



Activité des établissements

Les établissements bretons de santé
soumis à la T2A

Hospitalisation à domicile
(HAD)

Bilan PMSI 2015

SYNTHÈSE

La circulaire du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'HAD a défini un objectif de plus de 30 patients pris en charge par jour pour 100 000 habitants en 2018. L'atteinte de cet objectif supposait une progression moyenne de ce taux d'environ 10 % par an sur cinq ans compte tenu du taux initial de 18,4 en 2013 en France.

Deux ans après la parution de cette circulaire, ce taux a augmenté de moins de 6 % pour s'établir à 19,4 patients par jour pour 100 000 habitants en France à fin 2015. La route est donc encore longue.

La situation de l'HAD en Bretagne diffère peu de la situation nationale ; les 13 établissements autorisés ont pris en charge 540 patients par jour en 2015, soit un taux de recours de 16,7, inférieur au taux France entière. Leur activité a néanmoins progressé de 4,2 %, suivant ainsi la tendance nationale (+4,3 %), pour atteindre près de 200 000 journées dont plus de la moitié pour des pansements complexes ou des soins palliatifs.

Cette offre permet une couverture quasi-complète de la région, mais hétérogène avec des taux de recours allant de 6 à 45 patients par jour pour 100 000 habitants. Le Morbihan est la zone la mieux couverte tandis que le Finistère Sud, l'Ille-et-Vilaine et le pays de Saint-Brieuc présentent les taux de recours les plus bas.

Afin de renforcer les structures les plus fragiles, le plan d'action régional de développement de l'activité prévoit notamment une réorganisation partielle de l'offre d'HAD en région. C'est ainsi que sur le territoire de santé numéro 2 (Quimper / Concarneau / Pont-l'Abbé / Douarnenez), l'Hôtel Dieu de Pont-l'Abbé a été désigné comme le nouveau et unique porteur de l'autorisation d'HAD à partir d'avril 2016 ; il pourra s'appuyer sur des relais dans chacun des principaux établissements du territoire.

La circulaire de 2013 prône un développement de l'HAD par substitution aux séjours en hospitalisation complète. A ce jour, l'hôpital 'traditionnel' reste néanmoins le principal prescripteur d'HAD avec 64 % des séjours initiés au décours d'une hospitalisation en MCO ou en SSR, bien que ce taux ait diminué de cinq points par rapport à 2014 en Bretagne. Cette baisse est probablement liée en partie à l'augmentation du nombre d'interventions de l'HAD en EHPAD. En effet, la région se distingue par un taux de prise en charge en EHPAD élevé, notamment dans le Finistère Nord et l'Ille-et-Vilaine. En 2015, près d'un patient sur huit pris en charge en HAD en Bretagne l'a été dans un établissement social ou médico-social, contre environ un patient sur 15 en France.

Conformément aux recommandations de la circulaire, des cibles d'adressage en HAD ont été fixées à chaque établissement public. L'atteinte de ces cibles est évaluée dans le cadre de la mise en œuvre du plan triennal.

L'association du médecin traitant à l'initiation de l'HAD devrait permettre de diffuser la connaissance de l'HAD aux médecins exerçant en ville.

Pour continuer à développer l'HAD et lui donner une place plus importante dans les parcours de soins, les priorités de l'ARS et des établissements d'HAD sont de :

- poursuivre la restructuration de l'offre bretonne afin que chaque établissement d'HAD dispose d'un réel potentiel de développement et puisse atteindre des niveaux d'activité suffisants
- renforcer les équipes de liaison et de coordination, indispensables pour favoriser les liens avec les prescripteurs et identifier les filières où l'HAD a un rôle à jouer
- inciter les établissements traditionnels à changer leurs pratiques dans le cadre du virage ambulatoire du plan triennal et à mieux prendre en compte la volonté du patient
- intégrer l'HAD dans les dispositifs de coordination
- diversifier les prises en charge en s'appuyant, quand cela est nécessaire, sur les fonctions d'expertise de l'hôpital et en apportant la connaissance du soin à domicile propre à l'HAD

SOMMAIRE

SOMMAIRE	3
GLOSSAIRE	4
1. CONTEXTE	5
1.1 ÉTABLISSEMENTS D'HAD EN BRETAGNE	5
1.2 PRINCIPAUX CHANGEMENTS DU RECUEIL EN 2015	6
1.3 CONTEXTE NATIONAL DE L'HAD EN 2015.....	6
2. L'ACTIVITE D'HAD EN BRETAGNE EN 2015	9
2.1 PRECISIONS METHODOLOGIQUES	9
2.2 SYNTHÈSE DES DONNÉES RÉGIONALES	9
2.2.1 Volumes d'activité.....	9
2.2.2 Détail de l'activité par Mode de Prise en charge Principal (MPP).....	12
2.2.3 Détail de l'activité suivant la valeur de l'indice de Karnofsky	15
2.2.4 Durées de séjour.....	16
2.3 DESCRIPTIFS COMPLÉMENTAIRES	17
2.3.1 Âge des patients.....	17
2.3.2 Provenance et destination	18
3. SYNTHÈSE RÉGIONALE - VALORISATION T2A	19
4. ANALYSE TERRITORIALE	20
4.1 COUVERTURE RÉGIONALE.....	20
4.2 ANALYSE DÉTAILLÉE DU RECOURS À L'HAD PAR TERRITOIRE ET PAR STRUCTURE	23
5. QUELS LEVIERS POUR DÉVELOPPER L'HAD ?	26
6. ANNEXES	28

GLOSSAIRE

ATIH	Agence Technique de l'Information Hospitalière
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CIM	Classification Internationale des Maladies
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
DMS	Durée Moyenne de Séjour
EHPA(D)	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées (Dépendantes)
EMI	Écart Médicament Indemnisable
EMS	Établissement Médico-Sociaux
ES	Établissement Sociaux
ESMS	Établissements Sociaux et Médico-Sociaux
ESPIC	Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
ETP	Équivalent Temps Plein
HAS	Haute Autorité en Santé
IK	Indice de Karnofsky
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique (court séjour)
MPA	Mode de Prise en charge Associé
MPP	Mode de Prise en charge Principal
PRS	Projet Régional de Santé
RAPSS	Résumé Anonymisé Par Sous-Séquence
RSF	Résumé Standardisé de Facturation
SROS	Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire, prévu au Programme Régional de Santé (PRS)
SSIAD	Services de Soins Infirmiers A Domicile
SSR	Soins de Suites et de Réadaptation (moyen séjour)
TS	Territoire de Santé (découpage de 2010)

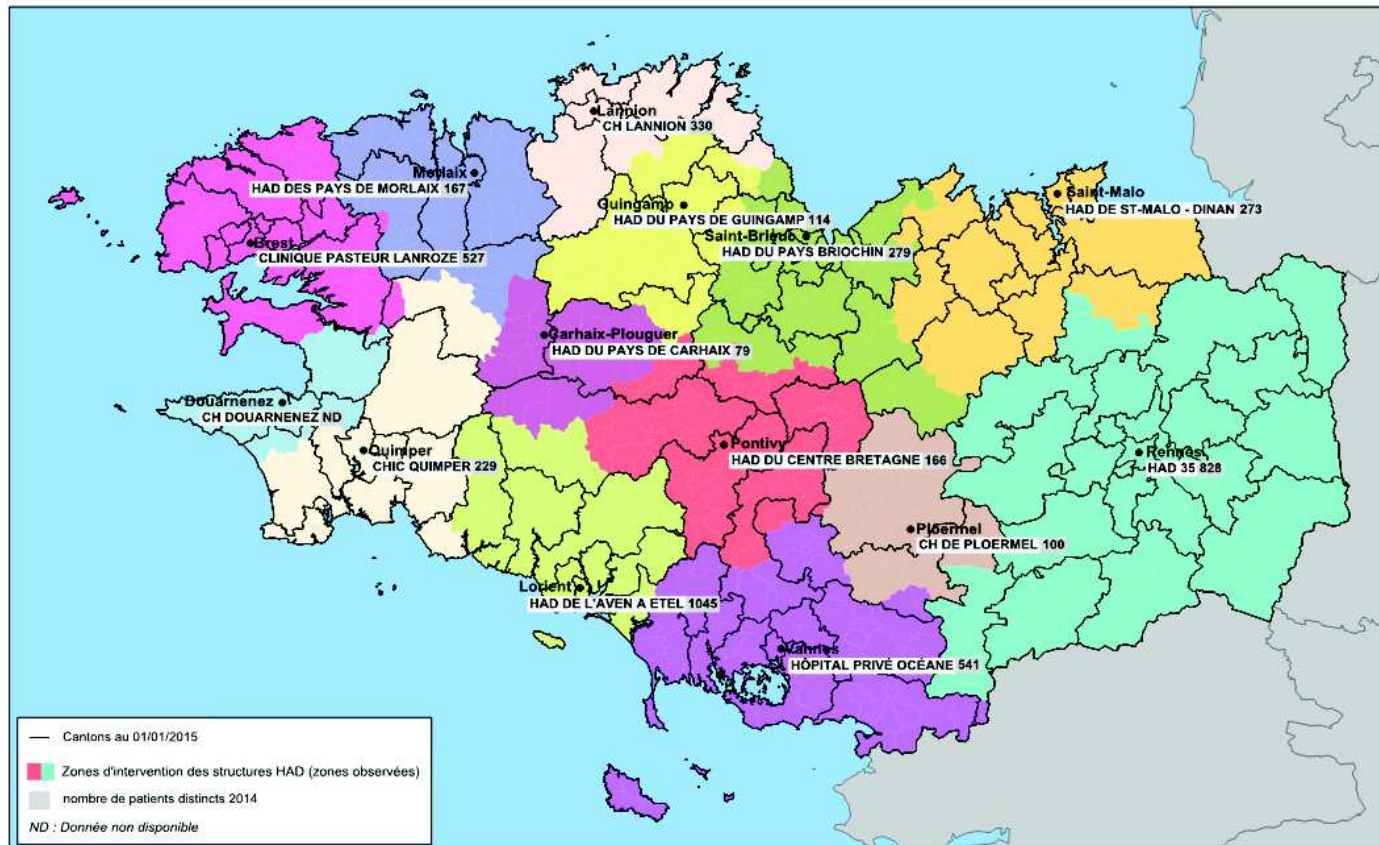
1. Contexte

1.1 Établissements d'HAD en Bretagne

→ L'offre d'HAD bretonne au 1er janvier 2016

Figure 1 : Zone d'intervention des structures d'HAD autorisées en Bretagne en 2015

Zones d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile (HAD)



En 2015, trois établissements publics et dix établissements privés ont exercé une activité d'HAD en Bretagne. Ainsi, les treize structures prévues dans le Programme Régional de Santé sont installées.

Une nouvelle structure à Douarnenez a cependant été autorisée en 2013, ce qui devait permettre d'améliorer la couverture de la pointe sud du Finistère. Cependant, cette structure n'a jamais été installée et les difficultés importantes de développement de l'HAD sur le territoire de santé 2 ont conduit à envisager une recombinaison de l'offre au travers d'une HAD territoriale en 2015 portée par un opérateur unique. Cette organisation est effective depuis le 1^{er} avril 2016 ; la nouvelle structure est portée par l'Hôtel Dieu à Pont-l'Abbé.

1.2 Principaux changements du recueil en 2015

→ Suppression du mode de prise en charge 20 « Retour Précoce à domicile après accouchement »

Cette prise en charge, qui concerne des accouchements non compliqués, a été jugée trop légère pour relever d'une HAD par la Haute Autorité en Santé (HAS) dans son rapport [Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation](#) paru en 2014. Le MPP 20 a donc disparu des modes de prise en charge en HAD et toutes les séquences en cours ont été clôturées au 28 février 2015.

Il est toujours possible d'effectuer un séjour en HAD pour les suites pathologiques d'un accouchement dans le cadre du MPP 21 « Post-partum pathologique ». [D'autres recommandations](#) de la HAS avaient été publiées sur ce point en 2011.

→ Recueil des prescriptions de traitements coûteux, hors liste en sus

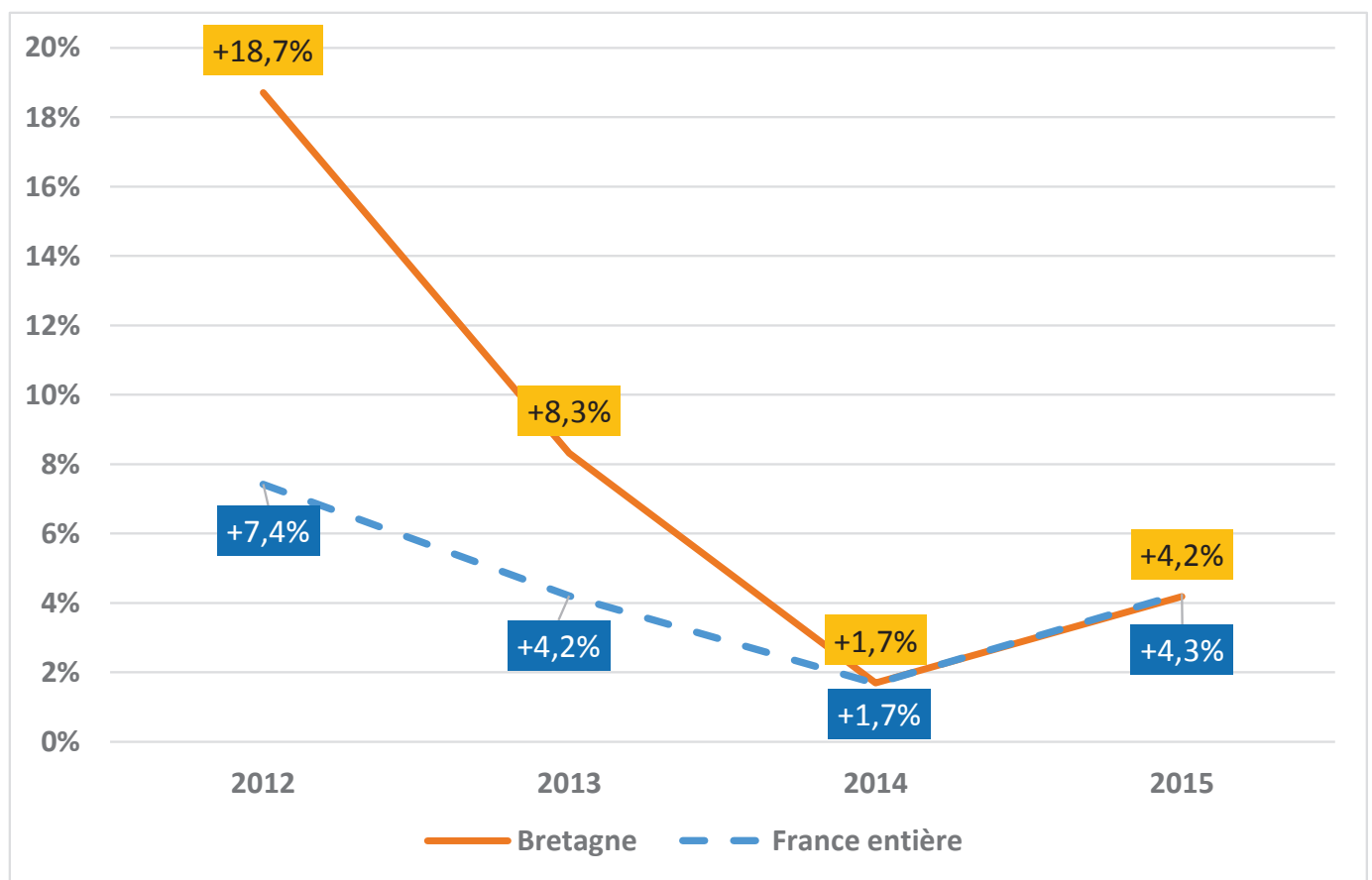
Suite aux alertes lancées par les établissements d'HAD (tant au niveau régional que national) au sujet du coût de certains médicaments non inscrits sur la liste en sus, comme les thérapies ciblées par voie orale, un recueil complémentaire a été mis en place fin 2015 via FICHSUP afin d'identifier les volumes et les montants engagés. En 2016, les établissements ont perçu une allocation budgétaire visant à couvrir une partie de ces dépenses, sur la base de leurs déclarations dans le PMSI.

La liste des spécialités concernées par ce dispositif est disponible sur le site de l'ATIH. Depuis le 1^{er} mars 2016, le recueil doit être réalisé via l'outil FICHCOMP intégré à PAPRICA.

1.3 Contexte national de l'HAD en 2015

→ Une reprise modeste de la croissance de l'activité d'HAD

Figure 2 : Progression annuelle du nombre de journées de soins en HAD en Bretagne et en France depuis 2012



Source : PMSI (Données France entière)

Les taux sont calculés sur la base du nombre de journées d'activité total (facturées ou non), en rapportant les données d'une année à celle de la précédente

Après une année 2014 morose pour l'HAD, qui a connu alors son plus faible taux d'évolution annuel (+1,7 % par rapport à 2013), la croissance de l'activité a connu un rebond en 2015 (+4,3 %). Si ce regain est encourageant, il reste très inférieur au taux de 10 % de progression annuelle nécessaire à l'atteinte de l'objectif fixé par la circulaire du 4 décembre 2013 qui prévoyait un doublement du taux de recours à l'horizon 2018.

