

questions

d'économie de la santé

analyse

Repères

La réflexion sur l'opportunité et les modalités de développement des soins à domicile alternatifs à une hospitalisation classique est à l'origine de ce travail. A travers l'analyse d'expériences étrangères, il s'agit de comprendre pourquoi et comment d'autres pays ont mis en place ce type de soins, quelles sont les difficultés rencontrées et les incitations créées pour en faciliter le développement. Les informations utilisées sont essentiellement issues d'une revue de la littérature et de recherches sur Internet, parfois enrichies de contacts institutionnels dans les différents pays. Une analyse des évaluations médico-économiques de ces alternatives, élargie à d'autres pays, a été réalisée parallèlement à ce travail. Bien que ces résultats ne soient pas présentés ici, ils sont parfois mobilisés dans nos analyses. L'ensemble de ce projet a fait l'objet d'un financement des directions de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et de la Sécurité sociale (DSS) du Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION
EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Adresse :

10, rue Vauvenargues 75018 Paris

Téléphone : 01 53 93 43 02/17

Télécopie : 01 53 93 43 50

E-mail : document@irdes.fr

Web : www.irdes.fr

Directrice de la publication :
Dominique Polton

Rédactrice en chef :
Nathalie Meunier

Maquettiste :
Aude Sirvain

ISSN : 1283-4769

Diffusion par abonnement : 60 euros par an

Prix du numéro : 6 euros

En ligne sur www.irdes.fr

10 à 15 numéros par an

Le développement des services de soins hospitaliers à domicile : éclairage des expériences australienne, britannique et canadienne

Karine Chevreul, Laure Com-Ruelle, Fabienne Midy, Valérie Paris

En France, le développement des soins hospitaliers à domicile (SHAD) offrant une alternative aux soins traditionnellement réalisés à l'hôpital n'apparaît pas à la mesure des enjeux qui s'y rattachent, tels que l'amélioration de la qualité des soins et de l'articulation entre la ville et l'hôpital. L'étude d'expériences étrangères de ces modes de prise en charge permet de connaître le contexte et les conditions de leur mise en œuvre et de mettre en évidence les facteurs qui facilitent ou freinent leur développement. Cette analyse a pour objet de nourrir la réflexion sur l'opportunité de maintenir et d'étendre ce type de services en France.

Trois pays ont été choisis pour l'importance de la littérature disponible sur le thème des soins à domicile : l'Australie, le Canada et le Royaume-Uni. Ces expériences montrent que le type de pression qui s'exerce sur l'offre hospitalière détermine l'émergence et la nature des SHAD. Néanmoins, leur développement doit être stimulé par une politique volontariste, créant les incitations nécessaires tant du point de vue du financement, de la coordination intersectorielle et de l'organisation de la prise en charge, que de l'acceptabilité des programmes.

Contexte du développement des soins hospitaliers à domicile

	Australie	Canada	Royaume-Uni	France
Population	19 663 000	31 414 000	59 232 000	59 486 000
Personnes ≥ 65 ans	12,7 %	12,7 %	15,9 %	16,3 %
Densité (hab./km ²)	2,4	3,1	243	110
Part en zone urbaine	65 %	80 %	92 %	80 %
Soins hospitaliers en soins aigus				
Densité de lits & places (nb/1 000 hab.)	3,9	3,2	2,3	4,2
Taux d'occupation ⁽ⁱ⁾	80 %	89 %	84 % ⁽ⁱⁱ⁾	78 %
Durée moyenne de séjour (jours), y compris séjours d'1 jour	3,5	7,3 ⁽ⁱⁱⁱ⁾	5,4	4,5

Sources : OCDE et estimations IRDES à partir de statistiques nationales : DREES, Australian Institute of Health and Welfare, OHE Compendium of statistics, Institut canadien d'information sur la santé. Années 2001 à 2003, selon disponibilité.

(i) Taux d'occupation = nombre de lits occupés pour 100 lits disponibles.

(ii) Non limité aux soins aigus car indisponibilité des données.

(iii) Y compris les patients en long séjour occupant des lits de soins aigus.

L'étude présentée ici porte sur le développement des services de soins hospitaliers à domicile dans trois pays étrangers : l'Australie, le Canada et de le Royaume-Uni. Elle repose essentiellement sur une revue de la littérature disponible effectuée en 2003 et présente donc quelques limites, exposées dans les paragraphes qui suivent. L'analyse a cependant permis de dégager de grandes tendances sur les conditions de développement de ces services dans les trois pays, sur la nature des interventions réalisées à domicile et sur les facteurs ayant favorisé leur développement : mesures législatives, modes de financement, coordination intersectorielle et acceptabilité par les professionnels.

Définition des services de soins hospitaliers à domicile : substitution, nature des soins et coordination

A l'échelle internationale, les modes alternatifs de prise en charge de soins traditionnellement réalisés à l'hôpital ne se présentent pas comme un ensemble homogène. Pour cette étude, la définition utilisée des services de soins hospitaliers à domicile (SHAD) est la suivante : les services de soins hospitaliers à domicile prennent en charge le patient sur son lieu de vie et offrent des soins techniques, plus ou moins complexes et intenses et qui, en l'absence de tels services, nécessiteraient une hospitalisation.

