



Activité des établissements

Les établissements bretons de santé

**Hospitalisation à domicile
(HAD)**

Bilan PMSI 2016

SYNTHÈSE

Depuis des années, l'HAD n'a cessé de se développer. Après avoir connu des évolutions annuelles supérieures à +10 % jusqu'en 2010, le rythme de cette croissance a beaucoup faibli jusqu'en 2014, année au cours de laquelle l'activité a crû de moins de 2 %. Depuis deux ans, l'activité a trouvé un nouvel élan, porté notamment par une volonté nationale affirmée dans la circulaire du 4 décembre 2013, puis dans le plan triennal.

Entre 2011 et 2016, l'activité a ainsi globalement progressé de 51 % en Bretagne (+ 25 % en France sur la même période).

Ce sont ainsi près de 5 300 patients bretons qui ont été hospitalisés à leur domicile en 2016, pour un total de 220 000 journées de prise en charge. Le taux de recours breton atteint 18,5 patients par jour pour 100 000 habitants ; il reste inférieur de près de deux points au taux national, malgré une progression deux fois plus importante en 2016 (+ 10,5 % contre + 5,2 %). Il est également encore loin du taux de recours cible de 30-35 patients par jour pour 100 000 habitants en 2018.

Les 13 structures d'HAD autorisées en Bretagne couvrent l'ensemble de la région mais leur intégration dans les filières de soins de leur territoire est hétérogène. Ainsi, le taux de recours varie ainsi de 7 à 45 patients pris en charge quotidiennement pour 100 000 habitants entre les territoires.

L'HAD de l'Aven à Etel dans le Morbihan présente toujours le taux de recours régional le plus élevé. Dans le Finistère Sud qui présente le taux le plus faible, la gestion de l'HAD a été reprise par l'Hôtel Dieu de Pont-l'Abbé le 1^{er} avril 2016. S'appuyant sur les différents établissements du territoire, la nouvelle structure a connu une montée en charge remarquable sur ses neuf premiers mois d'activité. On peut relever également la progression du recours à l'HAD sur le territoire de St-Malo et Dinan (+ 61 %), permise par un rapprochement avec le centre hospitalier de St-Malo et une communication ciblée auprès des pôles de soins.

A l'inverse, le recours à l'HAD sur le pays de St-Brieuc stagne à un niveau très faible depuis plusieurs années. Il en va de même sur le territoire de santé 5 de Rennes / Fougères / Vitré / Redon. Un dialogue est engagé avec les structures en place pour identifier et lever les freins à leur développement.

Concernant les Modes Principaux de Prise en charge, les « Pansements complexes et soins spécifiques », avec 28,7 % de l'activité, devançant dorénavant les « soins palliatifs » (25,7 %). Cette évolution est davantage liée à une modification du codage qu'à une diminution de la file active des patients en soins palliatifs.

A ce jour, l'hôpital traditionnel reste le principal prescripteur d'HAD avec pas loin de deux séjours sur trois initiés au décours d'une hospitalisation en MCO ou en SSR, en Bretagne comme en France. Conformément aux recommandations nationales, 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.

Par ailleurs, la région se distingue par un taux de prise en charge d'HAD en EHPAD très supérieur au niveau national (13 % contre 8 %).

SOMMAIRE

SOMMAIRE	3
GLOSSAIRE	4
1. CONTEXTE	5
1.1 ÉTABLISSEMENTS D’HAD EN BRETAGNE	5
1.2 PRINCIPAUX CHANGEMENTS DU RECUEIL RECENTS.....	5
1.3 CONTEXTE NATIONAL DE L’HAD.....	6
2. L’ACTIVITE D’HAD EN BRETAGNE EN 2016	8
2.1 PRECISIONS METHODOLOGIQUES.....	8
2.2 SYNTHÈSE DES DONNÉES REGIONALES.....	8
2.2.1 Volumes d’activité.....	8
2.2.2 Détail de l’activité par Mode de Prise en charge Principal (MPP).....	11
2.2.3 Détail de l’activité suivant la valeur de l’indice de Karnofsky	13
2.2.4 Durées de séjour.....	14
2.3 DESCRIPTIFS COMPLÉMENTAIRES	15
2.3.1 Âge des patients.....	15
2.3.2 Provenance et destination	16
3. SYNTHÈSE REGIONALE - VALORISATION T2A	17
4. ANALYSE TERRITORIALE	19
4.1 COUVERTURE REGIONALE.....	19
4.2 ANALYSE DÉTAILLÉE DU RECOURS À L’HAD PAR TERRITOIRE ET PAR STRUCTURE	22
5. RETOUR SUR L’APPEL À PROJETS HAD LANCÉ PAR L’ARS EN 2016	25
6. ANNEXES	26

GLOSSAIRE

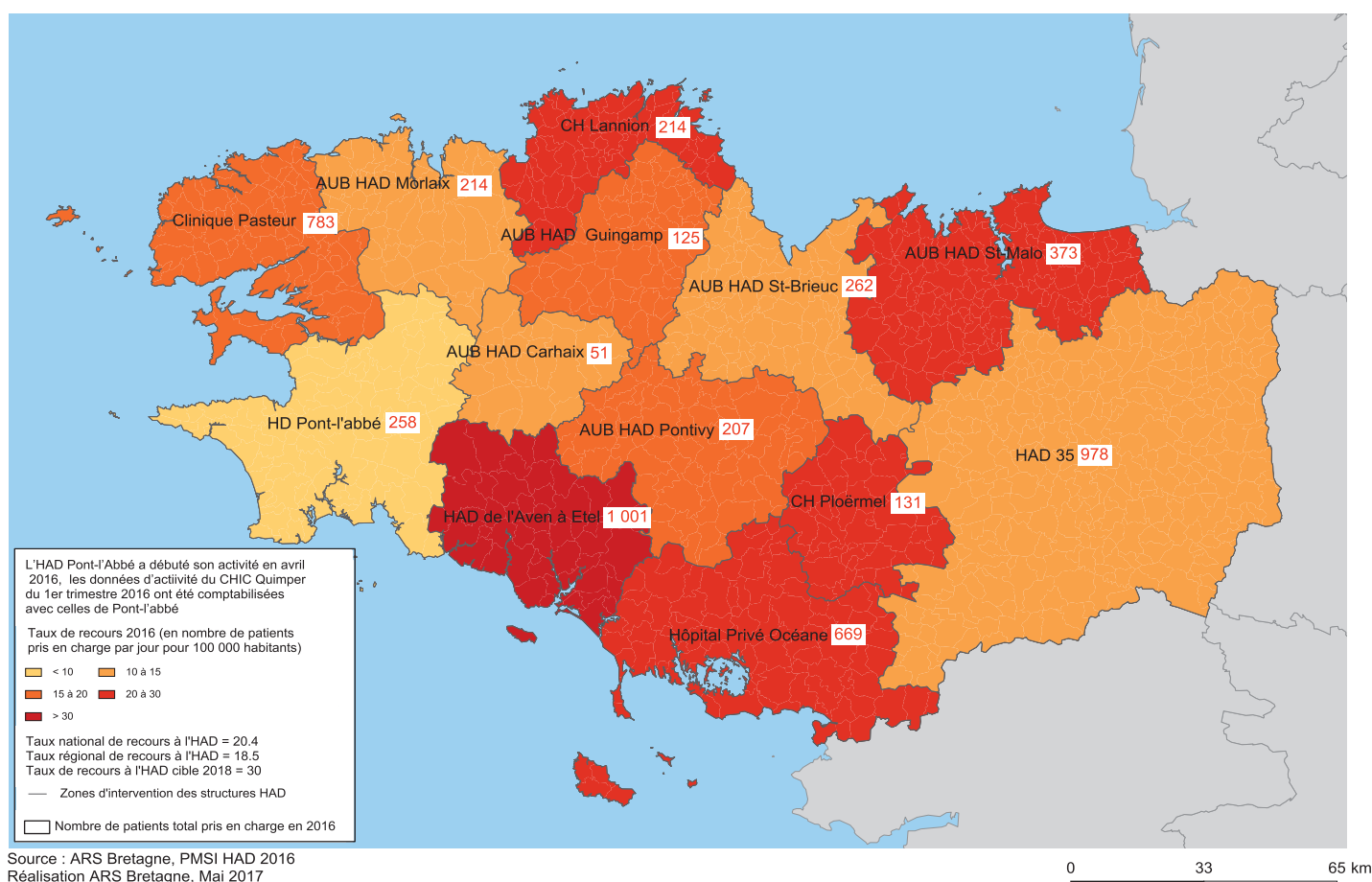
ATIH	Agence Technique de l'Information Hospitalière
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CIM	Classification Internationale des Maladies
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
DMS	Durée Moyenne de Séjour
EHPA(D)	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées (Dépendantes)
EMI	Écart 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)
MP(P/A)	Mode de Prise en charge (Principal / Associé)
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

Figure 1 : Zone d'intervention des structures d'HAD autorisées en Bretagne en 2016



L'année 2016 a été celle de la restructuration sur le territoire de santé 2. Le centre hospitalier de Quimper, qui a fermé son service d'HAD fin mars 2016, et celui de Douarnenez, qui avait obtenu une autorisation en 2013 mais ne l'a pas mise en œuvre, ont cédé la gestion de cette activité à l'Hôtel Dieu de Pont-l'Abbé, ainsi autorisé au 1^{er} avril, créant l'HAD territoriale de Cornouaille ayant vocation à couvrir tout le territoire. Les équipes soignantes ont été réparties sur quatre secteurs géographiques (Quimper, Douarnenez-Cap-Sizun, Pont-L'Abbé et Concarneau) afin d'assurer une bonne couverture.

Ainsi, à fin 2016, le territoire breton était entièrement couvert par treize structures d'HAD : deux établissements publics, un Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC), 2 cliniques et 3 structures associatives (dont l'AUB en charge de 6 structures).

1.2 Principaux changements du recueil récents

→ Suppression du mode de prise en charge 20 « Retour Précoce à domicile après accouchement » au 1^{er} mars 2015

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 à partir de 2015

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 est à réaliser via l'outil FICHCOMP intégré à PAPRICA.

→ Mise en place d'un nouveau mode de prise en charge en 2016 : sortie précoce de chirurgie (MP 29)

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.

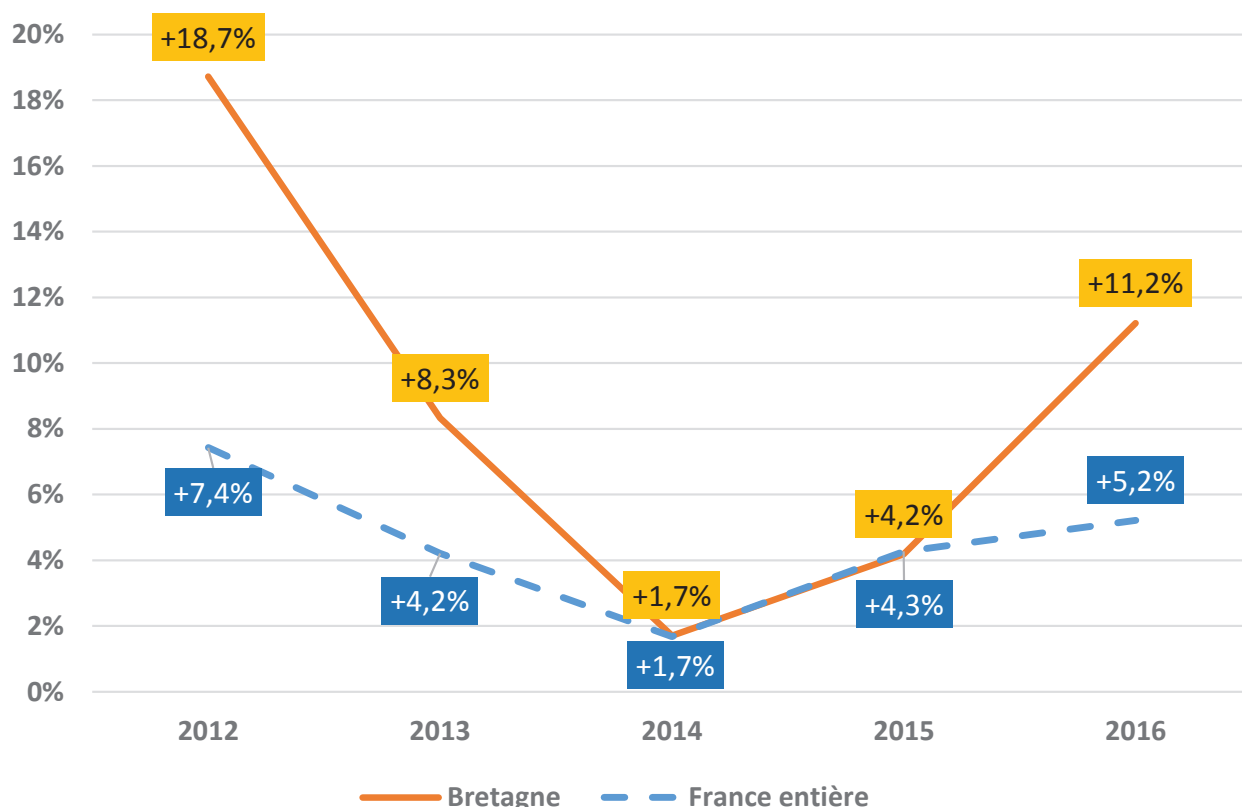
Cela a conduit à la création du MPP 29 « Sortie précoce de chirurgie », à compter du 1^{er} mars 2016. Celui-ci ne peut être utilisé qu'en tant que MP principal et concerne uniquement certains actes de ces trois spécialités.

Les situations dans lequel il peut être utilisé sont décrites dans [l'instruction N° DGOS/R4/R3/2016/185 du 6 juin 2016 relative au dispositif de sortie précoce de chirurgie par mobilisation de l'hospitalisation à domicile](#).

1.3 Contexte national de l'HAD

→Rebond confirmé de l'HAD en 2016

Figure 2 : Evolutions annuelles comparées de l'activité d'HAD en Bretagne et en France entre 2012 et 2016



Source : PMSI HAD 2012-2016, extraction DIAMANT

L'activité d'HAD n'a jamais cessé d'augmenter. Après une période de forte croissance puis un net ralentissement en 2014, elle connaît depuis l'année dernière un nouvel essor qui s'amplifie en 2016. En Bretagne, elle a ainsi progressé de 11,2 % en un an et de 51 % en 5 ans, soit deux fois plus qu'au 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 :

- d'éviter des réhospitalisations,
- de substituer l'HAD au MCO quand l'état du patient et sa situation personnelle le permettent,
- d'anticiper 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.

