l'Assurance maladie mette en place un système de tarification qui intègre le travail de coordination fait par les professionnels de santé, que « *pour l'hôpital aussi, les perspectives de développement soient nettement orientées sur son insertion*

²¹ Responsabilité est ici considérée au sens anglo-saxon d'*accountability*, notion difficilement traduisible.

²² Mission nationale d'expertise et d'audits hospitaliers. La gestion des lits des hôpitaux et des cliniques, bonnes pratiques organisationnelles et retours d'expérience. Avril 2008. 122 pages.

²³ Haut commissariat pour l'avenir de l'assurance maladie. Avenir de l'assurance maladie, les options du HCAAM. Avis du 22 mars 2012. 31 pages.

optimale dans le parcours de soins ». L'hospitalisation complète devrait être optimisée afin de ne pas dépasser ce que le HCAAM appelle le « *juste soin* » et venir en complément d'autres modalités de prise en charge tels que les soins de ville, les soins de suite, l'HAD, l'hébergement temporaire ou permanent. Pour cela, il prône un développement de l'HAD.

Renforçant le constat fait par le HCAAM, l'IGAS²⁴ et l'Inspection des finances considèrent que la progression de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie restera plus élevée que celle du produit intérieur brut du pays, tant que les soins ne seront pas en adéquation parfaite avec les situations cliniques, le niveau de prise en charge que peut offrir chaque structure et les souhaits du patient. La possibilité du maintien ou du retour à domicile doit être considérée chaque fois que cela est envisageable. La notion de parcours de soins coordonnés est là encore centrale. Elle passe notamment par le développement de la chirurgie ambulatoire et de l'HAD.

Problématique

L'intégration du centre hospitalier de Montereau au cœur de son territoire de santé étant un objectif majeur du projet d'établissement, sa participation à la mise en œuvre des parcours de soins est donc toute naturelle. Pour cela, l'établissement doit mobiliser ses atouts afin d'améliorer le volet sanitaire de la prise en charge des patients.

L'existence d'une structure d'HAD qui dispose de plusieurs points forts représente donc un avantage stratégique majeur à exploiter. C'est pourquoi l'objectif principal du mémoire sera d'identifier les éléments qui permettront à l'HAD de jouer un rôle de pivot dans les parcours de soins.

LES PARCOURS DE SOINS POTENTIELS AU CENTRE HOSPITALIER DE MONTEREAU

Identifiant la difficulté des médecins du CHM à systématiser le recours à l'HAD, lorsque cela est possible, la direction de l'établissement souhaite définir des parcours de soins dans

²⁴ Lidsky V, Thiard PE, Le Brignon M, Thomas J, Olivier M, Giorgi D, Garrigue Guyonnaud H, Jeantet M, Cayre V. Inspection générale des finances, Inspection générale des affaires sociales. Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017. Juin 2012. 93 pages.

lesquels l'HAD serait automatiquement intégrée, inversant ainsi la logique et demandant aux praticiens de justifier le maintien en hospitalisation classique.

Des filières éligibles aux filières opportunes

Pour cela, une étude d'opportunité doit être menée, non seulement en termes de recrutement médical, mais aussi d'efficacité économique. Plusieurs filières de prise en charge pouvaient faire l'objet de cette étude. Quatre principales ont été identifiées dans un premier temps.

La première concerne les soins de périnatalité. Le centre hospitalier de Montereau comporte une maternité initialement de niveau IIa et de niveau I depuis le 1^{er} août 2012. Si le recours à l'HAD est fréquent dans de nombreux établissements depuis plusieurs années, l'assurance maladie a souhaité recadrer précisément les critères d'admission ces derniers mois. Il s'est en effet avéré que l'HAD était souvent mobilisée pour permettre une sortie précoce des parturientes, sans que les soins pratiqués ne relèvent du secteur hospitalier. L'HAS²⁵ a ainsi défini des critères très précis. Sur Montereau, l'absence de sage femme libérale jusqu'à très récemment avait fortement limité le développement de l'HAD sur ce créneau. L'offre est donc à construire, d'autant que la modification de l'autorisation d'activité va impliquer le transfert des grossesses pathologiques vers le centre hospitalier de Fontainebleau, dont la maternité est de niveau IIb et vers le centre hospitalier du sud francilien qui dispose d'une maternité de niveau III. Les caractéristiques sociales des patientes de Montereau plaident en faveur d'un retour à domicile le plus rapidement possible. L'HAD du centre hospitalier pourrait ainsi prendre le relai des structures classiques, d'autant qu'une sage-femme libérale s'est installée en ville au printemps 2012. Toutefois, tant la situation du service de gynécologie obstétrique, dans lequel l'équipe a encore du mal à intégrer la décision toute récente de l'ARS, que les collaborations à construire entre les centres hospitaliers de Montereau et de Fontainebleau, rendent à ce jour difficile la construction d'une démarche de parcours de soins. Le choix de développer l'HAD en périnatalité trouvera tout son sens dans quelques mois, le travail présenté dans ce mémoire pourra alors servir de base à la réflexion.

²⁵ Haute autorité de santé. Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du post partum. Recommandations. Avril 2011. 37 pages.

Le second domaine dans lequel l'HAD prend tout son sens concerne la prise en charge des résidents d'EHPAD. De nombreuses études récentes ont montré que les périodes d'hospitalisation des personnes âgées dépendantes étaient source de déstabilisation. L'ANAP a d'ailleurs édité récemment un guide²⁶ sur les parcours de santé à mettre en place pour les personnes âgées. Le centre hospitalier de Montereau dispose de deux EHPAD qui accueillent 195 résidents. Cette population, ajoutée aux résidents des nombreux EHPAD avec lesquels l'HAD a signé des conventions de partenariat représente donc une cible potentielle importante. Souhaitant définir des situations cliniques dans lesquelles le recours à l'HAD pouvait être envisagé de façon systématique, une rencontre a été organisée avec le médecin gériatre responsable de l'unité de court séjour gériatrique. Si l'idée lui a semblé intéressante, il a toutefois émis des réserves quant à son opportunité en 2012. Son unité a en effet ouvert 4 lits début 2011 et se trouve dans une phase de construction. L'objectif est d'ouvrir 10 lits supplémentaires d'ici à la fin de l'année. Systématiser le recours à l'HAD viendrait à fragiliser cette activité qui doit encore être consolidée. Cette position a été partagée lors d'une discussion en réunion de direction. Comme pour la périnatalité, le potentiel de développement de l'HAD en gériatrie est réel et l'opportunité d'y recourir devra être analysée régulièrement, en fonction de l'évolution de l'unité de court séjour gériatrique.

Le troisième domaine dans lequel l'HAD intervient fréquemment concerne le traitement des pathologies cancéreuses par chimiothérapie. Le centre hospitalier de Montereau dispose d'une autorisation d'activité qu'elle réalise en hôpital de jour. Le recours à l'HAD n'est pourtant qu'exceptionnel. Comme pour les deux filières de soins précédentes, le besoin existe, 1 200 séances ayant été réalisées en 2011. Pourtant, là encore, le dialogue avec le médecin oncologue a permis de nuancer cette position. Pour lui, le niveau de qualité actuel, reconnu par l'ARS et l'HAS, ne pourrait être maintenu en HAD du fait de facteurs de nature essentiellement logistique. Que ce soit l'acheminement des poches de chimiothérapie, le circuit des prélèvements nécessaires à la validation de l'administration des molécules anti-cancéreuses, les caractéristiques géographiques du territoire ainsi que le dimensionnement des équipes concernées risqueraient de mettre en péril une activité qui fonctionne de façon

²⁶ Agence nationale d'appui à la performance. Les parcours de santé des personnes âgées sur un territoire, réaliser un diagnostic et définir une feuille de route pour un territoire. 2012. 80 pages.

satisfaisante en hôpital de jour. Il a donc été décidé de ne pas explorer le potentiel de développement de l'HAD dans ce domaine.

Le quatrième domaine étudié concerne les soins palliatifs. Au niveau national, ils représentent le premier mode de prise en charge en nombre de journées d'HAD (26%). Au centre hospitalier de Montereau, on les retrouve en quatrième position (12%). En 2011, 392 patients ont été pris en charge en hospitalisation classique, 8 patients en HAD. Cette filière de prise en charge se prête parfaitement à l'intégration de l'HAD à plusieurs titres ; le premier et sans doute le plus important relève du souhait de nombreux patients de mourir à domicile. Afin de répondre à cette demande, tout en garantissant un niveau de prise en charge, notamment de la douleur, de qualité, l'environnement de soins qu'apporte l'HAD trouve tout son sens. Un deuxième argument en faveur de la systématisation de l'HAD est la multiplicité des acteurs qui interviennent dans les derniers moments de la vie ; secteur sanitaire, professionnels libéraux mais aussi réseaux de santé doivent être coordonnés, rôle qui peut être dévolu à l'HAD, comme le recommandent les rapports de l'HCAAM²⁷ et de l'IGAS²⁸. Cette filière de prise en charge servira donc de modèle pour l'étude menée dans le cadre du mémoire.

Cette phase de détermination des filières potentielles a montré l'importance du dialogue permanent qui doit s'instaurer entre l'équipe de direction et le corps médical. Si le diagnostic a souvent été partagé, ce qui semblait représenter une opportunité du point de vue du gestionnaire a pu être nuancé par les cliniciens, plus proches des réalités de terrain. Dans tous les cas, l'intérêt du patient a été confronté aux orientations stratégiques possibles et aux contraintes organisationnelles, afin de trouver une voie qui préserve chacune de ces composantes.

Prise en charge des patients en soins palliatifs

La prise en charge des patients en soins palliatifs a donc été identifiée comme étant un bon modèle pour développer la notion de filière de soins au centre hospitalier de Montereau.

²⁷ Op.cit.

²⁸ Lidsky V, Thiard PE, Le Brignonen M, Thomas J, Olivier M, Giorgi D, Garrigue Guyonnaud H, Jeantet M, Cayre V. Inspection générale des finances, Inspection générale des affaires sociales. Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017. Juin 2012. 93 pages.

Plusieurs arguments jouent en sa faveur, la notion de coopération entre les acteurs et la place que le domicile joue auprès de ces patients.

Une séquence de soins pour laquelle la notion de coopération a tout son sens

Prenant tout leur sens depuis la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie²⁹, les soins palliatifs font l'objet d'un encadrement strict et d'une définition précise. La circulaire du 25 mars 2008³⁰ précise les orientations de la politique des soins palliatifs. Elle rappelle que ces derniers « *sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe multidisciplinaire, en collaboration avec des bénévoles d'accompagnement, en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. Ils ont pour but de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la mort* ».

La prise en charge des patients en soins palliatifs est basée sur le principe de la gradation des interventions. Dans les établissements de santé, trois niveaux sont retrouvés ; la prise en charge dans un lit non identifié, dans un lit identifié en soins palliatifs ou dans une unité dédiée. Des équipes mobiles peuvent venir compléter ce dispositif afin d'offrir aux équipes soignantes leur expertise dans le domaine. A ce dispositif sanitaire viennent s'ajouter les réseaux de soins palliatifs, dont le rôle consiste à coordonner les acteurs, permettre la continuité de la prise en charge et soutenir les patients et leur entourage.

Faisant l'objet d'un volet particulier des SROS et d'un chapitre dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, les soins palliatifs font l'objet d'une attention toute particulière de la part des ARS.

Une séquence de soins dans laquelle l'HAD trouve toute sa place

La circulaire du 25 mars 2008 est particulièrement claire sur le rôle que doit jouer l'HAD dans les soins palliatifs, « *l'hospitalisation à domicile, en raison du statut d'établissement de santé de ses structures, est un acteur essentiel de l'organisation, au domicile, des soins*

²⁹ Loi 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits du malade et à la fin de vie. Journal officiel de la République française. 23 avril 2005.

³⁰ Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins. Circulaire n°2008-99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs. Bulletin officiel Santé Protection sociale Solidarités n°2008-4 du 15 mai 2008. Pages 188-205

palliatifs »³¹. Elle lui consacre par ailleurs une annexe au même titre que les lits identifiés, les unités dédiées ou les équipes mobiles. Les missions de l'HAD sont définies très précisément, tant sur le plan du niveau des soins à apporter que sur le rôle à jouer dans la formation des intervenants au domicile.

L'ARS d'Ile de France insiste également sur la nécessité de développer la prise en charge des soins palliatifs en HAD dans le projet du SROS-PRS.

Au sein de ce parcours de soins si particulier, les patients sont amenés à enchaîner les séjours hospitaliers et les retours à domicile avec des besoins en soins variables. Les intervenants sont multiples, le rôle des aidants est primordial. Au delà de ces compétences sanitaires, l'HAD apporte également sa maîtrise des situations complexes devant lesquelles les acteurs de ville peuvent parfois être désarmés.

L'intérêt que porte l'établissement sur le développement de ce parcours de soins est renforcé par l'impact qu'il devrait avoir sur la fluidification des lits de médecine. En effet, la majorité des patients pris en charge en soins palliatifs le sont dans les unités de gastro-entérologie et de neurologie, qui constituent les lits d'aval des urgences. Comme dans de nombreux établissements publics de santé, la disponibilité de ces lits est un enjeu majeur afin d'assurer un fonctionnement optimal des urgences et une prise en charge des patients sans rupture. Pouvoir anticiper le transfert vers l'HAD des patients en soins palliatifs permettra de mieux gérer le flux des urgences vers l'aval.

De plus, en identifiant de nouveaux patients éligibles à l'HAD, le centre hospitalier de Montereau espère pouvoir augmenter l'activité de cette unité afin d'éliminer son déficit structurel actuel.

MISE EN ŒUVRE DE L'INTEGRATION DE L'HAD DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN SOINS PALLIATIFS

La pertinence médicale de développer un parcours de soins pour les patients en soins palliatifs du centre hospitalier de Montereau étant établie, il convient maintenant d'en étudier l'aspect économique. Il s'agit en effet de vérifier son impact sur les résultats de

³¹ *ibid*

l'établissement. Son étude permettra ensuite d'aborder les conditions organisationnelles de mise en œuvre et les facteurs de réussite du projet.

Etude d'opportunité économique entre la prise en charge en hospitalisation classique et l'HAD

Aujourd'hui, le centre hospitalier de Montereau prend très majoritairement en charge les patients de soins palliatifs en hospitalisation classique. Afin d'optimiser le recours à l'HAD dans le parcours de ces patients, les recettes et les dépenses générées par ce type d'hospitalisation vont être comparées avec celles de l'hospitalisation classique. Cette étude se basera sur des données de la littérature, confrontées aux contraintes du terrain, notamment aux limites du système d'information. L'année de référence est 2011, dernière année pleine pour laquelle l'ensemble des données est consolidée.

Modélisation économique des deux modalités de prise en charge

Recettes générées en HAD

Depuis le 1^{er} janvier 2005, l'HAD est financée à l'activité. Pourtant, son mode de tarification ne permet pas de relier directement un séjour à un tarif. En effet, chaque séjour en HAD (figure 5) est décrit par des séquences de soins issues des combinaisons entre le mode de prise en charge principal, le cas échéant un mode de prise en charge associé et l'indice de Karnofsky (IK). Dès que l'une de ces trois variables change, le patient change de séquence. Les séquences pouvant durer plusieurs semaines, l'établissement peut les découper en sous-séquences à sa guise, afin d'adopter un rythme de facturation compatible avec ses impératifs financiers.

A l'issue de l'hospitalisation, un résumé par sous-séquence (RPSS) est établi. Il regroupe les données administratives du patient ainsi que des informations relatives aux séquences et sous-séquences. Les RPSS permettent le classement du séjour dans un groupe homogène de prise en charge (GHPC). On compte 1 895 GHPC. Chaque journée de chacune des sous-séquences génère un groupe homogène de tarifs (GHT). Le GHT est donc une forme de forfait journalier dont le montant résulte de la combinaison des modes de prise en charge principal et associé, de l'IK et de la durée de prise en charge.

En 2012, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a retenu 31 GHT dont la valeur varie de 54.03 € à 535.09 €³². Les GHT ne sont donc pas liés directement aux pathologies prises en charge, mais la résultante d'un algorithme de codage. Ils varient notamment en fonction de la durée des sous-séquences suivant quatre tranches (1-4 jours, 5-9 jours, 10-30 jours et au delà du 30^{ème} jour).

