

Activité des établissements

Les établissements bretons de santé

Hospitalisation à domicile (HAD)

Bilan PMSI 2013

Synthèse

En Bretagne, 13 établissements ont pratiqué l'HAD en 2013, et une nouvelle structure a été autorisée pour s'installer à Douarnenez. Ainsi la quasi-totalité de la population régionale y a désormais accès. L'activité a progressé de 8 à 9 % par rapport à 2012 pour atteindre 186 000 journées, ce qui correspond à une moyenne de 511 patients pris en charge par jour ou encore 15,9 patients par jour pour 100 000 habitants, légèrement inférieur au taux national de 18,4. Cette tendance croissante du niveau d'activité régional est la résultante de situations très hétérogènes sur les différents territoires bretons : nette hausse à la clinique Océane ou dans les structures de l'AUB installées en 2012, diminution globale dans les HAD rattachées à des établissements de santé publics. La stabilité, voire le renforcement, du nombre de médecins coordonnateurs semble être un déterminant majeur du dynamisme des structures.

Outre leur vocation à couvrir la zone géographique définie dans leur dossier d'autorisation (objectif en passe d'être atteint), les structures HAD sont des structures généralistes et doivent également, à ce titre, diversifier leurs prises en charge.

Néanmoins, l'activité reste très centrée sur les soins palliatifs et les pansements complexes (56 % des journées contre 49,5 % en France) alors que d'autres prises en charge peinent à se développer ; on peut citer comme exemples la rééducation à domicile ou la néonatalogie, qui, nécessitant des personnels spécialisés, ont un potentiel de croissance encore limité, ou la chimiothérapie, en attente d'un cadrage national. On observe également que le suivi de grossesse ou de post-partum pathologique n'est pas pratiqué par toutes les structures, ce qui implique des défauts de couverture locaux.

En parallèle, les structures d'HAD développent les prises en charge dans les établissements spécialisés pour personnes âgées et handicapées. La Bretagne se situe au 2ème rang après la région PACA parmi celles qui réalisent le plus d'interventions dans ces établissements, avec 7,4 % de séjours au bénéfice de leurs résidents contre 3,6 % au niveau national. Cependant, certaines structures d'HAD n'ont pas encore suffisamment investi ce champ, conduisant à une réponse de l'offre d'HAD inégale au sein des établissements sociaux et médico-sociaux entre les territoires de santé bretons.

L'analyse conjointe de l'activité des structures HAD et des taux de recours sur leur territoire d'autorisation révèle une diversité de situations qu'il est intéressant de mettre en regard de leur potentiel de développement. Ainsi, les structures couvrant une part très réduite de la population ont une activité souvent éloignée du niveau minimum recommandé*, mais qui leur permet dans certains cas d'atteindre des taux de couverture supérieurs à la moyenne. A l'inverse, les structures couvrant les zones les plus peuplées présentent des taux de recours relativement plus faibles.

L'année 2013 a été marquée par la parution d'une circulaire DGOS qui a pour objet de promouvoir le développement de l'HAD et qui fixe une cible de 30 à 35 patients pris en charge par jour pour 100 000 habitants en 2018 sur le territoire national.

Le développement de l'HAD en Bretagne s'appuiera sur les recommandations formulées dans cette circulaire : positionner l'HAD comme une alternative à l'hospitalisation conventionnelle dans les stratégies régionales de réorganisation de l'offre de soins, fixer des objectifs contractuels à chaque HAD et établissement de santé en terme de seuil d'activité, de diversification des prises en charge et d'adressage, développer des outils de pilotage régionaux de l'activité HAD, accompagner les établissements dans la communication régionale et le développement du numérique.

* Une circulaire du 31 décembre 2006 recommandait un minimum de 9 000 journées / an, seuil considéré comme insuffisant par la circulaire du 4 décembre 2013.

Sommaire

1. Contexte	5
1.1 Etablissements d'HAD en Bretagne	5
1.2 Principaux changements du recueil en 2013	6
1.3 Actualité nationale de l'HAD en 2013.....	6
2. L'Activité d'HAD en 2013.....	8
2.1 Précisions méthodologiques	8
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 pour les combinaisons de Modes de Prise en charge Principal et associé les plus reportées.....	15
2.2.4 Détail de l'activité suivant la valeur de l'indice de Karnofsky	16
2.2.5 Durées de séjour	17
2.3 Analyse territoriale de l'activité (par TS et par structure)	18
2.4 Descriptifs complémentaires.....	21
2.4.1 Age.....	21
2.4.2 Mouvements des patients	22
3. Synthèse régionale - Valorisation T2A	23
4. Couverture en HAD du territoire breton : approche géographique et taux de recours par structure	25
5. Annexes.....	29

Glossaire

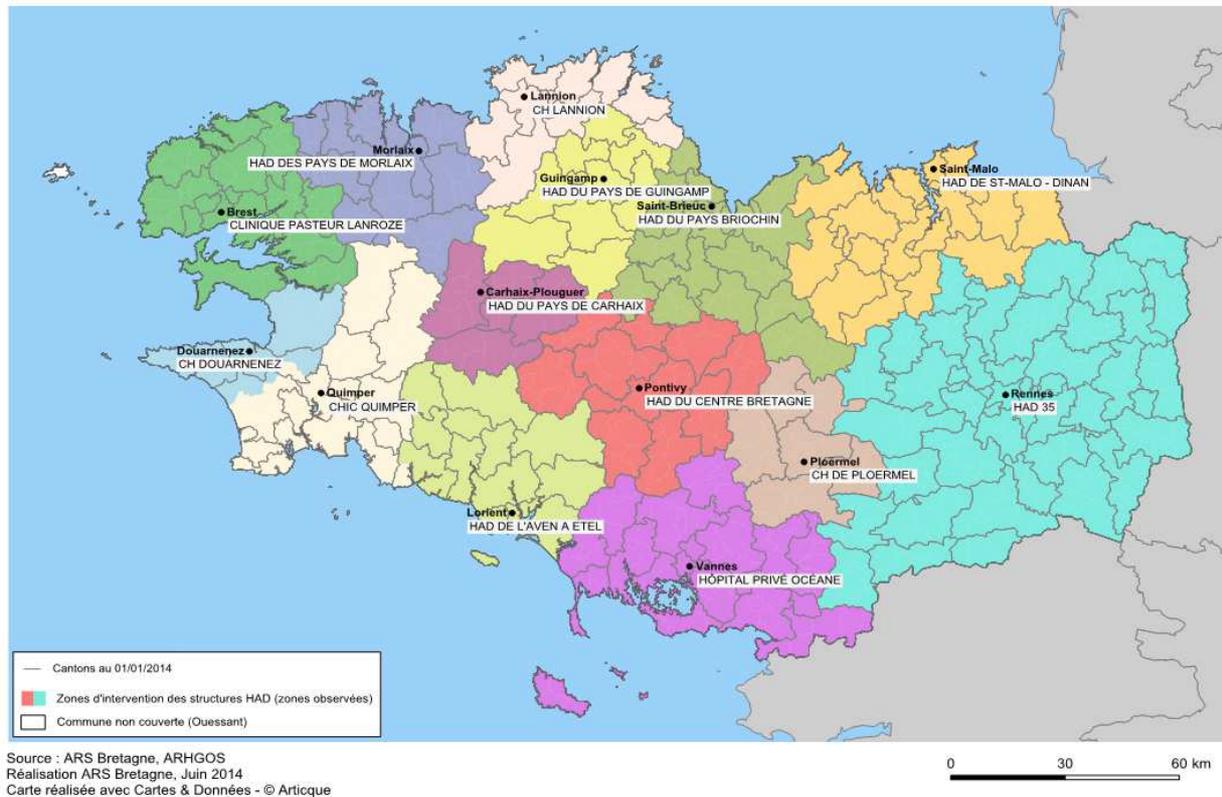
ATIH : Agence Technique de l'Information Hospitalière
CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
CIM : Classification Internationale des Maladies
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
EHPA(D) : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées (Dépendantes)
EMI : Ecart Médicament Indemnisable
ESo : Etablissement Sociaux
EMSo : Etablissement Médico-Sociaux
ESMS : Etablissements et services Sociaux et Médico-Sociaux
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 : Programme 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)
SSR : Soins de Suites et de Réadaptation (moyen séjour)
TS : Territoire de Santé (découpage de 2010)

1. Contexte

1.1 Etablissements d'HAD en Bretagne



Zones d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile (HAD) en Bretagne au 01/01/2014



En 2013, 3 établissements publics et 10 établissements privés ont exercé une activité d'HAD en Bretagne.

3 structures ont commencé leur activité récemment : le service d'HAD du Centre Hospitalier de Ploërmel et les structures mises en place par l'AUB à Carhaix et Morlaix ont respectivement effectué leurs premières transmissions sur la plate-forme EPMSI en M12 2011, M2 2012 et M9 2012.

Par ailleurs, l'HAD 35 a déployé en novembre 2013 une nouvelle équipe interventionnelle domiciliée au CH des Marches de Bretagne à Saint-Brice-en-Coglès pour améliorer la couverture du nord du Territoire de santé 5.

Ainsi, à fin 2012, les 13 structures prévues dans le Programme Régional de Santé étaient déjà installées. L'installation d'une nouvelle structure à Douarnenez a cependant été autorisée en 2013 et devrait permettre d'améliorer la couverture de la pointe sud du Finistère.

1.2 Principaux changements du recueil en 2013

→ Adaptation du recueil suite à l'autorisation d'intervention en ESMS

Pour rappel, en 2007, les structures d'HAD ont été autorisées à intervenir dans les EHPA, puis en 2012, ce droit a été élargi à l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux. Afin de permettre d'identifier simplement le type d'établissement, la variable « type de domicile » a été déclinée en 5 modalités au lieu de 3. Ce changement est applicable à partir du 1^{er} mars 2013.

Par ailleurs, les établissements doivent veiller à bien renseigner le numéro FINESS géographique de l'établissement où ils interviennent ; une erreur sur ce numéro ou l'utilisation d'un numéro FINESS juridique (dit EJ) conduit au rejet du RAPSS. En cas d'anomalie, la base FINESS est accessible au lien ci-dessous.

FINESS : <http://finess.sante.gouv.fr/jsp/rechercheSimple.jsp?coche=ok>

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

Cf. 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

→ Recueil des modes de prise en charge et indice de Karnofsky

Le codage des modes de prise en charge a été élargi afin d'autoriser le report de certaines associations MPP-MPA (Mode de Prise en charge Principal - Associé) asymétriques ou le report de certains modes de prise en charge de façon isolée alors qu'ils devaient obligatoirement être associés auparavant.

Les plages de valeurs autorisées de l'indice de Karnofsky (score de dépendance utilisé dans le modèle de tarification) pour certaines associations ont également été élargies.

1.3 Actualité nationale de l'HAD en 2013

→ Une circulaire pour développer l'HAD

La parution de la circulaire DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'HAD est venue réaffirmer la volonté nationale d'un développement fort de l'HAD dans les années à venir, notamment en substitution à l'hospitalisation conventionnelle.

Elle fixe 4 objectifs :

- 1) **conforter la structure de l'offre HAD** en renforçant les structures existantes plutôt qu'en en créant de nouvelles, afin d'atteindre des niveaux d'activité qui permettent une viabilité à long terme. Il est rappelé que, du fait de leur monopole territorial, les structures d'HAD ont une obligation de couverture sur la zone définie dans leur dossier d'autorisation.
- 2) **améliorer l'accessibilité à l'HAD** par la formation des prescripteurs (notamment en ville), la contractualisation avec les établissements, le développement de la télémédecine ou encore la prise en charge de patients dans les établissements sociaux et médico-sociaux.
- 3) **renforcer la pertinence du recours à l'HAD**, par le développement de référentiels de pratique.
- 4) **affermir les compétences nécessaires aux interventions de l'HAD**, notamment en garantissant la continuité des soins.

→ L'HAD pour éviter les urgences

En 2013, un groupe de travail initié par le CNUH (Conseil National de l'Urgence Hospitalière) a formulé des recommandations pour réduire le nombre de passages aux urgences. Ces recommandations, qui figurent en annexe de l'instruction N° DGOS/R2/2013/261 du 27 juin 2013

relative aux plans d'actions régionaux sur les urgences, présentent l'HAD comme un des moyens d'y parvenir.

Une réflexion est en cours au niveau national avec les structures d'HAD (représentées par leur fédération, la FNEHAD) afin de faciliter le recours à l'HAD :

- à partir du domicile, pour éviter le passage aux urgences des personnes âgées
- mais aussi à partir des urgences, pour éviter l'entrée dans le parcours hospitalier des personnes âgées.

→ Faut-il encourager le développement de la chimiothérapie en HAD ?

Dans la cadre des travaux sur le développement de l'HAD, une piste a été identifiée qui fait encore débat : la chimiothérapie à domicile. Dans un rapport daté de 2010, l'IGAS soulignait que « *l'intérêt de l'HAD dans la prise en charge d'une pathologie longue et complexe comme le cancer est avéré. Cependant, des difficultés techniques liées à la préparation des cytotoxiques, les évolutions thérapeutiques telles que les chimiothérapies par voie orale et le fort développement des chimiothérapies en hospitalisation de jour risquent de limiter la poursuite de son développement en termes de soins ponctuels.* »

Malgré ces difficultés, la HAS a été sollicitée par la DGOS pour réaliser une évaluation permettant de définir les modalités d'intervention possibles de l'HAD et son intégration dans une offre de soins graduée. Elle a dessiné les contours de cette évaluation dans sa note de cadrage parue en 2013 sur la pertinence du développement de la chimiothérapie en HAD. La FNEHAD estime pouvoir aboutir, à l'issue de l'évaluation, à une typologie de malades et de produits les plus à même d'être pris en charge en HAD.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-11/chimiotherapie_en_hospitalisation_a_domicile_-_note_de_cadrage.pdf

→ Recommandations de bonnes pratiques pour le suivi de post-partum en HAD et disparition du MPP 20 « Retour précoce à domicile après accouchement » en 2015

En 2011 puis en 2014, la HAS a publié des recommandations sur les conditions optimales du retour au domicile après accouchement et les possibilités de prise en charge en HAD.

Pour rappel, une période d'observation ciblant les établissements pratiquant le « Retour précoce à domicile après accouchement » pour des mères et enfants bien portants avait été engagée en 2012, ce mode de prise en charge étant jugé éloigné des critères d'intervention de l'HAD. Il disparaîtra des modes de prise en charge autorisés en HAD le 1er mars 2015, comme annoncé dans la notice technique 2014 publiée par l'ATIH.

Concernant les post-partum pathologiques, le guide méthodologique 2014 a été complété d'exemples de situations pouvant relever de l'HAD.

Recommandations d'avril 2011 : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/reco2 clics_hospitalisation_domicile_post-partum.pdf

Recommandations de mars 2014 : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/v3-bat_reco2 clics_sortie_de_maternite-120314.pdf

2. L'Activité d'HAD en 2013

2.1 Précisions méthodologiques

→ Données d'activité

Les éléments d'activité présentés ci-dessous sont issus des bases transmises par l'ATIH.

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.

