



Activité des établissements

Les établissements bretons de santé
soumis à la T2A

Hospitalisation à domicile
(HAD)

Bilan PMSI 2014

SYNTHÈSE

Après plusieurs années de forte croissance, l'activité d'Hospitalisation À Domicile (HAD) a atteint un palier en 2014, que ce soit en Bretagne (+1,7 % journées) ou au niveau national (+1,5 %).

Au sein de la région, on observe des tendances très hétérogènes : les dernières structures installées, généralement sur des bassins de population réduits (Morlaix, Carhaix, Guingamp, St-Malo), et les deux cliniques de Brest et de Vannes ont tiré la croissance vers le haut ; à l'inverse, l'activité du CHIC Quimper (-17 %) et de l'HAD 35 (-15 %) connaît une baisse importante.

La répartition de l'activité par Mode de Prise en charge Principal (MPP) est globalement stable. Elle se concentre sur les *soins palliatifs* (30 % des journées en Bretagne contre 23 % en France) et les *pansements complexes* (25 %, Bretagne et France). A signaler cependant que certaines structures indiquent que le MPP 04 *Soins palliatifs* n'est pas toujours le plus adapté pour décrire la prise en charge de patients en situation palliative, ce qui explique la progression de l'activité sur les MPP *Prise en charge de la douleur* et *Assistance respiratoire*.

On note également une progression de l'activité de *traitement par voie veineuse* (+28 %) et d'*autres traitements* (+49 %, principalement des ponctions d'ascites réfractaires par cathéter PleurX[®] en cancérologie).

En revanche, l'activité de périnatalité, qui concerne une patiente en HAD sur 8 en Bretagne, diminue en lien notamment avec la suppression du MPP *Retour précoce à domicile après accouchement* à compter de 2015. L'activité de soins de nursing lourds diminue également (-23 %).

Les interventions des HAD en Etablissements Sociaux et Services Sociaux Médico-Sociaux (ESMS, principalement EHPA(D) se multiplient (+17 %), plaçant la Bretagne au 2^{ème} rang des régions quant au nombre de séjours effectués dans ces structures. 9,4 % des patients pris en charge en HAD en Bretagne l'ont été en ESMS en 2014. Cela explique en partie le vieillissement de la patientèle et l'alourdissement des cas traités en HAD observés depuis plusieurs années.

Les prises en charge en établissements sociaux, autorisées plus récemment, restent marginales.

Les prescriptions d'HAD restent majoritairement hospitalières : 7 séjours d'HAD sur 10 font suite à un séjour de Médecine, Chirurgie ou Obstétrique (MCO). Ainsi, l'HAD ne constitue une alternative réelle à l'hospitalisation traditionnelle que pour 22 % des séjours réalisés. Elle est plus souvent utilisée pour réduire les durées de séjour dans les services de MCO.

La Bretagne est intégralement couverte par les structures d'HAD, mais la densité de l'offre est très inégale. La probabilité de se voir proposer une hospitalisation à domicile est très variable suivant les territoires et les taux de recours varient du simple au quadruple pour une moyenne régionale de 16 patients par jour pour 100 000 habitants (18,4 en France entière).

L'objectif de 30 à 35 patients par jour pour 100 000 habitants en 2018, fixé par la circulaire du 4 décembre 2013 est donc très ambitieux. Pour y parvenir, l'ARS Bretagne et les structures d'HAD bretonnes se doivent :

- d'adapter l'hôpital avec hébergement dans le cadre du virage ambulatoire du plan ONDAM, notamment en anticipant davantage la sortie du patient et en étudiant la possibilité et l'intérêt pour lui de poursuivre les soins au domicile,
- de procéder à une restructuration de l'offre d'HAD afin d'atteindre des seuils minimum d'activité, en particulier sur les territoires de santé 1 (Brest-Carhaix-Morlaix), 2 (Quimper-Douarnenez-Pont-l'Abbé) et 7 (Saint-Brieuc, Guingamp, Lannion),
- de renforcer les équipes de coordination et de liaison avec les prescripteurs,
- de développer la communication sous toutes ses formes,
- de développer de nouvelles prises en charge en s'appuyant sur les fonctions d'expertise et de recours de l'hôpital avec hébergement et en apportant la connaissance du soin à domicile propre aux structures d'HAD.

SOMMAIRE

SOMMAIRE	3
GLOSSAIRE	3
1. CONTEXTE	4
1.1 ÉTABLISSEMENTS D'HAD EN BRETAGNE	4
1.2 PRINCIPAUX CHANGEMENTS DU RECUEIL EN 2014	5
1.3 CONTEXTE NATIONAL DE L'HAD EN 2014.....	5
2. L'ACTIVITÉ D'HAD EN BRETAGNE EN 2014	8
2.1 PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES.....	8
2.2 SYNTHÈSE DES DONNÉES RÉGIONALES.....	8
2.2.1 Volumes d'activité.....	8
2.2.2 Détail de l'activité par Mode de Prise en charge Principale (MPP).....	11
2.2.3 Détail de l'activité suivant la valeur de l'indice de Karnofsky	14
2.2.4 Durées de séjour.....	15
2.3 DESCRIPTIFS COMPLÉMENTAIRES	16
2.3.1 Âge des patients.....	16
2.3.2 Mouvements des patients.....	17
3. SYNTHÈSE RÉGIONALE - VALORISATION T2A	18
4. ANALYSE TERRITORIALE DU RECOURS À L'HAD EN BRETAGNE	20
4.1 COUVERTURE RÉGIONALE.....	20
4.2 ANALYSE DÉTAILLÉE DU RECOURS À L'HAD PAR TERRITOIRE ET PAR STRUCTURE	23
5. QUELS LEVIERS POUR DÉVELOPPER L'HAD ?	25
6. ANNEXES	27

GLOSSAIRE

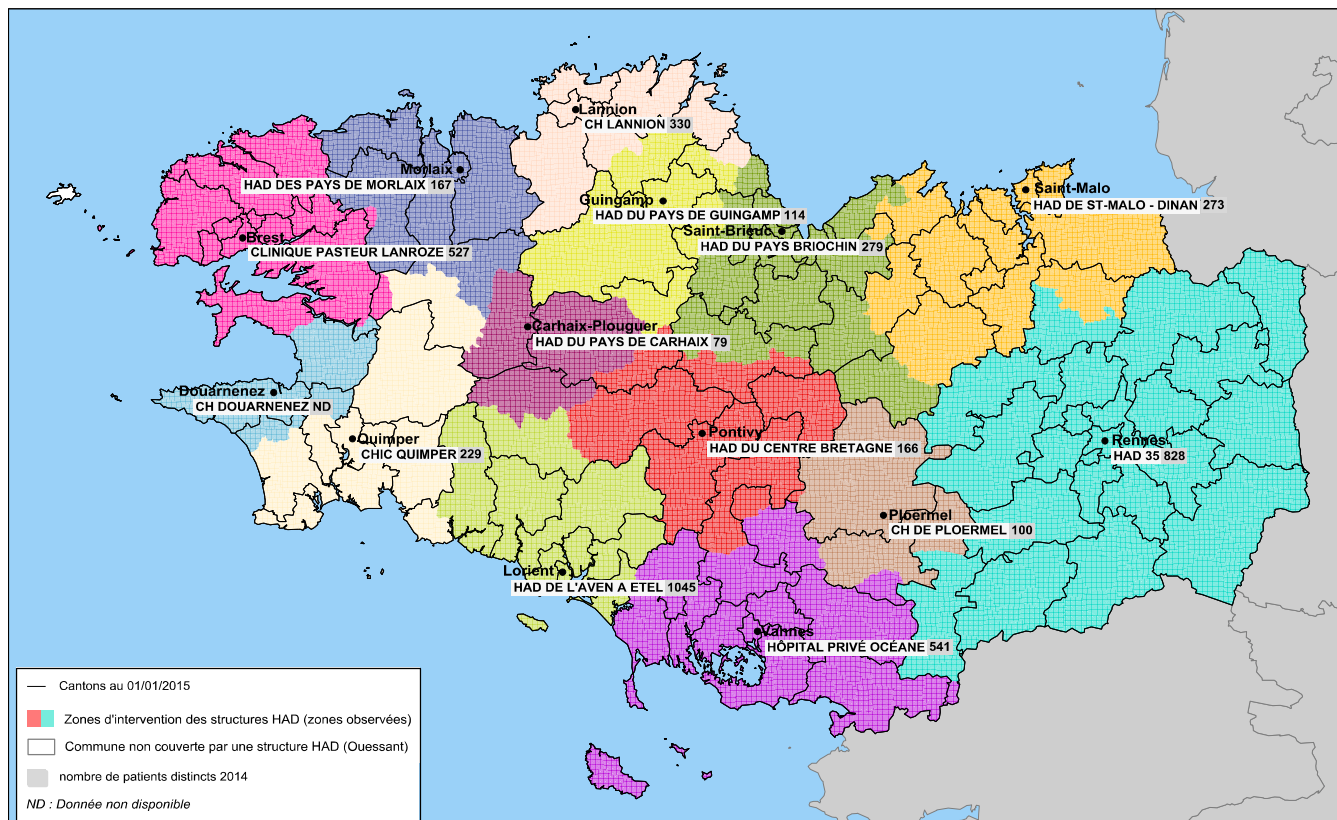
ATIH	Agence Technique de l'Information Hospitalière
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CIM	Classification Internationale des Maladies
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
DMS	Durée Moyenne de Séjour
EHPA(D)	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées (Dépendantes)
EMI	Écart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

1. Contexte

1.1 Établissements d'HAD en Bretagne

→ L'offre d'HAD bretonne au 1er janvier 2015

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



Source : ARS Bretagne (zones d'intervention observées), ARHGOS au 01/01/2015 (autorisations), PMSI HAD 2014 (nombre de patients distincts), INSEE (cantons)
Réalisation ARS Bretagne, Août 2015 - Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

En 2014, 3 établissements publics et 10 établissements privés ont exercé une activité d'HAD en Bretagne. Ainsi, les 13 structures prévues dans le Programme Régional de Santé sont installées.

L'installation d'une nouvelle structure à Douarnenez a cependant été autorisée en 2013, ce qui devait permettre d'améliorer la couverture de la pointe sud du Finistère. Cependant, les difficultés importantes de développement de l'HAD sur le territoire de santé 2 ont conduit à envisager une recomposition de l'offre au travers de l'Union Hospitalière de Cornouaille (UHC) en 2015.

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.

1.2 Principaux changements du recueil en 2014

→ Médicalisation du recueil

La médicalisation du recueil HAD se poursuit en 2014 afin de fournir les éléments nécessaires au développement d'un nouveau modèle tarifaire à l'horizon 2019. Il est désormais nécessaire de reporter au minimum :

- le diagnostic principal (affection qui mobilise l'essentiel des soins)
- au moins un diagnostic documentant le Mode de Prise en charge Principal (DCMPP)
- au moins un diagnostic documentant le Mode de Prise en charge Associé (DCMPA), s'il en a été reporté un.

Il est également possible de reporter des diagnostics associés qui ne seraient pas directement liés aux MPP et MPA, mais qui ont été pris en charge pendant le séjour.

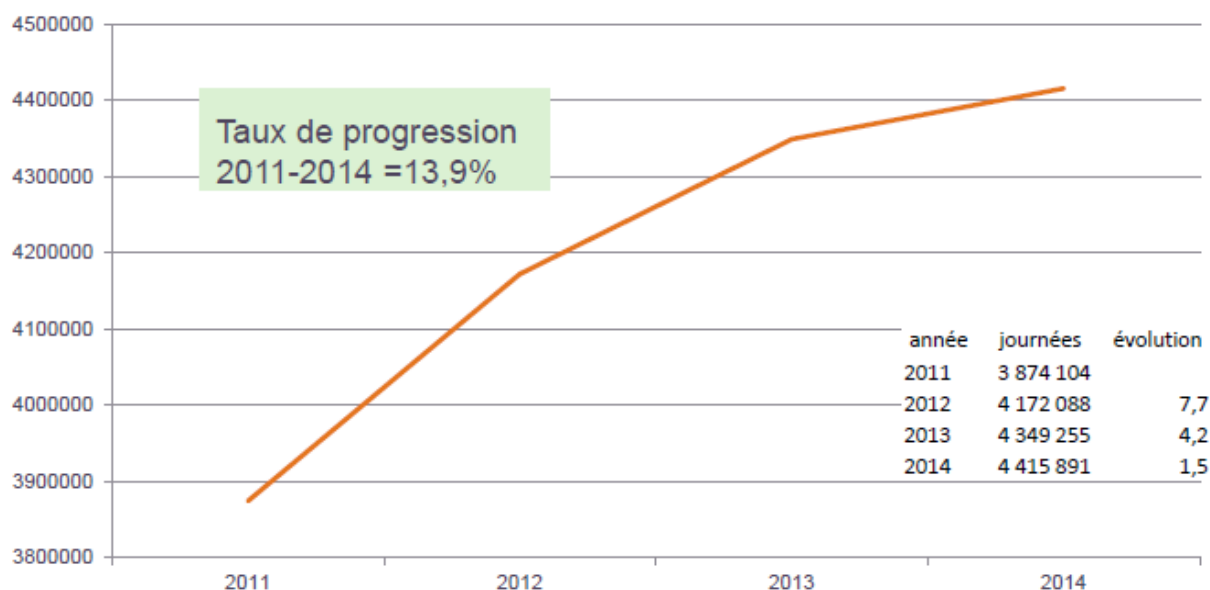
Enfin, rappelons que les structures d'HAD doivent recueillir les actes médicaux effectués au cours de la prise en charge.

1.3 Contexte national de l'HAD en 2014

→ Fléchissement de la croissance de l'activité HAD

Alors que la circulaire du 4 décembre 2013 appelle au développement de l'HAD et au doublement du taux de recours à l'horizon 2018 au niveau national, l'activité des structures HAD s'est stabilisée en 2014, après plusieurs années de forte croissance.

Nombre de journées d'HAD de 2011 à 2014 hors GHT 99



Source : PMSI 2011 à 2014 (Données France entière)

Ce graphique a été présenté par l'ATIH lors de la journée des référents HAD en ARS le 8 juin 2015.

