

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Organisation

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction de la régulation
de l'offre de soins

Bureau R4

Circulaire DGOS/R4 n° 2013-398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD)

NOR : AFSH1329871C

Validée par le CNP le 26 juillet 2013. – Visa CNP 2013-167.

Catégorie : mesures d'organisation des services retenues par la ministre.

Résumé : dans la perspective du développement significatif attendu de l'hospitalisation à domicile à échéance de l'année 2018, les CPOM de l'ensemble des établissements de santé doivent prendre en compte de nouvelles lignes de guidance pour positionner l'HAD à sa juste place dans la gradation des soins, mieux structurer son offre, améliorer son accessibilité et sa professionnalisation.

Mots clés : hospitalisation à domicile – CPOM.

Références :

Articles L. 6111-1, L. 6122-1, L. 6125-2, R. 6121-4-1, R. 6122-25 et D. 6124-306 à D. 6124-311 du code de la santé publique.

Annexes :

- Annexe I. – Liste des indicateurs de suivi pour l'HAD.
- Annexe I-I. – Nombre moyen de patients pris en charge en HAD par jour et pour 100 000 habitants.
- Annexe I-II. – Taux brut de séjours d'HAD pour 100 séjours d'hospitalisation complète (MCO + SSR).
- Annexe I-III. – Taux brut de journées d'HAD pour 1000 journées d'hospitalisation complète (MCO + SSR).
- Annexe I-IV. – Part des CPOM des établissements d'hospitalisation temps plein (MCO + SSR) comportant des objectifs de prescriptions d'HAD.
- Annexe I-V. – Part des admissions en HAD faisant suite à une hospitalisation complète à temps plein (MCO + SSR).
- Annexe I-VI. – Part des séjours en HAD à partir du domicile.
- Annexe I-VII. – Part des séjours en HAD réalisés au bénéfice de résidents d'établissements sociaux et médico-sociaux.
- Annexe I-VIII. – Part de certaines prises en charge spécialisées dans l'activité globale d'HAD (rééducation neurologique, chimiothérapie anticancéreuse, soins palliatifs).
- Annexe I-IX. – Taux de CPOM intégrant un objectif relatif à l'amélioration de la pertinence du recours à l'HAD sur la base des référentiels existants.
- Annexe I-X. – Taux d'établissements d'HAD disposant d'une astreinte médicale ou ayant formalisé un recours à un avis médical H24 et 7j/7.
- Annexe I-XI. – Part des séjours en HAD couverts par une astreinte médicale ou un recours formalisé à un avis médical H24 et 7j/7.

- Annexe I-XII. – Taux d'établissements d'HAD disposant d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7j/7.
- Annexe I-XIII. – Part des séjours en HAD couverts par une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7j/7.
- Annexe I-XIV. – Taux d'établissements d'HAD mettant en œuvre un dispositif de télésurveillance.
- Annexe I-XV. – Taux de contrats de bon usage du médicament (CBUM) signés par les établissements d'HAD.
- Annexe I-XVI. – Situation des établissements d'HAD par rapport au taux national moyen des établissements de santé certifiés sans réserve (majeure ou non).

La ministre des affaires sociales et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour mise en œuvre); à Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements et services d'hospitalisation à domicile (pour exécution).

Confortant le premier recours, travaillant avec les professionnels libéraux, favorisant le maintien à domicile et la coopération entre professionnels de santé, l'HAD s'inscrit pleinement dans la stratégie nationale de santé.

Elle propose une offre tout à fait spécifique au sein du système de santé, le plus souvent au décours d'une prise en charge post-aiguë, qui intègre la prise en compte de l'ensemble des besoins de la personne sur les plans sanitaire et psychosocial. Si l'HAD n'assure pas l'intégralité des missions et prestations d'un établissement d'hospitalisation, en revanche elle prend en compte les contraintes imposées par le domicile, devenu le lieu des soins, sans rien concéder aux impératifs de qualité et de sécurité des soins incombant à tout établissement de santé. Ce statut exigeant, ainsi que la complexité, l'intensité, la technicité et la continuité des soins qu'elle met en œuvre et l'équipe pluridisciplinaire coordonnée et médicalisée qu'elle mobilise, la distinguent des interventions au domicile du secteur ambulatoire et des services médico-sociaux.

Depuis 2005, une dynamique volontariste de généralisation de l'offre d'HAD sur le territoire national a été mise en œuvre. Les efforts conjugués de l'ensemble des acteurs concernés ont donné lieu à un développement très significatif en nombre d'établissements (+ 140 %), de patients pris en charge (+ 160 %) et de journées réalisées (+ 185 %).

L'HAD est une offre encore émergente dont le développement doit contribuer à répondre à la demande croissante de la population d'être soignée au domicile, à l'impact du vieillissement démographique et à l'augmentation des pathologies chroniques. Depuis 2012, les lieux d'intervention de l'HAD se sont diversifiés avec la possibilité de prendre en charge des personnes accueillies en établissement social ou médico-social, et ce afin d'améliorer leur qualité de vie (circulaire du 18 mars 2013 relative à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social).

Pour remplir sa mission, l'HAD doit structurer une offre plus homogène sur l'ensemble du territoire, centrée sur les situations qui requièrent l'intensité, la complexité et la technicité qui la démarquent des réponses ambulatoires.

En effet, si des évolutions sont notables, certains écueils ont été mis en évidence par l'expérience. Les moyens que doivent et peuvent déployer les établissements d'HAD et leur savoir-faire spécifique les destinent évidemment à répondre aux plus exigeantes des prises en charge possibles au domicile. Ils sont encore trop souvent mobilisés pour des interventions situées en-deçà de leur potentiel et de leur savoir-faire, parce que les prescripteurs méconnaissent leurs capacités, ou parce qu'ils ne parviennent pas encore à répondre aux besoins correspondant à leur mission, ou encore parce qu'ils pallient certaines insuffisances du système (par ex. disponibilité insuffisante de professionnels de santé libéraux, des services médico-sociaux...).

Si ces situations questionnent parfois la pertinence de l'HAD et interrogent sur ses coûts, elles ne remettent pas en question son utilité dans la gradation des soins disponibles ni son rôle dans l'extension des soins rendus possibles au domicile.

C'est pourquoi l'activité d'HAD doit être confortée dans les territoires et travailler à rendre indiscutable sa pertinence dans les années qui viennent.

Pour accompagner cette structuration et renforcer le positionnement de l'HAD au sein du système de santé, les objectifs stratégiques nationaux visent le développement de son activité par

substitution aux séjours d'hospitalisation complète. Ainsi, la part de l'activité d'HAD a vocation, sur la période des projets régionaux de santé en cours, à passer de 0,6 % du nombre de séjours réalisés en hospitalisation avec hébergement (MCO + SSR) à 1,2 %.

Un tel développement, fondé sur une logique de substitution à l'hospitalisation complète, se fera donc au sein de l'objectif de dépenses en médecine chirurgie obstétrique (ODMCO) par redéploiement, ce qui implique une analyse fine des segments de soins sur lesquels l'HAD doit se développer. Un suivi sera mis en place au plan national pour mesurer l'impact réel de ce développement sur le champ MCO.

Le développement de l'HAD doit conduire à une amélioration de la prise en charge du patient, ainsi qu'à des gains d'efficacité pour l'assurance maladie.

Cet objectif implique en outre une évolution de l'ensemble de l'offre sanitaire :

- des établissements d'HAD eux-mêmes qui devront s'engager dans les évolutions indispensables en termes de structuration, de taille critique, de réactivité, de professionnalisation, etc. ;
- des établissements de santé assurant l'hospitalisation avec hébergement, principaux prescripteurs de l'HAD, qui devront intégrer l'HAD plus souvent, y compris sur de nouveaux segments d'activité, ou de façon plus précoce dans les parcours des patients ;
- des professionnels libéraux qui devront répondre de façon coordonnée à l'ensemble des demandes qui ne nécessitent pas la compétence de l'HAD, et apprendre à prescrire un recours à l'HAD quand un passage par les établissements d'hospitalisation peut être évité.

Cet objectif ne pourra être atteint que par la mobilisation des ARS, pour établir un état des lieux des évolutions nécessaires sur les territoires afin de conforter la structure de l'offre d'HAD tout en améliorant son accessibilité, en renforçant sa pertinence et en affermissant ses compétences.

Les quatre objectifs qui suivent sont fixés aux ARS. Ils sont associés aux outils et leviers correspondants. Leur degré d'atteinte fera l'objet d'un suivi régulier *via* des enquêtes annuelles *ad hoc* reposant sur les indicateurs mentionnés en annexe I. Un retour sera effectué aux ARS sur le bilan tiré de ces enquêtes.

1. Conforter la structure de l'offre d'HAD

La structure de l'offre d'HAD doit être évaluée avec la double préoccupation de la viabilité des établissements et de leur capacité à assumer leur responsabilité territoriale.

