



L'essor de l'hospitalisation à domicile

Stéphanie Hassoun, *Chargée d'études*
Céline Moreau, *Chef de service*

Les structures d'Hospitalisation A Domicile (HAD) sont considérées, par le Code de la santé publique, comme des « alternatives à l'hospitalisation ayant pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée ».

Ces structures permettent « d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes » (article R.6121-4 CSP). Depuis le 1^{er} mars 2007, ces structures peuvent également intervenir dans un établissement accueillant des personnes âgées (Décret N° 2007-241 du 22 février 2007).

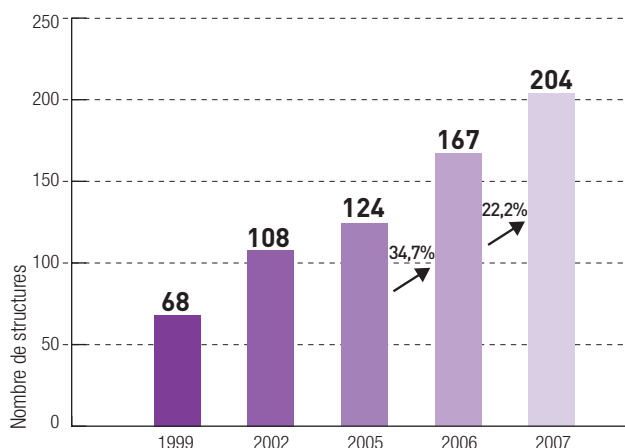
L'HOSPITALISATION A DOMICILE, UNE ALTERNATIVE EN DÉVELOPPEMENT

Le développement des structures d'Hospitalisation A Domicile s'est opéré tardivement, malgré l'intérêt évident de l'offre de soins offert par ce type de structures. En effet, bien que son rôle et ses missions aient été précisés et largement encouragés par les pouvoirs publics depuis 2000, ce n'est que depuis 4 ans que l'on assiste à une montée

en charge de ce secteur. Diverses mesures ont facilité ce déploiement dont, notamment, la nouvelle planification sanitaire annoncée dans l'ordonnance du 4 septembre 2003 qui supprime la carte sanitaire et rénove le schéma d'organisation sanitaire, ainsi que la mise en place d'une complète tarification à l'activité depuis mars 2005.

Alors qu'en 1999, la France ne comptait que 68 structures d'HAD, on assiste à un véritable essor entre 2005 et 2007 (Graphique 1). Le nombre de structures augmente de 64,5% entre les deux années et s'élève à 204 entités en 2007. La croissance s'est cependant ralentie en 2007 par rapport à 2006 (22,2% après 34,7%).

Graphique 1 : Evolution du nombre de structures d'HAD en France



Sources : PMSI HAD et circulaire DHOS du 4 février 2004



Supplément de Perspectives
Sanitaires & Sociales,
revue publiant les informations de
la Fédération des Etablissements
Hospitaliers & d'Aide à la Personne
Privés Non Lucratifs - FEHAP

Rédaction
179, rue de Lourmel
75015 PARIS
Tél. : 01 53 98 95 00

Directeur de la Publication
Yves-Jean DUPUIS

Rédactrice en Chef
Ingrid ARNOUX

Correctrice
Muriel CHALANCON

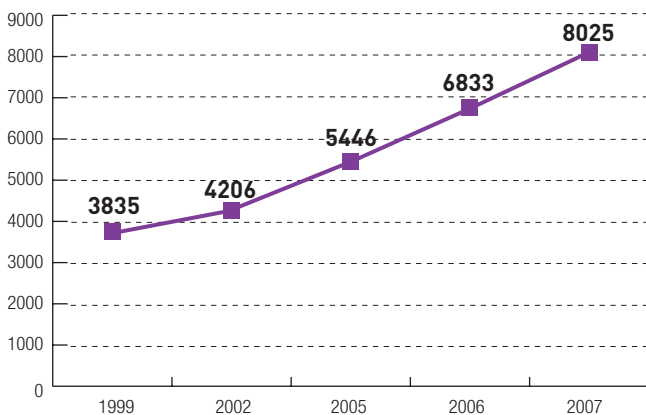
Maquette
atelierdgp@wanadoo.fr

Commission paritaire
N°0709 G 84064
ISSN 0757-0481

Prochain thème abordé :

Analyse financière des établissements médico-sociaux

Graphique 2 : Evolution du nombre de places d'HAD installées en France



Sources : SAE et circulaire DHOS du 4 février 2004

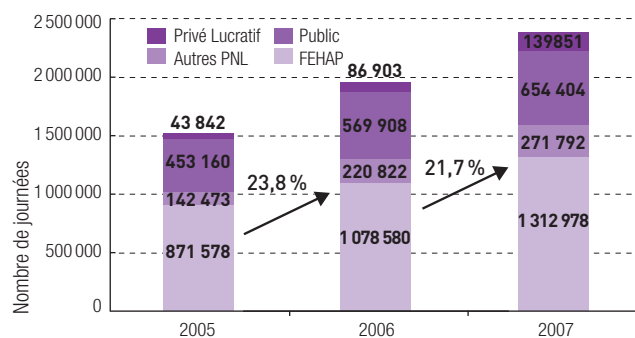
Le nombre de places installées s'est accru quant à lui de 47,3 % depuis 2005 et atteint 8 025 places au 31 décembre 2007 (Graphique 2). Le Gouvernement, désireux de renforcer le développement de l'HAD, a pour objectif d'atteindre 15 000 places à l'horizon 2010.