En Bretagne, l'HAD a connu une forte croissance jusqu'en 2013, ce qui a permis à la région de rattraper en partie son retard par rapport aux autres régions, entres autres grâce à l'installation de structures dans des zones jusque-là non desservies. Mais en 2014 et 2015, sa croissance s'est alignée sur celle du niveau national.

→ L'HAD promue dans le cadre du plan triennal

La politique de développement de l'HAD s'inscrit dans la logique du virage ambulatoire du plan Triennal et a pour objectif de favoriser le maintien à domicile des patients en

- en évitant des réhospitalisations,
- en substituant l'HAD au MCO quand l'état du patient et sa situation personnelle le permettent,
- anticipant les besoins d'hospitalisation en faisant intervenir les HAD en EHPAD et ESMS.

L'intégration de ce mode de prise en charge dans les parcours de soins est à renforcer en incitant les établissements traditionnels à changer leurs pratiques et à mieux prendre en compte la volonté du patient.

→ SSIAD et HAD : une complémentarité à renforcer

Les établissements d'HAD et les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) sont deux types de structure assurant une prise en charge coordonnée à domicile, mais sur des patients dont la charge en soins est différente. Ces dispositifs, qui devraient avoir un apport gradué pour le patient, peinent à trouver une complémentarité du fait des règles de facturation. En particulier, la réglementation ne permet pas aujourd'hui une intervention conjointe de l'HAD et d'un SSIAD, avec refacturation à l'HAD des prestations du SSIAD. Des expérimentations sont en cours pour en évaluer la faisabilité.

Dans un rapport conjoint de la FNEHAD avec l'ADMR et l'UNA paru en mai 2015, deux situations sont distinguées : le relais, c'est-à-dire un transfert de prise en charge d'une structure à l'autre, et la coopération qui doit définir un dispositif favorisant la continuité de l'accompagnement du patient en SSIAD et l'intervention de l'HAD en cas de dégradation de l'état du patient.

Les trois fédérations formulent cinq propositions pour améliorer la fluidité du parcours des patients à domicile.

1. Renforcer la communication pour améliorer la connaissance réciproque des acteurs, à destination des patients, entre SSIAD et HAD, ainsi qu'auprès des médecins prescripteurs.
2. Développer l'utilisation d'outils de coordination pour accompagner le transfert de patients, tels que des conventions de partenariat et des fiches de liaison.
3. Renforcer le rôle d'animateur de l'offre de soins de l'Agence Régionale de Santé (ARS) sur son territoire.
4. Définir un cadre réglementaire sécurisé permettant la mise en place de coopérations renforcées.
5. Définir des règles de tarification qui favorisent la fluidité du parcours du patient.

Le document met par ailleurs des outils à disposition des structures, tels que des fiches relais standardisées et un modèle de convention.

http://www.directions.fr/Global/Newsletter/Documents_NL/HAD-SSIAD_rapport.pdf

→ Le domicile, un axe fort du plan Soins Palliatifs 2015-2018

L'un des quatre axes du dernier plan national triennal pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie est de conforter les prises en charge à domicile.

Le plan décline en particulier 3 mesures spécifiques à l'HAD (10-1 à 10-3) : fixation d'objectifs chiffrés d'adressage aux établissements prescripteurs, développement des prises en charge en EHPAD, réflexion sur la pertinence du recours à l'HAD pour des patients souffrant de maladies neurodégénératives. Deux mesures (11-1 et 11-2) concernent également le rapprochement qui doit être effectué avec les SSIAD.

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/031215_-_plabe56.pdf

→ L'HAD pour un retour précoce au domicile après une intervention chirurgicale

Concernant la chirurgie conventionnelle, la DGOS a travaillé en 2015 avec les sociétés savantes en chirurgie digestive, orthopédique et gynécologique afin d'identifier les actes pour lesquels la durée d'hospitalisation en MCO pourrait être réduite grâce à l'HAD et afin de déterminer la charge en soins. Cela a conduit à la création du MPP 29 « Sortie précoce de chirurgie », à compter du 1^{er} mars 2016.

Concernant la chirurgie ambulatoire, un rapport publié en juillet 2014 par l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) et l'IGF (Inspection Générale des Finances) estime que le recours à l'HAD pour accompagner les patients de chirurgie ambulatoire de retour à leur domicile devrait rester limité aux patients dont l'état de santé le justifie (patients atteints d'un cancer par exemple).

http://www.modernisation.gouv.fr/sites/default/files/epp/epp_chirurgie-ambulatoire_rapport.pdf

→ La Chimiothérapie en HAD recommandée par la HAS

Dans la cadre des travaux sur le développement de l'HAD, la chimiothérapie à domicile a été identifiée comme une piste à étudier, étant donné le profil des patients pris en charge. Il convenait cependant de rapporter les bénéfices d'une prise en charge au domicile aux contraintes qu'elle impose (transport des chimiothérapies, forte mobilisation et coordination des acteurs...). Il fallait de plus tenir compte du développement des chimiothérapies par voie orale et de l'offre alternative des hôpitaux de jour.

La HAS a publié ses conclusions et recommandations dans un rapport daté de janvier 2015 dans lequel elle reconnaît l'HAD comme une modalité de prise en charge pertinente qu'il convient de développer pour pratiquer certaines chimiothérapies au domicile. Elle cite notamment l'hématologie, les traitements par voie sous-cutanée et les prises en charge de patients fragiles.

La HAS indique néanmoins que les différents modes de financement de la chimiothérapie n'incitent pas aujourd'hui au développement de cette prise en charge en HAD.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-03/conditions_du_developpement_de_la_chimiotherapie_en_hospitalisation_a_domicile_-_synthese_et_recommandations.pdf

→ Le Plan Maladies Neurodégénératives (PMND)

Le PMND renforce le rôle de l'HAD dans la prise en charge de ces maladies avec la mesure 15 « Lever les freins permettant l'accès à une prise en charge hospitalière à domicile aux personnes atteintes de MND quel que soit son lieu de vie ». Son déploiement devrait se traduire par une augmentation des MPP relatifs aux prises en charge SSR et de nursing lourd.

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_maladies_neuro_degeneratives_def.pdf

2. L'Activité d'HAD en Bretagne en 2015

2.1 Précisions méthodologiques

Les éléments d'activité présentés ci-dessous sont issus des bases générées par l'ATIH dans le cadre du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information). Toutes les données de séjours transmises sous la forme de RAPSS sont prises en compte, y compris les séjours non facturables à l'Assurance Maladie et les sous-séquences de séjours non clos dans l'année. Seules les journées non groupées ont été exclues de l'analyse.

2.2 Synthèse des données régionales

2.2.1 Volumes d'activité

Tableau 1 : Nombre de journées d'activité et de patients pris en charge en 2014 et 2015, par établissement

TS	Etablissement	Nombre de journées			Nombre de patients		
		2014	2015	Evol. (%)	2014	2015	Evol. (%)
1	Clinique Pasteur	18 297	23 483	+28,3	527	642	+21,8
1	AUB - HAD Morlaix	7 303	6 305	-13,7	167	181	+8,4
1	AUB - HAD Carhaix	3 214	2 468	-23,2	79	77	-2,5
2	CHIC Quimper	7 587	5 200	-31,5	292	104	-64,4
3	HAD Aven à Etel	40 449	47 397	+17,2	1 045	1 011	-3,3
4	CH Ploërmel	4 051	6 926	+71,0	100	146	+46,0
4	Clinique Océane	27 252	28 424	+4,3	541	615	+13,7
5	HAD 35	37 779	35 796	-5,2	828	966	+16,7
6	AUB - HAD St-Malo	11 731	12 156	+3,6	273	286	+4,8
7	CH Lannion	10 652	9 467	-11,1	330	267	-19,1
7	AUB - HAD St-Brieuc	9 066	8 364	-7,7	279	236	-15,4
7	AUB - HAD Guingamp	4 474	4 284	-4,2	114	119	+4,4
8	AUB - HAD Pontivy	7 760	7 273	-6,3	166	194	+16,9
	BRETAGNE	189 615	197 543	+4,2	4 741	4 844	+2,2
	France entière	4 439 243	4 628 741	+4,3	106 610	105 779	-0,8

Source : PMSI

Un descriptif plus détaillé des volumes d'activité (nombre de séjours, part des patients en ESMS) par établissement est fourni en annexe 1.

→ Un rebond en 2015

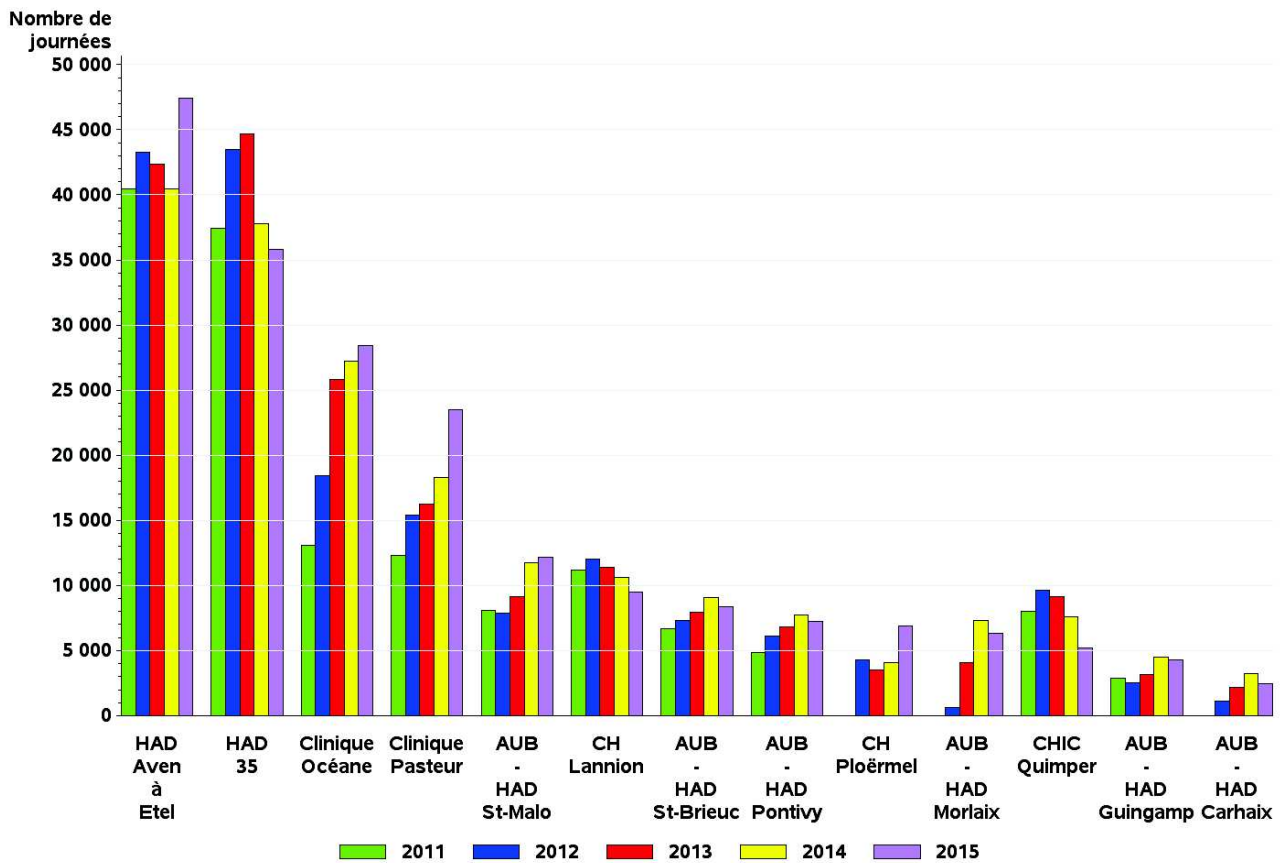
Après une année 2014 où l'HAD a connu une quasi-stagnation de son activité (+1,7 % par rapport à 2013 en Bretagne comme en France), les établissements d'HAD bretons ont réalisé en 2015 plus de 4,6 millions de journées, en hausse de 4,2 % par rapport à 2014. Cette tendance s'inscrit dans la lignée de celle observée en France. Plus de 4 800 patients ont été pris en charge (+2,2 %), une évolution supérieure à celle observée en France où l'on observe même une légère diminution du nombre de patients.

Ce relatif dynamisme breton repose principalement sur le développement marqué de l'activité de trois structures : la clinique Pasteur (+28 %) qui trouve progressivement sa place auprès des prescripteurs ; l'HAD de l'Aven (+17 %) qui a pris en charge un nombre de patients inférieur à 2014 (-3 %) mais pour des prises en charge plus longues ; le CH de Ploërmel (+70 %) qui connaît aujourd'hui une forte montée en charge de son activité, retardée de 2 ans par le départ d'un médecin coordonnateur peu après l'installation de la structure fin 2011.

Ces progressions sont contrebalancées par un recul de l'activité dans d'autres établissements : cinq des six structures de l'AUB dans le nord et le centre Bretagne (-6 % de journées au total malgré un nombre de patients stable) ; le CH de Lannion (-11 %), dont l'activité recule depuis 3 ans ; l'HAD du TS 2 en pleine restructuration.

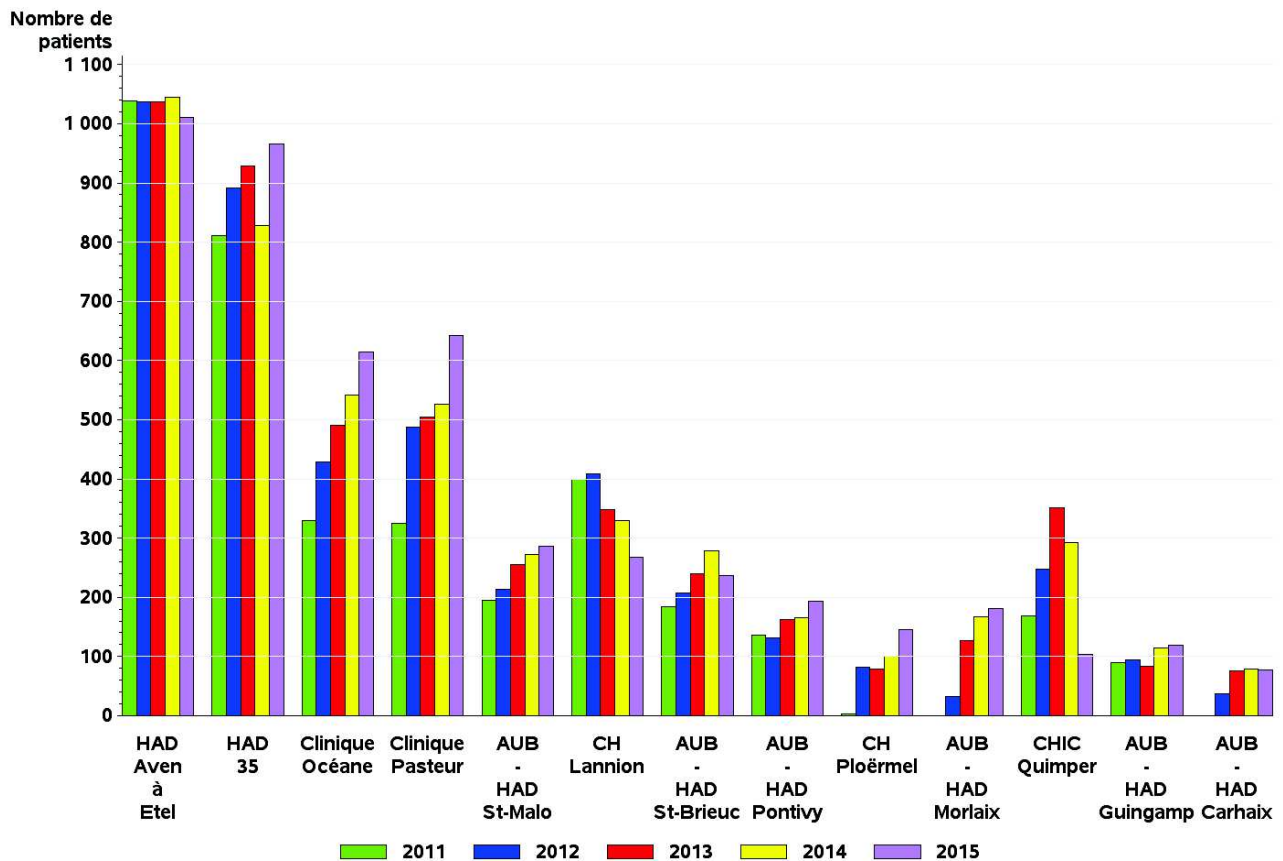
Pour plus de précisions sur les évolutions par structure d'HAD, une analyse par territoire est proposée en 4.2.

Figure 3 : Nombre de journées d'activité entre 2011 et 2015, par structure



Source : PMSI

Figure 4 : Nombre de patients pris en charge entre 2011 et 2015, par structure



Source : PMSI

→ La Bretagne continue de développer les prises en charge en ESMS

Les établissements d'HAD peuvent intervenir en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) depuis 2007 et dans l'ensemble des Établissements Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS) depuis 2012.

