



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ


RAPPORT

**Développement d'un
indicateur d'expérience
patient en HAD :
résultats de l'expérimentation
nationale et conclusion**

Validé par le Collège le 9 novembre 2023

Descriptif de la publication

Titre	Développement d'un indicateur d'expérience patient en HAD : résultats de l'expérimentation nationale et conclusion
Méthode de travail	Expérimentation nationale d'un questionnaire développé avec un groupe de travail
Objectif(s)	Valider une mesure de l'expérience des patients hospitalisés à domicile
Cibles concernées	Professionnels des établissements de santé, patients et représentants d'usagers, institutions
Demandeur	Autosaisine
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Recherche documentaire	Juliette CHAZARENG (assistante documentaliste), Emmanuelle BLONDET (documentaliste)
Auteurs	Cong-Tri THUONG (chef de projet), Karen ASSMAN (cheffe de projet statisticienne), Agnès SOLOMIAC (cheffe de projet statisticienne), Marie GLOANEC (cheffe de projet), Sandrine MORIN (adjoite à la cheffe de service), sous la supervision de Laetitia MAY-MICHELANGELI (cheffe de service)
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Version du 9 novembre 2023
Actualisation	
Autres formats	

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – novembre 2023

Sommaire

Développement d'un indicateur d'expérience patient en HAD : résultats de l'expérimentation nationale et conclusion	1
1. Introduction	5
2. Méthode	6
2.1. Méthode appliquée	6
2.2. Groupe de travail pour l'HAD	6
2.3. Conception de questionnaire en HAD	7
2.3.1. Un questionnaire d'expérience court	7
2.3.2. Méthode d'adaptation en français d'un questionnaire validé	7
2.4. Organisation de l'expérimentation nationale du questionnaire	11
2.4.1. Participation des structures d'HAD	11
2.4.2. Participation des patients concernés	11
2.5. Validation statistique	12
2.5.1. Faisabilité de l'enquête	12
2.5.2. Caractéristiques métrologiques à tester	12
2.5.3. Scoring des réponses du questionnaire HAD	12
3. Résultats	13
3.1. Population étudiée	13
3.1.1. Structures d'HAD participantes	13
3.1.2. Nombres d'e-mails envoyés et taux de réponse	13
3.1.3. Caractéristiques des répondants	16
3.2. Qualité métrologique du questionnaire	17
3.2.1. Analyse de faisabilité	17
3.2.2. Validation métrologique du questionnaire	17
3.2.3. Analyse des commentaires libres des patients	18
3.2.4. Simulation d'un score et faisabilité d'obtenir un indicateur	19
4. Discussion	21
4.1. Un questionnaire validé	21
4.2. Des résultats pas assez discriminants pour permettre l'amélioration des pratiques	21
4.3. Un volume de réponses patients insuffisant en HAD pour permettre la comparaison des structures et un déploiement national	21
5. Conclusion	23
Références bibliographiques	34
Participants	35

1. Introduction

En France, l'hospitalisation à domicile (HAD) est un service de coordination de soins médicaux et paramédicaux, réunissant les compétences et les conditions pour assurer certains soins au domicile du patient. Des soins exigeant un certain niveau technique ou de matériel, comme les pansements complexes, les chimiothérapies et les soins palliatifs, peuvent être administrés à domicile grâce aux services de l'HAD, sans lesquels ils auraient nécessité une hospitalisation conventionnelle. L'HAD est alternative une à l'hospitalisation conventionnelle, qui favorise le maintien à domicile des patients. Elle permet d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation en soins aigus ou en soins médicaux et de réadaptation. Elle est aussi une des modalités de prise en charge pour les patients atteints de troubles psychiques. L'HAD offre des soins d'un niveau de qualité équivalent voire meilleur à l'hospitalisation conventionnelle, puisque l'HAD serait associée à une réduction de la mortalité et des taux de réadmission, à une réduction des dépenses de santé, et à un meilleur niveau de satisfaction des patients et de leurs aidants (1-3). En France, le recours à l'HAD croît mais les objectifs chiffrés de recours à l'HAD fixés en 2013¹ n'étaient pas atteints en 2021, d'où l'élaboration d'une feuille de route stratégique 2021-2026 pour le développement de l'HAD par le ministère des solidarités et de la santé et ses partenaires institutionnels². Elle vise à accroître le recours à l'HAD notamment en réduisant son déficit de visibilité et en renforçant son attractivité vis-à-vis des professionnels de santé (hospitaliers comme libéraux), médico-sociaux et sociaux.