Cette définition met en avant les notions de substitution, de nature des soins et de coordination (voir encadré ci-contre). Elle correspond en France essentiellement à l'hospitalisation à domicile (HAD). D'autres types d'organisation des soins peuvent également y être classés tels que les réseaux de soins palliatifs.

Des niveaux d'information très variables, reflets du niveau de développement

En Australie, l'hospitalisation à domicile (hospital in the home) est particu-

Définition des services de soins hospitaliers à domicile (SHAD)

La définition des services de soins hospitaliers à domicile (SHAD) sur laquelle est basée cette étude est la suivante :

Les services de soins hospitaliers à domicile prennent en charge le patient sur son lieu de vie et offrent des soins techniques, plus ou moins complexes et intenses qui, en l'absence de tels services, nécessiteraient une hospitalisation.

Cette définition met en avant les notions de substitution, de nature des soins et de coordination.

Ces services peuvent intervenir comme substitut total (admission évitée) ou partiel (sortie anticipée ou entrée retardée) à l'hospitalisation.

Ils peuvent offrir une large gamme de soins hospitaliers à domicile : soins médicaux ponctuels répondant à des situations cliniques aiguës, soins continus en cas de pathologie chronique, soins palliatifs, soins de rééducation ou de réadaptation fonctionnelle, tous ces soins étant identiques à ceux délivrés à l'hôpital.

Le champ couvert par le service est bien celui du soin médical, caractérisé par la participation obligatoire de professionnels de santé au service de SHAD (médecins, infirmiers, professionnels paramédicaux). Cependant, d'autres catégories de professionnels, tels que des assistants sociaux et des professionnels de l'aide à domicile, participent au processus afin d'assurer une prise en charge globale du patient.

La notion de coordination des soins est alors essentielle, différenciant les SHAD des soins ambulatoires classiques. Elle va de pair, non seulement avec la lourdeur et/ou la complexité des soins, mais aussi avec la multiplicité des intervenants.

Au-delà de ces trois notions constantes dans tout service de SHAD, les différents types de soins prodigués sont variables. Si tous ces soins se doivent d'être les mêmes que ceux délivrés en hospitalisation, leur périmètre peut être différent d'un malade à l'autre, d'une expérience ou structure à l'autre, d'un pays à l'autre et également d'une période à l'autre.

lièrement bien documentée. On dispose de données au niveau national sur les caractéristiques des services : modes d'organisation, activité, informations sur les patients et motifs de recours aux SHAD. La décentralisation de l'organisation des soins et la variété des contextes locaux ont donné naissance à une grande diversité de modes d'organisation et de financement des systèmes locaux de soins. A ce titre, l'expérience australienne peut être considérée comme une expérimentation naturelle de différentes modalités d'organisation et de financement des SHAD.

La littérature concernant les SHAD au Canada et au Royaume-Uni offre une information abondante sur les soins à domicile en général (home care et home health care), qui incluent certains SHAD, tels que les soins de réadaptation par exemple. Par contraste, l'information est parcellaire en ce qui concerne les soins alternatifs aux soins aigus en hospitalisation traditionnelle (extra-mural hospital, hospital at home) et il n'existe pas d'information centralisée et facile-

ment accessible permettant d'évaluer l'importance quantitative de l'offre de ces services.

Nous n'avons pas pu constituer un indicateur chiffré de développement des SHAD dans tous les pays. Au Royaume-Uni et au Canada, il n'y a pas de recueil au niveau national sur l'activité en SHAD. L'Australie ne dispose que de données partielles ne prenant pas en compte tous les États.

Cette variabilité de l'information disponible n'est pas neutre. De fait, les pays ayant le moins publié offrent la vision d'un développement plus limité des SHAD dans le champ des soins hospitaliers aigus et intenses.

La nature des soins prodigués en SHAD est liée aux caractéristiques de la pression exercée sur l'offre hospitalière

L'orientation donnée aux SHAD quant à leur degré de technicité et d'acuité varie

d'un pays à l'autre. Plusieurs éléments semblent influencer le développement des SHAD : le vieillissement de la population, sa répartition sur le territoire et les caractéristiques de la pression exercée sur l'offre hospitalière.

Partout, le vieillissement de la population est présenté comme une motivation à développer les services de soins à domicile, en particulier dans les domaines des soins chroniques ou de longue durée. En revanche, les zones rurales et/ou éloignées sont en général considérées comme non favorables au développement de services de SHAD en raison des coûts de transports qu'ils imposent aux intervenants. Au vu des caractéristiques géographiques et démographiques des trois pays étudiés et de la France (cf. tableau de la page 1), on pourrait s'attendre à ce que la France et le Royaume-Uni développent les SHAD selon une problématique proche, tandis que le Canada et l'Australie suivraient une autre orientation. Or, ce n'est pas le cas : la France est beaucoup plus proche de l'Australie que du Royaume-Uni, lequel se rapproche plutôt du Canada.