Tableau 2 : Nombre de patients pris en charge en EMS (établissements médico-sociaux) et ES (établissements sociaux) en 2015, par structure

TS	Etablissement	Nombre de patients pris en charge en ESMS	Part de la patientèle (%)	Evol. 2015/2014 (%)	Dont Nombre de patients pris en charge		
					en EHPAD	en EMS hors EHPAD	en ES
1	Clinique Pasteur	133	20,7	+79,7	129	3	1
1	HAD Morlaix	21	11,6	-32,3	21	0	0
1	HAD Carhaix	9	11,7	-25,0	9	0	0
2	CHIC Quimper	6	5,8	+50,0	5	0	1
3	HAD de l'Aven à Étel	76	7,5	+35,7	58	2	16
4	CH Ploërmel	10	6,8	+25,0	8	0	2
4	Clinique Océane	45	7,3	+36,4	45	0	0
5	HAD 35	196	20,3	+38,0	193	2	1
6	HAD St-Malo	34	11,9	+0,0	34	0	0
7	CH Lannion	12	4,5	+33,3	12	0	0
7	HAD Briochin	16	6,8	-20,0	16	0	0
7	HAD Guingamp	12	10,1	-14,3	12	0	0
8	HAD Pontivy	10	5,2	+42,9	9	1	0
	Bretagne	580	12,0	+30,6	551	8	21
	France entière	7 188	6,8	+25,5	6 861	223	112

Source : PMSI

La liste des établissements concernés figurent dans la [CIRCULAIRE N° DGOS/R4/DGCS/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

En Bretagne en 2015, 580 patients ont été pris en charge par une structure d'HAD au sein d'un ESMS, soit près d'un patient sur huit. Ce chiffre est en progression de plus de 30 % par rapport à 2014 (+26 % au niveau national) et situe la Bretagne au 2^{ème} rang des régions pour la prise en charge dans ces établissements, derrière la région Provence-Alpes-Côte-D'azur.

Certaines structures comme l'HAD 35 et la clinique Pasteur ont particulièrement investi ce champ, avec 20 % de leur patientèle pris en charge en EHPAD.

2.2.2 Détail de l'activité par Mode de Prise en charge Principal (MPP)

Tableau 3 : Nombre et part de journées d'activité par MPP en 2014 et 2015

(Les MPP sont classés par nombre de journées 2015 décroissant)

Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2014		2015		Evol. du Nombre de journées (%)	Part de l'activité France entière 2015 (%)
	Nombre de journées de présence	Part de l'activité (%)	Nombre de journées de présence	Part de l'activité (%)		
TOUS	189 615	100,0	197 543	100,0	+4,2	100,0
09 Pansements complexes et soins spécifiques	48 567	25,6	56 381	28,5	+16,1	27,0
04 Soins palliatifs	57 345	30,2	51 440	26,0	-10,3	23,9
14 Soins de nursing lourds	12 259	6,5	14 092	7,1	+15,0	10,4
07 PEC de la douleur	8 785	4,6	13 936	7,1	+58,6	2,3
06 Nutrition entérale	9 593	5,1	11 989	6,1	+25,0	6,9
03 Traitement voie veineuse : anti-infectieux ou autre	10 803	5,7	11 622	5,9	+7,6	5,9
08 Autres traitements	6 442	3,4	7 126	3,6	+10,6	2,2
13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	6 159	3,2	6 465	3,3	+5,0	3,7
02 Nutrition parentérale	6 471	3,4	5 385	2,7	-16,8	2,5
01 Assistance respiratoire	4 975	2,6	5 128	2,6	+3,1	2,7
19 Surveillance de grossesse à risque	6 157	3,2	4 823	2,4	-21,7	2,6
10 Post traitement chirurgical	4 946	2,6	4 065	2,1	-17,8	2,3
05 Chimiothérapie anticancéreuse	2 175	1,1	1 854	0,9	-14,8	2,1
21 post-partum pathologique	1 840	1,0	1 580	0,8	-14,1	1,5
12 Rééducation neurologique	805	0,4	654	0,3	-18,8	1,2
11 Rééducation orthopédique	1 176	0,6	381	0,2	-67,6	0,8
17 Surveillance de radiothérapie	339	0,2	311	0,2	-8,3	0,1
24 Surveillance d'aplasie	91	0,0	107	0,1	+17,6	0,1
15 Education du patient et de son entourage	124	0,1	101	0,1	-18,5	1,2
22 PEC du nouveau-né à risque	18	0,0	67	0,0	+272,2	0,6
20 Retour précoce à domicile après accouchement	545	0,3	36	0,0	-93,4	0,1

Source : PMSI

* Le mode de prise en charge 20 « Retour précoce à domicile après accouchement » a disparu le 1^{er} mars 2015

Le tableau en annexe 2-A décrit l'activité de chaque établissement pour les Modes de Prise en charge Principaux (MPP) les plus représentatifs de leur activité (au moins 5 % du nombre de journées effectuées en 2014 et/ou 2015).

Les tableaux en annexes 2-B et 2-C donnent la répartition de l'activité des structures par MPP en nombre de patients (globalement et par établissement). Cette autre approche, centrée sur les patients, permet de mettre en avant des MPP pour lesquels les durées moyennes de prise en charge sont plus courtes.

A noter : un patient peut avoir été pris en charge avec différents MPP.

En 2015, les « pansements complexes » sont devenus le MPP le plus codé en Bretagne avec 28,5 % des journées. La part de ce MPP augmente régulièrement depuis plusieurs années. Il détrône ainsi les soins palliatifs (26 % de l'activité), jusque-là toujours majoritaires, du fait notamment d'un basculement du codage de certaines situations palliatives avec d'autres MPP tel que la « prise en charge de la douleur ». Les Soins palliatifs sont codés en mode de prise en charge associé dans ce cas.

On relève également une forte progression de l'activité de « Soins de nursing lourds » (+15 %), après une forte baisse en 2014, et de nutrition entérale (+25 %).

Figure 5 : Répartition des MPP suivant le nombre de journées d'activité en 2015*

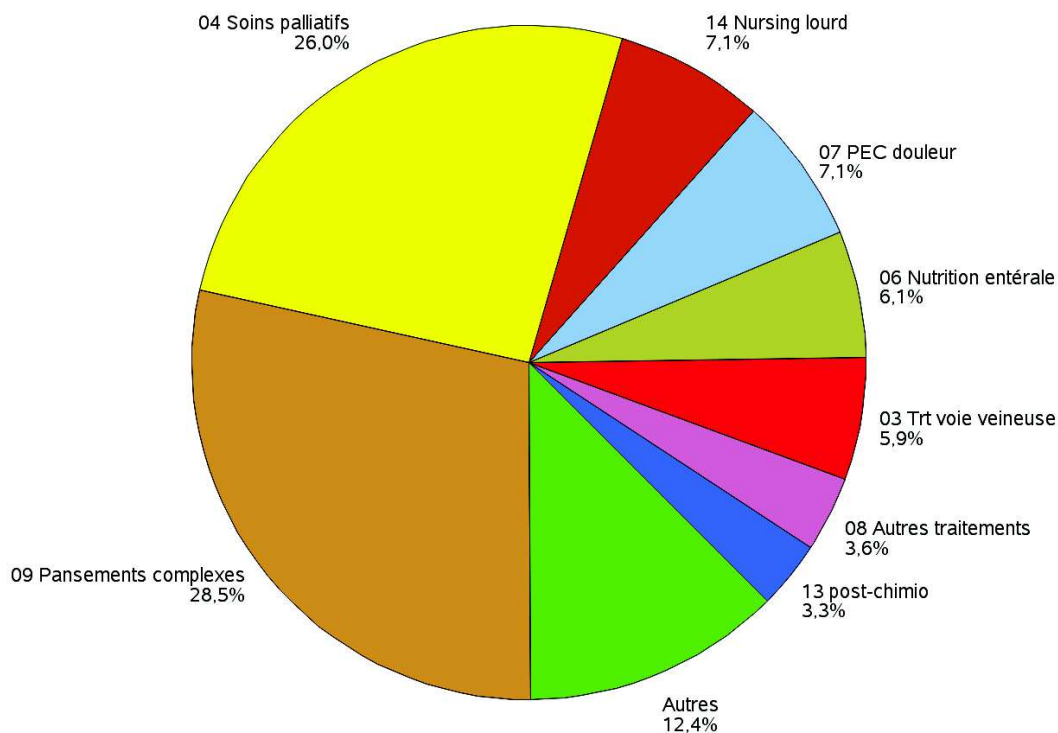
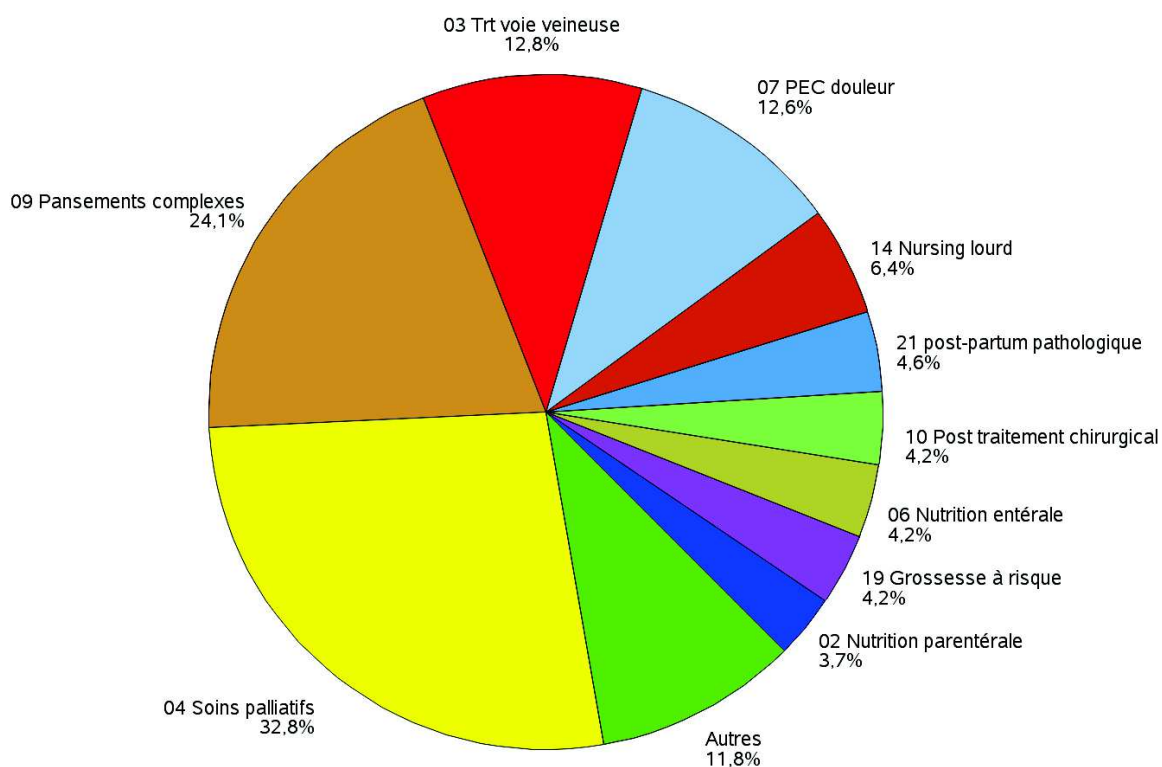


Figure 6 : Répartition des MPP suivant le nombre de patients pris en charge en 2015**



Source : PMSI

* et **: Les MPP représentant respectivement moins de 3 % du nombre de journées* / patients** sont regroupés dans la catégorie « Autres ».

→ Recul des prises en charge périnatales en HAD

Les prises en charge liées à l'accouchement représentent en 2015 environ 3 % de l'activité bretonne en nombre de journées et 9 % en nombre de patients – l'écart vient de la durée relativement courte des séjours HAD en post-partum.

Depuis l'annonce en 2012 d'une réflexion sur la pertinence des « retours précoces à domicile après accouchement » (MPP 20) en HAD et avec la mise en place du programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO), on note un déclin important de l'activité de post-partum en HAD qui touche également le « post-partum pathologique » (MPP 21 : -24 % en Bretagne, -37 % en France entre 2013 et 2015). Ces changements ont en effet pu amener certaines structures à reconsidérer la viabilité d'une activité périnatale au sein de leur offre de services, notamment du fait de la nécessité de disposer d'un personnel spécifique (sages-femmes, puéricultrices). C'est notamment le cas des CH de Lannion et du CHIC Quimper.

La « surveillance de grossesse à risque » (MPP 19) connaît par contre une évolution différente en France où cette activité continue de progresser régulièrement (+5 % entre 2013 et 2015). En Bretagne, cette prise en charge n'est pratiquée que par deux établissements (clinique Océane et HAD 35) ; le recul de 25 % qu'elle connaît est davantage lié à l'évolution de l'activité de cette seconde structure qu'à un phénomène plus structurel.

Cf. partie 1.3 sur les recommandations de prise en charge du post-partum émises par la HAS

→ L'HAD peine à se substituer au SSR

Bien que son développement constitue un objectif du PRS, l'activité de rééducation dans le cadre de l'HAD reste marginale (Moins de 1 % de l'activité en Bretagne, 2 % en France), notamment du fait de la difficulté, selon les HAD, de faire intervenir des kinésithérapeutes dans le cadre d'une HAD à la fréquence requise.

Une organisation associant l'HAD 35, le Pôle St-Hélier, le CMP Beaulieu et le CHU de Rennes est en projet.

2.2.3 Détail de l'activité suivant la valeur de l'indice de Karnofsky

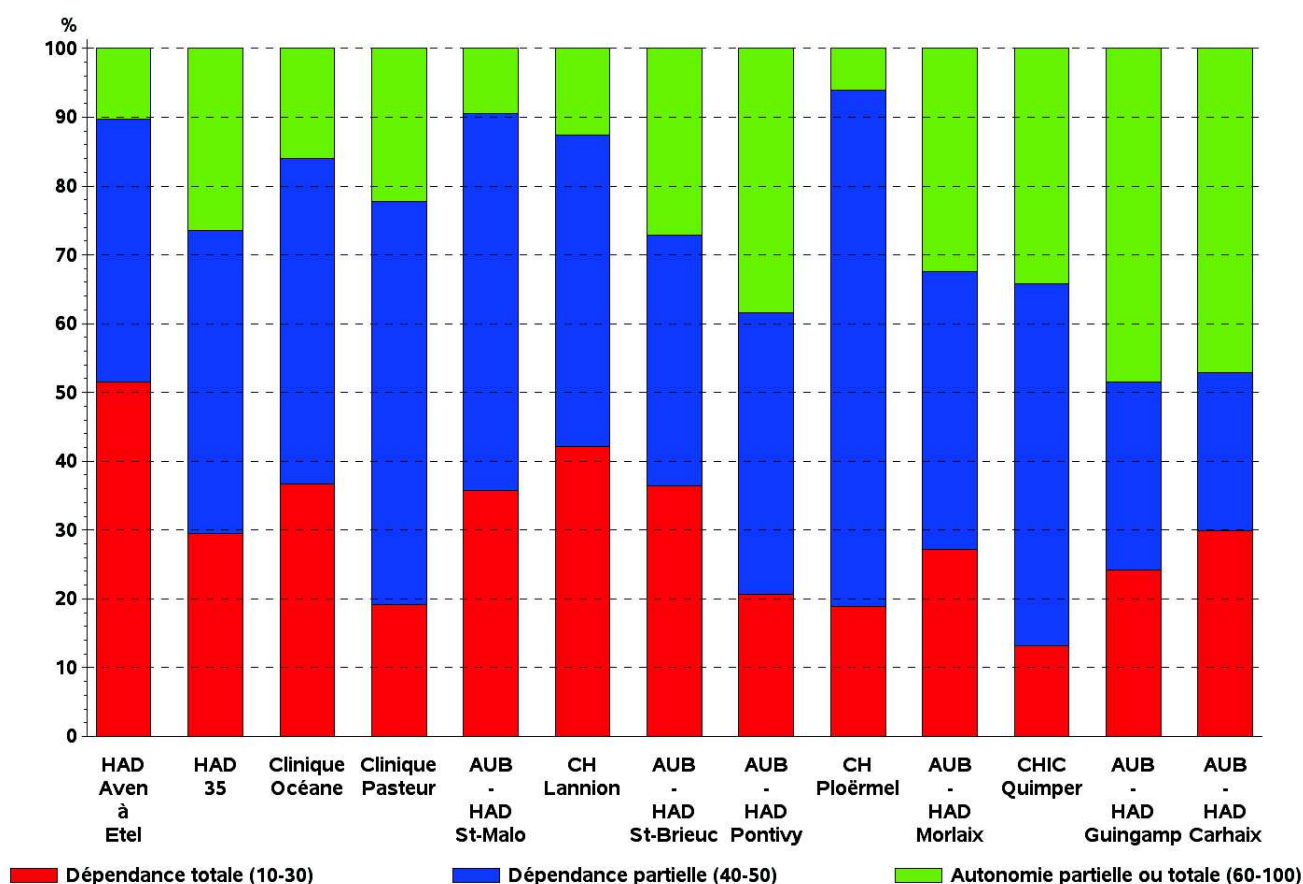
Rappel méthodologique : l'indice de Karnofsky (IK)

L'indice de Karnofsky mesure la capacité d'une personne à exécuter des actes habituels. Il peut valoir entre 10 (patient moribond) et 100 (personne ayant une activité normale, sans aucun signe de maladie). Plus sa valeur est élevée, plus le patient se porte bien. A titre de repères :

- à 70, le patient peut se prendre en charge, mais ne peut pas mener une activité normale
- à 50, le patient nécessite une assistance considérable et un soin médical fréquent.
- à 30, l'hospitalisation est indiquée. Le patient souffre d'un handicap sévère.