L'objet de l'étude étant d'évaluer la pertinence économique de l'intégration de l'HAD dans le parcours des patients en soins palliatifs, il a donc fallu trouver un moyen pour évaluer les recettes liées aux séjours.

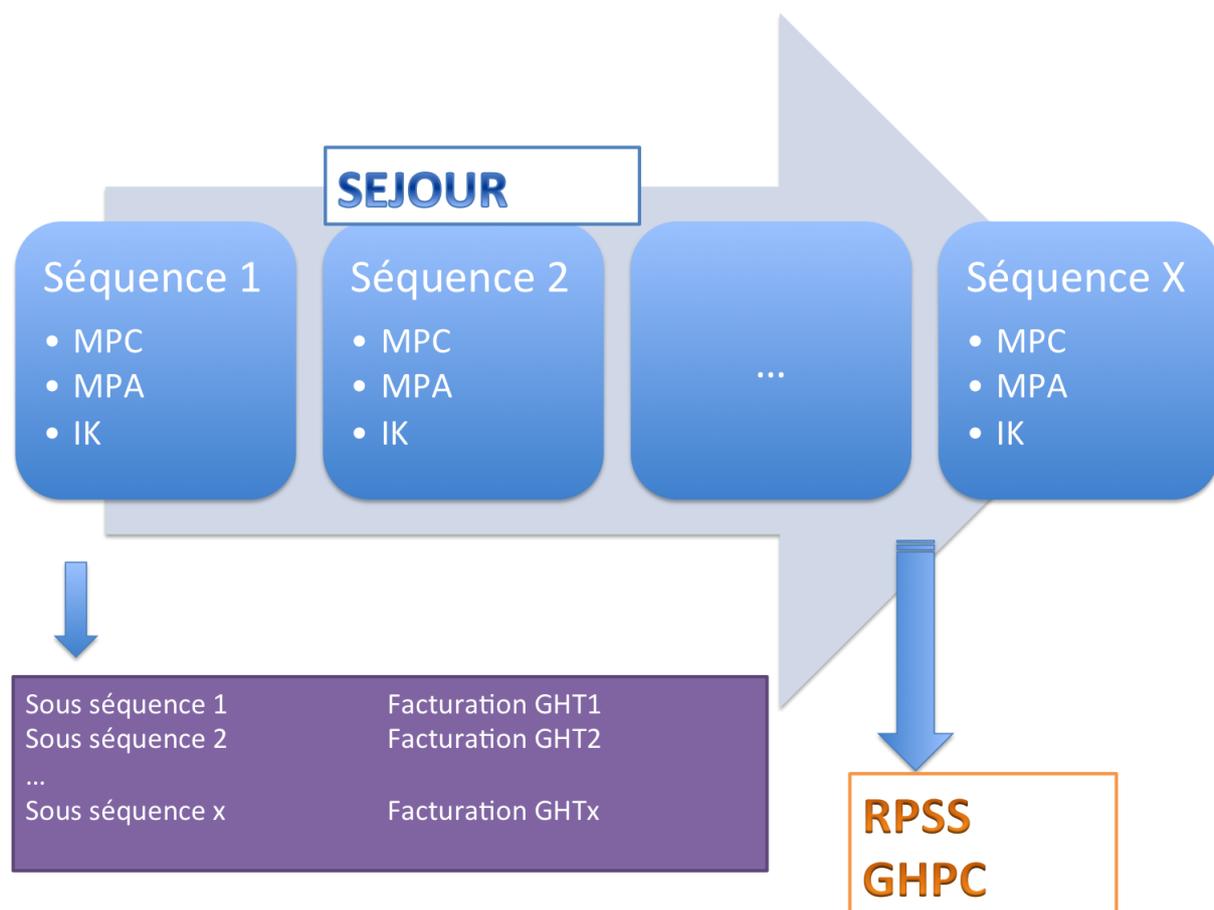


Figure 5. Modalités de tarification des séjours en HAD

L'établissement dispose des données de facturation pour chaque patient pris en charge en HAD. Toutefois, le système d'information ne permet pas une extraction croisée suivant le

³² Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Tarifs MCO applicables 2012. Consulté le 27 juillet

mode de prise en charge. Il a donc fallu recourir à l'analyse des données des patients ayant séjourné en HAD avec le mode de prise en charge (MPC) 04 « soins palliatifs ». Cette analyse a du être réalisée patient par patient. L'effectif des patients pris en charge en soins palliatifs en 2011 étant faible (8), cela a été rapidement effectué. Toutefois, cette limite pourra compliquer l'analyse de parcours de soins pour des prises en charge plus fréquentes.

En revanche, le nombre de journées est une donnée disponible via ePMSI³³ sur le site de l'ATIH (annexe 2). Les données disponibles étaient donc la recette totale générée en 2011 par les patients pris en charge pour soins palliatifs et le nombre de journées concernées.

Le choix a été donc fait de déterminer une recette moyenne par journée de soins palliatifs en HAD. Pour cela, le montant global des recettes au titre du MPC 04 a été divisé par le nombre de journées concernées (tableau 4). Une journée de soins palliatifs a donc rapporté en moyenne 306 € au centre hospitalier de Montereau en 2011.

A titre de comparaison, il a semblé intéressant de déterminer la recette moyenne par jour d'HAD tous modes de prise en charge confondus. Les recettes et le nombre de jours sont disponibles en ligne sur ePMSI³⁴.

Tableau 4. Recettes moyennes par jour d'HAD. CHM 2011

	Recette totale	Nombre de jours de prise en charge	Recette moyenne par jour
MPC Soins palliatifs	120 130 €	392	306 €
Tous MPC	719 694 €	3 092	232.76 €

La comparaison de la recette moyenne pour les soins palliatifs et celle de tous les actes d'HAD confondus montre une différence de 73 € au bénéfice des soins palliatifs. Cet élément confirme ce qu'avait souligné l'IGAS dans son rapport de 2010³⁵ à propos de la rémunération incitative des soins palliatifs.

Cette méthode ne permettra toutefois pas de modéliser une recette théorique en fonction de la durée de séjour du patient. Les recherches bibliographiques et les débats avec le médecin du département d'information médicale n'ont pas permis d'identifier une méthode

³³ Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Application MAT2A HAD DGF. Tableau 5.

³⁴ Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Application MAT2A HAD DGF. Tableau 1B.

³⁵ Durand N, Lannelongue C, Legrand P, Marsala V. Op cit.

plus fiable. Le modèle retenu pour l'analyse sera donc, par défaut, un modèle linéaire tout en gardant à l'esprit qu'il ne reflète pas entièrement la réalité de la formation des recettes.

Recettes générées en hospitalisation classique

La détermination de la recette générée par un séjour de soins palliatifs est plus facile à déterminer pour l'hospitalisation classique. Il n'existe en effet que deux groupes homogènes de malade (GHM) pour les soins palliatifs ; le GHM 23Z02T qui concerne les séjours de très courte durée et le GHM 23Z02Z qui concerne les autres séjours. Pour l'étude menée ici, le choix a été fait de ne considérer que ce dernier. En effet, la notion de parcours de soins ne trouve pas son sens dans le cas d'une prise en charge de très courte durée.

A ce GHM est associé trois groupes homogènes de séjour (GHS) en fonction de la nature de la structure dans laquelle le patient est accueilli. Le GHS 7994 est appliqué lorsque le patient est pris en charge au sein d'une unité dédiée aux soins palliatifs, le 7993 dans un lit identifié, le 7992 dans un lit non fléché (tableau 5).

Tableau 5. Recettes T2A pour les soins palliatifs. ATIH 2012.

GHS	Libellé		Seuil bas (jours)	Seuil haut (jours)	Tarif	Tarif si < borne basse	Tarif par jour si > borne haute
7992	Soins palliatifs	Tout type de lit	4	12	4 151,04 €	3 252,04 €	271,07 €
7993	Soins palliatifs	Lit identifié	4	12	5 396,36 €	4 186,03 €	352,00 €
7994	Soins palliatifs	Lit dédié (USMP)	4	12	6 226,57 €	4 808,68 €	406,00 €

Pour le centre hospitalier de Montereau, seuls les GHS 7992 et 7993 sont applicables à ce jour. Une unité de soins palliatifs est en projet mais n'est pas encore opérationnelle.

Le CHM bénéficie également d'une dotation pour mission d'intérêt général au titre de son équipe mobile de soins palliatifs qui s'élevait à 272 000 € en 2011. Cette recette supplémentaire ne sera pas intégrée dans la comparaison entre l'hospitalisation classique et l'HAD car l'équipe intervient dans les deux structures.

En 2011, les recettes liées aux GHS 7992 et 7993 se sont élevées à 699 243 € (annexe 2) pour 1 532 jours d'hospitalisation, soit en moyenne 456 € par jour. Afin de mieux identifier l'effet lié au bornage des séjours, il convient d'affiner l'analyse. Les recettes moyennes s'établissent

à 724.29 € par jour pour les séjours compris dans les bornes et à 339.15 € pour ceux dépassant 12 jours.

Des recettes variables en fonction du mode de prise en charge et de la durée d'hospitalisation

La figure 6 montre la formation des recettes pour les GHS 7992 et 7993 et le mode de prise en charge principal 04 en fonction de la durée de séjour. Les données retenues sont celles des patients pris en charge en 2011. A ce stade, deux observations peuvent être faites.

Au 22ème jour, la recette totale générée par une prise en charge dans un lit non identifié d'hospitalisation classique est la même que pour une prise en charge en HAD. En revanche, lors de la première phase d'hospitalisation pour soins palliatifs, la recette est significativement plus élevée en hospitalisation classique qu'en HAD quelque soit le type de lit d'accueil.

Le deuxième constat concerne la différence de recettes entre les patients pris en charge dans des lits identifiés en soins palliatifs et ceux pris en charge dans des lits non identifiés. Cet élément est un enjeu majeur pour le CHM et devra être pris en compte dans les indicateurs de codage du programme de médicalisation du système d'information (PMSI) à mettre en place. Il faudra en effet privilégier l'affectation des patients dans des lits identifiés dans la limite du nombre maximal de journées annuelles.

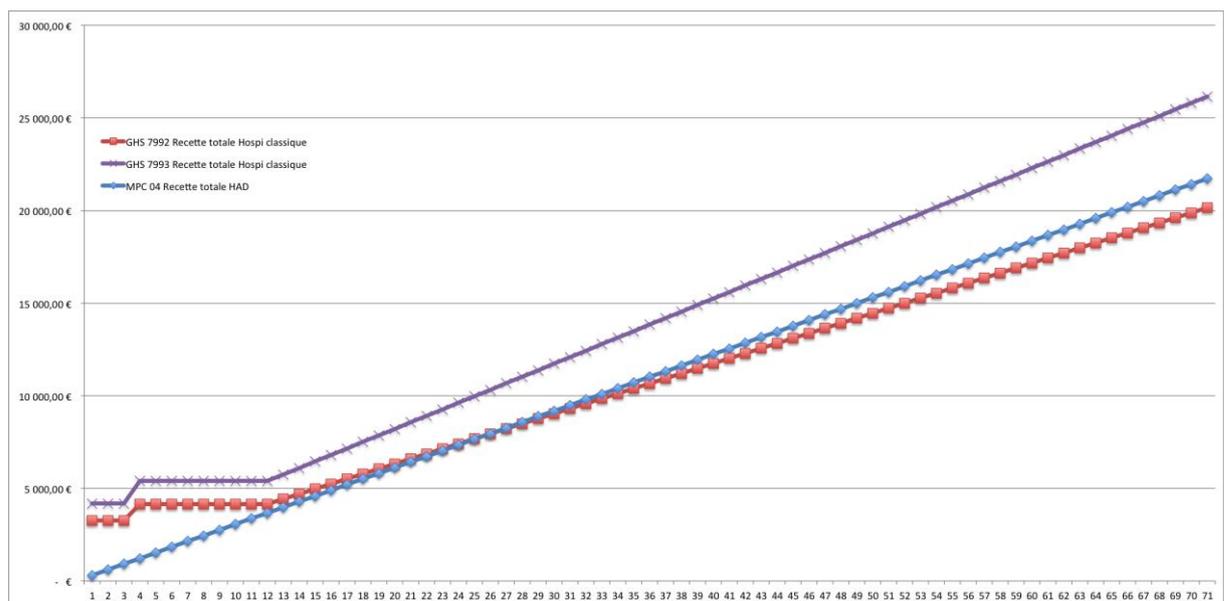


Figure 6. Modélisation comparée de la formation des recettes

Après les recettes, l'analyse des dépenses permettra de comparer les deux modes de prise en charge.

Dépenses générées en HAD

Le contrôle de gestion et l'établissement de comptes de résultats étant encore en phase de construction au centre hospitalier de Montereau, plusieurs approches seront utilisées afin de s'assurer de la robustesse des résultats.

Une étude du Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES) de 2003 servira de base, complétée par des données de l'Echelle nationale des coûts à méthodologie commune (ENCC) et des données fournies par la cellule du contrôle de gestion de l'établissement.

En 2003, la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins a demandé au CREDES de mener une étude du coût de la prise en charge en HAD³⁶. Cette étude avait pour but de préparer le passage du financement en prix de journée à la tarification à l'activité. Elle a démontré que le coût variait en fonction de la durée du séjour, de la nature des soins, du mode de sortie, l'âge et du niveau de dépendance du patient.

Le coût médical direct représentait 70% du coût global. Pour les soins palliatifs, ce coût global a été estimé à 172 €, soit 120.4 € de coût médical direct par jour de prise en charge. Compte tenu de la date de publication de cette étude, une correction liée à l'inflation sur la période 2003 – 2011 a été effectuée. Sur cette base, le coût médical par jour de prise en charge d'un patient d'HAD en soins palliatifs peut être évalué à 141 € (+16.8%). A titre de comparaison, le coût moyen direct d'une journée d'HAD était évalué à 98 € dans la même étude, soit 114 € en 2011.

Avec la mise en place de la tarification à l'activité en HAD, l'ATIH a été en mesure de produire une échelle nationale des coûts depuis 2009 ; ces données sont disponibles depuis janvier 2012. A partir de cette base, les coûts des trois GHPC codés sur le centre hospitalier vont de 237.9 € à 307 €, soit un coût moyen de 273.6 € (tableau 6). Avec la même méthode, le coût moyen d'une journée d'HAD, tous GHPC confondus, est estimé à 255.8 €. L'ATIH

³⁶ Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé. Le coût de prise en charge en hospitalisation à domicile. Questions d'économie de la santé n°67. Juin 2003. 6 pages.

précise toutefois que les coûts peuvent fortement varier en fonction de la nature des établissements et des techniques de traitement comptable employées³⁷.

Tableau 6. Coûts journaliers pour les GHPC 0368, 0410 et 0445. ENCc HAD. 2009

GHPC	MPP	MPA	Coût journalier
0368	04 - soins palliatifs	00 - pas de protocole associé	237,9 €
0410	04 - soins palliatifs	07 - prise en charge de la douleur	307 €
0445	04 - soins palliatifs	13 - surveillance post chimiothérapie	275,9 €

Pour terminer, la direction des finances du centre hospitalier de Montereau met progressivement en place les comptes de résultat par service. Les charges liées à la structure d'HAD se montaient à 1 165 124.19 € en 2011 pour 3 092 journées. Le coût moyen d'une journée s'élève donc à 376.8 €. Si ce montant est élevé par rapport à l'ENCc, cela peut s'expliquer par la particularité de l'année 2011. Cette année là, l'activité a été particulièrement basse, non à cause d'une baisse des patients potentiels, mais à cause de plusieurs congés maternité au sein de l'équipe d'infirmières. La situation financière du CHM n'ayant pas permis de remplacer ces effectifs, le service d'HAD a donc été contraint de limiter le nombre de patients pris en charge. Cet artéfact ne peut être compensé par la moyenne des coûts sur les trois dernières années car les données de comptabilité analytique par service ne sont disponibles que depuis 2011. En revanche, il peut l'être, en partie, par l'analyse des dépenses et de l'activité entre le 1er janvier et le 31 avril 2012. En utilisant la même méthode que précédemment, le coût moyen d'une journée d'HAD est évalué à 329.73€. Comme pour le calcul des recettes, le système d'information limite l'analyse en ne permettant pas de déterminer le coût d'une journée d'HAD en fonction des GHPC.