Cette inflexion nationale observée depuis 2010 peut s'expliquer par différents facteurs :

- la stabilisation du nombre de structures (progression de 123 à 292 structures entre 2005 et 2010, puis 317 en 2012) liée à une couverture désormais assez complète du territoire.
- la mise en place des actions de contrôles de l'Assurance Maladie sur la pertinence des prises en charges, qui ont conduit à une appropriation plus rigoureuse par les HAD des critères d'éligibilité (par exemple sur la durée de prise en charge pour certains pansements).
- la fragilité des ressources humaines au sein des structures d'HAD, par nature de petite taille, et dont le dynamisme repose parfois sur l'implication de très peu de personnes (médecins et infirmiers coordonnateurs notamment).
- la dépendance vis-à-vis des prescripteurs

→ Place de l'HAD après un séjour pour intervention chirurgicale

Concernant la chirurgie conventionnelle, la DGOS travaille actuellement avec les sociétés savantes en chirurgie digestive, orthopédique et gynécologique afin d'identifier les actes pour lesquels la durée d'hospitalisation en MCO pourrait être réduite grâce à l'HAD et afin de déterminer la charge en soins.

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

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

→ Recommandations de bonnes pratiques pour le suivi de post-partum en HAD

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 mémoire, 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 ne fait plus partie des modes de prise en charge autorisés en HAD depuis le 1er mars 2015.

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

Le programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) définit les conditions d'un retour précoce à domicile pour un couple mère-enfant bien portant, y compris en cas de césarienne non compliquée. C'est un dispositif complémentaire de l'HAD : il ne s'adresse pas au même public.

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

→ La Chimiothérapie en HAD recommandée par la HAS

Dans le cadre des travaux sur le développement de l'HAD, la chimiothérapie à domicile avait été identifiée comme une piste à étudier, étant donné le profil des patients pris en charge.

Il convenait cependant de rapporter les bénéfices d'une prise en charge au domicile aux contraintes qu'elle impose (transport des chimiothérapies, forte mobilisation et coordination des acteurs...). Il fallait de plus tenir compte du développement des chimiothérapies par voie orale et de l'offre alternative des hôpitaux de jour.

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

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

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

→ L'HAD et 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 structures d'HAD, largement supérieur aux recettes qu'elles perçoivent dans le cadre de la Tarification A l'Activité (T2A), pourrait conduire à des refus de prise en charge.

L'ARS Bretagne prévoit une enveloppe fermée d'environ 200 000 € afin de fluidifier les parcours de soins.

→ L'HAD comme outil pour le maintien à domicile des personnes en fin de vie

Le rapport 2014 de l'Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV) reconnaît à l'HAD une place majeure dans l'accompagnement de fin de vie, notamment pour des personnes en situation de forte précarité.

Il évoque son rôle dans la diffusion de la culture palliative, mais indique que celui-ci pourrait être renforcé, notamment en généralisant les collaborations avec d'autres dispositifs comme les réseaux ou les équipes mobiles, et en développant la formation de ses intervenants.

<http://www.onfv.org/rapport-2014-fin-de-vie-et-precarites/>

2. L'Activité d'HAD en Bretagne en 2014

2.1 Précisions méthodologiques

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 et les sous-séquences de séjours non clos dans l'année.

Les données nationales sont issues d'une présentation faite par l'ATIH aux référents ARS sur le bilan 2014 ou de l'outil DIAMANT (Décisionnel Inter-ARS pour la Maîtrise et l'ANTicipation).

2.2 Synthèse des données régionales

2.2.1 Volumes d'activité

Nombre de journées d'activité et de patients pris en charge en 2013 et 2014, par structure

TS	Finess	Etablissement	Nombre de journées			Nombre de patients		
			2013	2014	Evol. (%)	2013	2014	Evol. (%)
1	290000140	Clinique Pasteur	16 234	18 297	+12,7	505	527	+4,4
1	290032838	HAD Morlaix	4 103	7 303	+78,0	127	167	+31,5
1	290033679	HAD Carhaix	2 161	3 214	+48,7	76	79	+3,9
2	290020700	CHIC Quimper	9 139	7 587	-17,0	351	292	-16,8
3	560018509	HAD de l'Aven à Étel	42 334	40 449	-4,5	1 037	1 045	+0,8
4	560000044	CH Ploërmel	3 527	4 051	+14,9	79	100	+26,6
4	560008799	Clinique Océane	25 819	27 252	+5,6	491	541	+10,2
5	350042628	HAD 35	44 665	37 779	-15,4	929	828	-10,9
6	350044772	HAD St-Malo	9 159	11 731	+28,1	255	273	+7,1
7	220000103	CH Lannion	11 393	10 652	-6,5	348	330	-5,2
7	220019616	HAD Briochin	7 966	9 066	+13,8	240	279	+16,3
7	220020341	HAD Guingamp	3 144	4 474	+42,3	83	114	+37,3
8	560022188	HAD Pontivy	6 801	7 760	+14,1	163	166	+1,8
		Bretagne	186 445	189 615	+1,7	4 684	4 741	+1,2
		France entière	4 349 255	4 415 891	+1,5	105 613	106 610	+0,9

Sources : PMSI 2013-2014

Un descriptif plus détaillé des volumes d'activité (incluant nombre de séjours et part des patients en ESMS) par établissement est fourni en annexe 1. Pour plus de précisions sur les évolutions par structure d'HAD, une analyse de l'activité par territoire est proposée en 2.3.

→ Une stagnation inédite de l'activité

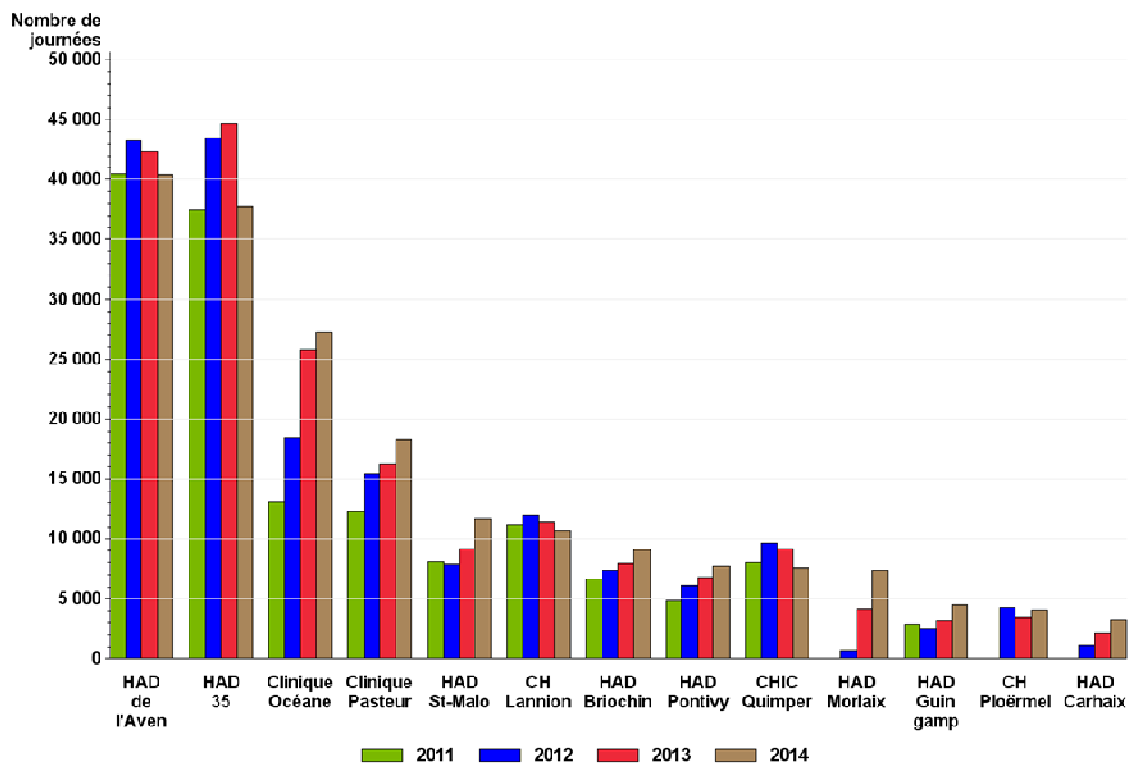
Globalement, l'activité d'HAD des structures bretonnes a très peu progressé en 2014 (+1,7 % journées par rapport à 2013) ; cette tendance s'inscrit dans celle observée au niveau national comme décrit au point 1.3 supra. Les facteurs explicatifs sont les mêmes, à savoir :

- fin de l'effet montée en charge (bien que les dernières structures installées en bénéficient encore).
- appropriation plus rigoureuse des critères d'éligibilité à l'HAD suite à la mise en place des contrôles de l'Assurance Maladie.
- vulnérabilité des structures face à l'instabilité de leurs équipes de coordination.

Cette tendance est la résultante d'évolutions très contrastées entre les structures :

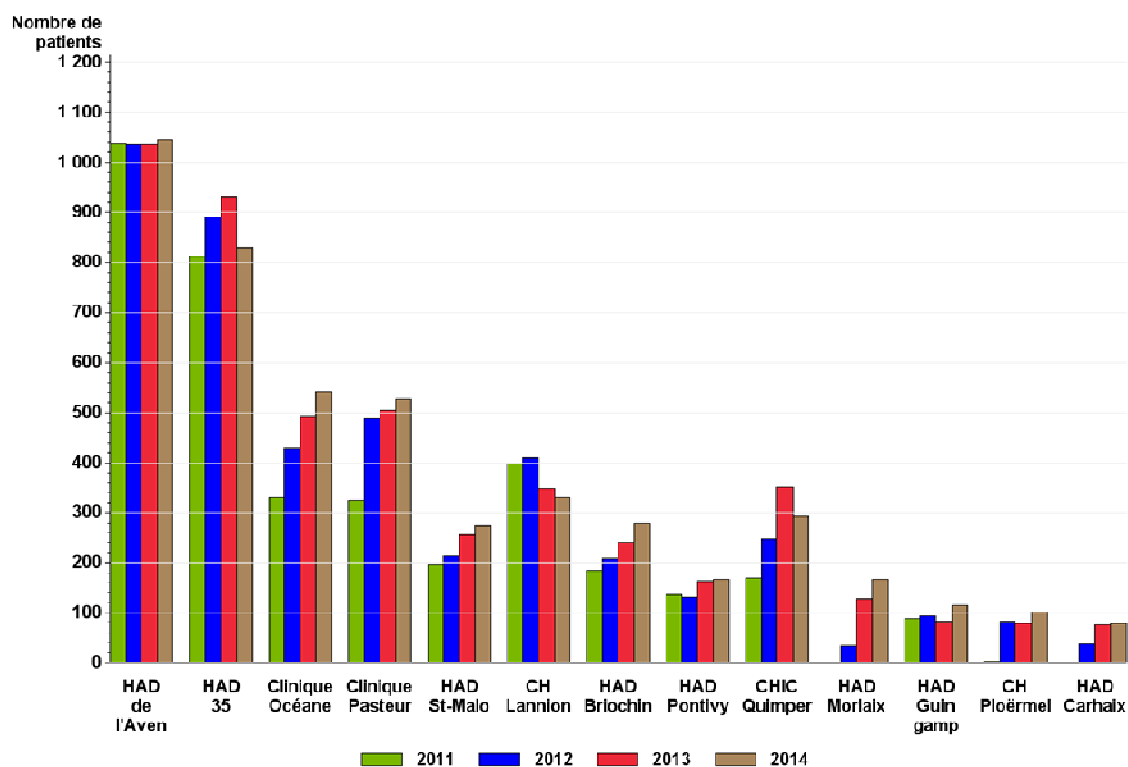
- poursuite de la montée en charge des structures les plus récemment installées (Morlaix, Carhaix, Ploërmel : +15 à +80 %).
- bonne progression pour les autres structures AUB (+15 à +40 %) et les 2 cliniques (+6 % à +13 %).
- baisse d'activité observée dans les 2 plus grosses structures (HAD 35 : -15 % notamment) et dans les centres hospitaliers.

Nombre de journées d'activité entre 2011 et 2014, par structure



Sources : PMSI 2011 à 2014

Nombre de patients pris en charge entre 2011 et 2014, par structure



Sources : PMSI 2011 à 2014

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

Nombre de patients pris en charge en EMS et ES en 2014, par structure

TS	Finess	Etablissement	Nombre de patients pris en charge en ESMS	Part de la patientèle (%)	Dont Nombre de patients pris en charge		
					en EHPAD	en EMS hors EHPAD	en ES
1	290000140	Clinique Pasteur	74	14,0	72	2	0
1	290032838	HAD Morlaix	31	18,6	31	0	0
1	290033679	HAD Carhaix	12	15,2	12	0	0
2	290020700	CHIC Quimper	4	1,4	4	0	0
3	560018509	HAD de l'Aven à Étel	56	5,4	39	0	17
4	560000044	CH Ploërmel	8	8,0	6	1	1
4	560008799	Clinique Océane	33	6,1	33	0	0
5	350042628	HAD 35	142	17,1	132	8	2
6	350044772	HAD St-Malo	34	12,5	32	2	0
7	220000103	CH Lannion	9	2,7	9	0	0
7	220019616	HAD Briochin	20	7,2	19	1	0
7	220020341	HAD Guingamp	14	12,3	14	0	0
8	560022188	HAD Pontivy	7	4,2	6	1	0
Bretagne			444	9,4	409	15	20
France entière			5 727	5,4	5 406	220	113

Sources : PMSI 2014

En 2014, 444 patients ont été pris en charge par les structures bretonnes en ESMS, soit une progression de 17 % par rapport à 2013 ; cela représente 9,4 % de la file active totale.

Ces patients ont effectué 8,2 % séjours d'HAD bretons contre 4,2 % au niveau national, situant la Bretagne au 2^{ème} rang des régions pour la prise en charge de ces patients.

6 des 13 structures bretonnes se démarquent par des taux de prise en charge en ESMS situés entre 12 % et 19 % de leur patientèle. D'autres n'ont pas encore investi ce champ, notamment le CHIC Quimper et le CH de Lannion.

A fin 2014, les prises en charge en ESMS hors EHPAD sont encore marginales puisqu'on compte seulement 35 patients sur l'année en région.