L'indice de Karnofsky constitue, avec le MPP, le MPA et la durée depuis le début du séjour, un élément déterminant le tarif journalier de la prise en charge en HAD.

Figure 7 : Répartition des journées d'activité 2015 suivant la valeur de l'Indice de Karnofsky, par établissement



Source : PMSI

Les journées relatives au MPP 22 « PEC du nouveau-né à risque » sont exclues de l'analyse, l'IK étant, par convention, fixé à 100 dans ce cas

En Bretagne en 2015, 31 % des journées d'HAD ont bénéficié à des patients très dépendants, avec un indice de Karnofsky entre 10 et 30 ; ce chiffre est en progression depuis quelques années (24 % en 2011). La région se différencie du national par une proportion plus importante de patients ayant un niveau de dépendance intermédiaire (40-50) et moins de patients très dépendants ou au contraire peu dépendants.

La répartition varie d'un établissement à l'autre en fonction des prises en charge effectuées, des patients traités et du codage de la dépendance.

2.2.4 Durées de séjour

Rappel méthodologique : la durée de séjour en HAD

La durée de séjour en HAD n'influe pas sur le groupage mais elle a un impact direct sur le tarif : une minoration du tarif journalier est appliquée à partir du 5^{ème} jour, puis du 10^{ème} puis du 30^{ème} jour de chaque séquence.

En cas de changement de séquence au cours d'un séjour (c'est-à-dire, si au moins l'un des 3 paramètres MPP, MPA ou IK change), la tarification repart sur la base du forfait plein (tranche 1).

Tranche	Moment de la séquence	Pondération (minoration) du tarif journalier
1	du 1er au 4e jour	1 (0 %)
2	du 5e au 9e jour	0,7613 (-23,9 %)
3	du 10e au 30e jour	0,6765 (-32,4 %)
4	au-delà du 30e jour	0,6300 (-37,0 %)

Tableau 4 : Durée des séjours clos en 2015, par établissement

TS	Etablissement	Nombre de séjours clos	DMS (jours)	Evol. DMS (%)	Durée de séjour (en jours)			
					0-4 (%)	5-9 (%)	10-29 (%)	30 et + (%)
1	Clinique Pasteur	928	24,6	0,1	20	20	36	23
1	AUB - HAD Morlaix	249	28,3	4,0	16	26	34	24
1	AUB - HAD Carhaix	109	25,8	-20,9	15	18	43	24
2	CHIC Quimper	186	24,9	35,2	33	14	27	25
3	HAD Aven à Etel	1 222	36,7	14,0	11	27	27	35
4	CH Ploërmel	201	32,1	9,4	10	18	38	34
4	Clinique Océane	723	40,6	-4,2	8	14	41	37
5	HAD 35	1 377	25,4	-22,3	29	15	33	24
6	AUB - HAD St-Malo	360	33,7	6,5	11	12	37	40
7	CH Lannion	354	27,5	3,0	11	17	45	27
7	AUB - HAD St-Brieuc	290	29,0	1,1	13	16	37	34
7	AUB - HAD Guingamp	149	29,9	-2,5	11	18	41	30
8	AUB - HAD Pontivy	244	31,6	-5,9	14	13	45	28
	BRETAGNE	6 392	30,6	0,4	17	19	35	29

Source : PMSI

Les durées de séjours sont également décrites par MPP en annexe 5, pour les séjours clos au cours desquels un seul MPP a été codé (90 % des séjours environ).

La durée moyenne d'un séjour HAD est d'un peu plus de 30 jours en Bretagne et varie de 25 à 41 jours suivant les structures.

Les différences s'expliquent notamment par les prises en charge effectuées :

- DMS élevées pour les « Pansements complexes » (39 jours), « Soins de nursing lourds » (39 jours), « Nutrition entérale » (38 jours), « Soins palliatifs » (30 jours).
- DMS faibles pour les prises en charge du « post-partum » (7 jours), la « chimiothérapie anticancéreuse » (10 jours), le « traitement par voie veineuse » (15 jours).

2.3 Descriptifs complémentaires

2.3.1 Âge des patients

Tableau 5: Âge des patients pris en charge en 2015

TS	Etablissement	Nombre de patients	Age moyen	Age en classes (années)				
				< 1 (%)	1-17 (%)	18-64 (%)	65-75 (%)	75 et plus (%)
1	Clinique Pasteur	642	70,1	0,2	0,3	33,6	18,7	47,2
1	AUB - HAD Morlaix	181	69,8			34,3	23,2	42,5
1	AUB - HAD Carhaix	77	68,5		2,6	35,1	13,0	49,4
2	CHIC Quimper	104	64,3		1,0	48,1	23,1	27,9
3	HAD Aven à Etel	1 011	60,9	1,0	1,5	45,8	14,4	37,3
4	CH Ploërmel	146	71,0	0,7	0,7	28,1	21,2	49,3
4	Clinique Océane	615	63,6	0,3	1,5	41,6	20,0	36,6
5	HAD 35	966	63,1	0,3	2,2	43,5	13,0	41,0
6	AUB - HAD St-Malo	286	70,6		2,1	29,4	23,4	45,1
7	CH Lannion	267	71,7		0,7	24,7	24,7	49,8
7	AUB - HAD St-Brieuc	236	69,1		2,1	29,2	20,3	48,3
7	AUB - HAD Guingamp	119	69,8			32,8	20,2	47,1
8	AUB - HAD Pontivy	194	64,5	0,5	2,6	35,6	18,6	42,8
	BRETAGNE	4 844	65,7	0,4	1,4	38,4	17,8	41,9

Source : PMSI

L'âge moyen des patients pris en charge en Bretagne en 2015 est de 65,7 ans, en progression régulière (61,4 en 2011, 62,5 en 2012, 63 ans en 2013, 64 en 2014). 60 % avaient plus de 65 ans, 42 % plus de 75 ans.

Les structures réalisant des prises en charge obstétricales ou dans la période périnatale présentent logiquement une part supérieure aux autres de 18-64 ans, notamment l'HAD 35, l'HAD de l'Aven et la clinique Océane. Le recul de ces prises en charge contribue à l'augmentation de la moyenne d'âge.

Avec 87 mineurs pris en charge dont 18 de moins de 1 an, l'activité HAD néonatale et pédiatrique reste marginale en Bretagne ; elle représente en effet moins de 2 % de la file active bretonne, contre 6,9 % au niveau national.

Des projets associant services de néonatalogie et structures d'HAD sont en cours d'élaboration sur la région afin de permettre un retour au domicile précoce de nouveau-nés vulnérables.

2.3.2 Provenance et destination

Tableau 6 : Provenance et destination croisées des patients pris en charge en 2015 sur la base des séjours clos dans l'année

Provenance	Destination									
	Etablissement		Domicile		Décès		Autres		TOUTES	
	Nb. Séj.	%	Nb. Séj.	%	Nb. Séj.	%	Nb. Séj.	%	Nb. Séj.	%
Etablissement	1 928	30,2	1 627	25,5	544	8,5	10	0,2	4 109	64,3
Domicile	526	8,2	1 110	17,4	613	9,6	3	0,0	2 252	35,2
Autres	1	0,0	1	0,0			26	0,4	28	0,4
TOUTES	2 455	38,4	2 738	42,9	1 157	18,1	39	0,6	6 389	100,0

Source : PMSI

Précisions : dans le tableau ci-dessus, les % indiqués prennent pour dénominateur le total des séjours clos dans l'année (sommés des lignes et des colonnes).

La catégorie « Etablissement » inclut les mutations et transferts MCO et SSR.

La catégorie « Domicile » inclut les transferts de/vers les établissements médico-sociaux, les SSIAD et les autres structures d'HAD.

La catégorie « Autres » inclut les transferts de/vers les établissements psychiatriques et les USLD.

64 % des patients pris en charge en HAD en Bretagne l'ont été suite à un séjour hospitalier, permettant ainsi d'écourter le temps passé en établissement de soins, bien que 47 % d'entre eux y soient retournés (c'est-à-dire 30 % parmi les 64 %). Une partie de ces allers-retours correspond à des situations de fin de vie à domicile, qui peuvent être ponctuées d'hospitalisations traditionnelles destinées à traiter des épisodes aigus ou comme solution ponctuelle de répit pour les aidants.

Plus de 35 % des patients ont été pris en charge directement à leur domicile, ce qui est légèrement supérieur au taux national (32,7 %).

Les séjours avec entrée et sortie par le domicile (ou décès), pour lesquels l'HAD aurait donc constitué une alternative totale à l'hospitalisation classique, représentent seulement 27 % de l'ensemble des séjours mais leur nombre progresse nettement par rapport à 2014 où ce taux était de 22 %. Le développement des prises en charge en EHPAD, marqué en Bretagne, contribue probablement à cette évolution.

Les tableaux en annexe 6 décrivent de façon plus détaillée les modes d'entrée et sortie par établissement, ainsi que les principaux établissements MCO adresseurs (identifiés par chaînage).

3. Synthèse régionale - Valorisation T2A

→ Des évolutions de recettes en miroir de l'activité

Tableau 7 : Valorisation brute des séjours et des molécules en sus en 2014 et 2015, par structure

TS	Etablissement	Séjours : Valorisation brute (€)			Nombre de journées	Molécules en sus : Valorisation brute (€)		
		2014	2015	Evol. (%)		2014	2015	Evol. (%)
1	Clinique Pasteur	3 748 582	4 585 971	+22,3	+28,3	199 905	286 334	+43,2
1	HAD Morlaix	1 401 055	1 275 307	-9,0	-13,7	57 527	40 873	-28,9
1	HAD Carhaix	599 643	518 352	-13,6	-23,2	568	0	-
2	CHIC Quimper	1 608 522	1 050 927	-34,7	-31,5	167 531	145 760	-13,0
3	HAD de l'Aven à Étel	8 841 123	10 151 360	+14,8	+17,2	7 677	0	-
4	CH Ploërmel	855 427	1 373 702	+60,6	+71,0	0	0	-
4	Clinique Océane	6 043 327	6 130 412	+1,4	+4,3	74 015	83 023	+12,2
5	HAD 35	7 062 628	6 675 075	-5,5	-5,2	429 501	67 805	-84,2
6	HAD St-Malo	2 452 180	2 590 392	+5,6	+3,6	2 474	0	-
7	CH Lannion	2 358 598	2 078 470	-11,9	-11,1	4 943	6 671	+35,0
7	HAD Briochin	1 868 368	1 646 174	-11,9	-7,7	408	0	-
7	HAD Guingamp	850 288	754 728	-11,2	-4,2	0	0	-
8	HAD Pontivy	1 552 383	1 443 090	-7,0	-6,3	0	55 775	-
	BRETAGNE	39 242 123	40 273 961	+2,6	+4,2	944 548	686 240	-27,3

Source : ePMSI, tableaux OVALIDE

Les recettes T2A des structures d'HAD bretonnes (hors molécules facturables en sus) progressent de 2,6 % par rapport à 2014 et atteignent 40 millions d'euros. L'HAD étant facturée à la journée, cette progression est fortement corrélée à celle du nombre de journées d'activité au sein de chaque établissement. Les écarts peuvent s'expliquer par des évolutions du panel de prises en charge, la lourdeur des cas traités et la durée des séquences de soins.

→ Peu de molécules facturables en sus prescrites

Les recettes des structures HAD bretonnes liées aux molécules facturables en sus des GHT représentent 1,7 % de leurs recettes T2A totales. Six structures concentrent l'essentiel des montants remboursés :

Etablissement	Molécules en sus : Valorisation brute (€)	Part de la valorisation totale de l'établissement	Principales molécules remboursées
Clinique Pasteur	286 334	5,9 %	148 k€ Tegeline, 52 k€ Privigen, 32 k€ Herceptin
HAD Morlaix	40 873	3,1 %	40 k€ Tegeline
CHIC Quimper	145 760	12,2 %	100 k€ Privigen, 36 k€ Erbitux
Clinique Océane	83 023	1,3 %	83 k€ Clairyg
HAD 35	67 805	1,0 %	43k€ Herceptin, 23 k€ Ambisome
HAD Pontivy	55 775	3,7 %	56 k€ Tegeline

Source : ePMSI, tableaux OVALIDE. K€ : milliers d'euros

Ce tableau appelle plusieurs constats :

- les montants remboursés dans chaque structure sont souvent concentrés sur une ou deux molécules
 - les principales molécules utilisées ne sont pas les mêmes d'une structure à l'autre. Deux classes sont principalement représentées : les anticancéreux (Trastuzumab – Herceptin), pour lesquels la commercialisation d'une forme sous-cutanée prête à l'emploi simplifie le circuit du médicament et les immunoglobulines (Tegeline, Privigen, Clairyg)
 - 7 établissements sur 13 facturent peu ou pas de molécules onéreuses
- ⇒ On peut y voir des pistes de développement pour les établissements vers de nouveaux profils de patients.

Aucun établissement n'a transmis de molécules sous Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU, molécules ayant reçu une AMM mais dont le montant et le taux de remboursement n'ont pas été fixés). Par contre, la plupart d'entre eux ont transmis des molécules dites « coûteuses » dans le cadre du nouveau dispositif de financement mis en place en 2015.

4. Analyse territoriale

4.1 Couverture régionale

→ Bonne accessibilité géographique de l'HAD en Bretagne

L'un des objectifs du Plan Régional de Santé (PRS) 2012-2016 est de permettre l'accès à l'HAD sur l'ensemble du territoire régional. Pour l'atteindre, il identifiait 13 structures autorisées, aujourd'hui en activité. En Bretagne, chaque structure bénéficie d'une exclusivité sur le territoire défini dans son dossier d'autorisation, ce qui lui confère une obligation de couverture comme le rappelle la circulaire sur le développement de l'HAD du 4 décembre 2013.

Cartographie : données et représentation

Les données d'activité issues du PMSI et les dossiers d'autorisation de l'ARS ont été mobilisés pour obtenir une représentation cartographique de l'accessibilité et du recours à l'HAD en Bretagne : les cartes présentées ci-dessous associent les deux sources afin de pouvoir distinguer des zones non couvertes par une autorisation et des zones couvertes par une autorisation mais où aucun recours n'a été reporté. Les communes où un recours a été enregistré sont distinguées suivant la valeur du taux de recours annuel : supérieur ou inférieur à la moyenne nationale 2014, soit 18,4 patients par jour pour 100 000 habitants.

Ces cartes croisent ainsi des données disponibles :

- par canton pour le fichier des autorisations.
- par code géographique (regroupements de communes) pour l'activité (PMSI HAD)

Ces 2 échelons géographiques correspondent à des regroupements de communes indépendants qui se chevauchent, d'où la nécessité de revenir à un découpage communal de l'information, avec les hypothèses suivantes :

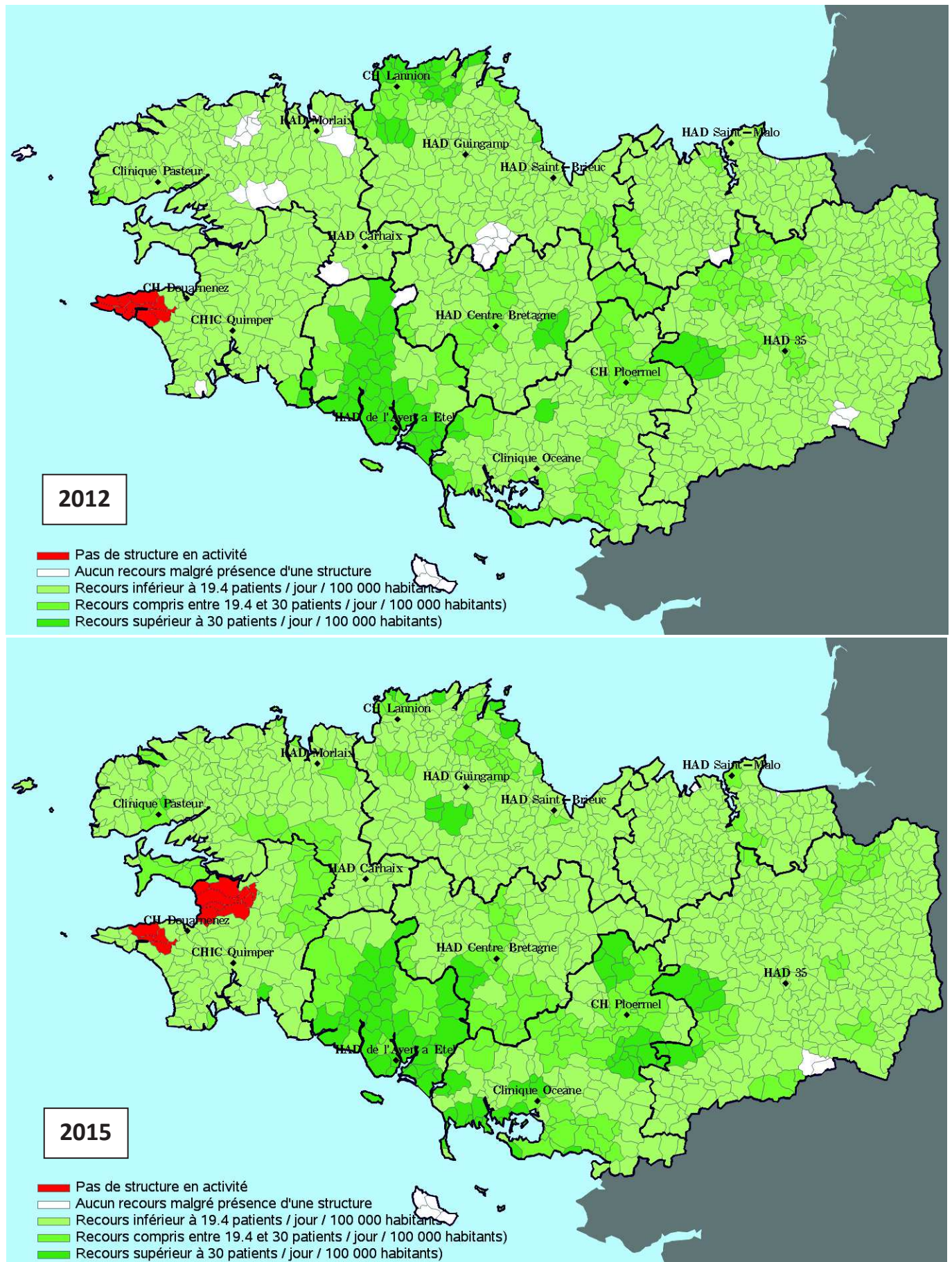
- 1) Concernant les autorisations, chaque commune se situant dans un canton couvert est considérée couverte.
- 2) Concernant l'activité, le recours est établi par code géographique PMSI. Ainsi, toute commune appartenant à un code PMSI où il y a eu au moins un patient pris en charge est considérée comme ayant connu un recours.