Les données disponibles sont résumées dans le tableau 7. Pour les données issues de l'étude du CREDES et de l'ENCc, les coûts d'une journée en soins palliatifs peuvent être mis en lien avec les coûts d'une journée d'HAD quelque soit le mode de prise en charge. Un ratio peut donc être déterminé ; il est de 1.236 dans l'enquête CREDES et 1.07 pour l'ENCc. Afin de lisser les différentes approches, la moyenne des ratios peut être calculée. Elle s'établit à

³⁷ Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Guide de lecture des valeurs nationales de coûts. Données ENCc HAD 2009. 10 pages.

1.153, ce qui veut dire qu'une journée de soins palliatifs en HAD coûte 15% de plus que la moyenne des journées d'HAD.

Par extrapolation en utilisant la moyenne des ratios (1.153), le coût relatif d'une journée d'HAD en soins palliatifs au centre hospitalier de Montereau peut alors être évalué. Ainsi, pour un coût moyen de 329.7 € toutes pathologies confondues, le coût en 2012 lié aux soins palliatifs est estimé à 380.18 €.

Tableau 7. Détermination du coût moyen d'une journée d'HAD au CHM

Méthode de calcul	CREDES 2003	ENCc 2009	Contrôle de gestion CHM 2011	Contrôle de gestion CHM 2012
Coût moyen d'une journée de soins palliatifs en HAD (en €)	141	273.6	426.49 <i>(calculé)</i>	380.18 <i>(calculé)</i>
Coût moyen d'une journée en HAD (en €)	114	255.8	369.9	329.73
Ratio soins palliatifs / HAD	1.236	1.070	1.153 <i>(calculé)</i>	1.153 <i>(calculé)</i>

Dépenses générées en hospitalisation conventionnelle

Le CHM ne disposant pas d'unité de soins palliatifs, le choix a été fait de se baser sur le coût d'hospitalisation en médecine, discipline dans laquelle les patients concernés sont pris en charge. Les données sont issues de la direction des finances. Les unités de médecine ont généré 4 354 411 € de charges, pour 17 457 journées d'hospitalisation, soit un coût moyen journalier de 249 €.

Au niveau national, l'ENCc MCO de 2009 indique que le GHM 23Z02Z avait une DMS de 17 jours pour une dépense moyenne de 7 263 €, soit un coût journalier de 427 €. Or, ce GHM concerne les trois GHS liés aux soins palliatifs. Afin de tenir compte de l'absence d'unité de soins palliatifs dans l'établissement et donc de la non facturation du GHS 7994, un coût moyen des GHS 7992 (6 382 €) et 7993 (7 139 €) a été recalculé, ce qui donne une valeur corrigée de 6 760 €. Le coût moyen corrigé serait donc de 397 € (tableau 8).

Tableau 8. Coût moyen d'une journée de soins palliatifs en hospitalisation classique

Méthode de calcul	ENCc 2009	Contrôle de gestion CHM 2011
Coût moyen d'une journée de soins palliatifs en hospitalisation conventionnelle (en €)	397 €	249 €

Des dépenses atypiques au centre hospitalier de Montereau

Comme pour les recettes, la modélisation de la formation des dépenses a pu être effectuée. Toutefois, le système d'information ne permet pas de déterminer avec précision l'évolution de ces dernières en fonction du temps. Le modèle utilisé est un modèle linéaire basé sur un coût moyen journalier.

La figure 7 représente la comparaison des dépenses en fonction du mode de prise en charge au centre hospitalier de Montereau, en HAD ou en hospitalisation en médecine, mais aussi celles issues de l'ENCc.

Si une différence entre les modalités de prise en charge existe bien dans les deux situations (ENCc et CHM), une inversion est constatée pour l'établissement. L'HAD devrait être moins coûteuse que l'hospitalisation classique à l'image des données nationales. Toutefois, le coût d'une journée d'hospitalisation en médecine d'un patient relevant des soins palliatifs est sans doute sous-estimé au CHM par rapport à l'ENCc qui prend en compte la charge en soins liée à ce type de patients. Ce constat est cependant un élément fondamental à intégrer dans le cadre de cette étude. En effet, un de ses objectifs étant de systématiser le recours à l'HAD pour certaines filières de prise en charge, il est indispensable d'optimiser les coûts, afin de ne pas générer de déficit structurel.

Cet écart des coûts a été néanmoins souligné en 2005, dans une étude qui a comparé le coût de la prise en charge en HAD avec l'hospitalisation conventionnelle de patients atteints de cancers hématologiques en Grèce³⁸. Elle a concerné 52 patients hospitalisés entre le 1er janvier et le 30 juin 2002. Les coûts estimés étaient des coûts complets. Les auteurs les ont cependant différencié en incluant ou non les charges liées aux transfusions sanguines et aux molécules onéreuses. Cette étude particulière a montré que la prise en charge en HAD était

³⁸ Tzala S, Lord J, Ziras N, Repousis P, Potamianou A, Tzala A. Cost of home palliative care compared with conventional hospital care for patients with haematological cancers in Greece. *European journal of health economics*. 2005 6. Pages 102-106.

plus coûteuse qu'en hospitalisation conventionnelle. Ainsi, le coût moyen en HAD était de 800 € contre 242 € pour l'hospitalisation classique. La lourdeur des pathologies concernées, des examens complémentaires et des actes comme les transfusions sanguines régulières, expliquent sans doute cet écart important entre les deux modes de prise en charge.

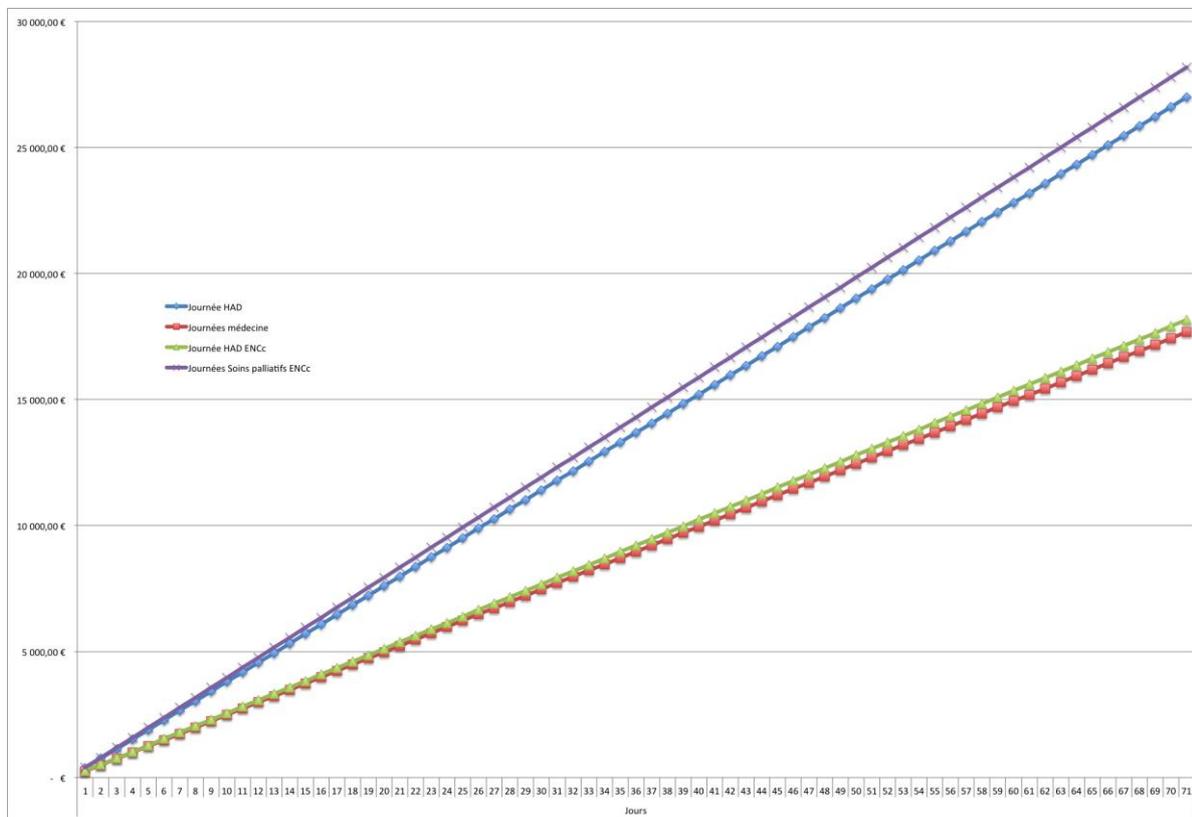


Figure 7. Modélisation comparée de la formation des dépenses.

Résultats prévisionnels

L'approche développée ici vise à comparer les recettes et les dépenses des différents modes de prise en charge des patients en soins palliatifs au CHM afin d'optimiser leur parcours entre l'hospitalisation classique et l'hospitalisation à domicile. Il s'agit également de pouvoir se comparer, toutes choses égales par ailleurs, avec les autres établissements de santé français.

Ainsi, la figure 8 montre l'évolution du résultat pour ces différentes situations. Comme il l'a été vu précédemment, la situation particulière du CHM, tout comme les limites des calculs effectués aboutissent à un renversement des niveaux de coûts par rapport à l'ENCC. L'hospitalisation conventionnelle est donc, à ce jour, économiquement toujours plus

avantageuse que l'HAD pour prendre en charge les patients de soins palliatifs. Ce dernier mode d'hospitalisation est par ailleurs toujours déficitaire.

Toutefois, cette situation ne doit pas être considérée comme inéluctable et les mesures présentées dans la dernière partie de ce mémoire visent à réduire significativement l'écart avec les données nationales.

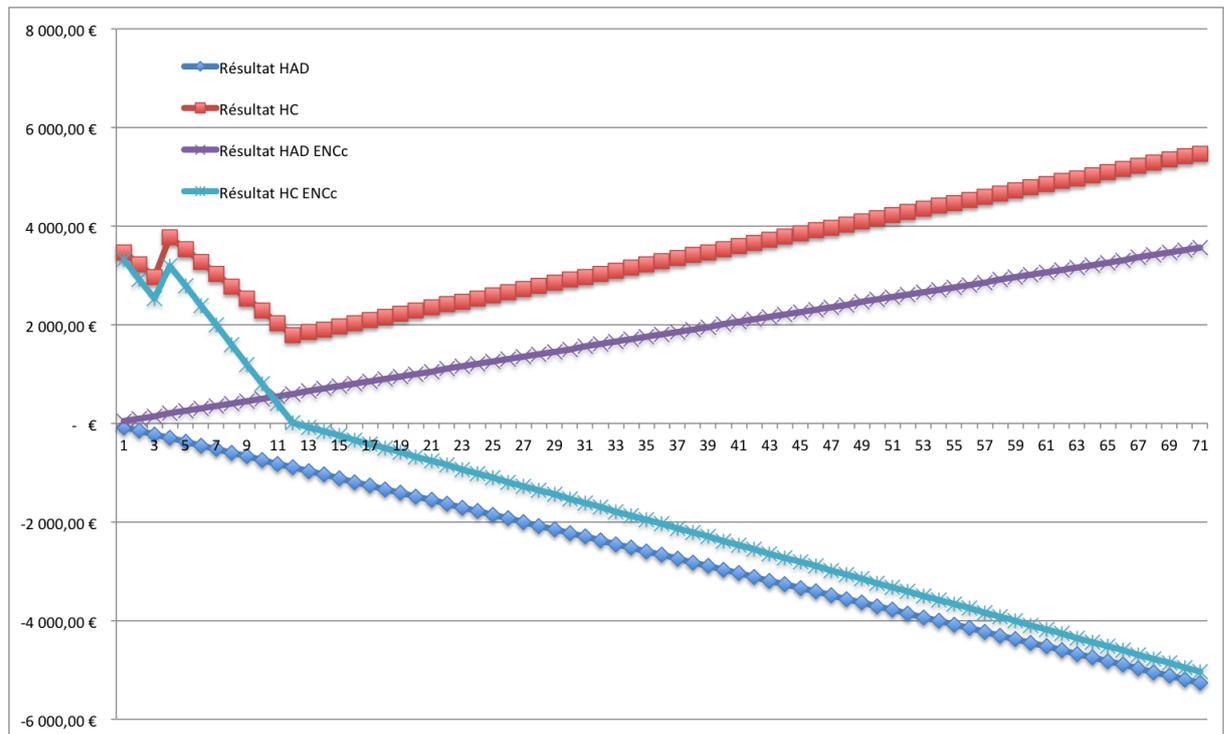


Figure 8. Résultats prévisionnels en fonction des modes de prise en charge.

Si les résultats de l'établissement étaient comparables aux données nationales, un croisement des courbes de résultats serait constaté entre le 11ème et le 12ème jour. A partir de cette durée de prise en charge, l'hospitalisation classique devient économiquement moins avantageuse que l'HAD, avant de devenir déficitaire à partir du 13ème jour. L'HAD en revanche serait bénéficiaire dès le premier jour. Il est d'ailleurs intéressant de rappeler que la borne haute des GHS de soins palliatifs se situe au 12^{ème} jour.

Vers un parcours de soins économiquement optimal

Au vu des résultats obtenus, pour être efficiente, la prise en charge d'un patient en soins palliatifs devrait suivre un parcours type que l'on peut d'ores et déjà identifier.

Les 11 premiers jours du séjour devront être effectués dans un lit de médecine, idéalement identifié comme étant un lit de soins palliatifs, afin de maximiser la recette. Le patient devrait ensuite être transféré en hospitalisation à domicile.

Cette constatation valide le choix stratégique de systématiser le recours à l'HAD pour les patients en soins palliatifs après avoir optimisé l'activité de l'HAD.

La mise en place de ce parcours de soins offre une perspective de développement de l'activité en HAD. Un objectif de montée en charge peut être fixé ; ainsi, si 10% des patients pris en charge actuellement en hospitalisation classique pour soins palliatifs pouvaient être pris en charge en HAD, soit 39 patients, cela générerait potentiellement 546 journées supplémentaires (en appliquant la DMS d'HAD de 2011). Le coût moyen d'une journée d'HAD serait donc diminué, sous réserve de maintien des moyens à leur niveau actuel. En utilisant la même méthode que précédemment (tableau 9), ce gain peut être évalué à 83 € par jour de soins palliatifs. Le coût de 297 € est alors à mettre en parallèle avec les 273 € de l'ENCc pour le même type de prise en charge.

Tableau 9. Calcul du gain potentiel lié aux soins palliatifs

Méthode de calcul	2012	2013
Activité	4000 (cible)	4500 (cible)
Coût global	1 165 125 €	1 165 125 €
Coût moyen d'une journée d'HAD	329 €	259 €
Coût moyen d'une journée de soins palliatifs en HAD	380 €	297 €

La modélisation du résultat peut alors être revue (figure 9). La courbe de rentabilité de l'HAD du CHM croise alors maintenant celle de l'hospitalisation complète de l'ENCc au 12^{ème} jour.