Les données nationales sont issues des tableaux MAT2A agrégés (France entière), accessibles sur le site de l'ATIH via l'outil SNATIH et figées définitivement :

- le 27 avril 2013 pour les données de la période M12 2012
- le 29 avril 2014 pour les données de la période M12 2013

2.2 Synthèse des données régionales

2.2.1 Volumes d'activité

Nombre de journées d'activité et de patients pris en charge en 2012 et 2013, par structure

TS	Finess	Etablissement	Nombre de journées			Nombre de patients		
			2012	2013	Evol. (%)	2012	2013	Evol. (%)
1	290000140	Clinique Pasteur	15 425	16 234	+5,2	488	505	+3,5
1	290032838	HAD Morlaix (AUB)	656	4 103	+525,5	33	127	+284,8
1	290033679	HAD Carhaix (AUB)	1 103	2 161	+95,9	37	76	+105,4
2	290020700	CHIC Quimper	9 630	9 139	-5,1	247	351	+42,1
3	560018509	HAD de l'Aven à Etel	43 257	42 334	-2,1	1 037	1 037	+0
4	560000044	CH Ploërmel	4 276	3 527	-17,5	82	79	-3,7
4	560008799	Clinique Océane	18 444	25 819	+40,0	429	491	+14,5
5	350042628	HAD 35	43 484	44 665	+2,7	891	929	+4,3
6	350044772	HAD St-Malo (AUB)	7 876	9 159	+16,3	213	255	+19,7
7	220000103	CH Lannion	12 004	11 393	-5,1	409	348	-14,9
7	220019616	HAD Briochin (AUB)	7 338	7 966	+8,6	208	240	+15,4
7	220020341	HAD Guingamp (AUB)	2 511	3 144	+25,2	94	83	-11,7
8	560022188	HAD Pontivy (AUB)	6 114	6 801	+11,2	131	163	+24,4
		BRETAGNE	172 118	186 445	+8,3	4 299	4 684	+9,0
		FRANCE	4 162 059	4 362 542	+4,8	104 297	105 681	+1,3

Un descriptif plus détaillé des volumes d'activité par établissement est fourni en annexe 1.

→ Une hausse globale de l'activité régionale en HAD, qui conduit à se rapprocher encore des taux de recours nationaux

Globalement, l'activité d'HAD des structures bretonnes continue sa progression en 2013, dépassant 186 000 journées, soit une hausse de 8,3 % par rapport à 2012. Cela correspond à une moyenne de 511 patients pris en charge par jour. Sur l'année, près de 4 700 patients ont été pris en charge (+9 %).

Les taux de recours brut régionaux à l'HAD s'élèvent ainsi à 579 journées et 14,6 patients pris en charge en HAD pour 10 000 habitants. Ils se rapprochent des taux nationaux de 672 journées et 16,5 patients pour 10 000 habitants, soit un retard d'environ 14 %, contre 20 % en 2012 et 27 % en 2011 (en nombre de journées).

→ Des disparités particulièrement marquées entre structures

Cette forte dynamique régionale masque des disparités particulièrement marquées en 2013 entre les structures :

- la croissance est principalement portée par la clinique Océane (+7 400 journées, soit +40 % et doublement de l'activité en 2 ans), par les 6 structures gérées par l'AUB (+30 % sur l'ensemble) et, dans une moindre mesure, par la clinique Pasteur-Lanroze (+5 % de journées) qui avait déjà connu une forte progression en 2012.
- à l'inverse, les 3 HAD hospitalières connaissent un recul de leur activité alors qu'elles affichaient une dynamique nettement positive en 2012. La situation du CHIC Quimper est cependant à relativiser car, si le nombre de journées diminue de 5 % par rapport à 2012, la file active augmente de 42 % et a plus que doublé en 2 ans. L'écart s'explique par une redistribution des modes de prise en charge (cf. point 2.3)
- les 2 structures présentant la plus forte activité, HAD 35 et HAD de l'Aven à Etel, affichent une évolution plus modérée de leur activité, en légère hausse pour la première, en légère baisse pour la seconde.

Les échanges avec les établissements font état du rôle majeur des médecins coordonnateurs quant au potentiel de croissance de l'activité. En effet, leur développement est souvent lié au recrutement de médecin coordonnateur. De même, le départ (ou l'absence temporaire) de l'un d'eux peut fragiliser le recrutement de patients.

→ L'activité en ESMS se développe fortement, mais inégalement

Le nombre de patients pris en charge en ESMS par structure est fourni en annexe 1.

La possibilité pour l'HAD d'intervenir dans les établissements sociaux et médicaux hors EHPA ayant été ouverte récemment (septembre 2012) et nécessitant une contractualisation, les prises en charge considérées ici concernent encore très majoritairement les EHPA.

Entre 2012 et 2013, le nombre de patients pris en charge en ESMS a progressé de 28 % pour atteindre 7,8 % de la file active régionale en 2013. Cela correspond à un total de 365 patients pris en charge en 2013.

Les données fournies sur la plate-forme SNATIH (ATIH) placent la Bretagne au 2ème rang après PACA des régions qui réalisent le plus d'interventions dans ces établissements, avec 7,4 % de séjours au bénéfice de leurs résidents contre 3,6 % au niveau national.

Les structures qui se distinguent par l'importance de leur recrutement dans ces établissements sont les 3 mêmes qu'en 2012 et totalisent 66 % des interventions :

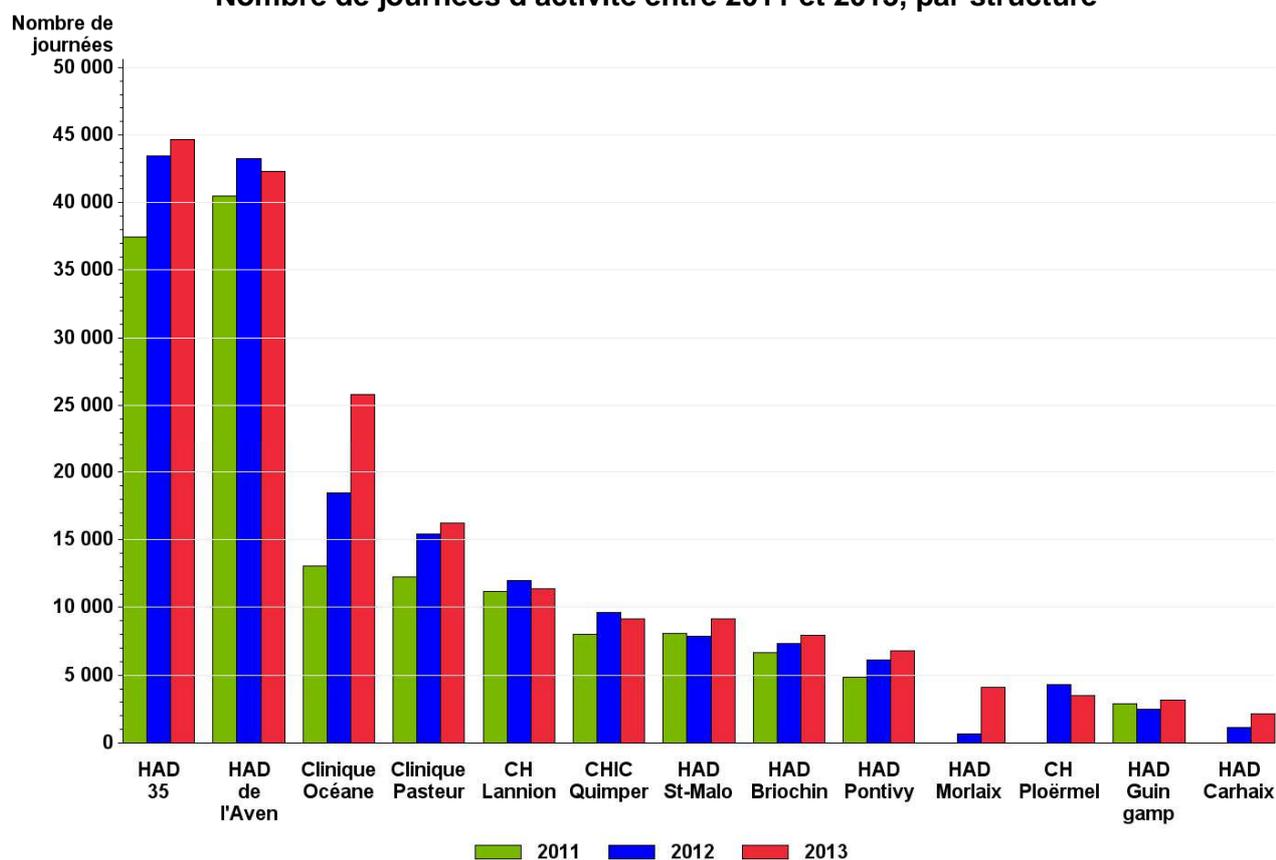
→ l'HAD 35 y a pris en charge 142 patients, en hausse de plus de 30 %. Cela représente 15 % de sa file active et près de 39 % du total régional.

→ l'HAD de St-Malo a presque doublé sa patientèle dans ces établissements, qui représente à présent 15 % de sa file active totale.

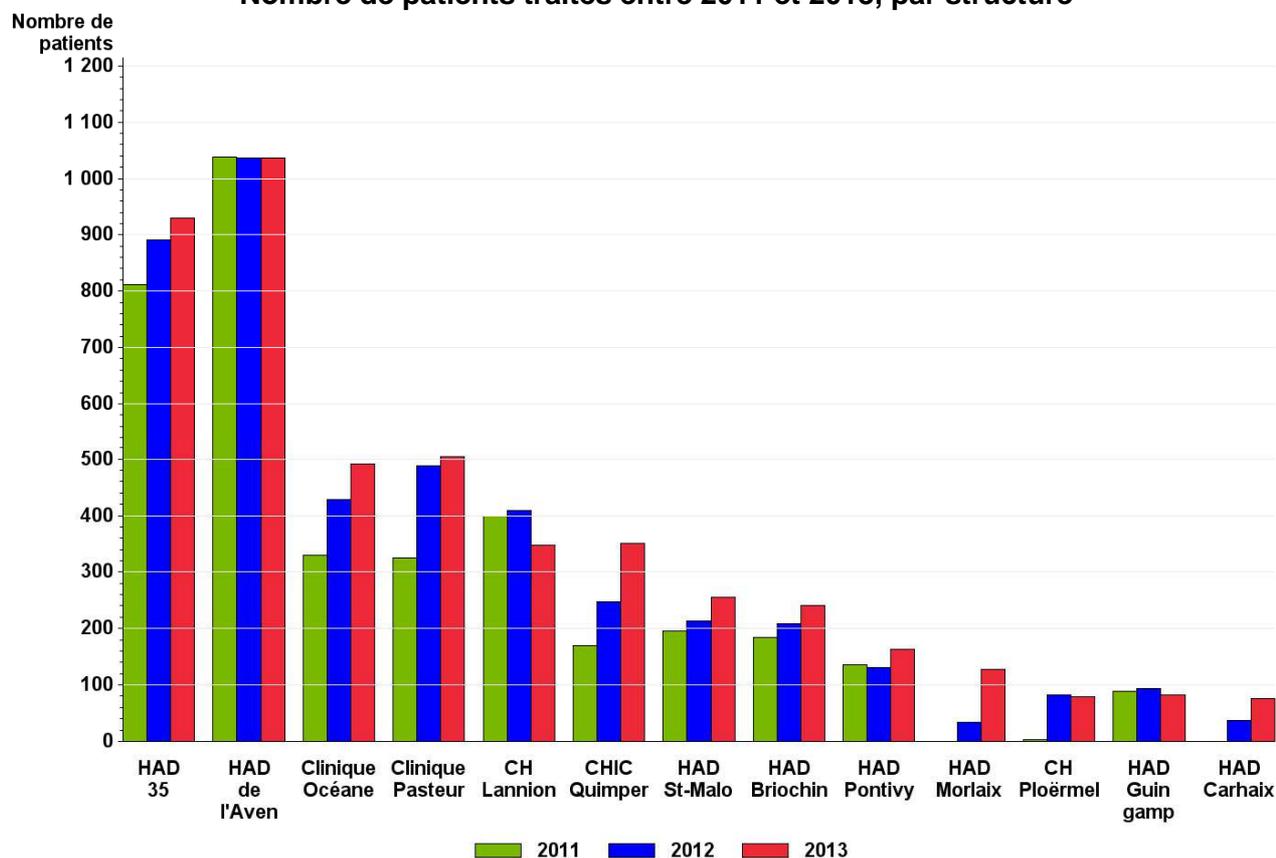
→ la clinique Pasteur-Lanroze n'a pas élargi sa patientèle en ESMS par rapport à 2012, mais celle-ci représente tout de même près de 13 % de sa file active.

En revanche, certaines structures comme le CHIC Quimper ou l'HAD de l'Aven pourraient sans doute renforcer leurs interventions dans ces établissements.

Nombre de journées d'activité entre 2011 et 2013, par structure



Nombre de patients traités entre 2011 et 2013, par structure



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

Nombre et part de journées d'activité par MPP en 2012 et 2013, par établissement (Les MPP sont classés par nombre de journées 2012 décroissant)

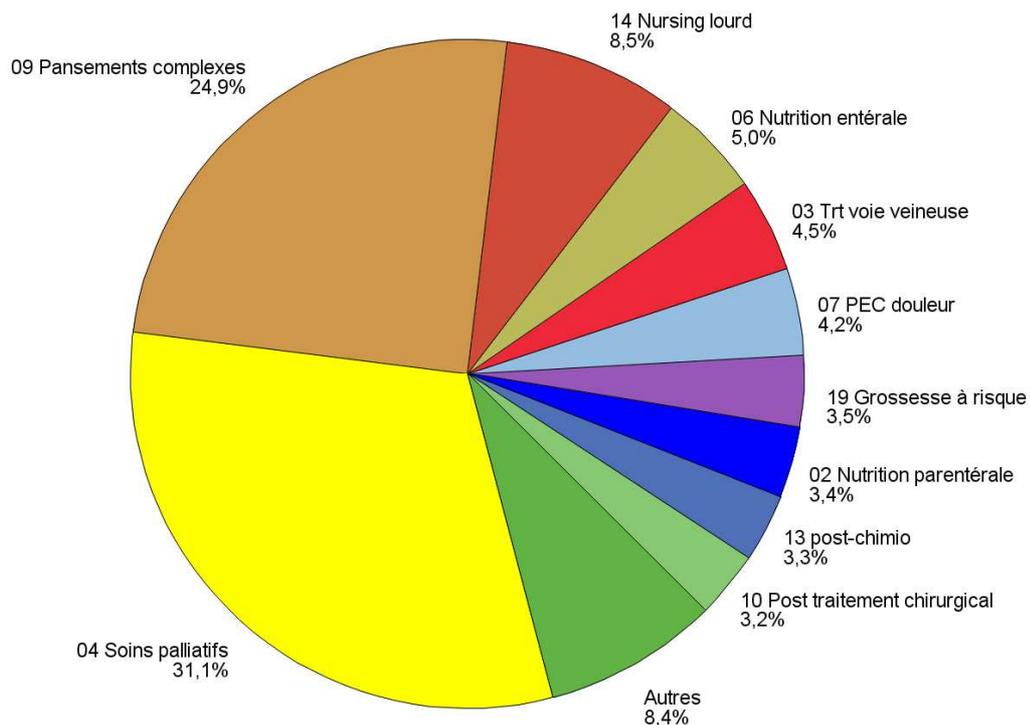
Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2012		2013		Evol. du Nombre de journées (%)	Part de l'activité France en 2013 (%)
	Nombre de journées de présence	Part de l'activité (%)	Nombre de journées de présence	Part de l'activité (%)		
TOUS	172 118	100,0	186 445	100,0	+8,3	100,0
04 Soins palliatifs	56 685	32,9	57 917	31,1	+2,2	25,1
09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	44 569	25,9	46 416	24,9	+4,1	24,4
14 Soins de nursing lourds	14 327	8,3	15 824	8,5	+10,4	10,6
06 Nutrition entérale	8 885	5,2	9 340	5,0	+5,1	6,5
03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	7 152	4,2	8 428	4,5	+17,8	5,3
07 PEC de la douleur	5 878	3,4	7 826	4,2	+33,1	1,7
19 Surveillance de grossesse à risque	6 377	3,7	6 498	3,5	+1,9	2,6
02 Nutrition parentérale	5 619	3,3	6 378	3,4	+13,5	2,9
13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	3 900	2,3	6 093	3,3	+56,2	3,7
10 Post traitement chirurgical	6 133	3,6	6 020	3,2	-1,8	2,3
08 Autres traitements	2 136	1,2	4 332	2,3	+102,8	2,0
01 Assistance respiratoire	2 860	1,7	2 970	1,6	+3,8	2,9
05 Chimiothérapie anticancéreuse	698	0,4	2 106	1,1	+201,7	1,9
21 post-partum pathologique	1 520	0,9	2 089	1,1	+37,4	2,5
11 Rééducation orthopédique	2 080	1,2	1 497	0,8	-28,0	1,1
12 Rééducation neurologique	1 209	0,7	778	0,4	-35,6	1,4
24 Surveillance d'aplasie	496	0,3	656	0,4	+32,3	0,2
20 Retour précoce à domicile après accouchement*	759	0,4	629	0,3	-17,1	0,5
17 Surveillance de radiothérapie	113	0,1	458	0,2	+305,3	0,1
15 Education du patient et de son entourage	436	0,3	150	0,1	-65,6	1,3
22 PEC du nouveau-né à risque	286	0,2	40	0,0	-86,0	0,7
18 Transfusion sanguine	0	0	0	0	-	<0,1