En fait, la pression exercée sur les lits d'hospitalisation apparaît comme le moteur essentiel du développement des SHAD. Dans les quatre pays, le problème de la disponibilité des lits hospitaliers ne se pose ni avec la même intensité, ni dans les mêmes termes. L'insuffisance de l'offre hospitalière est souvent mise en avant comme un élément structurant des SHAD car elle détermine à la fois la population cible et le degré de technicité des soins transférés de l'hôpital vers l'ambulatoire.

Le Royaume-Uni fait face chaque hiver à des problèmes de besoins d'hospitalisation non couverts. Selon les autorités du NHS, cette pression résulte d'une insuffisance de l'offre de services dans la communauté, qui a pour conséquence l'encombrement de lits de soins aigus par des patients dont l'état de santé ne nécessiterait plus que des soins de réadaptation, à leur domicile ou dans des établissements

appropriés. L'accent est donc mis sur les services de SHAD susceptibles de pallier les carences ambulatoires. Ces services dits de « soins intermédiaires », délivrés en institution ou à domicile, sont en général de faible technicité. Ils sont définis comme une alternative à un séjour hospitalier « inutilement prolongé » ou à une hospitalisation « évitable ». En cela, ils ne constituent pas une véritable alternative à l'hospitalisation. L'hospitalisation à domicile telle que définie ici existe également, mais elle est moins visible.

Au Canada, historiquement, les soins à domicile dispensés sont également des soins de faible technicité : il s'agit de soins « de maintien » s'adressant aux bénéficiaires atteints de pathologies chroniques ou d'incapacité et de soins « de longue durée » se substituant aux soins dispensés en établissement. Cependant, les très fortes compressions de lits, engagées dans les années 1990, ont eu pour conséquence d'étendre leur fonction de substitution à des soins hospitaliers aigus. Une étude récemment réalisée au Québec sur les technologies utilisées par les équipes assurant les soins à domicile indique clairement que la plupart des Centres locaux de soins communautaires (CLSC) ont eu à dispenser des services complexes au domicile du patient (intraveineuse, dialyse, etc.). Cette tendance est d'ailleurs confirmée par un sondage effectué en 2001 auprès des fournisseurs de soins à domicile indiquant que 90 % d'entre eux estimaient que les soins s'étaient complexifiés dans les trois dernières années.

L'Australie connaît également un problème de listes d'attente, mais il n'est pas associé, comme au Royaume-Uni, à l'hébergement non cliniquement justifié de certains patients. La pression exercée sur les capacités hospitalières est davantage expliquée par l'insuffisance de l'offre que par une demande injustifiée. Le transfert de l'hôpital vers le secteur ambulatoire s'est donc développé dès l'origine sur des soins avec un degré important de technicité.

En France, la problématique de l'émergence des SHAD est proche de celle de l'Australie. Ils ont été créés suite à la surcharge de certains services. Les premiers soins concernés étaient des soins très techniques, de courte durée, destinés à des patients cancéreux. Ils se sont étendus ensuite aux autres patients recevant d'abord des soins aigus ou ponctuels puis, dans une moindre mesure, des soins plus continus et des soins de suite et de réadaptation, pour des raisons proches cette fois de celles du Royaume-Uni.

Au final, la littérature et les données disponibles laissent penser que les systèmes français et australiens offrent des soins aigus à domicile, se substituant partiellement ou totalement à des hospitalisations en service de court séjour, tandis que les systèmes canadiens et britanniques offrent des soins à domicile très orientés sur les soins continus, permettant le maintien ou le retour à domicile des malades chroniques ou des personnes âgées. Toutefois, les informations sur les situations canadiennes et britanniques sont parcellaires et ne permettent pas vraiment de conclure.

L'Australie affiche une forte volonté politique de développer des SHAD

Depuis les années quatre-vingt-dix, l'Australie fait preuve d'une volonté très marquée de développer les SHAD au niveau national. Elle a facilité des expérimentations, émis des recommandations, financé des études d'évaluation et programmé le recueil d'informations annuelles sur l'activité de SHAD. L'Australie a également adopté les changements législatifs nécessaires au développement de ces services, avec une grande réactivité : mesures, lois et amendements visant à lever les freins au développement des SHAD suivent rapidement leur mise en évidence. Par exemple, avant 2003, les patients « privés » admis dans un hôpital public ne pouvaient pas être admis en service de

SHAD, même si l'hôpital offrait ce service, parce que leur assurance privée ne pouvait couvrir ces prestations. Une législation a mis fin à cette impasse en élargissant la définition du « traitement hospitalier » assurable par les opérateurs privés pour y inclure les soins hospitaliers à domicile.

Cette volonté politique s'illustre également par le maintien de SHAD dans certaines zones rurales isolées, alors que les distances parcourues et leur faible niveau de recrutement les rend plus coûteux que l'hospitalisation traditionnelle, privilégiant ainsi le gain de qualité de vie et de satisfaction pour le patient par rapport aux objectifs de maîtrise de coûts.

L'État de Victoria, qui affiche les plus hautes ambitions et consacre des moyens importants au développement des SHAD, est celui dans lequel ces services sont le plus développés. Les journées en SHAD y représentent plus de 4 % des journées d'hospitalisation en soins aigus, ce qui est assez élevé. A titre de comparaison, le nombre de journées réalisées en HAD en France représente 2,3 % de l'ensemble des journées d'hospitalisation complète en service de courte durée.