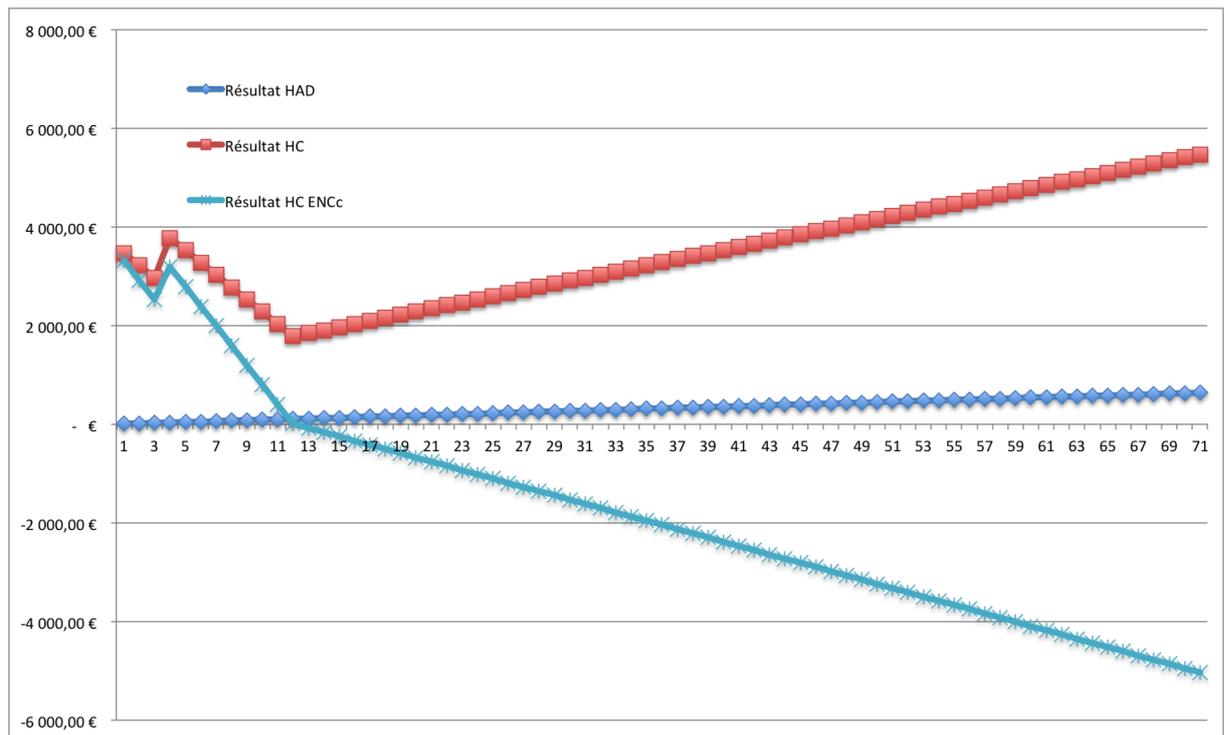


Figure 9. Résultat prévisionnel après optimisation du parcours « soins palliatifs »

L'efficacité économique des secteurs de médecine au CHM ne doit pas constituer un frein à la mise en place de cette filière. Si les résultats présentés ici semblent montrer que l'hospitalisation classique est économiquement toujours plus avantageuse que l'HAD, il faut néanmoins garder à l'esprit que les lits utilisés par des patients en soins palliatifs sont autant de lits qui ne sont pas disponibles pour l'aval des urgences et des séjours plus courts. Il serait ici trop long d'évaluer la perte de recette potentielle liée à l'immobilisation de ces lits, mais il est incontestable que l'enjeu des établissements de santé est d'optimiser la rotation des patients dans les lits d'aigus. Le recours à l'HAD permet cette optimisation, l'étude montrant ici qu'il est possible de le faire au CHM tout en supprimant le déficit structurel de cette unité.

Une étude qui présente des limites méthodologiques

La dimension économique est un point important de cette étude car tant que le mode de financement des établissements de santé sera majoritairement basé sur l'activité, il est indispensable de disposer de prévisions des recettes et des dépenses avant de prendre les décisions stratégiques.

La méthodologie développée afin d'évaluer les résultats prévisionnels des différents parcours de soins a cherché à être la plus précise possible. Cependant, des contraintes ont pesé sur l'élaboration d'un modèle représentant totalement la réalité.

La première contrainte vient du mode de détermination de la recette d'un séjour en HAD. Comme il l'a été vu précédemment, il n'est pas possible de relier une pathologie au GHT, ni d'analyser son évolution par rapport à la durée de prise en charge. Le modèle développé est donc linéaire.

La deuxième contrainte vient du système d'information de l'établissement et par extension du niveau de la comptabilité analytique. Il n'a en effet pas été possible de déterminer avec précision les coûts des prises en charges des patients en soins palliatifs pour les deux modes d'hospitalisation et des moyennes ont du être faites. Afin de pallier ces problèmes, plusieurs sources ont donc été croisées afin de limiter les variabilités éventuelles. Cette carence des systèmes d'information n'est pas propre au centre hospitalier et elle faisait partie des limites soulignées par l'IGAS³⁹ en 2010.

Toutefois, l'approche développée semble intéressante ; elle permet d'objectiver, dans les limites déjà évoquées, les éléments économiques qui viennent en complément d'autres critères décisionnels.

Optimisation du parcours de soins

L'intégration de l'HAD dans la filière de soins palliatifs pouvant être économiquement viable, il s'agit maintenant de déterminer les facteurs organisationnels qui permettront de mettre en œuvre ces nouvelles modalités. Ces facteurs sont de plusieurs natures, le premier étant d'élargir le bassin de recrutement de l'HAD. Il s'agira ensuite de renforcer les collaborations avec l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge de ces patients, puis de définir des processus type au sein de l'établissement.

Un bassin de recrutement qui doit être élargi

Une demande qui s'intègre au SROS-PRS

Le territoire du sud de la Seine et Marne est mal couvert au regard des objectifs du SROS Ile de France, pour les places d'HAD. Il est donc probable que l'ARS accompagne les structures qui s'engageront dans la réduction de cet écart à la cible.

³⁹ Durand N, Lannelongue C, Legrand P, Marsala V. Hospitalisation à domicile. Inspection générale des affaires sociales. Novembre 2010. 177 pages.

Le SROS-PRS prévoit 450 places supplémentaires dans les cinq années à venir⁴⁰. Ses travaux préparatoires s'orientent vers un renforcement des structures existantes et non dans la création de nouvelles structures. Or, le seuil des 30 lits est fixé par l'ARS comme étant le niveau minimum pour qu'une structure rattachée à un établissement de santé soit efficiente. C'est dans ce contexte, que le centre hospitalier de Montereau fait une demande d'extension de la zone géographique de couverture, dans le but d'optimiser ses 30 lits autorisés et pour améliorer l'offre de soins dans le territoire.

Cette demande d'extension est renforcée par la volonté de développer la prise en charge des soins palliatifs en HAD, exprimée par l'ARS⁴¹. La pénétration de ce mode de prise en charge dans les EHPAD et depuis tout récemment dans les maisons d'accueil spécialisées, instituts médico-éducatifs^{42,43} est vue comme un moyen d'y parvenir. L'HAD est identifiée comme étant un maillon entre les établissements et la ville aux côtés des réseaux.

Une structure adaptée sur un bassin trop réduit

Aujourd'hui l'HAD de Montereau couvre une population de 89 356 habitants. Une étude interne de l'offre des places d'HAD en Seine et Marne a montré que plusieurs cantons situés à l'extrême sud du département n'étaient pas couverts. Le CHM a donc décidé de déposer un dossier de demande d'extension de son autorisation d'HAD pour les cantons limitrophes à sa zone actuelle. Ce dossier a été déposé en septembre 2012 dans le cadre de la fenêtre d'autorisation de médecine ouverte entre le 1^{er} août et le 30 septembre 2012 par l'ARS d'Ile de France.

L'analyse du SROS-PRS de la région Bourgogne⁴⁴ a permis d'éliminer la possibilité de se positionner sur les cantons du nord de cette région, pourtant limitrophe de la Seine et Marne, car l'ARS de Bourgogne souhaite explicitement développer les structures d'HAD de l'Yonne.

⁴⁰ Agence régionale d'Ile de France. Schéma d'organisation des soins, le volet hospitalier. Version provisoire. Août 2012.

⁴¹ Ibid.

⁴² Décret n°2012-1030 du 6 septembre 2012 relatif à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement.

⁴³ Décret n°2012-1031 du 6 septembre 2012 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile intervenant dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement

⁴⁴ Agence régionale de santé de Bourgogne. Projet régional de santé 2012-2016, hospitalisation à domicile. Version du 17 octobre 2011 soumise à concertation. 13 pages.

La zone d'intervention cible regroupe 226 755 habitants⁴⁵. En 2006, le SROS Ile de France a fixé le taux de couverture en HAD à 17.9 places pour 100 000 habitants. La demande d'extension de territoire vise donc à aligner le nombre de lits autorisés des HAD locales (30) avec le taux de couverture, qui sera alors de 13.3 places pour 100 000 habitants.

En 2011, cette zone cible a généré 11 641 journées d'HAD⁴⁶. En conservant le taux d'attractivité du service pour l'ensemble de la zone actuelle (63%), le potentiel d'activité sera donc de 7 333 journées, soit une moyenne de 20 patients par jour. Ce niveau d'activité va au delà des objectifs actuels ; il demandera une augmentation des moyens humains, voire la création d'antennes pour couvrir le périmètre géographique. Cette évolution n'est pas envisagée pour les mois à venir. Toutefois, il a semblé pertinent d'effectuer cette demande en 2012 afin de montrer à l'ARS que la faiblesse de l'activité de l'HAD de Montereau n'était pas vue comme une fatalité et que l'établissement étudiait des pistes pour y remédier. Il s'agissait également, dans le cadre de la préparation du projet médical commun du sud de la Seine et Marne, d'être en mesure d'offrir aux partenaires du CHM une nouvelle modalité de prise en charge.

L'intégration de l'HAD de Montereau dans l'offre de soins du territoire

L'essentiel du travail réalisé dans le cadre de ce mémoire a consisté en l'étude d'opportunité, tant stratégique que médico-économique, de l'intégration de l'HAD dans un parcours de soins, les soins palliatifs. Toutefois, des actions ont été menées en parallèle afin de préparer la mise en place de cette nouvelle organisation dès l'automne 2012. Ils concernent essentiellement la formalisation des partenariats et la définition des rôles des acteurs principaux.

Vers une systématisation des partenariats

Ouverte depuis 2008, l'unité d'hospitalisation à domicile du CHM a d'ores et déjà développé de nombreux partenariats. Les principaux concernent les EHPAD environnants, les professionnels libéraux et l'intégration dans la filière gériatrique du territoire, avec le centre hospitalier de Provins.

⁴⁵ Données INSEE 2008.

⁴⁶ Source ATIH.

Toutefois, dans la perspective de développement territorial, il convenait d'élargir ses partenariats au sein du secteur sanitaire et des autres acteurs de soins.

La première piste qui a été considérée comme indispensable à explorer concerne les établissements publics de santé voisins, à savoir les centres hospitaliers de Fontainebleau et de Nemours. Les rapports entre ces deux établissements et le CHM n'ont pas toujours permis de multiplier les partenariats, mais tant le renouvellement des chefs d'établissement que les demandes de l'ARS, ont permis d'initier de nombreux échanges. Ainsi en 2012, une demande d'autorisation d'appareil d'imagerie par résonance magnétique a été conjointement déposée, avec les radiologues libéraux, dans le cadre d'un groupement d'intérêt économique. Des conventions ont été signées en biologie, une mission d'audit est par ailleurs en cours afin de réorganiser cette activité médico-technique sur l'ensemble du sud du département. Une convention tripartite a donc été élaborée par le CHM afin de garantir aux centres hospitaliers de Fontainebleau et Nemours la prise en charge optimale de leurs patients par l'HAD de Montereau (annexe 4). En retour, ces établissements s'engagent à faire appel à cette structure en premier recours avant de se tourner si besoin vers Santé Service, qui était jusqu'à présent leur interlocuteur en matière d'HAD. Cette convention, signée en septembre 2012, offre à l'HAD de Montereau la possibilité d'intervenir sur le territoire cible, sur dérogation, tant que l'ARS n'a pas validé la demande d'extension. Les trois établissements offrent plus de 1 300 lits et places, avec une seule structure d'hospitalisation à domicile. Afin de rendre concrète ce partenariat, des rencontres ont été organisées, à l'initiative des directions, entre l'équipe d'HAD et des équipes soignantes. Ainsi pour Nemours, c'est l'équipe de gériatrie qui a été rencontrée, pour Fontainebleau, les équipes de médecine et de gynécologie obstétrique. Par ailleurs, le médecin coordonnateur de Montereau a rencontré les présidents de commissions médicales d'établissement, ainsi que des médecins généralistes des communes concernées.

La signature de cette convention intervient au moment même où s'amorce la réflexion qui doit aboutir à l'élaboration d'un projet médical commun entre les centres hospitaliers de Montereau, Nemours, Fontainebleau et Melun en 2013. Ce projet ambitieux, lancé en septembre 2012, permettra de développer une culture médicale commune et d'identifier les points forts de chaque établissement. Seule structure publique du territoire à disposer d'une

HAD, le CHM mettra cet élément en avant afin d'offrir ce mode de prise en charge à ses partenaires.

Le second domaine dans lequel il paraissait indispensable de formaliser les liens concerne les SSIAD. Toutes les études insistent sur l'indispensable continuité qui doit exister entre la prise en charge en HAD et par des SSIAD. Or, bien qu'une telle structure existe sur Montereau depuis de nombreuses années, il n'y avait aucun contact formalisé et de nombreuses incompréhensions persistaient entre les acteurs. L'étude menée dans le cadre du mémoire a été l'occasion de rétablir des liens qui sont en passe de devenir durables. Ainsi, une première réunion entre l'HAD, la direction du SSIAD et du CHM a permis de refaire connaissance, d'évoquer les difficultés rencontrées, les contraintes de chacun. Comme pour les centres hospitaliers, il a été décidé de signer une convention afin de formaliser les décisions prises (annexe 5). Celle-ci a été signée en septembre 2012. Ces contacts ont par ailleurs permis de renforcer les liens entre le centre hospitalier et la Croix Rouge, gestionnaire du SSIAD. En effet, le CHM disposait d'un local commercial libéré par une entreprise de menuiserie début 2012 sur un terrain contiguë à l'établissement. La direction du SSIAD souhaite y installer ses locaux afin de permettre son développement. Une étude de faisabilité est en cours afin d'évaluer les aménagements à réaliser, notamment dans le domaine de l'accessibilité des personnes en situation de handicap, et leur impact sur le loyer. Cette opportunité permettrait de lier géographiquement le SSIAD et l'HAD car les locaux sont très proches et concourrait donc grandement à pérenniser les liens fonctionnels entre ces deux offreurs de soins. La Croix Rouge gérant également le SSIAD de Nemours, cette proximité sur Montereau garantira la complémentarité dans cette autre commune.

Une démarche similaire de conventionnement est menée avec l'association gérant le SSIAD de Fontainebleau, sachant que ce dernier a également établi un partenariat privilégié avec le centre hospitalier de cette commune. La convention a également été signée en septembre 2012.

Bien que partenaires naturels, les professionnels libéraux ont parfois du mal à intégrer l'HAD dans leurs pratiques. Pourtant, certaines professions sont incontournables, notamment les kinésithérapeutes. La collaboration actuelle est plutôt efficace. Pour ce qui concerne les infirmiers libéraux, l'effectif actuel de l'HAD et le niveau d'activité permettent de limiter leur intervention. Toutefois, il aurait sans doute été intéressant de les intégrer davantage

lorsqu'en 2011 l'absentéisme au CHM a causé une perte non négligeable d'activité en HAD, ou si le nombre de patients à prendre en charge augmente durablement suite aux organisations en cours de mise en place. L'HAD de Montereau rencontre les mêmes difficultés que les autres structures d'hospitalisation à domicile avec les paramédicaux libéraux, à savoir des pratiques différentes, la mise en œuvre de techniques peu ou pas maîtrisées et des logiques de prises en charge différentes. Des sessions de formation sont toutefois organisées par l'HAD et permettent de maintenir le dialogue.

Un plus grand enjeu concerne les médecins libéraux. En effet, ceux-ci demeurent décisionnaires dans la prise en charge de leurs patients en HAD, et pourraient devenir des prescripteurs potentiels. En effet, aujourd'hui, une grande majorité des patients est adressée par les médecins hospitaliers, alors qu'ils pourraient l'être directement par leurs médecins traitants. L'HAD a en effet vocation à se substituer, lorsque cela est possible, à l'hospitalisation classique. Des rencontres régulières sont organisées à l'initiative du médecin coordonnateur. Cependant, le taux de participation est assez faible du fait du peu de disponibilité des libéraux. La formule des déjeuners de travail est souvent retenue, mais elle ne permet de toucher que peu de professionnels à la fois. Cette démarche est toutefois maintenue.