Les cartes présentées ci-dessous illustrent la très bonne accessibilité géographique de l'HAD en région Bretagne en 2015 et sa progression depuis la mise en place du PRS en 2012 : la plupart des bretons peuvent ainsi faire appel à une structure d'HAD.

La comparaison des cartes à 3 ans d'intervalle met en lumière la densification de la couverture dans le Morbihan et dans le Finistère Nord sur la période, mais aussi les difficultés rencontrées dans le Finistère Sud.

De manière plus générale, comme on l'illustrera de façon très détaillée dans la suite de ce chapitre, l'HAD est plus ou moins bien intégrée dans les filières de soins selon les territoires et les structures ne proposent généralement pas l'ensemble de l'éventail des prises en charge possibles en HAD.

Figure 8 et 9 : Cartographie du taux de recours à l'HAD en Bretagne en 2012 et 2015



Sources : PMSI, population municipale issue du recensement INSEE (respectivement 2009 et 2012), dossiers d'autorisation ARS Bretagne

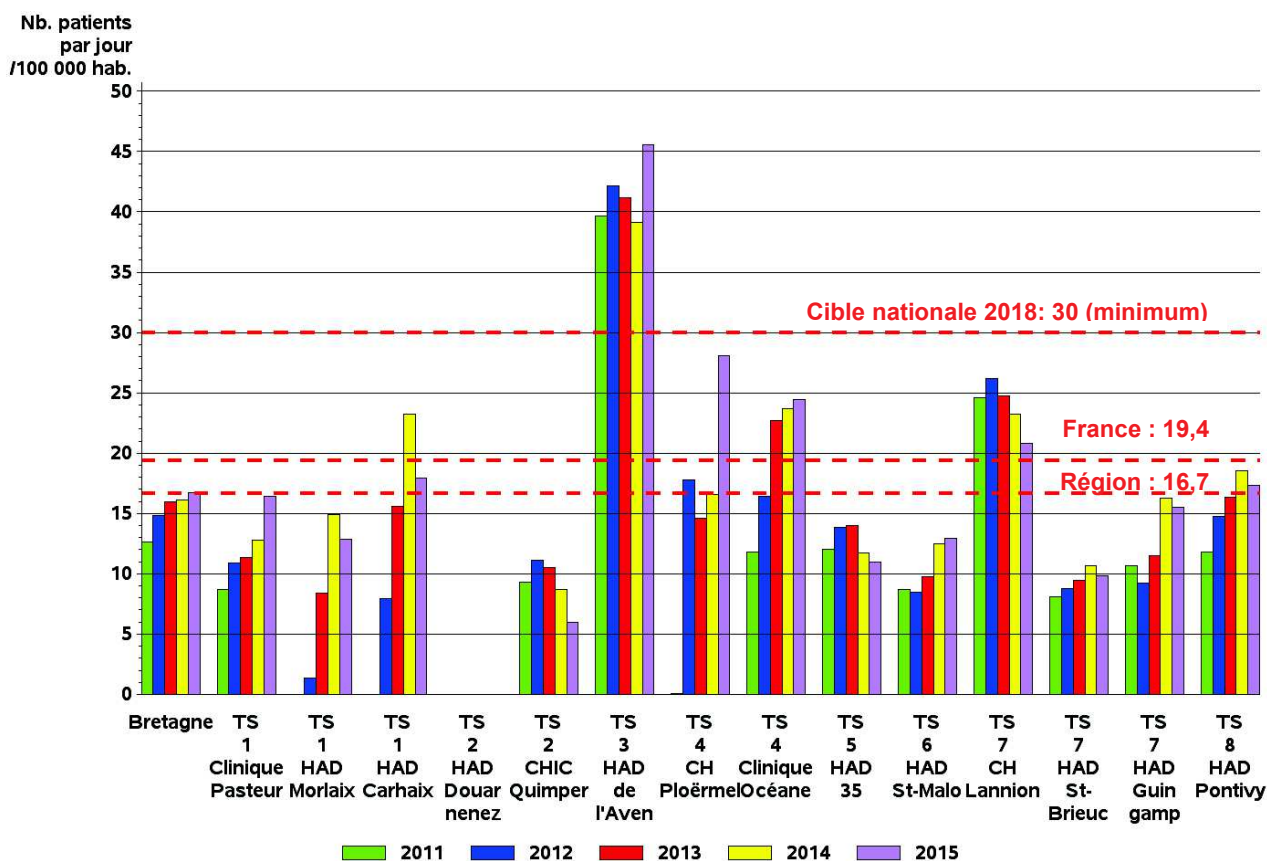
→ Des taux de recours très différents entre territoires

Tableau 8 : Nombre moyen de patients par jour par établissement rapporté à la population domiciliée sur sa zone d'autorisation

				2015			
TS	Etablissement	Nb. communes couvertes	Population couverte (Recens. INSEE 2012)	Nb. patients pris en charge	Nb. journées de prise en charge	Nb. moyen de patients PEC par jour pour 100 000 habitants	Evol. / 2014 (%)
1	Clinique Pasteur	91	392 964	643	23 483	16,4	+28,1
1	AUB - HAD Morlaix	68	134 539	181	6 305	12,8	-13,8
1	AUB - HAD Carhaix	27	37 718	77	2 468	17,9	-22,8
2	HAD Douarnenez	35	61 597				-
2	CHIC Quimper	64	239 247	104	5 200	6,0	-31,6
3	HAD Aven à Etel	53	285 132	1 015	47 397	45,5	+16,5
4	CH Ploërmel	51	67 632	146	6 926	28,1	+69,5
4	Clinique Océane	102	318 335	615	28 424	24,5	+3,3
5	HAD 35	318	893 121	968	35 796	11,0	-6,5
6	AUB - HAD St-Malo	139	257 867	286	12 156	12,9	+3,3
7	CH Lannion	72	124 775	267	9 467	20,8	-10,4
7	AUB - HAD St-Brieuc	99	233 755	236	8 364	9,8	-8,2
7	AUB - HAD Guingamp	74	75 603	119	4 284	15,5	-4,7
8	AUB - HAD Pontivy	77	114 812	194	7 273	17,4	-6,4
	Bretagne	1 270	3 237 097	4 851	197 543	16,7	+3,6
	France entière		65 241 241	105 779	4 628 741	19,4	+3,8

Sources : PMSI, populations municipales issue du recensement INSEE 2011 et 2012 (année N-3), dossiers d'autorisation ARS

Figure 10 : Nombre moyen de patients par jour par établissement rapporté à la population domiciliée sur sa zone d'autorisation



Sources : PMSI, population municipale issue du recensement INSEE 2008 à 2012 (année N-3), dossiers d'autorisation ARS

Le taux de recours à l'HAD en Bretagne s'établit à 16,7 patients pris en charge par jour pour 100 000 habitants en 2015 ; ce taux est inférieur à la moyenne nationale (19,4). En progression de 3,6 % par rapport à 2014, ce taux reste néanmoins très loin de l'objectif de 30-35 patients par jour pour 100 000 habitants en 2018 fixé par la circulaire de décembre 2013.

4.2 Analyse détaillée du recours à l'HAD par territoire et par structure

Le tableau en annexe 2-A décrit l'activité de chaque structure pour les Modes de Prise en charge Principaux (MPP) les plus représentatifs de leur activité (au moins 5 % du nombre de journées effectuées en 2014 et/ou 2015).

Les tableaux en annexes 2-B et 2-C donnent la répartition de l'activité des structures par MPP en nombre de patients (globalement et par établissement). Cette autre approche permet de mettre en avant des MPP pour lesquels les durées moyennes de prise en charge sont courtes. Attention : un patient peut avoir été pris en charge avec différents MPP.

Le tableau en annexe 6-C donne un aperçu des principaux établissements adresseurs (MCO uniquement) de chaque structure HAD.

→ TS 1 Brest / Carhaix / Morlaix : des évolutions contrastées

Entre 2011 et 2014, le recours à l'HAD dans le nord-ouest du Finistère, bien que progressant régulièrement, restait à un niveau faible autour de 10-12 patients par jour pour 100 000 habitants. En 2015, la clinique Pasteur-Lanroze, chargée de couvrir ce territoire de près de 400 000 habitants, a mis en place un ensemble de mesures pour développer son activité : rencontres avec les établissements du territoire et recrutement d'infirmiers de liaison, identification précise de profils de patients au sein des services pouvant bénéficier d'une HAD, échanges mensuels avec le CHU de Brest, etc. De ce fait, son taux de recours a quasiment rejoint la moyenne régionale. L'activité de « pansements complexes » a notamment bondi de 83 % et un patient sur cinq est pris en charge en EHPAD, soit trois fois plus qu'au niveau national. L'établissement se démarque également par une part importante de son activité de « traitement par voie veineuse » (14,5 % contre 5,9 % en Bretagne). L'activité de « soins palliatifs » est par contre relativement faible mais pourrait se développer avec la mise en œuvre des plateformes territoriales d'appui (PTA).

Plus à l'est, les établissements de Morlaix et Carhaix gérés par l'AUB ont connu une baisse d'activité en 2015 après trois années d'une montée en charge pourtant prometteuse. L'HAD de Morlaix a réalisé davantage de « pansements complexes » et de « soins palliatifs » mais a perdu en diversité sur ses modes de prises en charge. Malgré cette baisse d'activité, l'établissement a presque doublé le nombre de patients qu'elle a pris en charge pour « traitement par voie veineuse » sur des durées courtes, ce qui explique l'augmentation de 8 % du nombre total de patients pris en charge sur l'année.

L'HAD de Carhaix couvre un territoire de moins de 40 000 habitants et peu dense en professionnels de santé, ce qui limite considérablement son potentiel de développement. De plus, l'établissement est éloigné des centres prescripteurs, ce qui ne facilite pas la communication avec les adresseurs potentiels. Afin de remédier à cette situation de fragilité, avérée cette année avec un recul de 23 % du nombre de journées réalisées, un regroupement avec un autre établissement d'HAD est en réflexion.

→ TS 2 : Quimper / Douarnenez / Pont-l'Abbé : une offre en reconstruction

Depuis 2012, l'HAD portée par le CHIC de Quimper-Concarneau a connu un recul ininterrompu de son activité et a ainsi atteint un taux de recours de 6 patients par jour pour 100 000 habitants en 2015, largement inférieur à celui de 2011. Pourtant, l'établissement avait développé le nombre de patients pris en charge annuellement entre 2012 et 2014, notamment en soins palliatifs et en obstétrique (activité interrompue en 2014) ; c'était également un de seuls établissements de la région à administrer des chimiothérapies à domicile, qui requièrent pourtant une logistique complexe. Cependant, le sous-dimensionnement de l'équipe de coordination n'aura pas permis de mettre en place une offre pérenne sur le territoire et de développer les adressages depuis d'autres établissements que le CHIC Quimper lui-même ou via le domicile.

A la demande de l'ARS, une réflexion portée par l'Union Hospitalière de Cornouaille devait permettre de créer une nouvelle dynamique pour l'HAD sur le TS 2. C'est chose faite depuis avril 2016, date à laquelle l'Hôtel-Dieu Pont-l'Abbé a repris l'autorisation du CHIC, ainsi que celle de Douarnenez (jamais mise en œuvre).

→ TS 3 : Lorient / Quimperlé : une HAD bien implantée

L'HAD de l'Aven à Etel, qui couvre l'ensemble du TS 3 est le seul établissement à atteindre (et même à dépasser) l'objectif fixé de 30 patients par jour pour 100 000 habitants en Bretagne et l'un des rares en France. Selon son directeur, trois facteurs majeurs expliquent cette réussite : une construction par et pour les acteurs de terrain (c'est-à-dire les adresseurs), un travail en étroite collaboration avec le monde libéral et une géographie facilitant les déplacements.

L'arrivée d'un nouveau médecin coordonnateur début 2015 et l'accroissement continu de son équipe d'IDE coordinatrices ont permis à l'établissement de développer encore son activité de 17 % cette année, notamment sur des prises en charge longues comme les « soins palliatifs » (+19 %), les « pansements complexes » (+23 %) et la « nutrition entérale » (+59 %). Il prend en

charge environ 1 000 patients annuellement, chiffre relativement stable depuis plusieurs années ; 7,5 % d'entre eux le sont en EHPAD ou en établissement social, ce qui est légèrement supérieur à la moyenne nationale, mais paraît relativement peu étant donné le niveau d'activité de la structure. En terme de prescripteurs, l'HAD de l'Aven à Etel a un recrutement encore majoritairement hospitalier (72,4 %) du fait de son historique mais la part des admissions directement depuis le domicile (y compris ESMS) progresse cette année de 20,6 % à 27,4 %.

→ TS 4 : Vannes / Ploërmel / Malestroit : une offre qui se densifie

Le TS 4, couvert au sud par la clinique Océane de Vannes et au nord par le CH Ploërmel, affiche le taux de recours à l'HAD le plus élevé de la région derrière le TS 3, avoisinant les 25 patients par jour pour 100 000 habitants.

En 2015, la clinique Océane a consolidé son activité (+4,3 %) qui n'a cessé de progresser depuis 2011, de sorte que l'établissement a doublé sa file active en 4 ans. Son panel de prises en charge est relativement similaire à celui des années précédentes avec une nette prédominance des « soins palliatifs » (parfois codés en « prise en charge de la douleur »). On note néanmoins un développement des « pansements complexes » (+37 %). Néanmoins, la clinique reste son principal adresseur et peut probablement trouver des leviers de croissance en se rapprochant du CHBA, qui a lui-même été incité à augmenter significativement ses prescriptions d'HAD dans le cadre du plan triennal.

De son côté, l'HAD de Ploërmel a nettement augmenté son activité (+71 % par rapport à 2014) en diversifiant ses prises en charge (« Pansements complexes », « soins de nursing lourds »). Les « soins palliatifs » restent le MPP majoritaire mais ils ne représentent plus que 36 % des journées contre 57 % en 2014. Cette forte progression d'activité s'explique par un accroissement des adressages par les centres hospitaliers environnants (CHBA, CHU de Rennes, Ploërmel notamment) ; la part des admissions en provenance d'un service de MCO progresse d'ailleurs de 16 points pour atteindre 77 %. Au final, l'établissement affiche un taux de recours de 28 patients par jour pour 100 000 habitants en 2015 sur son territoire, très proche de l'objectif national.

→ TS 5 : Rennes / Fougères / Vitré / Redon : une nouvelle impulsion ?

L'HAD 35 couvre l'ensemble du TS 5, soit plus d'un quart de la population bretonne. Ainsi, bien qu'affichant un niveau d'activité élevé (le 2^{ème} en Bretagne), son taux de recours est très faible avec 11 patients par jour pour 100 000 habitants en 2015 contre 13,9 à son maximum en 2013. L'établissement a en effet connu des problèmes de gouvernance ainsi qu'une instabilité des équipes de coordination et des équipes médicales, ce qui a conduit à une diminution d'activité de l'ordre de 20 % en deux ans. Toutefois, la résolution de ces difficultés semble aujourd'hui en bonne voie et le dernier trimestre 2015 est encourageant.

La répartition de l'activité par MPP est relativement stable (si on tient compte d'un basculement du codage des « soins palliatifs » vers la « prise en charge de la douleur »). On relève néanmoins une augmentation de l'activité de « soins de nursing lourds » (+39 %) et une baisse pour la « surveillance de grossesse à risque » (-28 %). L'établissement intervient pour 57 % des séjours directement au domicile et est notamment très présent dans les EHPAD où près de 200 patients ont été pris en charge (+38 % par rapport à 2014).