La Haute Autorité de santé (HAS) pilote le dispositif e-Satis qui permet de mesurer la qualité des soins perçue à partir de l'expérience et la satisfaction des patients hospitalisés au niveau national et de produire des indicateurs de qualité et de sécurité des soins issus d'une évaluation du service rendu du point de vue des patients. Le dispositif est commun à tous les établissements de santé français, publics comme privés. Ces indicateurs de qualité des soins perçue par les patients viennent compléter ceux issus d'une évaluation par les professionnels de santé.

Le dispositif e-Satis est mis en œuvre en continu sur toute l'année et permet une mesure standardisée grâce à l'utilisation de questionnaires validés. Les modalités opérationnelles sont communes aux établissements et aux patients. Il est déployé à l'ensemble du territoire dans plusieurs champs d'activités. Depuis 2016, le dispositif concerne les patients hospitalisés dans les services de médecine, chirurgie et obstétrique (e-Satis +48h MCO) ainsi que, depuis 2018, les patients pris en charge pour une chirurgie ambulatoire (e-Satis MCOCA) et, depuis 2020, les patients hospitalisés en soins médicaux et de réadaptation (e-Satis SMR).

La HAS poursuit sa volonté d'extension de la mesure de la qualité des soins perçue par les patients, en développant des questionnaires pour les autres champs d'hospitalisation ou sur des thématiques spécifiques. Elle a mené de 2021 à 2022, le développement d'un questionnaire d'expérience des patients hospitalisés à domicile en vue de calculer ensuite un indicateur de qualité et de sécurité des soins à partir des réponses des patients. Les travaux ont été menés selon la méthode de la HAS.

Ce rapport présente les résultats de l'expérimentation nationale et les conclusions de ce développement.

¹ Circulaire DGOS/R4 n°2013-398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD)

² Feuille de route stratégique HAD 2021-2026. Lien : <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille-de-route-had-2022-05-01-2.pdf>

2. Méthode

Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont des outils qui permettent d'évaluer un état de santé, une pratique, une organisation ou la survenue d'un événement, ainsi que son évolution dans le temps. Pour être validé, un indicateur de qualité et de sécurité des soins (IQSS) doit satisfaire à des critères tels que : la pertinence clinique, la faisabilité, la pertinence pour l'amélioration de la qualité des soins, la validité métrologique, après avoir été expérimenté en établissements de santé. Au préalable, il convient de valider la source d'information à partir de laquelle l'indicateur est calculé, ici le questionnaire d'expérience.

2.1. Méthode appliquée

Afin de disposer d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) validés et mesurés à partir du point de vue des patients, la HAS développe un questionnaire, le teste auprès d'établissements volontaires et valide ses qualités métrologiques.

La méthode de référence est celle appliquée pour valider des questionnaires d'expérience et de satisfaction du patient e-Satis, publiée par la HAS (4). Les grandes étapes sont les suivantes :

- Une première étape consiste à définir le champ de l'enquête : il s'agit notamment de déterminer la population et les établissements ciblés. Elle s'appuie sur une étude de la littérature qui permet aussi d'identifier des questionnaires existants en France ou à l'étranger.
- Le questionnaire est conçu par un groupe de travail de la HAS, dont le choix a été de développer un questionnaire d'expérience court.
- Une expérimentation nationale permet de valider
 - le champ et la faisabilité de l'enquête, et de valider métrologiquement le questionnaire
 - les qualités métrologiques de l'indicateur envisagé

Le cadrage du projet de développement de l'indicateur en HAD a pointé une potentielle problématique sur la faisabilité du calcul d'un IQSS à partir du questionnaire d'expérience patient en HAD : le volume de patients en HAD est beaucoup moins important que ceux dans les autres champs MCO et chirurgie ambulatoire. Cette limitation de volume peut avoir un impact sur la capacité de calcul d'un indicateur qui nécessite le nombre minimum de 30 réponses de patients.

Un des objectifs de l'expérimentation était de vérifier la faisabilité de l'enquête au niveau national.

2.2. Groupe de travail pour l'HAD

Le groupe de travail était composé de dix experts dont sept usagers ou représentants d'usagers de l'HAD et trois méthodologistes de la construction de questionnaires. Les experts ont été sélectionnés à la suite d'un appel à candidatures publié en octobre 2019.