A noter qu'en 2016, l'ARS Bretagne a lancé un appel à projets afin de susciter des initiatives qui permettraient de développer les alternatives à l'hospitalisation complète, dont le recours à l'HAD. Les réponses à cet appel à projets devaient associer au moins un établissement d'HAD et un établissement d'hospitalisation traditionnel. 12 projets ont été déposés. 7 ont été financés pour un montant de 556 719 €. Parmi les projets financés, on peut retenir la mise en place d'une plateforme de sortie, le développement de filières de rééducation, l'accroissement des interventions dans les EHPAD ou encore le recrutement d'infirmière de liaison HAD / établissement conventionnel.

Cf. partie 5 : [Retour sur l'appel à projets HAD lancé par l'ARS en 2016](#)

→ Recommandation HAS sur l'utilisation d'un appareil de traitement par pression négative (TPN) en HAD

La HAS poursuit son travail de diffusion de recommandations avec celle diffusée en février 2016 sur l'utilisation des traitements par pression négative (TPN) pour la prise en charge de plaies complexes. Cette recommandation précise que ce traitement doit être initié en établissement de santé et peut être poursuivi en HAD pour une durée maximale de 30 jours, éventuellement renouvelable.

http://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2016/02/rapport_devaluation_actes_de_prise_en_charge_de_plaies_complexes_a_laide_dun_appareil_de_traitement_par_pression_negative.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.

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

L'état des lieux breton : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/maladies-neurodegeneratives-etat-des-lieux-quantitatif-en-bretagne-en-2016>

→ L'HAD dans le rapport de la mission sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé (rapport Véran)

La deuxième partie du travail de cette mission a été publiée début avril 2017. Son annexe 7 porte sur le financement de l'HAD et pointe les limites du fonctionnement actuel :

- mauvaise prise en compte de la charge en soins, du coût des médicaments
- mauvaise prise en compte du rôle d'évaluation et de coordination de l'HAD
- risques de rupture de prise en charge

La mission propose de le réformer en médicalisant davantage le recueil (et le modèle de tarification), en clarifiant le contenu des prises en charge, en harmonisant les modes de rémunération entre les différents champs d'activité et en finançant certaines missions de l'HAD par des dotations spécifiques (hors T2A).

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

2. L'Activité d'HAD en Bretagne en 2016

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, ainsi que les séjours mal chaînés pour le calcul des nombres de patients.

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 2015 et 2016, par établissement

TS	Etablissement	Nombre de journées			Nombre de patients		
		2015	2016	Evol. (%)	2015	2016	Evol. (%)
1	HAD Ponant	23 483	28 065	+19,5%	642	778	+21,2%
1	AUB - HAD Morlaix	6 305	6 958	+10,4%	181	214	+18,2%
1	AUB - HAD Carhaix	2 468	1 879	-23,9%	77	52	-32,5%
2	HAD Cornouaille	5 200	7 881	+51,6%	104	258	+148,1%
3	HAD Aven à Etel	47 397	46 979	-0,9%	1 011	1 000	-1,1%
4	CH Ploërmel	6 926	6 600	-4,7%	146	131	-10,3%
4	HP Océane	28 424	28 102	-1,1%	615	669	+8,8%
5	HAD 35	35 796	42 038	+17,4%	966	976	+1,0%
6	AUB - HAD St-Malo	12 156	19 730	+62,3%	286	373	+30,4%
7	CH Lannion	9 467	9 574	+1,1%	267	214	-19,9%
7	AUB - HAD St-Brieuc	8 364	9 184	+9,8%	236	262	+11,0%
7	AUB - HAD Guingamp	4 284	5 274	+23,1%	119	125	+5,0%
8	AUB - HAD Pontivy	7 273	7 438	+2,3%	194	207	+6,7%
	Bretagne	197 543	219 702	+11,2%	4 844	5 259	+8,6%
	France entière	4 629 253	4 877 563	+5,4%	105 317	109 866	+4,3%

Source : PMSI HAD 2015 et 2016

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

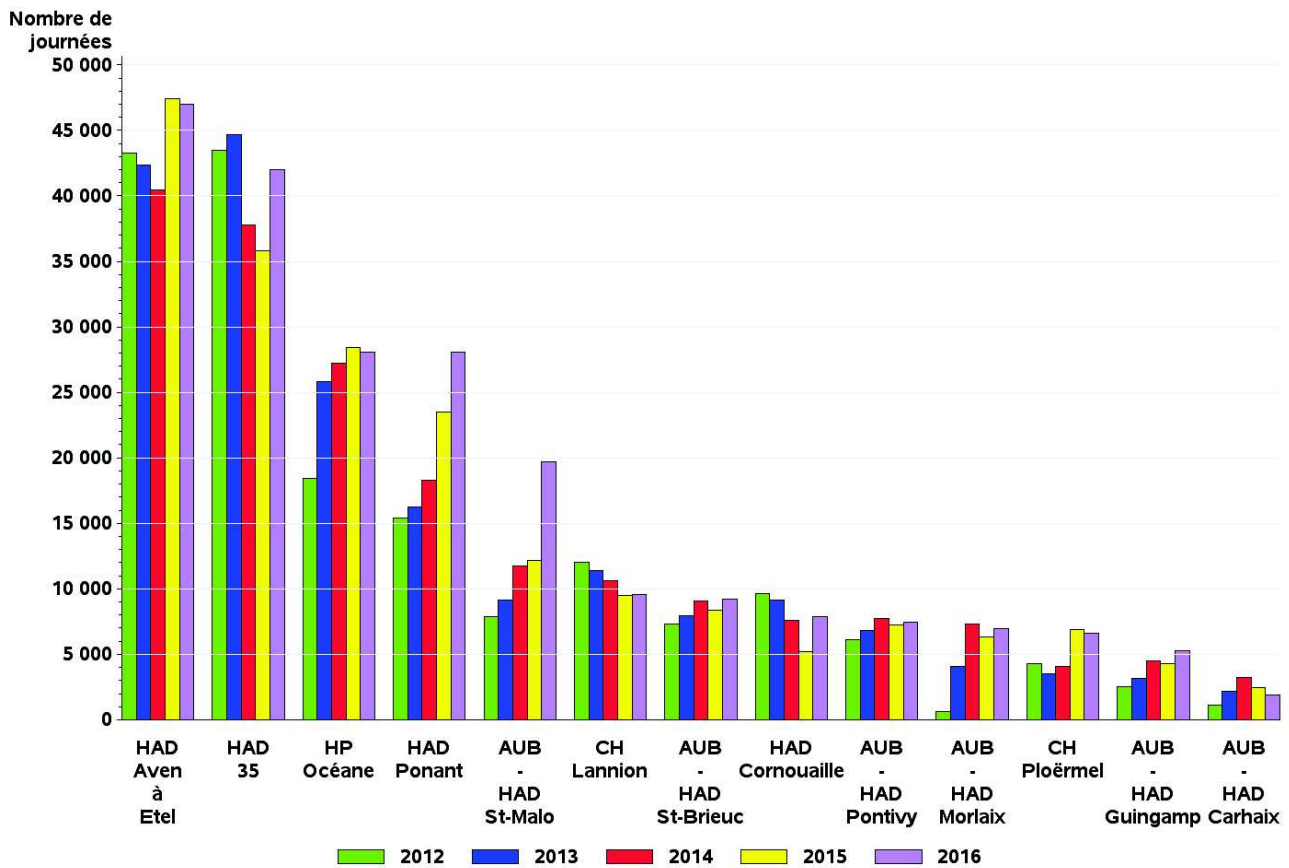
Pour plus de précisions sur les évolutions par structure d'HAD, une analyse par territoire est proposée en 4.2.

→ L'HAD bretonne retrouve un fort dynamisme en 2016

L'activité d'HAD des structures bretonnes a progressé de 11,2 % en 2016 par rapport à 2015, soit deux fois plus qu'au niveau national. Le nombre de patients pris en charge a également fortement progressé (+ 8,6 %).

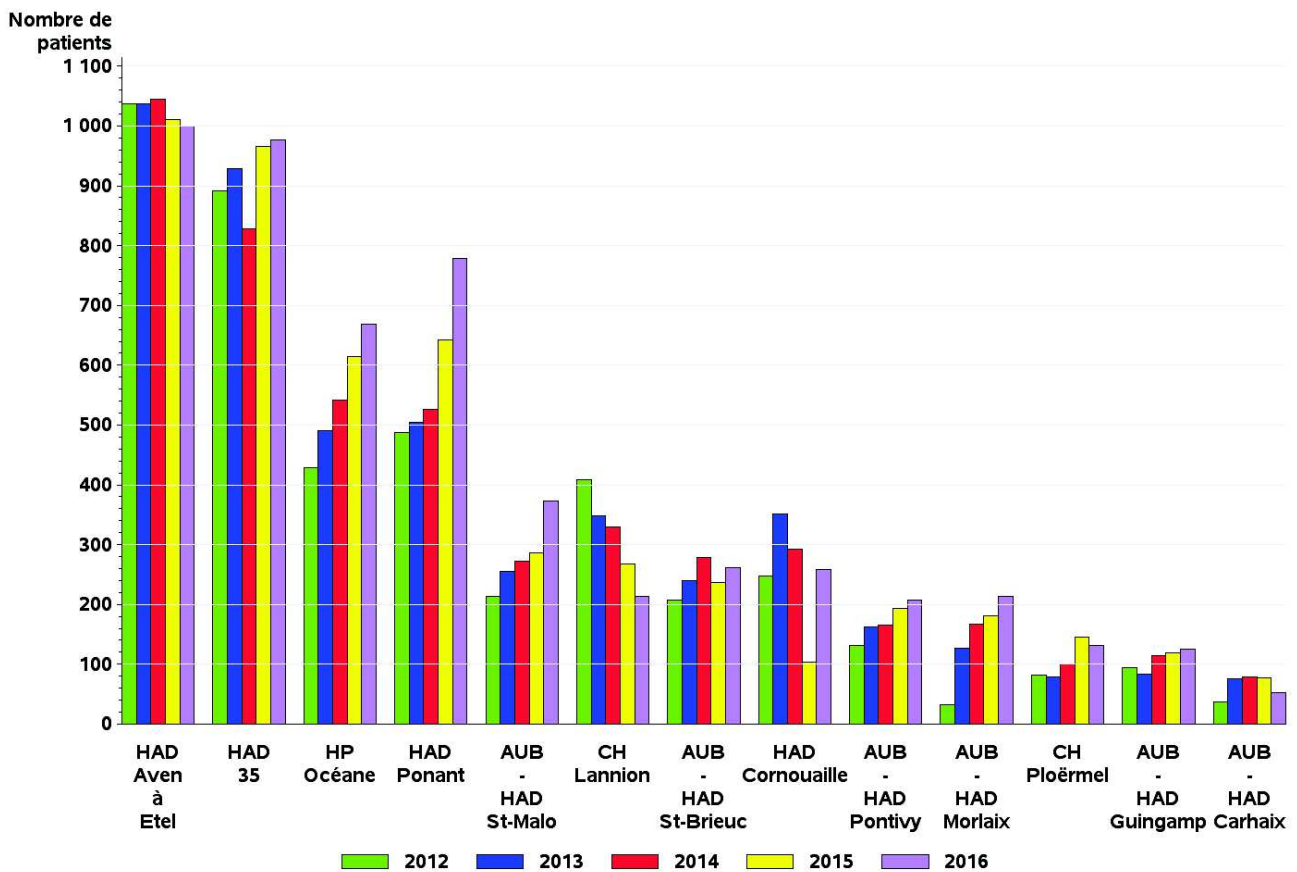
Plusieurs structures bretonnes contribuent de façon importante à cet élan et notamment deux d'entre elles qui connaissent quelques difficultés : l'HAD 35 (+ 17 %) qui a réussi à stabiliser ses équipes (notamment médicales), et l'HAD de Cornouaille (+ 52 %), qui connaît un re-décollage en flèche de son activité depuis la reprise de l'autorisation par l'Hôtel Dieu de Pont-l'Abbé en avril 2016. L'HAD de Saint-Malo a également connu une augmentation importante de son activité (+ 62 %), de même que l'HAD du Ponant à Brest (+ 20 %) qui confirme la bonne tendance observée en 2015 (+ 28 %).

Figure 3 : Nombre de journées d'activité entre 2012 et 2016, par structure



Source : PMSI HAD 2012-2016

Figure 4 : Nombre de patients pris en charge par an entre 2012 et 2016, par structure



Source : PMSI HAD 2012-2016

→ 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 2016, par structure

TS	Etablissement	Nombre de patients pris en charge en ESMS en 2016	Part de la patientèle (%)	Evol. 2016/2015 (%)	Dont Nombre de patients pris en charge		
					en EHPAD	en EMS hors EHPAD	en ES
1	HAD Ponant	223	28,7	+67,7%	213	5	5
1	AUB - HAD Morlaix	22	10,3	+4,8%	22	0	0
1	AUB - HAD Carhaix	12	23,1	+33,3%	12	0	0
2	HAD Cornouaille	3	1,2	-50,0%	3	0	0
3	HAD Aven à Etel	97	9,7	+27,6%	79	2	16
4	CH Ploërmel	12	9,2	+20,0%	12	0	0
4	HP Océane	50	7,5	+11,1%	50	0	0
5	HAD 35	200	20,5	+2,0%	196	2	2
6	AUB - HAD St-Malo	35	9,4	+2,9%	35	0	0
7	CH Lannion	12	5,6	+0%	11	1	1
7	AUB - HAD St-Brieuc	12	4,6	-25,0%	12	0	0
7	AUB - HAD Guingamp	16	12,8	+33,3%	15	1	0
8	AUB - HAD Pontivy	10	4,8	+0%	10	0	0
	Bretagne	704	13,4	+21,4%	670	11	24
	France entière	8 610	7,8	+20,0%	8 254	246	118

Source : PMSI HAD 2015 et 2016

En 2016, plus de 700 patients ont été pris en soins par une HAD bretonne au sein des établissements sociaux et médico-sociaux qui les hébergent ; ils représentent 13,4 % des patients en HAD contre 7,8 % en France. Ce chiffre est en constante progression : + 21 % en 2016 et un quasi-doublement en trois ans.

Toutes les structures (hormis l'HAD de Cornouaille, en pleine restructuration) ont recruté dans ces établissements au moins une dizaine de patients en 2016, le plus souvent dans des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Deux structures, l'HAD du Ponant et l'HAD 35, se démarquent par la part très importante de l'activité qu'elles y réalisent (plus d'un patient sur cinq).