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 2013 et 2014

(Les MPP sont classés par nombre de journées 2014 décroissant)

Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2013		2014		Evol. du Nombre de journées (%)	Part de l'activité nationale 2014 (%)
	Nombre de journées de présence	Part de l'activité (%)	Nombre de journées de présence	Part de l'activité (%)		
TOUS	186 445	100,0	189 615	100,0	+1,7	100,0
04 Soins palliatifs	57 917	31,1	57 345	30,2	-0,0	23,6
09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	46 416	24,9	48 567	25,6	+4,6	25,2
14 Soins de nursing lourds	15 824	8,5	12 259	6,5	-22,5	11,3
03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	8 428	4,5	10 803	5,7	+28,2	5,7
06 Nutrition entérale	9 340	5,0	9 593	5,1	+2,7	6,7
07 PEC de la douleur	7 826	4,2	8 785	4,6	+12,3	2,0
02 Nutrition parentérale	6 378	3,4	6 471	3,4	+1,5	2,8
08 Autres traitements	4 332	2,3	6 442	3,4	+48,7	2,3
13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	6 093	3,3	6 159	3,2	+1,1	3,5
19 Surveillance de grossesse à risque	6 498	3,5	6 157	3,2	-5,2	2,6
01 Assistance respiratoire	2 970	1,6	4 975	2,6	+67,5	2,9
10 Post traitement chirurgical	6 020	3,2	4 946	2,6	-17,8	2,3
05 Chimiothérapie anticancéreuse	2 106	1,1	2 175	1,1	+3,3	2,3
21 post-partum pathologique	2 089	1,1	1 840	1,0	-11,9	2,0
11 Rééducation orthopédique	1 497	0,8	1 176	0,6	-21,4	0,9
12 Rééducation neurologique	778	0,4	805	0,4	+3,5	1,2
20 Retour précoce à domicile après accouchement	629	0,3	545	0,3	-13,4	0,5
17 Surveillance de radiothérapie	458	0,2	339	0,2	-26,0	0,1
15 Éducation du patient et de son entourage	150	0,1	124	0,1	-17,3	1,2
24 Surveillance d'aplasie	656	0,4	91	0,0	-86,1	0,2
22 PEC du nouveau-né à risque	40	0,0	18	0,0	-55,0	0,6

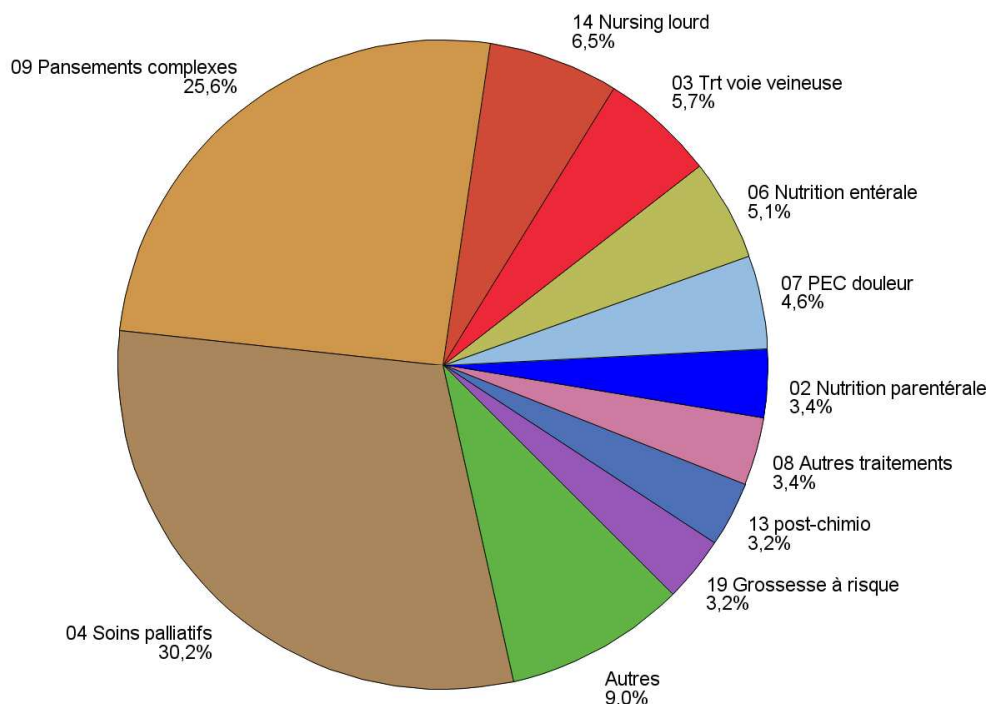
Sources : PMSI 2013-2014

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

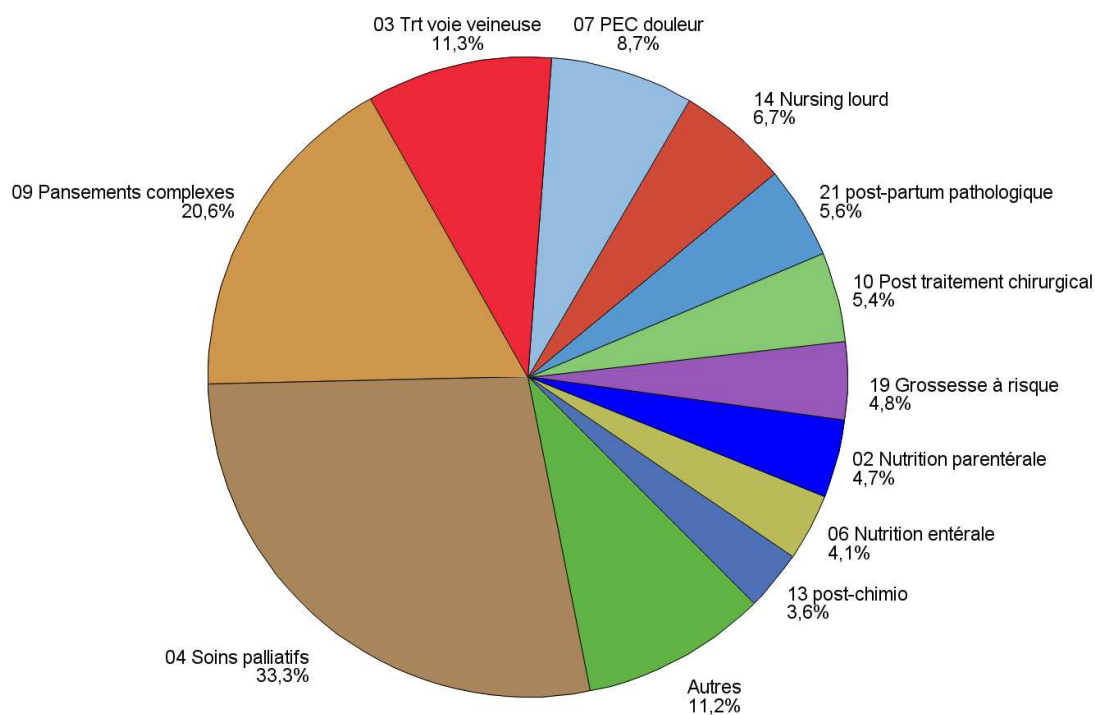
Le tableau en annexe 2-A décrit l'activité de chaque structure pour les Modes de Prise en charge Principaux (MPP) les plus représentatifs de leur activité (au moins 5 % du nombre de journées effectuée en 2013 et/ou 2014).

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 2014*



Répartition des MPP suivant le nombre de patients pris en charge en 2014**



Sources : PMSI 2014

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

→ Une répartition de l'activité globalement stable en 2014

En 2014, les *soins palliatifs* restent le Mode de Prise en charge Principal (MPP) le plus pratiqué en Bretagne avec 30 % des journées réalisées, bien que certaines structures signalent avoir basculé le codage de certains séjours sous d'autres MPP comme *Prise en charge de la douleur* et *Assistance respiratoire*, d'où les augmentations observées pour ces derniers (+12 % et +68 % respectivement). Les Soins palliatifs sont généralement codés en mode de prise en charge associé dans ce cas.

Viennent ensuite les *pansements complexes* qui représentent environ un quart des journées de prise en charge, en légère progression par rapport à 2013.

En troisième position, on trouve les *Soins de nursing lourds* qui représentent 6,5 % des journées d'activité. La part de cette activité diminue depuis plusieurs années.

Quelques autres évolutions significatives sont à relever :

→ L'activité de *traitement par voie veineuse* progresse fortement (+28 %) pour atteindre

6,5 % de l'activité en journées, pour des prises en charge généralement assez courtes au bénéfice de 11,3 % du nombre total de patients.

→ le nombre de journées pour *Autres traitements* augmente de près de 50 %. Cela correspond principalement, selon certaines structures, aux ponctions d'ascites réfractaires par cathéter PleurX[®] en cancérologie.

Globalement, la répartition des modes de prise en charge en Bretagne est proche de celle observée au niveau national, malgré les différences suivantes :

→ la part des *soins palliatifs* est plus élevée en Bretagne (30 % contre 24 % au niveau national). Il en va de même pour les *Prises en charge de la douleur*, souvent associées aux *soins palliatifs*.

→ la part des *soins de nursing lourds* est quasiment deux fois moins importante en Bretagne qu'en France.

→ Recul des prises en charge périnatales en HAD

Les prises en charge périnatales représentent en 2014 moins de 5 % de l'activité des structures en nombre de journées, mais elles concernent environ 12 % de la file active – l'écart vient de la durée relativement courte des séjours HAD en post-partum.

L'activité consiste principalement en :

→ *Post-partum pathologique* (près de 6 % de la file active, -17 %), principalement à l'HAD de l'Aven à Étrel et au CHIC Quimper.

→ *Surveillance de grossesse à risque* (près de 5 % de la file active, -7 %), principalement à l'HAD 35 et à la clinique Océane.

→ *Retours précoces à domicile après accouchement* (RPDA), qui ne sont plus autorisés à partir du 1^{er} mars 2015 mais qui concernaient encore 110 patientes en HAD en 2014 (soit près de 2 % de la file active totale).

Les prises en charge de nouveau-nés sont quasi inexistantes dans la région (cf. répartition par âge point 2.3.1) mais des projets, associant une structure HAD et une maternité de niveau 3, sont en cours de développement sur les bassins rennais et vannetais.

Ainsi, on constate que très peu d'établissements d'HAD ont mis en place ce type de prises en charge en Bretagne et qu'il s'agit globalement de ceux implantés sur les zones les plus peuplées. On peut donc supposer que seules des structures autorisées sur un bassin de population suffisamment important peuvent envisager un recrutement de patientes assez conséquent pour développer une activité périnatale et recruter le personnel spécialisé (sages-femmes, puéricultrices...) nécessaire à ce type de prise en charge.

La perspective de l'arrêt des RPDA en HAD ainsi que la mise en place du programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) a pu inciter certaines structures à reconsidérer la viabilité de cette activité au sein de leur offre de services, comme le CHIC de Quimper et le CH de Lannion.

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

→ L'HAD peine à se substituer au SSR

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

Un projet est en développement associant l'HAD 35 et le Pôle St Hélier à Rennes.

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

Rappel méthodologique : l'indice de Karnofsky (IK)

L'indice de Karnofsky mesure la capacité d'une personne à exécuter des actes habituels. Il peut valoir entre 10 (patient moribond) et 100 (personne ayant une activité normale, sans aucun signe de maladie). Plus sa valeur est élevée, plus le patient se porte bien. 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 2014 suivant la valeur de l'Indice de Karnofsky, par établissement

TS	Finess	Etablissement	Nombre de journées (hors MPP 22*)	Indice de Karnofsky		
				Dépendance totale (10 - 30) (%)	Dépendance partielle (40 - 50) (%)	Autonomie partielle ou totale (60 - 100) (%)
1	290000140	Clinique Pasteur	18 297	15,2	60,4	24,4
1	290032838	HAD Morlaix	7 303	22,2	36,4	41,5
1	290033679	HAD Carhaix	3 214	24,9	28,9	46,2
2	290020700	CHIC Quimper	7 587	25,4	48,4	26,2
3	560018509	HAD de l'Aven à Étel	40 431	45,0	50,0	5,1
4	560000044	CH Ploërmel	4 051	20,8	68,7	10,5
4	560008799	Clinique Océane	27 252	43,1	42,5	14,4
5	350042628	HAD 35	37 779	20,6	49,7	29,7
6	350044772	HAD St-Malo	11 731	27,6	63,9	8,6
7	220000103	CH Lannion	10 652	34,8	54,9	10,3
7	220019616	HAD Briochin	9 066	28,3	36,9	34,7
7	220020341	HAD Guingamp	4 474	24,5	34,6	40,8
8	560022188	HAD Pontivy	7 760	12,7	50,0	37,3
		BRETAGNE	189 597	30,2	49,5	20,3

Sources : PMSI 2014

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

En 2014, environ 30 % des journées d'HAD ont bénéficié à des patients très dépendants, avec un indice de Karnofsky entre 10 et 30 ; ce chiffre est en progression depuis quelques années (24 % en 2011).

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

2.2.4 Durées de séjour

Rappel méthodologique : la durée de séjour en HAD

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

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

Tranche	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 2014, 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	757	24,7	16,1	22	23	35	21
1	290032838	HAD Morlaix	253	27,2	39,8	15	20	39	26
1	290033679	HAD Carhaix	92	32,6	58,5	9	9	40	42
2	290020700	CHIC Quimper	428	18,4	-8,0	25	28	28	18
3	560018509	HAD de l'Aven à Étel	1 259	32,2	-10,5	11	28	32	29
4	560000044	CH Ploërmel	143	29,3	0,4	6	21	43	30
4	560008799	Clinique Océane	664	42,3	18,8	11	13	40	37
5	350042628	HAD 35	1 216	32,7	-9,8	20	15	35	30
6	350044772	HAD St-Malo	361	31,6	18,4	10	16	36	38
7	220000103	CH Lannion	397	26,7	0,3	13	16	40	31
7	220019616	HAD Briochin	324	28,7	18,9	9	16	45	31
7	220020341	HAD Guingamp	141	30,7	12,9	9	16	37	38
8	560022188	HAD Pontivy	219	33,6	7,1	13	16	37	34
		BRETAGNE	6 254	30,7	2,1	15	20	36	29

Sources : PMSI 2014

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 environ).

La durée moyenne d'un séjour HAD est de plus de 30 jours en Bretagne et varie de 18 à 42 jours suivant les structures.