Le groupe de travail constitué d'une majorité d'usagers, a discuté des thématiques ou dimensions importantes de la qualité des soins perçue par les patients lors d'une hospitalisation à domicile. Il a listé 42 critères répartis dans 5 thématiques : information des patients, organisation des soins, coordination des soins, sécurité des soins et relation avec les professionnels.

2.3. Conception de questionnaire en HAD

2.3.1. Un questionnaire d'expérience court

La mesure de l'expérience permet, en demandant au patient ce qu'il s'est passé durant ses soins, de tirer une description de faits. La mesure de la satisfaction, qui est influencée par les attentes et les préférences du patient, reflète le degré de concordance entre les attentes vis-à-vis des soins et la perception de la qualité des soins réalisés (5).

Les questionnaires recueillis dans le cadre du dispositif e-Satis comprennent des questions mesurant les deux concepts distincts que sont l'expérience et la satisfaction des patients. Il y a en général une question d'expérience suivie d'une question de satisfaction (ex : « Avez-vous reçu un livret d'accueil pour les patients ? », « Que pensez-vous de la clarté des informations contenues dans le livret d'accueil pour les patients ? »). Les questionnaires e-Satis ont un grand nombre de questions (environ 60 questions, avec un temps de réponse moyen d'une dizaine de minutes) : ils sont complets et détaillés, ce qui permet d'évaluer les différentes étapes de la prise en charge des patients.

Les étapes de conception du questionnaire pour les patients hospitalisés à domicile sont listées dans la Figure 1.

Pour l'HAD, le groupe de travail a souhaité développer un questionnaire plus et décidé d'y intégrer uniquement des questions d'expérience (cf. Tableau 1). Les formulations des questions et les modalités de réponses se différencient donc de celles des questionnaires e-Satis. L'échelle des questions d'expérience comportait 2 ou 3 niveaux de réponses (ex : « oui/non » ; « tout à fait/en partie/pas du tout ») et, selon les items, une ou plusieurs modalités de sortie (ex : « sans avis », « je ne sais pas », « pas concerné », etc.).

A la fin du questionnaire d'expérience en HAD, il y avait une question d'opinion générale sur le séjour, une question de recommandation, ainsi qu'une question sur l'état de santé général du patient, en vue de l'ajustement du score. Et comme pour les autres questionnaires e-Satis, il y avait la possibilité pour les patients d'émettre des commentaires libres sur ce qu'ils ont retenu de positif ou de négatif sur leur hospitalisation à domicile. La lecture des commentaires des patients sert, dans le cadre de la validation, à identifier d'éventuels thèmes saillants qui ne seraient pas abordés par les items du questionnaire.

2.3.2. Méthode d'adaptation en français d'un questionnaire validé

La recherche bibliographique a permis d'identifier 20 questionnaires existants d'expérience ou de satisfaction des patients hospitalisés à domicile. Parmi eux, un questionnaire correspondait aux attentes du groupe de travail en couvrant la plupart des critères identifiés comme importants. Il s'agit d'un questionnaire, développé au Royaume-Uni, mesurant l'expérience des patients qui reçoivent des soins intermédiaires (*Intermediate care – Patient-Reported Experience Measures*, IC-PREMs). La méthode de construction du questionnaire IC-PREMs a été de reprendre les items du questionnaire *Picker* pour les patients adultes hospitalisés (6) de le compléter par des items pertinents pour la population concernée et de conserver les items les plus clairs dans une version finale (7). Ce questionnaire a été validé métrologiquement et il est utilisé dans le cadre d'audits nationaux au Royaume-Uni (8). Le questionnaire IC-PREMs a également été validé dans une version italienne (9). Il compte quinze items d'expérience.

Les items du questionnaire IC-PREMs ont été traduits de l'anglais au français et adaptés culturellement. Cette adaptation du questionnaire a suivi les différentes étapes de validation culturelle, conformément aux recommandations scientifiques (10):

Traduction et traduction inversée du questionnaire

Elles ont été réalisées, au cours de l'été 2020, par des chefs de projet de la HAS :

1. Traduction de l'anglais au français par 3 personnes dont la langue maternelle est le français, de manière indépendante ;
2. Synthèse et consensus entre les personnes de l'étape 1 ;
3. Traduction inversée par 2 autres personnes dont la langue maternelle est l'anglais ;
4. Consolidation des versions par l'ensemble de personnes impliquées dans les différentes étapes de traduction pour aboutir à une version en français.