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 2015 et 2016

(Les MPP sont classés par nombre de journées 2016 décroissant)

Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2015		2016		Evol. du Nombre de journées (%)	Part de l'activité France entière (%)
	Nombre de journées de présence	Part de l'activité (%)	Nombre de journées de présence	Part de l'activité (%)		
TOUS	197 543	100,0	219 702	100,0	+11,2%	100,0
09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	56 381	28,5	62 953	28,7	+11,7%	28,0
04 Soins palliatifs	51 440	26,0	56 378	25,7	+9,6%	24,7
07 PEC de la douleur	13 936	7,1	18 723	8,5	+34,3%	2,5
03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	11 622	5,9	14 024	6,4	+20,7%	6,1
06 Nutrition entérale	11 989	6,1	13 392	6,1	+11,7%	6,7
14 Soins de nursing lourds	14 092	7,1	11 379	5,2	-19,3%	9,2
08 Autres traitements	7 126	3,6	7 891	3,6	+10,7%	2,3
13 Surveillance post chimio. anticancéreuse	6 465	3,3	7 387	3,4	+14,3%	3,7
10 Post traitement chirurgical	4 065	2,1	5 782	2,6	+42,2%	2,3
02 Nutrition parentérale	5 385	2,7	5 352	2,4	-0,6%	2,4
01 Assistance respiratoire	5 128	2,6	5 341	2,4	+4,2%	2,5
19 Surveillance de grossesse à risque	4 823	2,4	4 704	2,1	-2,5%	2,2
05 Chimiothérapie anticancéreuse	1 854	0,9	3 347	1,5	+80,5%	2,2
21 post-partum pathologique	1 580	0,8	1 397	0,6	-11,6%	1,5
11 Rééducation orthopédique	381	0,2	476	0,2	+24,9%	0,7
12 Rééducation neurologique	654	0,3	413	0,2	-36,9%	1,0
17 Surveillance de radiothérapie	311	0,2	329	0,1	+5,8%	0,1
22 PEC du nouveau-né à risque	67	0,0	174	0,1	+159,7%	0,5
15 Education du patient et de son entourage	101	0,1	97	0,0	-4,0%	1,3
29 Sortie précoce de chirurgie			91	0,0	-	0,0
24 Surveillance d'aplasie	107	0,1	72	0,0	-32,7%	0,1
18 Transfusion sanguine					-	0,0
20 RPDA*	36	0,0			-	

Source : PMSI HAD 2015 et 2016

* Le mode de prise en charge 20 « Retour précoce à domicile après accouchement » (RPDA) 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 sur l'année ou l'année précédente).

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.

La répartition de l'activité d'HAD en Bretagne est très proche de celle observée en France, avec notamment plus de la moitié des journées concentrée autour des « pansements complexes » et des « soins palliatifs ». On note toutefois des divergences sur deux MPP, en volume et en tendance : la « prise en charge de la douleur » (8,5 % des journées en Bretagne contre 2,5 % en France) et les « soins de nursing lourds » (5,2 % en Bretagne, 9,2 % en France).

Figure 5 : Répartition des MPP suivant le nombre de journées d'activité en 2016*

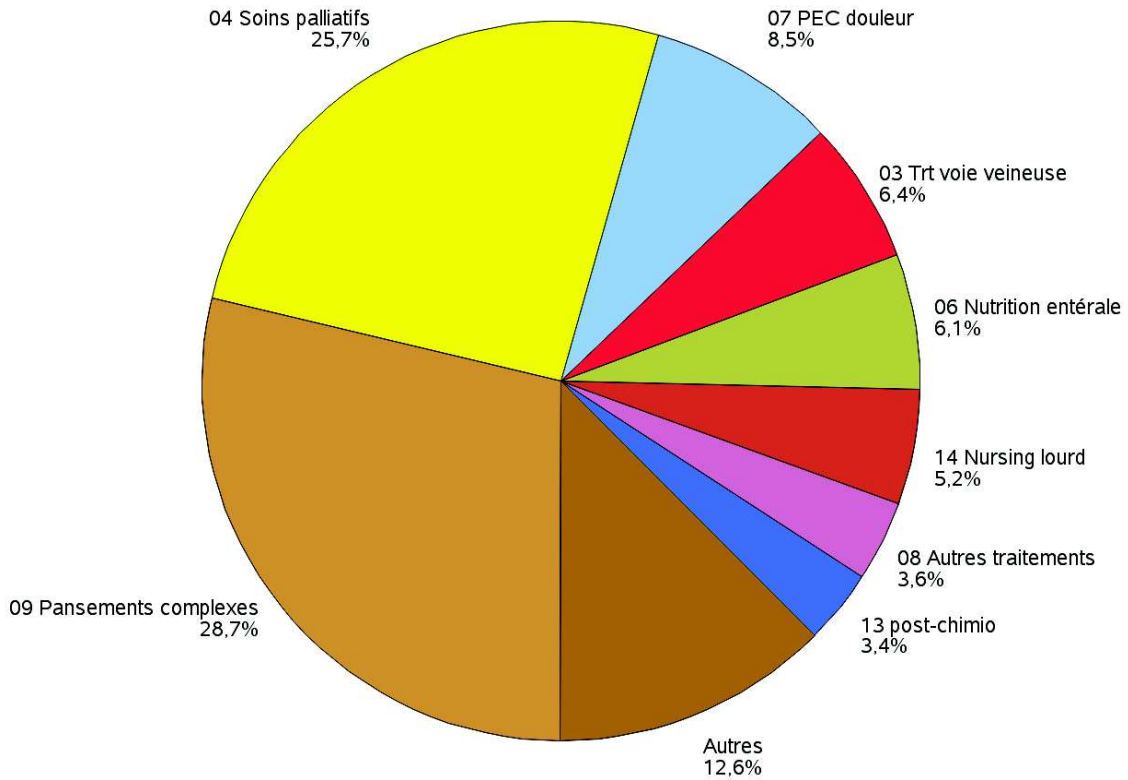
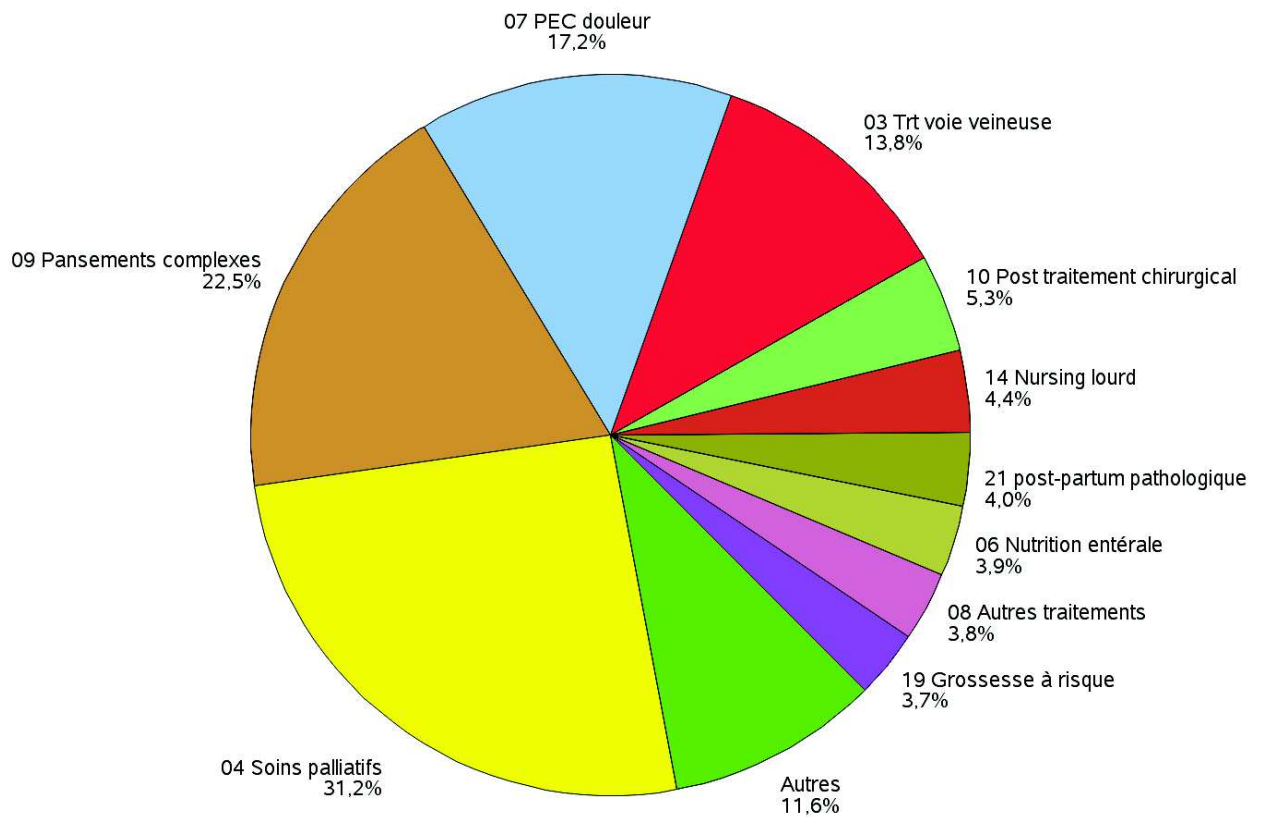


Figure 6 : Répartition des MPP suivant le nombre de patients pris en charge en 2016**



Source : PMSI HAD 2016

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

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

Rappel méthodologique : l'indice de Karnofsky (IK)

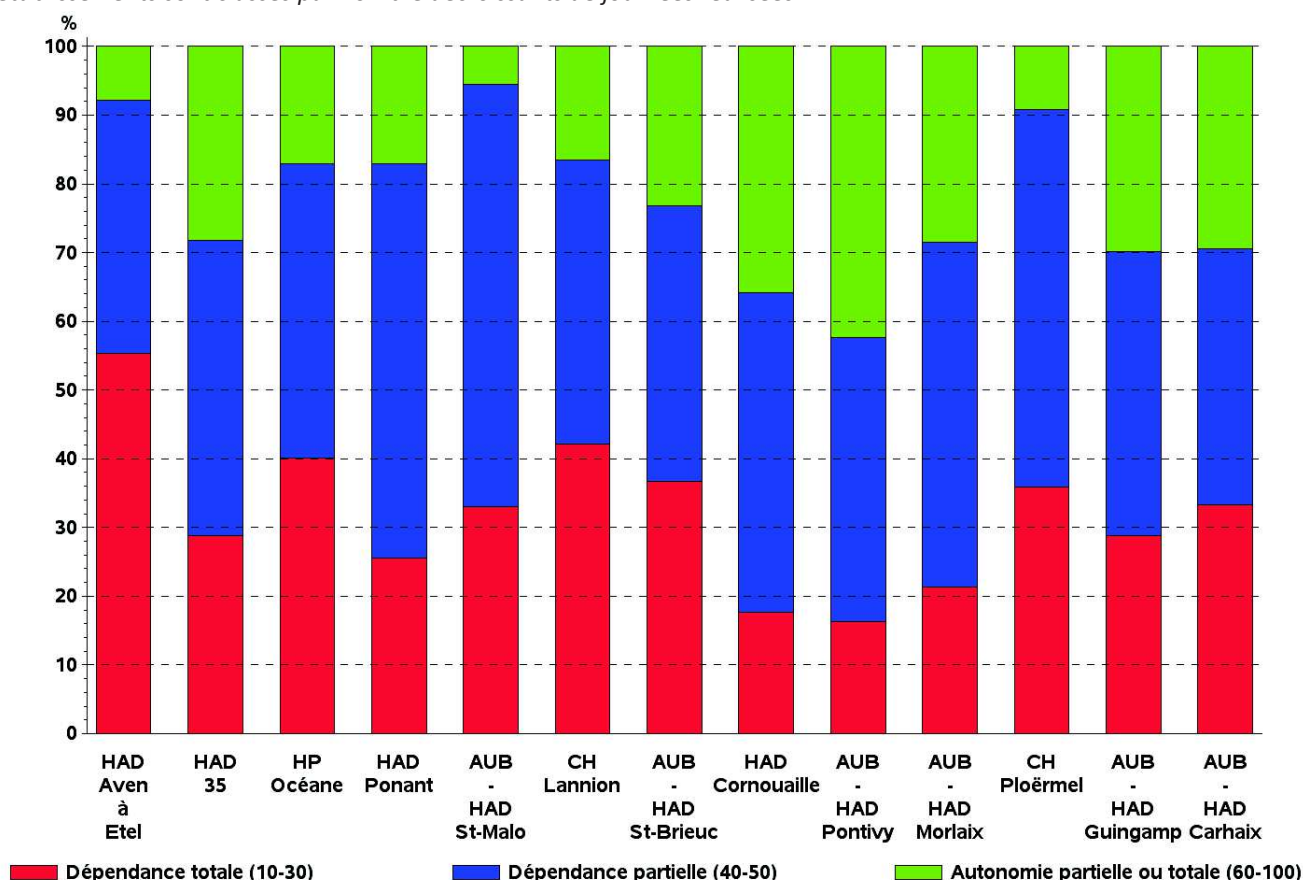
L'indice de Karnofsky mesure la capacité d'une personne à exécuter des actes habituels. Il peut valoir entre 10 (patient moribond) et 100 (personne ayant une activité normale, sans aucun signe de maladie). Plus sa valeur est élevée, plus le patient se porte bien. A titre de repères :

- 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 2016 suivant la valeur de l'Indice de Karnofsky, par établissement

Les établissements sont classés par nombre décroissants de journées réalisées.



Source : PMSI HAD 2016

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

Les données détaillées de chaque structure ainsi que la répartition régionale et nationale sont fournies en annexe 4.

En Bretagne en 2016, 33 % 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 constante (31 % l'année dernière, 24 % en 2011). La région se différencie du national par une proportion plus faible de patients peu dépendants (17 % contre 24 % de patients avec un IK supérieur ou égal à 60).

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 2016, 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	HAD Ponant	1 085	24,2	-1,7	20	25	32	22
1	AUB - HAD Morlaix	283	22,3	-21,1	19	19	37	25
1	AUB - HAD Carhaix	68	25,4	-1,3	4	15	56	25
2	HAD Cornouaille	366	20,9	-16,1	19	20	42	19
3	HAD Aven à Etel	1 139	39,7	+8,2	11	28	27	33
4	CH Ploërmel	190	36,3	+13,0	7	14	35	44
4	HP Océane	779	34,6	-14,8	10	18	40	32
5	HAD 35	1 273	32,1	+26,5	20	14	35	30
6	AUB - HAD St-Malo	501	36,3	+7,7	9	14	36	41
7	CH Lannion	293	30,9	+12,2	17	18	34	30
7	AUB - HAD St-Brieuc	327	28,3	-2,6	12	14	46	29
7	AUB - HAD Guingamp	158	30,3	+1,4	15	18	38	29
8	AUB - HAD Pontivy	276	23,9	-24,3	19	16	43	22
	Bretagne	6 738	31,1	1,8	15	20	35	30

Source : PMSI HAD 2016

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 de 31 jours en Bretagne, variant de 21 à 40 jours suivant les structures. Certaines structures connaissent de fortes augmentations (+ 27 % à l'HAD 35), d'autres de fortes diminutions (- 24 % à Pontivy, - 21 % à Morlaix).

Les différences s'expliquent notamment par l'âge des patients hospitalisés et 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 » (14 jours), le « traitement par voie veineuse » (16 jours).