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

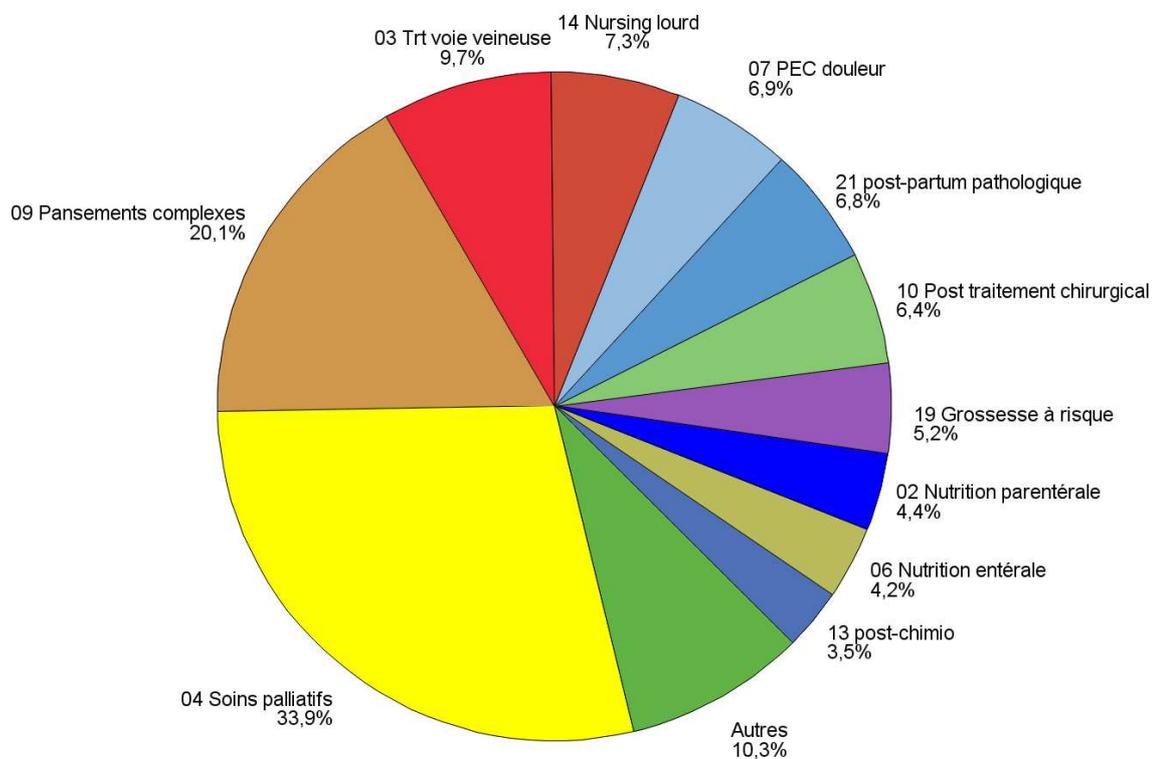
Le tableau en annexe 2-A décrit l'activité de chaque structure pour les Modes de Prise en charge Principaux (MPP) les plus représentatifs de leur activité (au moins 5 % du nombre de journées effectuée en 2012 et/ou 2013).

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

Répartition des MPP suivant le nombre de journées d'activité en 2013*



Répartition des MPP suivant le nombre de patients pris en charge en 2013*



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

→ Une légère diversification de l'activité, bien que celle-ci reste centrée sur les Soins Palliatifs et les Pansements complexes

En 2013, l'activité d'HAD en Bretagne reste très centrée sur les « Soins Palliatifs » et les « Pansements complexes », à hauteur de 56 % des journées de prise en charge réalisées (50 % au niveau national). Pourtant, la croissance de l'activité sur ces modes de prise en charge est plus faible que la moyenne des autres MPP, contrairement à 2012.

La hausse d'activité est davantage portée par le développement de multiples autres MPP, ce qui suggère une diversification, modérée mais bien réelle, de l'offre de soins en HAD, dont la vocation généraliste a été rappelée dans la circulaire DGOS/R4/2013/398 relative au positionnement et au développement de l'HAD.

On peut citer :

- la hausse d'activité de « Prise en charge de la douleur » (+33 %, doublement en 2 ans)
- le doublement de l'activité 08 « Autres traitements », conduisant à retrouver le niveau de 2011. Ce MPP « par défaut » a été prévu pour permettre aux structures de coder des prises en charge qui ne remplissent pas les critères de codage des autres MPP.
- la hausse de l'activité sur les MPP « Chimiothérapie anticancéreuse » (triplément de l'activité) et « Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse » (+56 %), qui comble en partie le retard de la région par rapport au national et va dans le sens de la réflexion actuelle sur le développement de la chimiothérapie à domicile. A suivre car l'activité concerne encore assez peu de patients et pas toutes les structures bretonnes.
- le développement des « Traitements par voie veineuse » (+18 %), que l'on retrouve au niveau national depuis quelques années. Ce mode de prise en charge reflète l'utilisation par les HAD de la réserve hospitalière.

→ Un profil d'activité qui se rapproche de celui observé au niveau national

Globalement, la répartition des modes de prise en charge en Bretagne est proche de celle observée au niveau national et la diversification notée précédemment conduit à s'en rapprocher davantage.

Le principal écart concerne la part de l'activité de « Soins Palliatifs », beaucoup plus importante en Bretagne (31 % vs. 25 % des journées). L'activité de « prise en charge de la douleur » est également plus pratiquée en Bretagne que dans d'autres régions (4,2 % contre 1,7 %).

→ Couverture inégale du territoire pour l'HAD périnatale

L'HAD périnatale constitue moins de 5 % de l'activité des structures en nombre de journées, car les séjours sont relativement courts, mais elle concerne pas loin de 15 % de la file active. A noter qu'en 2013, seules 3 patientes ont été prises en charge selon 2 MPP périnataux différents, généralement parce que les structures semblent rarement pratiquer les deux.

L'activité consiste principalement en

- « Surveillance de grossesse à risque » (5,2 % des patients pris en charge en HAD en Bretagne l'ont été pour ce motif), principalement à l'HAD 35 et à la clinique Océane
- Suivi de « Post-partum pathologique » (6,8 %), principalement à l'HAD de l'Aven à Etel et au CHIC Quimper

Le nombre de « Retour précoce à domicile » est en nette diminution (file active en baisse de 26 %) mais concerne encore une bonne centaine de patientes, malgré le dispositif mis en place en prévision de la disparition de ce MPP en 2015 (voir supra).

Les « Prises en charge du nouveau-né à risque » sont quasi-inexistantes dans la région à ce jour mais un projet est en cours de développement sur le TS 5 entre l'HAD 35 et le CHU de Rennes.

Globalement, on constate que presque aucune patiente n'a été hospitalisée à domicile pour l'un des 3 MPP précédents sur les TS 1, 6 et 8 et qu'excepté le CH de Lannion, les structures les pratiquent rarement tous.

→ 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 ; les 2 MPP dédiés, neurologique et orthopédique, contribuent seulement à hauteur de 1,2 % à l'activité bretonne (2,5 % au niveau national), au bénéfice de 83 patients. Les établissements expliquent ce déficit par le fait que ces prises en charge nécessitent une expertise spécifique. Un projet est en réflexion au Pôle St Héliier à Rennes en lien avec l'HAD 35.

2.2.3 Détail de l'activité pour les combinaisons de Modes de Prise en charge Principal et associé les plus reportées

Si plusieurs modes de prise en charge coexistent au cours d'un séjour (le principal constituant le MPP), il est possible d'en reporter un deuxième comme Mode de Prise en charge Associé (MPA). Ce MPA est également pris en compte pour déterminer le tarif de la journée de prise en charge.

→ Modes de Prise en charge Associés aux MPP les plus fréquents

Les résultats sont fournis en annexe 3-A.

Soins Palliatifs (31,1 % du nombre de journées régional)

Ce MPP est souvent reporté de façon isolée (pas de MPA pour 46 % des journées traitées). Dans le cas contraire, les établissements l'associent le plus souvent à l'assistance respiratoire (15 %) ou la « PEC de la douleur » (10 %), ce qui est possible si le patient dispose d'un injecteur programmable tel une pompe ACP (Analgésie contrôlée par le patient).

Pansements complexes et soins spécifiques (24,9 % du nombre de journées régional)

Comme pour les Soins Palliatifs, ce MPP est reporté seul dans la moitié des cas.

2.2.4 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. Pour donner quelques 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.

Répartition des journées d'activité 2013 suivant la valeur de l'Indice de Karnofsky, par établissement

TS	Finess	Etablissement	Nombre de journées	Indice de Karnofsky		
				Dépendance totale (10 - 30) (%)	Dépendance partielle (40 - 50) (%)	Autonomie partielle ou totale (60 - 100) (%)
1	290000140	Clinique Pasteur	16 234	17,1	56,0	26,9
1	290032838	HAD Morlaix	4 103	24,5	38,1	37,4
1	290033679	HAD Carhaix	2 161	35,6	38,5	26,0
2	290020700	CHIC Quimper	9 139	27,6	54,0	18,4
3	560018509	HAD de l'Aven à Etel	42 294	36,1	54,9	9,0
4	560000044	CH Ploërmel	3 527	19,5	43,7	36,9
4	560008799	Clinique Océane	25 819	31,6	49,8	18,6
5	350042628	HAD 35	44 665	26,5	53,9	19,6
6	350044772	HAD St-Malo	9 159	27,5	60,2	12,3
7	220000103	CH Lannion	11 393	29,3	51,9	18,8
7	220019616	HAD Briochin	7 966	16,2	42,3	41,5
7	220020341	HAD Guingamp	3 144	20,6	33,8	45,6
8	560022188	HAD Pontivy	6 801	9,6	60,4	30,0
		BRETAGNE	186 405	27,6	52,6	19,8

Note : les journées relatives à la « PEC du nouveau-né à risque » sont exclues de l'analyse, l'IK étant, par convention, fixé à 100 pour ce MPP

En 2013, environ 28 % des journées ont bénéficié à des patients très dépendants, avec un indice de Karnofsky entre 10 et 30, alors que 20 % ont concerné des patients ne nécessitant qu'une aide occasionnelle (IK : 60-100). Cette répartition varie d'un établissement à l'autre en fonction des prises en charge effectuées, des patients traités et du codage de la dépendance.

2.2.5 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	Durée de la séquence	Pondération (minoration)
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 %)

Durée des séjours clos en 2013, par établissement

TS	Finess	Etablissement	Nombre de séjours clos	DMS (jours)	Evol. DMS (%)	Durée de séjour (en jours)			
						0-4 (%)	5-9 (%)	10-29 (%)	30 et + (%)
1	290000140	Clinique Pasteur	694	21,2	-11,6	19	22	42	18
1	290032838	HAD Morlaix	190	19,5	17,4	22	21	31	27
1	290033679	HAD Carhaix	102	20,6	-8,8	13	22	45	21
2	290020700	CHIC Quimper	467	20,1	-21,8	25	31	22	21
3	560018509	HAD de l'Aven à Etel	1 218	36,0	13,2	8	28	34	31
4	560000044	CH Ploërmel	110	29,5	-7,4	17	16	36	30
4	560008799	Clinique Océane	609	35,6	-3,2	10	15	38	38
5	350042628	HAD 35	1 271	36,2	0,8	20	16	31	33
6	350044772	HAD St-Malo	346	26,7	-10,7	21	12	36	31
7	220000103	CH Lannion	434	26,7	6,8	15	20	36	30
7	220019616	HAD Briochin	310	24,2	-13,5	13	14	46	26
7	220020341	HAD Guingamp	107	27,2	26,8	7	22	36	35
8	560022188	HAD Pontivy	220	31,4	-2,6	8	17	43	32
		BRETAGNE	6 078	30,1	-1,4	15	20	35	29

Les durées des séjours clos sont également décrites par MPP en annexe 4, pour les séjours au cours desquels un seul MPP a été codé (>90 % des séjours).

Les durées moyennes de séjour vont de 20 à 36 jours suivant les structures.

Les différences s'expliquent notamment par les prises en charge effectuées, à savoir qu'on a :

- des DMS élevées pour les MPP « Pansements complexes » (43 jours), « Soins de nursing lourds » (39 jours), « Soins palliatifs » (31 jours), très représentés à la clinique Océane ou à l'HAD 35 par exemple
- des DMS faibles pour les prises en charge du post-partum (6-7 jours), la « chimiothérapie anticancéreuse » (6 jours) et le « traitement par voie veineuse » (14 jours), qui tirent la moyenne des durées de séjour vers le bas à la clinique Pasteur, à l'HAD de Morlaix ou encore au CHIC de Quimper.

2.3 Analyse territoriale de l'activité (par TS 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 effectuée en 2012 et/ou 2013).

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

La partie 4 « Couverture en HAD du territoire breton » fait le lien entre les données d'activité brutes des structures et la taille de la population qu'elles couvrent en analysant les taux de recours sur leur territoire d'autorisation.