Un dernier acteur a enfin été identifié comme incontournable, alors que les liens sont encore quasi inexistant ; il s'agit d'un opérateur du réseau de soins palliatifs. Cette structure intervient sur le bassin de recrutement de l'HAD. Une rencontre a été organisée entre l'ensemble des coordonnateurs (médecins et infirmières concernées) et la direction du CHM afin de nouer des liens. Il n'a pas été choisi de signer de convention, mais une évaluation des complémentarités sera effectuée début 2013 afin d'évaluer l'opportunité d'une telle démarche.

Vers une approche marketing par rapport aux autres HAD

Le marketing hospitalier est une notion qui se développe depuis quelques années. Le temps où les établissements publics de santé bénéficiaient d'une clientèle captive est révolu. Tant la compétition avec les établissements privés, que celle avec les établissements publics, ou l'intérêt que portent les patients pour les divers classements publiés, obligent à se positionner par rapport à l'ensemble des offreurs du territoire. L'HAD n'échappe pas à cette

évolution, d'autant plus qu'en Ile de France, le premier offreur est un opérateur privé, Santé Service.

Aujourd'hui, sa zone d'intervention arrive en lisière celle du CHM, sans qu'il n'y ait trop de juxtaposition (Figure 10). Toutefois, dans la perspective de l'extension de territoire, les cantons de Fontainebleau et de Nemours seront des zones potentielles de friction. Basée sur une stratégie de recours aux structures publiques, la démarche de contractualisation a pour vocation à réduire le recours des centres hospitaliers concernés à Santé Service. A ce jour, aucun document ne lie en effet ces structures entre elles.

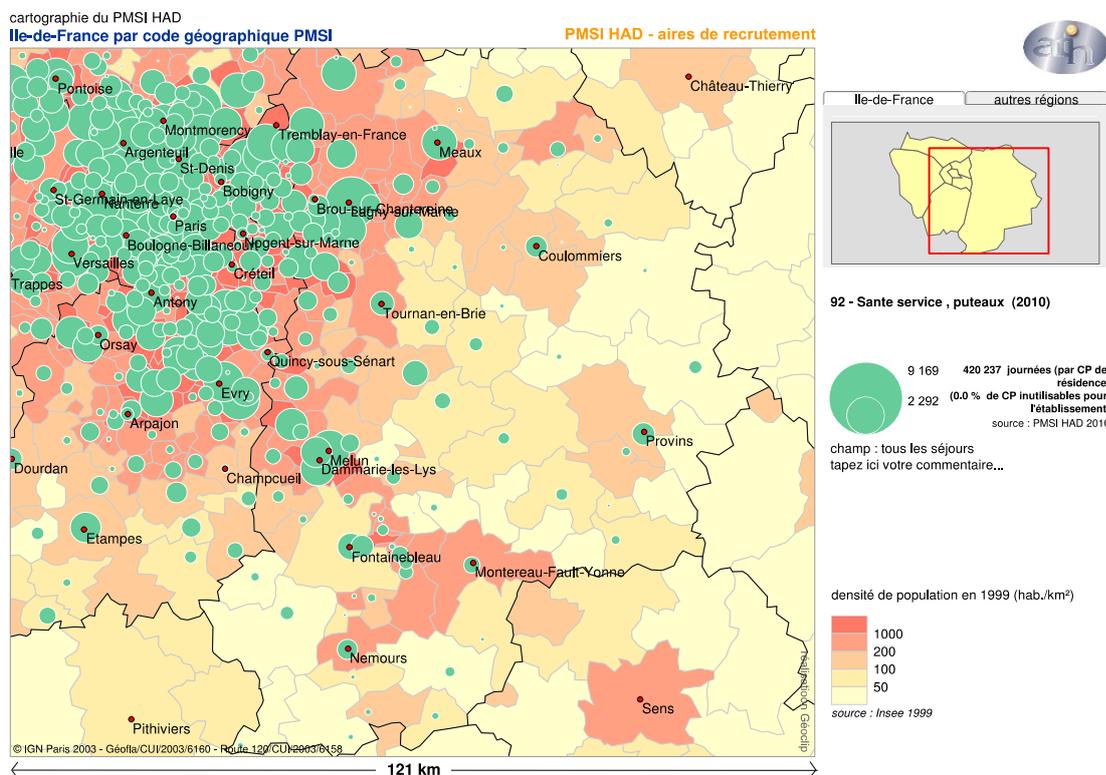


Figure 10. Zones de recrutement de Santé Service. ATIH. 2010

Au moment de la rédaction de ce document, la direction du CHM s'interroge sur l'opportunité de rencontrer la direction de Santé Service afin de négocier un partenariat basé sur la complémentarité plutôt que sur la compétition. Ceci pourrait se faire dans le cadre de la FNEHAD, fédération à laquelle les deux structures sont adhérentes.

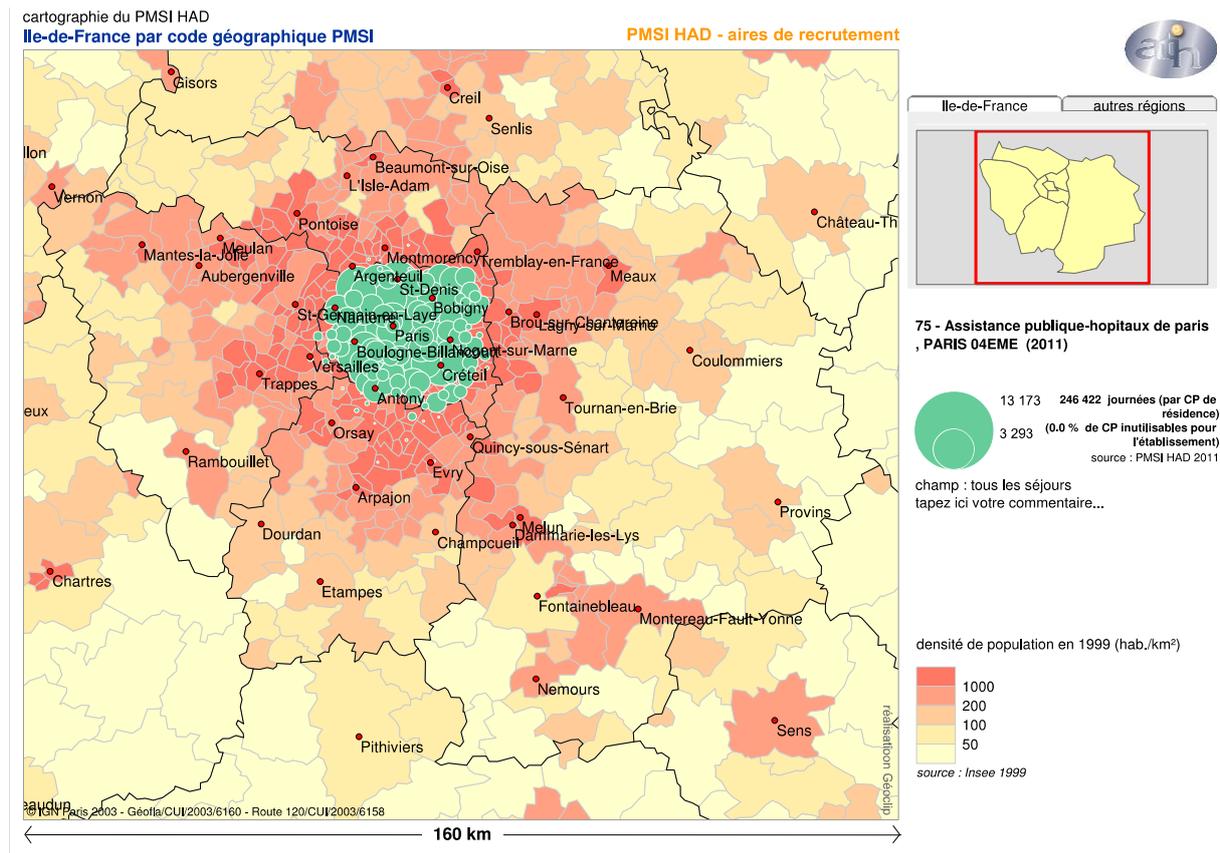


Figure 11. Zone de recrutement de l'HAD de l'APHP. ATIH 2010

Un partenariat pourrait aussi être noué avec l'APHP. En effet, le centre hospitalo-universitaire d'Ile de France dispose d'une structure d'HAD qui n'intervient qu'à Paris intra-muros et en petite couronne (figure 11).

Or 5 638 séjours de patients originaires du bassin de recrutement ciblé par l'HAD de Montereau (figure 12) ont été réalisés par l'APHP en MCO en 2010. La direction du CHM étudie donc les modalités de mise en place d'une organisation qui permettrait de faire connaître les disponibilités en HAD aux prescripteurs parisiens. Le recours au logiciel Trajectoire, outil que l'ARS a mis en place pour les soins de suite et de réadaptation semble être une piste intéressante.

Au delà de ces réflexions stratégiques, une campagne de communication a été menée en interne et en externe. Une plaquette présentant l'HAD, ainsi que des affiches ont été réalisées au premier semestre 2012. La plaquette est distribuée à chaque patient hospitalisé pour le sensibiliser à l'HAD et éventuellement susciter des demandes auprès du médecin le prenant en charge. Elle a également été annexée à la synthèse du rapport d'activité 2011 distribué en septembre 2012 aux médecins libéraux du canton de Montereau, aux

établissements de santé du secteur, aux membres du Conseil de surveillance et plus généralement à tous les partenaires potentiels du CHM.

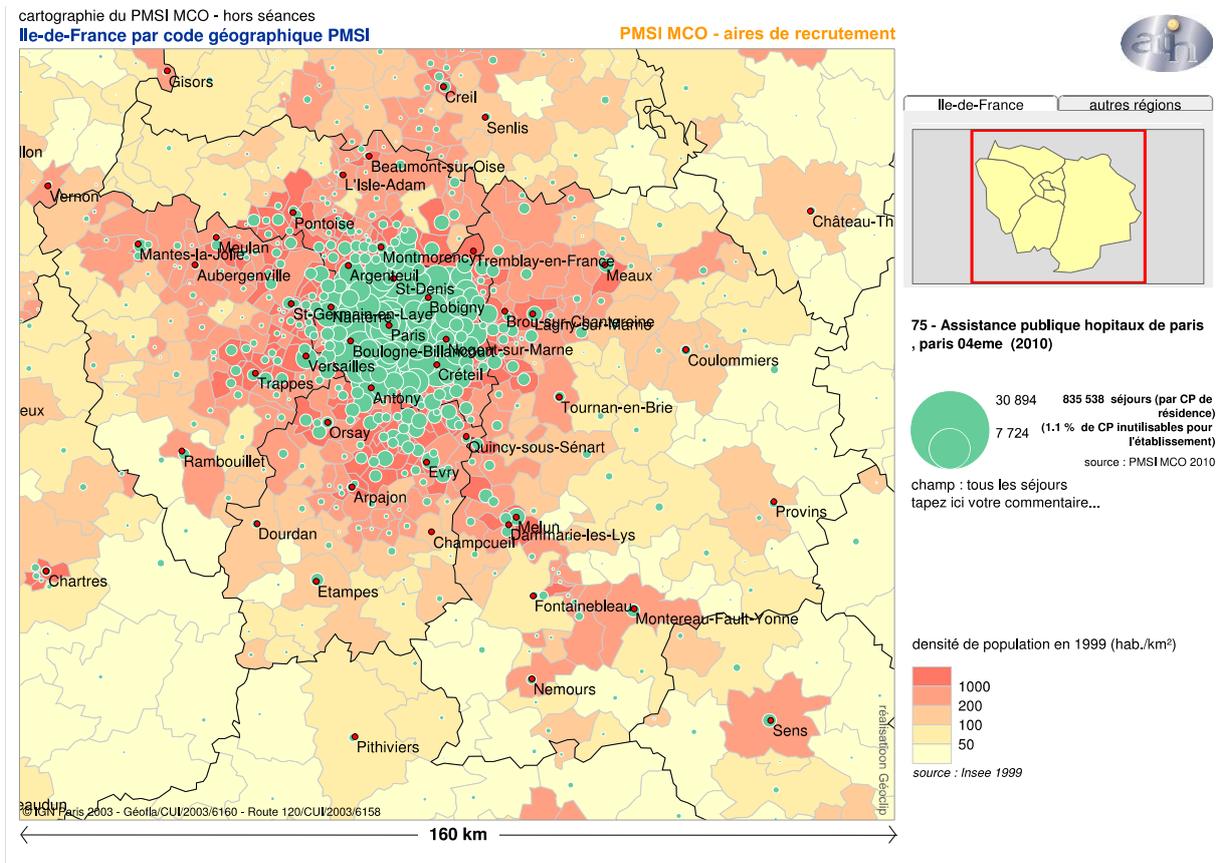


Figure 12. Zone de recrutement MCO de l'APHP. ATIH 2010.

Les affiches ont été positionnées dans chaque chambre, dans chaque salle d'attente et dans les boxs des urgences.

Une dernière mesure prise a visé à renforcer la visibilité de l'HAD par la tutelle. A l'occasion des réunions préparatoires au SROS, la direction du CHM a invité la chargée de mission de l'ARS à venir visiter la structure. Cette réunion, qui s'est tenu en septembre, avait pour objectifs de mettre en avant le dynamisme de l'équipe de Montereau et de faire prendre conscience des particularités du territoire. Il est en effet apparu que la situation quasi rurale du sud de la Seine et Marne était parfois mal connue par les décideurs régionaux, quand la grande majorité de l'Ile de France est couverte par des zones urbaines très denses. Cette visite a sans doute aidé à rendre l'HAD de Montereau plus crédible. A l'occasion de cette visite, les représentants de l'ARS ont souligné leur intérêt pour la structure de Montereau. Tant les conditions matérielles d'installation, que l'organisation de l'équipe et les projets de coopération et de développement portés par la direction, ont renforcé leur volonté de faire

de l'HAD du CHM la tête de pont de cette activité dans le sud Seine et Marne. Une série d'expérimentation sera lancée début 2013, afin de tester le principe du parcours de soins et de renforcer l'adressage des patients par les médecins généralistes et les urgentistes.

Ces mesures doivent permettre de rendre l'HAD plus visible afin de l'intégrer pleinement dans les prises en charge. Sans qu'un lien direct puisse être établi entre l'ensemble des actions entreprises et l'activité, cette dernière est toutefois en augmentation significative depuis plusieurs mois, ce qui envoie un signal fort, tant aux professionnels du CHM qu'aux partenaires de l'établissement (figure 13).