Alors qu'en Australie le développement des SHAD semble motivé par l'objectif de fournir ce service à la population, dans les deux autres pays, il apparaît plus comme une réponse aux contraintes imposées par le système. Au Canada, les SHAD se substituant aux soins aigus à l'hôpital se sont développés sous la contrainte imposée par les fermetures de lits, dans des conditions jugées parfois difficiles par les intervenants et par les aidants. Seul le ministère de la province du Nouveau Brunswick a mis en place, dirige et finance un véritable programme de SHAD, d'ailleurs antérieur aux compressions budgétaires et à la fermeture des lits.

Au Royaume-Uni, on ne perçoit pas de volonté politique visant directement à favoriser le développement des SHAD,

tels que définis ici. Pourtant, les SHAD ont suscité l'intérêt du NHS et des chercheurs du milieu des années 70 jusqu'à la fin des années 90. Mais si ce type de programme existe encore, en particulier dans le domaine de la chimiothérapie,

le développement des « soins intermédiaires » à domicile semble aujourd'hui prioritaire. Le NHS a ainsi distribué des ressources supplémentaires aux autorités locales pour leur donner les moyens de relâcher la pression hivernale sur les lits

Organisation des soins hospitaliers à domicile (SHAD) : l'exemple de l'Australie

Un développement décentralisé

Au début des années 90, un grand nombre de Services de SHAD (SSHAD) a été mis en place en Australie. Principalement issus d'initiatives locales, ils ne se sont pas développés de façon homogène sur l'ensemble du territoire. Comme dans la plupart des pays, ils se sont organisés pour répondre à des besoins locaux variables, autour de pathologies ou modes de traitement différents, avec des structures d'organisation et de financement diverses (Haas *et al.*, 1999 ; Montalto, 2002).

Au niveau fédéral, il n'existe actuellement pas de législation afin de formaliser la mise en place des Services de SHAD. Cependant, ces cinq dernières années, le ministère dévolu aux services des soins médicaux et à la famille (Commonwealth Department of Health and Family Services) s'est particulièrement intéressé au développement de ces structures, avec comme objectif principal de réduire les listes d'attente. Des objectifs plus généraux visant à améliorer la qualité du système (efficacité, satisfaction du patient...) sont également à l'origine de cet intérêt.

Une grande diversité d'organisation

À travers l'Australie, il existe d'importantes différences de répartition de population et de modes de financement des hôpitaux et des services de santé communautaire. Ces caractéristiques ont un rapport avec le fonctionnement et le succès des programmes de SHAD. Ajouté au fait que la mise en place de SHAD ait initialement fait suite à des initiatives locales, ceci explique que l'expérience de l'Australie est riche de situations diverses.

Les nombreuses formes d'organisation de programmes de services de SHAD existant en Australie peuvent être regroupées en quatre modèles¹. La réalité des modes d'organisation retrouvés sur le terrain est souvent proche d'un de ces modèles mais peut également en associer plusieurs formes ou être à la frontière entre deux d'entre eux.

Modèles d'organisation australiens :

- A. Organisation basée à l'hôpital², les soins sont rattachés à une spécialité en particulier et sont dispensés par des membres du personnel hospitalier ;
- B. Organisation basée à l'hôpital, les soins, non rattachés à une spécialité en particulier, sont dispensés par des membres du personnel hospitalier
- C. Organisation basée à l'hôpital, les soins, non rattachés à une spécialité en particulier, peuvent être dispensés par des membres du personnel hospitalier comme par des membres du secteur ambulatoire (médecins généralistes, infirmières de ville...).
- D. Organisation extra-hospitalière, les soins ne sont pas rattachés à une spécialité en particulier.

Dans ce dernier cas, les patients sont sous la responsabilité de l'institution organisant le programme (centre de santé communautaire, autorité de santé locale, groupe de médecins...), les soins sont en premier lieu dispensés par des membres du secteur ambulatoire.

Ainsi, trois de ces quatre modèles sont gérés par un hôpital. En théorie, les responsables et instigateurs d'un programme de SHAD en Australie peuvent être un hôpital (public ou privé), une autre organisation totalement distincte de l'hôpital (groupe de médecins généralistes, association de soins...), une autorité de santé locale/régionale, l'état/territoire, toutes combinaisons des sus-cités, ou une entreprise privée. Cependant, la grande majorité des SSHAD sont issus de l'institution hospitalière (69 sur 74 programmes étudiés en 1998 (Haas *et al.*, 1999).

¹ Ce regroupement s'inspire d'une étude menée pour le gouvernement fédéral en 1998 (Haas *et al.*, 1999) et d'une étude menée en 2001 pour le gouvernement de la Nouvelle-Galles du Sud (Vinay *et al.*, 2001b).

² Les patients restent sous la responsabilité de l'hôpital.

hospitaliers. En contrepartie, depuis le printemps 2003, celles-ci sont financièrement responsables de l'occupation injustifiée de lits hospitaliers : elles doivent rembourser au service national de santé les journées d'hospitalisation « inutiles » attribuables à l'insuffisance de l'offre de soins communautaires.