En 2007, la répartition des capacités en HAD demeure encore très inégale sur l'ensemble du territoire français (Graphique 3). Trois régions ont un nombre de places supérieur à 2 pour 10 000 habitants : le Limousin (2,6), la Guadeloupe (2,3) et l'Ile-de-France (2). L'HAD est encore très peu développée en Champagne-Ardenne où l'on décompte seulement 0,4 place pour 10 000 habitants.

LE SECTEUR PRIVÉ NON LUCRATIF (PNL) OCCUPE UNE PLACE PRÉPONDÉRANTE DANS L'HOSPITALISATION A DOMICILE

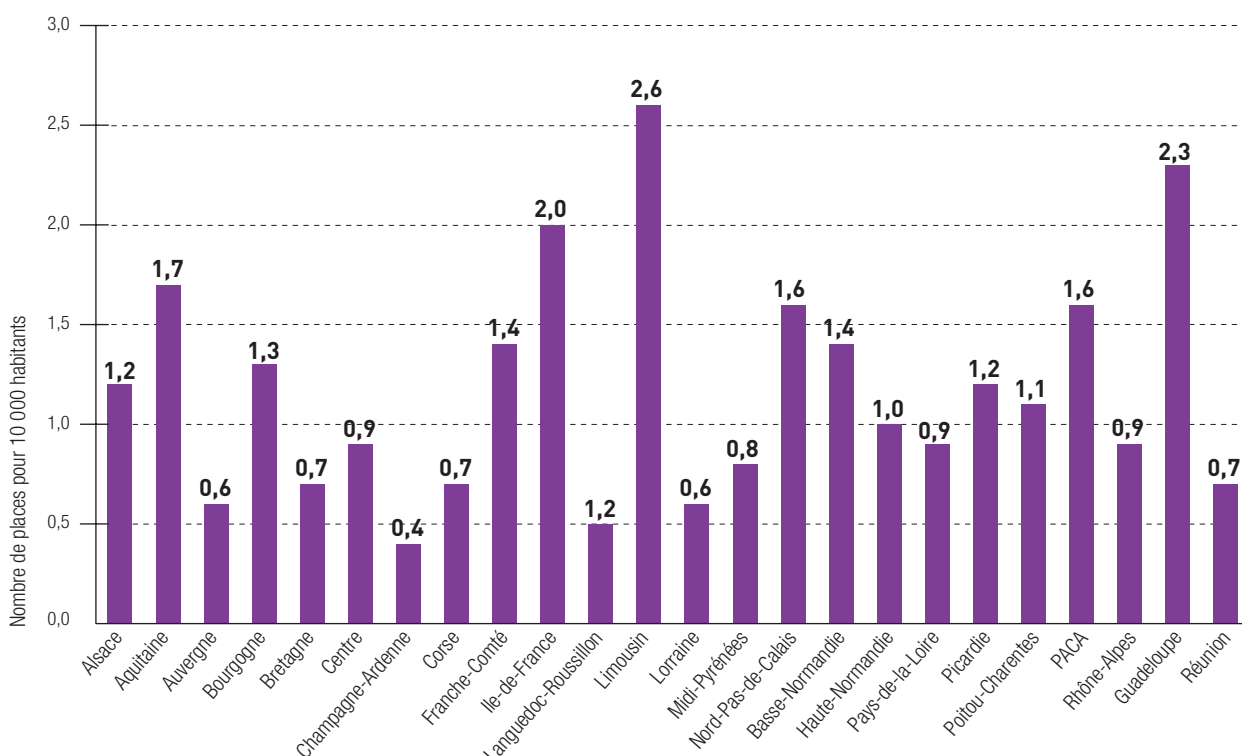
En 2007, les 204 établissements ayant une activité recensée dans le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information en HAD (PMSI HAD) ont réalisé près de 2,4 millions de journées de prise en charge à domicile, dont les deux tiers réalisés par des structures Privées Non Lucratives. Plus de la moitié de ces journées (1,3 million) se sont déroulées au sein des 61 associations adhérentes de la FEHAP (Graphique 4). Les établissements des secteurs public et privé lucratif réalisent respectivement près de 0,65 et 0,14 million de journées, leur conférant ainsi des parts de marché de 27,5% et 5,9%.

Graphique 4 : Evolution du nombre de journées réalisées par secteur d'hospitalisation



Source : PMSI HAD

Graphique 3 : Répartition régionale des capacités pour 10 000 habitants en 2007



Source SAE 2007 et données démographiques INSEE (prévision de la population en 2008)

Le secteur PNL occupe donc une place prédominante dans l'offre de soins en HAD et ne cesse d'augmenter son activité depuis 2005. Après une hausse de 23,8% en 2006, le nombre de journées réalisées au sein d'établissements adhérents augmente encore de 21,7% en 2007.