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

- DMS élevées pour les MPP *Pansements complexes* (45 jours), *Soins de nursing lourds* (35 jours), *Soins palliatifs* (31 jours), très représentés à la clinique Océane ou à l'HAD 35 par exemple.
- DMS faibles pour les prises en charge du post-partum (6-7 jours), la *chimiothérapie anticancéreuse* (7 jours) et le *traitement par voie veineuse* (15 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 Descriptifs complémentaires

2.3.1 Âge des patients

Âge des patients pris en charge en 2014

TS	Finess	Etablissement	Nombre de patients	Age moyen	Âge en classes (années)				
					< 1 (%)	1-17 (%)	18-64 (%)	65-75 (%)	75 et plus (%)
1	290000140	Clinique Pasteur	527	66,4		0,9	38,3	23,0	37,8
	290032838	HAD Morlaix	167	68,2		0,6	37,1	21,0	41,3
	290033679	HAD Carhaix	79	74,2			22,8	20,3	57,0
2	290020700	CHIC Quimper	292	57,2		0,3	55,1	20,5	24,0
3	560018509	HAD de l'Aven à Étel	1 045	59,2	0,3	1,5	51,0	13,3	33,9
4	560000044	CH Ploërmel	100	72,2	1,0		29,0	23,0	47,0
5	560008799	Clinique Océane	541	62,1	0,4	1,3	45,8	17,6	34,9
	350042628	HAD 35	828	61,6	0,5	2,9	44,1	12,8	39,7
6	350044772	HAD St-Malo	273	70,4		0,7	30,0	23,1	46,2
7	220000103	CH Lannion	330	66,4	0,3	0,3	36,7	21,8	40,9
	220019616	HAD Briochin	279	71,5	0,4	0,7	26,9	21,1	50,9
8	220020341	HAD Guingamp	114	72,4			28,9	22,8	48,2
	560022188	HAD Pontivy	166	70,0	0,6	0,6	34,3	19,3	45,2
			4 741	64,0	0,3	1,3	41,9	17,9	38,7

Sources : PMSI 2014

L'âge moyen des patients pris en charge en Bretagne en 2014 est de 64 ans, en progression régulière (61,4 en 2011, 62,5 en 2012, 63 ans en 2013). 57 % avaient plus de 65 ans, 39 % plus de 75 ans.

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

Avec 73 enfants (mineurs) pris en charge dont 13 de moins de 1 an, l'activité HAD pédiatrique reste marginale en Bretagne en 2014 ; cela représente en effet 1,5 % de la file active bretonne, contre 6,7 % au niveau national.

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

2.3.2 Mouvements des patients

Provenance et destination croisées des patients pris en charge en 2014 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	2 046	32,7	1 743	27,9	516	8,3	16	0,3	4 321	69,1
Domicile	530	8,5	948	15,2	426	6,8	4	0,1	1 908	30,5
Autres	6	0,1			1	0,0	18	0,3	25	0,4
TOUTES	2 582	41,3	2 691	43,0	943	15,1	38	0,6	6 254	100,0

Sources : PMSI 2014

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

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

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

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

69 % des patients pris en charge en HAD en Bretagne l'ont été suite à un séjour hospitalier, permettant ainsi d'écourter le temps passé en établissement de soins, bien que 47 % d'entre eux y soient retournés (c'est-à-dire 33 % parmi les 69 %).

Une partie de ces allers-retours correspondent à des situations de fin de vie à domicile, qui peuvent être ponctuées d'hospitalisations traditionnelles destinées à traiter des épisodes aigus ou comme solution ponctuelle de répit pour les aidants.

Les 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 22 % 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

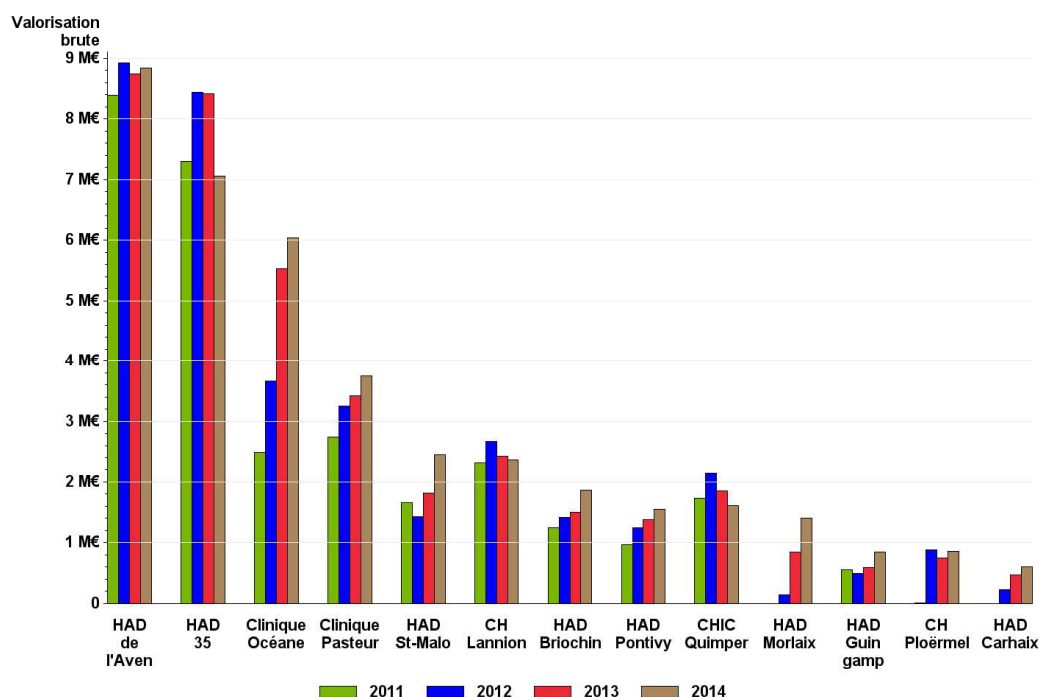
→ Des évolutions de recettes en miroir de l'activité

Valorisation brute des séjours et des molécules en sus en 2013 et 2014, par structure

T S	Finess	Etablissement	Séjours : Valorisation brute (€)			Nombre de jours	Molécules en sus : Valorisation brute (€)		
			2013	2014	Evol. (%)		2013	2014	Evol. (%)
1	290000140	Clinique Pasteur	3 414 585	3 748 582	+9,8	+12,7	306 662	199 905	-34,8
1	290032838	HAD Morlaix	849 333	1 401 055	+65,0	+78,0	59 354	57 527	-3,1
1	290033679	HAD Carhaix	469 216	599 643	+27,8	+48,7	889	568	-36,1
2	290020700	CHIC Quimper	1 856 229	1 608 522	-13,3	-17,0	152 784	167 531	+9,7
3	560018509	HAD de l'Aven à Étel	8 744 497	8 841 123	+1,1	-4,5	29 913	7 677	-74,3
4	560000044	CH Ploërmel	746 796	855 427	+14,5	+14,9	121	0	-100,0
4	560008799	Clinique Océane	5 530 608	6 043 327	+9,3	+5,6	101 581	74 015	-27,1
5	350042628	HAD 35	8 413 650	7 062 628	-16,1	-15,4	395 006	429 501	+8,7
6	350044772	HAD St-Malo	1 817 431	2 452 180	+34,9	+28,1	24 400	2 474	-89,9
7	220000103	CH Lannion	2 423 950	2 358 598	-2,7	-6,5	9 212	4 943	-46,3
7	220019616	HAD Briochin	1 504 513	1 868 368	+24,2	+13,8	675	408	-39,5
7	220020341	HAD Guingamp	589 220	850 288	+44,3	+42,3	2 378	0	-100,0
8	560022188	HAD Pontivy	1 380 686	1 552 383	+12,4	+14,1	26 825	0	-100,0
BRETAGNE			37 740 714	39 242 123	+4,0	+1,7	1 109 798	944 548	-14,9

Sources : PMSI 2013-2014

Valorisation brute des séjours (hors molécules en sus) entre 2011 et 2014, par structure
Etablissements triés par volume d'activité 2014 croissant



Sources : PMSI 2011 à 2014

Globalement, les recettes T2A des structures d'HAD bretonnes (hors molécules facturables en sus) progressent de 4 % par rapport à 2013, atteignant près de 40 millions d'euros. L'HAD étant facturée à la journée, cette progression est fortement corrélée à celle du nombre de journées d'activité au sein de chaque établissement. Les éventuels écarts peuvent s'expliquer par des évolutions du panel de prises en charge ou la lourdeur des cas traités.

→ Des pratiques variées illustrées par les molécules utilisées

Les recettes des structures HAD bretonnes liées aux molécules facturables en sus représentent 2,4 % de leurs recettes T2A totales (5 % au niveau national), en baisse de 15 %. Cinq structures concentrent plus de 98 % du total des montants remboursés :

Etablissement	Molécules en sus : Valorisation brute (€)	Part de la valorisation totale de l'établissement	Principales molécules remboursées
Clinique Pasteur	199 905	5,1 %	>99 % Tegeline
HAD Morlaix	57 527	3,9 %	45 k€ Tegeline, 10 k€ Mycamine
CHIC Quimper	167 531	9,4 %	80 k€ Privigen, 53 k€ Herceptin, 36 k€ Erbitux
Clinique Océane	74 015	1,2 %	70 k€ Clairyg
HAD 35	429 501	5,7 %	395 k€ Elaprased, 17k€ Herceptin, 15 k€ Mycamine

Sources : PMSI HAD 2014

K€ : milliers d'euros

Ce tableau appelle plusieurs constats :

- les montants remboursés dans chaque structure sont souvent concentrés sur une ou deux molécules
- les principales molécules utilisées ne sont pas les mêmes d'une structure à l'autre.
- 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 seule l'HAD du CHIC de Quimper a refacturé des molécules anticancéreuses.

4. Analyse territoriale du recours à l'HAD en Bretagne

4.1 Couverture régionale

→ Bonne accessibilité géographique de l'HAD en Bretagne

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). Rappelons que chaque structure bénéficie d'une exclusivité sur la zone définie dans son dossier d'autorisation, ce qui lui confère une obligation de couverture.

Les cartes présentées ci-dessous illustrent la très bonne accessibilité de l'HAD en région Bretagne : la plupart des bretons peuvent faire appel à une structure d'HAD.

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

Cartographie : données et représentation

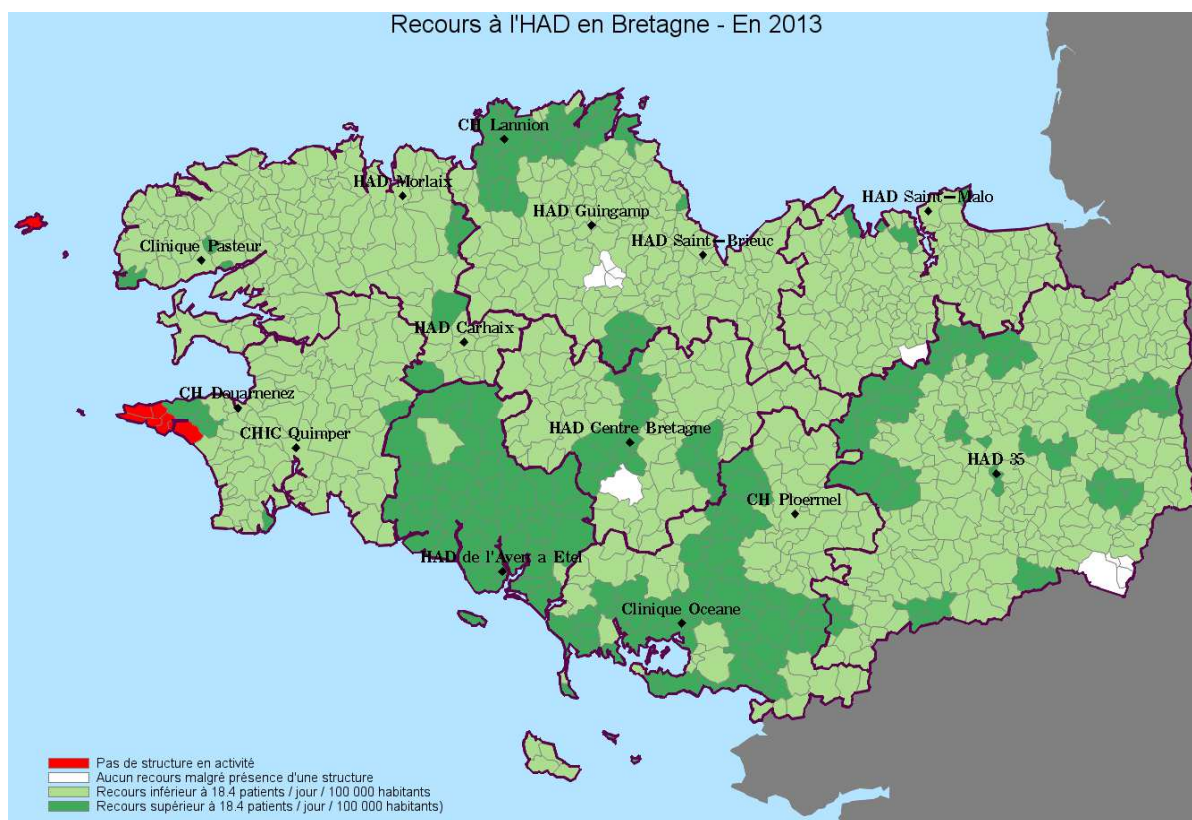
Les données d'activité issues du PMSI et les dossiers d'autorisation de l'ARS ont été mobilisés pour obtenir une représentation cartographique de l'accessibilité et du recours à l'HAD en Bretagne : les cartes présentées ci-dessous associent les deux sources afin de pouvoir distinguer des zones non couvertes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

Ces cartes croisent ainsi des données disponibles :

- par canton pour le fichier des autorisations.
- par code géographique (regroupements 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 un découpage communal de l'information, avec les hypothèses suivantes :