Ajustement du questionnaire

5. Le groupe de travail a ensuite ajusté le questionnaire traduit en français, en reformulant certains items pour les rendre plus faciles à lire et à comprendre et en ajoutant des items jugés manquants. Les items ont ensuite été relus par des professionnels de l'hospitalisation à domicile. Cette relecture a été organisée par la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD). La relecture a conduit à la reformulation d'items qui a été approuvée par le groupe de travail.

Pré-test du questionnaire

6. Le questionnaire a fait ensuite l'objet d'un pré-test, réalisé dans 3 structures d'HAD, auprès de vingt patients ayant eu l'expérience d'une hospitalisation à domicile. Il a été demandé à ces patients d'évaluer la facilité de compréhension de chacun des items sur une échelle de 1 à 5 (1 = très difficile à comprendre et 5 = très facile à comprendre) et de faire d'éventuelles remarques sur chacun des items. Le pré-test a conduit à la suppression d'un item et à la reformulation d'autres items. Ces modifications ont été approuvées par le groupe de travail.

Au final, le questionnaire développé par le groupe de travail est composé de 25 items dont 21 items sur l'expérience de l'hospitalisation à domicile et 4 items généraux.

Figure 1. Etapes de la conception du questionnaire d'expérience patient en HAD par le groupe de travail