2.3 Descriptifs complémentaires

2.3.1 Âge des patients

Tableau 5: Âge des patients pris en charge en 2016

TS	Etablissement	Nombre de patients	Age moyen	Age en classes (années)				
				< 1 (%)	1-17 (%)	18-64 (%)	65-75 (%)	75 et plus (%)
1	HAD Ponant	778	71,0		1,4	31,6	15,9	51,0
	AUB - HAD Morlaix	214	67,8		0,9	40,2	23,8	35,0
	AUB - HAD Carhaix	52	69,8	1,9		38,5	17,3	42,3
2	HAD Cornouaille	258	67,2			40,3	25,2	34,5
3	HAD Aven à Etel	1 000	63,5	2,4	1,0	40,8	16,4	39,4
4	CH Ploërmel	131	70,7		1,5	28,2	22,9	47,3
	HP Océane	669	64,3	0,1	1,2	38,7	24,8	35,1
5	HAD 35	976	64,7	0,7	1,8	40,7	15,6	41,2
6	AUB - HAD St-Malo	373	70,7		0,8	28,7	24,9	45,6
7	CH Lannion	214	68,9		1,4	30,8	24,8	43,0
	AUB - HAD St-Brieuc	262	65,7	0,4	2,7	35,5	22,9	38,5
	AUB - HAD Guingamp	125	71,2		1,6	29,6	21,6	47,2
8	AUB - HAD Pontivy	207	61,8		3,4	41,5	22,7	32,4
	Bretagne	5 259	66,5	0,6	1,4	37,0	19,8	41,2
	France entière	109 866	62,3	4,8	2,2	41,2	17,4	34,3

Source : PMSI HAD 2016

L'âge moyen des patients pris en charge en Bretagne en 2016 est de 66,5 ans, et augmente d'environ un an chaque année depuis 2011. 61 % avaient plus de 65 ans, 41 % plus de 75 ans.

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

L'activité HAD néonatale et pédiatrique reste marginale en Bretagne ; elle représente en effet 2 % de la file active, contre 7 % au niveau national. Des projets associant localement 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 2016 sur la base des séjours clos dans l'année

		Destination									
		Etablissement		Domicile		Décès		Autres		TOUTES	
	Provenance	Nb. Séj.	%	Nb. Séj.	%	Nb. Séj.	%	Nb. Séj.	%	Nb. Séj.	%
Bretagne	Etablissement	1 956	30,4	1 629	25,3	590	9,2	11	0,2	4 186	65,0
	Domicile	590	9,2	937	14,6	693	10,8	3	0,0	2 223	34,5
	Autres	5	0,1	3	0,0	2	0,0	18	0,3	28	0,4
	TOUTES	2 551	39,6	2 569	39,9	1 285	20,0	32	0,5	6 437	100,0
<hr/>											
		Etablissement		Domicile		Décès		Autres		TOUTES	
	Provenance	Nb. Séj.	%	Nb. Séj.	%	Nb. Séj.	%	Nb. Séj.	%	Nb. Séj.	%
France	Etablissement	46 434	26,7	51 239	29,5	11 769	6,8	192	0,1	109 634	63,0
	Domicile	9 768	5,6	45 965	26,4	8 128	4,7	83	0,0	63 944	36,8
	Autres	78	0,0	88	0,1	59	0,0	96	0,1	321	0,2
	TOUTES	56 280	32,4	97 292	55,9	19 956	11,5	371	0,2	173 899	100,0

Source : PMSI HAD 2016 (modes d'entrée / sortie)

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.

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).

65 % 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 près de la moitié d'entre eux y soient retournés ensuite. 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. Les principaux adresseurs de l'HAD sont les centres hospitaliers publics, notamment les établissements de référence.

35 % des séjours ont été initiés à partir du domicile, ce qui est légèrement inférieur au taux national (37 %) qui a augmenté de quatre points en 2016.

3. Synthèse régionale - Valorisation T2A

→ Des évolutions de recettes en miroir de l'activité

Tableau 7 : Valorisation brute des séjours (hors molécules en sus) en 2015 et 2016, par structure

TS	Etablissement	Séjours : Valorisation brute (€)			Nombre de journées	
		2015	2016	Evol. (%)	Evol. (%)	
1	HAD Ponant	4 585 971	5 668 636	+23,5	+19,5%	
1	HAD Morlaix	1 275 307	1 396 928	+9,2	+10,4%	
1	HAD Carhaix	518 352	361 813	-30,4	-23,9%	
2	HAD Cornouaille	1 050 927	1 569 781	+49,0	+51,6%	
3	HAD de l'Aven à Étel	10 151 360	9 930 437	-2,4	-0,9%	
4	CH Ploërmel	1 373 702	1 336 600	-3,0	-4,7%	
4	HP Océane	6 130 412	6 561 361	+6,7	-1,1%	
5	HAD 35	6 675 075	7 927 641	+18,4	+17,4%	
6	HAD St-Malo	2 590 392	3 993 936	+53,8	+62,3%	
7	CH Lannion	2 078 470	2 122 303	+1,8	+1,1%	
7	HAD Briochin	1 646 174	2 014 488	+22,0	+9,8%	
7	HAD Guingamp	754 728	1 067 054	+41,0	+23,1%	
8	HAD Pontivy	1 443 090	1 533 383	+6,0	+2,3%	
	BRETAGNE	40 273 961	45 484 360	12,6	+11,2%	

Source : ePMSI, tableaux OVALIDE

Les recettes T2A des structures d'HAD bretonnes (hors molécules facturables en sus) progressent de 12,6 % par rapport à 2015 et représentent 45 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

Tableau 8: Recettes liées aux molécules prescrites en HAD en 2016, par structure

TS	Etablissement	Molécules en sus			Molécules coûteuses
		Valorisation brute 2016 (€)	Evol. (%)	Principales molécules remboursées	Dotation pour activité 2016 (€)
1	HAD Ponant	237 783	-17,2	Herceptin, Tegeline, Privigen	9 470
1	HAD Morlaix	61 719	+50,6	Tegeline, Herceptin	3 412
1	HAD Carhaix	0	-		4 157
2	HAD Cornouaille	168 658	+15,4	Privigen, Erbitux	50 503
3	HAD de l'Aven à Étel	0	-		37 863
4	CH Ploërmel	0	-		0
4	HP Océane	90 302	+8,5	Clairyg	42 824
5	HAD 35	54 432	-19,9	Herceptin	64 547
6	HAD St-Malo	0	-		13 985
7	CH Lannion	21 179	+217	Herceptin, Tegeline	7 812
7	HAD Briochin	0	-		5 227
7	HAD Guingamp	5 268	-	Mycamine	1 577
8	HAD Pontivy	200 436	+258	Elaprased, Tegeline	5 554
	BRETAGNE	839 777	+22,0		246 936

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

Données d'allocation d'ressources ARS Bretagne : délégation en 1^{ère} circulaire 2017 pour la mesure « Traitement coûteux en HAD »

Six établissements facturent peu ou pas de molécules onéreuses.

Peu de molécules facturables en sus sont utilisées en HAD. Deux classes sont principalement représentées : les anticancéreux (trastuzumab – Herceptin), indiqué dans certains cancers du sein et de l'estomac, pour lesquels la commercialisation d'une forme sous-cutanée prête à l'emploi simplifie le circuit du médicament, et les immunoglobulines (Tegeline, Privigen, Clairyg).

⇒ Dans son rapport de 2015, la HAS considérait que « l' HAD est une modalité de prise en charge pertinente qu'il convient de développer pour pratiquer certaines chimiothérapies ». Pour autant, en Bretagne comme au national, ce développement ne s'est pas produit en 2016.

La plupart des structures remontent des prescriptions de molécules dites « coûteuses » dans le cadre du nouveau dispositif de financement mis en place en 2015. Pour couvrir une partie des frais engagés à ce titre, près de 250 000 € leur ont été alloués sous forme de MIGAC, répartis au prorata des dépenses remontées dans le PMSI.

Aucune structure n'indique avoir prescrit de molécules sous Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU, molécules en attente d'une AMM).

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 ont été mobilisées pour obtenir une représentation cartographique de l'accessibilité et du recours à l'HAD en Bretagne. Les communes (ou groupes de communes) où un recours a été enregistré sont distinguées suivant la valeur du taux de recours annuel : supérieur ou inférieur à la moyenne nationale de l'année, soit 20,4 patients par jour pour 100 000 habitants.

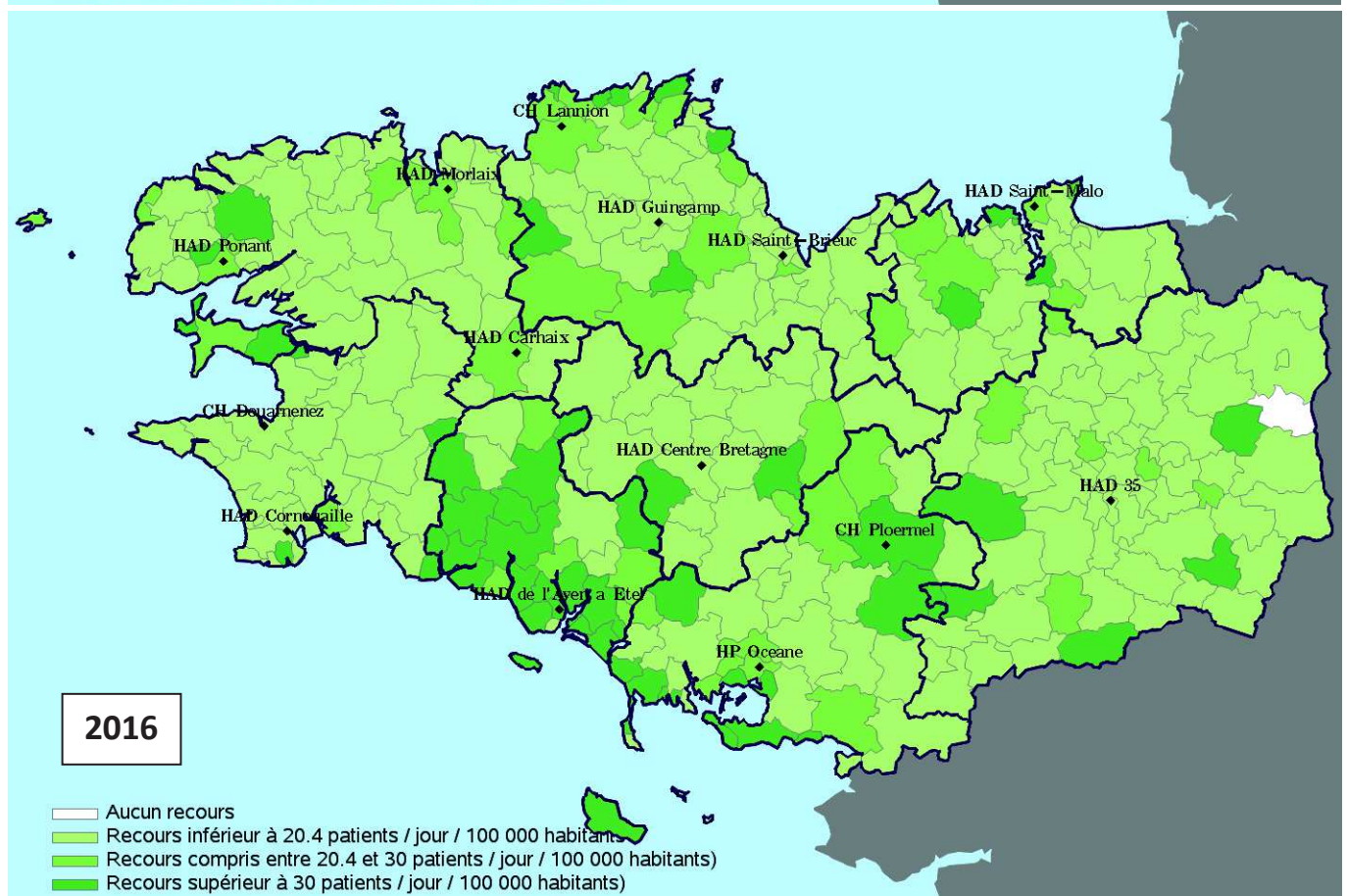
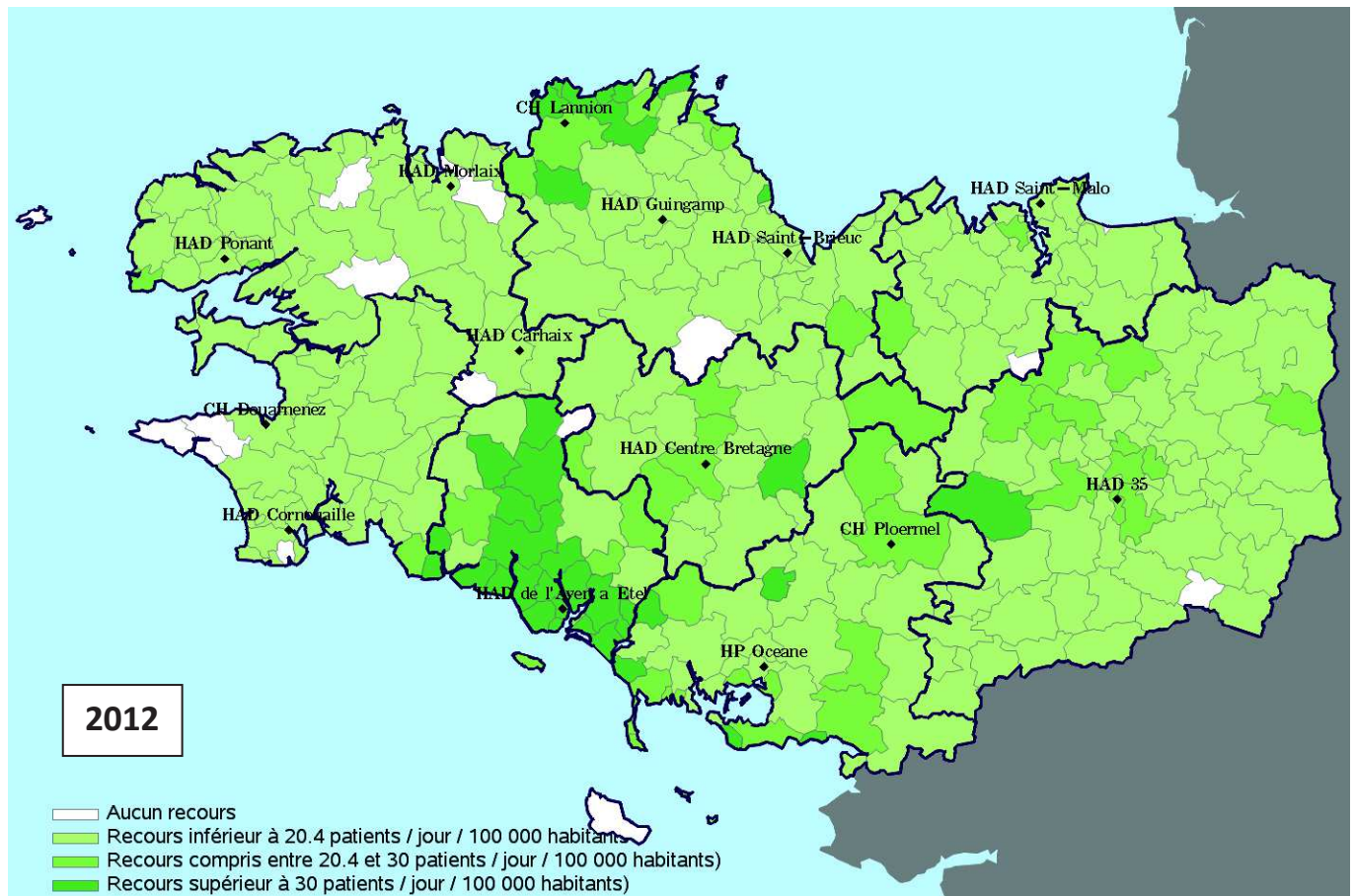
Remarque sur la granularité de l'information

Par souci d'anonymisation, les données PMSI relatives à des patients résidant dans des communes peu peuplées sont agrégées avec celles de communes voisines. Le recours est donc établi et décrit par regroupement géographique PMSI et non par commune.