→ TS 1 Brest / Carhaix / Morlaix : développement de l'activité résultant de la montée en charge des nouvelles structures

En 2013, la couverture en HAD du TS 1 s'est nettement améliorée avec un développement très rapide de l'activité des structures de Carhaix et surtout de Morlaix, installées en 2012. Cette dernière se distingue par une activité très diversifiée en termes de MPP, aux premiers rangs desquels « Pansements complexes » (22 %), « Traitements par voie veineuse » (19 %) pour seulement 13 % de « Soins palliatifs ». La structure signale une demande très forte sur son territoire. On retrouve les 3 mêmes MPP majoritaires à Carhaix, avec toutefois un poids plus important pour les « Pansements complexes » (1/3 des journées).

Sur le secteur de Brest, la clinique Pasteur-Lanroze continue de développer son activité (+5 %), notamment les « Pansements complexes » (+18 %, plus d'1/4 des journées) et la nutrition entérale (+37 %). L'activité de « Soins Palliatifs » recule (-11 %).

→ TS 2 : Quimper / Douarnenez / Pont-l'Abbé : refonte de l'activité au CHIC Quimper et projet d'installation d'une HAD à Douarnenez

Depuis 2011, le CHIC de Quimper a doublé sa file active, passant de 169 à 351 patients annuels, mais a plus ou moins stagné en termes de volume d'activité. Cela s'explique par une refonte importante de son panel de prises en charge :

- Fort développement entre 2012 et 2013 des prises en charge après accouchement, généralement courtes : passage de 15 à 88 patientes prises en charge pour « post-partum pathologique » et de 5 à 30 patientes pour des « Retours précoces à domicile » sur la même période.
- Division par 4 du nombre de journées pour « Nutrition entérale » et par 2 pour « Nutrition parentérale » en 2 ans.
- Nette hausse de l'activité de « Soins palliatifs » et de « Pansements complexes » qui totalise 51 % des journées d'activité contre 18 % en 2011 et qui compense en partie la perte d'activité évoquée ci-dessus.

Une nouvelle structure, portée par le CH de Douarnenez, a été autorisée afin d'assurer la couverture de la partie occidentale du territoire.

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

L'HAD de l'Aven à Etel est très bien implantée sur son territoire grâce aux liens étroits qu'elle entretient avec les acteurs locaux. Cela se traduit en 2013 par un taux de recours à l'HAD sur le TS 3 d'environ 40 patients par jour pour 100 000 habitants, nettement supérieur aux autres TS (15,9 en Bretagne) et aux autres régions (18,4 en France).

L'activité est néanmoins en léger recul par rapport à 2012 (-2 % en journées, file active stable), ce que l'établissement attribue à une diminution des adressages par le CHBS en début d'année, du fait de son déménagement. Mais l'embauche de nouveaux médecins coordonnateurs, l'augmentation du nombre d'infirmières de liaison avec les établissements et la création d'une équipe interventionnelle ont conduit à une reprise de la croissance sur les 4 derniers mois de l'année et laissent envisager une hausse d'activité suivie en 2014. L'établissement espère notamment renforcer ses prises en charge depuis le domicile et éviter à des patients âgés de passer par les urgences. La prise en charge de patients en établissements sociaux et médico-sociaux sera sans doute un axe de développement à suivre.

En termes de prises en charge, on constate en 2013 une baisse de plus de 30 % de l'activité de « Soins palliatifs » (environ 6 000 journées) par rapport à 2012, compensée par des hausses sur les MPP « Prise en charge de la douleur » (+174 %), « Surveillance post-chimiothérapie » (+75 %) et « Soins de nursing lourds » (+17 %). L'activité de « post-partum pathologique », qui représente moins de 5 % du volume d'activité mais près de 20 % de la file active, croît légèrement (+4 %).

→ TS 4 : Vannes / Ploërmel / Malestroit : doublement de l'activité en 2 ans à la clinique Océane, montée en charge difficile au CH de Ploërmel

La clinique Océane, qui couvre le bassin vannetais et tout le sud du TS 4, est en pleine expansion et a presque doublé son activité en 2 ans, notamment par un développement massif de son activité de « Soins palliatifs ». En effet, celle-ci a triplé depuis 2011 et représente pas loin de 2/3 du nombre de journées réalisées annuellement par la structure. Le DIM explique que cette orientation tient à la formation du médecin coordonnateur de la structure et répond à une demande forte sur ce territoire. Le fonctionnement en réseau avec l'équipe mobile de soins palliatifs et les services d'oncologie accompagne cette dynamique.

La clinique prend également en charge des « Surveillances de grossesse à risque », ce qui définit 18 % de sa file active et 9 % de son activité, ou encore des « Pansements complexes » (13 % de l'activité, en nette baisse).

Le CH de Ploërmel, qui couvre la partie nord du TS 4, a quant à lui plus de difficultés à s'implanter ; avec un premier patient pris en charge en décembre 2011, son activité devrait être en pleine montée en charge. Cependant, le départ d'un médecin coordonnateur en début d'année et les difficultés pour trouver des intervenants (infirmiers, kinésithérapeutes) ont stoppé sa croissance en 2013 (-3 patients, -17 % de journées d'activité). L'arrivée d'un nouveau médecin à temps partiel en fin de 1^{er} semestre ne semble pas encore associée à une augmentation de l'activité sur la fin de l'année. On note cependant que le taux de recours sur son territoire reste assez proche de la moyenne régionale (voir infra : point 4 sur la couverture régionale).

Les prises en charge de l'établissement sont concentrées sur les « Soins palliatifs » (-37 %) et les « Pansements complexes » (+62 %), ces 2 MPP totalisant près de 70 % des journées d'activité.

→ TS 5 : Rennes / Fougères / Vitré / Redon : une fin d'année difficile pour l'HAD 35, malgré de multiples initiatives

L'ensemble du TS 5 est couvert par l'HAD 35, qui fait preuve d'une forte implication afin de couvrir au mieux son territoire, ce qui se traduit à plusieurs niveaux :

- géographique : la structure dispose de 5 antennes localisées à Rennes, à Montauban à l'ouest, à Bain de Bretagne au sud, à Vitré à l'est et, depuis fin 2013, à Saint-Brice-en-Coglès au nord.
- prestations : l'HAD 35 et le pôle St-Hélier ont un projet visant à développer la rééducation à domicile. Un projet de prise en charge de nourrissons est également en cours avec l'Hôpital Sud (CHU de Rennes) afin de favoriser un retour précoce au domicile et le rapprochement mère-enfant.
- Lieux de soins : 15 % de la file active de l'HAD 35 est prise en charge en ESMS.

La structure a connu une année de forte croissance en 2012 (+16 % par rapport à 2011), croissance qui s'est poursuivie sur les 3 premiers trimestres 2013. Mais en raison de l'instabilité de

l'équipe médicale (coordonnateurs), l'activité a chuté sur les derniers mois de l'année, conduisant à un bilan annuel en demi-teinte (+3 % de journées, +4 % de patients) et achevant l'exercice sur une dynamique peu encourageante.

L'activité reste centrée sur les « Soins palliatifs » (+2 %, 33 % des journées) et les « Pansements complexes » (-9 %, 30 % des journées). L'établissement a également pris en charge des « Soins de nursing lourds » et 130 patientes pour « Suivi de grossesse à risque ».

→ TS 6 : St-Malo / Dinan : des filières d'adressages à stabiliser

L'HAD de St-Malo présente des niveaux d'activité assez fluctuants depuis plusieurs années, au mieux entre 9 000 et 10 000 journées comme cette année, soit un niveau équivalent à celui de 2007-2008. Ce phénomène traduit la difficulté de la structure, partagée par d'autres, à stabiliser ses filières d'adressage. Elle semble cependant avoir trouvé un axe de développement autour des interventions en ESMS, où elle a recruté 15 % de sa patientèle en 2013.

Les « Pansements complexes » restent son MPP principal (32 % des journées) malgré un recul de 11 %. Son activité a davantage été tournée cette année vers les « Soins palliatifs » (+48 %) et la « Surveillance post-chimiothérapie » (doublement).

→ TS 7 : St-Brieuc / Guingamp / Lannion : diminution de l'activité à Lannion, notamment en périnatalité, et croissance des structures de Guingamp et Lannion

Le CH de Lannion, qui couvre le nord-ouest du territoire, a vu son activité chuter fortement en 2013 (-5 % de journées, -15 % de patients). Cette baisse s'est accompagnée d'une redistribution des modes de prise en charges se traduisant par une diminution de l'activité sur les principaux MPP (« Pansements complexes » : -31 %, « Soins palliatifs » : -20 %), compensée en partie par le développement du « post-traitement chirurgical » (+155 %), de la « Surveillance post-chimiothérapie » (+345 %) et de la nutrition entérale (+128 %) ; ces 3 MPP totalisent plus d'un quart de l'activité en 2013 contre moins de 10 % en 2012.

La forte diminution sur les « Soins palliatifs » en journées est surprenante car elle se produit alors que le nombre de patients a augmenté (+7 %) et intervient à la suite de la fermeture du réseau Pallia-Trégor fin 2012.

L'activité périnatale (43 % des patients en 2012) diminue notamment par l'arrêt progressif des « Retours précoces à domicile » (118 patientes en 2012 contre 38 en 2013), mais cette baisse touche également les « Suivis de grossesse à risque » et le « post-partum pathologique ».

Le reste du territoire est couvert par les HAD de St-Brieuc et de Guingamp dont l'activité progresse (respectivement +9 % et +25%). Leur croissance se fait selon des profils d'évolution semblables, tournés vers les « Pansements complexes » et dans une moindre mesure les « Traitements par voie veineuse ». L'activité de « Soins palliatifs » a par contre tendance à diminuer.

→ TS 8 : Pontivy / Loudéac : légère augmentation de l'activité malgré un recul des prises en charge en soins palliatifs

L'HAD de Pontivy poursuit son développement en 2013 (+11 %), notamment par un doublement du volume d'activité dédié aux « Pansements complexes » et une hausse en « Nutrition entérale » et en « Soins de nursing lourds » (+56 %). Étonnamment, l'activité de « Soins palliatifs » est en revanche en diminution (-28 %).

2.4 Descriptifs complémentaires

2.4.1 Age

Age des patients pris en charge en 2013

TS	Finess	Etablissement	Nombre de patients	Age moyen	Age en classes (années)				
					< 1 (%)	1-17 (%)	18-64 (%)	65-75 (%)	75 et plus (%)
1	290000140	Clinique Pasteur	505	68,7	0,4	0,8	34,1	22,6	42,2
	290032838	HAD Morlaix	127	66,3	0,8	0,8	38,6	26,8	33,1
	290033679	HAD Carhaix	76	73,3			25,0	19,7	55,3
2	290020700	CHIC Quimper	351	56,0			57,3	14,8	27,9
3	560018509	HAD de l'Aven à Etel	1 037	59,5	0,5	1,4	49,6	14,3	34,2
4	560000044	CH Ploërmel	79	68,0			38,0	21,5	40,5
	560008799	Clinique Océane	491	61,2		1,4	48,3	18,3	32,0
5	350042628	HAD 35	929	61,6	0,2	3,1	45,6	13,5	37,6
6	350044772	HAD St-Malo	255	68,1		2,0	38,0	19,6	40,4
7	220000103	CH Lannion	348	61,3	0,3	0,6	44,8	18,7	35,6
	220019616	HAD Briochin	240	70,2		0,4	34,2	20,8	44,6
	220020341	HAD Guingamp	83	71,6			32,5	21,7	45,8
8	560022188	HAD Pontivy	163	68,3			38,7	18,4	42,9
			4 684	63,0	0,2	1,4	44,2	17,3	36,9

L'âge moyen des patients pris en charge en Bretagne en 2013 est de 63 ans, en progression régulière (61,4 en 2011, 62,5 en 2012). Près de 55 % avaient plus de 65 ans, 37 % plus de 75 ans.

A l'inverse, avec un nombre stable de 75 enfants mineurs pris en charge en Bretagne en 2013 (dont 11 de moins de 1 an), l'activité HAD pédiatrique reste marginale ; avec 1,6 % des patients pris en charge, elle est plus de 4 fois inférieure au niveau national.

Cependant, l'HAD 35 et le CHU de Rennes travaillent actuellement au développement de prises en charge de nourrissons à domicile sur le TS 5.

A noter : les structures réalisant des prises en charge pendant ou au décours de l'accouchement présentent logiquement une part généralement supérieure aux autres de 18-64 ans, notamment l'HAD 35, le CH Lannion et la clinique Océane.

2.4.2 Mouvements des patients

Provenance et destination croisées des patients pris en charge en 2013 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	2 008	33,0	1 777	29,2	481	7,9	5	0,1	4 271	70,3
Domicile	495	8,1	864	14,2	417	6,9	4	0,1	1 780	29,3
Autres	4	0,1			3	0,0	20	0,3	27	0,4
Toutes	2 507	41,2	2 641	43,5	901	14,8	29	0,5	6 078	100,0

Précisions : dans le tableau ci-dessus, les pourcentages 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.

70 % 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. Une partie de ces allers-retours correspondent à des situations de fin de vie à domicile, qui peuvent être ponctuées d'hospitalisations traditionnelles en réponse à une dégradation subite de l'état du patient ou comme solution de répit pour les aidants.

Les séjours avec entrée et sortie par le domicile ou décès, pour lesquelles l'HAD aurait donc constitué une alternative totale à l'hospitalisation classique, représentent seulement 21 % de l'ensemble des séjours.

Les tableaux en annexe 5 décrivent de façon plus détaillée les modes d'entrée et sortie par établissement, ainsi que les principaux établissements MCO adresseurs (identifiés par chaînage).