1.1. La viabilité des établissements d'HAD

Selon les territoires, une restructuration significative de l'offre pourra se révéler nécessaire quand les probabilités, pour certaines structures, d'atteindre les objectifs fixés dans les conditions de qualité et de sécurité requises paraîtront insuffisantes.

Il n'existe pas de modèle économique ou fonctionnel unique ou standard pour un établissement d'HAD. La recommandation de la circulaire du 31 décembre 2006 sur l'activité minimale (9 000 journées/an) paraît insuffisante au vu des exigences et enjeux portés par la présente instruction. La structuration territoriale adéquate de l'offre d'HAD s'apprécie également en considération de la taille de la population desservie, qui conditionne en partie le potentiel d'accueil attendu des établissements d'HAD. C'est pourquoi il faut notamment éviter, en particulier pour les établissements dont l'HAD est l'unique activité, tant sanitaire que sociale ou médico-sociale, de retenir des territoires d'intervention à trop faible population. À l'inverse, un établissement d'HAD positionné sur une zone de population dense doit mettre en œuvre une capacité d'accueil à hauteur des besoins. Les ARS sont en outre invitées à faciliter par tous moyens, y compris financiers (AC, MIG, FIR...), l'évolution des organisations nécessaires (par ex. : création d'antennes, coopérations avec les hôpitaux locaux...) et les coopérations avec les autres intervenants du domicile.

Une attention particulière sera portée au devenir des structures qui, en dépit d'un potentiel significatif, n'ont pu faire progresser le recours à l'HAD sur leur territoire. Sans engagement exprès de développement, elles ne pourront être considérées comme aptes à rendre efficacement le service attendu sur le territoire qui leur est dévolu et il faudra, dès que possible, en tirer les conséquences.

Compte tenu des multiples caractéristiques des territoires, l'analyse ne saurait non plus négliger la mise en perspective de l'offre d'HAD au regard de l'ensemble de l'organisation existante, au plan sanitaire, hospitalier, de ville et médico-social.

L'objectif précité de développement de l'activité d'HAD par substitution à l'hospitalisation conventionnelle doit conduire les territoires à se rapprocher d'un taux régional plancher de recours à l'HAD de 30-35 patients par jour pour 100 000 habitants. Il offre l'opportunité d'harmoniser ces taux de recours et de fixer, plutôt qu'un seuil d'activité de référence standard par les établissements,

celui qui est adapté à chaque territoire. Ce seuil tiendra compte des éventuelles contraintes locales autant que des stratégies mises en place par les établissements afin d'optimiser leurs coûts, qu'il convient d'encourager, voire de susciter.

1.2. *La responsabilité de l'HAD sur son territoire autorisé*

Hormis quelques exceptions, les établissements d'HAD disposent d'une exclusivité territoriale sur leur zone de desserte autorisée. Cette absence de concurrence leur fait devoir d'organiser l'accessibilité à leurs services pour l'ensemble de la population concernée. Il est donc nécessaire de vérifier que le taux de couverture territorial est en constante amélioration. Les obstacles éventuels doivent être repérés et les solutions adéquates recherchées.

Il est recommandé, pour des raisons de rationalisation de l'offre, de pallier d'éventuels défauts de couverture en privilégiant les extensions d'autorisation, voire la création de sites déconcentrés par une structure autorisée (antennes), plutôt que par de nouvelles créations.

Enfin, de la fluidité dans le parcours de soins dépend aussi l'accessibilité à l'offre. Ainsi, disposer de filières d'aval pour l'HAD est une condition essentielle de sa crédibilité et de sa pertinence. Les ARS doivent donc veiller à ce que des synergies et des collaborations se mettent en place entre les établissements d'HAD et les autres acteurs intervenant à domicile, SSIAD et professionnels de santé libéraux notamment; elles organisent également, s'il y a lieu, le développement de réponses complémentaires.

Objectif: conforter la structure de l'offre d'HAD

Outils:

Les données générales du PMSI HAD (site ATIH – Diamant).
Les taux de recours à l'HAD pour la population (site SNATIH).
L'analyse croisée consommation-production HAD (site SNATIH).
Les comptes financiers des établissements.
Les résultats de la certification des établissements.

Leviers:

Les autorisations d'implantation.
Le dialogue de gestion ARS/établissement.
Les CPOM.
Crédits AC, MIG, FIR.

Indicateur de suivi (détail en annexe I):

Nombre de patients pris en charge en HAD par jour et pour 100 000 habitants.
Taux brut de séjours d'HAD pour 100 séjours d'hospitalisation complète (MCO + SSR).
Taux brut de journées d'HAD pour 1 000 journées d'hospitalisation complète (MCO + SSR).

2. Améliorer l'accessibilité à l'HAD

L'HAD étant installée sur la quasi-totalité du territoire national, son accès doit être généralisé à l'ensemble de la population. Cette ambition implique d'inciter les prescripteurs à y avoir recours, et les établissements d'HAD à diversifier les modes de prises en charge mis en œuvre et les populations accueillies.

2.1. *Le développement des prescriptions d'HAD*

La prescription d'une HAD est actuellement très majoritairement d'origine hospitalière (environ 70 % des prescriptions). Les rapports à l'HAD des médecins et établissements hospitaliers sont cependant très hétérogènes et parfois liés à des éléments extérieurs à sa pertinence ou sa compétence: statut, ancienneté, (mé)connaissance par les prescripteurs, etc. Le nouvel essor de l'activité de l'HAD ne se produira donc que sous condition d'un effort d'appropriation par les prescripteurs hospitaliers, favorisé par l'engagement des structures d'HAD.

Pour accompagner votre réflexion, un travail d'enrichissement de l'information figurant dans la base PMSI de l'HAD et d'analyse du chaînage des séjours entre les champs MCO-SSR et HAD est engagé par l'ATIH. Ses conclusions vous seront communiquées dès que possible (voir tableau page suivante), pour vous aider à identifier les séjours d'hospitalisation complète pouvant être écourtés ou éventuellement inadéquats. Des réflexions sont également en cours pour évaluer la possibilité et les conditions d'un positionnement de l'HAD en aval direct des services de médecine d'urgence.

Enfin, l'option de l'HAD, quand elle est possible, à l'issue ou en substitution d'un séjour hospitalier, doit être plus souvent présentée au patient.

L'attention de tous est attirée sur les pratiques de certains prestataires de services qui, prétendant assurer un rôle de professionnel de santé que la réglementation ne leur reconnaît pas, et sous couvert d'une grande réactivité à la demande, convainquent certains praticiens de leur capacité à prendre en charge un nombre croissant de patients en sortie d'hospitalisation, y compris lorsque leur état de santé justifierait d'un encadrement clinique significatif. Un dialogue au sein des établissements sur les conditions du recours aux prestataires, au sujet desquelles plusieurs ARS ont d'ailleurs déjà alerté les directeurs, paraît indispensable.

La confiance des prescripteurs pourra être confortée par le développement de la télémédecine dans les établissements d'HAD, afin de consolider la continuité des soins par la télésurveillance, ou le suivi médical spécialisé par la téléconsultation. Je vous rappelle à ce sujet l'accessibilité des établissements d'HAD au soutien financier prévu par le programme Hôpital numérique.

Des objectifs de prescription d'admissions en HAD devront être inclus dans la contractualisation avec les établissements hospitaliers. La mise à disposition des acteurs hospitaliers d'un outil régional d'orientation des patients en sortie d'hospitalisation traditionnelle pourra aider à en suivre la mise en œuvre.

L'association du médecin traitant à la prise en charge en HAD est un vecteur d'appropriation de cette activité particulière par le prescripteur libéral. Si le développement des prescriptions par le médecin hospitalier contribue *de facto* à familiariser le médecin traitant avec le fonctionnement et la pertinence de l'HAD, l'implication des unions régionales de professionnels de santé dans la réflexion et le développement de l'HAD, ainsi que leur participation à des actions de communication pour la faire connaître, est impérative dès le démarrage des travaux.

Enfin, pour diffuser la connaissance de l'HAD au sein du corps médical, il convient de favoriser la proposition de stages pour les internes au sein de ces établissements.

2.2. La diversification des modes de prise en charge

La diversité des modes de prise en charge autorisés et des populations accueillies en HAD témoigne de la compétence généraliste souhaitée pour cette activité. Vous veillerez à favoriser le déploiement de cette compétence généraliste de façon homogène sur les territoires, afin de contribuer à l'égalité d'accès des populations. En particulier, les petites structures adossées à un établissement hospitalier lui-même généraliste et qui n'ont pas développé ce savoir-faire devront être questionnées.