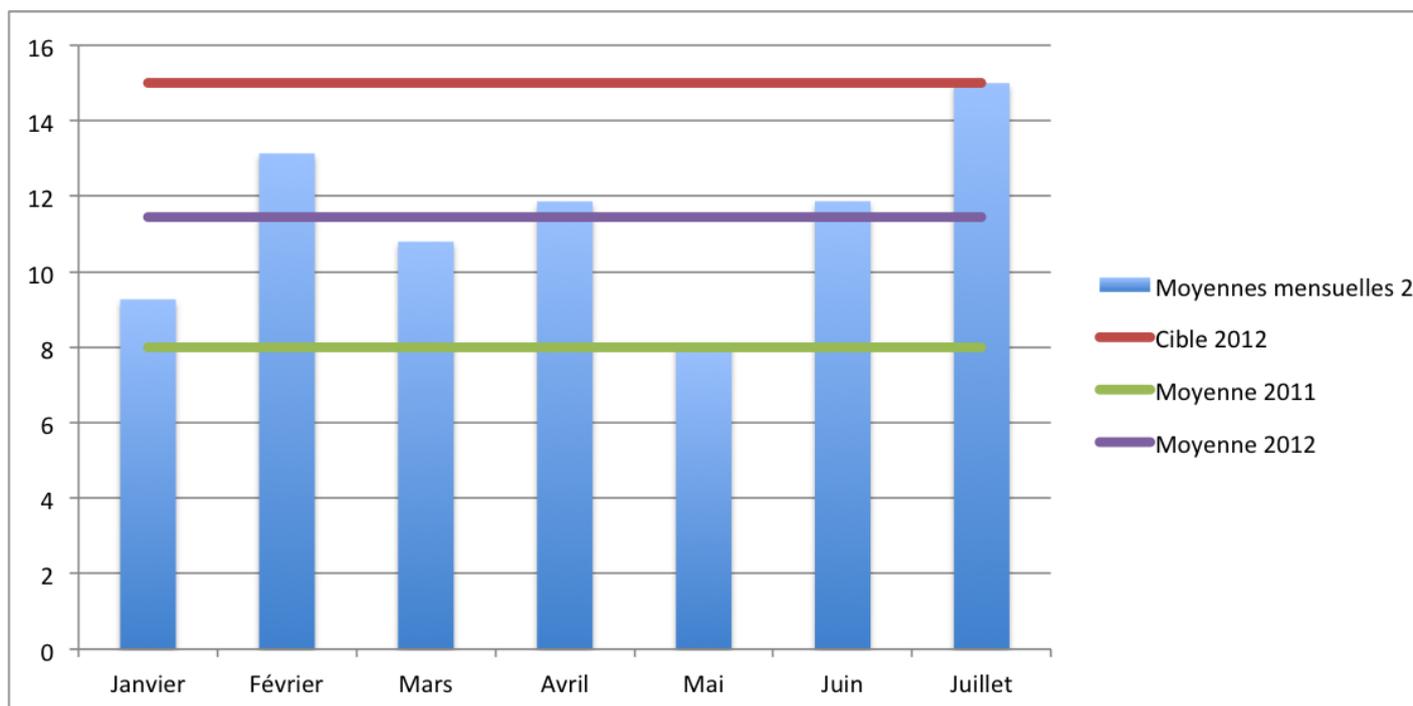


Figure 13. Evolution du nombre de patients pris en charge en HAD. CHM 2012.

Une organisation qui doit se centrer sur l'HAD

L'infirmière coordonnatrice pivot du système

Pour atteindre les objectifs fixés en terme d'activité, un acteur doit être le pivot du système. Le CHM a identifié l'infirmière coordonnatrice de l'HAD comme étant la personne la plus à même de jouer ce rôle.

En effet, elle présente des atouts en interne comme en externe. Au niveau de l'unité, son expérience et le départ prochain du cadre supérieur l'ont placé en position d'encadrement des équipes. Professionnelle reconnue, elle organise les tournées, prépare les admissions

des patients et gère la logistique. Elle a la confiance du médecin coordonnateur qui n'est pas présente à temps plein.

Vis à vis des services de soins, elle bénéficie d'une image positive de la part des cadres de santé. Cela lui permet de se rendre quasi quotidiennement dans les unités d'hospitalisation classique afin d'identifier les patients qui pourraient relever de l'HAD et proposer des transferts dans ce sens. Elle sait également donner des explications argumentées lorsqu'une demande en HAD ne peut être honorée, que ce soit pour des problèmes d'organisation de l'unité ou suite à l'évaluation faite au domicile du patient.

Ce savoir-faire doublé d'un savoir-être adapté lui permettent également d'être une ambassadrice de l'HAD auprès des partenaires extérieurs. Ayant exercé dans les centres hospitaliers de Nemours et Fontainebleau, elle y dispose encore d'un réseau qu'elle peut mobiliser pour favoriser une prise en charge des patients sans rupture.

Elle sera donc amenée à renforcer sa présence dans les services de soins, sur le modèle de ce que fait Santé Service, afin de repérer les patients pour lesquels une prise en charge en HAD serait possible et d'effectuer une évaluation en lien avec les équipes soignantes et les médecins traitants. Les modalités pratiques sont encore en cours d'élaboration, mais il semble qu'un passage par semaine dans chaque centre hospitalier et un contact hebdomadaire systématique avec les SSIAD et l'opérateur du réseau de soins palliatifs permettront de fluidifier les parcours patient.

Située au centre du dispositif, l'infirmière coordonnatrice assure la fonction de guichet unique afin de simplifier au maximum la procédure pour les services prescripteurs. Le message qui leur est transmis lors des rencontres de présentation de l'HAD est de faire des demandes de prise en charge sans filtrage, charge à l'unité d'hospitalisation à domicile de réaliser les évaluations et démarches nécessaires et à justifier les refus le cas échéant. La politique mise en œuvre vise à faciliter les démarches, alléger au maximum la charge des unités d'hospitalisation classique afin que l'HAD soit perçue comme un avantage et non comme source de lourdeur.

Des objectifs chiffrés détaillant le nombre de patients à prendre en charge en HAD ont par ailleurs été intégrés aux contrats de pôle dès 2011.

L'objectif annoncé par la mise en place des parcours de soins est de systématiser le recours à l'HAD dans certaines situations. Cela passe par la mise en place de protocoles de prise en charge dans lesquels l'HAD ne constitue pas une modalité de repli, mais bien un atout pour le patient, son entourage et les professionnels de santé. Ces protocoles ne concernent pas la nature des actes médicaux à mettre en œuvre, mais l'ordonnancement des étapes de prise en charge et les ressources à mobiliser. La justification médicale de l'entrée en soins palliatifs n'est pas abordée ici et relève d'une démarche qui appartient au corps médical et aux équipes soignantes.

Du point de vue logistique et en reprenant les recommandations de la littérature, notamment les travaux de Villa et al.⁴⁷ et de la MeaH⁴⁸, les points clés qui permettent de fluidifier au maximum les parcours de soins sont l'identification le plus précocement possible de la durée de séjour probable, la recherche de solutions d'aval et la préparation de la sortie dès l'admission du patient. Des acteurs clés doivent être identifiés et mobilisés de façon systématique afin que l'ensemble des professionnels qui prennent le patient en charge soit coordonné dès le premier jour de prise en charge.

Consciente que le modèle ne fonctionnera que s'il est porté par le corps médical, la direction du CHM a souhaité qu'il soit initié par le médecin coordonnateur de l'HAD en lien avec les médecins des unités d'hospitalisation classique. Le délai de mise en œuvre est la fin de l'année 2012 pour une première filière. Une trame commune peut cependant être utilisée afin d'uniformiser la démarche entre les différents pôles. La figure 14 présente ce que pourrait être le parcours de soins d'un patient en soins palliatifs. Les idées directrices sont la maîtrise de la durée de séjour en hospitalisation classique afin qu'elle soit économiquement viable, ici 12 jours, l'évaluation de la possibilité de prise en charge en HAD dès l'admission du patient, l'évaluation permanente de la situation médicale et sociale de ce dernier afin d'anticiper les ré-hospitalisations éventuelles dans le service d'origine et le dialogue permanent entre les différents intervenants afin de permettre une prise en charge sans aucune rupture.

⁴⁷ Op.cit.

⁴⁸ Op.cit.

Un groupe de travail sur les soins palliatifs a donc été constitué en septembre 2012. Il rassemble des praticiens des services de médecine, le praticien responsable de l'équipe mobile de soins palliatifs, l'équipe de l'HAD et des membres de l'équipe de direction. Lors de la première réunion, il a été convenu que l'infirmière coordinatrice de l'HAD assisterait chaque jeudi au staff de l'équipe de soins palliatifs. Elle sera alors chargée d'évaluer la possibilité d'une prise en charge en HAD à l'issue de la période optimale d'hospitalisation classique. Les médecins se sont engagés à adresser leurs patients en HAD si les conditions matérielles sont réunies et sous réserve d'acceptation par le patient, son entourage et le médecin généraliste. La seconde réunion sera consacrée à définir, en commun, les conditions de prise en charge en soins palliatifs, en hospitalisation classique et en HAD. Cette expérimentation fera l'objet d'une évaluation à six mois, en terme quantitatif, mais aussi du point de vue de la satisfaction du patient ou de son entourage.

Cette organisation demeure simple et ne nécessite pas au CHM d'investissements lourds, notamment au niveau du système d'information. Toutefois, si ce dispositif est étendu à des prises en charge plus fréquentes que les soins palliatifs, il faudra offrir aux coordonnateurs des moyens qui permettent de suivre les séjours des patients en temps réel, ainsi que la disponibilité des lits dans les différentes unités. Les travaux de la MeaH pourront alors servir de base aux solutions à déployer.

Des solutions plus pointues existent, tant dans la gestion des lits, le bed management, que dans l'optimisation de l'organisation des services d'HAD. Une étude de 2007, parue en 2009⁴⁹, modélise ainsi le recours à la chimiothérapie par des équipes d'HAD. Toutefois, la complexité des concepts mobilisés ne paraît pas adaptée, à ce jour, à la situation du CHM. Il convient toutefois de garder à l'esprit que, malgré sa complexité, l'hôpital peut faire l'objet d'optimisation de son organisation comme toute organisation fonctionnant en flux.

⁴⁹ Chahed S, Marcon E, Sahin E, Feillet D, Dallery Y. Exploring new operational research opportunities within the Home Care context : the chemotherapy at home. Health care management science. 2009-12. Pages 179-191

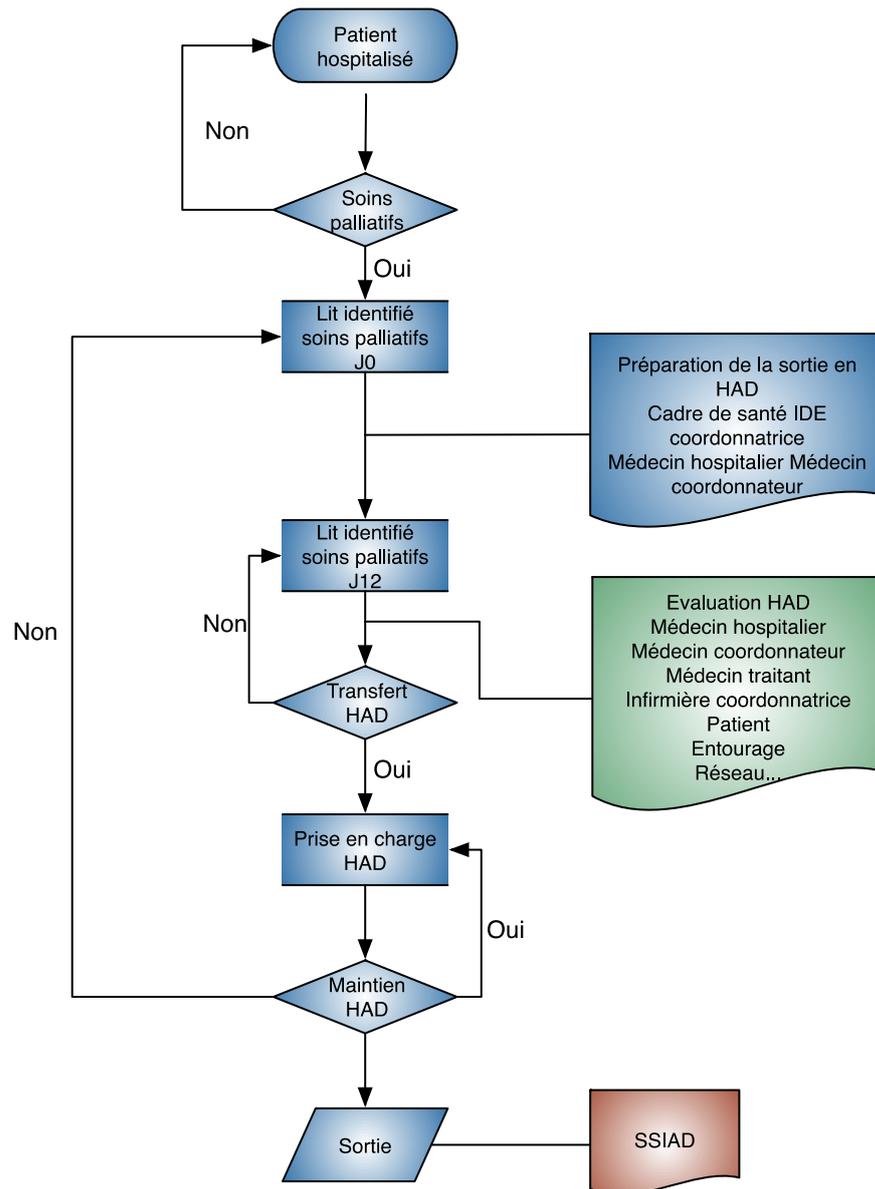


Figure 14. Logigramme prévisionnel du parcours "soins palliatifs"

Une structure capable de supporter une montée en charge

Si toutes ces mesures portent leurs fruits, le recours à l'HAD devrait être plus fréquent, plus systématique et ne pas reposer sur les seuls praticiens du CHM. Règlementairement, l'établissement peut aller jusqu'à 10 950 journées par an. Cependant, comme il l'a déjà été évoqué, plusieurs éléments limitent aujourd'hui l'atteinte de cette activité.

Le premier concerne l'effectif en personnel non médical. Pour prendre en charge durablement plus de quinze patients par jour, il faudrait renforcer l'équipe d'infirmières et d'aides soignantes et donc par extension la flotte de véhicules. Compte tenu de la situation

financière de l'établissement et de l'incertitude qui pèse sur la viabilité économique de l'HAD, il a été décidé de ne pas modifier les moyens mis à disposition du service. La cible est donc maintenue à quinze patients par jour.

Le second concerne la morphologie du territoire ciblé. Son caractère essentiellement rural et l'état du réseau routier secondaire compliquent les déplacements. Là encore, en fonction de l'évolution des prises en charge de patients vivant sur les bassins de Fontainebleau et Nemours, l'opportunité d'ouvrir des antennes pourra être étudiée. A ce jour, l'HAD reste basée sur le site du CHM. L'optimisation des tournées en fonction de la charge en soins des patients pris en charge et de leur lieu d'habitation constitue donc un enjeu fort pour l'infirmière coordonnatrice.

CONCLUSION

Partant de la nécessité d'améliorer l'efficacité de l'unité d'hospitalisation à domicile du centre hospitalier de Montereau, l'étude menée ici a permis d'aborder des problématiques diverses. Un diagnostic stratégique a tout d'abord été mené afin d'évaluer la pertinence de développer une telle structure sur le territoire. Les ARS demandent en effet de plus en plus souvent aux établissements de répondre à des cahiers des charges en fonction des besoins de la population et non plus en fonction de leurs moyens.

Une fois la pertinence en termes de santé publique vérifiée et une filière de prise en charge choisie pour initier la démarche, une modélisation économique, bien que perfectible, a permis de vérifier que le recours à l'HAD pouvait être intégré dans le parcours de soins. Cette étude a permis de révéler que l'HAD de Montereau doit gagner en efficacité pour que son fonctionnement soit viable.

Les conditions de réussite et une première approche des modalités pratiques ont ensuite été envisagées, ainsi qu'un calendrier prévisionnel. Initié en mars 2012 avec l'élaboration des documents de communication, ce projet est prévu en trois grandes phases (figure 15). La première visait à déterminer les actions à mettre en œuvre pour faire connaître l'HAD. La deuxième avait pour but de vérifier la viabilité stratégique et économique de la démarche et identifier les facteurs de réussite, notamment les acteurs clés. La dernière phase, qui n'est

pas achevée au moment de la rédaction de ce mémoire a comme objectifs le passage en pratique quotidienne du nouveau parcours de soins palliatifs et son évaluation.