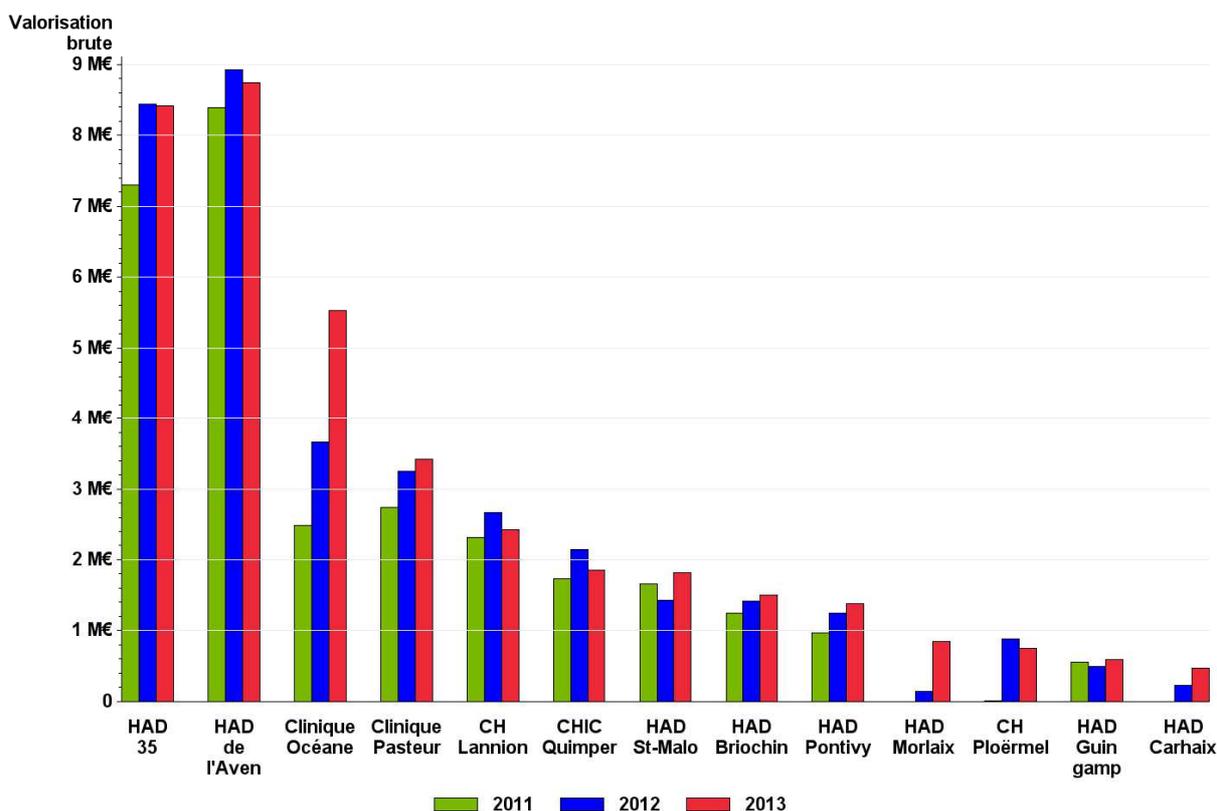
3. Synthèse régionale - Valorisation T2A

→ Des évolutions de recettes en miroir de l'activité

Valorisation brute des séjours et des molécules en sus en 2012 et 2013, par structure

TS	Finess	Etablissement	Séjours : Valorisation brute (€)			Evol. (%)	Nombre de jours	Molécules en sus : Valorisation brute (€)		
			2012	2013	Evol. (%)			2012	2013	Evol. (%)
1	290000140	Clinique Pasteur	3 244 424	3 414 585	+5,2	+5,2	247 950	306 662	+23,7	
1	290032838	HAD Morlaix	147 230	849 333	+476,9	+525,5	0	59 354	-	
1	290033679	HAD Carhaix	230 570	469 216	+103,5	+95,9	1 212	889	-26,7	
2	290020700	CHIC Quimper	2 139 682	1 856 229	-13,2	-5,1	173 167	152 784	-11,8	
3	560018509	HAD de l'Aven à Etel	8 930 054	8 744 497	-2,1	-2,1	31 503	29 913	-5,0	
4	560000044	CH Ploërmel	889 098	746 796	-16,0	-17,5	526	121	-77,1	
4	560008799	Clinique Océane	3 667 454	5 530 608	+50,8	+40,0	60 239	101 581	+68,6	
5	350042628	HAD 35	8 444 912	8 413 650	-0,4	+2,7	62 232	395 006	+534,7	
6	350044772	HAD St-Malo	1 433 267	1 817 431	+26,8	+16,3	7 316	24 400	+233,5	
7	220000103	CH Lannion	2 667 826	2 423 950	-9,1	-5,1	16 892	9 212	-45,5	
7	220019616	HAD Briochin	1 420 393	1 504 513	+5,9	+8,6	1 473	675	-54,2	
7	220020341	HAD Guingamp	493 447	589 220	+19,4	+25,2	806	2 378	+195,1	
8	560022188	HAD Pontivy	1 246 460	1 380 686	+10,8	+11,2	2 657	26 825	+909,5	
		BRETAGNE	34 954 818	37 740 714	+8,0	+8,3	605 974	1 109 798	+83,1	
		FRANCE	824 643 271	855 196 912	+3,7	+4,8	40 156 016	45 209 219	+12,6	

Valorisation brute des séjours (hors molécules en sus) entre 2011 et 2013, par structure
Etablissements triés par volume d'activité 2013 croissant



Globalement, les recettes T2A des structures d'HAD bretonnes (hors molécules facturables en sus) progressent de 8 % par rapport à 2012, dépassant 37,7 M€. 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, même s'il peut y avoir des écarts, notamment en cas de redistribution des modes de prise en charge (comme au CHIC Quimper ou au CH de Lannion par exemple) ou de variation des durées de prise en charge.

→ Des pratiques variées illustrées par les molécules utilisées

Les recettes des structures HAD bretonnes liées aux molécules facturables en sus représentent 2,9 % de leurs recettes T2A totales (5 % au niveau national), en forte hausse de 83 %. Cette hausse est portée pour les 2/3 par l'HAD 35, en lien avec la dispensation d'Elaprase dans le traitement des « anomalies du métabolisme des glucosaminoglycanes » (diagnostic principal E76).

5 structures concentrent plus de 91 % du total des montants remboursés :

Etablissement	Molécules en sus : Valorisation brute (€)	Part de la valorisation totale	Principales molécules remboursées
Clinique Pasteur	306 662	8,2 %	Tégéline 200 k€, Cancidas 90 k€
HAD Morlaix	59 354	6,5 %	Tégéline 52 k€
CHIC Quimper	152 784	7,6 %	Herceptin 78 k€, Erbitux 52 k€
Clinique Océane	101 581	1,8 %	Clayrig 58 k€
HAD 35	395 006	4,5 %	Elaprase 350 k€

Ce tableau appelle plusieurs constats :

- les montants remboursés dans chaque structure sont souvent concentrés sur 1 ou 2 molécules
- les principales molécules utilisées ne sont pas les mêmes d'une structure à l'autre.
- 8 établissements sur 13 facturent très peu de molécules onéreuses

Ces observations posent la question des différences de prises en charge et de pratiques d'une structure à l'autre. On peut aussi y voir des pistes de développement pour les établissements vers de nouveaux profils de patients.

On note que seul le CHIC Quimper refacture des molécules anticancéreuses.

Alerte sur les thérapies ciblées

Les thérapies ciblées par voie orale se développent, notamment dans les traitements du cancer. Selon un rapport d'Unicancer, d'ici à 2020 la part des patients présentant un cancer et traités par chimiothérapie par voie orale devrait passer de 25% à 50%. Ces molécules onéreuses (pouvant coûter plusieurs milliers d'euros pour un mois de traitement) sont remboursables sur l'enveloppe de soins de ville mais ne figurent pas sur les listes en sus dans les établissements de santé. Ainsi, leur coût pour les HAD, très largement supérieurs aux tarifs pourraient conduire à des refus de prise en charge.

4. Couverture en HAD du territoire breton : approche géographique et taux de recours par structure

Cartographie : données et représentation

Les données d'activité issues du PMSI et les dossiers d'autorisation fournis par la Direction de l'Offre de soins et de l'accompagnement 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 2012, soit 16,5 patients pris en charge en HAD pour 10 000 habitants.

Ces cartes croisent ainsi des données disponibles :

- par canton pour le fichier des autorisations.

- par code géographique (regroupements arbitraires 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 la commune, 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.

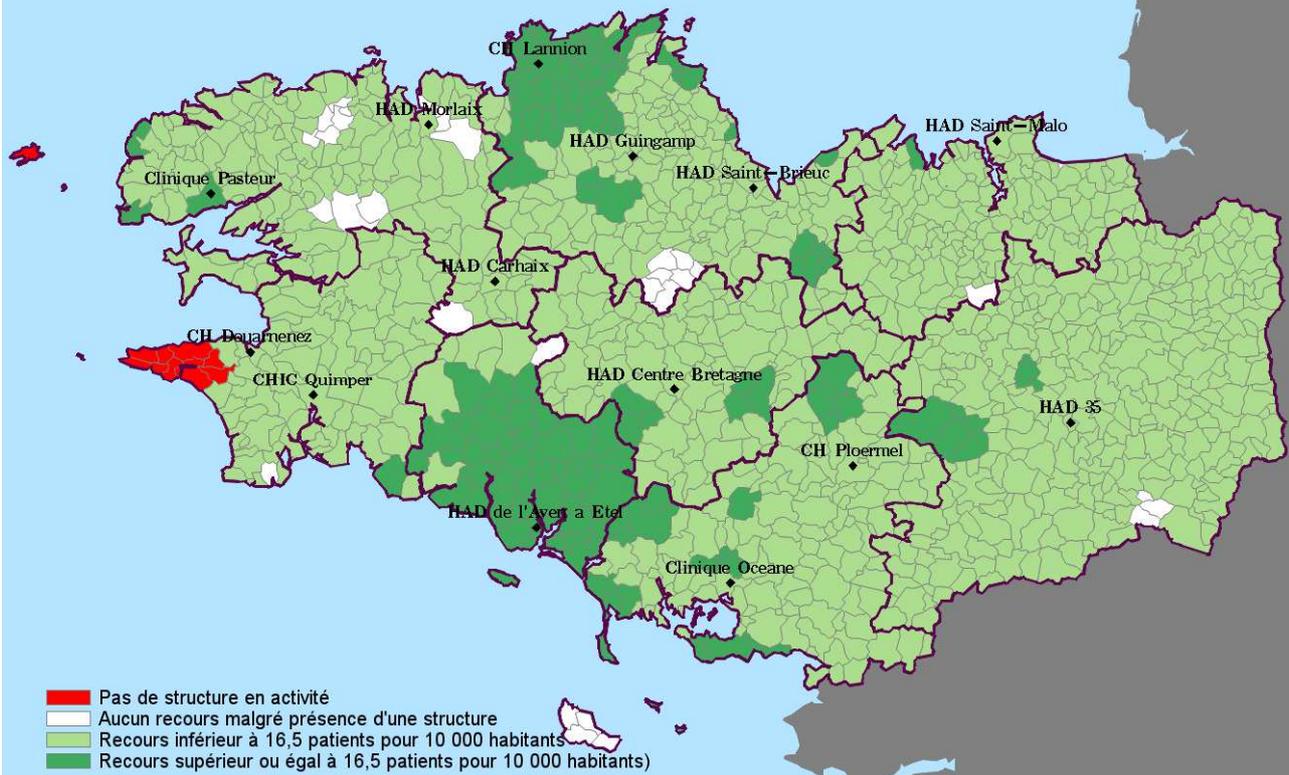
→ Une couverture géographique de l'HAD quasi complète, mais à densité variable

L'un des objectifs du SROS-PRS paru en 2012 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), auxquelles viendra s'ajouter l'HAD de Douarnenez, autorisée en 2013. Rappelons que chaque structure bénéficie d'un monopole sur la zone définie dans son dossier d'autorisation, ce qui lui confère une obligation de couverture.

Les cartes présentées ci-après permettent de constater que, à fin 2013, la possibilité de recourir à l'HAD est offerte à presque tous les bretons, excepté sur l'île d'Ouessant et sur la zone d'autorisation de Douarnenez (bien qu'en partie couverte par le CHIC Quimper).

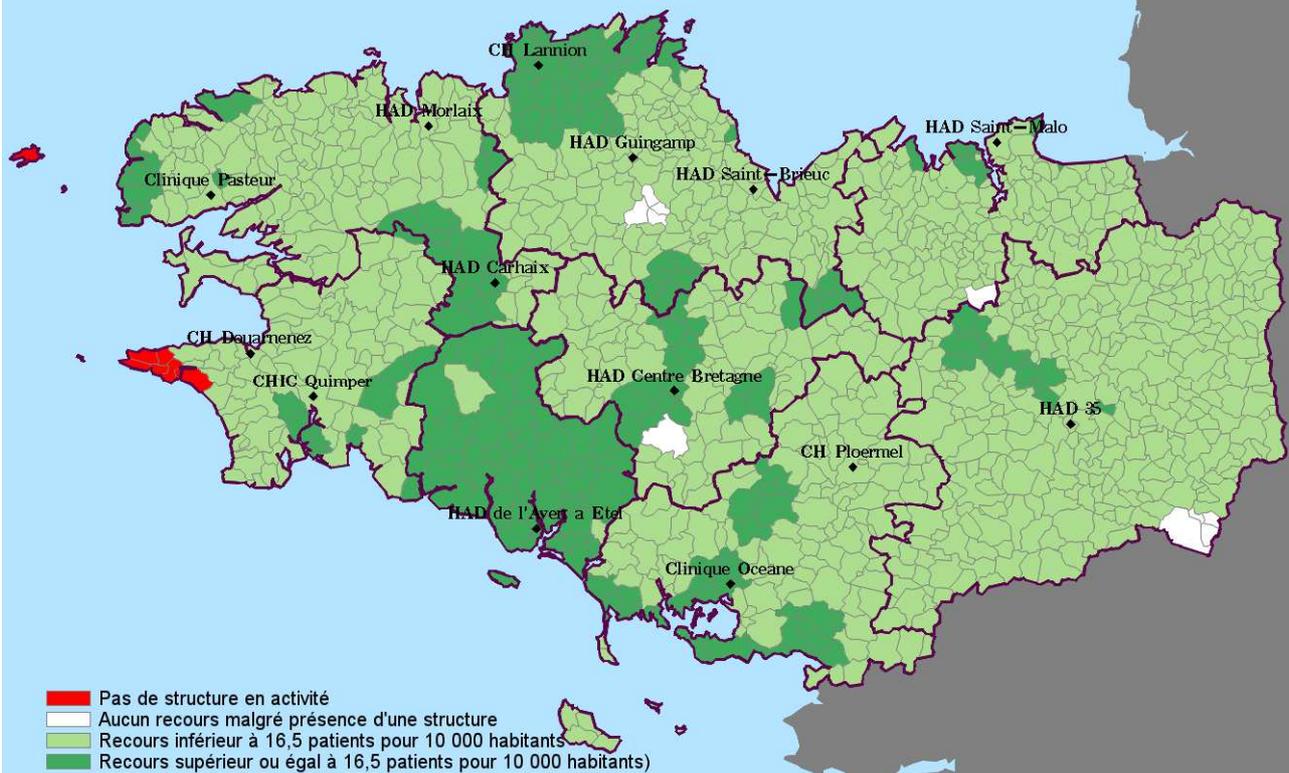
Les zones qui affichent les taux de recours les plus élevés sont le TS 3 dans son ensemble et le nord-ouest des Côtes-d'Armor. De plus, les cartes permettent de visualiser la densification du recours, en particulier autour de Morlaix, dans le centre Bretagne (Carhaix, Pontivy) et à proximité du golfe du Morbihan. On note également un recours domicilié sur Belle-Île en 2013.

Recours à l'HAD en Bretagne - En 2012



Sources : PMSI HAD 2012 et données de population INSEE (recensement 2011)
 Réalisation : ARS-Bretagne, Direction adjointe de la stratégie et des projets - Pôle Observation, Statistiques et Evaluation

Recours à l'HAD en Bretagne - En 2013



Sources : PMSI HAD 2013 et données de population INSEE (recensement 2011)
 Réalisation : ARS-Bretagne, Direction adjointe de la stratégie et des projets - Pôle Observation, Statistiques et Evaluation

→ Des structures à potentiel de croissance variable

Les observations précédentes sont corroborées par le tableau et le graphique qui suivent et qui décrivent, pour chaque structure :

- le nombre de communes et la population domiciliée sur sa zone d'autorisation, que la structure doit donc couvrir
- le nombre de patients qu'elle a pris en charge sur l'année 2013 et le nombre de journées correspondantes
- le nombre moyen de patients qu'elle a pris en charge par jour rapporté à la population qu'elle couvre (taux de recours journalier), de 2011 à 2013

Le niveau de recours s'établit à 15,9 patients par jour pour 100 000 habitants en Bretagne contre 18,4 patients par jour en France ; cet écart se réduit toutefois d'année en année.