Les cartes présentées ci-dessous illustrent la bonne accessibilité géographique de l'HAD en région Bretagne en 2016 et sa progression depuis la mise en place du PRS en 2012 : tous les bretons peuvent faire appel à une structure d'HAD. La comparaison des cartes à quatre ans d'intervalle met en lumière la densification de la couverture dans le Morbihan et dans le nord de la région sur la période.

Toutefois, le taux de recours régional reste inférieur à 20 patients par jour pour 100 000 habitants sur la majorité du territoire en 2016. 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 génèrent pas d'activité sur 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 2016
 Représentation par code de regroupement géographique PMSI



Sources : PMSI HAD, population municipale issue du recensement INSEE (respectivement 2009 et 2013)

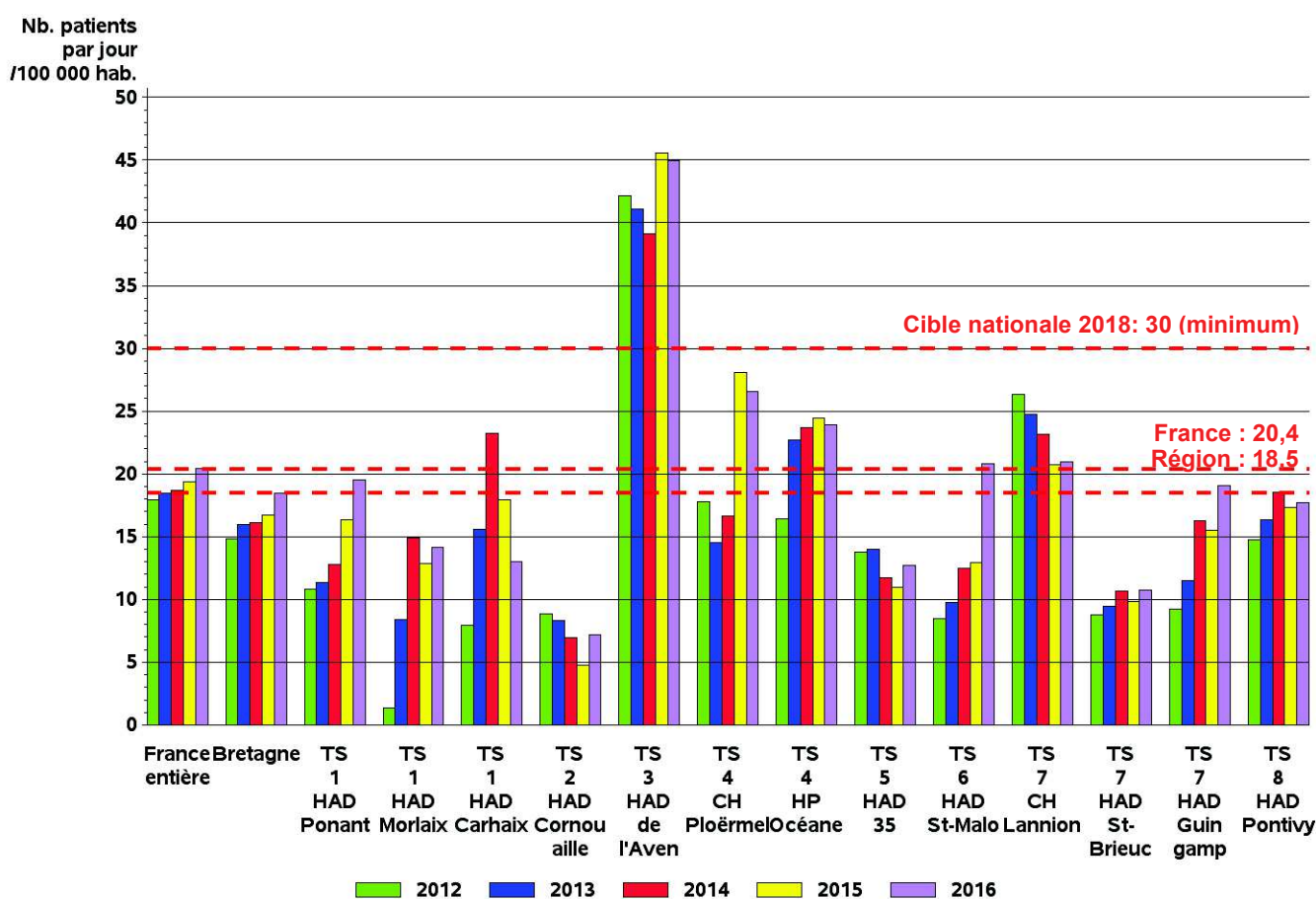
→ Des taux de recours très différents entre territoires

Tableau 9 : Nombre moyen de patients par jour par établissement rapporté à la population domiciliée sur sa zone d'autorisation

TS	Etablissement	Nb. communes couvertes	Population couverte (Recens. INSEE 2013)	2016			
				Nb. Patients domiciliés pris en charge	Nb. journées domiciliées de prise en charge	Nb. moyen de patients PEC par jour (en Bretagne) pour 100 000 habitants	Evol. / 2015 (%)
1	HAD Ponant	91	394 321	783	28 075	19,5	+19,1%
1	AUB - HAD Morlaix	68	134 476	213	6 953	14,2	+10,3%
1	AUB - HAD Carhaix	27	37 591	51	1 790	13,0	-27,2%
2	HAD Cornouaille	99	302 044	257	7 941	7,2	+52,2%
3	HAD Aven à Etel	53	286 638	1 001	46 993	44,9	-1,4%
4	CH Ploërmel	51	68 074	131	6 600	26,6	-5,3%
4	HP Océane	102	321 757	669	28 102	23,9	-2,2%
5	HAD 35	318	904 395	978	42 051	12,7	+16,0%
6	AUB - HAD St-Malo	139	259 514	373	19 738	20,8	+61,3%
7	CH Lannion	72	124 709	211	9 532	20,9	+0,9%
7	AUB - HAD St-Brieuc	99	234 418	262	9 184	10,7	+9,5%
7	AUB - HAD Guingamp	74	75 677	125	5 274	19,1	+23,0%
8	AUB - HAD Pontivy	77	115 093	207	7 438	17,7	+2,0%
	Bretagne	1 270	3 258 707	5 261	219 671	18,5	+10,5%
	France entière		65 564 756		4 877 563	20,4	+5,2%

Sources : PMSI HAD, populations municipales issue du recensement INSEE 2012 et 2013 (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 HAD, population municipale issue du recensement INSEE 2009 à 2013 (année N-3), dossiers d'autorisation ARS

Le taux de recours à l'HAD en Bretagne s'établit à 18,5 patients par jour pour 100 000 habitants en 2016, en progression de 10,5 %. Ce taux est inférieur à la moyenne nationale (20,4) et reste 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).

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.

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

L'HAD du Ponant, couvrant le nord-ouest du Finistère et la presqu'île de Crozon, confirme la belle progression de son activité observée l'année dernière : en augmentation de plus de 50 % en deux ans, le taux de recours sur son territoire (19,5 patients par jour pour 100 000 habitants) dépasse désormais le taux régional. La structure a notamment développé son activité de « prise en charge de la douleur » (le plus souvent en complément de « soins palliatifs »), de « nutrition entérale / parentérale » et de « post-traitement chirurgical ». Ses principaux adresseurs sont le CHU de Brest, avec lequel une collaboration étroite se développe depuis 2 ans, la clinique Pasteur-Lanrozé, porteuse de l'HAD, et les EHPAD. On peut également noter l'augmentation significative du nombre d'adressages depuis la polyclinique Keraudren (107 patients cette année contre 40 en 2015). La structure se démarque, par rapport à la moyenne régionale et nationale, par la part importante de son activité dédiée au « traitement par voie veineuse » et, à l'inverse, par une faible proportion de patients en « soins palliatifs ».

Les structures d'HAD de Morlaix et Carhaix, gérées par l'AUB, couvrent la partie est du TS 1. Après une montée en charge rapide sur leurs trois premières années d'exercice, elles connaissent depuis l'année dernière une période d'instabilité liée à des mouvements au niveau de l'équipe de coordination médicale, à leur éloignement des centres hospitaliers de référence et à un bassin de population réduit. Concernant ce dernier point, un éclatement de l'HAD de Carhaix a d'ailleurs été acté au 1^{er} Janvier 2017, les quelques 37 000 patients de sa zone d'autorisation pouvant désormais être pris en charge par l'HAD de Morlaix ou de Guingamp. La tendance positive observée en fin d'année sur Morlaix permet cependant d'envisager une année 2017 plus favorable. Au niveau des prises en charge, on relèvera principalement le développement des « pansements complexes ».

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

La reprise de la gestion de l'HAD sur le TS 2 par l'Hôtel Dieu de Pont-l'Abbé a permis de mettre fin à une baisse continue de l'activité depuis 2012. Le nouvel opérateur s'appuie sur les différents centres hospitaliers du territoire pour développer une bonne assise territoriale et connaît une montée en charge rapide (+ 52 % en journées, nombre de patients multiplié par 2,5) grâce notamment à la présence d'infirmière de liaison sur chaque établissement. Son profil d'activité se rapproche de celui de la région. Son principal adresseur est le CHIC de Quimper-Concarneau mais des patients venant des cliniques quimpéroises ont également été pris en charge.

L'objectif à court terme est d'atteindre une file d'active de 60 patients par jour fin 2017, ce qui placerait l'établissement à un taux de recours proche de la moyenne régionale. Pour y parvenir, l'établissement devra bien sûr renforcer sa présence au sein des filières hospitalières, mais également investir les EHPAD et collaborer avec les médecins de ville.

→ 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 breton à dépasser l'objectif fixé de 30 patients par jour pour 100 000 habitants et l'un des rares en France. Selon son directeur, trois facteurs majeurs expliquent cette réussite : une construction et une gestion par 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.

En 2016, son activité est restée relativement stable en volume. Toutefois, on observe que l'établissement a développé les pansements complexes » et intervient davantage au sein des EHPAD où près d'un patient sur dix est pris en charge.

→ TS 4 : Vannes / Ploërmel / Malestroit : un taux de recours élevé qui se stabilise

Le TS 4 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 2016, malgré un nombre de patients en hausse (+ 9 %), l'hôpital privé Océane a connu une stabilisation de son activité. L'établissement l'explique par l'absence prolongée d'un des trois médecins coordonnateurs mais remonte également des difficultés plus ponctuelles ; il cite par exemple le manque de garde-malades, qui conduit à des réhospitalisations en MCO, ou les réticences de certains professionnels de santé à travailler avec l'HAD, ce qui freine le développement de nouvelles prises en charge comme le suivi de nouveau-nés à risque ou la rééducation à domicile. Il a donc recentré son activité sur les « soins palliatifs » (+ 23 %), qui représentent la moitié des journées réalisées, et développé les « traitements par voie veineuse » (143 patients pris en charge contre 62 en 2015). Pour continuer à développer l'activité, une collaboration plus étroite avec le CHBA semble indispensable, ce à quoi ce dernier s'est explicitement engagé dans le cadre de son CPOM¹. Notons enfin le partenariat mis en place avec l'hôpital et les professionnels de santé de Belle-Île afin de permettre la prise en charge de patients à domicile sur l'île.

Plus au nord, l'HAD de Ploërmel a connu une légère diminution de son activité en 2016 (- 5 %), après une progression remarquable de 71 % en 2015. Elle compense partiellement un nombre d'adressages en baisse (- 10 % de patients) par des prises en charge plus longues, notamment en « soins palliatifs ». L'HAD Ploërmel est autorisée sur un bassin de 70 000 habitants, l'obligeant à faire reposer son activité sur une équipe médicale restreinte, ce qui la fragilise et limite son développement.

→ 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), le taux de recours sur son territoire est très faible avec moins de 13 patients par jour pour 100 000 habitants en 2016. Après deux années de grande instabilité, l'activité repart toutefois à la hausse (+ 17 %), notamment pour les « pansements complexes », la « prise en charge de douleur » et la « nutrition entérale ». Cette hausse résulte davantage d'un allongement des durées de séjour (+ 27 % sur les séjours clos) que d'un recrutement plus large. L'HAD 35 reste par ailleurs très présente dans les EHPAD au sein desquels elle prend en charge 20 % de ses patients. Le CHU de Rennes est de loin son principal adresseur, néanmoins l'établissement reçoit des patients de tous les établissements du territoire, publics et privés.

→ TS 6 : St-Malo / Dinan : une année exceptionnelle

Après plusieurs années d'un développement faible, l'HAD de Saint-Malo a connu en 2016 une augmentation remarquable de son activité (+ 62 %), lui permettant d'atteindre sur son territoire un taux de recours de 20,8 patients par jour pour 100 000 habitants, supérieur au taux national. Elle a notamment développé les « soins palliatifs », les « pansements complexes », la « surveillance post-chimiothérapie » ou encore les « soins de nursing lourds ». Elle indique avoir nettement renforcé sa présence au sein des hôpitaux, notamment du CH de Saint-Malo en orientant sa communication directement vers les pôles de soins et en s'appuyant sur une infirmière de liaison. La confiance s'installe donc progressivement avec les médecins hospitaliers au sein du GHT. La structure maintient également un taux de recrutement élevé dans les EHPAD (9,4 % de ses patients).

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

L'offre d'HAD sur le TS 7 est répartie entre trois établissements.