Avec 4 256 places, nos associations regroupent 53% des capacités installées en France en 2007 et un établissement adhérent réalise en moyenne 14 810¹ journées, contre 8 260², tous secteurs confondus.

Bien que l'activité des structures FEHAP soit répartie entre tous les types de prise en charge, les soins palliatifs, les pansements complexes, les soins de nursing lourds et la nutrition entérale apparaissent comme les modes de prise en charge les plus fréquents, regroupant à eux quatre près de 61,9% des journées déroulées au sein de nos associations (Tableau 1). Avec seulement 36 journées en 2007, les transfusions sanguines sont très peu représentées, cette activité étant essentiellement réalisée par les structures du secteur public.

En 2007, les structures d'HAD adhérentes de la FEHAP assurent l'essentiel de l'activité en radiothérapie (76,8% des

journées) et en surveillance post-chimiothérapique (69,6% des journées). Sur chacun des modes de prise en charge, la part de marché de nos associations est supérieure à 50%, hormis pour l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage (47,8%), la prise en charge de la douleur (46,4%), les traitements par voie veineuse (41,9%), les prises en charge en obstétrique³ (33,2%) et les transfusions sanguines (6,1%). Alors que les structures du secteur public réalisent la plupart des prises en charge à domicile de type obstétrique (61,2% des journées) et transfusions sanguines (67,6%), le secteur privé lucratif ne se démarque, quant à lui, sur aucun type de prise en charge et réalise au mieux 16,8% des journées (transfusions sanguines).

1. Hors Santé Service en Ile-de-France.

2. Hors Santé Service et AP-HP en Ile-de-France.

3. Les prises en charge en obstétrique comprennent les journées associées aux modes: surveillance de grossesse à risque (19), post-partum physiologique (20), post-partum pathologique (21), prise en charge du nouveau-né (22).

Tableau 1 : Répartition des journées et parts de marché par mode de prise en charge principal en 2007

Mode de prise en charge principal	FEHAP		Autres PNL		Privé lucratif		Public		National	
	Nb journées	Part de marché	Nb journées	Part de marché	Nb journées	Part de marché	Nb journées	Part de marché	Nb journées	Part de marché
04-Soins palliatifs	318 552	59,4%	73 176	13,6%	34 993	6,5%	109 586	20,4%	536 307	100,0%
09-Pansements complexes (escarres, ulcères, brûlés...)	251 546	56,8%	45 716	10,3%	18 637	4,2%	126 775	28,6%	442 674	100,0%
14-Soins de nursing lourds	134 905	58,9%	23 657	10,3%	12 573	5,5%	58 000	25,3%	229 135	100,0%
06-Nutrition entérale	107 877	64,0%	23 567	14,0%	9 631	5,7%	27 561	16,3%	168 636	100,0%
08-Autres traitements	52 168	51,0%	12 245	12,0%	15 574	15,2%	22 353	21,8%	102 340	100,0%
02-Nutrition parentérale	51 869	61,2%	7 740	9,1%	3 180	3,8%	21 897	25,9%	84 686	100,0%
01-Assistance respiratoire	48 724	54,2%	15 175	16,9%	11 001	12,2%	14 916	16,6%	89 816	100,0%
13-Surveillance Post-chimiothérapique	48 196	69,6%	3 754	5,4%	1 407	2,0%	15 926	23,0%	69 283	100,0%
10-Post-traitement chirurgical	47 052	50,6%	8 344	9,0%	4 975	5,3%	32 704	35,1%	93 075	100,0%
03-Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	46 639	41,9%	20 675	18,6%	6 878	6,2%	37 102	33,3%	111 294	100,0%
05-Chimiothérapie	43 868	63,5%	9 680	14,0%	263	0,4%	15 291	22,1%	69 102	100,0%
21-Post-partum pathologique	31 579	56,8%	2 711	4,9%	663	1,2%	20 667	37,2%	55 620	100,0%
15-Education du patient et de son entourage	29 275	47,8%	2 308	3,8%	2 268	3,7%	27 419	44,8%	61 270	100,0%
11-Rééducation orthopédique	25 091	51,3%	5 774	11,8%	5 253	10,7%	12 840	26,2%	48 958	100,0%
12-Rééducation neurologique	23 678	50,7%	4 667	10,0%	6 906	14,8%	11 497	24,6%	46 748	100,0%
07-Prise en charge de la douleur	21 468	46,4%	7 802	16,9%	3 739	8,1%	13 274	28,7%	46 283	100,0%
19-Surveillance de grossesse à risque	14 063	23,8%	2 374	4,0%	1 469	2,5%	41 232	69,7%	59 138	100,0%
20-Post-partum physiologique	7 211	22,4%	1 091	3,4%	168	0,5%	23 771	73,7%	32 241	100,0%
22-Prise en charge du nouveau-né	3 724	15,9%	952	4,1%	37	0,2%	18 702	79,9%	23 415	100,0%
17-Radiothérapie	3 218	76,8%	235	5,6%	129	3,1%	609	14,5%	4 191	100,0%
24-Surveillance d'aplasie	2 239	53,0%	93	2,2%	8	0,2%	1 883	44,6%	4 223	100,0%
18-Transfusion sanguine	36	6,1%	56	9,5%	99	16,8%	399	67,6%	590	100,0%
Total	1 312 978	55,2%	271 792	11,4%	139 851	5,9%	654 404	27,5%	2 379 025	100,0%