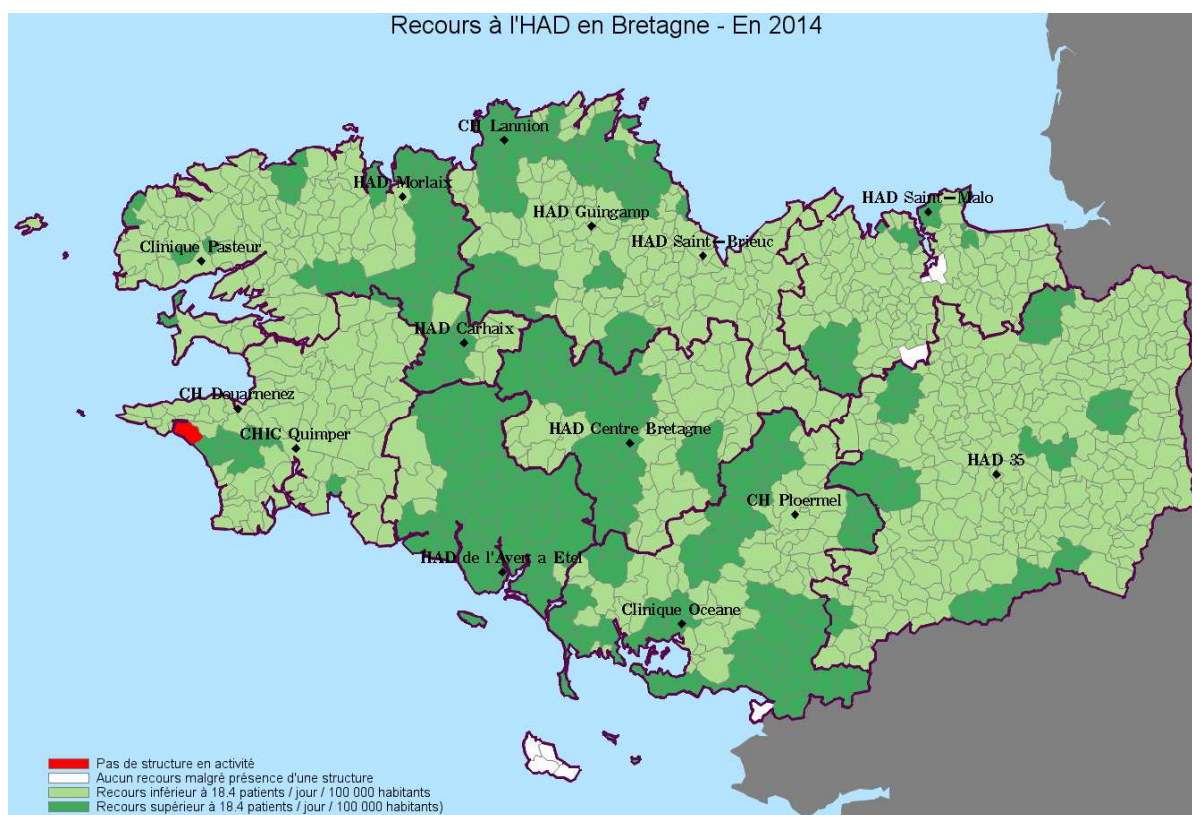
- 1) Concernant les autorisations, chaque commune se situant dans un canton couvert est considérée couverte.
- 2) Concernant l'activité, le recours est établi par code géographique PMSI. Ainsi, toute commune appartenant à un code PMSI où il y a eu au moins un patient pris en charge est considérée comme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



Réalisation ARS Bretagne, 2013

Carte réalisée avec Cartes & Données- © Artique

Sources : PMSI HAD 2013, population municipale issue du recensement INSEE 2011, dossiers d'autorisation ARS Bretagne



Réalisation ARS Bretagne, 2014

Carte réalisée avec Cartes & Données- © Artique

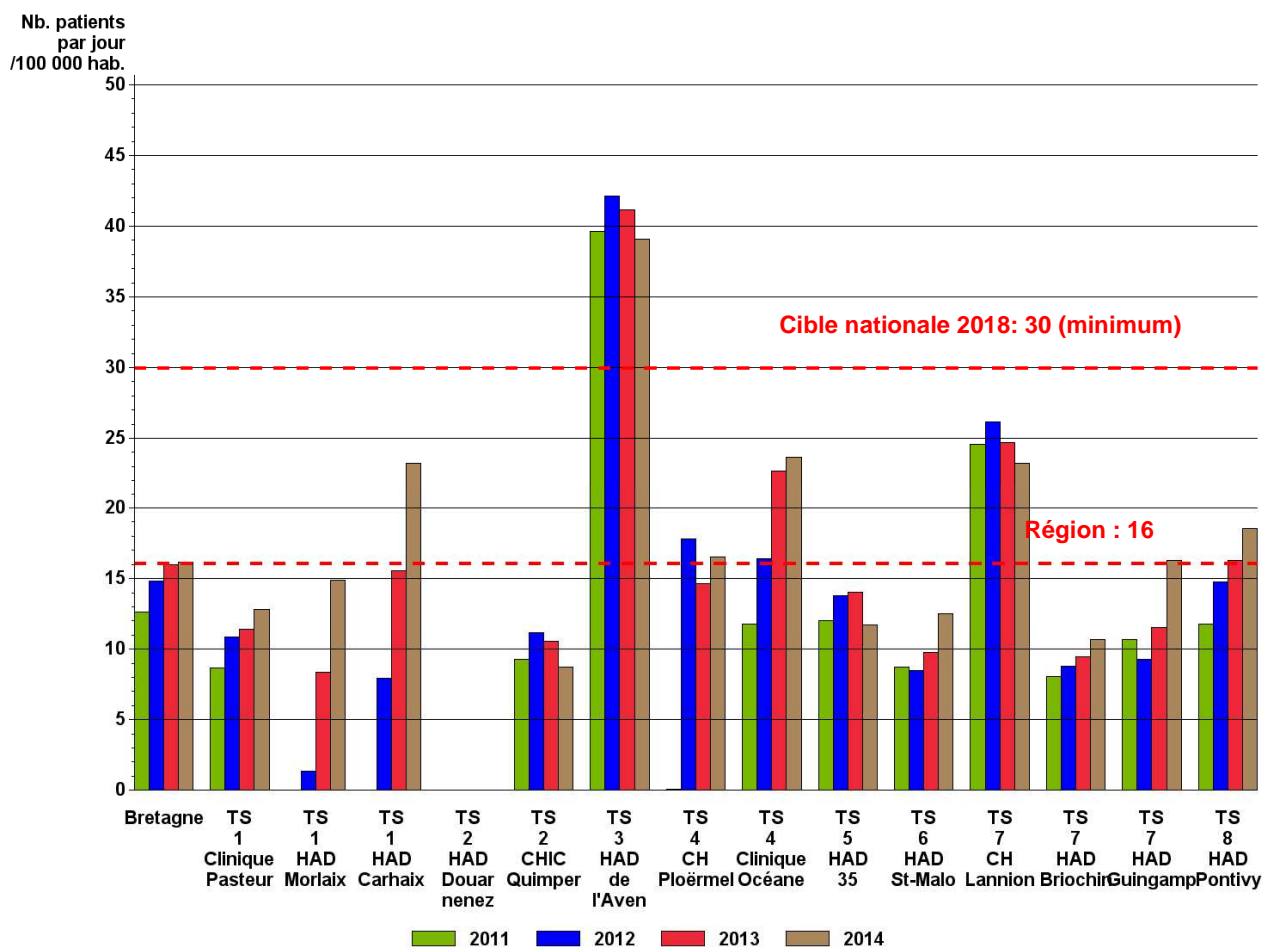
Sources : PMSI HAD 2014, population municipale issue du recensement INSEE 2012, dossiers d'autorisation ARS Bretagne

→ Des taux de recours très différents entre territoires

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 concernées	Population concernée	2014			
					Nb. patients pris en charge	Nb. journées de prise en charge	Nb. moyen de patients / jour / 100 000 hab.	Evol. / 2013 (%)
.		Aucun	1	883				-
1	290000140	Clinique Pasteur	90	391 334	527	18 297	12,8	+12,5
1	290032838	HAD Morlaix	68	134 406	167	7 303	14,9	+77,5
1	290033679	HAD Carhaix	27	37 918	79	3 214	23,2	+49,2
2	290000074	HAD Douarnenez	35	61 816				-
2	290020700	CHIC Quimper	64	238 529	291	7 580	8,7	-17,4
3	560018509	HAD de l'Aven à Étel	53	283 476	1 045	40 449	39,1	-5,0
4	560000044	CH Ploërmel	51	66 977	99	4 047	16,6	+13,2
4	560008799	Clinique Océane	102	315 408	541	27 263	23,7	+4,5
5	350042628	HAD 35	318	881 620	828	37 779	11,7	-16,3
6	350044772	HAD St-Malo	139	257 148	273	11 731	12,5	+27,9
7	220000103	CH Lannion	72	125 743	330	10 652	23,2	-6,1
7	220019616	HAD Briochin	99	232 635	279	9 066	10,7	+13,0
7	220020341	HAD Guingamp	74	75 224	114	4 474	16,3	+41,3
8	560022188	HAD Pontivy	77	114 650	166	7 760	18,5	+13,7
		Bretagne	1 270	3 237 097	4 739	189 615	16,0	+1,1
		France entière		65 241 241	106 610	4 415 891	18,4	+1,1

Sources : PMSI HAD 2013 et 2014, population municipale issue du recensement INSEE 2012



Sources : PMSI HAD 2011 à 2014, population municipale issue du recensement INSEE 2009 à 2012

Le taux de recours à l'HAD en Bretagne s'établit à 16 patients par jour pour 100 000 habitants en 2014 ; ce taux est inférieur à la moyenne nationale (18,4). Sa faible progression en 2014 (+1,1 % en Bretagne comme au niveau national) traduit les difficultés de certaines structures à asseoir leur activité et à la développer. Il reste donc beaucoup à faire pour atteindre l'objectif de 30-35 patients par jour pour 100 000 habitants en 2018 fixé par la circulaire de décembre 2013.

Globalement, on constate que les structures d'HAD installées sur les zones les plus rurales affichent des taux de recours plus élevés que la moyenne régionale ; c'est le cas autour de Lannion, Guingamp, Carhaix, Ploërmel ou encore en Centre Bretagne.

Parmi les structures ayant des zones peuplées de plus de 200 000 habitants (basées autour des principales villes bretonnes), seules l'HAD de Lorient et la clinique Océane à Vannes présentent des taux de recours supérieurs à cette valeur.

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

Le tableau en annexe 2-A décrit l'activité de chaque structure pour les Modes de Prise en charge Principaux (MPP) les plus représentatifs de leur activité (au moins 5 % du nombre de journées effectuées en 2013 et/ou 2014).

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

Le tableau en annexe 5-C donne un aperçu des principaux établissements adresseurs (MCO uniquement) de chaque structure HAD.

→ TS 1 Brest / Carhaix / Morlaix : nette amélioration de la couverture en HAD

L'activité d'HAD s'est nettement développée sur le TS 1 en 2014, notamment par la poursuite de la montée en charge des structures de Morlaix et Carhaix, installées en 2012.

Ainsi, l'HAD Morlaix (+78 % de journées) a su se développer en conservant un panel de prises en charge variées, aux premiers rangs desquelles les *pansements complexes* (23 %) et les *soins palliatifs* (16 %), et a quasiment triplé ses interventions au sein des EHPAD. La plupart des établissements du territoire lui adressent leurs patients.

De son côté, l'activité de l'HAD de Carhaix (+49 %) a notamment progressé grâce aux *pansements complexes* qui représentent désormais 40 % de son activité, suivis des *soins palliatifs* (21 %).

La clinique Pasteur (+13 %) continue, très progressivement, d'asseoir sa présence sur son territoire, notamment pour la réalisation de *pansements complexes* (30 %) et de *soins palliatifs / PEC de la douleur* (22 %). L'activité de traitement IV reste également importante avec 16 % des journées et un tiers de la file active. Les différentes actions menées par la structure pour améliorer sa visibilité, notamment la formalisation de parcours patient type avec le CHU de Brest, laissent présager d'une croissance nettement plus marquée de l'activité en 2015.

→ TS 2 : Quimper / Douarnenez / Pont-l'Abbé : une offre à reconstruire

En 2014, l'HAD du CHIC Quimper est en perte de vitesse (-17 % de journées) sur l'ensemble de son panel de prises en charge ; le nombre de journées réalisées cette année est inférieur à celui de 2011. Pourtant, l'établissement avait nettement développé sa file active depuis 2012, notamment en soins palliatifs et en obstétrique (activité interrompue en 2014 faute de parvenir à un recrutement suffisant). Le sous-dimensionnement de l'équipe de coordination (0,5 ETP de médecin coordonnateur) n'aura pas permis d'établir une offre pérenne sur le territoire et de développer les adressages depuis d'autres établissements que le CHIC Quimper lui-même.

A la demande de l'ARS, une réflexion portée par l'Union Hospitalière de Cornouaille devrait permettre de créer une nouvelle dynamique pour l'HAD sur le TS 2 en 2015.

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

Avec un taux de recours de 39 patients par jour pour 100 000 habitants sur son territoire (taux régional : 16) et plus de 40 000 journées d'activité en 2014, l'HAD de l'Aven à Étrel est très bien implantée sur son territoire. Elle bénéficie notamment d'une excellente visibilité auprès des établissements de son territoire (deux d'entre eux ont été l'origine de sa création) et a su y gagner la confiance des prescripteurs. Bénéficiant sur son territoire d'une bonne densité paramédicale, elle s'appuie sur les infirmiers libéraux comme effecteurs de soins, le personnel soignant salarié de la structure étant exclusivement dévolu à la coordination des soins.

Malgré cela, la structure a connu, pour la deuxième année consécutive, une diminution de son activité (-4,5 % journées par rapport à 2013), en lien avec une réduction importante de la durée moyenne de séjour (-10 % environ). La file active reste stable cependant. Son directeur explique ce phénomène par la fragilité accrue des patients pris en charge, avec un nombre de décès en

hausse et des allers-retours plus fréquents avec l'hôpital. Cela se traduit notamment par une progression de l'activité de *Soins palliatifs* d'environ 15 %. On note également une baisse de l'activité de *Soins de nursing lourds* d'environ 30 %.

→ TS 4 : Vannes / Ploërmel / Malestroit : une activité centrée sur les soins palliatifs qui progresse

Après deux années de forte croissance, la clinique Océane consolide son activité en 2014 (+6 % de journées), qui reste nettement centrée sur les soins palliatifs, à hauteur de 2/3 du temps de prise en charge. La baisse observée sur le MPP correspondant (de 64 % à 51 % de journées avec le MPP *soins palliatifs*) s'explique par un basculement artificiel vers d'autres MPP lié à l'évolution des règles de codage : *Assistance respiratoire*, *Prise en charge de la douleur*. La clinique pratique également des *Pansements complexes* (10 % des journées) et de *Surveillances de grossesse à risque* (8 % des journées, 18 % de la file active). Elle continue d'investir le champ médico-social.

Au nord du TS 4, le service d'HAD de Ploërmel installé depuis fin 2011 réalise une discrète montée en charge (+15 % de journées) en développant lui aussi son offre vers les *Soins palliatifs*, qui représentent désormais 57 % de son activité ; grâce à cela, le taux de recours sur son territoire égale déjà celui observé au niveau régional. A l'inverse, l'activité de *Pansements complexes* chute fortement (-70 %).