En France, où les SHAD recouvrent essentiellement l'hospitalisation à domicile (HAD), on a pu s'interroger sur la réelle volonté politique de favoriser le développement des SHAD avant les changements récents qui ont levé des freins importants et mis en place des incitations. Par exemple, le taux de change imposant la suppression de deux lits d'hospitalisation classique pour créer une place d'HAD a été aboli ; le passage à la tarification à l'activité des journées d'HAD instaure des tarifs permettant une meilleure rémunération par mode de prise en charge et remédiant à la non-valorisation de l'HAD dans le PMSI ; des ressources supplémentaires sont allouées telles que l'enveloppe d'1,6 million d'euros destinée à couvrir les gardes-malades durant l'épisode de soins en cas de patients très dépendants ou de soins palliatifs en HAD. Enfin, le développement des services d'HAD devra obligatoirement être intégré dans les prochains Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS 3).

Les modalités de financement des SHAD sont le facteur essentiel de réussite

L'apport de financements initiaux au démarrage facilite la mise en place des programmes de SHAD : ils permettent de couvrir les coûts d'investissement à la création ainsi que la phase de développement du service pendant laquelle le nombre de patients est souvent insuffisant pour qu'il soit économiquement viable. Néanmoins, ce financement n'est pas un garant de l'existence du service de SHAD à long terme, qui doit ensuite bénéficier d'un mode de financement adapté.

La diversité de l'organisation des soins hospitaliers à domicile (SHAD) au Royaume-Uni

Hensher (2000) propose de rendre compte de la diversité des SHAD britanniques en les caractérisant selon sept dimensions :

- en tout premier lieu l'objectif : le service de SHAD peut avoir pour vocation de permettre des sorties anticipées ou d'éviter des admissions ;
- la pathologie : certains SHAD sont axés sur une pathologie spécifique alors que d'autres traitent plusieurs pathologies chez une population cible (les personnes âgées par exemple) ;
- l'ancrage institutionnel : le service peut dépendre d'un trust communautaire ou d'un trust hospitalier ;
- l'équipe peut être « complète », c'est-à-dire inclure des infirmiers, des auxiliaires... ou « réduite », c'est-à-dire composée d'infirmiers de district et de professionnels communautaires ;

- la responsabilité clinique du malade peut être attribuée au spécialiste hospitalier ou à un médecin généraliste ;
- la fréquence et la nature des consultations médicales, qui peuvent être prévues sur une base régulière, ou au contraire réservées aux cas de besoins urgents ;
- la fourniture ou non de services sociaux en sus des soins sanitaires ;
- et enfin les critères d'éligibilité liés à l'environnement du patient : selon Hensher, alors que certains SHAD acceptent des patients isolés, d'autres conditionnent la prise en charge à la disponibilité d'aïdants informels.

Toutes ces dimensions se combinent entre elles et donnent lieu à de multiples types de services.

Le financement des SHAD ne peut être considéré isolément ; il interroge la cohérence du financement du système de soins : les SHAD donnent-ils naissance à un transfert de la dépense du secteur hospitalier vers le secteur ambulatoire, du secteur sanitaire vers le secteur social et, enfin, du secteur public vers le secteur privé ? Doit-il y avoir transfert entre le budget consacré aux activités traditionnelles de l'hôpital et le budget consacré aux SHAD ?

Le financement des SHAD doit correspondre à l'objectif poursuivi. Lorsque ces services sont mis en place pour réduire la pression sur l'offre hospitalière, il ne s'agit pas d'une offre se substituant à une autre mais d'une offre qui s'ajoute à une autre. Il serait incohérent d'envisager un mode de financement par transfert du secteur hospitalier vers les SHAD. En revanche, lorsque le soin délivré hors de l'hôpital permet de réduire l'activité *intra-muros*, certains auteurs affirment qu'il faut aller au bout de la logique substitutive avec transfert de budget et fermeture des lits dédiés à ce soin. Cette logique suppose toute-

fois que les objectifs soient clairement définis dès le départ et que le changement s'opère sans coûts de transition ou d'ajustement.

Lorsque les SHAD ont un ancrage hospitalier, leur prise en compte dans le financement de l'activité de l'hôpital est déterminante. Que l'hôpital soit financé par budget global ou à la pathologie, deux cas de figure se présentent : soit l'activité de SHAD est prise en compte en tant que telle dans la mesure de l'activité et dans la rémunération, soit elle ne l'est pas. Dans le cas où l'activité de SHAD est rémunérée séparément, les rémunérations respectives de l'hospitalisation complète et des SHAD doivent être définies de façon à ne pas inciter les hôpitaux à développer des comportements opportunistes de sous- ou surdéveloppement des SHAD. Lorsque les services de SHAD ne sont pas rémunérés en tant que tels ou ne sont pas pris en compte dans l'appréciation de l'activité servant de base à la rémunération, l'incitation financière à les développer n'existe que s'ils constituent une alternative moins coûteuse à

l'hospitalisation. Or, les études d'évaluation médico-économiques ne sont pas toutes favorables aux SHAD en ce qui concerne les coûts. Dans le cas de la chimiothérapie par exemple, si les coûts directs moyens journaliers sont en général plus faibles en SHAD qu'à l'hôpital, l'analyse en termes de coût marginal est parfois en faveur de l'hôpital puisqu'il est moins coûteux de prendre en charge un patient supplémentaire dans une structure existante que de mettre en place une structure alternative de SHAD. Toutefois, les résultats sont très dépendants du contexte, des protocoles et des aspects organisationnels et non transposables à la situation française, ce qui ne permet pas de conclure en faveur de l'une ou l'autre des alternatives.