Source : PMSI HAD 2007

DES SÉQUENCES PLUS LONGUES EN MOYENNE AU SEIN DE NOS ASSOCIATIONS

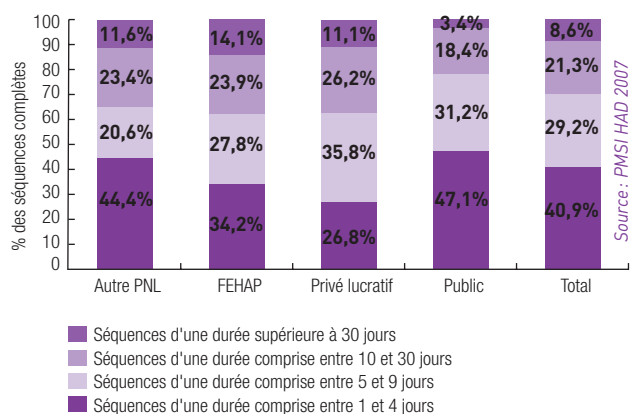
Au sein de chaque séquence de soins, quatre tranches de durées de prises en charge sont définies : du 1^{er} au 4^e jour, du 5^e au 9^e jour, du 10^e au 30^e jour et à partir du 30^e jour. Cette variable, prise en compte dans le modèle de tarification, a un effet dégressif sur les tarifs, étant observé que plus la séquence est longue, moins les coûts de prise en charge journaliers sont élevés.

Le *graphique 5* et le *tableau 2* indiquent, pour chaque secteur, la répartition des séquences selon les quatre tranches de durées et la durée moyenne des séquences complètes par mode de prise en charge en 2007.

Près de la moitié des séquences du secteur public (47,1 %) a une durée comprise entre 1 et 4 jours. La durée moyenne des séquences de ce secteur, égale à 8,1 jours, est inférieure à celle des autres secteurs. Ce résultat s'explique en partie par l'activité développée au sein de ces structures dont, notamment, les prises en charge en obstétrique (10% des journées hors surveillance de grossesse à risque) ou encore les pansements complexes (19% des journées) qui ont des durées moyennes de séquences relativement courtes (8,1 jours pour les pansements complexes).

Plus d'un tiers des séquences réalisées par le secteur privé lucratif a une durée comprise entre 5 et 9 jours, auquel il faut ajouter les séquences de plus de 10 jours qui représentent également plus de 37% de l'activité de ces structu-

Graphique 5: Répartition des séquences complètes selon leur durée en 2007



res. La durée moyenne des séquences pour ce secteur est de 15,4 jours, ce qui est légèrement supérieur à la moyenne nationale de 14,5 jours. Ces durées élevées s'expliquent par la nature des prises en charge : 25,0% des journées correspondent à des prises en charge pour soins palliatifs, dont la durée moyenne de séquences est de 16,6 jours, 13,3% à des journées pour pansements complexes dont la durée moyenne est de 18,2 jours, ou encore 11,1% des journées sont au titre d'autres prises en charge affichant une durée moyenne de séquences de 12,5 jours.

Tableau 2: Durées moyennes des séquences complètes par mode de prise en charge principal en 2007

MP	Mode de prise en charge	Autres PNL		FEHAP		Privé lucratif		Public	
		Durée moyenne des séquences complètes	Poids des journées réalisées	Durée moyenne des séquences complètes	Poids des journées réalisées	Durée moyenne des séquences complètes	Poids des journées réalisées	Durée moyenne des séquences complètes	Poids des journées réalisées
09	Soins palliatifs	16,3	26,9%	18,5	24,3%	16,6	25,0%	10,4	16,7%
04	Pansements complexes	34,3	16,8%	35,7	19,2%	18,3	13,3%	8,1	19,4%
19	Soins de nursing lourds	28,5	8,7%	30,4	10,3%	25,5	9,0%	7,8	8,9%
10	Nutrition entérale	40,3	8,7%	29,8	8,2%	28,4	6,9%	7,4	4,2%
14	Autres traitements	13,9	4,5%	12,5	4,0%	12,5	11,1%	8,4	3,4%
21	Nutrition parentérale	13,2	2,8%	16,5	4,0%	13,5	2,3%	8,4	3,3%
03	Assistance respiratoire	19,7	5,6%	23,5	3,7%	24,3	7,9%	12,7	2,3%
05	Surveillance post-chimiothérapique	9,5	1,4%	17,3	3,7%	16,2	1,0%	4,8	2,4%
08	Post-traitement chirurgical	17,5	3,1%	20,3	3,6%	14,3	3,6%	10,7	5,0%
15	Traitement par voie veineuse	8,1	7,6%	10,2	3,6%	9,5	4,9%	6,8	5,7%
07	Chimiothérapie	3,4	3,6%	5,0	3,3%	15,5	0,2%	3,7	2,3%
01	Post-partum pathologique	12,3	1,0%	5,8	2,4%	4,7	0,5%	7,6	3,2%
22	Education du patient et de son entourage	17,3	0,8%	31,1	2,2%	20,1	1,6%	6,2	4,2%
20	Rééducation orthopédique	13,9	2,1%	21,0	1,9%	19,4	3,8%	10,0	2,0%
06	Rééducation neurologique	24,7	1,7%	31,8	1,8%	16,2	4,9%	9,5	1,8%
02	Prise en charge de la douleur	12,9	2,9%	12,0	1,6%	10,1	2,7%	12,6	2,0%
13	Surveillance de grossesse à risque	25,8	0,9%	29,1	1,1%	9,6	1,1%	20,3	6,3%
11	Post-partum physiologique	5,1	0,4%	5,3	0,5%	4,0	0,1%	4,0	3,6%
17	Prise en charge du nouveau-né	5,2	0,4%	12,2	0,3%	3,1	0,0%	4,3	2,9%
12	Radiothérapie	18,2	0,1%	19,9	0,2%	32,3	0,1%	8,9	0,1%
18	Surveillance d'aplasie	6,9	0,0%	16,5	0,2%	5,0	0,0%	4,4	0,3%
24	Transfusion sanguine	2,2	0,0%	3,0	0,0%	19,8	0,1%	1,7	0,1%
Total		15,9	100,0%	18,5	100,0%	15,4	100,0%	8,1	100,0%