Au sein de la région, le TS 3 s'illustre par un niveau de couverture dépassant 40 patients / jour pour 100 000 habitants, tandis que les TS 1, 2 et 6 présentent des taux encore très en deçà du niveau régional, prenant en charge quotidiennement entre 8 et 9 patients.

Ces données permettent de resituer le niveau d'activité des structures en fonction de leur potentiel de développement. En effet, le CH de Ploërmel, l'HAD de Carhaix et l'HAD de Pontivy, malgré des niveaux d'activité qui peuvent paraître faibles en valeur absolue, affichent des taux de recours proches du niveau régional parce qu'ils desservent des bassins de population réduits et/ou peu denses et où la moyenne d'âge est généralement élevée. A l'inverse, l'HAD 35, qui réalise le plus grand nombre de journées annuel dans la région mais doit couvrir plus d'un quart de la population bretonne, présente un taux de recours inférieur à la moyenne régionale.

→ Nécessité d'accompagner le développement de l'HAD

La circulaire DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'HAD fixe une cible de 30 à 35 patients par jour pour 100 000 habitants en 2018, soit le double du niveau d'activité régional en 2013. Or, les taux de croissance de l'activité d'HAD dans la région ne seront pas suffisants pour parvenir à cet objectif s'ils se maintiennent au niveau actuel.

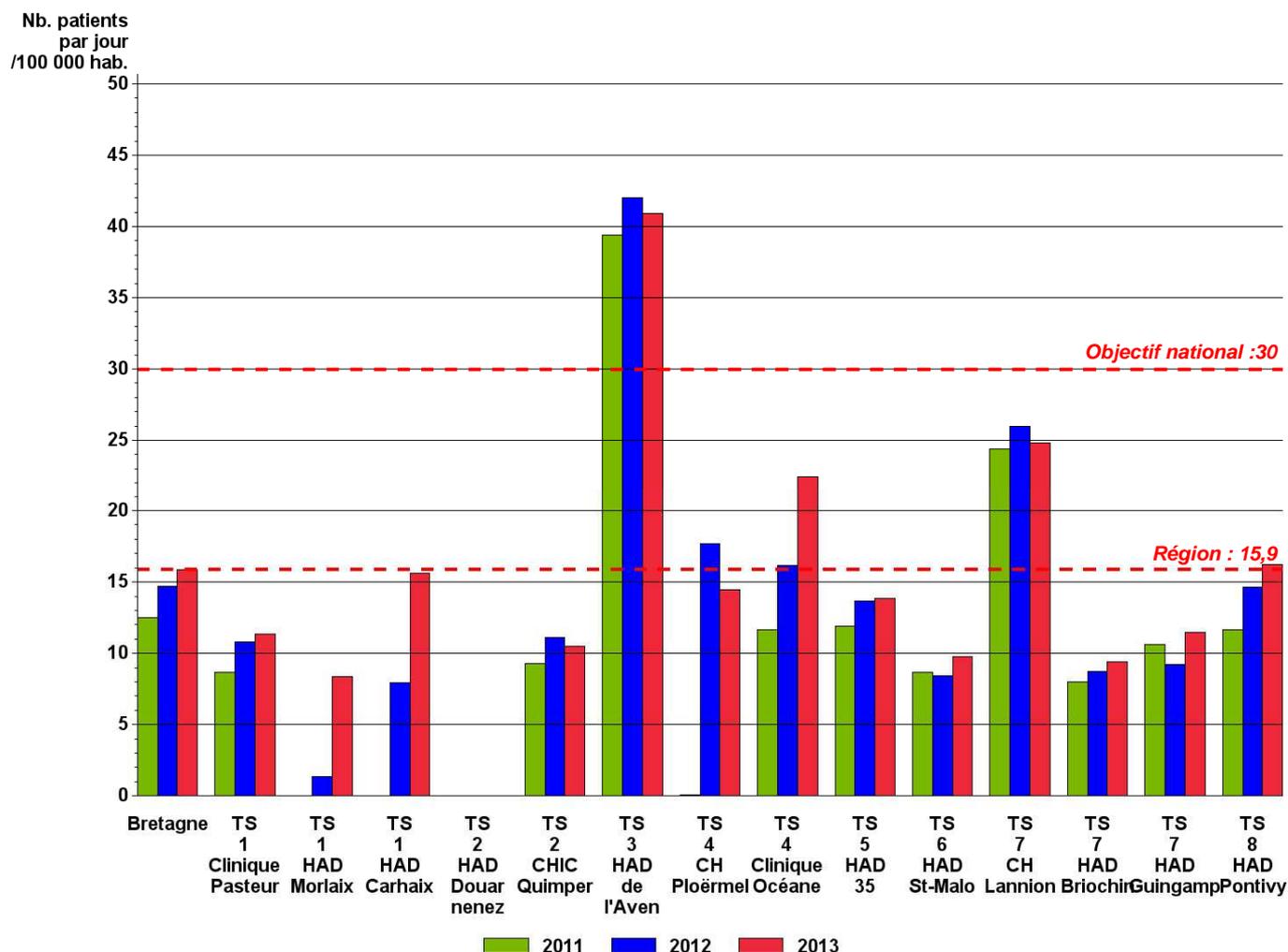
Ce problème est national : dans son rapport 2012-2013, la FNEHAD souligne le ralentissement de la croissance de l'activité d'HAD en France : autour de +20 % annuels (voire plus) jusqu'en 2010, inférieure à +10 % depuis. Elle l'explique par le fait que la croissance était jusqu'à présent soutenue par l'installation et la montée en charge de nouvelles structures, phénomène qui tend à disparaître puisque l'objectif de couverture du territoire est en passe d'être atteint.

Ainsi, toutes les pistes évoquées dans la circulaire seront suivies ou encouragées, à savoir :

- la diversification des modes de prises en charge ;
- le développement des prises en charge en établissements sociaux et médico-sociaux ;
- la contractualisation avec l'ensemble des établissements sur des taux de recours ou de transfert de patients en HAD ;
- la promotion auprès des médecins généralistes et du public de l'HAD ;
- le développement des outils numériques ;
- une réflexion sur le regroupement des structures ayant un potentiel de développement faible (notamment du fait de la taille de la population desservie), en lien avec leurs responsables.

Nombre moyen de patients pris en charge par jour dans chaque structure HAD rapporté à la population domiciliée sur sa zone d'autorisation

TS	Finess	Etablissement	Nb. communes couvertes	Population couverte (Recens. INSEE 2011)	2013			Evol. / 2012 (%)
					Nb. patients pris en charge	Nb. journées de prise en charge	Nb. moyen de patients PEC par jour pour 100 000 habitants	
.		Aucun	1	883				-
1	290000140	Clinique Pasteur	90	391 334	505	16 234	11,4	+5,2
1	290032838	HAD Morlaix	68	134 406	127	4 103	8,4	+523,9
1	290033679	HAD Carhaix	27	37 918	76	2 161	15,6	+96,6
2	290000074	HAD Douarnenez	35	61 816				-
2	290020700	CHIC Quimper	64	238 529	351	9 139	10,5	-5,4
3	560018509	HAD de l'Aven à Etel	53	283 476	1 037	42 334	40,9	-2,7
4	560000044	CH Ploërmel	51	66 977	79	3 541	14,5	-18,0
4	560008799	Clinique Océane	102	315 408	491	25 819	22,4	+38,9
5	350042628	HAD 35	318	881 620	928	44 656	13,9	+1,6
6	350044772	HAD St-Malo	139	257 148	255	9 155	9,8	+16,1
7	220000103	CH Lannion	72	125 743	347	11 388	24,8	-4,6
7	220019616	HAD Briochin	99	232 635	240	7 966	9,4	+7,7
7	220020341	HAD Guingamp	74	75 224	83	3 144	11,5	+24,4
8	560022188	HAD Pontivy	77	114 650	163	6 801	16,3	+10,8
		Bretagne	1 270	3 217 767	4 682	186 441	15,9	+7,8
		France		63 070 344	105 681	4 362 542	18,4	+4,0



5. Annexes

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

Annexe 2 : MPP les plus courants, par établissement

Annexe 2-A : MPP les plus fréquents en nombre de journées en 2012 et 2013, par établissement

Annexe 2-B : MPP les plus fréquents en nombre de patients en 2012 et 2013

Annexe 2-C : MPP les plus fréquents en nombre de patients en 2012 et 2013, par établissement

Annexe 3 : MPA les plus courants pour les MPP les plus fréquents

Annexe 4 : Durées de séjour par MPP (séjours clos avec un seul MPP)

Annexe 5 : Modes d'entrée et de sortie, par établissement

Annexe 5-A : Répartition du nombre de séjours suivant la provenance du patient, en 2012 et 2013, par établissement

Annexe 5-B : Répartition du nombre de séjours suivant la destination du patient, en 2012 et 2013, par établissement

Annexe 5-C : Principaux établissements adresseurs MCO, par structure HAD

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

TS	Finess	Etablissement	Nombre de journées de présence			Nombre de Séjours				Nombre de patients			Nombre de patients pris en charge en EHPA			
			2012	2013	Evol. (%)	2012	2013	Evol. (%)	DMS (séjours clos) 2013	2012	2013	Evol. (%)	2012	2013	Evol. (%)	Part en 2013 (%)
1	290000140	Clinique Pasteur	15 425	16 234	+5,2	709	748	+5,5	21	488	505	+3,5	66	64	-3,0	12,7
1	290032838	HAD Morlaix	656	4 103	+525,5	38	207	+444,7	19	33	127	+284,8	0	11	-	8,7
1	290033679	HAD Carhaix	1 103	2 161	+95,9	47	110	+134,0	21	37	76	+105,4	2	7	+250,0	9,2
2	290020700	CHIC Quimper	9 630	9 139	-5,1	402	494	+22,9	20	247	351	+42,1	2	2	+0	0,6
3	560018509	HAD de l'Aven à Etel	43 257	42 334	-2,1	1 364	1 335	-2,1	36	1 037	1 037	+0	38	35	-7,9	3,4
4	560000044	CH Ploërmel	4 276	3 527	-17,5	134	123	-8,2	29	82	79	-3,7	2	2	+0	2,5
4	560008799	Clinique Océane	18 444	25 819	+40,0	580	682	+17,6	36	429	491	+14,5	15	19	+26,7	3,9
5	350042628	HAD 35	43 484	44 665	+2,7	1 269	1 383	+9,0	36	891	929	+4,3	108	142	+31,5	15,3
6	350044772	HAD St-Malo	7 876	9 159	+16,3	292	370	+26,7	27	213	255	+19,7	20	38	+90,0	14,9
7	220000103	CH Lannion	12 004	11 393	-5,1	515	443	-14,0	27	409	348	-14,9	9	11	+22,2	3,2
7	220019616	HAD Briochin	7 338	7 966	+8,6	279	333	+19,4	24	208	240	+15,4	12	18	+50,0	7,5
7	220020341	HAD Guingamp	2 511	3 144	+25,2	124	119	-4,0	27	94	83	-11,7	5	7	+40,0	8,4
8	560022188	HAD Pontivy	6 114	6 801	+11,2	190	234	+23,2	31	131	163	+24,4	5	9	+80,0	5,5
		BRETAGNE	172 118	186 445	+8,3	5 943	6 581	+10,7	30	4 299	4 684	+9,0	284	365	+28,5	7,8

Annexe 2-A :
MPP représentant au moins 5 % du nombre de journées d'activité 2012 et/ou 2013, dans chaque établissement
Nombre et part de journées en 2012 et 2013 et évolution
(Les MPP sont classés par volume de journées 2013 décroissant)

TS	Finess	Etablissement	Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2012		2013		Evol. du Nombre de journées (%)
				Nombre de journées de présence	Part de l'activité (%)	Nombre de journées de présence	Part de l'activité (%)	
1	290000140	Clinique Pasteur	TOUS	15 425	100,0	16 234	100,0	+5,2
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	3 700	24,0	4 365	26,9	+18,0
			04 Soins palliatifs	3 112	20,2	2 744	16,9	-11,8
			03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	2 609	16,9	2 683	16,5	+2,8
			02 Nutrition parentérale	1 920	12,4	1 816	11,2	-5,4
			06 Nutrition entérale	1 321	8,6	1 808	11,1	+36,9
			14 Soins de nursing lourds	1 076	7,0	930	5,7	-13,6
	290032838	HAD Morlaix	TOUS	656	100,0	4 103	100,0	+525,5
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	85	13,0	922	22,5	+984,7
			03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	74	11,3	780	19,0	+954,1
			04 Soins palliatifs	105	16,0	567	13,8	+440,0
			02 Nutrition parentérale	77	11,7	520	12,7	+575,3
			14 Soins de nursing lourds	79	12,0	345	8,4	+336,7
			07 PEC de la douleur	12	1,8	294	7,2	+2 350,0
			13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	57	8,7	201	4,9	+252,6
			06 Nutrition entérale	52	7,9	184	4,5	+253,8
			12 Rééducation neurologique	38	5,8			-
	290033679	HAD Carhaix	TOUS	1 103	100,0	2 161	100,0	+95,9
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	297	26,9	739	34,2	+148,8
			04 Soins palliatifs	205	18,6	448	20,7	+118,5
			03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	149	13,5	283	13,1	+89,9
			02 Nutrition parentérale	82	7,4	197	9,1	+140,2
			06 Nutrition entérale	20	1,8	179	8,3	+795,0
			11 Rééducation orthopédique	58	5,3	138	6,4	+137,9
			14 Soins de nursing lourds	183	16,6	97	4,5	-47,0
			01 Assistance respiratoire	75	6,8	12	0,6	-84,0

TS	Finess	Etablissement	Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2012		2013		Evol. du Nombre de journées (%)
				Nombre de journées de présence	Part de l'activité (%)	Nombre de journées de présence	Part de l'activité (%)	
2	290020700	CHIC Quimper	TOUS	9 630	100,0	9 139	100,0	-5,1
			04 Soins palliatifs	2 269	23,6	2 919	31,9	+28,6
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1 398	14,5	1 805	19,8	+29,1
			14 Soins de nursing lourds	2 159	22,4	1 376	15,1	-36,3
			02 Nutrition parentérale	871	9,0	589	6,4	-32,4
			10 Post traitement chirurgical	378	3,9	513	5,6	+35,7
			21 post-partum pathologique	83	0,9	511	5,6	+515,7
			06 Nutrition entérale	955	9,9	400	4,4	-58,1
			03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	559	5,8	291	3,2	-47,9
3	560018509	HAD de l'Aven à Etel	TOUS	43 257	100,0	42 334	100,0	-2,1
			04 Soins palliatifs	15 348	35,5	9 528	22,5	-37,9
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	9 009	20,8	8 602	20,3	-4,5
			14 Soins de nursing lourds	5 145	11,9	6 008	14,2	+16,8
			07 PEC de la douleur	1 380	3,2	3 779	8,9	+173,8
			06 Nutrition entérale	2 367	5,5	2 531	6,0	+6,9
			13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	1 312	3,0	2 290	5,4	+74,5
			10 Post traitement chirurgical	2 705	6,3	2 022	4,8	-25,2
4	560000044	CH Ploërmel	TOUS	4 276	100,0	3 527	100,0	-17,5
			04 Soins palliatifs	2 030	47,5	1 289	36,5	-36,5
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	722	16,9	1 171	33,2	+62,2
			06 Nutrition entérale	129	3,0	214	6,1	+65,9
			05 Chimiothérapie anticancéreuse	45	1,1	205	5,8	+355,6
			13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	231	5,4	102	2,9	-55,8
			07 PEC de la douleur	316	7,4	73	2,1	-76,9
	560008799	Clinique Océane	TOUS	18 444	100,0	25 819	100,0	+40,0
			04 Soins palliatifs	9 043	49,0	16 618	64,4	+83,8
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	4 013	21,8	3 263	12,6	-18,7
			19 Surveillance de grossesse à risque	2 130	11,5	2 239	8,7	+5,1
			14 Soins de nursing lourds	923	5,0	1 603	6,2	+73,7
			06 Nutrition entérale	1 073	5,8	418	1,6	-61,0