Votre réflexion intégrera aussi l'impact des évolutions thérapeutiques et de l'organisation des soins dans les disciplines spécialisées. Le développement de spécialisations en complément d'une activité généraliste est un signe de diversification autant que d'amélioration de l'accessibilité de l'offre. Ce développement, ne pouvant pas entraîner la multiplication des acteurs locaux, doit conduire à encourager les coopérations entre HAD et offres de soins spécialisées.

Enfin, l'HAD peut constituer une réponse adaptée aux épisodes de déstabilisation d'une pathologie chronique déjà connue et traitée et ne justifiant pas de séjour en établissement.

2.3. La diversification des populations accueillies

L'extension du champ d'intervention de l'HAD à l'ensemble des personnes accueillies en établissement d'hébergement social ou médico-social¹ doit conduire à l'accès effectif des personnes concernées à cette offre de soins qui leur permet de bénéficier d'un parcours de soins sans rupture d'accompagnement.

Une évaluation spécifique, prévue par la circulaire d'accompagnement des décrets de 2012², est menée sur le sujet.

Objectif: améliorer l'accessibilité à l'HAD

Outils:

Les données générales du PMSI HAD (site ATIH – Diamant).

L'analyse croisée consommation-production par mode de prise en charge principal en HAD (site SNATIH).

¹ Décrets n° 2012-1030 et n° 2012-1031 du 6 septembre 2012.

² Circulaire n° DGOS/R4/DGCS n° 2013-107 du 18 mars 2013 relative à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social.

Les travaux de l'ATIH sur l'analyse et le chaînage des séjours HAD (en cours, disponible fin 2013).
L'analyse de l'activité par type de domicile dans le PMSI HAD.
L'analyse des flux d'orientation des patients en sortie d'hospitalisation en établissement (outils régionaux d'orientation).

Leviers:

Les autorisations d'activité.
La création d'une dynamique régionale sur HAD en ESMS (*cf.* circulaire de mars 2013).
Les CPOM.
L'implication des URPS.

Indicateur de suivi (détail en annexe I):

Part des admissions en HAD faisant suite à une hospitalisation complète à temps plein (MCO + SSR).
Part des séjours en HAD à partir du domicile.
Part de certaines prises en charge spécialisées dans l'activité globale d'HAD (rééducation neurologique, chimiothérapie anticancéreuse, soins palliatifs).
Part des séjours en HAD réalisés au bénéfice de résidents d'établissements sociaux et médico-sociaux.
Part des CPOM des établissements d'hospitalisation temps plein (MCO + SSR) comportant des objectifs de prescriptions d'HAD.

3. Renforcer la pertinence du recours à l'HAD

Le développement de l'HAD sera désormais associé à une veille constante sur la pertinence du recours à ce mode de prise en charge.

Le renforcement de la pertinence du recours à l'HAD s'appuiera en particulier sur les référentiels existants ou dont la publication est prévue à moyen terme par la Haute Autorité de santé (HAS) (*cf.* encadré ci-dessous). Ils feront l'objet d'une diffusion aux ARS dès leur publication. Il est demandé aux ARS de relayer la diffusion de ces outils auprès des prescripteurs d'HAD et des structures d'HAD. Un objectif relatif à l'amélioration de la pertinence des transferts et admissions en HAD devra être inscrit au CPOM de l'ensemble des établissements de santé.

Les prises en charge spécialisées en obstétrique méritent une attention particulière, en référence à la recommandation de la HAS d'avril 2011 sur les indications de l'HAD au cours de l'*ante* et du *post partum* pathologiques³. Vous noterez que le mode de prise en charge « retour précoce à domicile après accouchement » en HAD a vocation à disparaître rapidement des modes de prise en charge autorisés, à la lumière des conclusions de la HAS sur la sortie précoce de maternité. Des précisions vous seront apportées sur le sujet d'ici le début de la campagne 2014.

Objectif: renforcer la pertinence du recours à l'HAD

Outils:

Recommandation de bonne pratique de la HAS relative aux situations pathologiques pouvant relever de l'HAS au cours de l'*ante* et du *post partum* (avril 2011).
Grille élaborée par la HAS sur la pertinence des demandes de transfert et d'admission en HAD (travaux prévus au programme de travail 2013).
Evaluation médico-économique par la HAS de la chimiothérapie en HAD (travaux inscrits au programme de travail 2013 en cours de cadrage).
Recommandation de la HAS concernant la pertinence de l'activité de soins de suite et de réadaptation en HAD (sous réserve de confirmation de l'inscription au programme de travail 2014).
Comparaison des taux de recours par mode de prise en charge (SNATIH).
Résultats des contrôles externes de l'assurance maladie.
Les atypies relevées par les contrôles de DATIM HAD (ATIH).
Leviers:
Les CPOM ARS-établissements de santé prescripteurs d'HAD et pratiquant l'HAD.
Mise sous observation des structures d'HAD en lien avec l'assurance maladie.

³ Accès à la recommandation : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1066375/fr/situations-pathologiques-pouvant-relever-de-l-hospitalisation-a-domicile-au-cours-de-l-ante-et-du-post-partum?xtmc=&xtcr=1.

Indicateur de suivi (détail en annexe I) :

Taux de CPOM intégrant un objectif relatif à l'amélioration de la pertinence du recours à l'HAD sur la base des référentiels existants.

4. Affermir les compétences nécessaires aux interventions de l'HAD

La reconnaissance des établissements d'HAD comme établissements de santé en 2009 a en partie répondu à la question du niveau d'exigence fixé à cette activité. Il faut désormais en tirer les conséquences, et en particulier s'assurer qu'ils sont utilisés à bon escient. Pour leur part, ils doivent s'engager dans l'amélioration de leurs compétences dans tous les domaines de leur fonctionnement : gestion, soins, information médicale, gestion des risques, circuit du médicament, etc., en considération des savoir-faire spécifiques de l'intervention au domicile.

Vous devez ainsi vérifier que les établissements satisfont aux conditions de fonctionnement requises, en vous assurant en particulier des modalités de sécurisation des patients par la garantie de continuité des soins que doivent mettre en œuvre tous les établissements de santé : la capacité interventionnelle soignante jour et nuit, ainsi que la formalisation des conditions de recours à un avis médicalisé à tout moment sont le socle minimal sur lequel doivent pouvoir compter les patients et les professionnels.

Il est précisé en outre que la fonction de médecin coordonnateur en HAD est un des éléments de cette continuité. Dès lors, lorsque le médecin traitant, dont la place de référent de la prise en charge est réaffirmée, n'est pas en mesure d'assurer la continuité des soins dans les conditions et délais requis par l'évolution de la situation du patient, le médecin coordonnateur peut être amené à prescrire. La coordination avec le médecin traitant doit, dans de tels cas, faire l'objet d'une attention particulière, et il est recommandé de formaliser, le cas échéant, ce cadre d'intervention conjointe. Une réflexion sur ce sujet se poursuit au sein du comité de pilotage pour l'HAD de la DGOS.

Objectif : affermir les compétences nécessaires aux interventions de l'HAD

Outils :

Rapports de certification HAS et indicateurs nationaux de qualité des ES.
DATIM HAD (ATIH).
Bordereau HAD – SAE (sur données 2013 en fin d'année 2014).

Leviers :

Dossiers d'autorisation ou de renouvellement d'autorisation.
CBUM – en précisant que, sans pour autant renoncer aux objectifs de qualité et de sécurité portés par les CBUM, leur mise en œuvre en HAD devra tenir compte des particularités de cette activité.
CPOM.
Plan Hôpital numérique.
Financement de la télémédecine.
Les MIG.
Le FIR.

Indicateur de suivi (détail en annexe I) :

Taux d'établissements d'HAD disposant d'une astreinte médicale ou ayant formalisé un recours à un avis médical H24 et 7j/7.
Part des séjours en HAD couverts par une astreinte médicale ou un recours formalisé à un avis médical H24 et 7j/7.
Taux d'établissements d'HAD disposant d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7j/7.
Part des séjours en HAD couverts par une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7j/7.
Taux d'établissements d'HAD mettant en œuvre un dispositif de télésurveillance.
Taux de contrats de bon usage du médicament (CBUM) signés par les établissements d'HAD.
Situation des établissements d'HAD par rapport au taux national moyen des établissements de santé certifiés sans réserve (majeure ou non).

Dans l'objectif d'une croissance dynamique et exigeante de l'activité d'HAD aussi soutenable que possible, je vous invite à engager sans délai les réflexions permettant de prendre en compte les orientations de la présente instruction dans les CPOM des établissements de santé.