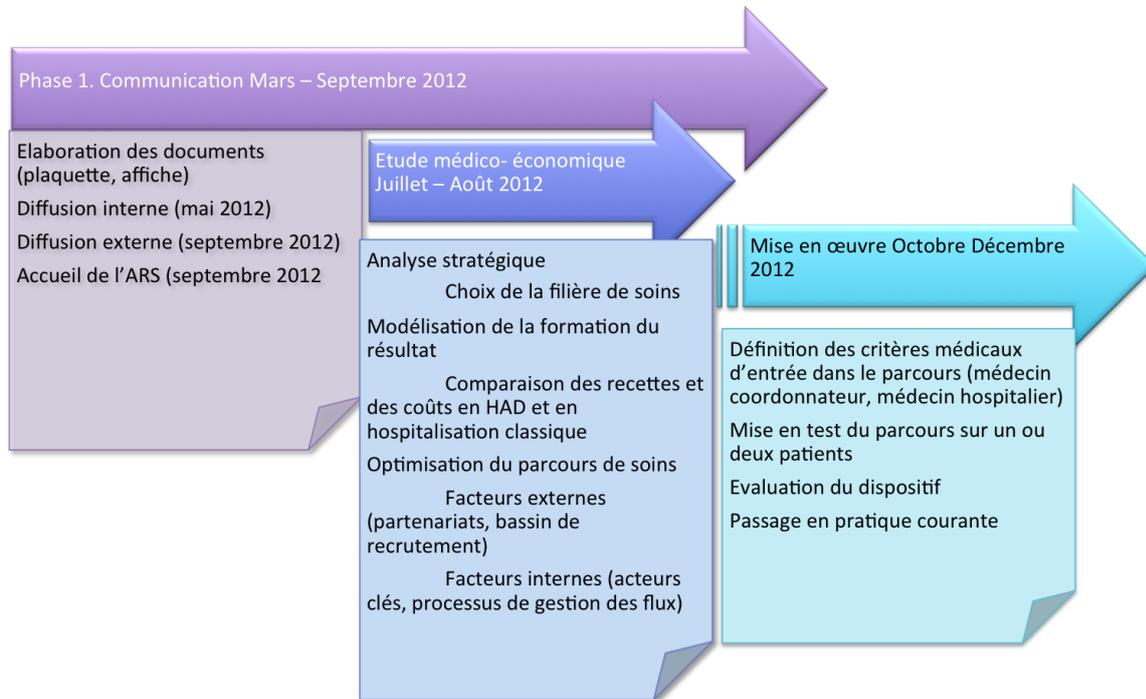


Figure 15. Calendrier de réalisation des principales étapes.

Au delà de cet exemple, la réflexion menée a permis à l'équipe de direction de réaffirmer l'importance de la fluidification des séjours. Souvent engorgés du fait d'une DMS encore trop longue, les services d'hospitalisation classique font, depuis le mois d'août, l'objet d'une attention toute particulière de la part de l'administrateur de garde. Celui-ci reçoit en effet en début d'astreinte un fichier recensant l'ensemble des patients hospitalisés dans chaque unité avec leur date d'entrée. Le chef d'établissement a demandé d'intervenir auprès des médecins hospitaliers dès lors qu'une durée de séjour semble anormale.

Le CHM étant un établissement à vocation locale et de premier recours, son niveau de réponse aux besoins des patients et sa viabilité économique tiennent dans la réactivité de ses services et l'orientation vers des structures plus spécialisées ou des lits d'aval selon les besoins. Ces prémices de bed management ne pourront que participer au cercle vertueux qui semble se mettre en place.

L'hospitalisation à domicile y jouera un rôle fondamental et permettra de répondre aux objectifs de l'établissement tout en améliorant le service rendu aux patients.

SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE

Textes législatives et réglementaires, circulaires

- Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Circulaire de principe n°207 sur l'hospitalisation à domicile. 29 octobre 1974.
- Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Journal officiel de la République française. 2 août 1991. Pages 10255-10269
- Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées. Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé. Journal officiel de la République française. 6 septembre 2003. Pages 15391-15404.
- Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins. Circulaire n°2004-44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile. Consultée le 25 juillet 2012, disponible en ligne <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-08/a0080584.htm>
- Loi 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits du malade et à la fin de vie. Journal officiel de la République française. 23 avril 2005.
- Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins. Circulaire n°2006-506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile. Consultée le 25 juillet 2012, disponible en ligne http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_506_011206.pdf
- Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins. Circulaire DHOS/03/DGAS/2C/2007/365 du 05 octobre 2007 relative aux modalités d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Consultée le 25 juillet 2012, disponible en ligne <http://www.fnehad.fr/images/stories/dl/2008/03/circulaire-05-octobre-2007.pdf>
- Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins. Circulaire n°2008-99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs. Bulletin officiel Santé Protection sociale Solidarités n°2008-4 du 15 mai 2008. Pages 188-205
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel de la République française. Pages 12184-12244
- Article L6125-2 du Code de la santé publique

- Décret n°2012-1030 du 6 septembre 2012 relatif à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement.
- Décret n°2012-1031 du 6 septembre 2012 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile intervenant dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement

Rapports

- Mission nationale d'expertise et d'audits hospitaliers. La gestion des lits des hôpitaux et les cliniques, bonnes pratiques organisationnelles et retours d'expérience. Avril 2008. 122 pages.
- Durand N, Lannelongue C, Legrand P, Marsala V. Hospitalisation à domicile. Inspection générale des affaires sociales. Novembre 2010. 177 pages.
- Haute autorité de santé. Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du post partum. Recommandations. Avril 2011. 37 pages.
- Agence régionale de santé de Bourgogne. Projet régional de santé 2012-2016, hospitalisation à domicile. Version du 17 octobre 2011 soumise à concertation. 13 pages.
- Haut commissariat pour l'avenir de l'assurance maladie. Avenir de l'assurance maladie, les options du HCAAM. Avis du 22 mars 2012. 31 pages.
- Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile. L'hospitalisation à domicile en France en 2012. Assemblée générale de la FNEHAD. 15 juin 2012. Toulouse. 15 pages.
- Agence Régionale de Santé d'Ile de France. Volet HAD du SROS-PRS. Document de travail de Juin 2012. Non publié.
- Lidsky V, Thiard PE, Le Brignon M, Thomas J, Olivier M, Giorgi D, Garrigue Guyonnaud H, Jeantet M, Cayre V. Inspection générale des finances, Inspection générale des affaires sociales. Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017. Juin 2012. 93 pages.
- Agence régionale d'Ile de France. Schéma d'organisation des soins, le volet hospitalier. Version provisoire. Août 2012.

Articles scientifiques

- Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé. Le coût de prise en charge en hospitalisation à domicile. Questions d'économie de la santé n°67. Juin 2003. 6 pages.
- Tzala S, Lord J, Ziras N, Repousis P, Potamianou A, Tzala A. Cost of home palliative care compared with conventional hospital care for patients with haematological cancers in Greece. European journal of health economics. 2005-6. Pages 102-106.
- Afrite A, Chaleix M, Com-Ruelle L, Valdelièvre H. L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients. Questions d'économie de la santé. N°140. Mars 2009. 8 pages.
- Villa S, Barieri M, Lega F. Restructuring patient flow logistics around patient care needs : implications and practicalities from three critical cases. Health Care Management Science. 2009-12. Pages 155-165
- Chahed S, Marcon E, Sahin E, Feillet D, Dallery Y. Exploring new operational research opportunities within the Home Care context : the chemotherapy at home. Health care management science. 2009-12. Pages 179-191
- Cremadez M, Bichier E. Du séjour au parcours de soins, les obstacles culturels et organisationnels. Revue Hospitalière de France. Mai Juin 2012. P 44-54.
- Cremadez M, Bichier E. Du séjour au parcours, les fondamentaux de la gestion des flux. Revue Hospitalière de France. Juillet Août 2012. p 46-49.

Données médico-économiques

- Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Guide de lecture des valeurs nationales de coûts. Données ENCc HAD 2009. 10 pages.
- Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Guide de lecture des valeurs nationales de coûts. Données ENCc HAD 2009. 10 pages.
- Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Tarifs MCO applicables 2012. Consulté le 27 juillet

ANNEXES

ANNEXE 1

Compte de résultat pour l'UF 3900 (HAD) du centre hospitalier de Montereau en 2011

Source Direction des finances (PMSI pilot)

CREA infra-annuel (UF/UM)	
Options de visualisation du CREA	
UF/UM : 3900 - HAD (Hospitalisation à domicile)	
Ligne : Titres	
Colonne : Unité	
Type montant : Montants importés	
Unité : €	
Résumé (Montants importés)	
Personnaliser ce tableau	
	Unité
	Janvier à Décembre 2011
Total charges directes	1 165 124,19
Total produits directs	745 077,35
Marge sur coûts directs 	-420 046,84
Total charges induites nettes reçues	0,00
Total charges nettes reversées	0,00
Marge sur coûts complets 	-420 046,84

ANNEXE 2

Analyse du mode de prise en charge des séjours en HAD au centre hospitalier de Montereau pour l'année 2011.

Source MT2A HAD, ATIH

*Tableau 5 - Date du traitement: 01/02/2012
Analyse du mode de prise en charge (MPC) principal - Tri par ordre décroissant de nombre de journées de présence
CENTRE HOSPITALIER DE MONTEREAU (Finess=770110062)
Année 2011 M12 : Année entière*

MPC principal	Nb de RAPSS	Nb de journées de présence	% cumulatif nb de journées	Classe de l'indice de Karnofsky moyen	Score AVQ physique moyen	Score AVQ psychologique moyen	Age moyen	Fréquence d'un MPC associé	Nb de codes CIM10 différents (diag principal et associé)	Nb séjours avec ce MPC	Nb séj. dans période et MPC constant	DMS pour ces séjours
00 - traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	204	1 184	37,6	60	7,5	2,9	61,9	67,9	230	136	115	8,6
09 - pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	62	737	61,0	50	8,9	3,7	64,8	47,8	94	31	15	25,1
02 - nutrition parentérale	91	555	78,6	50	8,8	3,4	61,4	100,0	59	22	8	12,1
04 - soins palliatifs	52	392	91,0	30	12,1	2,4	47,2	74,7	28	8	4	3,5
14 - soins de nursing lourds	8	88	93,8	40	14,9	4,0	51,3	100,0	12	2	.	.
06 - nutrition entérale	9	63	95,8	70	10,0	3,3	56,9	100,0	11	4	3	20,3
08 - autres traitements	4	50	97,4	70	4,5	3,0	50,8	50,0	8	3	3	16,7
10 - post traitement chirurgical	9	45	98,9	70	4,5	2,4	43,4	24,4	20	9	1	13,0
07 - prise en charge de la douleur	3	24	99,6	50	7,8	2,3	54,7	62,5	13	3	1	9,0
13 - surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	4	12	100,0	60	6,0	2,0	63,0	100,0	5	1	.	.
Tous modes de prise en charge	446	3 150	100,0	50	8,8	3,2	59,9	73,3	288	189	150	10,7

ANNEXE 3

Case mix pour les GHS 7992 et 7993 au centre hospitalier de Montereau pour l'année 2011.

Source PMSI pilot

Case-Mix en GHS

Période : Année complète 2011							59 séjours	
et GHS des RSS : fait partie de...								
7992 - Soins palliatifs, avec ou sans acte								
7993 - Soins palliatifs, avec ou sans acte et prise en charge dans un lit identifié pour cette activité								
GROUPES HOMOGÈNES DE SÉJOURS								
Class.	GHS	Libellé	Effectif	Jours PMSI	DMS PMSI	CA T2A (€)	% cumulé CA T2A	CA moyen (€)
11B,11C	7993	Soins palliatifs, avec ou sans acte et prise en charge dans un lit identifié pour cette activité	48	1 345	28,02	623 331	89,14	12 986,05
11C	7992	Soins palliatifs, avec ou sans acte	11	187	17,00	75 912	100	6 901,08
		Total	59	1 532		699 243	100 %	11 851,57

Dernier import pour l'année 2011 : Année complète, le 10/02/2012.

ANNEXE 4

Convention tripartite relative à la prise en charge des patients des centres hospitaliers de Fontainebleau et Nemours en HAD.

**CONVENTION DE PARTENARIAT
ENTRE LE CENTRE HOSPITALIER DE MONTEREAU
LE CENTRE HOSPITALIER DE FONTAINEBLEAU ET LE CENTRE HOSPITALIER DE
NEMOURS**

Vu la décision 07-360 de la Commission Exécutive de l'Agence Regionale d'Hospitalisation d'Ile de France du 27 septembre 2007, autorisant le Centre Hospitalier de Montereau d'exercer les activités de médecine et gynécologie obstétrique en hospitalisation à domicile.

Considérant la demande d'extension d'autorisation d'exercer les activités de médecine et gynécologie obstétrique en hospitalisation à domicile sur les cantons de Montereau, Donnemarie – Dontilly, Lorrez le Bocage et Moret sur Loing, Fontainebleau, Nemours, Bray sur Seine, La Chapelle la Reine, Château Landon et Provins, déposée par le Centre Hospitalier de Montereau auprès du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France.

Entre, d'une part :

Le Centre Hospitalier de MONTEREAU FAULT YONNE

Adresse : 1 bis rue Victor Hugo, 77875 MONTEREAU Cedex

Représenté par : Monsieur Alain SLAMA

Fonction : Directeur

Et, d'autre part

Le Centre Hospitalier de FONTAINEBLEAU

Adresse complète : 55 Boulevard du Maréchal Joffre 77305 Fontainebleau Cedex

Représenté par : Jérémie SECHER

Fonction : Directeur

ET

Le Centre Hospitalier de NEMOURS

Adresse complète : 15 rue des Chaudins 77140 Nemours Cedex

Représenté par : Bruno MORETTE

Fonction : Directeur

PREAMBULE :

Dans le cadre des réflexions sur le projet médical de territoire et en vue de la couverture des besoins en hospitalisation à domicile dans le sud Seine et Marne, le Centre Hospitalier de Montereau souhaite mettre sa structure HAD à disposition des patients éligibles pris en charge par les centres hospitaliers de Fontainebleau et Nemours.

Ces deux établissements peuvent faire appel au service d'HAD, sur prescription médicale d'un médecin exerçant en leur sein.

L'admission du patient en HAD fait l'objet d'une décision et d'une concertation collégiale entre les directions des deux structures après avis du médecin prescripteur et du médecin coordonnateur de l'HAD.

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1 – Objet de la convention

Ce document établit les règles de partenariat qui fondent les relations entre les Centres Hospitaliers de FONTAINEBLEAU et de NEMOURS et le Centre Hospitalier de MONTEREAU FAULT YONNE pour son service d'HAD.

Cette convention a pour finalité de définir précisément les modes de fonctionnement établis entre ces trois établissements, lors d'une prise en charge par l'HAD d'un patient initialement pris en charge dans un de ces établissements.

Les trois établissements s'engagent à mettre en place tous les moyens nécessaires à la prise en charge conjointe du patient, afin de l'optimiser et la sécuriser.

Article 2 – Prescription de l'HAD :

Le service d'HAD est sollicité sur demande du médecin hospitalier ayant pris en charge le patient dans l'établissement d'origine, à la suite d'une hospitalisation ou d'une consultation suite à une hospitalisation antérieure.

Le patient admis en HAD conserve le libre choix de son médecin traitant.

Article 3 – Indications pour la prescription

L'intervention de l'HAD du CH de Montereau peut être réalisée lorsque les conditions suivantes sont remplies cumulativement :

- l'état du patient nécessite une ou des interventions techniques, justifiées par une ou des affections aiguës ou des poussées aiguës d'affections chroniques ;
- le patient, faute d'HAD, aurait dû être hospitalisé ou maintenu en hospitalisation complète ;

Le service demandeur peut solliciter l'HAD de Montereau à tout moment afin de valider les critères d'admission. Après une évaluation globale de ces conditions, le CH de Montereau prononce l'admission du patient en HAD.

Article 4 – Modalités de la prise en charge :

En fin de prise en charge, dans le cadre des temps de coordination, si une réhospitalisation complète est nécessaire, l'anticipation de la sortie de l'HAD sera effectuée par l'observation d'un délai de 48 h sauf situation d'urgence. Dans ce cas, le patient sera dirigé, dans la mesure du possible, vers l'établissement d'origine après concertation entre le médecin coordonnateur de l'HAD, le médecin hospitalier et le médecin traitant.

Le retour en consultation à l'établissement d'origine est possible selon le rythme impliqué par l'état de santé du patient et en accord avec le médecin prescripteur.

En cas d'urgence médicale ou chirurgicale, l'établissement d'origine s'engage à réhospitaliser le patient en fonction de son état et des lits disponibles.

Article 5 – Permanence des soins :

La PDS est assurée par une infirmière de l'HAD d'astreinte qui, en cas de nécessité d'intervention médicale, a recours au service d'urgence adapté via le Centre 15.

Article 6 – Protocole de soins

Chaque mission donnera lieu systématiquement à la signature d'un protocole de soins, intégrant les modalités spécifiques de chaque prise en charge d'un patient.

