

Alternatives à l'hospitalisation

Comité éditorial de l'UVMaF

2014

Table des matières

Introduction.....	3
1. La chirurgie ambulatoire.....	3
1.1. Présentation	3
1.2. Défis et enjeux nationaux.....	3
1.3. En conclusion.....	4
2. L'hospitalisation à temps partiel et dite de courte durée.....	4
3. L'HAD (Hospitalisation à domicile).....	4
3.1. Définition.....	4
3.2. Fonctionnement.....	5
3.3. Evolution.....	5
3.4. En conclusion.....	6
4. Le PRADO (Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile).....	6
5. Annexes.....	6
Conclusion.....	7

Objectifs spécifiques

- Connaître les différentes alternatives à l'hospitalisation

Introduction

Le décret n° 2012-969 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation est paru le 20 août 2012. Il concerne les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit et les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires.

Son objectif est de favoriser le développement des alternatives à l'hospitalisation en assouplissant certaines conditions de fonctionnement.

Ces alternatives peuvent prendre différentes formes : chirurgie ambulatoire, hospitalisation à temps partiel et aussi de courte durée, hospitalisation à domicile.

Dans le cadre d'une rationalisation de l'offre de soin et de la maîtrise des dépenses de santé, les alternatives à l'hospitalisation, comme toute activité de santé, doivent faire l'objet d'une planification, être autorisées, et tarifées pour faire l'objet d'un remboursement par la Sécurité Sociale.

1. La chirurgie ambulatoire

1.1. Présentation

Trois piliers fondent la performance d'un système de soins :

- La qualité de la prise en charge
- La qualité des conditions de travail et son attractivité
- L'efficacité opérationnelle et financière

La chirurgie ambulatoire répond à ces critères avec :

- Des soins qualifiés
- Une durée de séjour < 12 h
- Sans hébergement de nuit
- Avec une organisation spécifique permettant au patient de rejoindre son domicile le jour même de son admission
- Un coût moindre par rapport à une hospitalisation complète

Elle permet une meilleure gestion des flux mais demande une bonne coordination des métiers.

La condition essentielle pour envisager la chirurgie ambulatoire est la capacité du patient à assumer sa prise en charge à domicile (90 % des patients seraient éligibles). De plus, il faut comprendre que ce ne sont pas des actes pris isolément qui sont éligibles mais le couple acte / patient.

Une liste de 18 gestes dits « marqueurs » font l'objet d'un suivi spécifique afin d'évaluer la part réalisée en chirurgie ambulatoire. Mais de plus en plus sont envisagées des pratiques « lourdes » dans ce contexte grâce à l'appui des robots qui permettent une chirurgie moins invasive.

Selon l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la performance des Etablissements de santé et médico-sociaux), 80 % des actes français seraient éligibles à la chirurgie ambulatoire.

1.2. Défis et enjeux nationaux

Ce développement voulu de la chirurgie ambulatoire répond à différents défis et enjeux :

- Comblent le retard français ; la chirurgie ambulatoire représente 37 % des actes en France contre 79 %

aux Etats-Unis et 45 % au Portugal.

- Corriger les disparités entre régions, entre secteurs, entre établissements et entre spécialités
- Apporter une réponse aux évolutions simultanées des besoins de la population et de la démographie médicale
- Fonder l'hôpital de demain en anticipant
- Adapter l'enseignement et la formation
- Acculturer les établissements de santé et les professionnels de santé

1.3. En conclusion

90 % des patients seraient éligibles pour 80 % d'actes éligibles aussi. Mais il existe des freins au développement de la chirurgie ambulatoire : les enjeux de pouvoir, la révolution culturelle qu'il impose, la résistance aux changements.

Bernard W. Wetchler disait en 1993 : « *D'ici la fin de ce siècle, la question ne sera plus de savoir si la patient peut être pris en charge en chirurgie ambulatoire plutôt qu'en chirurgie complète, mais bien plutôt de savoir s'il justifie d'une quelconque indication pour une prise en charge en hospitalisation complète.* »

La France est encore loin de cette réalité.