TS	Finess	Etablissement	Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2012		2013		Evol. du Nombre de journées (%)
				Nombre de journées de présence	Part de l'activité (%)	Nombre de journées de présence	Part de l'activité (%)	
5	350042628	HAD 35	TOUS	43 484	100,0	44 665	100,0	+2,7
			04 Soins palliatifs	14 352	33,0	14 599	32,7	+1,7
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	14 442	33,2	13 106	29,3	-9,3
			14 Soins de nursing lourds	2 904	6,7	4 019	9,0	+38,4
			19 Surveillance de grossesse à risque	3 538	8,1	3 719	8,3	+5,1
6	350044772	HAD St-Malo	TOUS	7 876	100,0	9 159	100,0	+16,3
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	3 314	42,1	2 924	31,9	-11,8
			04 Soins palliatifs	1 512	19,2	2 232	24,4	+47,6
			13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	448	5,7	946	10,3	+111,2
			07 PEC de la douleur	495	6,3	349	3,8	-29,5
7	220000103	CH Lannion	TOUS	12 004	100,0	11 393	100,0	-5,1
			04 Soins palliatifs	4 735	39,4	3 810	33,4	-19,5
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	2 818	23,5	1 939	17,0	-31,2
			10 Post traitement chirurgical	547	4,6	1 392	12,2	+154,5
			13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	184	1,5	818	7,2	+344,6
			06 Nutrition entérale	342	2,8	780	6,8	+128,1
			19 Surveillance de grossesse à risque	709	5,9	476	4,2	-32,9
			11 Rééducation orthopédique	725	6,0	207	1,8	-71,4
	220019616	HAD Briochin	TOUS	7 338	100,0	7 966	100,0	+8,6
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	2 843	38,7	3 205	40,2	+12,7
			04 Soins palliatifs	1 660	22,6	1 428	17,9	-14,0
			06 Nutrition entérale	553	7,5	714	9,0	+29,1
			07 PEC de la douleur	525	7,2	567	7,1	+8,0
			03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	220	3,0	549	6,9	+149,5
			02 Nutrition parentérale	530	7,2	465	5,8	-12,3
	220020341	HAD Guingamp	TOUS	2 511	100,0	3 144	100,0	+25,2
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	704	28,0	1 787	56,8	+153,8
			04 Soins palliatifs	694	27,6	568	18,1	-18,2
			03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	94	3,7	263	8,4	+179,8
			02 Nutrition parentérale	132	5,3	96	3,1	-27,3
			14 Soins de nursing lourds	508	20,2	91	2,9	-82,1

TS	Finess	Etablissement	Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2012		2013		Evol. du Nombre de journées (%)
				Nombre de journées de présence	Part de l'activité (%)	Nombre de journées de présence	Part de l'activité (%)	
8	560022188	HAD Pontivy	TOUS	6 114	100,0	6 801	100,0	+11,2
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1 224	20,0	2 588	38,1	+111,4
			04 Soins palliatifs	1 620	26,5	1 167	17,2	-28,0
			06 Nutrition entérale	399	6,5	623	9,2	+56,1
			14 Soins de nursing lourds	385	6,3	602	8,9	+56,4
			07 PEC de la douleur	590	9,6	460	6,8	-22,0
			10 Post traitement chirurgical	553	9,0	369	5,4	-33,3
			03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	322	5,3	340	5,0	+5,6
			13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	739	12,1	280	4,1	-62,1

Annexe 2-B :
Nombre et part de patients pris en charge au moins une fois par MPP en 2012 et 2013
(Les MPP sont classés par nombre de patients 2013 décroissant)

Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2012		2013		Evol. du Nombre de patients (%)
	Nombre de patients	Part de la file active (%)	Nombre de patients	Part de la file active (%)	
TOUS	4 299	100,0	4 684	100,0	+9,0
04 Soins palliatifs	1 548	36,0	1 588	33,9	+2,6
09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	834	19,4	942	20,1	+12,9
03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	352	8,2	456	9,7	+29,5
14 Soins de nursing lourds	378	8,8	343	7,3	-9,3
07 PEC de la douleur	195	4,5	321	6,9	+64,6
21 post-partum pathologique	245	5,7	320	6,8	+30,6
10 Post traitement chirurgical	364	8,5	300	6,4	-17,6
19 Surveillance de grossesse à risque	236	5,5	244	5,2	+3,4
02 Nutrition parentérale	158	3,7	207	4,4	+31,0
06 Nutrition entérale	170	4,0	195	4,2	+14,7
13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	99	2,3	166	3,5	+67,7
08 Autres traitements	50	1,2	117	2,5	+134,0
20 Retour précoce à domicile après accouchement	148	3,4	110	2,3	-25,7
05 Chimiothérapie anticancéreuse	31	0,7	67	1,4	+116,1
11 Rééducation orthopédique	68	1,6	60	1,3	-11,8
01 Assistance respiratoire	69	1,6	58	1,2	-15,9
17 Surveillance de radiothérapie	8	0,2	24	0,5	+200,0
12 Rééducation neurologique	33	0,8	23	0,5	-30,3
24 Surveillance d'aplasie	7	0,2	12	0,3	+71,4
15 Education du patient et de son entourage	18	0,4	8	0,2	-55,6
22 PEC du nouveau-né à risque	22	0,5	5	0,1	-77,3

ATTENTION : 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 2012 et/ou 2013, dans chaque établissement
Nombre et part des patients en 2012 et 2013 et évolution
(Les MPP sont classés par nombre de patients 2013 décroissant)

TS	Finess	Etablissement	Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2012		2013		Evol. du Nombre de patients (%)
				Nombre de patients	Part de la file active (%)	Nombre de patients	Part de la file active (%)	
1	290000140	Clinique Pasteur	TOUS	488	100,0	505	100,0	+3,5
			03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	137	28,1	183	36,2	+33,6
			04 Soins palliatifs	141	28,9	113	22,4	-19,9
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	97	19,9	112	22,2	+15,5
			02 Nutrition parentérale	58	11,9	62	12,3	+6,9
			06 Nutrition entérale	36	7,4	44	8,7	+22,2
			07 PEC de la douleur	34	7,0	31	6,1	-8,8
			14 Soins de nursing lourds	40	8,2	29	5,7	-27,5
			10 Post traitement chirurgical	35	7,2	27	5,3	-22,9
	290032838	HAD Morlaix	TOUS	33	100,0	127	100,0	+284,8
			03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	4	12,1	32	25,2	+700,0
			04 Soins palliatifs	7	21,2	32	25,2	+357,1
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	8	24,2	28	22,0	+250,0
			02 Nutrition parentérale	6	18,2	17	13,4	+183,3
			14 Soins de nursing lourds	6	18,2	14	11,0	+133,3
			07 PEC de la douleur	1	3,0	13	10,2	+1 200,0
			13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	1	3,0	11	8,7	+1 000,0
			08 Autres traitements	1	3,0	9	7,1	+800,0
			01 Assistance respiratoire	2	6,1	4	3,1	+100,0
			10 Post traitement chirurgical	3	9,1	1	0,8	-66,7

TS	Finess	Etablissement	Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2012		2013		Evol. du Nombre de patients (%)
				Nombre de patients	Part de la file active (%)	Nombre de patients	Part de la file active (%)	
	290033679	HAD Carhaix	TOUS	37	100,0	76	100,0	+105,4
			04 Soins palliatifs	13	35,1	27	35,5	+107,7
			03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	6	16,2	19	25,0	+216,7
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	5	13,5	18	23,7	+260,0
			02 Nutrition parentérale	3	8,1	7	9,2	+133,3
			11 Rééducation orthopédique	1	2,7	7	9,2	+600,0
			14 Soins de nursing lourds	7	18,9	5	6,6	-28,6
			06 Nutrition entérale	2	5,4	4	5,3	+100,0
			01 Assistance respiratoire	2	5,4	1	1,3	-50,0
2	290020700	CHIC Quimper	TOUS	247	100,0	351	100,0	+42,1
			04 Soins palliatifs	66	26,7	95	27,1	+43,9
			21 post-partum pathologique	15	6,1	88	25,1	+486,7
			14 Soins de nursing lourds	61	24,7	38	10,8	-37,7
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	29	11,7	34	9,7	+17,2
			20 Retour précoce à domicile après accouchement	5	2,0	30	8,5	+500,0
			03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	33	13,4	21	6,0	-36,4
			10 Post traitement chirurgical	19	7,7	21	6,0	+10,5
			02 Nutrition parentérale	23	9,3	18	5,1	-21,7
			06 Nutrition entérale	18	7,3	9	2,6	-50,0
3	560018509	HAD de l'Aven à Etel	TOUS	1 037	100,0	1 037	100,0	+0
			04 Soins palliatifs	366	35,3	252	24,3	-31,1
			21 post-partum pathologique	196	18,9	204	19,7	+4,1
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	161	15,5	166	16,0	+3,1
			07 PEC de la douleur	44	4,2	156	15,0	+254,5
			10 Post traitement chirurgical	194	18,7	136	13,1	-29,9
			14 Soins de nursing lourds	108	10,4	124	12,0	+14,8

TS	Finess	Etablissement	Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2012		2013		Evol. du Nombre de patients (%)
				Nombre de patients	Part de la file active (%)	Nombre de patients	Part de la file active (%)	
4	560000044	CH Ploërmel	TOUS	82	100,0	79	100,0	-3,7
			04 Soins palliatifs	48	58,5	34	43,0	-29,2
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	22	26,8	24	30,4	+9,1
			14 Soins de nursing lourds	6	7,3	8	10,1	+33,3
			03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	4	4,9	6	7,6	+50,0
			13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	7	8,5	6	7,6	-14,3
			01 Assistance respiratoire	4	4,9	4	5,1	+0
			06 Nutrition entérale	3	3,7	4	5,1	+33,3
			07 PEC de la douleur	9	11,0	4	5,1	-55,6
			10 Post traitement chirurgical	6	7,3	3	3,8	-50,0
	560008799	Clinique Océane	TOUS	429	100,0	491	100,0	+14,5
			04 Soins palliatifs	194	45,2	281	57,2	+44,8
			19 Surveillance de grossesse à risque	95	22,1	89	18,1	-6,3
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	67	15,6	66	13,4	-1,5
			03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	27	6,3	14	2,9	-48,1
5	350042628	HAD 35	TOUS	891	100,0	929	100,0	+4,3
			04 Soins palliatifs	377	42,3	388	41,8	+2,9
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	204	22,9	211	22,7	+3,4
			19 Surveillance de grossesse à risque	115	12,9	130	14,0	+13,0
			14 Soins de nursing lourds	70	7,9	60	6,5	-14,3
			07 PEC de la douleur	51	5,7	55	5,9	+7,8
			03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	53	5,9	51	5,5	-3,8

TS	Finess	Etablissement	Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2012		2013		Evol. du Nombre de patients (%)
				Nombre de patients	Part de la file active (%)	Nombre de patients	Part de la file active (%)	
6	350044772	HAD St-Malo	TOUS	213	100,0	255	100,0	+19,7
			04 Soins palliatifs	68	31,9	106	41,6	+55,9
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	73	34,3	62	24,3	-15,1
			13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	14	6,6	24	9,4	+71,4
			03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	17	8,0	20	7,8	+17,6
			07 PEC de la douleur	17	8,0	13	5,1	-23,5
7	220000103	CH Lannion	TOUS	409	100,0	348	100,0	-14,9
			04 Soins palliatifs	107	26,2	115	33,0	+7,5
			10 Post traitement chirurgical	30	7,3	47	13,5	+56,7
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	65	15,9	40	11,5	-38,5
			20 Retour précoce à domicile après accouchement	118	28,9	38	10,9	-67,8
			21 post-partum pathologique	30	7,3	25	7,2	-16,7
			03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	7	1,7	23	6,6	+228,6
			19 Surveillance de grossesse à risque	26	6,4	22	6,3	-15,4
			11 Rééducation orthopédique	26	6,4	6	1,7	-76,9
220019616	HAD Briochin	TOUS	TOUS	208	100,0	240	100,0	+15,4
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	65	31,3	93	38,8	+43,1
			04 Soins palliatifs	70	33,7	80	33,3	+14,3
			03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	9	4,3	21	8,8	+133,3
			06 Nutrition entérale	16	7,7	20	8,3	+25,0
			02 Nutrition parentérale	13	6,3	16	6,7	+23,1
			07 PEC de la douleur	13	6,3	14	5,8	+7,7
			01 Assistance respiratoire	11	5,3	8	3,3	-27,3
			14 Soins de nursing lourds	17	8,2	4	1,7	-76,5

TS	Finess	Etablissement	Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2012		2013		Evol. du Nombre de patients (%)
				Nombre de patients	Part de la file active (%)	Nombre de patients	Part de la file active (%)	
	220020341	HAD Guingamp	TOUS	94	100,0	83	100,0	-11,7
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	16	17,0	40	48,2	+150,0
			04 Soins palliatifs	43	45,7	23	27,7	-46,5
			03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	4	4,3	7	8,4	+75,0
			13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	4	4,3	5	6,0	+25,0
			14 Soins de nursing lourds	22	23,4	4	4,8	-81,8
			02 Nutrition parentérale	6	6,4	3	3,6	-50,0
8	560022188	HAD Pontivy	TOUS	131	100,0	163	100,0	+24,4
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	22	16,8	52	31,9	+136,4
			04 Soins palliatifs	49	37,4	44	27,0	-10,2
			10 Post traitement chirurgical	28	21,4	19	11,7	-32,1
			03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	15	11,5	18	11,0	+20,0
			07 PEC de la douleur	12	9,2	14	8,6	+16,7
			14 Soins de nursing lourds	11	8,4	14	8,6	+27,3
			08 Autres traitements			13	8,0	-
			06 Nutrition entérale	12	9,2	12	7,4	+0
			13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	11	8,4	7	4,3	-36,4

ATTENTION : 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 2012 et/ou 2013, pour les MPP les plus fréquents
Nombre et part de journées en 2013
(Les MPA sont classés par volume de journées 2013 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	57 917	100,0
	00 Pas de protocole associé	26 662	46,0
	01 Assistance respiratoire	8 838	15,3
	07 PEC de la douleur	5 766	10,0
	02 Nutrition parentérale	3 504	6,1
	06 Nutrition entérale	3 904	6,7
	13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	3 198	5,5
09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	TOUS	46 416	100,0
	00 Pas de protocole associé	23 442	50,5
	07 PEC de la douleur	7 221	15,6
	14 Soins de nursing lourds	5 577	12,0
	25 PEC psychologique et/ou sociale	2 819	6,1