Toute modification de la prise en charge donnera lieu à la rédaction d'un nouveau protocole de soins, Cette réactualisation sera effectuée, si nécessaire, dans le cadre d'une réunion de concertation entre les praticiens et les personnels soignants des deux établissements concernés.

Article 7 – Gestion du circuit du médicament :

La prise en charge des médicaments nécessaires au traitement de(s) pathologie(s) ayant justifié l'intervention du service d'HAD est assurée et financée par cette dernière sur prescription spécifique du médecin traitant. La Pharmacie à Usage Intérieur du Centre Hospitalier de MONTEREAU assure leur dispensation.

Article 8 – Dossier de soins et renseignements à caractère médical

Le service hospitalier d'origine transmet à l'HAD une fiche de liaison synthétisant les éléments administratifs et médicaux nécessaires à la continuité de la prise en charge.

Le service d'HAD s'engage à remettre les éléments du dossier médical nécessaires au praticien prenant le patient en charge. Ce dossier sera restitué à l'HAD pour une nouvelle prise en charge ou pour être archivé.

L'HAD met à disposition des médecins hospitaliers (service d'origine et/ou service des urgences), sur demande, les codes d'accès pour la consultation du dossier patient via l'interface web du logiciel ARCAN.

Une réunion de concertation pluri disciplinaire sera organisée au minimum 1 fois par trimestre afin d'assurer la cohérence entre les protocoles de soins en hospitalisation classique et en HAD.

A la sortie du dispositif HAD, un résumé de sortie est transmis au praticien hospitalier ayant suivi le patient. Tout incident lors des phases de prise en charge sera signalé à l'ensemble des intervenants.

Article 9 – Évaluation du partenariat

Les trois signataires s'engagent à se réunir au moins une fois par an pour évaluation de leur coopération dans le cadre du partenariat prévu par la présente convention. A cette occasion, un rapport d'activité sera présenté.

Pour chaque établissement, sont concernés, le directeur ou son représentant, un praticien, un cadre, le médecin coordonnateur et l'infirmière coordonnatrice de l'HAD.

Les critères qui seront notamment étudiés portent sur :

- Le délai moyen d'attente avant l'intervention de la structure d'HAD ;
- Le nombre de demandes d'hospitalisation en HAD non satisfaites et l'analyse des raisons invoquées par la structure d'HAD ;
- Le nombre de séjours et de journées d'HAD
- La DMS en HAD
- Le taux de réhospitalisation
- Le taux de recours aux urgences

Article 10 – Date d'effet de la convention

Cette convention entrera en vigueur dès la décision du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France, autorisant l'activité d'HAD sur les cantons de Montereau, Donnemarie – Dontilly, Lorrez le Bocage et Moret sur Loing, Fontainebleau, Nemours, Bray sur Seine, La Chapelle la Reine, Château Landon et Provins.

Avant cette autorisation, l'intervention de l'HAD du Centre Hospitalier de MONTEREAU peut être organisée sur le territoire concerné après concertation entre les partenaires et demande de dérogation validée par l'ARS.

Article 11 – Durée et résiliation

La présente convention est conclue pour une durée d'un an à compter de sa signature. Elle est renouvelable annuellement par tacite reconduction, sauf dénonciation expresse par l'une des trois parties, par lettre recommandée avec accusé de réception, moyennant un préavis de 6 mois.

Les trois parties s'engagent, préalablement à tout courrier de dénonciation, à organiser une réunion de conciliation afin d'envisager des solutions communes aux différends évoqués. Cependant, en cas de persistance d'un désaccord, elles devront s'entendre au minimum sur des modalités permettant d'assurer la continuité de la prise en charge des patients au cours de la phase de transition durant ce préavis de 6 mois.

Article 12 – Transmission de la convention

Les signataires s'engagent à annexer une copie de la présente convention à la demande d'autorisation déposée par le Centre Hospitalier de MONTEREAU.

Fait à MONTEREAU FAULT YONNE, le 19 juillet 2012

**Pour le Centre
Hospitalier de
FONTAINEBLEAU**

Jérémie SECHER

Directeur

**Pour le Centre
Hospitalier de NEMOURS**

Bruno MORETTE

Directeur

**Pour le Centre Hospitalier de
MONTEREAU**

Alain SLAMA

Directeur

ANNEXE 5

Convention relative à la prise en charge des patients par le centre hospitalier de Montereau et le SSIAD de la Croix Rouge de Seine et Marne.

CONVENTION

Entre

LE SSIAD CROIX-ROUGE FRANCAISE DE SEINE ET MARNE

(Ci-après dénommé « le SSIAD CRF 77 »)

Et

LE CENTRE HOSPITALIER DE MONTEREAU

(ci-après dénommé « le CH de Montereau »)

Relative aux activités:

D'HOSPITALISATION

DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE (SSIAD)

L'usage de la présente convention est strictement réservé au SSIAD CRF 77 et au CENTRE HOSPITALIER DE Montereau-Fault-Yonne, dans le cadre de leur projet de collaboration.

INTRODUCTION

Cette convention a pour but de fixer les conditions de la collaboration entre :

Le centre hospitalier de Montereau immatriculé sous le N° FINESS 770110062

Situé :

1bis Boulevard Victor HUGO

77875 Montereau cedex.

Représenté par son Directeur:

Monsieur Alain SLAMA

D'une part,

et

LA CROIX-ROUGE FRANCAISE, Association loi 1901 reconnue d'utilité publique, dont le siège est 98 rue Didot - 75694 PARIS Cedex 14, représentée par son Directeur Général, Monsieur Olivier BRAULT, et par délégation du Directeur Régional de la Région Ile de France Monsieur Philippe GAUDON, la Directrice de la Filière Domicile IDF, Madame Julie VAREZ, et par délégation, la Directrice du Pôle Domicile de Seine et Marne et Val de Marne pour le compte du Service de Soins Infirmiers A Domicile de Seine et Marne, Madame Agnès RIVEILL-GOSSELIN,

D'autre part,

PREAMBULE

Le SSIAD CRF 77 est autorisé à exercer des activités de soins infirmiers à domicile sur le département de Seine-et-Marne, pour une capacité de 266 places dévolues aux personnes âgées.

Le SSIAD CRF 77 assure des prestations de soins infirmiers, dans le cadre d'une prise en charge globale de la personne, auprès d'usagers :

- de soixante ans et plus, malades ou dépendants,
- de moins de soixante ans présentant un handicap avec autorisation spécifique de l'ARS,
- de moins de soixante ans atteintes de pathologies chroniques ou d'affections nécessitant un traitement prolongé

Hormis ses propres patients, le Centre Hospitalier de MONTEREAU est amené à prendre en charge en hospitalisation à domicile (HAD) des patients domiciliés dans la zone d'intervention du SSIAD CRF 77, dans le cadre de sa convention de partenariat signée avec le Centre Hospitalier de NEMOURS.

ARTICLE 1 : OBJET DE LA CONVENTION

Cette convention fixe les conditions de la collaboration entre les parties, notamment en termes d'échanges d'informations, afin d'améliorer la continuité des soins lors :

- De l'admission dans le SSIAD CRF 77 de patients déclarés sortant du CH de Montereau, dans lequel ils étaient hospitalisés.
- De l'admission au CH de Montereau de patients du SSIAD CRF 77.

La collaboration a également pour but de favoriser l'émergence d'une culture commune en gériatrie, et le développement de projets transversaux pour améliorer la continuité des soins ville / hôpital, dans ce domaine et notamment dans le cadre de la filière gériatrie du sud Seine et Marne.

Chaque partie agit dans le strict respect des obligations réglementaires, juridiques, déontologiques, et éthiques qui lui sont propres.

ARTICLE 2 : ENGAGEMENTS DU SSIAD CRF 77

2.1 Proposition d'admission par le SSIAD CRF 77 d'un patient hospitalisé au CH de Montereau

Le SSIAD CRF 77 analyse toute demande d'admission faite par le CH de Montereau, et accueille les patients relevant de ses missions et objectifs, dans la mesure des places disponibles, après leurs avoir apporté (ou au représentant légal) une information complète et adaptée sur la prise en charge dans le service.

En cas de refus de l'admission, les motifs sont obligatoirement communiqués par le SSIAD CRF 77 au service hospitalier demandeur.

2.2 Prise en charge par le SSIAD CRF 77 de patients sortants du CH de Montereau

Le SSIAD CRF 77 s'engage à :

2.2.1 Assurer l'organisation, la mise en œuvre, le suivi, et la bonne exécution du protocole de soins infirmiers du patient, conformément à l'ordonnance établie par le praticien hospitalier.

Informers le médecin traitant du retour à domicile de son patient et de son admission (ou réadmission) dans le service.

2.2.2 Participer à la mise en œuvre coordonnée des plans d'actions personnalisés, et assurer régulièrement, et chaque fois que nécessaire, l'évaluation de l'état de santé du patient, en relation avec le médecin traitant et tous les autres intervenants de sa prise en charge.

2.2.3 Mettre en place un dossier de liaison au domicile de l'usager, et assurer la bonne circulation de l'information, dans le respect des droits du patient, ainsi que la traçabilité des interventions. Le dossier de liaison accompagne le patient, si besoin, lors des consultations ou des actes complémentaires hospitaliers.

2.2.4. Disposer dans ses locaux d'un dossier de soins pour chaque patient, dont il assure la mise à jour régulière, la confidentialité, l'intégrité, et la sécurité des informations qui y sont contenues. Ce dossier est archivé dans ses locaux, après la sortie de l'usager du service, conformément aux textes en vigueur.

2.2.5 Evaluer la satisfaction des usagers admis dans le service, par la remise de questionnaires destinés aux enquêtes de satisfaction des patients, dont les résultats sont communiqués à la tutelle du service.

2.2.6 Veiller à l'éthique, aux droits, et au bien être des usagers, et être un lieu d'écoute, de conseils, d'information, d'orientation, à la disposition des personnes âgées et/ou handicapées et de leur entourage.

2.3 Admission d'un patient du SSIAD CRF 77 au Centre Hospitalier de Montereau.

La direction du SSIAD CRF 77 prononce la fin de prise en charge dans le service, en lien avec le médecin traitant. Elle accompagne la mise en place d'un dispositif de continuité adapté aux besoins de l'utilisateur.

Lorsque la sortie du service est nécessitée par l'admission du patient au CH de Montereau, le SSIAD CRF 77 communique systématiquement à l'établissement, un résumé du séjour dans le service. Celui-ci accompagne l'utilisateur en cas d'hospitalisation programmée, ou est adressé au service hospitalier, dans les 48 heures après une admission via le service des urgences.

ARTICLE 3 : ENGAGEMENTS DU CENTRE HOSPITALIER DE MONTEREAU

3.1 Dispositions générales

Le CH de Montereau fait connaître à ses équipes médicales, soignantes et d'assistance sociale, l'existence et les missions du SSIAD CRF 77, et les informe des objectifs généraux et modalités pratiques de la collaboration, formalisés dans la présente convention.

3.2 Admission au sein du SSIAD CRF 77 d'un patient déclaré sortant du CH de Montereau

3.2.1 La prise en charge au sein du SSIAD CRF 77, comme mode de sortie de l'établissement d'un patient, doit être envisagée le plus tôt possible par l'équipe hospitalière. Lorsque cette solution est adaptée aux besoins du patient, le cadre de santé hospitalier, l'infirmière coordinatrice de l'HAD ou une assistante sociale contacte le service pour s'assurer de la disponibilité d'une place dans le service.

3.2.2 Si la prise en charge du patient dans le SSIAD CRF 77 est possible, son infirmière coordinatrice rencontre, dans les meilleurs délais, le patient hospitalisé et sa famille (ou son représentant légal), ainsi que l'équipe hospitalière. Celle-ci communique toutes informations utiles à l'infirmière coordinatrice, et participe à l'évaluation des ressources nécessaires à la prise en charge du patient au domicile.

3.2.3 L'équipe hospitalière tient informé le SSIAD CRF 77 de toute évolution de l'état de santé du patient, de nature à modifier les modalités de son admission dans le service, et lui communique, lors de sa sortie, une fiche de liaison infirmière incluant les informations médicales nécessaires à la bonne continuité des soins.

Le CH de Montereau mettra à la disposition du service des protocoles de soins pour la prise en charge de ses patients au domicile.

3.3 Admission au CH de Montereau d'un patient du SSIAD CRF 77

Lorsqu'un usager du SSIAD CRF 77 est hospitalisé au CH de Montereau, via le service des urgences, celui-ci en informe le service au plus tôt.

ARTICLE 4 : ECHANGES D'INFORMATIONS

Les échanges d'informations sont assurés conformément aux articles de la présente convention. Les parties s'efforceront de développer toute solution permettant l'échange d'informations électroniques sécurisées.

ARTICLE 5 : ETUDES ET FORMATION

Chaque partie s'efforcera, dans l'esprit de la présente convention, à répondre à la demande de l'autre partie faisant appel à des compétences ou des moyens propres à la première, afin d'améliorer le fonctionnement de la filière gériatrique territoriale, et de développer les réflexions qui s'y rapportent.

Il pourra s'agir de la participation à des actions de formation ou à des études pour le développement de nouvelles solutions de prise en charge des personnes âgées au domicile.

Dans le cas où l'une de ces solutions serait mise en place opérationnellement, en répondant aux objectifs de collaboration entre les parties, celles-ci pourront convenir de l'ajouter à la présente convention, par simple avenant.

ARTICLE 6 : EVALUATION DE LA COLLABORATION

Les parties conviennent de procéder, au moins une fois par an, à l'évaluation par leurs directions respectives, de l'exécution de la présente convention.

Cette évaluation a pour objectif d'identifier les points d'amélioration de la collaboration afin de mettre en place les mesures correctives nécessaires.

ARTICLE 7 : DUREE DE VIE DE LA CONVENTION

La présente convention est conclue pour une période d'une année. Elle prend effet à compter de sa signature et sera reconduite annuellement par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de 3 mois avant l'échéance.

En cas de manquement aux dispositions de la présente convention par l'une des deux parties, celles-ci se rapprocheront dans une démarche de concertation.

A défaut de trouver un accord, l'autre partie pourra mettre fin immédiatement à la présente convention par lettre recommandée avec accusé de réception, en justifiant sa décision.

Fait en deux exemplaires, le

à

Le Centre Hospitalier de Montereau*
Seine et Marne

Le SSIAD Croix Rouge Française de

Le Directeur
Monsieur Alain SLAMA

La Directrice
Madame Agnès RIVEILL GOSSELIN

CACHET DE L'ETABLISSEMENT

CACHET DE L'ETABLISSEMENT

*Faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé »

OVAGUIMIAN	OLIVIER	Décembre 2012
DIRECTEUR D'HÔPITAL PROMOTION 2011 – 2013		
INTEGRATION DE L'HOSPITALISATION A DOMICILE DANS LES PARCOURS DE SOINS Modélisation de la prise en charge des soins palliatifs au centre hospitalier de Montereau fault Yonne		
<p>Résumé :</p> <p>La présente étude a pour objet de déterminer la place que doit occuper l'hospitalisation à domicile dans la prise en charge des patients. Réalisée au centre hospitalier de Montereau (77), établissement MCO de 534 lits et places, elle vise à optimiser les parcours de soins, tant en terme de qualité de la prise en charge qu'en terme d'efficience économique.</p> <p>Réalisée au cours entre les mois de mars et novembre 2012, elle s'est centrée sur les soins palliatifs, filière identifiée comme étant représentative de la problématique abordée.</p> <p>Après avoir rappelé les enjeux liés à l'HAD au niveau national, régional et au centre hospitalier de Montereau, une comparaison des coûts et des recettes liés à la prise en charge des soins palliatifs en hospitalisation classique et en HAD a permis de déterminer un parcours-type à mettre en place après optimisation de l'HAD.</p> <p>Les conditions de mise en œuvre de ce parcours, tant au niveau du bassin de recrutement qu'en termes d'organisation interne sont ensuite présentées tout comme les perspectives que cette démarche ouvre afin de développer une culture de gestion des flux au sein de l'établissement.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>HAD, SOINS PALLIATIFS, PARCOURS DE SOINS, EFFICIENCE ECONOMIQUE, BED MANAGEMENT, GESTION DES FLUX, ANALYSE STRATEGIQUE, PMSI</p>		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		