2. L'hospitalisation à temps partiel et dite de courte durée

Ça peut être :

- Une hospitalisation de jour ou de nuit (temps partiel)
- Une hospitalisation de semaine (courte durée)

On parle **d'hospitalisation partielle** quand elle mobilise une place d'hospitalisation de jour, de nuit ou d'anesthésie-chirurgie ambulatoire, il s'agit d'une hospitalisation de moins d'un jour. Elle permet notamment la mise en œuvre d'investigations à visée diagnostique, d'actes thérapeutiques, de traitements médicaux séquentiels, de traitements de réadaptation fonctionnelle ou d'une surveillance médicale. Les services d'hospitalisations de nuit accueillent et traitent des malades dont l'état de santé n'exige qu'une hospitalisation nocturne. Ils concernent essentiellement des services psychiatriques. Ce type d'hospitalisation permet aussi de soulager les aidants familiaux.

L'**unité d'hospitalisation de courte durée** (UHCD) est définie administrativement en France comme faisant partie intégrante des services d'urgence depuis 1991. Elle a pour vocation d'accueillir des patients pour des séjours brefs avant un éventuel retour à domicile. Dans certains cas, elle servira de zone de surveillance initiale avant qu'une orientation vers une autre unité médicale soit décidée. Dans d'autres cas, à défaut de possibilité d'hébergement dans le service souhaité, mais en lien avec le médecin concerné, elle sera l'orientation initiale du patient avant de pouvoir être accueilli dans l'unité dont il relève.

3. L'HAD (Hospitalisation à domicile)

3.1. Définition

Selon le décret du 2 octobre 1992, « Les structures 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 nécessairement coordonnés. Les soins en HAD se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. »

La circulaire du 30 mai 2000 précise : « L'HAD concerne les malades, quel que soit leur âge, atteints de pathologies graves aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé. »

Comme pour les établissements hospitaliers avec hébergement, les HAD sont soumis à :

- L'autorisation d'activités délivrée par l'Etat après remise d'un dossier complet ;
- La certification délivrée par la Haute autorité de santé (HAS) qui garantit la qualité de la prise en

- charge des malades ;
- La lutte contre les maladies nosocomiales, etc.

Le concept a vu le jour aux Etats-Unis en 1950 ; ce fut l'opération « Home Care ».

En 1957, l'hôpital Tenon à Paris est le 1er à mettre en place l'HAD en France.

L'HAD obtient sa reconnaissance légale en 1970. Vingt ans plus tard, en 1991, la législation reconnaît l'HAD comme une alternative à part entière à l'hospitalisation traditionnelle.

La décennie 2000 est propice à des améliorations du statut de l'HAD. La circulaire du 5 octobre 2007 autorise les établissements d'HAD à prendre en charge des patients en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou non (EHPA).

En 2009, la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) reconnaît l'HAD comme une hospitalisation à part entière et non plus comme une simple alternative à l'hospitalisation conventionnelle.

3.2. Fonctionnement

Dans 2/3 des cas, il est nécessaire d'avoir l'aval de l'hospitalisation traditionnelle pour envisager l'HAD.

La prise en charge a été découpée en différents modes : soins palliatifs, pansements complexes, chimiothérapie, obstétrique.

Trois médecins sont appelés à intervenir :

- Le médecin coordonateur est le référent médical de la structure. Il ne prescrit normalement pas mais il est le garant de la bonne exécution du protocole de soins.
- Le médecin hospitalier est fréquemment à l'origine de l'hospitalisation à domicile du patient quand celui-ci est dans un établissement avec hébergement.
- Le médecin traitant qui est le responsable de la prise en charge du patient pour lequel il dispense, de manière périodique, des soins. Il assure le suivi médical.

L'infirmière coordonatrice a pour mission de préparer l'admission, d'évaluer les besoins du patient avant son admission, de coordonner les actions de soins des différents professionnels paramédicaux, qu'ils soient libéraux ou salariés, d'assurer le suivi et d'organiser la sortie d'HAD et le relais avec les autres modes de prise en charge.

Les infirmières mettent en œuvre le protocole de soins et les aides-soignantes assurent les soins d'hygiène et de confort.

D'autres professionnels peuvent intervenir selon l'activité : sage-femme, diététicienne, psychologue, assistante sociale, logisticien, etc.

3.3. Evolution

Souvent qualifiée de secteur d'avenir et d'excellence parce qu'elle répond à l'évolution du système de santé français, l'HAD n'avait pas encore atteint en 2010 l'objectif de 15 000 places affiché par le gouvernement. Et ce malgré un développement significatif depuis 2005 en nombre d'établissements (+ 140 %), de patients pris en charge (+ 160 %) et de journées réalisées (+ 185 %).

La France comptait 62 structures en 2000 et 305 en 2011. Une circulaire de décembre 2013 prévoit à l'horizon 2018, soit en cinq ans, un doublement de l'activité d'HAD constatée en 2011.