Les expériences australiennes présentent une très grande diversité de modes de financement, à l'image de la variété des types d'organisation et de fonctions des services de SHAD. Une analyse de ces expériences (Shanahan *et al.*, 2001) suggère qu'il n'existe pas de modèle idéal ou « optimal » pour tous les services de SHAD mais plutôt que le mode de financement doit être adapté en fonction de l'organisation du SHAD et de ses objectifs spécifiques.

De même, la rémunération des intervenants, lorsqu'ils ne sont pas tous employés par l'institution qui dispense les SHAD, doit être incitative pour obtenir leur participation. Par exemple, les observateurs australiens ont constaté que la rémunération à l'acte des praticiens intervenant dans les SHAD privés ne comportait pas de composante couvrant les tâches de supervision au cours de l'épisode de soins, ce qui laissait présager des limites à leur participation.

Enfin, la part laissée à la charge des patients et de leurs familles peut également limiter le développement des SHAD. Dans les trois systèmes étudiés, les SHAD coûtent généralement plus cher au patient que l'hospitalisation à laquelle

ils se substituent, et cela sans comptabiliser le travail des aidants. Au Canada, les SHAD ne font pas partie des services dits « essentiels », c'est-à-dire totalement couverts au titre de la Loi canadienne sur la santé, contrairement à l'hospitalisation. Ils sont donc plus ou moins bien couverts en fonction des programmes de soins à domicile mis en place par les provinces. De plus, comme au Royaume-Uni, de nombreux biens médicaux (matériel et médicaments), totalement couverts lorsque le patient est hospitalisé, sont mal ou non couverts lorsque le patient est soigné à domicile. Ces freins ont d'ores et déjà été identifiés par les gouvernements : l'Australie a légiféré pour faire tomber ces obstacles financiers au développement des SHAD privés et, en septembre 2004, les premiers ministres des provinces canadiennes se sont engagés à couvrir « au premier dollar » les soins « aigus » dispensés au domicile du malade d'ici 2006.

Mais la participation financière des patients ne se limite pas au financement des biens et soins médicaux. Très souvent, les prestations du secteur social, telles que l'aide ménagère à domicile, s'ajoutent à la facture du patient. Lorsque celles-ci bénéficient d'un financement public, il est souvent accordé sous conditions de ressources. C'est le cas au Royaume-Uni et en France. Enfin, les coûts relatifs au travail des aidants informels (famille et bénévoles) ne sont jamais pris en compte dans le financement des SHAD. En cela, les SHAD contribuent sans aucun doute dans tous les systèmes à transférer une partie des dépenses publiques de santé vers la sphère privée et à créer une inégalité d'accès aux soins qu'ils proposent.

La coordination intersectorielle de la prise en charge et du financement est primordiale

Les SHAD mobilisent très souvent des intervenants des secteurs hospitalier et ambulatoire, ainsi que des intervenants

du secteur social. Le bon fonctionnement des services repose donc sur une coordination des interventions et des logiques de financement appropriées.

Les trois pays étrangers étudiés, comme la France pour l'HAD, ont mis en place un système de « guichet unique » : un seul intervenant est chargé d'évaluer les besoins du patient et de mobiliser les acteurs pertinents pour y répondre¹. Toutefois, le manque de communication et de coordination est parfois dénoncé par les intervenants. Une analyse de la prise en charge de ces soins par les Centres locaux de soins communautaires (CLSC) au Québec par exemple a montré que les critères d'éligibilité pour bénéficier de SHAD sont évalués par l'hôpital sur les seuls critères cliniques, sans référence aux ressources disponibles au domicile des patients. De plus, les intervenants professionnels, comme les patients et leurs aidants, sont souvent peu ou mal formés à la prise en charge des cas.

Au-delà des aspects organisationnels de la coordination intersectorielle de la prise en charge, se pose la question de celle du financement. Dans ce domaine, la tendance observée est également à un financement conjoint des interventions sanitaires et sociales. Ainsi, en Australie, dans l'état de Victoria, un financeur unique rémunère l'ensemble des prestations sanitaires et sociales délivrées par les services de SHAD. Au Canada, il est fréquent que les services sanitaires « communautaires » courants et les services sociaux soient intégrés, ce qui facilite la prise en charge.