→ TS 6 : St-Malo / Dinan : un taux de recours à l'HAD qui doit progresser

Après une forte progression de l'activité en 2014 (+28 % de journées) en particulier des « Soins palliatifs » et des « Pansements complexes », l'HAD de Saint-Malo a stabilisé son activité en 2015. Le taux de recours sur son territoire (le TS 6) s'élève à 12,9 patients par jour pour 100 000 habitants, ce qui est inférieur au taux régional. L'établissement intervient dans près de trois cas sur quatre en aval d'un séjour MCO ou SSR, généralement effectué dans un des centres hospitaliers environnants (St-Malo, Dinan, CHU de Rennes et CH de St-Brieuc). 12 % des patients pris en charge l'ont été au sein d'un EHPAD.

→ TS 7 : St-Brieuc / Guingamp / Lannion : une offre fragile

Le TS 7 présente une offre HAD répartie entre trois établissements.

L'HAD du pays briochin portée par l'AUB couvre une bonne moitié des 435 000 habitants de ce TS mais n'a à ce jour pas trouvé les leviers pour développer son activité, notamment en termes de ressources médicales. Son taux de recours, inférieur à 10 patients par jour pour 100 000 habitants est l'un des plus faibles de la région. Son activité repose principalement sur les « soins palliatifs » (40 %) et les « pansements complexes » (27 %). Le nombre de patients pris en charge en EHPAD reste modeste.

L'HAD de Guingamp, qui couvre un bassin beaucoup moins peuplé, a connu un net sursaut de son activité en 2014 et quasiment rejoint le taux de recours régional, mais n'a pas poursuivi sur cette lancée cette année. Son taux de recours s'établit à 15,5 patients par jour pour 100 000 habitants en 2015, soit une file active d'environ 12 patients. Les « pansements complexes » constituent le MPP le plus représenté, avec 55 % des journées. La part des admissions depuis le domicile a légèrement progressé mais reste inférieure à 25 %. 10 % des patients ont été pris en charge en EHPAD. Des regroupements de structures sont envisagés par l'AUB, ce qui rendrait plus efficace le travail mené auprès des prescripteurs et faciliterait les recrutements.

Le CH de Lannion a connu depuis trois ans un recul continu de son activité (- 21 % de journées au total), expliqué notamment, pour l'antenne de Lannion, par l'arrêt des prises en charge périnatales et par les difficultés d'organisation de l'équipe (médicale et non médicale) n'ayant pas permis de maintenir le niveau de recrutement de patients relevant de pathologies médico-chirurgicales. L'antenne située à Paimpol a vu son activité s'infléchir légèrement entre 2014 et 2015 mais semble néanmoins connaître une meilleure dynamique : elle réalise un tiers de l'activité. Le taux de recours de l'établissement, bien qu'ayant perdu 5 points sur cette période, reste relativement élevé avec près de 21 patients par jour pour 100 000 habitants. L'activité repose pour un tiers sur les « soins palliatifs » et pour un quart sur les « pansements complexes ». L'établissement indique avoir communiqué avec tous les EHPAD de son territoire sur les services qu'il pouvait offrir à leurs résidents. Pour autant, le taux des patients qui y est pris en charge, inférieur à 5 %, est le plus faible de la région. L'établissement envisage, sur le site de Lannion, de retravailler l'organisation de son équipe de coordination et de lancer une campagne de communication en 2016, tant en interne que vers les médecins traitants. Il travaille par ailleurs sur le développement d'une activité de rééducation neurologique et de retour précoce après chirurgie.

→ TS 8 : Pontivy / Loudéac : un recrutement élargi mais des prises en charge plus courte

En 2015, l'HAD de Pontivy a pris en charge 17 % de patients de plus qu'en 2014 mais sur des durées plus courtes, conduisant à une diminution de son activité d'environ 6 %. Le taux de recours sur son territoire reste légèrement supérieur au taux régional, à 17,4 patients par jour pour 100 000 habitants. L'établissement a fortement augmenté le nombre d'admissions pour « pansements complexes » (+61 % patients, +37 % en journées) grâce à des adressages réguliers de la polyclinique de Kério et du service plaies et cicatrisation du CHCB. Il bénéficie également d'une bonne collaboration avec l'unité de « soins palliatifs » du territoire en participant aux staffs hebdomadaires, mais peine à recruter en dehors de ces deux services au CHCB. La part des patients pris en charge en EHPAD est également faible (5 %).

5. Quels leviers pour développer l'HAD ?

Le taux de recours cible de 30 patients par jour en HAD pour 100 000 habitants peut sembler éloigné à ce jour, au regard de la faible croissance de l'activité depuis deux ans. Pourtant, certaines structures ont déjà dépassé cette cible. C'est le cas de l'HAD de l'Aven à Etel qui prend en charge plus de 110 patients par jour depuis déjà 4 ans, alors qu'elle est installée depuis moins de 10 ans.

L'ARS a élaboré un plan d'action depuis 2014 structuré autour de plusieurs axes stratégiques : réorganisation de l'offre, accompagnement sur des prises en charge spécifiques, fixation d'objectifs cibles d'adressage aux établissements de santé, information et promotion de l'HAD. Pour autant, l'augmentation de l'activité ne pourra être atteinte sans un investissement fort des structures d'HAD. Une responsabilité renforcée leur est conférée du fait de l'exclusivité territoriale dont elles bénéficient sur leur territoire d'intervention autorisée.

→ Renforcer et mutualiser les équipes de coordination médicale

Les médecins et infirmiers coordonnateurs tissent et entretiennent les relations avec les prescripteurs, effectuent le suivi du patient et assurent le lien entre les différents intervenants. L'expérience montre que le dynamisme d'une structure d'HAD est étroitement lié à la taille et à la stabilité de son équipe de coordination médicale et paramédicale.

Or, la Bretagne est actuellement découpée en 13 zones d'autorisation de tailles inégales, ce qui a conduit à mettre en place des structures dont le potentiel de développement est trop limité pour permettre d'étoffer les équipes de coordination. En effet, 7 structures sur 13 couvrent une population de moins de 150 000 habitants et font reposer leur activité sur 1 à 2 médecins (0,5 à 1 ETP) et généralement 2 infirmiers coordonnateurs. Tout mouvement de personnel (départ, arrêt maladie prolongé, ...) peut donc rapidement entraîner une chute de l'activité.

Conformément aux recommandations de la circulaire de décembre 2013, le regroupement de certaines structures est prévu en Bretagne. Ainsi, l'offre d'HAD du TS 2, qui devait être scindée avec l'autorisation donnée au CH de Douarnenez en 2013, est aujourd'hui portée par un seul établissement, l'Hôtel dieu de Pont-l'Abbé, seul opérateur autorisé depuis avril 2016.

D'autres regroupements sont en réflexion, notamment dans le centre Bretagne et les Côtes d'Armor.

→ Multiplier les prescripteurs

Aujourd'hui, l'HAD est prescrite dans environ deux cas sur trois par un praticien hospitalier, en Bretagne comme au niveau national. L'HAD est en effet souvent perçue comme un moyen de réduire les durées de séjour et de prendre en charge davantage de patients. Mais des marges de progression importantes existent encore. Un certain nombre de structures ont ainsi recruté des infirmiers de liaison, qui se rendent très régulièrement dans les établissements de leur zone d'implantation pour identifier des patients pouvant bénéficier d'HAD, service par service. Cela permet aussi d'anticiper et de préparer la sortie au domicile, réduisant ainsi les délais de prises en charge par l'HAD (48 h en moyenne après la demande, d'après une enquête interne auprès des structures bretonnes).

De son côté, conformément aux recommandations de la circulaire de décembre 2013, l'ARS a mis en œuvre un plan d'accroissement du nombre d'adressages depuis les établissements de santé de la région dans le cadre du plan triennal ONDAM : une cible minimale d'adressage vers les structures d'HAD a ainsi été inscrite dans les CPOM de chaque établissement public et ESPIC disposant d'un service MCO. L'opportunité d'avoir la même action vis-à-vis des cliniques privées, qui prescrivent relativement peu d'HAD à ce jour, est à l'étude.

Les prescriptions d'HAD en ville sont moins courantes (30 % des séjours d'HAD environ). A la demande du Groupe Technique Régional HAD, l'ARS a réalisé un dépliant, intitulé *mode d'emploi de l'HAD*, qui décrit succinctement les caractéristiques et les atouts de cette prise en charge, et qui liste les différentes structures bretonnes. Celui-ci a été diffusé à l'ensemble des médecins généralistes, ainsi qu'aux établissements de santé de la région en décembre 2014.

→ Investir les Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS)

Depuis 2010, le nombre de patients pris en charge en ESMS par une HAD en Bretagne ne cesse d'augmenter et représente un patient sur huit en 2015 (cf. 2.2.1). Pour certaines structures bretonnes, ce ratio atteint même un patient sur cinq. Partant de ce constat, il semble important que les structures d'HAD se rapprochent des ESMS situés sur leur territoire afin d'améliorer leur visibilité auprès de ces établissements.

La quasi-totalité des interventions HAD en ESMS se déroule en EHPAD. Cette activité est à conforter mais le reste du secteur social et médico-social (notamment les établissements pour personnes handicapées) reste à investir.

Rappelons que les recettes d'un ESMS ne sont pas impactées par l'intervention d'une structure d'HAD en ses murs (c'est le tarif de la structure d'HAD qui est éventuellement minoré dans le cas où l'ESMS bénéficie d'un forfait soins).

→ Intégrer l'HAD dans les dispositifs de coordination

Depuis quelques années, les dispositifs visant à améliorer l'orientation du patient, c'est-à-dire à trouver la structure la plus adaptée à son état de santé et à sa situation personnelle, se multiplient : réseaux (évoluant les plateformes territoriales d'appui), groupements hospitaliers de territoire (GHT), réunions de coordination pluridisciplinaires pour les soins palliatifs... C'est une excellente opportunité pour l'HAD qui peut ainsi renforcer sa place dans les parcours de soins.

C'est pourquoi, lors de la constitution des huit GHT bretonnes, les établissements d'HAD ont systématiquement été associés.

→ Rechercher des partenariats sur les prises en charge spécialisées

Certaines prises en charge spécifiques possibles en HAD nécessitent un personnel spécialisé (sages-femmes, puéricultrices, kinésithérapeutes...) pour lesquels les structures d'HAD peuvent rencontrer des difficultés à recruter. Une façon de lever cet écueil est de créer des partenariats entre établissements conventionnels spécialisés et HAD sur le partage de compétences. Une convention est alors établie afin de déterminer les responsabilités de chaque structure.

A titre d'exemple, on peut citer le partenariat entre l'HAD 35 et le service de néonatalogie du CHU de Rennes qui devrait prendre forme en novembre 2016 (après avoir été repoussé d'un an) : il vise à favoriser le rapprochement mère-enfant pour des nouveau-nés vulnérables en leur permettant un retour plus rapide au domicile tout en bénéficiant du suivi hospitalier expert nécessaire. L'ARS a soutenu financièrement ce projet.

Un autre projet est en construction concernant des prises en charge rééducatives entre une HAD et un service de médecine physique et de réadaptation.

6. Annexes

Annexe 1	Synthèse détaillée des volumes d'activité, par établissement.....	29
Annexe 2	MPP les plus courants, par établissement.....	30
Annexe 2-A	MPP les plus fréquents en nombre de journées en 2014 et 2015, par établissement.....	34
Annexe 2-B	MPP les plus fréquents en nombre de patients en 2014 et 2015	33
Annexe 2-C	MPP les plus fréquents en nombre de patients en 2014 et 2015, par établissement.....	35
Annexe 3	MPA les plus courants pour les MPP les plus fréquents.....	40
Annexe 4	Indice de Karnofsky en 2015, par établissement.....	41
Annexe 5	Durées de séjour par MPP (séjours clos avec un seul MPP).....	42
Annexe 6	Modes d'entrée et de sortie, par établissement	44
Annexe 6-A	Répartition du nombre de séjours suivant la provenance du patient, en 2014 et 2015, par établissement	44
Annexe 6-B	Répartition du nombre de séjours suivant la destination du patient, en 2014 et 2015, par établissement	45
Annexe 6-C	Principaux établissements adresseurs MCO, par structure HAD.....	46

Annexe 1 : Synthèse détaillée des volumes d'activité, par établissement

TS	Etablissement	Nombre de journées de présence			Nombre de Séjours				Nombre de patients			Nombre de patients pris en charge en ESMS			
		2014	2015	Evol. (%)	2014	2015	Evol. (%)	DMS (séjours clos) 2015	2014	2015	Evol. (%)	2014	2015	Evol. (%)	Part en 2015 (%)
1	Clinique Pasteur	18 297	23 483	+28,3	826	990	+19,9	25	527	642	+21,8	74	133	+79,7	20,7
1	AUB - HAD Morlaix	7 303	6 305	-13,7	272	264	-2,9	28	167	181	+8,4	31	21	-32,3	11,6
1	AUB - HAD Carhaix	3 214	2 468	-23,2	104	114	+9,6	26	79	77	-2,5	12	9	-25,0	11,7
2	CHIC Quimper	7 587	5 200	-31,5	446	204	-54,3	25	292	104	-64,4	4	6	+50,0	5,8
3	HAD Aven à Etel	40 449	47 397	+17,2	1 379	1 349	-2,2	37	1 045	1 011	-3,3	56	76	+35,7	7,5
4	CH Ploërmel	4 051	6 926	+71,0	156	222	+42,3	32	100	146	+46,0	8	10	+25,0	6,8
4	Clinique Océane	27 252	28 424	+4,3	739	803	+8,7	41	541	615	+13,7	33	45	+36,4	7,3
5	HAD 35	37 779	35 796	-5,2	1 297	1 476	+13,8	25	828	966	+16,7	142	196	+38,0	20,3
6	AUB - HAD St-Malo	11 731	12 156	+3,6	389	400	+2,8	34	273	286	+4,8	34	34	+0	11,9
7	CH Lannion	10 652	9 467	-11,1	408	362	-11,3	28	330	267	-19,1	9	12	+33,3	4,5
7	AUB - HAD St-Brieuc	9 066	8 364	-7,7	351	307	-12,5	29	279	236	-15,4	20	16	-20,0	6,8
7	AUB - HAD Guingamp	4 474	4 284	-4,2	155	155	+0	30	114	119	+4,4	14	12	-14,3	10,1
8	AUB - HAD Pontivy	7 760	7 273	-6,3	234	263	+12,4	32	166	194	+16,9	7	10	+42,9	5,2
	BRETAGNE	189 615	197 543	+4,2	6 756	6 909	+2,3	31	4 741	4 844	+2,2	444	580	+30,6	12,0

Source : PMSI

Annexe 2-A :

MPP représentant au moins 5 % du nombre de journées d'activité 2014 et/ou 2015, dans chaque établissement : nombre et part de journées en 2014 et 2015 et évolution

(Les MPP sont classés par volume de journées 2015 décroissant)

TS	Etablissement	Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2014		2015		Evol. du Nombre de journées (%)
			Nombre de journées de présence	Part de l'activité (%)	Nombre de journées de présence	Part de l'activité (%)	
1	Clinique Pasteur	TOUS	18 297	100,0	23 483	100,0	+28,3
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	5 556	30,4	10 163	43,3	+82,9
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	2 920	16,0	3 405	14,5	+16,6
		04 Soins palliatifs	2 429	13,3	2 266	9,6	-6,7
		06 Nutrition entérale	1 682	9,2	2 098	8,9	+24,7
		07 PEC de la douleur	1 531	8,4	1 867	8,0	+21,9
		14 Soins de nursing lourds	1 087	5,9	1 270	5,4	+16,8
		02 Nutrition parentérale	1 095	6,0	853	3,6	-22,1
	AUB - HAD Morlaix	TOUS	7 303	100,0	6 305	100,0	-13,7
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1 650	22,6	1 918	30,4	+16,2
		04 Soins palliatifs	1 188	16,3	1 319	20,9	+11,0
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	704	9,6	687	10,9	-2,4
		06 Nutrition entérale	488	6,7	499	7,9	+2,3
		01 Assistance respiratoire	441	6,0	375	5,9	-15,0
		08 Autres traitements	685	9,4	346	5,5	-49,5
		07 PEC de la douleur	452	6,2	313	5,0	-30,8
		02 Nutrition parentérale	500	6,8	237	3,8	-52,6
		14 Soins de nursing lourds	438	6,0	202	3,2	-53,9
		13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	387	5,3	161	2,6	-58,4
	AUB - HAD Carhaix	TOUS	3 214	100,0	2 468	100,0	-23,2
		04 Soins palliatifs	673	20,9	785	31,8	+16,6
		02 Nutrition parentérale	240	7,5	457	18,5	+90,4
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1 291	40,2	379	15,4	-70,6
		06 Nutrition entérale	206	6,4	330	13,4	+60,2
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	324	10,1	328	13,3	+1,2
		14 Soins de nursing lourds	211	6,6	42	1,7	-80,1