En outre, quatre activités ne sont pas assez développées : la chimiothérapie, l'obstétrique compliquée, les soins pour les enfants souffrant d'un cancer et les soins pour ceux souffrant de malformations à la naissance qui vont devoir rester des mois hospitalisés.

Il faut dire que la répartition de l'offre est très inégale sur le territoire avec une implantation plutôt urbaine et francilienne. L'Ile-de-France concentre en effet un tiers des places et près de la moitié de l'activité.

Sur un plan financier, le coût moyen d'une journée d'HAD a été évalué à 196 euros contre 703 euros pour une journée d'hospitalisation traditionnelle, selon le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie. De plus, l'HAD diminuerait la durée moyenne de séjour.

Son efficacité économique est donc réelle.

L'expérimentation de la télémédecine est en cours. Suivi du dossier patient, planning, facturation des achats, gestion de la pharmacie... Les technologies de l'information sont largement mises à contribution avec la HAD. Aux forts besoins en logiciels s'ajoutent ceux en télésurveillance. En effet, il faut compter avec des systèmes de téléalarmes déclenchées par le patient et la surveillance audiovisuelle à domicile.

De façon plus générale, la télémédecine incluant le télédiagnostic, la téléconsultation et la téléassistance est promise à un bel avenir.

3.4. En conclusion

L'HAD favorise le décroisement ville/hôpital et répond le plus souvent aux attentes des patients. Une hospitalisation à domicile relève d'un choix du malade puisque le consentement de celui-ci est nécessaire. Et, quand on est pris en charge chez soi, il est souvent plus facile de vivre sa maladie ou de prendre son traitement en raison de la qualité de vie et de la présence de repères.

Pour autant, cela n'est pas sans ambiguïté dans la mesure où laisser pénétrer chez soi des professionnels du soin n'est pas anodin. L'acte peut même être ressenti comme intrusif. Le rôle de l'entourage est alors souvent décisif.

L'HAD, bien que confrontée comme les autres modes d'hospitalisation, a de nombreuses obligations, semble avoir un bon potentiel de développement avec une vocation autant généraliste que spécialisée.

4. Le PRADO (Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile)

L'accompagnement du retour à domicile après hospitalisation est l'une des offres faites par l'Assurance Maladie. Son objectif : proposer aux patients, en fonction de leur état de santé et de leurs souhaits, les conditions optimales au moment du retour à domicile après hospitalisation.

Il répond à la demande des patientes qui souhaitent retourner rapidement à leur domicile et bénéficier d'une transition en douceur entre la maternité et la prise en charge seule de leur bébé. Il s'explique en outre par le besoin d'améliorer l'efficacité du système de soins hospitalier. En effet, aujourd'hui la France se situe en 23^{ème} position sur les 25 pays de l'OCDE en termes de durée moyenne de séjour (4,3 jours contre 3,2).

Ce service concerne les sorties de maternité, les sorties d'hospitalisation après intervention orthopédique et les insuffisants cardiaques. Il fait intervenir un conseiller de l'Assurance Maladie qui rencontre la personne hospitalisée éligible à ce service et s'assure de sa prise en charge effective, dès le 1^{er} jour de sa sortie.

Pour ce qui est de la maternité, elle s'adresse aux femmes ayant eu un accouchement physiologique et avec un nouveau-né en bonne santé. Deux visites par une sage-femme libérale sont prévues dans les 12 jours qui suivent l'accouchement. Elle effectue les examens et les soins nécessaires, répond aux questions sur sa santé, l'allaitement, l'état de santé de son enfant, son poids, les soins à lui apporter et peut orienter la femme vers d'autres professionnels de santé si cela est nécessaire.

La mise en place du PRADO a soulevé beaucoup d'inquiétudes de la part du corps médical et attend d'être évalué.

5. Annexes

Abréviations :

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des Etablissements de santé et médico-sociaux

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute autorité de santé

PRADO : Programme d'accompagnement du retour à domicile

UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée

Sites recommandés :

[Eco Santé - Les alternatives à l'hospitalisation](#)

[FHF - Décret alternative à l'hospitalisation](#)

[Hopital.fr : L'hospitalisation à domicile](#)

[Ordre National des Médecins - Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile \(PRADO\) après hospitalisation](#)

Conclusion

Les alternatives à l'hospitalisation devraient se développer car :

- la démographie médicale est déficitaire,
- les tensions budgétaires et financières sont toujours présentes et vont surement s'accroître,
- elles répondent aux attentes de patients.