→ TS 5 : Rennes / Fougères / Vitré / Redon : une année difficile

L'HAD 35, qui couvre l'ensemble du territoire, a connu une chute de son activité de 15 % en 2014, notamment en *Soins palliatifs* (-28 %) et *Soins de nursing lourds* (-37 %), soit environ 7 000 journées de moins qu'en 2013. Toutefois, le nombre de journées pour *Pansements complexes* et *Surveillance de grossesse à risque* est resté relativement stable, de même que le nombre d'interventions dans les établissements médico-sociaux.

L'instabilité des effectifs de coordination médicale, couplée à sa mobilisation importante pour le contrôle des données par l'assurance maladie, semble la raison la plus probable des difficultés rencontrées. L'objectif de la structure pour 2015 est donc de parvenir à reconstituer puis fidéliser ses équipes, et d'améliorer sa visibilité auprès des prescripteurs potentiels.

→ TS 6 : St-Malo / Dinan : une croissance à poursuivre

L'HAD de Saint-Malo a fortement développé son activité en 2014 (+28 % journées) en se concentrant sur les *Soins palliatifs* (+70 %) et les *Pansements complexes* (+50 %) ; ces 2 MPP représentent ainsi plus de 70 % du nombre total de journées. Cette hausse est davantage le résultat d'un allongement de la DMS (+18 %) que de la file active (+7 %).

Malgré ces bons chiffres, le taux de couverture en HAD du TS 6 reste l'un des plus faibles de la région avec 12,5 patients par jour pour 100 000 habitants.

→ TS 7 : St-Brieuc / Guingamp / Lannion : trois structures aux évolutions très différentes

2014 s'inscrit dans la continuité de 2013 pour le CH de Lannion dont l'activité décroît à nouveau d'environ 5 %, sur fond de restructuration de l'offre de soins. Ainsi, le nombre de patients pris en charge en *Soins palliatifs* et pour *Pansements complexes* continue d'augmenter (respectivement +4 % et +30 %) mais la durée de ces prises en charge diminue (-10 % et -2 %). Les activités périnatales sont progressivement abandonnées (43 % de la file active en 2012, 11 % en 2014). Par contre, le service développe fortement le *post traitement chirurgical* (5 % de l'activité en 2012, 15 % en 2014).

L'HAD de Saint-Brieuc connaît depuis 2011 une progression légère de son activité (+14 % en 2014). Sa répartition par MPP est très fluctuante : *Pansements complexes* (+13 % en 2013, -10 % en 2014), *Soins palliatifs* (-14 % en 2013, +86 % en 2014), *Nutrition parentérale* (-12 % en 2013, +53 % en 2014)... Globalement, le taux de couverture de la structure sur son territoire d'implantation compte parmi les plus faibles de la région (11 patients par jour pour 100 000 habitants).

Enfin, l'HAD de Guingamp (+42 % de journées) a presque doublé ses interventions en *Soins palliatifs* et vu son activité de *Pansements complexes* progresser de 27 % ; ces 2 MPP représentent ainsi les trois quarts du total de journées réalisées en 2014. L'installation d'une Unité de Soins Palliatifs (USP) au CH a pu contribuer à ce résultat en permettant de consolider la filière de soins.

→ TS 8 : Pontivy / Loudéac : rebond des prises en charge palliatives

En 2014, l'activité de l'HAD de Centre Bretagne a progressé de 14 % par le développement des *Soins palliatifs* (+89 % sur le MPP correspondant, mais d'autres MPP permettent de coder des prises en charge palliatives) et dans une moindre mesure de la *Surveillance post-chimiothérapie*. Dans le premier cas, l'installation d'une Unité de Soins Palliatifs au Centre Hospitalier du Centre Bretagne (CHCB) à Noyal-Pontivy a sans doute contribué à consolider la filière : l'équipe de coordination HAD participe en effet aux staffs hebdomadaires, ce qui permet d'identifier les patients susceptibles d'être pris en charge à leur domicile.

5. Quels leviers pour développer l'HAD ?

Le taux de recours cible de 30 patients par jour en HAD pour 100 000 habitants peut sembler très élevé à ce jour étant donné la faible croissance de l'activité en 2014. Pourtant, certaines structures ont déjà dépassé cette cible. C'est le cas de l'HAD de Lorient qui prend en charge plus de 110 patients par jour depuis déjà 4 ans, alors qu'elle est installée depuis moins de 10 ans.

La question est donc d'identifier les bons leviers.

Comme on le verra ci-dessous, l'ARS accompagne les structures via certaines actions ciblées. Néanmoins, les structures doivent se donner les moyens de leur développement. Cette responsabilité leur incombe du fait de l'exclusivité territoriale dont elles bénéficient sur leur zone de desserte autorisée.

→ Renforcer et mutualiser les équipes de coordination médicale

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

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

Conformément aux recommandations de la circulaire de décembre 2013, un regroupement de certaines structures est prévu en Bretagne.

→ Multiplier les prescripteurs

A l'hôpital, l'HAD est relativement bien identifiée ; comme on l'a vu au point 2.3.2, elle est aujourd'hui prescrite dans près de 70 % des cas par un praticien hospitalier (idem au niveau national). Les établissements voient notamment dans l'HAD un moyen de réduire les durées de séjour et d'accroître leurs capacités de prise en charge. Mais des marges de progression existent.

Un certain nombre de structures ont ainsi recruté des infirmiers de liaison, qui se rendent très régulièrement dans les établissements de leur zone d'implantation pour identifier des patients pouvant bénéficier d'HAD, service par service. Cela permet aussi d'anticiper et de préparer la sortie au domicile, réduisant ainsi les délais de prises en charge par l'HAD (48 h en moyenne après la demande d'après une enquête interne auprès des structures bretonnes).

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

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

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

Depuis 2010, le nombre de patients pris en charge en ESMS par une HAD en Bretagne a triplé et représente 9,4 % des patients en 2014 (cf. 2.2.1). Étant donné la tendance actuelle, on peut s'attendre à ce que cette patientèle représente un patient en HAD sur 10 dans la région dès 2015 ; pour certaines structures, ce ratio est déjà d'un patient sur 6.

Partant de ce constat, il semble important que les structures d'HAD se rapprochent des ESMS situés sur leur territoire afin d'améliorer leur visibilité auprès de ces établissements.

<http://www.ars.bretagne.sante.fr/Atlas-du-Projet-Regional-de-Sa.178292.0.html>

cf. partie 1 Contexte régional, Schéma régional prévention, Thématiques transversales pour établissements pour personnes âgées

cf. partie 3 -Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS)

→ Rechercher des partenariats sur les prises en charge spécialisées

Certaines prises en charge possibles en HAD nécessitent des expertises ou compétences rares (kinésithérapeutes par exemple) ou un personnel spécialisé (sages-femmes, puéricultrices) que les structures hésitent alors à recruter. Une façon de lever cet écueil est de créer des partenariats entre établissements conventionnels et HAD sur le partage de compétences. Une convention est alors établie afin de déterminer les responsabilités de chaque structure.

A titre d'exemple, on peut citer le partenariat entre l'HAD 35 et le service de néonatalogie du CHU de Rennes qui devrait prendre forme à l'automne 2015 : il vise à favoriser le rapprochement mère-enfant pour des nouveau-nés vulnérables en leur permettant de rentrer plus rapidement au domicile tout en bénéficiant du suivi hospitalier expert nécessaire. L'ARS a soutenu financièrement ce projet.

Un autre projet est en construction concernant des prises en charge rééducatives.

6. Annexes

Annexe 1	Synthèse détaillée des volumes d'activité, par établissement.....	28
Annexe 2	MPP les plus courants, par établissement.....	29
Annexe 2-A	MPP les plus fréquents en nombre de journées en 2013 et 2014, par établissement.....	29
Annexe 2-B	MPP les plus fréquents en nombre de patients en 2013 et 2014.....	33
Annexe 2-C	MPP les plus fréquents en nombre de patients en 2013 et 2014, par établissement.....	34
Annexe 3	MPA les plus courants pour les MPP les plus fréquents.....	39
Annexe 4	Durées de séjour par MPP (séjours clos avec un seul MPP).....	40
Annexe 5	Modes d'entrée et de sortie, par établissement.....	42
Annexe 5-A	Répartition du nombre de séjours suivant la provenance du patient, en 2013 et 2014, par établissement.....	42
Annexe 5-B	Répartition du nombre de séjours suivant la destination du patient, en 2013 et 2014, par établissement.....	43
Annexe 5-C	Principaux établissements adresseurs MCO, par structure HAD.....	44

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

			Nombre de journées de présence			Nombre de séjours				Nombre de patients			Nombre de patients pris en charge ESMS			
TS	Finess	Etablissement	2013	2014	Evol. %	2013	2014	Evol. %	DMS (séjour clos) 2014	2013	2014	Evol. %	2013	2014	Evol. %	Part en 2014 (%)
1	290000140	Clinique Pasteur	16 234	18 297	12,7	748	826	10,4	25	505	527	4,4	64	74	15,6	14
1	290032838	HAD Morlaix	4 103	7 303	78	207	272	31,4	27	127	167	31,5	11	31	181,8	18,6
1	290033679	HAD Carhaix	2 161	3 214	48,7	110	104	-5,5	33	76	79	3,9	8	12	50	15,2
2	290020700	CHIC Quimper	9 139	7 587	-17	494	446	-9,7	18	351	292	-16,8	2	4	100	1,4
3	560018509	HAD de l'Aven à Étel	42 334	40 449	-4,5	1 335	1 379	3,3	32	1 037	1 045	0,8	42	56	33,3	5,4
4	560000044	CH Ploërmel	3 527	4 051	14,9	123	156	26,8	29	79	100	26,6	2	8	300	8
4	560008799	Clinique Océane	25 819	27 252	5,6	682	739	8,4	42	491	541	10,2	19	33	73,7	6,1
5	350042628	HAD 35	44 665	37 779	-15,4	1 383	1 297	-6,2	33	929	828	-10,9	148	142	-4,1	17,1
6	350044772	HAD St-Malo	9 159	11 731	28,1	370	389	5,1	32	255	273	7,1	38	34	-10,5	12,5
7	220000103	CH Lannion	11 393	10 652	-6,5	443	408	-7,9	27	348	330	-5,2	11	9	-18,2	2,7
7	220019616	HAD Briochin	7 966	9 066	13,8	333	351	5,4	29	240	279	16,3	18	20	11,1	7,2
7	220020341	HAD Guingamp	3 144	4 474	42,3	119	155	30,3	31	83	114	37,3	7	14	100	12,3
8	560022188	HAD Pontivy	6 801	7 760	14,1	234	234	0	34	163	166	1,8	9	7	-22,2	4,2
		BRETAGNE	186 445	189 615	1,7	6 581	6 756	2,7	31	4 684	4 741	1,2	379	444	17,2	9,4

Annexe 2-A :

MPP représentant au moins 5 % du nombre de journées d'activité 2013 et/ou 2014, dans chaque établissement
Nombre et part de journées en 2013 et 2014 et évolution

(Les MPP sont classés par volume de journées 2014 décroissant)

TS	Finess	Etablissement	Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2013		2014		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	16 234	100,0	18 297	100,0	+12,7
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	4 365	26,9	5 556	30,4	+27,3
			03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	2 683	16,5	2 920	16,0	+8,8
			04 Soins palliatifs	2 744	16,9	2 429	13,3	-11,5
			06 Nutrition entérale	1 808	11,1	1 682	9,2	-7,0
			07 PEC de la douleur	484	3,0	1 531	8,4	+216,3
			02 Nutrition parentérale	1 816	11,2	1 095	6,0	-39,7
			14 Soins de nursing lourds	930	5,7	1 087	5,9	+16,9
	290032838	HAD Morlaix	TOUS	4 103	100,0	7 303	100,0	+78,0
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	922	22,5	1 650	22,6	+79,0
			04 Soins palliatifs	567	13,8	1 188	16,3	+109,5
			03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	780	19,0	704	9,6	-9,7
			08 Autres traitements	147	3,6	685	9,4	+366,0
			02 Nutrition parentérale	520	12,7	500	6,8	-3,8
			06 Nutrition entérale	184	4,5	488	6,7	+165,2
			07 PEC de la douleur	294	7,2	452	6,2	+53,7
			01 Assistance respiratoire	72	1,8	441	6,0	+512,5
			14 Soins de nursing lourds	345	8,4	438	6,0	+27,0
			13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	201	4,9	387	5,3	+92,5
	290033679	HAD Carhaix	TOUS	2 161	100,0	3 214	100,0	+48,7
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	739	34,2	1 291	40,2	+74,7
			04 Soins palliatifs	448	20,7	673	20,9	+50,2
			03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	283	13,1	324	10,1	+14,5
			02 Nutrition parentérale	197	9,1	240	7,5	+21,8
			14 Soins de nursing lourds	97	4,5	211	6,6	+117,5
			06 Nutrition entérale	179	8,3	206	6,4	+15,1
			11 Rééducation orthopédique	138	6,4	54	1,7	-60,9

TS	Finess	Etablissement	Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2013		2014		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	9 139	100,0	7 587	100,0	-17,0
			04 Soins palliatifs	2 919	31,9	2 762	36,4	-5,4
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1 805	19,8	1 481	19,5	-18,0
			08 Autres traitements	76	0,8	723	9,5	+851,3
			14 Soins de nursing lourds	1 376	15,1	547	7,2	-60,2
			03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	291	3,2	510	6,7	+75,3
			02 Nutrition parentérale	589	6,4	395	5,2	-32,9
			21 post-partum pathologique	511	5,6	290	3,8	-43,2
			10 Post traitement chirurgical	513	5,6	249	3,3	-51,5
3	560018509	HAD de l'Aven à Étel	TOUS	42 334	100,0	40 449	100,0	-4,5
			04 Soins palliatifs	9 528	22,5	10 953	27,1	+15,0
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	8 602	20,3	8 132	20,1	-5,5
			14 Soins de nursing lourds	6 008	14,2	4 188	10,4	-30,3
			07 PEC de la douleur	3 779	8,9	3 052	7,5	-19,2
			06 Nutrition entérale	2 531	6,0	2 426	6,0	-4,1
			08 Autres traitements	1 090	2,6	2 105	5,2	+93,1
			13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	2 290	5,4	1 696	4,2	-25,9
4	560000044	CH Ploërmel	TOUS	3 527	100,0	4 051	100,0	+14,9
			04 Soins palliatifs	1 289	36,5	2 291	56,6	+77,7
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1 171	33,2	362	8,9	-69,1
			06 Nutrition entérale	214	6,1	354	8,7	+65,4
			13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	102	2,9	351	8,7	+244,1
			05 Chimiothérapie anticancéreuse	205	5,8	1	0,0	-99,5
	560008799	Clinique Océane	TOUS	25 819	100,0	27 252	100,0	+5,6
			04 Soins palliatifs	16 618	64,4	13 878	50,9	-16,5
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	3 263	12,6	2 761	10,1	-15,4
			19 Surveillance de grossesse à risque	2 239	8,7	2 160	7,9	-3,5
			01 Assistance respiratoire	399	1,5	2 140	7,9	+436,3
			07 PEC de la douleur	218	0,8	1 934	7,1	+787,2
			14 Soins de nursing lourds	1 603	6,2	1 464	5,4	-8,7