Source : PMSI HAD 2007

Tableau 3 : **Associations de prises en charge les plus fréquentes au sein des structures FEHAP en 2007 (>2% des journées)**

Source : PMSI HAD 2007

Mode de prise en charge principal (MP)	Mode de prise en charge associé (MA)	Poids du MP dans l'activité totale FEHAP	Nb de journées réalisées (pour cette association)	Poids total des journées réalisées FEHAP	Poids de cette association dans l'activité totale du MP	Poids total des journées réalisées - Base nationale
04 - soins palliatifs	07 - prise en charge de la douleur	24,3%	98 532	7,5%	30,9%	6,2%
04 - soins palliatifs	00 - pas de protocole associé	24,3%	38 413	2,9%	12,1%	2,5%
04 - soins palliatifs	09 - pansements complexes	24,3%	35 681	2,7%	11,2%	2,6%
04 - soins palliatifs	06 - nutrition entérale	24,3%	31 283	2,4%	9,8%	2,3%
04 - soins palliatifs	02 - nutrition parentérale	24,3%	28 938	2,2%	9,1%	2,1%
09 - pansements complexes	07 - prise en charge de la douleur	19,2%	73 195	5,6%	29,1%	4,5%
09 - pansements complexes	00 - pas de protocole associé	19,2%	48 173	3,7%	19,2%	2,9%
09 - pansements complexes	14 - soins de nursing lourds	19,2%	46 583	3,5%	18,5%	3,5%
14 - soins de nursing lourds	12 - rééducation neurologique	10,3%	29 938	2,3%	22,2%	2,0%
06 - nutrition entérale	14 - soins de nursing lourds	8,2%	32 278	2,5%	29,9%	2,2%
21 - post-partum pathologique	00 - pas de protocole associé	2,4%	30 487	2,3%	96,5%	1,4%

Comparativement aux autres secteurs, nos associations réalisent davantage de séquences dont la durée est supérieure à 30 jours (14,1% des séquences) et moins de séquences de moins de 4 jours que le secteur public, mais plus que le secteur privé lucratif. Neuf modes de prise en charge, représentant 52% de l'activité, ont une durée moyenne de séquences supérieure à 20 jours.

LE POURCENTAGE D'ASSOCIATION DES MODES DE PRISE EN CHARGE VARIE D'UN MODE DE PRISE EN CHARGE PRINCIPAL À UN AUTRE

Au sein de nos associations, quatre modes de prise en charge principaux sont associés à un autre mode dans plus de 99% des cas : assistance respiratoire, nutrition parentérale, rééducation orthopédique et radiothérapie. A l'inverse, le mode post-partum pathologique n'est associé à un autre protocole que dans 3,5% des cas.

Si 24,3% des journées réalisées au sein de nos associations correspondent à des soins palliatifs, 61% d'entre elles sont associées à une prise en charge de la douleur, ou de pansements complexes, ou de nutrition entérale ou parentérale (Tableau 3). Au niveau national, 13,3% des journées sont concernés par ces associations de prises en charge. Par ailleurs, au sein de nos structures, près de 3% des journées relatives aux soins palliatifs ne sont associées à aucun autre protocole.

Concernant les pansements complexes qui représentent 19,2% des journées d'HAD des structures FEHAP, 47,6% d'entre elles sont associées soit à une prise en charge de la douleur, soit à des soins de nursing lourds. Dans 19,2% des cas, aucun protocole complémentaire ne lui est associé.