L'annexe I jointe présente les indicateurs de suivi applicables à cette nouvelle démarche. Comme vous le constaterez dans les fiches descriptives, les informations nécessaires à la production de ces

indicateurs sont pour l'essentiel disponibles dans les bases de données habituelles: PMSI HAD (ATIH + SNATIH), SAE (à partir de la refonte de la SAE applicable sur les données 2013) et HAS. La DGOS fait son possible pour que ces indicateurs puissent être calculés et communiqués automatiquement par l'intermédiaire des outils existants, en particulier SNATIH et le système d'information pour le suivi des CPOM par les ARS, dont le projet est piloté par le secrétariat général des ministères sociaux. Des informations plus concrètes sur ce point vous seront transmises dès que possible. Les résultats et l'actualisation éventuelle de ces indicateurs seront mis en ligne sur le site du ministère et accessibles par le lien suivant:

<http://www.sante.gouv.fr/l-hospitalisation-a-domicile-had-espace-documentaire-juridique-et-professionnel.html>

MARISOL TOURAINE

ANNEXE I

LISTE DES INDICATEURS DE SUIVI POUR L'HAD

N°	Libellé de l'indicateur	Objectif principal	Objectif dans lequel s'inscrit l'indicateur
1	Nombre moyen de patients pris en charge en HAD par jour et pour 100 000 habitants	Conforter la structure de l'offre d'HAD	Développer le recours à l'HAD
2a	Taux brut de séjours d'HAD pour 100 séjours d'hospitalisation complète (MCO + SSR)		
2b	Taux brut de journées d'HAD pour 1000 journées d'hospitalisation complète (MCO + SSR)	Améliorer l'accès à l'HAD	Développer les prescriptions d'HAD
3	Part des CPOM des établissements d'hospitalisation temps plein (MCO + SSR) comportant des objectifs de prescriptions d'HAD		
4a	Part des admissions en HAD faisant suite à une hospitalisation complète à temps plein (MCO + SSR)		
4b	Part des séjours en HAD à partir du domicile	Diversifier les populations accueillies en HAD	Diversifier les modes de prise en charge en HAD
4c	Part des séjours en HAD réalisés au bénéfice de résidents d'établissements sociaux et médico-sociaux		
5	Part de certaines prises en charge spécialisées dans l'activité globale d'HAD (rééducation neurologique, chimiothérapie anticancéreuse, soins palliatifs)	Améliorer la pertinence de l'HAD	Respecter les conditions de prescriptions de séjours en HAD
6	Taux de CPOM intégrant un objectif relatif à l'amélioration de la pertinence du recours à l'HAD sur la base des référentiels existants		
7a	Taux d'établissements d'HAD disposant d'une astreinte médicale ou ayant formalisé un recours à un avis médical H24 et 7j/7	Amélioration de la professionnalisation des interventions de l'HAD	Améliorer la continuité des soins en HAD
7b	Part des séjours en HAD couverts par une astreinte médicale ou un recours formalisé à un avis médical H24 et 7j/7		
8a	Taux d'établissements d'HAD disposant d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7	Améliorer la sécurité du circuit du médicament	Améliorer la qualité des prises en charge
8b	Part des séjours en HAD couverts par une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7j/7		
9	Taux d'établissements d'HAD mettant en œuvre un dispositif de télésurveillance	Situation des établissements d'HAD par rapport au taux national moyen des établissements de santé certifiés sans réserve (majeure ou non)	
10	Taux de contrats de bon usage du médicament (CBUM) signés par les établissements d'HAD		
11	Situation des établissements d'HAD par rapport au taux national moyen des établissements de santé certifiés sans réserve (majeure ou non)		

ANNEXE I-I

		1
Informations Générales	N° Indicateur	Nombre moyen de patients pris en charge en HAD par jour et pour 100 000 habitants
	Intitulé Indicateur	Conforter la structure de l'offre d'HAD
	Objectif général	Développer le recours à l'HAD
	Objectif dans lequel s'inscrit l'indicateur	((Nombre annuel de journées d'HAD réalisées / 365) / (nombre d'habitants de la région) x 100 000
	Définition de l'indicateur	Ratio exprimé en nombre
	Unité de mesure	Régionale
	Maille géographique	Annuelle
	Périodicité de la disponibilité de la donnée	Déterminer le taux de recours effectif régional à l'HAD de la population et en mesurer l'évolution
	Intérêt de l'indicateur	Compte-tenu des objectifs nationaux d'activité pour l'HAD l'indicateur doit tendre vers un chiffre situé dans l'intervalle 30-35
	Sens d'évolution souhaité de l'indicateur	(D1/D2) x 100 000
Informations détaillées	Formule de calcul	Nombre moyen de patients pris en charge en HAD par jour
	D1 Libellé donnée élémentaire 1	Nombre annuel de journées d'HAD / 365
	D1 Définition	Etablissements d'hospitalisation à domicile ayant validé leurs données d'activité de l'année N
	D1 Périmètre	PMSI HAD
	D1 Source des données	1er janvier au 31 décembre N
	D1 Période de référence de la mesure de la donnée	Annuelle
	D1 Fréquence de l'actualisation de la donnée	Nombre d'habitants de la région
	D2 Libellé de la donnée élémentaire 2	Population légale de la région
	D2 Définition	Région
	D2 Périmètre	PMSI HAD
Règles de gestion	D2 Source des données	Dernière publication effectuée par l'INSEE
	D2 Période de référence de la mesure de la donnée	Annuelle
	D2 Fréquence de l'actualisation de la donnée	Année initiale de référence : 2011
	Profondeur de l'historique	Régionale
	Maille de détail souhaitée	Vert: cible atteinte ou dépassée : Valeur N >= 30 Orange : 19 <= Valeur N < 30 Rouge : Valeur N < 19
	Critères d'appréciation de la tendance	ATI
	Fournisseur de(s) valeur(s) actualisé(s)	ATI
	Date de fourniture de(s) valeur(s) actualisée(s)	Mai N+1

ANNEXE I-II

2a	
N° Indicateur	Taux brut de séjours d'HAD pour 100 séjours d'hospitalisation complète (MCO + SSR)
Intitulé Indicateur	Conforter la structure de l'offre d'HAD
Objetif général	Développer le recours à l'HAD
Objetif dans lequel s'inscrit l'indicateur	pourcentage des séjours en HAD par rapport aux séjours en hospitalisation complète en MCO et SSR
Définition de l'indicateur	Ratio exprimé en pourcentage
Unité de mesure	Nationale
Maille géographique	Annuelle
Périodicité de la disponibilité de la donnée	Mesurer l'évolution de l'activité constatée en HAD par rapport à l'activité constatée en hospitalisation à temps complet en établissement MCO et SSR.
Intérêt de l'indicateur	Compte-tenu des objectifs nationaux d'activité pour l'HAD l'indicateur doit tendre vers 1,2 %
Sens d'évolution souhaité de l'indicateur	D1/D2
Formule de calcul	Nombre de séjours effectués en HAD au cours de l'année N
D1 Libellé donnée élémentaire 1	Nombre de séjours complets effectués en HAD au cours de l'année N
D1 Définition	Etablissements d'hospitalisation à domicile ayant validé leurs données d'activité de l'année N
D1 Périmètre	PMSI HAD
D1 Source des données	1er janvier au 31 décembre N
D1 Période de référence de la mesure de la donnée	Annuelle
D1 Fréquence de l'actualisation de la donnée	Nombre de séjours en hospitalisation complète MCO et SSR au cours de l'année N
D2 Libellé de la donnée élémentaire 2	Nombre de séjours effectués en établissement d'hospitalisation MCO et SSR au cours de l'année N
D2 Définition	Ensemble des établissements autorisés et ayant validé une activité MCO et/ou SSR au cours de l'année N
D2 Périmètre	PMSI MCO et SSR
D2 Source des données	1er janvier au 31 décembre N
D2 Période de référence de la mesure de la donnée	Annuelle
D2 Fréquence de l'actualisation de la donnée	Année initiale de référence : 2011
Profondeur de l'historique	Nationale
Maille de détail souhaitée	Vert: cible atteinte ou dépassée : Valeur N >= 1,2 Orange : 0,6 <= Valeur N < 1,2 Rouge : Valeur N < 0,6
Critères d'appréciation de la tendance	ATI
Fournisseur de(s) valeur(s) actualisée(s)	ATI
Date de fourniture de(s) valeur(s) actualisée(s)	Mai N+1
Informations Générales	
Informations détaillées	
Règles de gestion	