L'HAD du pays briochin, qui couvre un bassin de plus de 230 000 habitants, affiche en 2016 l'un des taux de recours les plus faibles de la région, excédant à peine 10 patients par jour pour 100 000 habitants. Cette situation résulte d'un manque de ressources, de stabilité au niveau de la coordination médicale et de volontarisme, ne permettant pas de construire des relations de confiance pérennes avec les prescripteurs, en particulier au CH de Saint-Brieuc. Une bonne dynamique avait pourtant été constatée en début d'année, avec notamment le développement des prises en charge en « soins palliatifs » concomitamment à l'arrivée d'un nouveau médecin, mais son départ en fin d'année a précipité une rechute de l'activité. Un dialogue est engagé avec l'ARS et les acteurs du territoire pour définir les leviers qui permettront de développer durablement l'activité.

Dans le pays de Guingamp voisin, le taux de recours à l'HAD connaît une augmentation régulière depuis 2012. En progression de 23 % en 2016, il se situe dans la moyenne régionale (19,1 patients pour 100 000 habitants). La structure a augmenté et diversifié son activité vers les « soins palliatifs », le « nursing lourd », les « traitements par voie veineuse », au détriment des « pansements

¹ CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens, signé entre l'établissement et l'ARS et définissant ses orientations sur cinq ans

complexes ». Toutefois, étant donné le bassin de population réduit sur lequel elle est autorisée, sa situation reste fragile et des mutualisations avec d'autres structures de l'AUB sont engagées.

Enfin, le CH de Lannion couvre la partie nord des Côtes d'Armor, s'appuyant en partie sur une antenne basée à Paimpol. Le taux de recours à l'HAD n'a cessé de diminuer entre 2012 et 2015 sur ce territoire et se stabilise en 2016 autour de 21 patients par jour pour 100 000 habitants. Le nombre total de patients pris en charge sur l'année a diminué de 20 % mais un allongement des durées de prise en charge est venu compenser cette baisse. L'établissement indique avoir mené des campagnes de communication auprès des libéraux et rencontré tous les EHPAD de son secteur en 2015 sans que cela ne se traduise en 2016 sur son activité. On constate néanmoins une hausse des entrées par le domicile de dix points cette année. L'arrivée de deux médecins coordonnateurs suite au départ du précédent en septembre 2016 semble avoir créé une dynamique positive sur le dernier trimestre. A confirmer en 2017.

→ TS 8 : Pontivy / Loudéac : une redistribution de l'activité

Depuis 2012, le taux de recours à l'HAD dans le centre Bretagne est resté très proche de la moyenne régionale et s'établit légèrement en deçà en 2016, à 17,7 patients par jour pour 100 000 habitants, soit 2 % de plus que l'année précédente. Cette relative stabilité masque une évolution importante de la répartition de l'activité par modes de prise en charge de l'HAD de Centre Bretagne, avec moins de « pansements complexes » et de « soins palliatifs » (ces deux MPP représentaient 69 % des journées en 2015, et seulement 47 % en 2016), et davantage de « traitements par voie veineuse », de « prises en charge de la douleur » ou encore de « post-traitement chirurgical ». Le volume d'activité n'a, de plus, pas été homogène sur l'année. En effet, après un léger creux en début d'année, l'activité de la structure a nettement augmenté au second semestre, terminant l'année sur une tendance positive pour 2017. Notons toutefois que la présence de la structure en EHPAD reste très limitée.

5. Retour sur l'appel à projets HAD lancé par l'ARS en 2016

La circulaire de décembre 2013 a fixé un objectif de développement de l'HAD à 30 à 35 patients par jour en HAD pour 100 000 habitants en 2018. Cet objectif s'est vu par la suite réaffirmé dans le cadre du plan triennal, l'HAD apparaissant comme un acteur incontournable du virage ambulatoire.

L'ARS Bretagne a donc élaboré une stratégie de développement de l'HAD autour de plusieurs axes : 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.

Si cet accompagnement est nécessaire, il n'en reste pas moins que l'impulsion principale doit venir des structures d'HAD, qui doivent être acteur de leur propre développement et s'inscrire dans les filières de soins de leur territoire. C'est pourquoi l'ARS a lancé en 2016 un appel à projets dans le cadre du plan triennal, afin d'accroître le taux de recours en HAD au décours d'une prise en charge ou en prévention d'une hospitalisation conventionnelle avec hébergement.

→ Les critères de sélection

Les critères principaux étaient le caractère innovant, le potentiel d'accroissement de taux de recours, le caractère d'aide au démarrage et la soutenabilité des dispositifs dans le temps, la dotation proposée étant ponctuelle. Un équilibre a également été recherché entre les différents territoires et statuts d'établissement.

→ Les projets sélectionnés

Sur 12 projets déposés, 7 ont été retenus pour un montant global de 556 719 €. Parmi les projets financés, on peut retenir la mise en place d'une plateforme de sortie, le développement de filières de rééducation, l'accroissement des interventions dans les EHPAD ou encore le recrutement d'infirmières de liaison HAD / établissement conventionnel.

Un échange sera organisé avec l'ensemble des structures d'HAD pour partager des retours d'expérience et identifier les pistes les plus porteuses de développement.

Par ailleurs, un nouvel appel à projets pour développer l'HAD a été lancé en 2017.

6. Annexes

Annexe 1	Synthèse détaillée des volumes d'activité en 2015 et 2016, par établissement	29
Annexe 2	MPP les plus courants, par établissement.....	30
Annexe 2-A	MPP les plus fréquents en nombre de journées en 2015 et 2016, par établissement.....	34
Annexe 2-B	MPP les plus fréquents en nombre de patients en 2015 et 2016	33
Annexe 2-C	MPP les plus fréquents en nombre de patients en 2015 et 2016, par établissement.....	35
Annexe 3	MPA les plus courants pour les MPP les plus fréquents.....	40
Annexe 4	Indice de Karnofsky en 2016, 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 2015 et 2016, par établissement	44
Annexe 6-B	Répartition du nombre de séjours suivant la destination du patient, en 2015 et 2016, par établissement	45
Annexe 6-C	Principaux établissements adresseurs MCO, par structure HAD.....	46

Annexe 1 : Synthèse détaillée des volumes d'activité en 2015 et 2016, par établissement

TS	Etablissement	Nombre de journées de présence			Nombre de Séjours				Nombre de patients			Nombre de patients pris en charge en ESMS			
		2015	2016	Evol. (%)	2015	2016	Evol. (%)	DMS (séjours clos) 2016	2015	2016	Evol. (%)	2015	2016	Evol. (%)	Part en 2016 (%)
1	HAD Ponant	23 483	28 065	+19,5%	990	1 175	+18,7%	24	642	778	+21,2%	133	223	+67,7%	28,7
1	AUB - HAD Morlaix	6 305	6 958	+10,4%	264	309	+17,0%	22	181	214	+18,2%	21	22	+4,8%	10,3
1	AUB - HAD Carhaix	2 468	1 879	-23,9%	114	71	-37,7%	25	77	52	-32,5%	9	12	+33,3%	23,1
2	HAD Cornouaille	5 200	7 881	+51,6%	204	405	+98,5%	21	104	258	+148,1%	6	3	-50,0%	1,2
3	HAD Aven à Etel	47 397	46 979	-0,9%	1 349	1 271	-5,8%	40	1 011	1 000	-1,1%	76	97	+27,6%	9,7
4	CH Ploërmel	6 926	6 600	-4,7%	222	205	-7,7%	36	146	131	-10,3%	10	12	+20,0%	9,2
4	HP Océane	28 424	28 102	-1,1%	803	865	+7,7%	35	615	669	+8,8%	45	50	+11,1%	7,5
5	HAD 35	35 796	42 038	+17,4%	1 476	1 378	-6,6%	32	966	976	+1,0%	196	200	+2,0%	20,5
6	AUB - HAD St-Malo	12 156	19 730	+62,3%	400	560	+40,0%	36	286	373	+30,4%	34	35	+2,9%	9,4
7	CH Lannion	9 467	9 574	+1,1%	362	309	-14,6%	31	267	214	-19,9%	12	12	+0%	5,6
7	AUB - HAD St-Brieuc	8 364	9 184	+9,8%	307	345	+12,4%	28	236	262	+11,0%	16	12	-25,0%	4,6
7	AUB - HAD Guingamp	4 284	5 274	+23,1%	155	181	+16,8%	30	119	125	+5,0%	12	16	+33,3%	12,8
8	AUB - HAD Pontivy	7 273	7 438	+2,3%	263	301	+14,4%	24	194	207	+6,7%	10	10	+0%	4,8
	Bretagne	197 543	219 702	+11,2%	6 909	7 375	+6,7%	31	4 844	5 259	+8,6%	580	704	+21,4%	13,4
	France entière	4 629 253	4 877 563	+5,4%	174 045	187 483	+7,7%		105 317	109 866	+4,3%	7 174	8 610	+20,0%	7,8

Source : PMSI HAD 2015 et 2016

Annexe 2-A :

MPP représentant au moins 5 % du nombre de journées d'activité 2015 et/ou 2016, dans chaque établissement : nombre et part de journées en 2015 et 2016 et évolution
(Les MPP sont classés par volume de journées 2016 décroissant)

Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2015		2016		Evol. du Nombre de journées (%)	Part de l'activité France entière (%)
	Nombre de journées de présence	Part de l'activité (%)	Nombre de journées de présence	Part de l'activité (%)		
TOUS	197 543	100,0	219 702	100,0	+11,2%	100,0
09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	56 381	28,5	62 953	28,7	+11,7%	28,0
04 Soins palliatifs	51 440	26,0	56 378	25,7	+9,6%	24,7
07 PEC de la douleur	13 936	7,1	18 723	8,5	+34,3%	2,5
03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	11 622	5,9	14 024	6,4	+20,7%	6,1
06 Nutrition entérale	11 989	6,1	13 392	6,1	+11,7%	6,7
14 Soins de nursing lourds	14 092	7,1	11 379	5,2	-19,3%	9,2
08 Autres traitements	7 126	3,6	7 891	3,6	+10,7%	2,3
13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	6 465	3,3	7 387	3,4	+14,3%	3,7
10 Post traitement chirurgical	4 065	2,1	5 782	2,6	+42,2%	2,3
02 Nutrition parentérale	5 385	2,7	5 352	2,4	-0,6%	2,4
01 Assistance respiratoire	5 128	2,6	5 341	2,4	+4,2%	2,5
19 Surveillance de grossesse à risque	4 823	2,4	4 704	2,1	-2,5%	2,2
05 Chimiothérapie anticancéreuse	1 854	0,9	3 347	1,5	+80,5%	2,2
21 post-partum pathologique	1 580	0,8	1 397	0,6	-11,6%	1,5
11 Rééducation orthopédique	381	0,2	476	0,2	+24,9%	0,7
12 Rééducation neurologique	654	0,3	413	0,2	-36,9%	1,0
17 Surveillance de radiothérapie	311	0,2	329	0,1	+5,8%	0,1
22 PEC du nouveau-né à risque	67	0,0	174	0,1	+159,7%	0,5
15 Education du patient et de son entourage	101	0,1	97	0,0	-4,0%	1,3
29 Sortie précoce de chirurgie			91	0,0	-	0,0
24 Surveillance d'aplasie	107	0,1	72	0,0	-32,7%	0,1
18 Transfusion sanguine					-	0,0
20 Retour précoce à domicile après accouchement	36	0,0			-	

Source : PMSI HAD 2015 et 2016

Annexe 2-B :

Nombre et part de patients pris en charge au moins une fois par MPP en 2015 et 2016

(Les MPP sont classés par nombre de patients 2016 décroissant)

TS	Etablissement	Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2015		2016		Evol. du Nombre de journées (%)
			Nombre de journées de présence	Part de l'activité (%)	Nombre de journées de présence	Part de l'activité (%)	
1	HAD Ponant	TOUS	23 483	100,0	28 065	100,0	+19,5%
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	10 163	43,3	9 801	34,9	-3,6%
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	3 405	14,5	3 779	13,5	+11,0%
		07 PEC de la douleur	1 867	8,0	3 771	13,4	+102,0%
		06 Nutrition entérale	2 098	8,9	2 844	10,1	+35,6%
		04 Soins palliatifs	2 266	9,6	2 114	7,5	-6,7%
		02 Nutrition parentérale	853	3,6	1 653	5,9	+93,8%
		14 Soins de nursing lourds	1 270	5,4	1 056	3,8	-16,9%
	AUB - HAD Morlaix	TOUS	6 305	100,0	6 958	100,0	+10,4%
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1 918	30,4	2 468	35,5	+28,7%
		04 Soins palliatifs	1 319	20,9	1 255	18,0	-4,9%
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	687	10,9	889	12,8	+29,4%
		06 Nutrition entérale	499	7,9	526	7,6	+5,4%
		14 Soins de nursing lourds	202	3,2	397	5,7	+96,5%
		05 Chimiothérapie anticancéreuse			367	5,3	-
		08 Autres traitements	346	5,5	140	2,0	-59,5%
		01 Assistance respiratoire	375	5,9	100	1,4	-73,3%
	AUB - HAD Carhaix	TOUS	2 468	100,0	1 879	100,0	-23,9%
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	379	15,4	756	40,2	+99,5%
		04 Soins palliatifs	785	31,8	518	27,6	-34,0%
		02 Nutrition parentérale	457	18,5	123	6,5	-73,1%
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	328	13,3	116	6,2	-64,6%
		07 PEC de la douleur	93	3,8	115	6,1	+23,7%
		06 Nutrition entérale	330	13,4	97	5,2	-70,6%
2	HAD Cornouaille	TOUS	5 200	100,0	7 881	100,0	+51,6%
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1 877	36,1	2 843	36,1	+51,5%
		04 Soins palliatifs	1 074	20,7	1 502	19,1	+39,9%

TS	Etablissement	Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2015		2016		Evol. du Nombre de journées (%)
			Nombre de journées de présence	Part de l'activité (%)	Nombre de journées de présence	Part de l'activité (%)	
		07 PEC de la douleur	9	0,2	927	11,8	+10 200,0%
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	330	6,3	713	9,0	+116,1%
		08 Autres traitements	571	11,0	672	8,5	+17,7%
		01 Assistance respiratoire	5	0,1	472	6,0	+9 340,0%
		14 Soins de nursing lourds	430	8,3	211	2,7	-50,9%
		06 Nutrition entérale	661	12,7	115	1,5	-82,6%
3	HAD Aven à Etel	TOUS	47 397	100,0	46 979	100,0	-0,9%
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	9 962	21,0	12 083	25,7	+21,3%
		04 Soins palliatifs	13 002	27,4	11 797	25,1	-9,3%
		07 PEC de la douleur	3 658	7,7	4 700	10,0	+28,5%
		14 Soins de nursing lourds	4 096	8,6	3 742	8,0	-8,6%
		06 Nutrition entérale	3 856	8,1	3 495	7,4	-9,4%
		08 Autres traitements	2 647	5,6	2 201	4,7	-16,8%
4	CH Ploërmel	TOUS	6 926	100,0	6 600	100,0	-4,7%
		04 Soins palliatifs	2 498	36,1	3 019	45,7	+20,9%
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1 385	20,0	1 370	20,8	-1,1%
		14 Soins de nursing lourds	1 037	15,0	870	13,2	-16,1%
		07 PEC de la douleur	200	2,9	486	7,4	+143,0%
		13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	545	7,9	165	2,5	-69,7%
		06 Nutrition entérale	432	6,2	143	2,2	-66,9%
	HP Océane	TOUS	28 424	100,0	28 102	100,0	-1,1%
		04 Soins palliatifs	11 446	40,3	14 039	50,0	+22,7%
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	3 775	13,3	3 635	12,9	-3,7%
		07 PEC de la douleur	3 953	13,9	2 781	9,9	-29,6%
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	1 070	3,8	2 343	8,3	+119,0%
		19 Surveillance de grossesse à risque	2 019	7,1	1 917	6,8	-5,1%
		01 Assistance respiratoire	2 127	7,5	1 322	4,7	-37,8%
		14 Soins de nursing lourds	1 663	5,9	235	0,8	-85,9%
5	HAD 35	TOUS	35 796	100,0	42 038	100,0	+17,4%
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	10 741	30,0	13 604	32,4	+26,7%