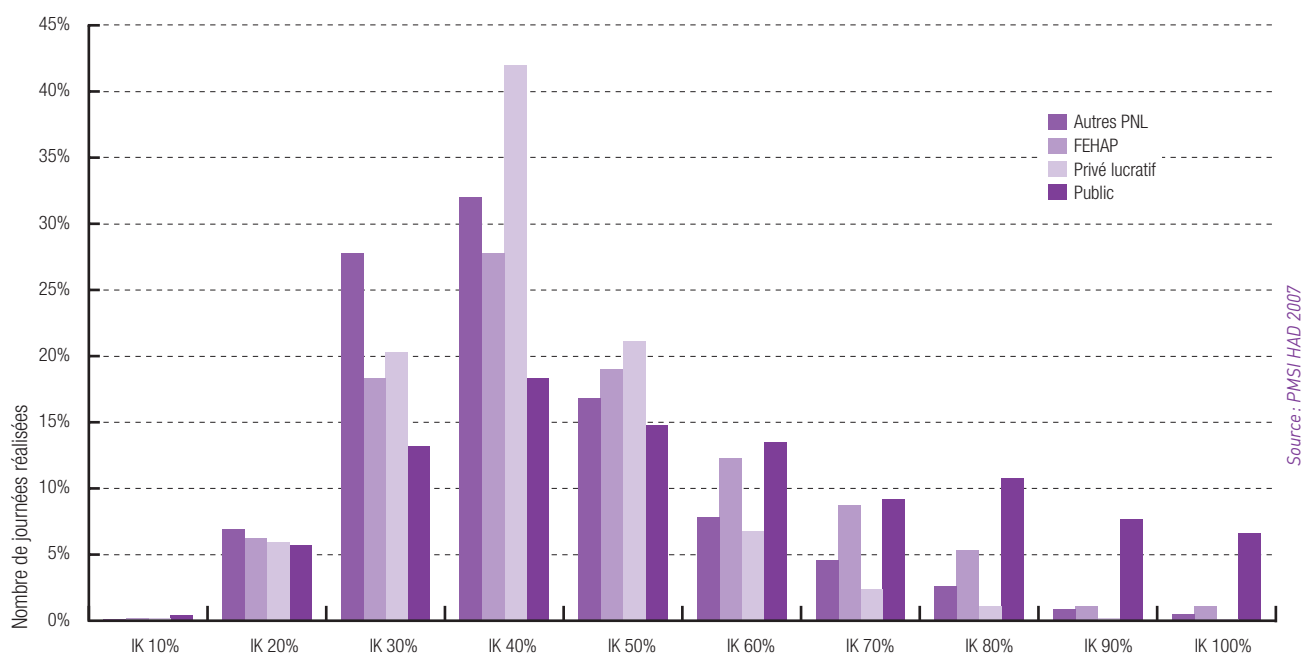
DES PRISES EN CHARGE PLUS IMPORTANTES AU SEIN DE NOS ASSOCIATIONS

Mesuré en pourcentage, l'Indice de Karnovsky (IK) permet d'évaluer l'état général du patient. Plus sa valeur est faible, plus l'état du patient est grave (Encadré 1).

Encadré 1 : **L'Indice de Karnovsky (IK) se mesure en pourcentage et doit être interprété de la façon suivante :**

- **IK de 100% :** le patient ne présente aucun signe de maladie (normal) ;
- **IK de 90% :** le patient présente des symptômes ou signes majeurs de la maladie, mais peut mener une activité normale ;
- **IK de 80% :** le patient présente quelques symptômes ou signes mineurs de maladie et peut mener une activité normale avec effort ;
- **IK de 70% :** le patient est incapable de mener une activité normale ou de travailler et ne peut se prendre en charge ;
- **IK de 60% :** le patient peut prendre en charge la plupart de ses soins mais nécessite une aide occasionnelle ;
- **IK de 50% :** le patient nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents ;
- **IK de 40% :** le patient est handicapé et nécessite une aide et des soins particuliers ;
- **IK de 30% :** le patient est sévèrement handicapé, l'hospitalisation est indiquée, bien que la mort ne soit pas imminente ;
- **IK de 20% :** le patient nécessite un traitement de soutien actif et une hospitalisation est nécessaire ;
- **IK de 10% :** processus fatal progressant rapidement.

Graphique 6 : Répartition des journées selon l'indice de Karnovsky en 2007



Le *graphique 6* indique la répartition des journées réalisées en 2007, par secteur et selon le pourcentage de l'indice de Karnovsky.

Bien que la dispersion de cet indicateur diffère selon les secteurs d'hospitalisation, la plus forte proportion de journées réalisées est associée à un IK de 40 %, quel que soit le secteur.

18,3 % des journées réalisées par le secteur public présentent un IK de 40 %. Une part significative des journées est associée à un IK supérieur à 40 % dont 6,6 % ont un indice de 100 %. Au total, 47,8 % des journées réalisées par ce secteur présentent un IK supérieur ou égal à 60 %.

Plus de 83 % des journées réalisées au sein du secteur privé lucratif sont associées à un indice compris entre 30 % et 50 % : 20,3 % des journées présentent un IK de 30 %, 42,0 % des journées un IK de 40 %, et 21,1 % des journées un IK de 50 %. Plus de 26 % des journées présentent un IK inférieur ou égal à 30 %.

Les structures adhérentes de la FEHAP prennent en charge une part significative de patients très dépendants, puisque 24,8 % des journées présentent un IK inférieur ou égal à 30 %. Les autres structures Privées Non Lucratives accueillent la

part la plus importante de patients lourds, 34,8 % des journées qu'elles réalisent présentant un indice inférieur ou égal à 30 %.