TS	Finess	Etablissement	Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2013		2014		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	44 665	100,0	37 779	100,0	-15,4
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	13 106	29,3	13 115	34,7	+0,1
			04 Soins palliatifs	14 599	32,7	10 466	27,7	-28,3
			19 Surveillance de grossesse à risque	3 719	8,3	3 649	9,7	-1,9
			14 Soins de nursing lourds	4 019	9,0	2 475	6,6	-38,4
			03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	1 207	2,7	1 902	5,0	+57,6
6	350044772	HAD St-Malo	TOUS	9 159	100,0	11 731	100,0	+28,1
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	2 924	31,9	4 946	42,2	+69,2
			04 Soins palliatifs	2 232	24,4	3 319	28,3	+48,7
			13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	946	10,3	673	5,7	-28,9
7	220000103	CH Lannion	TOUS	11 393	100,0	10 652	100,0	-6,5
			04 Soins palliatifs	3 810	33,4	3 436	32,3	-9,8
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1 939	17,0	1 894	17,8	-2,3
			10 Post traitement chirurgical	1 392	12,2	1 636	15,4	+17,5
			14 Soins de nursing lourds	258	2,3	752	7,1	+191,5
			11 Rééducation orthopédique	207	1,8	580	5,4	+180,2
			06 Nutrition entérale	780	6,8	447	4,2	-42,7
			13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	818	7,2	293	2,8	-64,2
	220019616	HAD Briochin	TOUS	7 966	100,0	9 066	100,0	+13,8
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	3 205	40,2	2 897	32,0	-9,6
			04 Soins palliatifs	1 428	17,9	2 653	29,3	+85,8
			03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	549	6,9	731	8,1	+33,2
			02 Nutrition parentérale	465	5,8	712	7,9	+53,1
			06 Nutrition entérale	714	9,0	566	6,2	-20,7
			07 PEC de la douleur	567	7,1	57	0,6	-89,9
	220020341	HAD Guingamp	TOUS	3 144	100,0	4 474	100,0	+42,3
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1 787	56,8	2 263	50,6	+26,6
			04 Soins palliatifs	568	18,1	1 095	24,5	+92,8
			02 Nutrition parentérale	96	3,1	292	6,5	+204,2
			03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	263	8,4	224	5,0	-14,8

TS	Finess	Etablissement	Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2013		2014		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	6 801	100,0	7 760	100,0	+14,1
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	2 588	38,1	2 219	28,6	-14,3
			04 Soins palliatifs	1 167	17,2	2 202	28,4	+88,7
			13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	280	4,1	1 034	13,3	+269,3
			06 Nutrition entérale	623	9,2	478	6,2	-23,3
			14 Soins de nursing lourds	602	8,9	379	4,9	-37,0
			10 Post traitement chirurgical	369	5,4	336	4,3	-8,9
			07 PEC de la douleur	460	6,8	301	3,9	-34,6

Annexe 2-B :**Nombre et part de patients pris en charge au moins une fois par MPP en 2013 et 2014***(Les MPP sont classés par nombre de patients 2014 décroissant)*

Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2013		2014		Evol. du Nombre de patients (%)
	Nombre de patients	Part de la file active (%)	Nombre de patients	Part de la file active (%)	
TOUS	4 684	100,0	4 741	100,0	+1,2
04 Soins palliatifs	1 588	33,9	1 581	33,3	-0,4
09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	942	20,1	976	20,6	+3,6
03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	456	9,7	536	11,3	+17,5
07 PEC de la douleur	321	6,9	411	8,7	+28,0
14 Soins de nursing lourds	343	7,3	318	6,7	-7,3
21 post-partum pathologique	320	6,8	266	5,6	-16,9
10 Post traitement chirurgical	300	6,4	256	5,4	-14,7
19 Surveillance de grossesse à risque	244	5,2	227	4,8	-7,0
02 Nutrition parentérale	207	4,4	223	4,7	+7,7
06 Nutrition entérale	195	4,2	193	4,1	-1,0
13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	166	3,5	172	3,6	+3,6
08 Autres traitements	117	2,5	160	3,4	+36,8
01 Assistance respiratoire	58	1,2	95	2,0	+63,8
20 Retour précoce à domicile après accouchement	110	2,3	91	1,9	-17,3
05 Chimiothérapie anticancéreuse	67	1,4	84	1,8	+25,4
11 Rééducation orthopédique	60	1,3	53	1,1	-11,7
12 Rééducation neurologique	23	0,5	20	0,4	-13,0
17 Surveillance de radiothérapie	24	0,5	19	0,4	-20,8
15 Éducation du patient et de son entourage	8	0,2	4	0,1	-50,0
24 Surveillance d'aplasie	12	0,3	4	0,1	-66,7
22 PEC du nouveau-né à risque	5	0,1	3	0,1	-40,0

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 2013 et/ou 2014, dans chaque établissement
Nombre et part des patients en 2013 et 2014 et évolution

(Les MPP sont classés par nombre de patients 2014 décroissant)

TS	Finess	Etablissement	Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2013		2014		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	505	100,0	527	100,0	+4,4
			03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	183	36,2	174	33,0	-4,9
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	112	22,2	123	23,3	+9,8
			04 Soins palliatifs	113	22,4	92	17,5	-18,6
			07 PEC de la douleur	31	6,1	66	12,5	+112,9
			02 Nutrition parentérale	62	12,3	54	10,2	-12,9
			10 Post traitement chirurgical	27	5,3	32	6,1	+18,5
			06 Nutrition entérale	44	8,7	31	5,9	-29,5
			14 Soins de nursing lourds	29	5,7	30	5,7	+3,4
	290032838	HAD Morlaix	TOUS	127	100,0	167	100,0	+31,5
			04 Soins palliatifs	32	25,2	55	32,9	+71,9
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	28	22,0	35	21,0	+25,0
			03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	32	25,2	26	15,6	-18,8
			07 PEC de la douleur	13	10,2	23	13,8	+76,9
			02 Nutrition parentérale	17	13,4	14	8,4	-17,6
			14 Soins de nursing lourds	14	11,0	13	7,8	-7,1
			13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	11	8,7	11	6,6	+0
			01 Assistance respiratoire	4	3,1	10	6,0	+150,0
			08 Autres traitements	9	7,1	9	5,4	+0
			10 Post traitement chirurgical	1	0,8	9	5,4	+800,0

TS	Finess	Etablissement	Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2013		2014		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	76	100,0	79	100,0	+3,9
			04 Soins palliatifs	27	35,5	27	34,2	+0
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	18	23,7	23	29,1	+27,8
			03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	19	25,0	19	24,1	+0
			14 Soins de nursing lourds	5	6,6	6	7,6	+20,0
			02 Nutrition parentérale	7	9,2	5	6,3	-28,6
			08 Autres traitements	1	1,3	5	6,3	+400,0
			06 Nutrition entérale	4	5,3	4	5,1	+0
			11 Rééducation orthopédique	7	9,2	2	2,5	-71,4
2	290020700	CHIC Quimper	TOUS	351	100,0	292	100,0	-16,8
			04 Soins palliatifs	95	27,1	87	29,8	-8,4
			21 post-partum pathologique	88	25,1	48	16,4	-45,5
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	34	9,7	36	12,3	+5,9
			08 Autres traitements	3	0,9	28	9,6	+833,3
			03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	21	6,0	25	8,6	+19,0
			20 Retour précoce à domicile après accouchement	30	8,5	24	8,2	-20,0
			14 Soins de nursing lourds	38	10,8	22	7,5	-42,1
			10 Post traitement chirurgical	21	6,0	12	4,1	-42,9
			02 Nutrition parentérale	18	5,1	9	3,1	-50,0
3	560018509	HAD de l'Aven à Étel	TOUS	1 037	100,0	1 045	100,0	+0,8
			04 Soins palliatifs	252	24,3	282	27,0	+11,9
			21 post-partum pathologique	204	19,7	201	19,2	-1,5
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	166	16,0	147	14,1	-11,4
			07 PEC de la douleur	156	15,0	131	12,5	-16,0
			14 Soins de nursing lourds	124	12,0	119	11,4	-4,0
			10 Post traitement chirurgical	136	13,1	83	7,9	-39,0
			20 Retour précoce à domicile après accouchement	42	4,1	56	5,4	+33,3
			03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	42	4,1	53	5,1	+26,2

TS	Finess	Etablissement	Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2013		2014		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	79	100,0	100	100,0	+26,6
			04 Soins palliatifs	34	43,0	58	58,0	+70,6
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	24	30,4	12	12,0	-50,0
			13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	6	7,6	12	12,0	+100,0
			03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	6	7,6	11	11,0	+83,3
			14 Soins de nursing lourds	8	10,1	9	9,0	+12,5
			06 Nutrition entérale	4	5,1	8	8,0	+100,0
			07 PEC de la douleur	4	5,1	8	8,0	+100,0
			01 Assistance respiratoire	4	5,1	2	2,0	-50,0
	560008799	Clinique Océane	TOUS	491	100,0	541	100,0	+10,2
			04 Soins palliatifs	281	57,2	227	42,0	-19,2
			19 Surveillance de grossesse à risque	89	18,1	97	17,9	+9,0
			07 PEC de la douleur	9	1,8	78	14,4	+766,7
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	66	13,4	60	11,1	-9,1
			14 Soins de nursing lourds	20	4,1	34	6,3	+70,0
			01 Assistance respiratoire	8	1,6	32	5,9	+300,0
			03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	14	2,9	31	5,7	+121,4
5	350042628	HAD 35	TOUS	929	100,0	828	100,0	-10,9
			04 Soins palliatifs	388	41,8	309	37,3	-20,4
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	211	22,7	233	28,1	+10,4
			19 Surveillance de grossesse à risque	130	14,0	118	14,3	-9,2
			03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	51	5,5	80	9,7	+56,9
			07 PEC de la douleur	55	5,9	70	8,5	+27,3
			14 Soins de nursing lourds	60	6,5	32	3,9	-46,7

TS	Finess	Etablissement	Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2013		2014		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	255	100,0	273	100,0	+7,1
			04 Soins palliatifs	106	41,6	118	43,2	+11,3
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	62	24,3	92	33,7	+48,4
			13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	24	9,4	22	8,1	-8,3
			03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	20	7,8	20	7,3	+0
			07 PEC de la douleur	13	5,1	11	4,0	-15,4
7	220000103	CH Lannion	TOUS	348	100,0	330	100,0	-5,2
			04 Soins palliatifs	115	33,0	119	36,1	+3,5
			10 Post traitement chirurgical	47	13,5	61	18,5	+29,8
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	40	11,5	55	16,7	+37,5
			03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	23	6,6	32	9,7	+39,1
			11 Rééducation orthopédique	6	1,7	26	7,9	+333,3
			14 Soins de nursing lourds	15	4,3	21	6,4	+40,0
			21 post-partum pathologique	25	7,2	13	3,9	-48,0
			19 Surveillance de grossesse à risque	22	6,3	12	3,6	-45,5
			20 Retour précoce à domicile après accouchement	38	10,9	11	3,3	-71,1
	220019616	HAD Briochin	TOUS	240	100,0	279	100,0	+16,3
			04 Soins palliatifs	80	33,3	110	39,4	+37,5
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	93	38,8	76	27,2	-18,3
			03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	21	8,8	36	12,9	+71,4
			02 Nutrition parentérale	16	6,7	24	8,6	+50,0
			06 Nutrition entérale	20	8,3	18	6,5	-10,0
			01 Assistance respiratoire	8	3,3	15	5,4	+87,5
			07 PEC de la douleur	14	5,8	5	1,8	-64,3

TS	Finess	Etablissement	Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2013		2014		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	83	100,0	114	100,0	+37,3
			04 Soins palliatifs	23	27,7	44	38,6	+91,3
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	40	48,2	42	36,8	+5,0
			03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	7	8,4	9	7,9	+28,6
			02 Nutrition parentérale	3	3,6	8	7,0	+166,7
			06 Nutrition entérale	4	4,8	7	6,1	+75,0
			14 Soins de nursing lourds	4	4,8	6	5,3	+50,0
			13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	5	6,0	1	0,9	-80,0
8	560022188	HAD Pontivy	TOUS	163	100,0	166	100,0	+1,8
			04 Soins palliatifs	44	27,0	57	34,3	+29,5
			09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	52	31,9	46	27,7	-11,5
			03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	18	11,0	20	12,0	+11,1
			10 Post traitement chirurgical	19	11,7	19	11,4	+0
			13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	7	4,3	14	8,4	+100,0
			08 Autres traitements	13	8,0	11	6,6	-15,4
			07 PEC de la douleur	14	8,6	10	6,0	-28,6
			14 Soins de nursing lourds	14	8,6	10	6,0	-28,6
			06 Nutrition entérale	12	7,4	7	4,2	-41,7

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 2013 et/ou 2014, pour les MPP les plus fréquents

Nombre et part de journées en 2014

(Les MPA sont classés par volume de journées 2014 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	57 345	100,0
	00 Pas de protocole associé	25 852	45,1
	01 Assistance respiratoire	9 173	16,0
	07 PEC de la douleur	5 921	10,3
	02 Nutrition parentérale	3 736	6,5
	13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	3 518	6,1
	06 Nutrition entérale	3 556	6,2
09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	TOUS	48 567	100,0
	00 Pas de protocole associé	25 649	52,8
	07 PEC de la douleur	7 857	16,2
	14 Soins de nursing lourds	5 256	10,8