TS	Etablissement	Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2014		2015		Evol. du Nombre de journées (%)
			Nombre de journées de présence	Part de l'activité (%)	Nombre de journées de présence	Part de l'activité (%)	
2	CHIC Quimper	TOUS	7 587	100,0	5 200	100,0	-31,5
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1 481	19,5	1 877	36,1	+26,7
		04 Soins palliatifs	2 762	36,4	1 074	20,7	-61,1
		06 Nutrition entérale	331	4,4	661	12,7	+99,7
		08 Autres traitements	723	9,5	571	11,0	-21,0
		14 Soins de nursing lourds	547	7,2	430	8,3	-21,4
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	510	6,7	330	6,3	-35,3
		02 Nutrition parentérale	395	5,2	193	3,7	-51,1
3	HAD Aven à Etel	TOUS	40 449	100,0	47 397	100,0	+17,2
		04 Soins palliatifs	10 953	27,1	13 002	27,4	+18,7
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	8 132	20,1	9 962	21,0	+22,5
		14 Soins de nursing lourds	4 188	10,4	4 096	8,6	-2,2
		06 Nutrition entérale	2 426	6,0	3 856	8,1	+58,9
		07 PEC de la douleur	3 052	7,5	3 658	7,7	+19,9
		08 Autres traitements	2 105	5,2	2 647	5,6	+25,7
4	CH Ploërmel	TOUS	4 051	100,0	6 926	100,0	+71,0
		04 Soins palliatifs	2 291	56,6	2 498	36,1	+9,0
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	362	8,9	1 385	20,0	+282,6
		14 Soins de nursing lourds	126	3,1	1 037	15,0	+723,0
		13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	351	8,7	545	7,9	+55,3
		06 Nutrition entérale	354	8,7	432	6,2	+22,0
	Clinique Océane	TOUS	27 252	100,0	28 424	100,0	+4,3
		04 Soins palliatifs	13 878	50,9	11 446	40,3	-17,5
		07 PEC de la douleur	1 934	7,1	3 953	13,9	+104,4
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	2 761	10,1	3 775	13,3	+36,7
		01 Assistance respiratoire	2 140	7,9	2 127	7,5	-0,6
		19 Surveillance de grossesse à risque	2 160	7,9	2 019	7,1	-6,5
		14 Soins de nursing lourds	1 464	5,4	1 663	5,9	+13,6
5	HAD 35	TOUS	37 779	100,0	35 796	100,0	-5,2
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	13 115	34,7	10 741	30,0	-18,1

TS	Etablissement	Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2014		2015		Evol. du Nombre de journées (%)
			Nombre de journées de présence	Part de l'activité (%)	Nombre de journées de présence	Part de l'activité (%)	
		04 Soins palliatifs	10 466	27,7	8 022	22,4	-23,4
		14 Soins de nursing lourds	2 475	6,6	3 445	9,6	+39,2
		19 Surveillance de grossesse à risque	3 649	9,7	2 621	7,3	-28,2
		07 PEC de la douleur	816	2,2	2 312	6,5	+183,3
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	1 902	5,0	2 178	6,1	+14,5
6	AUB - HAD St-Malo	TOUS	11 731	100,0	12 156	100,0	+3,6
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	4 946	42,2	5 021	41,3	+1,5
		04 Soins palliatifs	3 319	28,3	2 677	22,0	-19,3
		13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	673	5,7	743	6,1	+10,4
		06 Nutrition entérale	411	3,5	676	5,6	+64,5
		07 PEC de la douleur	247	2,1	670	5,5	+171,3
7	CH Lannion	TOUS	10 652	100,0	9 467	100,0	-11,1
		04 Soins palliatifs	3 436	32,3	3 156	33,3	-8,1
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1 894	17,8	2 385	25,2	+25,9
		10 Post traitement chirurgical	1 636	15,4	844	8,9	-48,4
		13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	293	2,8	691	7,3	+135,8
		14 Soins de nursing lourds	752	7,1	589	6,2	-21,7
		11 Rééducation orthopédique	580	5,4	210	2,2	-63,8
	AUB - HAD St-Brieuc	TOUS	9 066	100,0	8 364	100,0	-7,7
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	2 897	32,0	3 382	40,4	+16,7
		04 Soins palliatifs	2 653	29,3	2 216	26,5	-16,5
		06 Nutrition entérale	566	6,2	658	7,9	+16,3
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	731	8,1	511	6,1	-30,1
		02 Nutrition parentérale	712	7,9	493	5,9	-30,8
		14 Soins de nursing lourds	305	3,4	487	5,8	+59,7
	AUB - HAD Guingamp	TOUS	4 474	100,0	4 284	100,0	-4,2
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	2 263	50,6	2 345	54,7	+3,6
		04 Soins palliatifs	1 095	24,5	1 005	23,5	-8,2
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	224	5,0	265	6,2	+18,3
		02 Nutrition parentérale	292	6,5	86	2,0	-70,5

TS	Etablissement	Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2014		2015		Evol. du Nombre de journées (%)
			Nombre de journées de présence	Part de l'activité (%)	Nombre de journées de présence	Part de l'activité (%)	
8	AUB - HAD Pontivy	TOUS	7 760	100,0	7 273	100,0	-6,3
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	2 219	28,6	3 048	41,9	+37,4
		04 Soins palliatifs	2 202	28,4	1 974	27,1	-10,4
		07 PEC de la douleur	301	3,9	381	5,2	+26,6
		13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	1 034	13,3	327	4,5	-68,4
		06 Nutrition entérale	478	6,2	200	2,7	-58,2

Source : PMSI

Annexe 2-B :**Nombre et part de patients pris en charge au moins une fois par MPP en 2014 et 2015***(Les MPP sont classés par nombre de patients 2015 décroissant)*

Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2014		2015		Evol. du Nombre de patients (%)
	Nombre de patients	Part de la file active (%)	Nombre de patients	Part de la file active (%)	
TOUS	4 741	100,0	4 844	100,0	+2,2
04 Soins palliatifs	1 581	33,3	1 591	32,8	+0,6
09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	976	20,6	1 166	24,1	+19,5
03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	536	11,3	621	12,8	+15,9
07 PEC de la douleur	411	8,7	611	12,6	+48,7
14 Soins de nursing lourds	318	6,7	308	6,4	-3,1
21 post-partum pathologique	266	5,6	225	4,6	-15,4
06 Nutrition entérale	193	4,1	205	4,2	+6,2
10 Post traitement chirurgical	256	5,4	205	4,2	-19,9
19 Surveillance de grossesse à risque	227	4,8	203	4,2	-10,6
02 Nutrition parentérale	223	4,7	180	3,7	-19,3
08 Autres traitements	160	3,4	166	3,4	+3,8
13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	172	3,6	165	3,4	-4,1
01 Assistance respiratoire	95	2,0	93	1,9	-2,1
05 Chimiothérapie anticancéreuse	84	1,8	72	1,5	-14,3
11 Rééducation orthopédique	53	1,1	24	0,5	-54,7
17 Surveillance de radiothérapie	19	0,4	19	0,4	+0
12 Rééducation neurologique	20	0,4	12	0,2	-40,0
22 PEC du nouveau-né à risque	3	0,1	9	0,2	+200,0
15 Education du patient et de son entourage	4	0,1	6	0,1	+50,0
20 Retour précoce à domicile après accouchement	91	1,9	6	0,1	-93,4
24 Surveillance d'aplasie	4	0,1	2	0,0	-50,0

REMARQUE : un patient peut avoir été pris en charge avec différents MPP mais n'est compté qu'une fois dans le total

Annexe 2-C :

MPP employés pour au moins 5 % des patients pris en charge en 2014 et/ou 2015, dans chaque établissement

Nombre et part des patients en 2014 et 2015 et évolution

(Les MPP sont classés par nombre de patients 2015 décroissant)

TS	Etablissement	Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2014		2015		Evol. du Nombre de patients (%)
			Nombre de patients	Part de la file active (%)	Nombre de patients	Part de la file active (%)	
1	Clinique Pasteur	TOUS	527	100,0	642	100,0	+21,8
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	174	33,0	180	28,0	+3,4
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	123	23,3	173	26,9	+40,7
		07 PEC de la douleur	66	12,5	122	19,0	+84,8
		04 Soins palliatifs	92	17,5	107	16,7	+16,3
		06 Nutrition entérale	31	5,9	39	6,1	+25,8
		02 Nutrition parentérale	54	10,2	38	5,9	-29,6
		14 Soins de nursing lourds	30	5,7	30	4,7	+0
		10 Post traitement chirurgical	32	6,1	24	3,7	-25,0
	AUB - HAD Morlaix	TOUS	167	100,0	181	100,0	+8,4
		04 Soins palliatifs	55	32,9	56	30,9	+1,8
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	26	15,6	48	26,5	+84,6
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	35	21,0	46	25,4	+31,4
		07 PEC de la douleur	23	13,8	13	7,2	-43,5
		06 Nutrition entérale	8	4,8	12	6,6	+50,0
		10 Post traitement chirurgical	9	5,4	12	6,6	+33,3
		02 Nutrition parentérale	14	8,4	10	5,5	-28,6
		08 Autres traitements	9	5,4	10	5,5	+11,1
		14 Soins de nursing lourds	13	7,8	6	3,3	-53,8
		13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	11	6,6	5	2,8	-54,5
		01 Assistance respiratoire	10	6,0	4	2,2	-60,0

TS	Etablissement	Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2014		2015		Evol. du Nombre de patients (%)
			Nombre de patients	Part de la file active (%)	Nombre de patients	Part de la file active (%)	
	AUB - HAD Carhaix	TOUS	79	100,0	77	100,0	-2,5
		04 Soins palliatifs	27	34,2	30	39,0	+11,1
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	23	29,1	21	27,3	-8,7
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	19	24,1	18	23,4	-5,3
		02 Nutrition parentérale	5	6,3	8	10,4	+60,0
		06 Nutrition entérale	4	5,1	7	9,1	+75,0
		10 Post traitement chirurgical			4	5,2	-
		14 Soins de nursing lourds	6	7,6	3	3,9	-50,0
		08 Autres traitements	5	6,3	1	1,3	-80,0
2	CHIC Quimper	TOUS	292	100,0	104	100,0	-64,4
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	36	12,3	33	31,7	-8,3
		04 Soins palliatifs	87	29,8	24	23,1	-72,4
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	25	8,6	18	17,3	-28,0
		08 Autres traitements	28	9,6	15	14,4	-46,4
		14 Soins de nursing lourds	22	7,5	9	8,7	-59,1
		02 Nutrition parentérale	9	3,1	7	6,7	-22,2
		20 Retour précoce à domicile après accouchement	24	8,2			-
		21 post-partum pathologique	48	16,4			-
3	HAD Aven à Etel	TOUS	1 045	100,0	1 011	100,0	-3,3
		04 Soins palliatifs	282	27,0	311	30,8	+10,3
		21 post-partum pathologique	201	19,2	213	21,1	+6,0
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	147	14,1	174	17,2	+18,4
		07 PEC de la douleur	131	12,5	137	13,6	+4,6
		14 Soins de nursing lourds	119	11,4	88	8,7	-26,1
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	53	5,1	71	7,0	+34,0
		10 Post traitement chirurgical	83	7,9	68	6,7	-18,1

TS	Etablissement	Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2014		2015		Evol. du Nombre de patients (%)
			Nombre de patients	Part de la file active (%)	Nombre de patients	Part de la file active (%)	
		20 Retour précoce à domicile après accouchement	56	5,4	6	0,6	-89,3
4	CH Ploërmel	TOUS	100	100,0	146	100,0	+46,0
		04 Soins palliatifs	58	58,0	62	42,5	+6,9
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	12	12,0	27	18,5	+125,0
		14 Soins de nursing lourds	9	9,0	27	18,5	+200,0
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	11	11,0	13	8,9	+18,2
		13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	12	12,0	12	8,2	+0
		10 Post traitement chirurgical	5	5,0	11	7,5	+120,0
		07 PEC de la douleur	8	8,0	8	5,5	+0
		06 Nutrition entérale	8	8,0	5	3,4	-37,5
	Clinique Océane	TOUS	541	100,0	615	100,0	+13,7
		04 Soins palliatifs	227	42,0	247	40,2	+8,8
		07 PEC de la douleur	78	14,4	126	20,5	+61,5
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	60	11,1	99	16,1	+65,0
		19 Surveillance de grossesse à risque	97	17,9	88	14,3	-9,3
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	31	5,7	62	10,1	+100,0
		01 Assistance respiratoire	32	5,9	40	6,5	+25,0
		14 Soins de nursing lourds	34	6,3	35	5,7	+2,9
5	HAD 35	TOUS	828	100,0	966	100,0	+16,7
		04 Soins palliatifs	309	37,3	356	36,9	+15,2
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	233	28,1	250	25,9	+7,3
		07 PEC de la douleur	70	8,5	128	13,3	+82,9
		19 Surveillance de grossesse à risque	118	14,3	107	11,1	-9,3
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	80	9,7	95	9,8	+18,8
6	AUB - HAD St-Malo	TOUS	273	100,0	286	100,0	+4,8
		04 Soins palliatifs	118	43,2	102	35,7	-13,6

TS	Etablissement	Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2014		2015		Evol. du Nombre de patients (%)
			Nombre de patients	Part de la file active (%)	Nombre de patients	Part de la file active (%)	
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	92	33,7	102	35,7	+10,9
		07 PEC de la douleur	11	4,0	35	12,2	+218,2
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	20	7,3	23	8,0	+15,0
		13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	22	8,1	21	7,3	-4,5
		06 Nutrition entérale	11	4,0	19	6,6	+72,7
		02 Nutrition parentérale	6	2,2	15	5,2	+150,0
7	CH Lannion	TOUS	330	100,0	267	100,0	-19,1
		04 Soins palliatifs	119	36,1	105	39,3	-11,8
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	55	16,7	45	16,9	-18,2
		10 Post traitement chirurgical	61	18,5	39	14,6	-36,1
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	32	9,7	34	12,7	+6,3
		14 Soins de nursing lourds	21	6,4	24	9,0	+14,3
		13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	11	3,3	15	5,6	+36,4
		11 Rééducation orthopédique	26	7,9	13	4,9	-50,0
	AUB - HAD St-Brieuc	TOUS	279	100,0	236	100,0	-15,4
		04 Soins palliatifs	110	39,4	77	32,6	-30,0
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	76	27,2	75	31,8	-1,3
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	36	12,9	27	11,4	-25,0
		14 Soins de nursing lourds	13	4,7	21	8,9	+61,5
		06 Nutrition entérale	18	6,5	16	6,8	-11,1
		07 PEC de la douleur	5	1,8	16	6,8	+220,0
		02 Nutrition parentérale	24	8,6	11	4,7	-54,2
		01 Assistance respiratoire	15	5,4	7	3,0	-53,3
	AUB - HAD Guingamp	TOUS	114	100,0	119	100,0	+4,4

TS	Etablissement	Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2014		2015		Evol. du Nombre de patients (%)
			Nombre de patients	Part de la file active (%)	Nombre de patients	Part de la file active (%)	
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	42	36,8	52	43,7	+23,8
		04 Soins palliatifs	44	38,6	46	38,7	+4,5
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	9	7,9	14	11,8	+55,6
		07 PEC de la douleur	1	0,9	6	5,0	+500,0
		14 Soins de nursing lourds	6	5,3	6	5,0	+0
		02 Nutrition parentérale	8	7,0	5	4,2	-37,5
		06 Nutrition entérale	7	6,1	4	3,4	-42,9
8	AUB - HAD Pontivy	TOUS	166	100,0	194	100,0	+16,9
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	46	27,7	74	38,1	+60,9
		04 Soins palliatifs	57	34,3	69	35,6	+21,1
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	20	12,0	18	9,3	-10,0
		07 PEC de la douleur	10	6,0	12	6,2	+20,0
		08 Autres traitements	11	6,6	10	5,2	-9,1
		10 Post traitement chirurgical	19	11,4	9	4,6	-52,6
		14 Soins de nursing lourds	10	6,0	6	3,1	-40,0
		13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	14	8,4	5	2,6	-64,3

Source : PMSI

REMARQUE : un patient peut avoir été pris en charge avec différents MPP mais n'est compté qu'une fois dans le total

Annexe 3 :

MPA représentant au moins 5 % du nombre de journées d'activité 2014 et/ou 2015, pour les MPP les plus fréquents : nombre et part de journées en 2015

(Les MPA sont classés par volume de journées 2015 décroissant)

Mode de Prise en charge Principal (MPP)	Mode de Prise en charge Associé (MPA)	Nombre de journées de présence	Part de l'activité (%)
04 Soins palliatifs	TOUS	51 440	100,0
	00 Pas de protocole associé	25 431	49,4
	01 Assistance respiratoire	8 738	17,0
	07 PEC de la douleur	4 246	8,3
	13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	4 333	8,4
09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	TOUS	56 381	100,0
	00 Pas de protocole associé	28 051	49,8
	07 PEC de la douleur	14 467	25,7
	14 Soins de nursing lourds	5 175	9,2

Source : PMSI

Annexe 4 :

Répartition des journées d'activité 2015 suivant la valeur de l'Indice de Karnofsky, par établissement