Ainsi, bien que l'offre de soins en HAD du secteur privé lucratif soit minoritaire en 2007, les patients qu'il prend en charge ont un état général assez dégradé. A l'inverse, les journées réalisées par le secteur public, le sont au profit de patients globalement peu dépendants. Les journées réalisées par les structures Privées Non Lucratives, dans leur ensemble, le sont quant à elles pour des patients dont l'état général est globalement très dégradé, nécessitant ainsi une prise en charge importante.

Le niveau de dépendance des patients hospitalisés à domicile est également mesuré à partir de la grille des Activités de la Vie Quotidienne (AVQ).

Concernant l'AVQ physique, un score global est calculé au regard des difficultés ou non du patient à réaliser différentes tâches de la vie quotidienne : habillage, déplacements et locomotion, alimentation et continence. Le score global est alors regroupé en quatre classes : autonome (score AVQ de 4), entre supervision et stimulation (de 5 à 8), aide partielle (de 9 à 12) et aide totale (>12).

L'AVQ psychologique se base, quant à lui, sur deux items, le comportement et le relationnel.

Sur le plan national, les scores AVQ physiques moyens les plus élevés sont observés pour la nutrition entérale (12,7), les soins pour nursing lourd (12,5) et les soins palliatifs (11,8). Ces mêmes prises en charge présentent les scores moyens AVQ psychologiques les plus élevés.

Le *graphique 7* indique les scores moyens AVQ physiques et psychologiques observés pour les patients pris en charge par les structures adhérentes de la FEHAP.

Les scores AVQ physiques les plus élevés concernent la prise en charge des nouveau-nés (15,7), ce qui apparaît comme une particularité observée uniquement pour ce secteur. Les soins pour nursing lourds ont un score AVQ moyen de 13,4 et la nutrition entérale de 12,9. Les mêmes activités présentent les scores AVQ psychologiques moyens les plus élevés, respectivement 4,4, 4,4 et 4,9.

DANS PLUS DE 61 % DES CAS, LE PATIENT RESTE À SON DOMICILE À L'ISSUE DE LA PRISE EN CHARGE

En 2007, la majorité des séjours n'aboutit pas à un transfert ou une mutation à la fin de la prise en charge. Tous secteurs confondus, le patient reste à son domicile dans 61,5% des cas. Par ailleurs, 27,7% des séjours sont suivis d'une prise en charge en MCO, 7,5% prennent fin au décès du patient et 2,8% aboutissent à un transfert ou une mutation vers le SSR, la psychiatrie, ou les soins de longue durée.

La répartition des séjours par mode de sortie est globalement équivalente, quel que soit le secteur (*Graphique 8*).

DES PROFILS D'ACTIVITÉ GLOBALEMENT SIMILAIRES SELON LE SECTEUR D'ACTIVITÉ

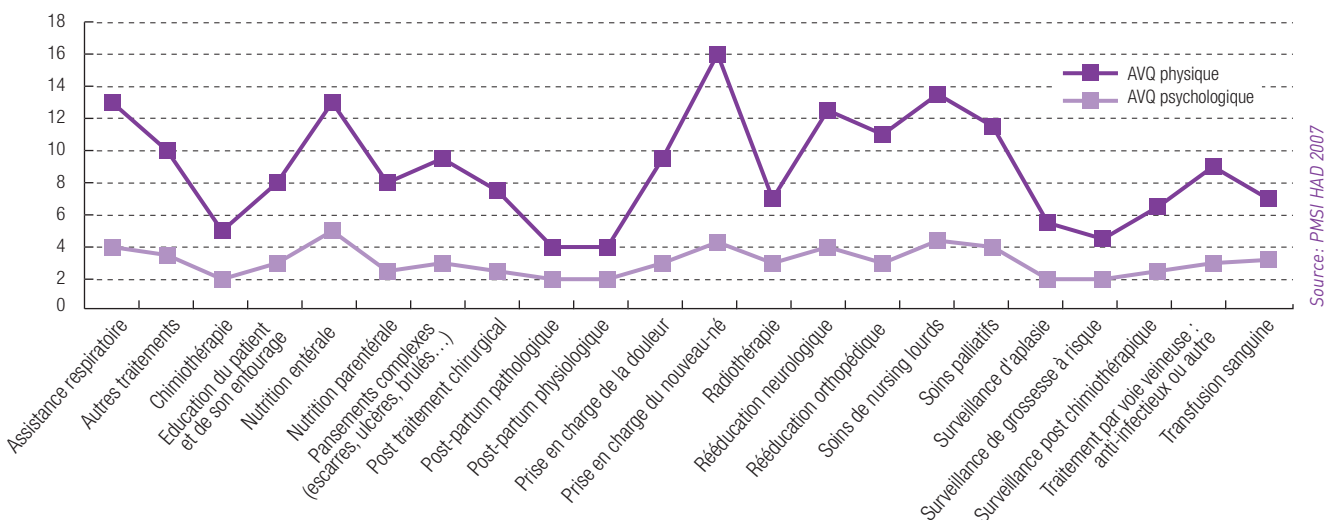
En 2007, près de 50 % de la valorisation de l'activité de chacun des secteurs proviennent de 6 GHT, pour la plupart communs à chacun des secteurs (*Graphique 9*). S'agissant des structures FEHAP, 48,9 % des financements sont issus des GHT 9 (10,1%), GHT 12 (8,4%), GHT 11 (8,0%), GHT 10 (7,7%), GHT 13 (7,3%) et GHT 8 (7,3%).