ANNEXE I - III

	2b	
	Taux brut de journées d'HAD pour 1000 journées d'hospitalisation complète (MCO + SSR)	
	Conforter la structure de l'offre d'HAD	
	Développer le recours à l'HAD	
	(Nombre annuel de journées d'HAD réalisées / nombre annuel de journées réalisées en hospitalisation à temps complet en MCO et SSR) x 1 000	
	Ratio exprimé en nombre	
	Régionale	
	Annuelle	
	Mesurer l'effet substitutif à l'hospitalisation complète de l'HAD	
	Compte-tenu des objectifs nationaux d'activité pour l'HAD l'indicateur doit tendre vers ou dépasser 74	
	(D1/D2) x 1 000	
	Nombre annuel de journées réalisées en HAD	
	Nombre de journées de présence constatées au cours de l'année N en HAD	
	Etablissements d'hospitalisation à domicile ayant validé leurs données d'activité de l'année N	
	PMSI HAD	
	1er janvier au 31 décembre N	
	Annuelle	
	Nombre annuel de journées réalisées en MCO et SSR	
	Nombre de journées de présence constatées au cours de l'année N en MCO et SSR	
	Région	
	PMSI MCO et SSR	
	1er janvier au 31 décembre N	
	Annuelle	
	Année initiale de référence : 2013	
	Régionale	
	Vert : cible atteinte ou dépassée : Valeur N >= 74	
	Orange : 37 <= Valeur N < 74	
	Rouge : Valeur N < 37	
	ATI#	
	Mai N+1	
Informations Générales		
N° Indicateur		
Intitulé Indicateur		
Objetif général		
Objetif dans lequel s'inscrit l'indicateur		
Définition de l'indicateur		
Unité de mesure		
Maille géographique		
Périodicité de la disponibilité de la donnée		
Intérêt de l'indicateur		
Sens d'évolution souhaité de l'indicateur		
Formule de calcul		
D1 Libellé donnée élémentaire 1		
D1 Définition		
D1 Périmètre		
D1 Source des données		
D1 Période de référence de la mesure de la donnée		
D1 Fréquence de l'actualisation de la donnée		
D2 Libellé de la donnée élémentaire 2		
D2 Définition		
D2 Périmètre		
D2 Source des données		
D2 Période de référence de la mesure de la donnée		
D2 Fréquence de l'actualisation de la donnée		
Profondeur de l'historique		
Maille de détail souhaitée		
Critères d'appréciation de la tendance		
Fournisseur de(s) valeur(s) actualisée(s)		
Date de fourniture de(s) valeur(s) actualisée(s)		
Règles de gestion		

ANNEXE I-IV

3		Part des CPOM des établissements d'hospitalisation temps plein (MCO + SSR) comportant des objectifs de prescriptions d'HAD
Informations Générales	N° Indicateur	
	Intitulé Indicateur	
	Objectif général	Améliorer l'accès à l'HAD
	Objectif dans lequel s'inscrit l'indicateur	Développer les prescriptions d'HAD
	Définition de l'indicateur	Nombre de CPOM d'établissements d'hospitalisation temps plein (MCO + SSR) signés comportant des objectifs de prescriptions d'HAD / Nombre total de CPOM d'établissements d'hospitalisation temps plein (MCO + SSR) signés dans la région
	Unité de mesure	Ratio exprimé en %
	Maille géographique	Région
	Périodicité de la disponibilité de la donnée	Annuelle
	Intérêt de l'indicateur	Mesurer la part des établissements d'hospitalisation temps plein (MCO + SSR) effectivement impliqués dans le développement de l'HAD
	Sens d'évolution souhaité de l'indicateur	L'indicateur doit tendre vers 100 %
	Formule de calcul	D1/D2
	D1 Libellé donnée élémentaire 1	Nombre de CPOM d'établissements d'hospitalisation temps plein (MCO + SSR) signés et comportant des objectifs de prescriptions d'HAD
	D2 Libellé de la donnée élémentaire 2	Nombre de CPOM d'établissements d'hospitalisation temps plein (MCO + SSR) signés et comportant des objectifs de prescriptions d'HAD
Informations détaillées	D1 Périmètre	Etablissements d'hospitalisation temps plein (MCO + SSR)
	D1 Source des données	ARS
	D1 Période de référence de la mesure de la donnée	31 décembre N
	D1 Fréquence de l'actualisation de la donnée	Annuelle
	D2 Libellé de la donnée élémentaire 2	Nombre total de CPOM d'établissements d'hospitalisation temps plein (MCO + SSR) signés
	D2 Définition	Nombre total de CPOM d'établissements d'hospitalisation temps plein (MCO + SSR) signés
	D2 Périmètre	Etablissements d'hospitalisation temps plein (MCO + SSR)
	D2 Source des données	ARS
	D2 Période de référence de la mesure de la donnée	31 décembre de l'année N
	D2 Fréquence de l'actualisation de la donnée	Annuelle
	Profondeur de l'historique	Année initiale de référence : 2013
	Maille de détail souhaitée	Régionale
	Règles de gestion	Critères d'appréciation de la tendance : vert / orange / rouge
Fournisseur de(s) valeur(s) actualisée(s)		ARS
Date de fourniture de(s) valeur(s) actualisée(s)		31 décembre N

ANNEXE I - V

	N° Indicateur	4a
	Intitulé Indicateur	Part des admissions en HAD faisant suite à une hospitalisation complète à temps plein (MCO + SSR)
	Objectif général	Améliorer l'accès à l'HAD
	Objectif dans lequel s'inscrit l'indicateur	Développer les prescriptions d'HAD
	Définition de l'indicateur	Part des admissions en HAD faisant immédiatement suite à un séjour à temps plein en établissement hospitalier
	Unité de mesure	Ratio exprimé en %
	Maille géographique	Région
	Périodicité de la disponibilité de la donnée	Annuelle
	Intérêt de l'indicateur	Mesurer l'augmentation du nombre d'admission en HAD par transfert ou mutation en provenance d'établissements d'hospitalisation temps plein (MCO ou SSR)
	Sens d'évolution souhaité de l'indicateur	Augmentation significative sur la période 2014-2018, en fonction des objectifs de développement fixés pour l'activité d'HAD par l'ARS
	Formule de calcul	D1/D2
	D1 Libellé donnée élémentaire 1	nombre de séjours en HAD prescrits en suite immédiate de séjour en établissement d'hospitalisation temps plein (MCO ou SSR) pour l'année N
	D1 Définition	nombre de séjours en HAD dont le mode d'entrée est codé 6 (transfert ou mutation) et dont la provenance est codée 1 (MCO) ou 2 (SSR)
	D1 Périmètre	Etablissements d'HAD
	D1 Source des données	PMSI HAD
	D1 Période de référence de la mesure de la donnée	1er janvier au 31 décembre N
	D1 Fréquence de l'actualisation de la donnée	Annuelle
	D2 Libellé de la donnée élémentaire 2	nombre total de séjours en HAD
	D2 Définition	nombre de séjours en HAD dont la date d'entrée est ultérieure au 31/12 N-1
	D2 Périmètre	Etablissements d'HAD
	D2 Source des données	PMSI HAD
	D2 Période de référence de la mesure de la donnée	1er janvier au 31 décembre N
	D2 Fréquence de l'actualisation de la donnée	Annuelle
	Profondeur de l'historique	Année initiale de référence : 2013
	Maille de détail souhaitée	Régionale
	Critères d'appréciation de la tendance	Toutes les régions n'ayant pas un effort similaire à fournir pour atteindre les objectifs de couverture des besoins par l'offre d'HAD, il en va de même pour l'augmentation attendue en prescriptions hospitalières. Chaque région fixera en conséquence ses objectifs en pourcentage de progression.
	Fournisseur de(s) valeur(s) actualisé(s)	ATH
	Date de fourniture de(s) valeur(s) actualisée(s)	Mai N+1
Informations Générales		
Informations détaillées		
Règles de gestion		

ANNEXE I - VI

4b	
Part des séjours en HAD à partir du domicile	
N° Indicateur	
Intitulé Indicateur	Améliorer l'accès à l'HAD
Objetif général	Développer les prescriptions d'HAD
Objetif dans lequel s'inscrit l'indicateur	Part des séjours en HAD prescrits à partir du domicile personnel des patients
Définition de l'indicateur	Ratio exprimé en %
Unité de mesure	Région
Maille géographique	Annuelle
Périodicité de la disponibilité de la donnée	Mesurer l'évolution du nombre d'admissions en HAD n'ayant pas fait l'objet d'un passage préalable en établissement d'hospitalisation
Intérêt de l'indicateur	Augmentation en valeur absolue sur la période 2014-2018, suivant les objectifs de développement fixés pour l'activité d'HAD par l'ARS
Sens d'évolution souhaité de l'indicateur	D1/D2
Formule de calcul	nombre de séjours en HAD prescrits directement à partir du domicile
D1 Libellé donnée élémentaire 1	nombre de séjours en HAD dont la date d'entrée est ultérieure au 31/12 N-1 et dont le mode d'entrée est codé 8 (domicile), à l'exclusion des séjours dont la provenance est codée 7 (établissements d'hébergement sociaux et médico-sociaux)
D1 Définition	Etablissements d'HAD
D1 Périmètre	PMSI HAD
D1 Source des données	1er janvier au 31 décembre N
D1 Période de référence de la mesure de la donnée	Annuelle
D1 Fréquence de l'actualisation de la donnée	nombre total de séjours en HAD
D2 Libellé de la donnée élémentaire 2	nombre de séjours en HAD dont la date d'entrée est ultérieure au 31/12 N-1
D2 Définition	Etablissements d'HAD
D2 Périmètre	PMSI HAD
D2 Source des données	1er janvier au 31 décembre N
D2 Période de référence de la mesure de la donnée	Annuelle
D2 Fréquence de l'actualisation de la donnée	Année initiale de référence : 2013
Profondeur de l'historique	Régionale
Maille de détail souhaitée	Toutes les régions n'ayant pas un effort similaire à fournir pour atteindre les objectifs de couverture des besoins par l'offre d'HAD, il en va de même pour l'augmentation attendue en prescriptions. Chaque région fixera en conséquence ses objectifs en pourcentage de progression.
Critères d'appréciation de la tendance	ATI
Fournisseur de(s) valeur(s) actualisée(s)	Mai N+1
Date de fourniture de(s) valeur(s) actualisée(s)	