Au Royaume-Uni, les autorités locales du NHS et les autorités locales en charge du secteur social ont été encouragées à partir de 2000 à mettre en commun

¹ En France, cette fonction est assurée par l'infirmière coordinatrice et/ou l'assistante sociale du service d'HAD qui repèrent les patients éligibles et organisent la prise en charge dès lors que le médecin coordonnateur en prononce l'admission.

moyens humains et budgets pour couvrir les besoins sanitaires et sociaux des patients pris en charge à domicile et pour faciliter ainsi une plus grande coopération. Trois modalités de coopération leur étaient offertes : la mise en commun de fonds (pooled budgets), la délégation de gestion et d'achat de services (lead commissioning : principe selon lequel l'une des deux autorités délègue à l'autre la responsabilité de gérer les programmes et, le cas échéant, de choisir les prestataires) et, enfin, la création d'une organisation unique, rattachée au NHS (le Care Trust). Dans ce cas, ressources financières et humaines sont affectées à cette organisation qui prend en charge toute la gestion et les prestations de services. La première modalité a été la plus souvent retenue et un coordinateur unique en charge des soins intermédiaires a souvent été désigné.

En France, les services d'HAD ont pour vocation la prise en charge globale du patient. Pourtant, le consensus selon lequel l'intervention d'une aide ménagère, lorsqu'elle est motivée par l'épisode de soins, doit être financée par l'Assurance maladie alors qu'elle relève traditionnellement du secteur social, n'a pas toujours été évident.

L'ancrage institutionnel n'est pas neutre du point de vue de l'acceptabilité des programmes

L'ancrage institutionnel des SHAD (rattachement à un hôpital ou à un service de soins communautaires) est très différent selon les pays et parfois même selon les régions. Il peut dans certains cas influencer sur le développement des SHAD.

Les programmes de SHAD australiens présentent une grande variété de ce point de vue (cf. encadré page 4). Plusieurs études australiennes concluent que la faisabilité du programme dépend notamment de son acceptabilité par les professionnels hospitaliers et que celle-ci

est meilleure lorsque le responsable du programme est un médecin hospitalier doté d'un certain prestige.

Au Royaume-Uni, diverses modalités d'organisation coexistent. Un état des lieux conduit en 1996 montre que les SHAD pour adultes étaient à l'époque le plus souvent offerts par des trusts communautaires (community trusts), les patients restant sous la responsabilité de l'hôpital, alors que les SHAD pédiatriques relevaient majoritairement de trusts hospitaliers. Des analyses ont identifié plusieurs obstacles au développement des services de SHAD lorsque ceux-ci étaient extérieurs à l'hôpital. Une méconnaissance des services de SHAD de la part de l'hôpital et un manque de communication ont comme conséquence de reporter sur ces services l'évaluation de l'éligibilité des patients alors qu'il serait plus logique et plus efficient que l'hôpital réalise cette évaluation. A cela s'ajoute, dans le contexte britannique, une concurrence entre les acteurs : l'hôpital peut craindre que le passage au secteur communautaire de la responsabilité des patients s'accompagne de transferts de fonds.

Au Canada, la prise en charge des SHAD par les services communautaires pose également des problèmes de coordination. En revanche, le programme de soins extra-muraux, développé par la province du Nouveau-Brunswick, est original en ce sens qu'il constitue une nouvelle entité au sein du système de santé. Il est entièrement autonome : un financement propre, des professionnels employés par le programme à l'exception des médecins. Il recrute directement plus de la moitié de ses patients relevant de SHAD, sans passer par l'hôpital, il est donc moins soumis à l'acceptabilité des équipes hospitalières.

En fait, l'ancrage institutionnel ne constitue pas, en soi, un frein au développement. Cette question devient prégnante lorsque le choix d'un ancrage institutionnel place plusieurs offreurs en concurrence et/ou lorsqu'il implique un

transfert de responsabilité d'un professionnel à l'autre.

* * *

En conclusion, il est important de rappeler que ce travail est issu d'une revue de littérature et que selon la nature des documents disponibles, nous ne sommes pas toujours certains d'avoir une image fidèle de la réalité. Pour prendre un exemple, les informations recueillies sur la mise en commun de moyens par les secteurs communautaire et social au Royaume-Uni émanent essentiellement de documents officiels, du NHS ou d'autres administrations, et il est difficile de savoir comment ces alliances se concrétisent sur le terrain.

Finalement, que pouvons-nous retenir de ces analyses pour éclairer le débat sur le développement des soins hospitaliers à domicile en France ?

Dans les trois pays étudiés, les SHAD se sont développés pour accroître la capacité de prise en charge, soit en soins aigus, soit en soins de suite, dans un contexte de rationnement de l'offre hospitalière et parfois de redéploiement contraint vers l'ambulatorio. La France présente de ce point de vue une configuration différente. L'offre hospitalière n'est pas jugée globalement insuffisante, et l'offre de SHAD répond aujourd'hui à deux objectifs : continuer à diminuer les durées de séjour et à réduire les capacités hospitalières d'une part, apporter une réponse aux souhaits des patients (et/ou de l'entourage) d'être soignés à domicile. Son développement est une façon de concilier la concentration croissante des plateaux techniques, sous l'effet de multiples facteurs, et l'aspiration des usagers à une prise en charge de proximité. C'est du reste une des orientations des SROS de troisième génération.

En théorie, l'offre de SHAD devrait donc se substituer à l'offre de soins en hospitalisation traditionnelle et bénéficier d'un

redéploiement de moyens. Jusqu'à présent, de nombreux obstacles administratifs (taux de change, par exemple), financiers (modes de financement inadaptés) s'y opposaient. Les mesures récemment adoptées et la mise en place de la tarification à l'activité devrait le faciliter.