Une part importante de la valorisation du secteur privé lucratif provient également du GHT 15, qui explique 9,9 % des financements. Par rapport aux autres secteurs, le GHT 3 a un poids important pour les structures du public (4,2%).

Le secteur Privé Non Lucratif et, notamment, les structures adhérentes de la FEHAP occupent une place prédominante dans l'Hospitalisation A Domicile. Leur activité globale croît de manière significative depuis 4 ans.

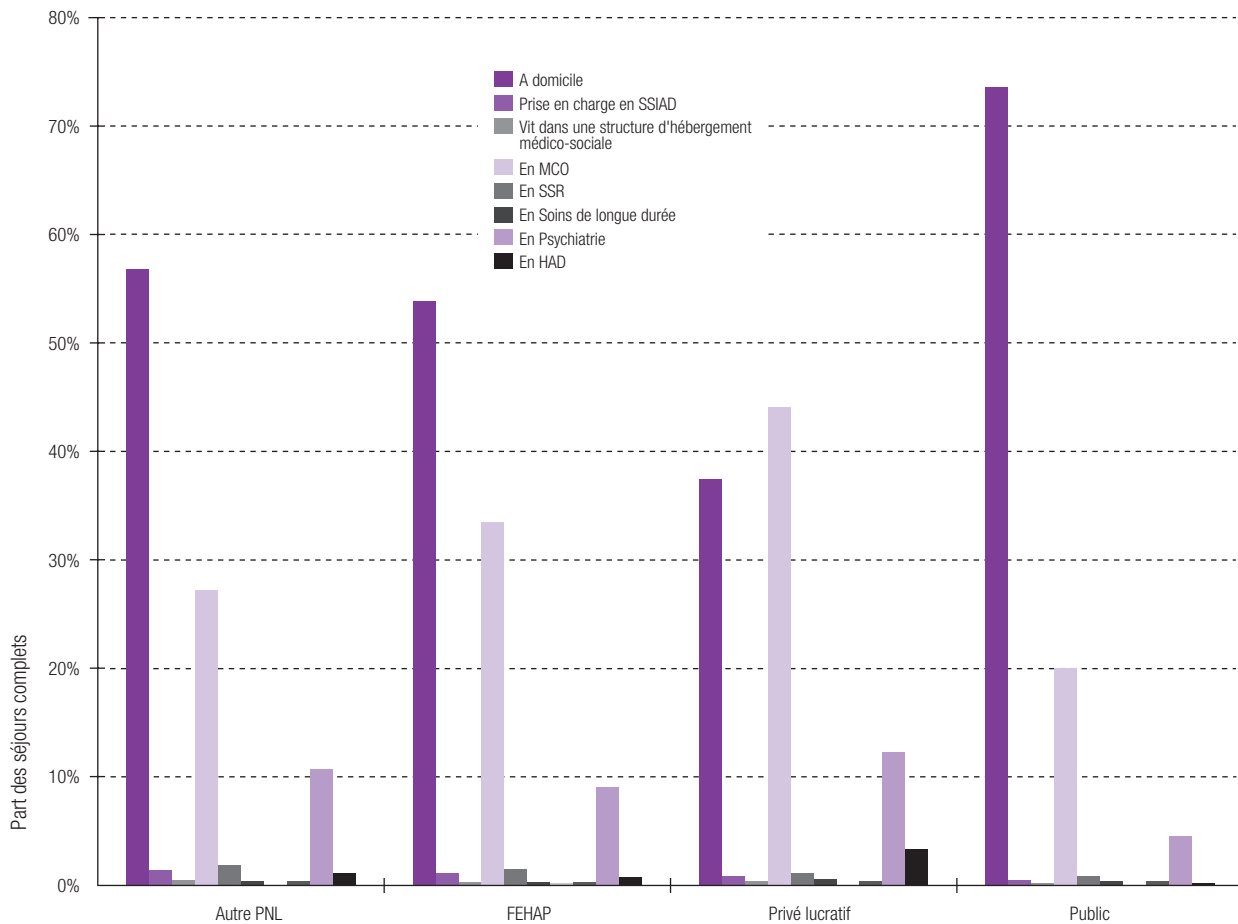
Malgré une incitation tarifaire non négligeable, le secteur privé lucratif reste minoritaire sur cette activité, mais les patients qu'il prend en charge ont un état général plutôt dégradé, comparé, notamment, à l'activité réalisée par le secteur public. Les structures FEHAP, quant à elles, réalisent tous modes de prise en charge et les patients accueillis ont un état général en moyenne plus lourd que ceux des autres secteurs.

Graphique 7 : Scores moyens AVQ physique et psychologique des structures adhérentes en 2007



Source : PMSI HAD 2007

Graphique 8 : Répartition des séjours complets par mode de sortie en 2007



Source : PMSI/HAD 2007

Graphique 9 : Part de chaque GHT dans la valorisation totale brute en 2007



Source : MATZA HAD 2007 (e-pmsi)