TS	Etablissement	Nombre de journées	Indice de Karnofsky		
			Dépendance totale (10 - 30) (%)	Dépendance partielle (40 - 50) (%)	Autonomie partielle ou totale (60 - 100) (%)
1	Clinique Pasteur	23 483	16,8	61,6	21,6
1	AUB - HAD Morlaix	6 305	26,2	41,5	32,4
1	AUB - HAD Carhaix	2 468	27,8	25,8	46,4
2	CHIC Quimper	5 200	10,8	59,9	29,3
3	HAD Aven à Etel	47 338	48,8	45,7	5,5
4	CH Ploërmel	6 926	13,3	80,5	6,2
4	Clinique Océane	28 416	33,7	50,5	15,8
5	HAD 35	35 796	24,9	47,8	27,3
6	AUB - HAD St-Malo	12 156	31,6	59,2	9,2
7	CH Lannion	9 467	37,1	51,2	11,6
7	AUB - HAD St-Brieuc	8 364	31,9	37,0	31,0
7	AUB - HAD Guingamp	4 284	13,7	28,9	57,4
8	AUB - HAD Pontivy	7 273	15,9	39,4	44,7
	BRETAGNE	197 476	31,0	50,0	19,0
	France entière	4 602 122	35,1	41,0	24,0

Source : PMSI

Les journées relatives au MPP 22 « PEC du nouveau-né à risque » sont exclues de l'analyse, l'IK étant, par convention, fixé à 100 dans ce cas

Annexe 5 :**Durées des séjours clos par MPP en 2015**

Sur la base des séjours avec un MPP constant, soit $5\,672 / 6\,392 = 88,7\%$ des séjours

Les MPP sont classés par volume de journées 2015 décroissant

MPP	Nombre de séjours clos avec MPP constant	DMS (jours)	Durée de séjour (en jours)			
			0-4 (%)	5-9 (%)	10-29 (%)	30 et + (%)
04 Soins palliatifs	1 422	30,1	17	18	36	29
09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1 229	39,4	7	12	41	41
03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	596	14,8	17	30	42	10
07 PEC de la douleur	505	17,1	32	27	27	15
08 Autres traitements	357	15,0	63	10	13	14
14 Soins de nursing lourds	270	38,9	15	12	40	33
06 Nutrition entérale	226	38,3	17	12	33	39
19 Surveillance de grossesse à risque	220	21,7	9	15	52	25
21 post-partum pathologique	216	7,1		87	13	
10 Post traitement chirurgical	151	20,9	6	22	52	20
02 Nutrition parentérale	146	25,4	9	27	44	21
13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	122	28,6	13	20	43	25
05 Chimiothérapie anticancéreuse	88	9,9	75	5	14	7
01 Assistance respiratoire	84	34,3	17	18	32	33
22 PEC du nouveau-né à risque	9	7,4		89	11	
11 Rééducation orthopédique	8	26,9	13	13	50	25
12 Rééducation neurologique	8	41,0			50	50
20 Retour précoce à domicile après accouchement	6	6,0		100		
17 Surveillance de radiothérapie	5	15,4	20		80	
15 Education du patient et de son entourage	3	28,3		33	33	33
24 Surveillance d'aplasie	1	7,0		100		

Source : PMSI

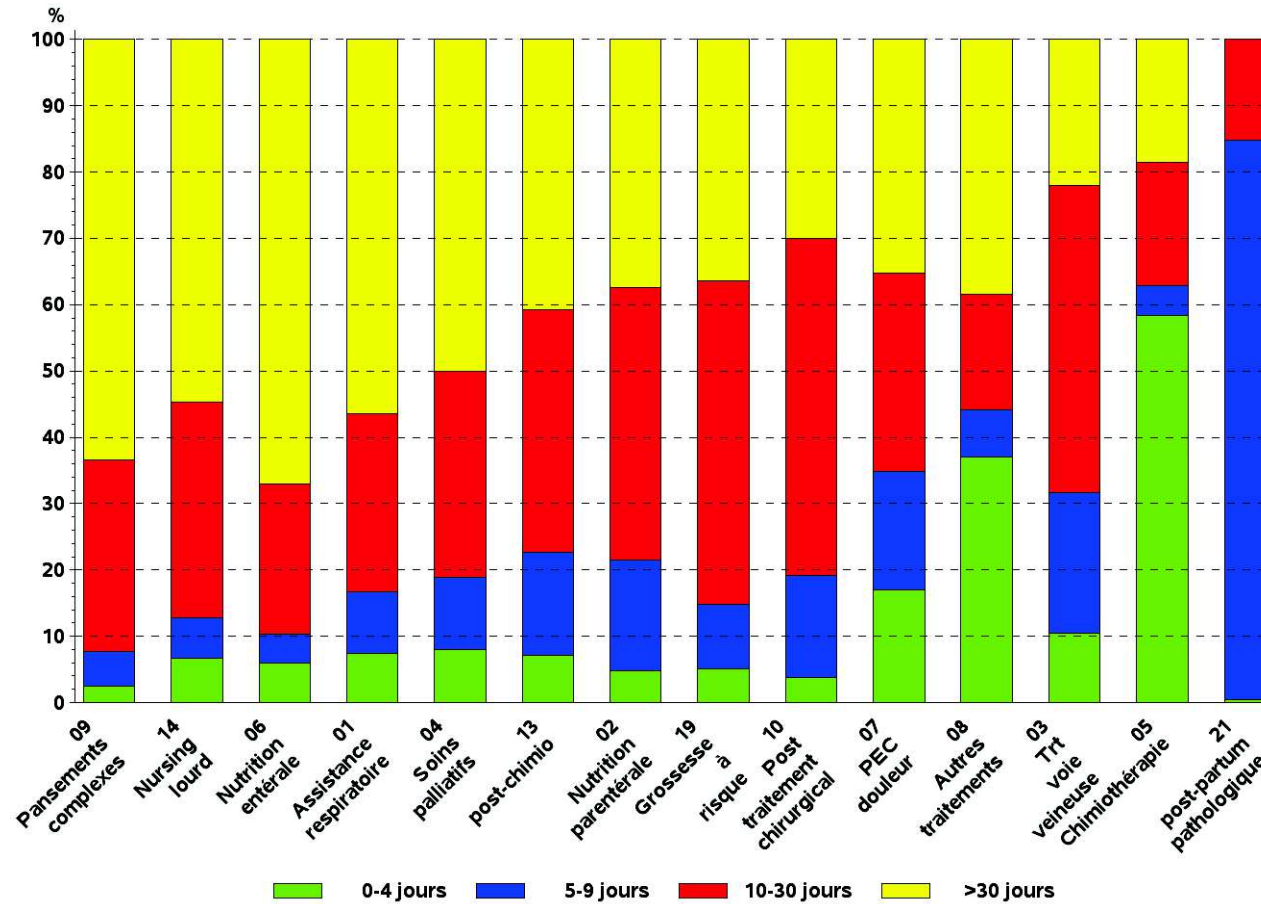
Annexe 5 :

Durées des séjours clos par MPP en 2015

Sur la base des séjours avec un MPP constant, soit $5\,672 / 6\,392 = 88,7\%$ des séjours

Graphique restreint aux MPP pour lesquels au moins 30 séjours ont été recensés en 2015

Les MPP triés par DMS décroissante



Source : PMSI

Annexe 6-A :

Répartition du nombre de séjours suivant la provenance du patient, en 2014 et 2015, par établissement

Sur la base des séjours clos dans l'année considérée

			Provenance des patients					
			TOTAL	MCO	SSR	Domicile	MS	Autres
TS	Etablissement	Année	Nb. Sej.	%	%	%	%	%
1	Clinique Pasteur	2014	757	63,9	1,8	26,2	5,2	2,9
		2015	928	61,4	5,2	22,2	8,5	2,7
	AUB - HAD Morlaix	2014	253	65,6	9,9	20,6	4,0	
		2015	249	65,5	8,8	24,1	1,6	
	AUB - HAD Carhaix	2014	92	71,7	2,2	25,0	1,1	
		2015	109	78,0	0,9	21,1		
2	CHIC Quimper	2014	428	71,5	2,8	25,7		
		2015	183	57,4	2,2	39,9	0,5	
3	HAD Aven à Etel	2014	1 259	71,7	7,6	18,5	2,1	0,1
		2015	1 222	64,2	8,2	23,9	3,5	0,2
4	CH Ploërmel	2014	143	60,8	2,8	36,4		
		2015	201	77,1	2,0	20,9		
	Clinique Océane	2014	664	63,1	2,6	32,5	1,8	
		2015	723	64,3	2,1	30,4	3,2	
5	HAD 35	2014	1 216	53,5		34,1	12,3	0,1
		2015	1 377	41,5	1,2	39,9	17,3	
6	AUB - HAD St-Malo	2014	361	70,9	3,6	20,5	5,0	
		2015	360	69,4	3,3	22,2	5,0	
7	CH Lannion	2014	397	72,5	3,5	23,2	0,5	0,3
		2015	354	67,8	3,1	28,2	0,8	
	AUB - HAD St-Brieuc	2014	324	71,3	1,9	25,0	1,9	
		2015	290	72,8	0,3	26,6	0,3	
	AUB - HAD Guingamp	2014	141	78,7	3,5	17,0	0,7	
		2015	149	75,8	0,7	21,5	2,0	
8	AUB - HAD Pontivy	2014	219	61,6	4,6	33,3	0,5	
		2015	244	63,5	2,0	32,8	1,6	

Source : PMSI

Annexe 6-B :

Répartition du nombre de séjours suivant la destination du patient, en 2014 et 2015, par établissement

Sur la base des séjours clos dans l'année considérée

			Destination des patients						
			TOTAL	MCO	SSR	Domicile	MS	Décès	Autres
TS	Etablissement	Année	Nb. Sej.	%	%	%	%	%	%
1	Clinique Pasteur	2014	757	40,2	0,5	43,1	1,3	11,9	3,0
		2015	928	36,1	1,8	41,8	2,0	15,5	2,7
	AUB - HAD Morlaix	2014	253	41,5	7,1	31,6	1,6	18,2	
		2015	249	37,8	4,8	43,0	0,8	13,7	
	AUB - HAD Carhaix	2014	92	43,5	1,1	42,4		13,0	
		2015	109	46,8		36,7		16,5	
2	CHIC Quimper	2014	428	34,3	1,2	55,6	0,5	8,2	0,2
		2015	183	38,8		52,5	1,1	7,7	
3	HAD Aven à Etel	2014	1 259	25,5	6,0	49,4	1,0	17,7	0,5
		2015	1 222	28,0	3,8	44,8	0,7	21,8	0,9
4	CH Ploërmel	2014	143	55,2	1,4	23,1		20,3	
		2015	201	55,7	1,0	31,8		10,9	0,5
	Clinique Océane	2014	664	51,8	0,9	27,4	1,1	18,5	0,3
		2015	723	45,4	0,7	28,9	1,5	23,4	0,1
5	HAD 35	2014	1 216	41,0	0,2	36,6	5,8	16,4	0,1
		2015	1 377	33,2	0,1	37,9	8,7	20,0	
6	AUB - HAD St-Malo	2014	361	44,6	2,2	31,0	3,9	18,3	
		2015	360	45,0	1,1	33,3	3,9	16,7	
7	CH Lannion	2014	397	37,8	2,0	43,6	0,5	15,4	0,8
		2015	354	42,7	2,0	39,3	0,3	15,8	
	AUB - HAD St-Brieuc	2014	324	42,6	0,3	53,7	0,3	2,5	0,6
		2015	290	41,0	0,3	43,8	0,3	14,5	
	AUB - HAD Guingamp	2014	141	46,8		38,3	0,7	14,2	
		2015	149	38,3		44,3		17,4	
8	AUB - HAD Pontivy	2014	219	44,7	0,5	39,7	0,9	14,2	
		2015	244	32,0	0,8	54,9		11,9	0,4

Source : PMSI

Annexe 6-C :

Principaux établissements adresseurs MCO, par structure HAD en 2015

Nombre et part des séjours HAD initiés dans les 7 jours suivant la clôture d'un séjour en établissement MCO (adresseur), pour chaque structure d'HAD

Seuls sont présentés les établissements ayant adressé au moins 10 séjours ou au moins 5 % des séjours prescrits en MCO, pour un établissement d'HAD donné

TS	HAD	MCO adresseur	Nb. séjours adressés depuis MCO	% parmi séjours adressés depuis MCO
1	AUB - HAD Carhaix	TOUS	81	100,0
		CHU BREST	56	69,1
		CLINIQUE PASTEUR-SAINT ESPRIT	6	7,4
		CHIC DE CORNOUAILLE QUIMPER	5	6,2
AUB - HAD Morlaix	TOUS	TOUS	173	100,0
		CHU BREST	46	26,6
		CLINIQUE PASTEUR-SAINT ESPRIT	9	5,2
		CH DES PAYS DE MORLAIX	67	38,7
		CENTRE MÉDICO-CHIRURGICAL BAIE DE MORLAIX	23	13,3
		POLYCLINIQUE DE KERAUDREN	9	5,2
Clinique Pasteur	TOUS	TOUS	602	100,0
		CHU BREST	277	46,0
		CLINIQUE PASTEUR-SAINT ESPRIT	220	36,5
		POLYCLINIQUE DE KERAUDREN	40	6,6
		HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES CLERMONT-TONNERRE	27	4,5
		CLINIQUE DU GRAND LARGE	22	3,7
		CH FERDINAND GRALL LANDERNEAU	10	1,7
		2	CHIC Quimper	TOUS
		CHIC DE CORNOUAILLE QUIMPER	112	93,3
3	HAD Aven à Etel	TOUS	844	100,0
		CH BRETAGNE SUD LORIENT	628	74,4
		CLINIQUE MUTUALISTE PORTE DE L'ORIENT	112	13,3
		CH QUIMPERLE	46	5,5
		CLINIQUE DU TER	25	3,0
		CHRU DE RENNES	10	1,2

TS	HAD	MCO adresseur	Nb. séjours adressés depuis MCO	% parmi séjours adressés depuis MCO
4	CH Ploërmel	TOUS	159	100,0
		CHRU DE RENNES	20	12,6
		CH PLOERMEL	101	63,5
		CH BRETAGNE ATLANTIQUE VANNES	11	6,9
		CRLCC E. MARQUIS	8	5,0
	Clinique Océane	TOUS	472	100,0
		CH BRETAGNE SUD LORIENT	17	3,6
		CHRU DE RENNES	16	3,4
		CH BRETAGNE ATLANTIQUE VANNES	165	35,0
		CLINIQUE OCEANE	257	54,4
5	HAD 35	TOUS	737	100,0
		CHRU DE RENNES	320	43,4
		CRLCC E. MARQUIS	84	11,4
		CLINIQUE MUTUALISTE LA SAGESSE RENNES	93	12,6
		CH PRIVÉ ST-GREGOIRE	62	8,4
		CH FOUGERES	28	3,8
		CH VITRE	27	3,7
		POLYCLINIQUE SAINT LAURENT	26	3,5
		POLYCLINIQUE SEVIGNE	21	2,8
		CENTRE DE GÉRIATRIE DE CHANTEPIE	15	2,0
		CH REDON	14	1,9
		HÔPITAL ST THOMAS DE VILLENEUVE BAIN DE BRETAGNE	14	1,9
6	AUB - HAD St-Malo	TOUS	268	100,0
		CHRU DE RENNES	48	17,9
		CH ST MALO	138	51,5
		CH RENÉ PLÉVEN DINAN	34	12,7
		CH ST BRIEUC	12	4,5
7	AUB - HAD Guingamp	TOUS	96	100,0
		CHU BREST	6	6,3
		CHRU DE RENNES	7	7,3

TS	HAD	MCO adresseur	Nb. séjours adressés depuis MCO	% parmi séjours adressés depuis MCO
		CH ST BRIEUC	24	25,0
		CH GUINGAMP	30	31,3
		CH PAIMPOL	12	12,5
		CH LANNION	8	8,3
		CH PRIVÉ ST-BRIEUC - SITE STE-THERESE	5	5,2
	AUB - HAD St-Brieuc	TOUS	210	100,0
		CHRU DE RENNES	21	10,0
		CH ST BRIEUC	109	51,9
		CH PAIMPOL	15	7,1
		CH PRIVÉ ST-BRIEUC - SITE STE-THERESE	16	7,6
		CLINIQUE ARMORICAINE RADIOLOGIE	33	15,7
	CH Lannion	TOUS	266	100,0
		CH ST BRIEUC	17	6,4
		CH PAIMPOL	66	24,8
		CH LANNION	134	50,4
		CLINIQUE ARMORICAINE RADIOLOGIE	10	3,8
		POLYCLINIQUE DU TREGOR	21	7,9
8	AUB - HAD Pontivy	TOUS	153	100,0
		CH BRETAGNE SUD LORIENT	12	7,8
		CH BRETAGNE ATLANTIQUE VANNES	19	12,4
		CLINIQUE OCEANE	11	7,2
		CH DU CENTRE BRETAGNE	58	37,9
		POLYCLINIQUE DE PONTIVY	27	17,6

Source : PMSI

Editeur : ARS Bretagne
Directeur de la publication : Olivier de Cadeville
Date de publication : novembre 2016
Directeur de la rédaction : Hervé Goby
Rédacteur : Enguerrand Lootvoet
Contributeur : Patrick Zamparutti
Conception graphique : ARS Bretagne
Crédits photo : ARS Bretagne

Retrouvez toutes nos publications sur notre site
<http://www.ars.bretagne.sante.fr>

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ BRETAGNE



6 place des Colombes
CS 14253

35042 RENNES CEDEX

Téléphone : 02 90 08 80 00

 www.facebook.com/arsbretagne