Annexe 4 :

Durées des séjours (clos) par MPP en 2013

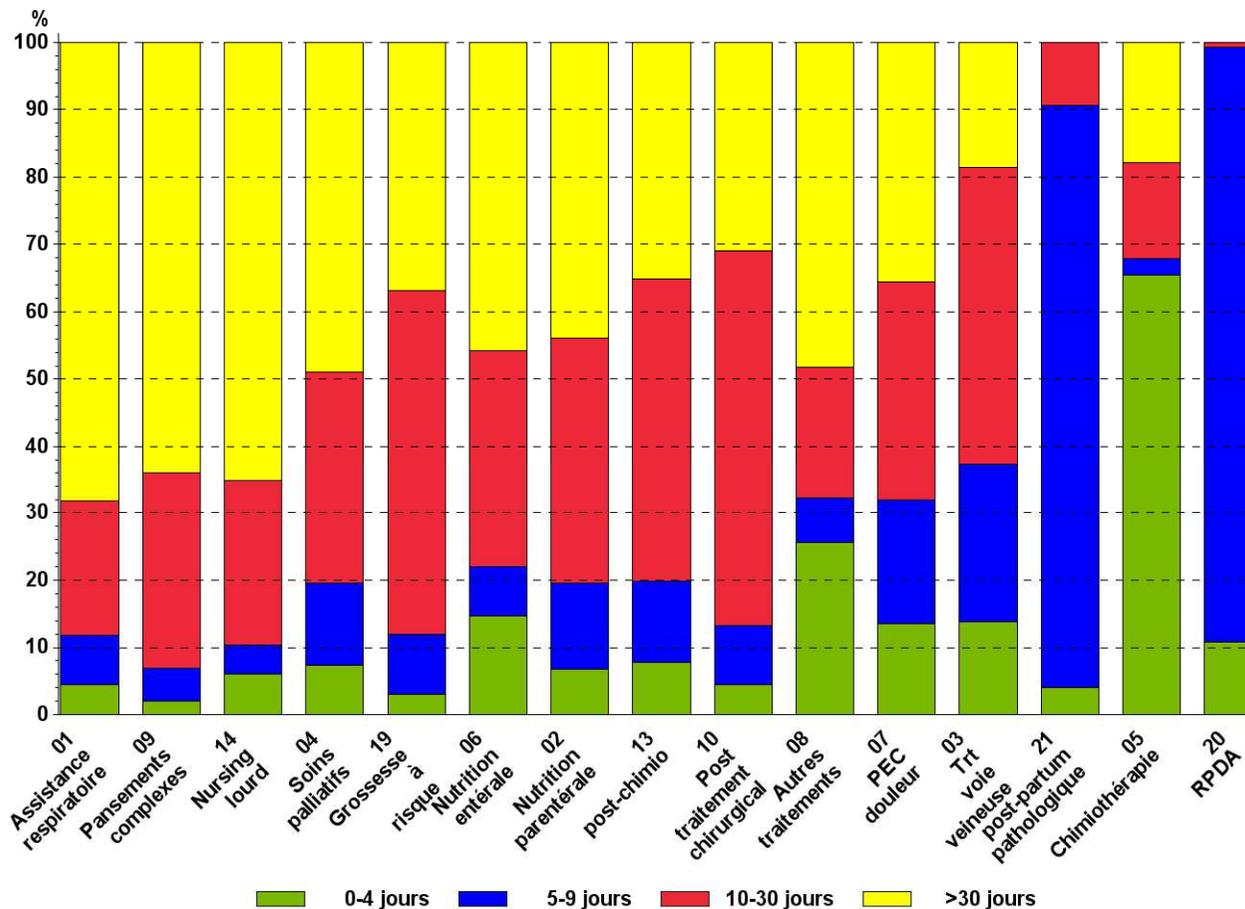
Sur la base des séjours avec un MPP constant, soit 5 512 / 6 078 = 90,7 % des séjours

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	1 617	31,0	16	19	36	29
09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	909	42,8	5	10	41	44
03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	472	14,4	20	29	41	10
21 post-partum pathologique	317	6,6	5	88	7	
14 Soins de nursing lourds	291	39,3	15	10	37	38
06 Nutrition entérale	286	24,0	29	12	33	27
19 Surveillance de grossesse à risque	266	24,4	6	13	57	24
07 PEC de la douleur	261	17,9	26	30	27	17
10 Post traitement chirurgical	216	21,1	7	13	58	22
02 Nutrition parentérale	181	23,7	14	20	40	25
08 Autres traitements	180	18,7	49	10	21	20
13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	154	23,3	15	19	47	19
05 Chimiothérapie anticancéreuse	130	5,8	84	3	7	6
20 Retour précoce à domicile après accouchement	109	5,8	13	86	1	
01 Assistance respiratoire	49	49,4	12	12	29	47
11 Rééducation orthopédique	27	33,5		11	41	48
12 Rééducation neurologique	18	37,5		6	44	50
17 Surveillance de radiothérapie	9	32,7		22	44	33
15 Education du patient et de son entourage	8	24,5		13	63	25
22 PEC du nouveau-né à risque	7	5,7	14	86		
24 Surveillance d'aplasie	5	29,8	20		60	20

Annexe 4 :

Durées des séjours (clos) par MPP en 2013

Sur la base des séjours avec un MPP constant, soit $5\,512 / 6\,078 = 90,7\%$ des séjours
 Graphique restreint aux MPP pour lesquels au moins 30 séjours ont été recensés en 2013
 MPP triés par DMS décroissante



Annexe 5-A :
Répartition du nombre de séjours suivant la provenance du patient, en 2012 et 2013, par établissement
Sur la base des séjours clos dans l'année considérée

				Provenance des patients					
TS	Finess	Etablissement	Année	TOTAL	MCO	SSR	Domicile	MS	Autres
				Nb. Sej.	%	%	%	%	%
1	290000140	Clinique Pasteur	2012	669	59,6	6,7	27,1	6,0	0,6
			2013	694	62,0	3,6	24,8	6,1	3,6
	290032838	HAD Morlaix	2012	31	83,9	3,2	12,9		
			2013	190	70,0	3,7	23,7	2,1	0,5
290033679	HAD Carhaix	2012	44	75,0	4,5	20,5			
		2013	102	73,5	2,9	21,6	2,0		
2	290020700	CHIC Quimper	2012	373	57,9	6,4	35,4		0,3
			2013	467	71,7	3,9	24,4		
3	560018509	HAD de l'Aven à Etel	2012	1 263	74,0	6,7	18,2	1,0	0,1
			2013	1 218	76,2	6,9	15,7	1,1	0,1
4	560000044	CH Ploërmel	2012	128	39,1	12,5	47,7		0,8
			2013	110	54,5	4,5	40,9		
	560008799	Clinique Océane	2012	519	57,0	5,0	37,8	0,2	
			2013	609	60,4	4,6	34,2	0,8	
5	350042628	HAD 35	2012	1 154	58,8		33,5	7,6	
			2013	1 271	54,6	0,2	31,7	13,5	
6	350044772	HAD St-Malo	2012	264	55,3	10,6	32,6	1,1	0,4
			2013	346	55,2	13,0	28,9	2,9	
7	220000103	CH Lannion	2012	499	85,2	1,4	13,2	0,2	
			2013	434	79,7	1,8	18,0	0,5	
	220019616	HAD Briochin	2012	259	65,6	8,1	26,3		
			2013	310	68,4	6,5	25,2		
	220020341	HAD Guingamp	2012	116	70,7	12,1	17,2		
			2013	107	72,9	2,8	24,3		
8	560022188	HAD Pontivy	2012	171	73,7	7,0	18,7	0,6	
			2013	220	73,6	5,0	20,0	1,4	

Annexe 5-B :
Répartition du nombre de séjours suivant la destination du patient, en 2012 et 2013, par établissement
Sur la base des séjours clos dans l'année considérée

TS	Finess	Etablissement	Année	Destination des patients						
				TOTAL Nb. Sej.	MCO %	SSR %	Domicile %	MS %	Décès %	Autres %
1	290000140	Clinique Pasteur	2012	669	36,8	1,6	43,0	1,3	16,3	0,9
			2013	694	39,0	0,7	42,5	1,4	12,4	3,9
	290032838	HAD Morlaix	2012	31	41,9	3,2	48,4		6,5	
			2013	190	44,7	2,1	38,4	1,1	13,7	
290033679	HAD Carhaix	2012	44	40,9		50,0		6,8	2,3	
		2013	102	45,1		40,2	0,0	13,7		
2	290020700	CHIC Quimper	2012	373	31,1	0,8	57,1	0,5	10,2	0,3
			2013	467	27,6	1,3	59,7	0,6	10,5	0,2
3	560018509	HAD de l'Aven à Etel	2012	1 263	29,9	3,2	49,4	0,7	16,6	0,1
			2013	1 218	29,4	3,9	49,1	0,6	16,9	0,1
4	560000044	CH Ploërmel	2012	128	49,2	10,2	24,2		15,6	0,8
			2013	110	48,2	6,4	33,6	0,9	10,9	
560008799	Clinique Océane	2012	519	51,1	1,3	33,5	0,2	13,9		
		2013	609	54,0	1,8	28,6	0,2	15,4		
5	350042628	HAD 35	2012	1 154	45,3		34,1	2,6	18,0	
			2013	1 271	41,0		36,0	6,5	16,4	
6	350044772	HAD St-Malo	2012	264	31,4	8,0	46,6	0,8	13,3	
			2013	346	36,7	9,8	33,5	0,6	19,4	
7	220000103	CH Lannion	2012	499	30,3	0,6	57,3	1,2	10,4	0,2
			2013	434	37,1	0,7	50,2	0,2	11,8	
220019616	HAD Briochin	2012	259	40,2	1,5	58,3				
		2013	310	44,2	2,6	41,0		12,3		
	220020341	HAD Guingamp	2012	116	41,4	0,9	50,0		7,8	
			2013	107	45,8		41,1	0,9	12,1	
8	560022188	HAD Pontivy	2012	171	42,7	0,6	37,4		19,3	
			2013	220	51,8	0,5	30,5	0,9	16,4	

Annexe 5-C :

Principaux établissements adresseurs MCO, par structure HAD en 2013

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 une HAD donnée

TS	HAD	MCO adresseur	Nb. séjours	%
1	Clinique Pasteur	TOUS	478	100,0
		CLINIQUE PASTEUR-ST ESPRIT	203	42,5
		C.H.U. de BREST	198	41,4
		HIA Clermont-Tonnerre	34	7,1
		CLINIQUE DU GRAND LARGE	13	2,7
HAD Carhaix		TOUS	86	100,0
		C.H.U. de BREST	43	50,0
		C.H.I.C. de QUIMPER / CONCARNEAU	18	20,9
		C.H. de PONTIVY CENTRE BRETAGNE	5	5,8
HAD Morlaix		C.M.C. BAIE DE MORLAIX	5	5,8
		TOUS	128	100,0
		C.H. de MORLAIX	42	32,8
		C.H.U. de BREST	37	28,9
2	CHIC Quimper	C.M.C. BAIE DE MORLAIX	34	26,6
		TOUS	343	100,0
		C.H.I.C. de QUIMPER / CONCARNEAU	303	88,3
		CLINIQUE ST MICHEL-STE ANNE	10	2,9
3	HAD de l'Aven à Etel	TOUS	952	100,0
		C.H.B.S. [LORIENT/HENNEBONT]	648	68,1
		Clinique de la Porte de l'Orient	154	16,2
		CLINIQUE DU TER	44	4,6
		C.H. de QUIMPERLE	38	4,0
4	CH Ploërmel	TOUS	78	100,0
		C.H. de PLOERMEL	35	44,9
		C.H.U. de RENNES	11	14,1
		C.H.B.A. - VANNES-AURAY	8	10,3
		Clinique des Augustines	7	9,0
		CLINIQUE OCEANE	5	6,4
		C.H.P. ST GREGOIRE	4	5,1
		C.R.L.C.C.	4	5,1

TS	HAD	MCO adresseur	Nb. séjours	%
	Clinique Océane	TOUS	380	100,0
		CLINIQUE OCEANE	186	48,9
		C.H.B.A. - VANNES-AURAY	149	39,2
		Ets. Pays de la Loire	14	3,7
5	HAD 35	TOUS	730	100,0
		C.H.U. de RENNES	320	43,8
		C.R.L.C.C.	99	13,6
		CLINIQUE la SAGESSE	88	12,1
		C.H.P. ST GREGOIRE	76	10,4
		POLYCLINIQUE ST LAURENT	32	4,4
		HOPITAL PRIVE SEVIGNE	28	3,8
		Ets. Pays de la Loire	16	2,2
		C.H. de VITRE	12	1,6
		Centre régional de gériatrie	11	1,5
6	HAD St-Malo	TOUS	204	100,0
		C.H. de ST MALO	76	37,3
		C.H.U. de RENNES	39	19,1
		C.H. de DINAN	28	13,7
		C.R.L.C.C.	16	7,8
		C.H. de SAINT-BRIEUC	11	5,4
7	CH Lannion	TOUS	337	100,0
		C.H. de LANNION / TRESTEL	226	67,1
		C.H. de PAIMPOL	47	13,9
		C.H. de SAINT-BRIEUC	26	7,7
		POLYCLINIQUE du TREGOR	13	3,9
		CLIN ARMORICAINE DE RADIOLOGIE	10	3,0
	HAD Briochin	TOUS	207	100,0
		C.H. de SAINT-BRIEUC	131	63,3
		CLIN ARMORICAINE DE RADIOLOGIE	23	11,1
		CHP ST-BRIEUC - site Ste-Thérèse	21	10,1
		C.H.U. de RENNES	14	6,8

TS	HAD	MCO adresseur	Nb. séjours	%
	HAD Guingamp	TOUS	78	100,0
		C.H. de GUINGAMP	25	32,1
		C.H. de SAINT-BRIEUC	23	29,5
		C.H.U. de BREST	9	11,5
		CHP ST-BRIEUC - site Ste-Thérèse	7	9,0
		CLIN ARMORICAINE DE RADIOLOGIE	5	6,4
		C.H. de PAIMPOL	4	5,1
		C.H.U. de RENNES	4	5,1
8	HAD Pontivy	TOUS	164	100,0
		C.H. de PONTIVY CENTRE BRETAGNE	92	56,1
		Clinique de la Porte de l'Orient	12	7,3
		POLYCLINIQUE DE PONTIVY	11	6,7
		C.H.B.A. - VANNES-AURAY	9	5,5

Directeur de la publication : Alain Gautron
Directeur de la rédaction : Pierre Bertrand
Auteur : Enguerrand Lootvoet
Conception graphique : ARS Bretagne
Crédits photo : ARS Bretagne
Dépot légal : en cours
ISSN : en cours

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ BRETAGNE



6 place des Colombes

CS 14253

35042 RENNES CEDEX

Téléphone : 02 90 08 80 00

www.ars.bretagne.sante.fr



www.facebook.com/arsbretagne