Annexe 4 :**Durées des séjours (clos) par MPP en 2014**

Sur la base des séjours avec un MPP constant, soit 5 623 / 6 245 = 90 % des séjours

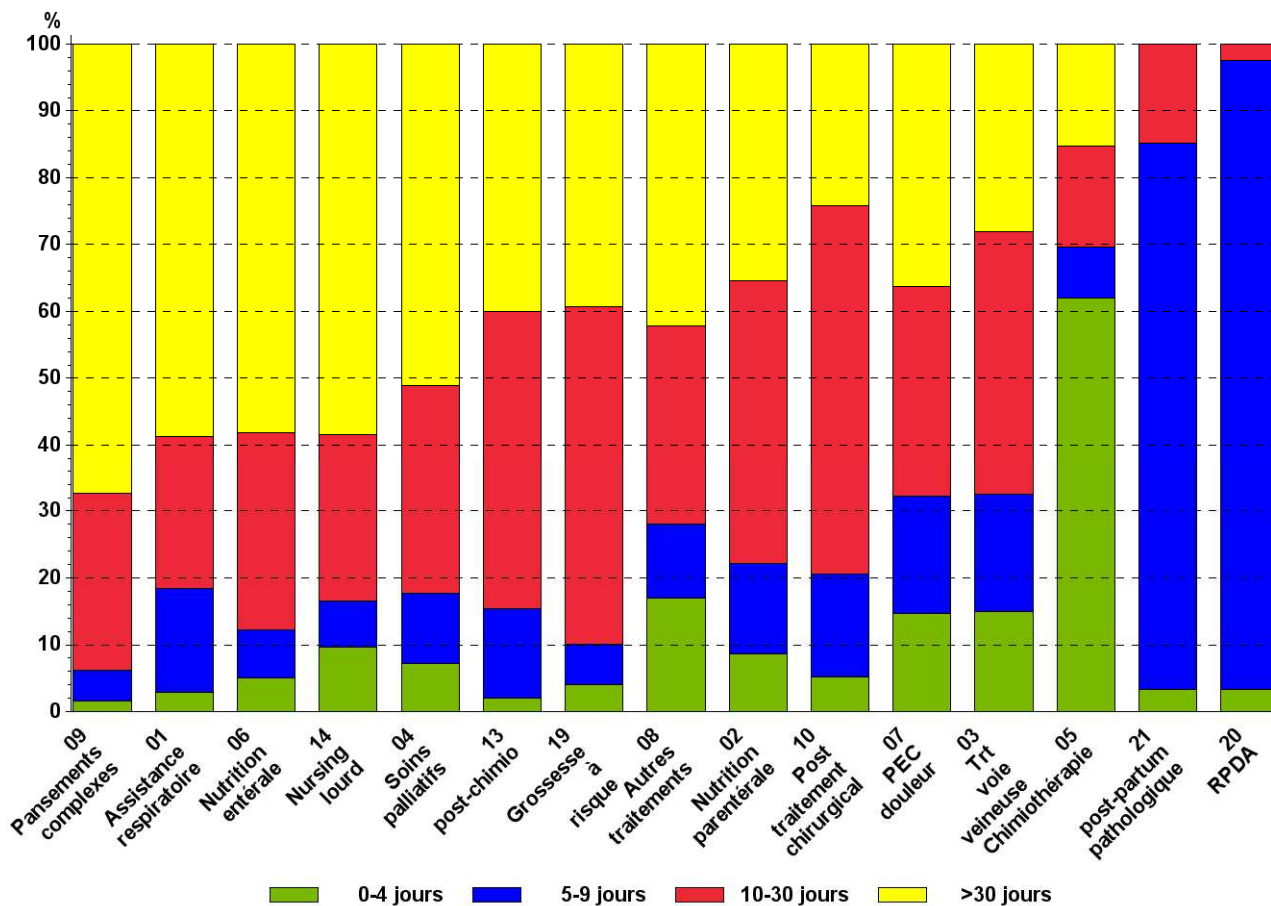
MPP	Nombre de séjours clos avec MPP constant	DMS (jours)	Durée de séjour (en jours)			
			0-4 (%)	5-9 (%)	10-29 (%)	30 et + (%)
04 Soins palliatifs	1 565	31,3	17	18	36	29
09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1 018	44,5	5	10	41	45
03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	566	15,3	25	24	38	12
07 PEC de la douleur	359	17,0	29	26	30	15
14 Soins de nursing lourds	290	34,7	20	14	30	36
21 post-partum pathologique	264	7,0	5	83	12	
19 Surveillance de grossesse à risque	255	24,7	7	10	55	28
08 Autres traitements	223	20,6	31	19	32	17
06 Nutrition entérale	211	37,9	12	16	39	32
02 Nutrition parentérale	197	19,4	16	22	43	19
10 Post traitement chirurgical	190	19,1	8	20	54	18
05 Chimiothérapie anticancéreuse	125	7,1	78	7	10	5
13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	108	28,7	5	20	54	21
01 Assistance respiratoire	105	39,4	8	25	32	35
20 Retour précoce à domicile après accouchement	91	6,0	4	93	2	
11 Rééducation orthopédique	23	30,9		4	52	43
12 Rééducation neurologique	20	35,4	5	10	40	45
17 Surveillance de radiothérapie	6	18,0		33	50	17
15 Éducation du patient et de son entourage	3	18,0		33	33	33
22 PEC du nouveau-né à risque	3	6,0		100		
24 Surveillance d'aplasie	1	7,0		100		

Annexe 4 :

Durées des séjours (clos) par MPP en 2014

Sur la base des séjours avec un MPP constant, soit 5 623 / 6 245 = 90 % des séjours

Graphique restreint aux MPP pour lesquels au moins 30 séjours ont été recensés en 2014
(MPP triés par DMS décroissante)



Annexe 5-A :

Répartition du nombre de séjours suivant la provenance du patient, en 2013 et 2014, par établissement

Sur la base des séjours clos dans l'année considérée

TS	Finess	Etablissement	Année	Provenance des patients					
				TOTAL Nb. Sej.	MCO %	SSR %	Domicile %	MS %	Autres %
1	290000140	Clinique Pasteur	2013	694	62,0	3,6	24,8	6,1	3,6
			2014	757	63,9	1,8	26,2	5,2	2,9
	290032838	HAD Morlaix	2013	190	70,0	3,7	23,7	2,1	0,5
			2014	253	65,6	9,9	20,6	4,0	
	290033679	HAD Carhaix	2013	102	73,5	2,9	21,6	2,0	
			2014	92	71,7	2,2	25,0	1,1	
2	290020700	CHIC Quimper	2013	467	71,7	3,9	24,4		
			2014	428	71,5	2,8	25,7		
3	560018509	HAD de l'Aven à Étel	2013	1 218	76,2	6,9	15,7	1,1	0,1
			2014	1 259	71,7	7,6	18,5	2,1	0,1
4	560000044	CH Ploërmel	2013	110	54,5	4,5	40,9		
			2014	143	60,8	2,8	36,4		
	560008799	Clinique Océane	2013	609	60,4	4,6	34,2	0,8	
			2014	664	63,1	2,6	32,5	1,8	
5	350042628	HAD 35	2013	1 271	54,6	0,2	31,7	13,5	
			2014	1 216	53,5		34,1	12,3	0,1
6	350044772	HAD St-Malo	2013	346	55,2	13,0	28,9	2,9	
			2014	361	70,9	3,6	20,5	5,0	
7	220000103	CH Lannion	2013	434	79,7	1,8	18,0	0,5	
			2014	397	72,5	3,5	23,2	0,5	0,3
	220019616	HAD Briochin	2013	310	68,4	6,5	25,2		
			2014	324	71,3	1,9	25,0	1,9	
	220020341	HAD Guingamp	2013	107	72,9	2,8	24,3		
			2014	141	78,7	3,5	17,0	0,7	
8	560022188	HAD Pontivy	2013	220	73,6	5,0	20,0	1,4	
			2014	219	61,6	4,6	33,3	0,5	

Annexe 5-B :

Répartition du nombre de séjours suivant la destination du patient, en 2013 et 2014, par établissement

Sur la base des séjours clos dans l'année considérée

				Destination des patients						
TS	Finess	Etablissement	Année	TOTAL	MCO	SSR	Domicile	MS	Décès	Autres
				Nb. SE.	%	%	%	%	%	%
1	290000140	Clinique Pasteur	2013	694	39,0	0,7	42,5	1,4	12,4	3,9
			2014	757	40,2	0,5	43,1	1,3	11,9	3,0
	290032838	HAD Morlaix	2013	190	44,7	2,1	38,4	1,1	13,7	
			2014	253	41,5	7,1	31,6	1,6	18,2	
	290033679	HAD Carhaix	2013	102	45,1		40,2	1,0	13,7	
			2014	92	43,5	1,1	42,4		13,0	
2	290020700	CHIC Quimper	2013	467	27,6	1,3	59,7	0,6	10,5	0,2
			2014	428	34,3	1,2	55,6	0,5	8,2	0,2
3	560018509	HAD de l'Aven à Étel	2013	1 218	29,4	3,9	49,1	0,6	16,9	0,1
			2014	1 259	25,5	6,0	49,4	1,0	17,7	0,5
4	560000044	CH Ploërmel	2013	110	48,2	6,4	33,6	0,9	10,9	
			2014	143	55,2	1,4	23,1		20,3	
	560008799	Clinique Océane	2013	609	54,0	1,8	28,6	0,2	15,4	
			2014	664	51,8	0,9	27,4	1,1	18,5	0,3
5	350042628	HAD 35	2013	1 271	41,0		36,0	6,5	16,4	
			2014	1 216	41,0	0,2	36,6	5,8	16,4	0,1
6	350044772	HAD St-Malo	2013	346	36,7	9,8	33,5	0,6	19,4	
			2014	361	44,6	2,2	31,0	3,9	18,3	
7	220000103	CH Lannion	2013	434	37,1	0,7	50,2	0,2	11,8	
			2014	397	37,8	2,0	43,6	0,5	15,4	0,8
	220019616	HAD Briochin	2013	310	44,2	2,6	41,0		12,3	
			2014	324	42,6	0,3	53,7	0,3	2,5	0,6
	220020341	HAD Guingamp	2013	107	45,8		41,1	0,9	12,1	
			2014	141	46,8		38,3	0,7	14,2	
8	560022188	HAD Pontivy	2013	220	51,8	0,5	30,5	0,9	16,4	
			2014	219	44,7	0,5	39,7	0,9	14,2	

Annexe 5-C :

Principaux établissements adresseurs MCO, par structure HAD en 2014

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	Etab. MCO adresseur	TS adresseur	Nb. séjours adressés depuis MCO	% parmi séjours adressés depuis MCO
1	Clinique Pasteur	TOUS		498	100,0
		CQ Pasteur	1	266	53,4
		CHU Brest	1	182	36,5
		PCQ Keraudren	1	26	5,2
		CQ GD LARGE	1	12	2,4
	HAD Carhaix	TOUS		69	100,0
		CHU Brest	1	49	71,0
		CHBS	3	4	5,8
		CHIC Quimper	2	4	5,8
	HAD Morlaix	TOUS		167	100,0
		CH Morlaix	1	73	43,7
		CHU Brest	1	38	22,8
		CMC Baie de Morlaix	1	26	15,6
		PCQ Keraudren	1	10	6,0
		CQ Pasteur	1	9	5,4
2	CHIC Quimper	TOUS		313	100,0
		CHIC Quimper	2	284	90,7
		CHU Brest	1	13	4,2
3	HAD de l'Aven à Étel	TOUS		935	100,0
		CHBS	3	686	73,4
		CQ Porte de Lorient	3	121	12,9
		CH Quimperlé	3	56	6,0
		CQ TER	3	37	4,0
		CHU Rennes	5	13	1,4

TS	HAD	Etab. MCO adresseur	TS adresseur	Nb. séjours adressés depuis MCO	% parmi séjours adressés depuis MCO
4	CH Ploërmel	TOUS		98	100,0
		CH Ploërmel	4	57	58,2
		CHBA	4	13	13,3
		CHU Rennes	5	10	10,2
		CQ Océane	4	6	6,1
	Clinique Océane	TOUS		413	100,0
		CQ Océane	4	215	52,1
		CHBA	4	165	40,0
		CHBS	3	12	2,9
5	HAD 35	TOUS		699	100,0
		CHU Rennes	5	330	47,2
		CHP St-Grégoire	5	90	12,9
		CRLCC	5	78	11,2
		CQ La Sagesse	5	70	10,0
		CH Vitré	5	27	3,9
		PCQ St-Laurent	5	21	3,0
		CH Fougères	5	20	2,9
		HP Sévigné	5	16	2,3
		CH Redon	5	15	2,1
		CRG Chantepie	5	10	1,4
6	HAD St-Malo	TOUS		258	100,0
		CH St-Malo	6	132	51,2
		CH Dinan	6	45	17,4
		CHU Rennes	5	35	13,6
		CH St-Brieuc	7	10	3,9
7	CH Lannion	TOUS		307	100,0
		CH Lannion	7	185	60,3
		CH Paimpol	7	59	19,2
		CH St-Brieuc	7	27	8,8
		PCQ Trégor	7	14	4,6
		CAR	7	10	3,3

TS	HAD	Etab. MCO adresseur	TS adresseur	Nb. séjours adressés depuis MCO	% parmi séjours adressés depuis MCO
	HAD Briochin	TOUS		238	100,0
		CH St-Brieuc	7	145	60,9
		CAR	7	33	13,9
		CHP St-Brieuc - Ste-Thérèse	7	19	8,0
		CHU Rennes	5	10	4,2
	HAD Guingamp	TOUS		90	100,0
		CH Guingamp	7	44	48,9
		CH St-Brieuc	7	17	18,9
		CHU Brest	1	5	5,6
8	HAD Pontivy	TOUS		148	100,0
		CHCB	8	78	52,7
		CQ Océane	4	18	12,2
		CQ Porte de Lorient	3	12	8,1
		CHU Rennes	5	9	6,1



Directeur de la publication : Olivier de Cadeville
Directeur de la rédaction : Hervé Goby
Auteurs : Enguerrand Lootvoet, Patrick Zamparutti, Claire Lerouvreur
Conception graphique : ARS Bretagne
Crédits photo : ARS Bretagne

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

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ BRETAGNE



6 place des Colombes

CS 14253

35042 RENNES CEDEX

Téléphone : 02 90 08 80 00

 www.facebook.com/arsbretagne