ANNEXE I-VII

4c		Part des séjours en HAD réalisés au bénéfice de résidents d'établissements sociaux et médico-sociaux	
Informations Générales	N° Indicateur	Améliorer l'accès à l'HAD	
	Intitulé Indicateur	Diversifier les populations accueillies en HAD	
	Objetif général	Part des résidents d'établissements médico-sociaux dans les patients pris en charge en HAD	
	Objetif dans lequel s'inscrit l'indicateur	Ratio exprimé en %	
	Définition de l'indicateur	Région	
	Unité de mesure	Annuelle	
	Maille géographique	Mesurer le développement des interventions auprès de résidents d'établissements sociaux et médico-sociaux dans l'activité d'HAD	
	Périodicité de la disponibilité de la donnée	Une progression continue est attendue au cours des prochaines années	
	Intérêt de l'indicateur	D1/D2	
	Sens d'évolution souhaité de l'indicateur	Nombre de résidents d'établissements médico-sociaux pris en charge en HAD	
Informations détaillées	Formule de calcul	Nombre de séjours en HAD dont la date d'entrée est ultérieure au 31/12 N-1 et dont la variable « Type de lieu de domicile » ressort en code 3 (EHPAD), 4 (établissement médico-social hors EHPAD) ou 5 (établissement social)	
	D1 Libellé donnée élémentaire 1	Etablissements d'HAD	
	D1 Définition	PMSI HAD	
	D1 Périmètre	1er janvier au 31 décembre N	
	D1 Source des données	Annuelle	
	D1 Période de référence de la mesure de la donnée	nombre total de séjours en HAD	
	D1 Fréquence de l'actualisation de la donnée	nombre de séjours en HAD dont la date d'entrée est ultérieure au 31/12 de l'année n-1	
	D2 Libellé de la donnée élémentaire 2	Etablissements d'HAD	
	D2 Définition	PMSI HAD	
	D2 Périmètre	1er janvier au 31 décembre N	
Règles de gestion	D2 Source des données	Annuelle	
	D2 Période de référence de la mesure de la donnée	Année initiale de référence : 2013	
	D2 Fréquence de l'actualisation de la donnée	Par type de lieu de domicile	
	Profondeur de l'historique	Toutes les régions n'ayant pas un effort similaire à fournir pour atteindre les objectifs de couverture des besoins par l'offre d'HAD, il en va de même pour la diversification des modes de prise en charge. Chaque ARS fixera en conséquence ses objectifs.	
	Maille de détail souhaitée	ATI/H	
Critères d'appréciation de la tendance	Mai N+1		
Fournisseur de(s) valeur(s) actualisée(s)			
Date de fourniture de(s) valeur(s) actualisée(s)			

ANNEXE I-VIII

	5	Part de certaines prises en charge spécialisées dans l'activité globale d'HAD (rééducation neurologique, chimiothérapie anticancéreuse, soins palliatifs)
Informations Générales	N° Indicateur	Améliorer l'accès à l'HAD
	Intitulé Indicateur	Diversifier les modes de prise en charge en HAD
	Objectif général	Part de journées comportant le mode de prise en charge principal "soins palliatifs" ou "chimiothérapie anticancéreuse" ou "rééducation neurologique"
	Objectif dans lequel s'inscrit l'indicateur	Ratio exprimé en %
	Définition de l'indicateur	Région
	Unité de mesure	Annuelle
	Maille géographique	Mesurer la diversification des interventions de l'HAD par l'évolution de la part de certaines prises en charges spécialisées dans l'activité globale
	Périodicité de la disponibilité de la donnée	Augmentation sur la période 2014-2018, suivant les objectifs de développement fixés pour l'activité d'HAD par l'ARS
	Intérêt de l'indicateur	D1/D2
	Sens d'évolution souhaité de l'indicateur	Nombre de journées en HAD comportant le mode de prise en charge principal "soins palliatifs" ou "chimiothérapie anticancéreuse" ou "rééducation neurologique" pour l'année N
	Formule de calcul	Nombre de journées en HAD dont la date d'entrée est ultérieure au 31/12 N-1 et dont le mode de prise en charge principal est codé 4 (soins palliatifs), 5 (chimiothérapie anticancéreuse) ou 12 (rééducation neurologique)
Informations détaillées	D1 Libellé donnée élémentaire 1	Etablissements d'HAD
	D1 Définition	PMSI HAD
	D1 Périmètre	1er janvier au 31 décembre N
	D1 Source des données	Annuelle
	D1 Période de référence de la mesure de la donnée	nombre total de journées en HAD
	D1 Fréquence de l'actualisation de la donnée	nombre de journées en HAD pour l'année N
	D2 Libellé de la donnée élémentaire 2	Etablissements d'HAD
	D2 Définition	PMSI HAD
	D2 Périmètre	1er janvier au 31 décembre N
	D2 Source des données	Annuelle
	D2 Période de référence de la mesure de la donnée	Année initiale de référence : 2011
	D2 Fréquence de l'actualisation de la donnée	Par mode de prise en charge principal
	Profondeur de l'historique	Toutes les régions n'ayant pas un effort similaire à fournir pour atteindre les objectifs de couverture des besoins par l'offre d'HAD, il en va de même pour la diversification des modes de prise en charge. Chaque ARS fixera en conséquence ses objectifs.
	Maille de détail souhaitée	ATH
Règles de gestion	Critères d'appréciation de la tendance	Mai N+1
	Fournisseur de(s) valeur(s) actualisée(s)	
	Date de fourniture de(s) valeur(s) actualisée(s)	

ANNEXE I-IX

6		Taux de CPOM intégrant un objectif relatif à l'amélioration de la pertinence du recours à l'HAD sur la base des référentiels existants	
N° Indicateur		Améliorer l'accès à l'HAD	
Intitulé Indicateur		Respecter les conditions de prescriptions de séjours en HAD	
Objectif général		Taux de CPOM d'établissements de santé (MCO, SSR,HAD) comportant au moins 1 objectif de pertinence du recours à l'HAD sur la base de référentiels existants	
Objectif dans lequel s'inscrit l'indicateur		Ratio exprimé en %	
Définition de l'indicateur		Région	
Unité de mesure		Annuelle	
Maille géographique		Mesurer la part des établissements de santé (MCO, SSR,HAD) comportant au moins 1 objectif de pertinence du recours à l'HAD dans leur CPOM	
Périodicité de la disponibilité de la donnée		L'indicateur doit tendre vers 100 %	
Intérêt de l'indicateur		D1/D2	
Sens d'évolution souhaité de l'indicateur		Nombre de CPOM d'établissements de santé (MCO, SSR,HAD) comportant au moins 1 objectif de pertinence du recours à l'HAD	
Formule de calcul		Nombre de CPOM d'établissements d'hospitalisation temps plein (MCO + SSR) signés et comportant des objectifs de prescriptions d'HAD	
D1 Libellé donnée élémentaire 1		Etablissements de santé (MCO, SSR, HAD)	
D1 Définition		ARS	
D1 Périmètre		31 décembre N	
D1 Source des données		Annuelle	
D1 Période de référence de la mesure de la donnée		Nombre total de CPOM d'établissements d'hospitalisation temps plein (MCO,SSR, HAD) signés	
D1 Fréquence de l'actualisation de la donnée		Nombre total de CPOM d'établissements d'hospitalisation temps plein (MCO, SSR, HAD) signés	
D2 Libellé de la donnée élémentaire 2		Etablissements d'hospitalisation temps plein (MCO, SSR, HAD)	
D2 Définition		ARS	
D2 Périmètre		31 décembre de l'année N	
D2 Source des données		Annuelle	
D2 Période de référence de la mesure de la donnée		Année initiale de référence : 2013	
D2 Fréquence de l'actualisation de la donnée		Régionale	
Profondeur de l'historique		Dans tous les cas:	
Maille de détail souhaitée		* Vert: cible atteinte ou dépassée : Valeur N = 100 %	
		* Orange : 50 % <= Valeur N < 100 %	
		* Rouge : Valeur N < 50 %	
Critères d'appréciation de la tendance : vert / orange / rouge		ARS	
Fournisseur de(s) valeur(s) actualisée(s)		31 décembre N	
Date de fourniture de(s) valeur(s) actualisée(s)			