Ces mesures ne résolvent pas tous les problèmes. L'organisation des SHAD requiert une parfaite coordination entre les différents acteurs sollicités. En France, une certaine méconnaissance du dispositif et le manque de communication entre l'hôpital et la ville entravent le développement des SHAD. Les expériences étrangères soulignent également ce phénomène sans apporter de réponse en termes de modèle idéal : si une synthèse australienne préconise un ancrage hospitalier, les deux autres pays ne privilégient pas cette option. En revanche, le « guichet unique » fait *consensus* : il doit s'exercer non seulement pour faciliter l'admission du patient (repérage des patients éligibles) mais aussi pour permettre la prise en charge globale des soins tout au long du séjour, en coordonnant l'ensemble des intervenants médicaux et sociaux et en rassemblant les financements y afférant.

La formation spécifique des intervenants du SHAD, du patient lui-même et de son entourage, est un facteur primordial de la qualité des soins. Sur ce point, la situation française semble plus favorable que les situations canadiennes ou britanniques, même si les généralistes ne se sentent pas toujours bien armés pour suivre des patients très lourds à domicile.

Compte tenu de toutes ces difficultés de coordination, il ne peut y avoir de développement spontané des SHAD sans forte volonté politique. Parmi les expériences étrangères, il semble que les contextes les plus favorables au développement des SHAD se caractérisent par un affichage politique clair et un enchaînement d'actions : état des lieux - décision (création de SHAD) - évaluation, adaptation de la législation pour lever les freins identifiés.

Toutefois, si la législation peut favoriser le développement des SHAD, elle peut aussi le contraindre. En France, le champ de l'HAD est défini très précisément par la réglementation. On peut s'interroger sur la pertinence de dessiner des contours trop rigides. A l'étranger, les SHAD sont souvent assurés par les organismes qui prennent également en charge les soins de long

terme à domicile. Sous réserve que les intervenants soient bien formés et que les financements des différents types de soins soient en rapport avec les ressources mobilisées, cette modalité pourrait accroître la souplesse du système de soins gradués et s'adapter en temps réel aux besoins exprimés et aux possibilités offertes par les progrès thérapeutiques.

Pour en savoir plus

Australie :

Haas M., Shanahan M., Viney R., Cameron I. (1999); *Consultancy to progress hospital in the home care provision*. Canberra: Center for Health Economic Research and Evaluation, 133 pages.

KPMG Consulting Services (1999); *Hospital in the home 1997/98 - Final report*. Melbourne.

Montalto M. (2002); *Hospital in the home: principles and practice*, ArtWords Pty Ltd, Ivanhoe, 176 pages.

Shanahan M., Haas M., Viney R., Cameron I. (2001); To HITH or not to HITH: making a decision about establishing hospital in the home, *Australian health review*, vol 24, n° 2, pp. 179-186.

Viney R., Haas M., Shanahan M. et al. (2001a); Assessing the value of hospital-in-the-home: lessons from Australia, *Journal of health services research & policy*, vol 6, n° 3, pp. 133-138.

Viney R., Van Gool K., Haas M. (2001b); *Hospital in the home in New South Wales Centre for Health Economics Research and Evaluation*. Project report, n° 16. 33 pages.

Canada :

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (2002) ; Rapport final, *Chapitre 8 : Les soins à domicile - le prochain service essentiel*, pp. 187-206.

Santé Canada (1999) ; *Programmes provinciaux et territoriaux de soins à domicile : une synthèse pour le Canada*.

Shapiro E. (2002) ; *Le fonds pour l'adaptation des services de santé - Les soins à domicile*, Rapports de synthèse, Santé Canada, Ottawa, 39 pages.

Royaume-Uni :

Fulop N.J., Hood S., Parsons S. (1997); Does the National Health Service want hospital-at-home?, *Journal of the Royal Society of Medicine*, Vol 90, Issue 4, 212-215.

Hensher M., Fulop N., Coast J., Jefferys E. (1999); The hospital of the future: Better out than in? Alternatives to acute hospital care, *BMJ*, October 23, 319(7217): 1127-1130.

Hensher M., Edwards N. (2002); *The hospital and the external environment: the experience of the United Kingdom*, Hospitals in a changing Europe, McKee M and Healy J., European Observatory on Health Care Systems, pp. 83-99.

France :

Aligon A., Com-Ruelle L., Renaud T., avec la collaboration de Lebrun E. (2003) ; *Évaluation du coût de la prise en charge globale en hospitalisation à domicile*, biblio n° 1484, CREDES (devenu IRDES le 1^{er} juin 2004), Paris, 268 pages.

Comité de pilotage sur l'hospitalisation à domicile en France (2001) ; *Synthèse des réflexions et propositions pour favoriser le développement de l'HAD et améliorer la qualité de ces services*, Rapport coordonné par la Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Paris.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité (1999) ; *L'hospitalisation à domicile en France : bilan et propositions*, Rapport du Groupe de travail, coordonné par la Direction des Hôpitaux, Paris, 42 pages.

Ministère de la Santé et de la Protection sociale (15 juin 2004) ; *Hospitalisation à domicile*, Actes du Colloque organisé par la Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins, Paris, 136 pages.