TS	Etablissement	Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2015		2016		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	8 022	22,4	7 768	18,5	-3,2%
		07 PEC de la douleur	2 312	6,5	3 997	9,5	+72,9%
		06 Nutrition entérale	1 557	4,3	3 238	7,7	+108,0%
		19 Surveillance de grossesse à risque	2 621	7,3	2 516	6,0	-4,0%
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	2 178	6,1	1 720	4,1	-21,0%
		14 Soins de nursing lourds	3 445	9,6	1 653	3,9	-52,0%
6	AUB - HAD St-Malo	TOUS	12 156	100,0	19 730	100,0	+62,3%
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	5 021	41,3	7 173	36,4	+42,9%
		04 Soins palliatifs	2 677	22,0	4 532	23,0	+69,3%
		13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	743	6,1	1 542	7,8	+107,5%
		14 Soins de nursing lourds	563	4,6	1 535	7,8	+172,6%
		06 Nutrition entérale	676	5,6	1 000	5,1	+47,9%
		07 PEC de la douleur	670	5,5	440	2,2	-34,3%
7	CH Lannion	TOUS	9 467	100,0	9 574	100,0	+1,1%
		04 Soins palliatifs	3 156	33,3	3 373	35,2	+6,9%
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	2 385	25,2	2 453	25,6	+2,9%
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	453	4,8	684	7,1	+51,0%
		14 Soins de nursing lourds	589	6,2	527	5,5	-10,5%
		06 Nutrition entérale	138	1,5	521	5,4	+277,5%
		10 Post traitement chirurgical	844	8,9	507	5,3	-39,9%
		13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	691	7,3	409	4,3	-40,8%
	AUB - HAD St-Brieuc	TOUS	8 364	100,0	9 184	100,0	+9,8%
		04 Soins palliatifs	2 216	26,5	3 791	41,3	+71,1%
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	3 382	40,4	3 037	33,1	-10,2%
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	511	6,1	500	5,4	-2,2%
		14 Soins de nursing lourds	487	5,8	428	4,7	-12,1%
		02 Nutrition parentérale	493	5,9	356	3,9	-27,8%
		06 Nutrition entérale	658	7,9	305	3,3	-53,6%
	AUB - HAD Guingamp	TOUS	4 284	100,0	5 274	100,0	+23,1%
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	2 345	54,7	1 724	32,7	-26,5%

TS	Etablissement	Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2015		2016		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	1 005	23,5	1 186	22,5	+18,0%
		14 Soins de nursing lourds	118	2,8	643	12,2	+444,9%
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	265	6,2	513	9,7	+93,6%
		06 Nutrition entérale	193	4,5	498	9,4	+158,0%
8	AUB - HAD Pontivy	TOUS	7 273	100,0	7 438	100,0	+2,3%
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	3 048	41,9	2 006	27,0	-34,2%
		04 Soins palliatifs	1 974	27,1	1 484	20,0	-24,8%
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	270	3,7	973	13,1	+260,4%
		07 PEC de la douleur	381	5,2	839	11,3	+120,2%
		10 Post traitement chirurgical	188	2,6	547	7,4	+191,0%
		13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	327	4,5	420	5,6	+28,4%

Source : PMSI HAD 2015 et 2016

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 2015 et/ou 2016, dans chaque établissement****Nombre et part des patients en 2015 et 2016 et évolution***(Les MPP sont classés par nombre de patients 2016 décroissant)*

Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2015		2016		Evol. du Nombre de patients (%)
	Nombre de patients	Part de la file active (%)	Nombre de patients	Part de la file active (%)	
TOUS	4 844	100,0	5 259	100,0	+8,6%
04 Soins palliatifs	1 591	32,8	1 643	31,2	+3,3%
09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1 166	24,1	1 185	22,5	+1,6%
07 PEC de la douleur	611	12,6	903	17,2	+47,8%
03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	621	12,8	725	13,8	+16,7%
10 Post traitement chirurgical	205	4,2	280	5,3	+36,6%
14 Soins de nursing lourds	308	6,4	234	4,4	-24,0%
21 post-partum pathologique	225	4,6	211	4,0	-6,2%
06 Nutrition entérale	205	4,2	203	3,9	-0,0%
08 Autres traitements	166	3,4	198	3,8	+19,3%
19 Surveillance de grossesse à risque	203	4,2	195	3,7	-3,9%
13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	165	3,4	178	3,4	+7,9%
02 Nutrition parentérale	180	3,7	163	3,1	-9,4%
05 Chimiothérapie anticancéreuse	72	1,5	94	1,8	+30,6%
01 Assistance respiratoire	93	1,9	84	1,6	-9,7%
22 PEC du nouveau-né à risque	9	0,2	28	0,5	+211,1%
11 Rééducation orthopédique	24	0,5	18	0,3	-25,0%
17 Surveillance de radiothérapie	19	0,4	16	0,3	-15,8%
12 Rééducation neurologique	12	0,2	12	0,2	+0%
15 Education du patient et de son entourage	6	0,1	6	0,1	+0%
29 Sortie précoce de chirurgie			6	0,1	-
24 Surveillance d'aplasie	2	0,0	4	0,1	+100,0%
20 Retour précoce à domicile après accouchement	6	0,1			-

*Source : PMSI HAD 2015 et 2016**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 2015 et/ou 2016, pour les MPP les plus fréquents : nombre et part de journées en 2016

(Les MPA sont classés par volume de journées 2016 décroissant)

TS	Etablissement	Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2015		2016		Evol. du Nombre de patients (%)
			Nombre de patients	Part de la file active (%)	Nombre de patients	Part de la file active (%)	
1	HAD Ponant	TOUS	642	100,0	778	100,0	+21,2%
		07 PEC de la douleur	122	19,0	229	29,4	+87,7%
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	180	28,0	214	27,5	+18,9%
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	173	26,9	174	22,4	+0,6%
		04 Soins palliatifs	107	16,7	110	14,1	+2,8%
		10 Post traitement chirurgical	24	3,7	70	9,0	+191,7%
		08 Autres traitements	30	4,7	46	5,9	+53,3%
		02 Nutrition parentérale	38	5,9	41	5,3	+7,9%
		06 Nutrition entérale	39	6,1	32	4,1	-17,9%
	AUB - HAD Morlaix	TOUS	181	100,0	214	100,0	+18,2%
		04 Soins palliatifs	56	30,9	54	25,2	-3,6%
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	48	26,5	47	22,0	-2,1%
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	46	25,4	45	21,0	-2,2%
		10 Post traitement chirurgical	12	6,6	20	9,3	+66,7%
		02 Nutrition parentérale	10	5,5	17	7,9	+70,0%
		14 Soins de nursing lourds	6	3,3	17	7,9	+183,3%
		06 Nutrition entérale	12	6,6	15	7,0	+25,0%
		05 Chimiothérapie anticancéreuse			12	5,6	-
		07 PEC de la douleur	13	7,2	10	4,7	-23,1%
		08 Autres traitements	10	5,5	5	2,3	-50,0%
	AUB - HAD Carhaix	TOUS	77	100,0	52	100,0	-32,5%
		04 Soins palliatifs	30	39,0	20	38,5	-33,3%
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	21	27,3	14	26,9	-33,3%

TS	Etablissement	Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2015		2016		Evol. du Nombre de patients (%)
			Nombre de patients	Part de la file active (%)	Nombre de patients	Part de la file active (%)	
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	18	23,4	9	17,3	-50,0%
		07 PEC de la douleur	3	3,9	6	11,5	+100,0%
		02 Nutrition parentérale	8	10,4	3	5,8	-62,5%
		06 Nutrition entérale	7	9,1	3	5,8	-57,1%
		10 Post traitement chirurgical	4	5,2	2	3,8	-50,0%
2	HAD Cornouaille	TOUS	104	100,0	258	100,0	+148,1%
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	33	31,7	81	31,4	+145,5%
		04 Soins palliatifs	24	23,1	68	26,4	+183,3%
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	18	17,3	32	12,4	+77,8%
		07 PEC de la douleur	2	1,9	31	12,0	+1 450,0%
		08 Autres traitements	15	14,4	16	6,2	+6,7%
		14 Soins de nursing lourds	9	8,7	9	3,5	+0%
		02 Nutrition parentérale	7	6,7	6	2,3	-14,3%
3	HAD Aven à Etel	TOUS	1 011	100,0	1 000	100,0	-1,1%
		04 Soins palliatifs	311	30,8	290	29,0	-6,8%
		21 post-partum pathologique	213	21,1	200	20,0	-6,1%
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	174	17,2	172	17,2	-1,1%
		07 PEC de la douleur	137	13,6	164	16,4	+19,7%
		14 Soins de nursing lourds	88	8,7	67	6,7	-23,9%
		10 Post traitement chirurgical	68	6,7	55	5,5	-19,1%
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	71	7,0	51	5,1	-28,2%
4	CH Ploërmel	TOUS	146	100,0	131	100,0	-10,3%
		04 Soins palliatifs	62	42,5	64	48,9	+3,2%
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	27	18,5	29	22,1	+7,4%
		14 Soins de nursing lourds	27	18,5	12	9,2	-55,6%
		07 PEC de la douleur	8	5,5	10	7,6	+25,0%

TS	Etablissement	Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2015		2016		Evol. du Nombre de patients (%)
			Nombre de patients	Part de la file active (%)	Nombre de patients	Part de la file active (%)	
		10 Post traitement chirurgical	11	7,5	10	7,6	-9,1%
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	13	8,9	7	5,3	-46,2%
		13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	12	8,2	7	5,3	-41,7%
	HP Océane	TOUS	615	100,0	669	100,0	+8,8%
		04 Soins palliatifs	247	40,2	290	43,3	+17,4%
		07 PEC de la douleur	126	20,5	148	22,1	+17,5%
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	62	10,1	143	21,4	+130,6%
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	99	16,1	89	13,3	-10,1%
		19 Surveillance de grossesse à risque	88	14,3	85	12,7	-3,4%
		01 Assistance respiratoire	40	6,5	14	2,1	-65,0%
		14 Soins de nursing lourds	35	5,7	8	1,2	-77,1%
5	HAD 35	TOUS	966	100,0	976	100,0	+1,0%
		04 Soins palliatifs	356	36,9	290	29,7	-18,5%
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	250	25,9	242	24,8	-3,2%
		07 PEC de la douleur	128	13,3	235	24,1	+83,6%
		19 Surveillance de grossesse à risque	107	11,1	101	10,3	-5,6%
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	95	9,8	90	9,2	-5,3%
6	AUB - HAD St-Malo	TOUS	286	100,0	373	100,0	+30,4%
		04 Soins palliatifs	102	35,7	135	36,2	+32,4%
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	102	35,7	119	31,9	+16,7%
		14 Soins de nursing lourds	12	4,2	39	10,5	+225,0%
		13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	21	7,3	32	8,6	+52,4%
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	23	8,0	30	8,0	+30,4%
		06 Nutrition entérale	19	6,6	20	5,4	+5,3%

TS	Etablissement	Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2015		2016		Evol. du Nombre de patients (%)
			Nombre de patients	Part de la file active (%)	Nombre de patients	Part de la file active (%)	
		07 PEC de la douleur	35	12,2	20	5,4	-42,9%
		02 Nutrition parentérale	15	5,2	15	4,0	+0%
7	CH Lannion	TOUS	267	100,0	214	100,0	-19,9%
		04 Soins palliatifs	105	39,3	100	46,7	-4,8%
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	45	16,9	55	25,7	+22,2%
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	34	12,7	22	10,3	-35,3%
		10 Post traitement chirurgical	39	14,6	18	8,4	-53,8%
		14 Soins de nursing lourds	24	9,0	16	7,5	-33,3%
		13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	15	5,6	8	3,7	-46,7%
	AUB - HAD St-Brieuc	TOUS	236	100,0	262	100,0	+11,0%
		04 Soins palliatifs	77	32,6	120	45,8	+55,8%
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	75	31,8	87	33,2	+16,0%
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	27	11,4	28	10,7	+3,7%
		07 PEC de la douleur	16	6,8	14	5,3	-12,5%
		06 Nutrition entérale	16	6,8	11	4,2	-31,3%
		14 Soins de nursing lourds	21	8,9	11	4,2	-47,6%
	AUB - HAD Guingamp	TOUS	119	100,0	125	100,0	+5,0%
		04 Soins palliatifs	46	38,7	51	40,8	+10,9%
		09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	52	43,7	32	25,6	-38,5%
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	14	11,8	20	16,0	+42,9%
		14 Soins de nursing lourds	6	5,0	11	8,8	+83,3%
		07 PEC de la douleur	6	5,0	8	6,4	+33,3%
		06 Nutrition entérale	4	3,4	7	5,6	+75,0%
8	AUB - HAD Pontivy	TOUS	194	100,0	207	100,0	+6,7%
		04 Soins palliatifs	69	35,6	53	25,6	-23,2%

TS	Etablissement	Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2015		2016		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)	74	38,1	50	24,2	-32,4%
		10 Post traitement chirurgical	9	4,6	36	17,4	+300,0%
		03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	18	9,3	34	16,4	+88,9%
		07 PEC de la douleur	12	6,2	28	13,5	+133,3%
		08 Autres traitements	10	5,2	13	6,3	+30,0%

Source : PMSI HAD 2015 et 2016

Annexe 4 :