ANNEXE I - X

7a	
Taux d'établissements d'HAD disposant d'une astreinte médicale ou ayant formalisé un recours à un avis médical H24 et 7J/7	
N° Indicateur	
Intitulé Indicateur	
Objectif général	Professionnalisation des interventions de l'HAD
Objectif dans lequel s'inscrit l'indicateur	Améliorer la continuité des soins en HAD
Définition de l'indicateur	Part des établissements d'HAD ayant organisé leur recours à un avis médical 24h/24 et 7J/7
Unité de mesure	Ratio exprimé en %
Maille géographique	Région
Périodicité de la disponibilité de la donnée	Annuelle
Intérêt de l'indicateur	Evaluer l'amélioration de la médicalisation de la continuité des soins dans les établissements d'HAD
Sens d'évolution souhaité de l'indicateur	Le taux cible est de 100 %
Formule de calcul	D1/D2
D1 Libellé donnée élémentaire 1	Nombre d'établissements d'HAD ayant organisé leur recours à un avis médical H24
D1 Définition	Nombre d'établissements d'HAD ayant organisé par leurs propres moyens une astreinte médicale H24 ou ayant formalisé avec un partenaire le recours à un avis médical H24
D1 Périmètre	Etablissements d'HAD
D1 Source des données	SAE à partir du recueil des données 2013
D1 Période de référence de la mesure de la donnée	1er janvier au 31 décembre N
D1 Fréquence de l'actualisation de la donnée	Annuelle
D2 Libellé de la donnée élémentaire 2	nombre total d'établissements d'HAD
D2 Définition	Nombre total d'établissements d'HAD ayant validé une activité sur l'année N
D2 Périmètre	Etablissements d'HAD
D2 Source des données	PMSI HAD
D2 Période de référence de la mesure de la donnée	1er janvier au 31 décembre N
D2 Fréquence de l'actualisation de la donnée	Annuelle
Profondeur de l'historique	Année initiale de référence : 2013
Maille de détail souhaitée	Région
Critères d'appréciation de la tendance	Toutes les régions n'ayant pas un effort similaire à fournir pour atteindre les objectifs de couverture des besoins par l'offre d'HAD, il en va de même pour la diversification des modes de prise en charge. Chaque ARS fixera en conséquence ses objectifs.
Fournisseur de(s) valeur(s) actualisée(s)	DREES - ATIH
Date de fourniture de(s) valeur(s) actualisée(s)	Octobre N+1
Informations Générales	
Informations détaillées	
Règles de gestion	

ANNEXE I - XI

7b	
Informations Générales	<p>N° Indicateur</p> <p>Intitulé Indicateur</p> <p>Objectif général</p> <p>Objectif dans lequel s'inscrit l'indicateur</p> <p>Définition de l'indicateur</p> <p>Unité de mesure</p> <p>Maille géographique</p> <p>Périodicité de la disponibilité de la donnée</p> <p>Intérêt de l'indicateur</p> <p>Sens d'évolution souhaité de l'indicateur</p> <p>Formule de calcul</p> <p>D1 Libellé donnée élémentaire 1</p> <p>D1 Définition</p> <p>D1 Périmètre</p> <p>D1 Source des données</p> <p>D1 Période de référence de la mesure de la donnée</p> <p>D1 Fréquence de l'actualisation de la donnée</p> <p>D2 Libellé de la donnée élémentaire 2</p> <p>D2 Définition</p> <p>D2 Périmètre</p> <p>D2 Source des données</p> <p>D2 Période de référence de la mesure de la donnée</p> <p>D2 Fréquence de l'actualisation de la donnée</p> <p>Profondeur de l'historique</p> <p>Maille de détail souhaitée</p> <p>Critères d'appréciation de la tendance</p> <p>Fournisseur de(s) valeur(s) actualisée(s)</p> <p>Date de fourniture de(s) valeur(s) actualisée(s)</p>
Informations détaillées	<p>Part des séjours en HAD couverts par une astreinte médicale ou un recours formalisé à un avis médical H24 et 7j/7</p> <p>Professionnalisation des interventions de l'HAD</p> <p>Améliorer la continuité des soins en HAD</p> <p>Part des séjours en HAD réalisés par des établissements ayant organisé leur recours à un avis médical 24h/24 et 7j/7</p> <p>Ratio exprimé en %</p> <p>Région</p> <p>Annuelle</p> <p>Suivre l'évolution de la part des séjours en HAD réalisés par des établissements ayant organisé leur recours à un avis médical 24h/24 et 7j/7</p> <p>Le taux cible est de 100 %</p> <p>D1/D2</p> <p>Nombre de séjours en HAD réalisés par des établissements ayant organisé leur recours à un avis médical 24h/24 et 7j/7</p> <p>Nombre de séjours en HAD dont la date d'entrée est ultérieure au 31/12 N-1 et réalisés par les structures d'HAD ayant organisé par leurs propres moyens une astreinte médicale H24 ou ayant formalisé avec un partenaire le recours à un avis médical H24. Comprend l'ensemble des séjours réalisés par l'établissement, qu'ils aient ou non donné lieu à mobilisation de l'astreinte.</p> <p>Etablissements d'HAD</p> <p>PMSI HAD - SAE à partir du recueil des données 2013</p> <p>1er janvier au 31 décembre N</p> <p>Annuelle</p> <p>nombre total de séjours en HAD</p> <p>nombre total de séjours en HAD dont la date d'entrée est ultérieure au 31/12 N-1</p> <p>Etablissements d'HAD</p> <p>PMSI HAD</p> <p>1er janvier au 31 décembre N</p> <p>Annuelle</p> <p>Année initiale de référence : 2013</p> <p>Région</p> <p>Toutes les régions n'ayant pas un effort similaire à fournir pour atteindre les objectifs de couverture des besoins par l'offre d'HAD, il en va de même pour la diversification des modes de prise en charge. Chaque ARS fixera en conséquence ses objectifs.</p> <p>ATI# - DREES</p> <p>Octobre N+1</p>
Règles de gestion	

ANNEXE I - XII

8a	
N° Indicateur	Taux d'établissements d'HAD disposant d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7
Intitulé Indicateur	Professionnalisation des interventions de l'HAD
Objectif général	Améliorer a continuité des soins en HAD
Objectif dans lequel s'inscrit l'indicateur	Part des établissements d'HAD dotés d'une capacité interventionnelle infirmière au domicile 24h/24 et 7/7
Définition de l'indicateur	Ratio exprimé en %
Unité de mesure	Région
Maille géographique	Annuelle
Périodicité de la disponibilité de la donnée	Evaluer l'amélioration de la proportion des établissements d'HAD dotés d'une capacité interventionnelle infirmière au domicile 24h/24 et 7/7
Intérêt de l'indicateur	Le taux cible est de 100 %
Sens d'évolution souhaité de l'indicateur	D1/D2
Formule de calcul	Nombre d'établissements d'HAD dotés d'une capacité interventionnelle infirmière au domicile 24h/24 et 7/7
D1 Libellé donnée élémentaire 1	Nombre d'établissements d'HAD de la région assurant une intervention infirmière au domicile 24h/24 et 7/7
D1 Définition	Etablissements d'HAD
D1 Périmètre	PMSI HAD - SAE à partir du recueil des données 2013
D1 Source des données	1er janvier au 31 décembre N
D1 Période de référence de la mesure de la donnée	Annuelle
D1 Fréquence de l'actualisation de la donnée	Nombre total d'établissements d'HAD
D2 Libellé de la donnée élémentaire 2	Nombre total d'établissements d'HAD de la région ayant validé une activité sur l'année N
D2 Définition	Etablissements d'HAD
D2 Périmètre	PMSI HAD
D2 Source des données	1er janvier au 31 décembre N
D2 Période de référence de la mesure de la donnée	Annuelle
D2 Fréquence de l'actualisation de la donnée	Année initiale de référence : 2013
Profondeur de l'historique	Région
Maille de détail souhaitée	Toutes les régions n'ayant pas un effort similaire à fournir pour atteindre les objectifs de couverture des besoins par l'offre d'HAD, il en va de même pour la diversification des modes de prise en charge. Chaque ARS fixera en conséquence ses objectifs.
Critères d'appréciation de la tendance	DREES - ATIH
Fournisseur de(s) valeur(s) actualisée(s)	Octobre N+1
Date de fourniture de(s) valeur(s) actualisée(s)	
Informations Générales	
Informations détaillées	
Règles de gestion	

ANNEXE I - XIII

	N° Indicateur	8b
	Intitulé Indicateur	Part des séjours en HAD couverts par une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7j/7
	Objectif général	Professionalisation des interventions de l'HAD
	Objectif dans lequel s'inscrit l'indicateur	Améliorer la qualité de la continuité des soins
	Définition de l'indicateur	Part des séjours en HAD réalisés par les établissements dotés d'une capacité interventionnelle infirmière au domicile 24h/24 et 7j/7
	Unité de mesure	Ratio exprimé en %
	Maille géographique	Région
	Périodicité de la disponibilité de la donnée	Annuelle
	Intérêt de l'indicateur	Evaluer l'augmentation de la part des séjours en HAD réalisés par des établissements dotés d'une capacité interventionnelle infirmière au domicile 24h/24 et 7j/7
	Sens d'évolution souhaité de l'indicateur	Le taux cible est de 100 %
	Formule de calcul	D1/D2
	D1 Libellé donnée élémentaire 1	Nombre de séjours en HAD réalisés par les établissements dotés d'une capacité interventionnelle infirmière au domicile 24h/24 et 7j/7
	D1 Définition	Nombre de séjours en HAD dont la date d'entrée est ultérieure au 31/12 N-1 et réalisés par des établissements dotés d'une capacité interventionnelle infirmière au domicile 24h/24 et 7j/7. Comprend tous les séjours, qu'ils aient ou non donné lieu à mobilisation de l'astreinte.
	D1 Périmètre	Etablissements d'HAD
	D1 Source des données	PMSI HAD - SAE à partir du recueil des données 2013
	D1 Période de référence de la mesure de la donnée	1er janvier au 31 décembre N
	D1 Fréquence de l'actualisation de la donnée	Annuelle
	D2 Libellé de la donnée élémentaire 2	Nombre total de séjours en HAD
	D2 Définition	Nombre total de séjours en HAD dont la date d'entrée est ultérieure au 31/12 N-1
	D2 Périmètre	Etablissements d'HAD
	D2 Source des données	PMSI HAD
	D2 Période de référence de la mesure de la donnée	1er janvier au 31 décembre N
	D2 Fréquence de l'actualisation de la donnée	Annuelle
	Profondeur de l'historique	Année initiale de référence : 2013
	Maille de détail souhaitée	Région
	Critères d'appréciation de la tendance	Toutes les régions n'ayant pas un effort similaire à fournir pour atteindre les objectifs de couverture des besoins par l'offre d'HAD, il en va de même pour la diversification des modes de prise en charge. Chaque ARS fixera en conséquence ses objectifs.
	Fournisseur de(s) valeur(s) actualisée(s)	DREES - ATIH
	Date de fourniture de(s) valeur(s) actualisée(s)	Octobre N+1
Informations Générales		
Informations détaillées		
Règles de gestion		

ANNEXE I - XIV

	N° Indicateur	9
	Intitulé Indicateur	Taux d'établissements d'HAD mettant en œuvre un dispositif de télésurveillance
	Objectif général	Professionnalisation des interventions de l'HAD
	Objectif dans lequel s'inscrit l'indicateur	Améliorer la continuité des soins
Informations Générales	Définition de l'indicateur	Pourcentage d'établissements d'HAD mettant en œuvre au moins un dispositif de télésurveillance sur cette activité
	Unité de mesure	Ratio exprimé en %
	Maille géographique	Région
	Périodicité de la disponibilité de la donnée	Annuelle
	Intérêt de l'indicateur	Evaluer l'évolution de la diffusion des dispositifs de télésurveillance en HAD
	Sens d'évolution souhaité de l'indicateur	Une progression continue est attendue au cours des prochaines années
	Formule de calcul	D1/D2
	D1 Libellé donnée élémentaire 1	Nombre d'établissements d'HAD disposant d'au moins un dispositif de télésurveillance
	D1 Définition	Nombre d'établissements ayant mis en œuvre au moins un dispositif de télésurveillance pour certains patients pris en charge
	D1 Périmètre	Etablissements d'HAD
Informations détaillées	D1 Source des données	PMSI HAD - SAE à partir du recueil des données 2013
	D1 Période de référence de la mesure de la donnée	31 décembre N
	D1 Fréquence de l'actualisation de la donnée	Annuelle
	D2 Libellé de la donnée élémentaire 2	nombre total d'établissements d'HAD
	D2 Définition	nombre total d'établissements d'HAD ayant validé une activité au cours de l'année N
	D2 Périmètre	Etablissements d'HAD
	D2 Source des données	PMSI HAD
	D2 Période de référence de la mesure de la donnée	31 décembre N
	D2 Fréquence de l'actualisation de la donnée	Annuelle
	Profondeur de l'historique	Année initiale de référence : 2013
Règles de gestion	Maille de détail souhaitée	Région
	Critères d'appréciation de la tendance	Vert : Valeur N = 100 % Orange : Valeur N > Valeur N-1 Rouge : Valeur N <= Valeur N-1
	Fournisseur de(s) valeur(s) actualisée(s)	DREES - ATIH
	Date de fourniture de(s) valeur(s) actualisée(s)	Octobre N+1

ANNEXE I - XV

10	
Taux de contrats de bon usage du médicament (CBUM) signés par les établissements d'HAD	
N° Indicateur	Professionnalisation des interventions de l'HAD
Intitulé Indicateur	Améliorer la sécurité du circuit du médicament
Objectif général	Pourcentage d'établissements d'HAD ayant signé un CBUM
Objectif dans lequel s'inscrit l'indicateur	Ratio exprimé en %
Définition de l'indicateur	Région
Unité de mesure	Annuelle
Maille géographique	Suivre la progression de la signature de CBUM avec les établissements d'HAD
Périodicité de la disponibilité de la donnée	L'objectif à atteindre est de 100 %
Intérêt de l'indicateur	D1/D2
Sens d'évolution souhaité de l'indicateur	Nombre d'établissements d'HAD ayant signé un CBUM
Formule de calcul	Nombre d'établissements d'HAD ayant signé un CBUM
D1 Libellé donnée élémentaire 1	Établissements d'HAD
D1 Définition	ARS
D1 Périmètre	31 décembre N
D1 Source des données	Annuelle
D1 Période de référence de la mesure de la donnée	Nombre total d'établissements d'HAD
D1 Fréquence de l'actualisation de la donnée	Nombre total d'établissements d'HAD ayant validé des données d'activité sur l'année
D2 Libellé de la donnée élémentaire 2	Établissements d'HAD
D2 Définition	PMSI HAD
D2 Périmètre	31 décembre N
D2 Source des données	Annuelle
D2 Période de référence de la mesure de la donnée	Année initiale de référence : 2013
D2 Fréquence de l'actualisation de la donnée	Région
Profondeur de l'historique	Vert : Valeur N = 100 % Orange : Valeur N >= 50 % Rouge : Valeur N < 50 %
Maille de détail souhaitée	ARS - ATIH
Critères d'appréciation de la tendance	MaI N+1
Fournisseur de(s) valeur(s) actualisée(s)	
Date de fourniture de(s) valeur(s) actualisée(s)	
Informations Générales	
Informations détaillées	
Règles de gestion	

ANNEXE I - XVI

N° Indicateur		11
Situation des établissements d'HAD par rapport au taux national moyen des établissements de santé certifiés sans réserve (majeure ou non)		
Professionnalisation des interventions de l'HAD		
Améliorer la qualité des prises en charge		
Taux d'établissements d'HAD de la région certifiés sans réserve / taux ational moyen des établissements de santé certifiés sans réserve		
Ratio exprimé en %		
Région		
Annuelle		
Evaluer la progression du niveau de qualité des établissements d'HAD		
Egal ou supérieur à la valeur constatée au plan national pour l'ensemble des établissements de santé		
(D1/D2)/D3		
Nombre d'établissements d'HAD certifiés sans réserve (majeure ou non)		
Nombre d'établissements d'HAD pour lesquels le rapport final de la HAS conclut à une certification sans réserve (majeure ou non)		
Etablissements d'HAD		
HAS		
31 décembre de l'année N		
Annuelle		
Nombre d'établissements d'HAD ayant passé au moins une visite de certification		
Nombre d'établissements d'HAD ayant passé au moins une visite de certification		
Etablissements d'HAD		
HAS		
31 décembre N		
Annuelle		
Taux d'établissements de santé certifiés sans réserve (majeure ou non)		
Taux d'établissements de santé ayant terminé leur certification initiale et certifiés sans réserve (majeure ou non)		
Etablissements de santé		
HAS		
Annuelle		
Annuelle		
Année initiale de référence : 2013		
Nationale		
Vert : Valeur N > = taux national moyen de l'année N Rouge : Valeur N < taux national moyen de l'année N		
HAS		
30 juin N+1		
Informations Générales		
Informations détaillées		
Règles de gestion		