Répartition des journées d'activité 2016 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	HAD Ponant	28 065	23,5	60,6	15,9
1	AUB - HAD Morlaix	6 958	18,5	54,0	27,5
1	AUB - HAD Carhaix	1 879	28,0	40,7	31,3
2	HAD Cornouaille	7 881	17,8	48,4	33,8
3	HAD Aven à Etel	46 836	51,5	45,0	3,5
4	CH Ploërmel	6 600	32,1	58,9	9,0
4	HP Océane	28 102	36,2	44,7	19,1
5	HAD 35	42 007	25,4	50,9	23,6
6	AUB - HAD St-Malo	19 730	32,5	61,7	5,8
7	CH Lannion	9 574	36,5	50,0	13,5
7	AUB - HAD St-Brieuc	9 184	32,4	42,9	24,7
7	AUB - HAD Guingamp	5 274	26,9	42,1	30,9
8	AUB - HAD Pontivy	7 438	12,7	42,7	44,6
	Bretagne	219 528	32,9	50,4	16,8
	France entière	4 852 568	34,9	41,2	23,9

Source : PMSI HAD 2016

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 2016**

Sur la base des séjours avec un MPP constant, soit 89 % des séjours

Les MPP sont classés par volume de journées 2016 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	1 424	29,0	16	17	37	29
09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1 220	43,1	5	11	39	46
03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	717	15,6	18	28	43	10
07 PEC de la douleur	637	20,1	32	25	31	12
08 Autres traitements	272	20,8	43	19	21	16
06 Nutrition entérale	247	41,0	16	17	33	34
10 Post traitement chirurgical	215	18,7	5	24	55	16
14 Soins de nursing lourds	214	34,6	19	17	30	34
19 Surveillance de grossesse à risque	209	22,5	8	17	49	26
21 post-partum pathologique	208	6,8	3	89	8	
05 Chimiothérapie anticancéreuse	179	13,9	77	5	8	10
13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	169	30,0	8	20	44	28
02 Nutrition parentérale	134	25,4	7	28	43	22
01 Assistance respiratoire	86	59,5	8	12	35	45
22 PEC du nouveau-né à risque	25	6,3	8	84	8	
12 Rééducation neurologique	10	28,3		20	40	40
11 Rééducation orthopédique	9	31,7		11	44	44
15 Education du patient et de son entourage	8	8,3	50		50	
17 Surveillance de radiothérapie	3	23,0			67	33
29 Sortie précoce de chirurgie	3	21,3		33	33	33
24 Surveillance d'aplasie	1	28,0			100	

Source : PMSI HAD 2016

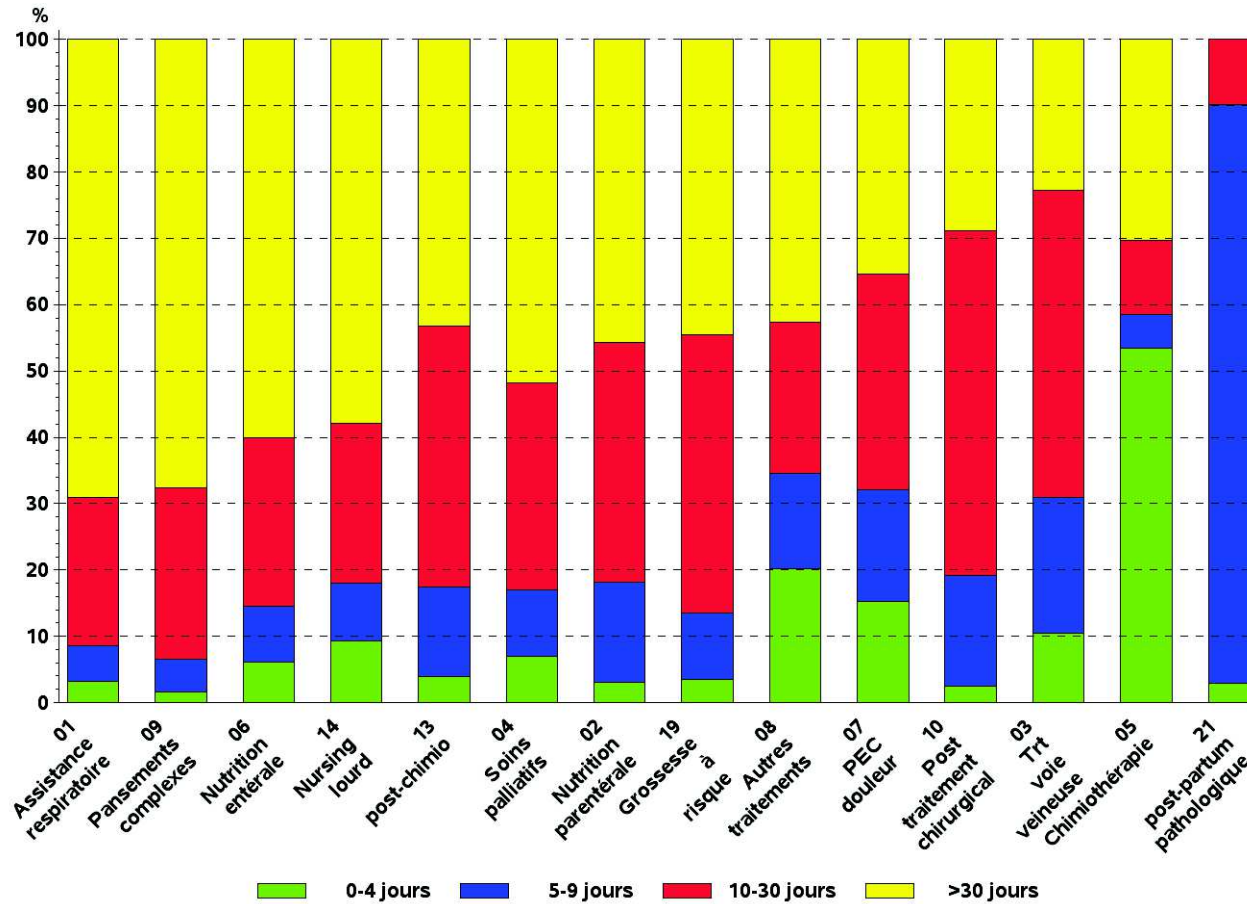
Annexe 5 :

Durées des séjours clos par MPP en 2016

Sur la base des séjours avec un MPP constant, soit 8 % des séjours

Graphique restreint aux MPP pour lesquels au moins 50 séjours ont été recensés en 2016

Les MPP sont triés par DMS décroissante



Source : PMSI HAD 2016

Annexe 6-A :

Répartition du nombre de séjours suivant la provenance du patient, en 2015 et 2016, 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	HAD Ponant	2015	928	61,4	5,2	22,2	8,5	2,7
		2016	1 085	58,0	4,5	21,9	13,8	1,8
	AUB - HAD Morlaix	2015	249	65,5	8,8	24,1	1,6	
		2016	283	67,1	1,4	30,4	1,1	
	AUB - HAD Carhaix	2015	109	78,0	0,9	21,1		
		2016	68	61,8		30,9	7,4	
2	HAD Cornouaille	2015	186	57,0	2,2	40,3	0,5	
		2016	366	62,0	5,7	32,0	0,3	
3	HAD Aven à Etel	2015	1 222	64,2	8,2	23,9	3,5	0,2
		2016	1 139	62,6	8,3	24,8	3,8	0,5
4	CH Ploërmel	2015	201	77,1	2,0	20,9		
		2016	190	66,3	2,1	31,6		
	HP Océane	2015	723	64,3	2,1	30,4	3,2	
		2016	779	64,3	2,3	30,6	2,6	0,3
5	HAD 35	2015	1 377	41,5	1,2	39,9	17,3	
		2016	1 273	50,4	2,1	34,6	12,9	0,1
6	AUB - HAD St-Malo	2015	360	69,4	3,3	22,2	5,0	
		2016	501	73,3	3,8	19,6	3,4	
7	CH Lannion	2015	354	67,8	3,1	28,2	0,8	
		2016	293	58,0	2,0	38,9	1,0	
	AUB - HAD St-Brieuc	2015	290	72,8	0,3	26,6	0,3	
		2016	327	71,3	0,3	27,8	0,6	
	AUB - HAD Guingamp	2015	149	75,8	0,7	21,5	2,0	
		2016	158	72,2	1,9	24,1	1,9	
8	AUB - HAD Pontivy	2015	244	63,5	2,0	32,8	1,6	
		2016	276	65,2	2,5	31,9	0,4	

Source : PMSI HAD 2015 et 2016

Annexe 6-B :

Répartition du nombre de séjours suivant la destination du patient, en 2015 et 2016, 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	HAD Ponant	2015	928	36,1	1,8	41,8	2,0	15,5	2,7
		2016	1 085	33,4	2,0	38,3	3,1	21,3	1,8
	AUB - HAD Morlaix	2015	249	37,8	4,8	43,0	0,8	13,7	
		2016	283	37,5	0,7	47,0	0,4	14,5	
	AUB - HAD Carhaix	2015	109	46,8		36,7		16,5	
		2016	68	35,3		41,2	2,9	19,1	1,5
2	HAD Cornouaille *	2015	183	38,8		52,5	1,1	7,7	
		2016	65	30,8		56,9		12,3	
3	HAD Aven à Etel	2015	1 222	28,0	3,8	44,8	0,7	21,8	0,9
		2016	1 139	25,0	5,2	43,5	0,7	24,9	0,7
4	CH Ploërmel	2015	201	55,7	1,0	31,8		10,9	0,5
		2016	190	55,8	0,5	31,6		11,6	0,5
	HP Océane	2015	723	45,4	0,7	28,9	1,5	23,4	0,1
		2016	779	45,6	0,5	31,5	1,9	20,4	0,1
5	HAD 35	2015	1 377	33,2	0,1	37,9	8,7	20,0	
		2016	1 273	39,0		33,0	6,1	21,9	
6	AUB - HAD St-Malo	2015	360	45,0	1,1	33,3	3,9	16,7	
		2016	501	49,7	1,2	31,3	1,8	16,0	
7	CH Lannion	2015	354	42,7	2,0	39,3	0,3	15,8	
		2016	293	43,3	1,4	37,2	2,0	15,7	0,3
	AUB - HAD St-Brieuc	2015	290	41,0	0,3	43,8	0,3	14,5	
		2016	327	41,9	0,3	38,2	0,6	19,0	
	AUB - HAD Guingamp	2015	149	38,3		44,3		17,4	
		2016	158	44,9	0,6	34,2	1,3	19,0	
8	AUB - HAD Pontivy	2015	244	32,0	0,8	54,9		11,9	0,4
		2016	276	40,2	0,7	47,5	0,7	10,9	

Source : PMSI HAD 2015 et 2016

* L'HAD de Cornouaille n'a pas renseigné les modes de sortie en 2016 (Seules les données du CHIC Quimper du 1^{er} trimestre sont présentées)

Annexe 6-C :

Principaux établissements adresseurs MCO, par structure HAD en 2016

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	39	100,0
		CHU Brest	20	51,3
		CHBS Lorient	6	15,4
		CHIC Quimper	2	5,1
		CMC Baie de Morlaix	2	5,1
		HIA Brest	2	5,1
		AUB - HAD Morlaix	TOUS	193
	CH Morlaix	74	38,3	
	CHU Brest	52	26,9	
	CMC Baie de Morlaix	25	13,0	
	Pcq Keraudren	19	9,8	
HAD Ponant	HAD Ponant	TOUS	706	100,0
		CHU Brest	348	49,3
		Cq Pasteur	188	26,6
		Pcq Keraudren	115	16,3
		HIA Brest	24	3,4
		CH Landerneau	12	1,7
		Cq Grand Large	10	1,4
		2	HAD Cornouaille	TOUS
	CHIC Quimper	193	72,0	
	Pcq Quimper Sud	16	6,0	
	CH Douarnenez	13	4,9	
	Cq St-Michel Ste-Anne	12	4,5	
	HD Pont l'Abbé	12	4,5	
	CHU Brest	11	4,1	
3	HAD Aven à Etel	TOUS	778	100,0
		CHBS Lorient	559	71,9

TS	HAD	MCO adresseur	Nb. séjours adressés depuis MCO	% parmi séjours adressés depuis MCO
		Cq Porte de l'Orient	103	13,2
		CH Quimperlé	50	6,4
		Cq du TER	23	3,0
		CHU Rennes	12	1,5
4	CH Ploërmel	TOUS	128	100,0
		CH Ploërmel	81	63,3
		CHBA Vannes	16	12,5
		CHU Rennes	9	7,0
		HP Océane	9	7,0
	HP Océane	TOUS	515	100,0
		HP Océane	249	48,3
		CHBA Vannes	223	43,3
		CHBS Lorient	11	2,1
5	HAD 35	TOUS	747	100,0
		CHU Rennes	365	48,9
		CHP St-Grégoire	86	11,5
		CRLCC E. Marquis	80	10,7
		Cq La Sagesse	70	9,4
		CH Fougères	28	3,7
		Pcq St-Laurent	27	3,6
		HP Sévigné	22	2,9
		CH Vitré	19	2,5
		Pôle gériatrique rennais	17	2,3
		CH Bain de Bretagne	11	1,5
		CH Redon	11	1,5
6	AUB - HAD St-Malo	TOUS	389	100,0
		CH St-Malo	210	54,0
		CH Dinan	54	13,9
		CHU Rennes	49	12,6
		CRLCC E. Marquis	20	5,1
		CH St-Brieuc	14	3,6

TS	HAD	MCO adresseur	Nb. séjours adressés depuis MCO	% parmi séjours adressés depuis MCO
		Pcq Pays de Rance	12	3,1
		CHP St-Grégoire	11	2,8
7	AUB - HAD Guingamp	TOUS	135	100,0
		CH Guingamp	60	44,4
		CH St-Brieuc	31	23,0
		HP Côtes d'Armor	17	12,6
		CH Paimpol	10	7,4
		CHU Brest	7	5,2
		CHU Rennes	7	5,2
	AUB - HAD St-Brieuc	TOUS	236	100,0
		CH St-Brieuc	148	62,7
		HP Côtes d'Armor	55	23,3
		CH Paimpol	15	6,4
	CH Lannion	TOUS	209	100,0
		CH Lannion	93	44,5
		CH Paimpol	49	23,4
		CH St-Brieuc	26	12,4
		HP Côtes d'Armor	11	5,3
8	AUB - HAD Pontivy	TOUS	195	100,0
		CHCB Pontivy	89	45,6
		Pcq Pontivy	30	15,4
		CHU Rennes	15	7,7
		HP Océane	15	7,7
		CH St-Brieuc	13	6,7
		CHBA Vannes	10	5,1

Source : PMSI HAD 2016

Editeur : ARS Bretagne
Directeur de la publication : Olivier de Cadeville
Date de publication : octobre 2017
Directeur de la rédaction : Hervé Goby
Rédacteur : Enguerrand Lootvoet
Contributeurs : Comité Stratégique et Technique Régional de l'Information Médicale (COSTRIM), ARS Bretagne, Direction adjointe financement et performance du système de santé : Patrick Zamparutti, coordonnateur régional thématique
Conception graphique : ARS Bretagne
Crédits photo : ARS Bretagne

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

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ BRE-



TAGNE

6 place des Colombes
CS 14253

35042 RENNES CEDEX

Téléphone : 02 90 08 80 00



www.facebook.com/arsbretagne