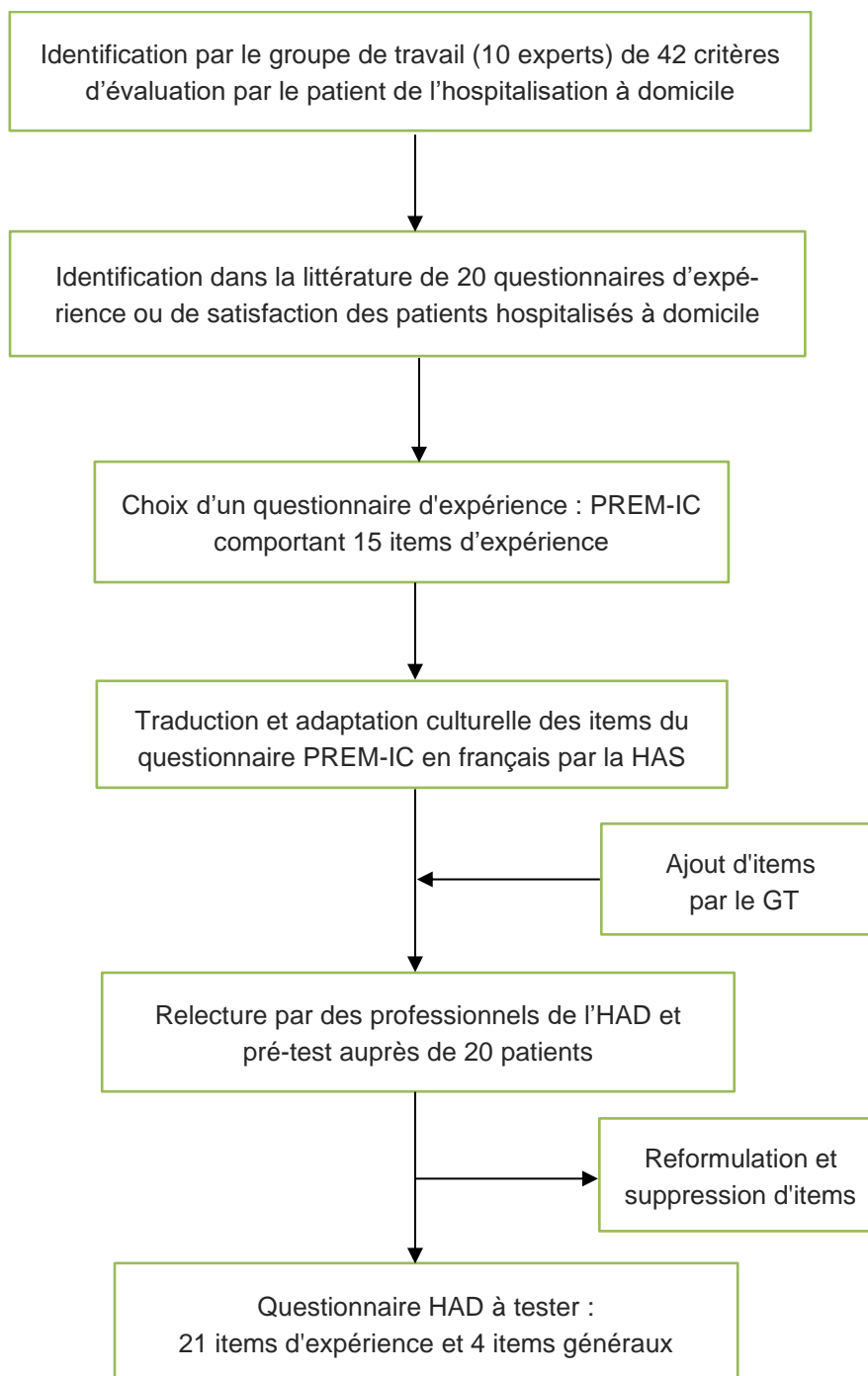


Tableau 1. Questionnaire d'expérience patient en HAD : 21 items d'expérience (Q01 à Q21) et 4 items généraux

Généralités

Répondez-vous à ce questionnaire seul ?

Où étiez-vous avant l'hospitalisation à domicile ?

Votre hospitalisation à domicile

Q01. L'attente avant que mon hospitalisation à domicile débute a été raisonnable

Q02. Les professionnel(le)s avaient toutes les informations nécessaires pour bien s'occuper de moi

Q03. J'ai compris les objectifs des soins de l'hospitalisation à domicile

Q04. J'ai été associé(e), au début, à la définition des objectifs des soins de l'hospitalisation à domicile

Q05. Je savais comment contacter les professionnel(le)s si j'en avais besoin

Q06. J'ai réussi à joindre un(e) professionnel(le) chaque fois que j'en avais besoin

Q07. J'ai été associé(e) à la mise en place du matériel ou aux adaptations supplémentaires de mon domicile

Q08. Les professionnel(le)s sont venus aux horaires qui me convenaient

Q09. Les professionnel(le)s ont répondu aux questions que je me posais

Q10. J'ai reçu des informations sur mon état de santé et mes traitements

Q11. J'ai été associé(e), tout au long de l'hospitalisation à domicile, aux décisions concernant mes soins et mes traitements

Q12. Mes proches ont reçu les informations dont ils avaient besoin pour prendre soin de moi

Q13. Mes douleurs ont été prises en charge par les professionnels(le)s

Q14. Mes inquiétudes ont été prises en compte par les professionnels(le)s

Q15. Je me suis senti(e) entre de bonnes mains

Q16. Je me suis senti(e) en sécurité

Q17. J'ai été traité(e) avec respect et dignité

Q18. J'ai été associé(e) à la décision de la date de fin de mon hospitalisation à domicile

Q19. J'ai été informé(e) suffisamment tôt de la date de fin de mon hospitalisation à domicile

Q20. J'ai été associé(e) à la mise en place de soins ou de services après la fin de mon hospitalisation à domicile (médecin, kinésithérapeute, infirmier(ère), sage-femme, aide-soignant(e), assistant(e) social(e), psychologue, bénévole, aidant(e), ...)

Globalement

Q21. Quelle est votre opinion générale sur l'ensemble de votre hospitalisation à domicile ?

Recommanderiez-vous cette structure d'hospitalisation à domicile à vos amis ou membres de votre famille s'ils devaient être pris en charge pour la même raison que vous ?

Pour finir, informations vous concernant

Quel est votre état de santé en général ?

2.4. Organisation de l'expérimentation nationale du questionnaire

L'expérimentation nationale avait pour but :

- de valider le champ de l'enquête,
- de valider la faisabilité de l'enquête,
- de valider métrologiquement le questionnaire développé
- et débiter la validation de l'indicateur envisagé.

Elle s'est déroulée sur une période de recueil de mai 2021 à mai 2022. Cette expérimentation a duré plus longtemps qu'habituellement, les précédentes expérimentations ayant duré moins d'un an. Cette période de recueil plus longue a été nécessaire afin d'atteindre un volume de réponses suffisant à la réalisation des analyses statistiques permettant la validation du questionnaire (au minimum 1 000 réponses exploitables).

2.4.1. Participation des structures d'HAD

Tous les établissements ayant une activité d'HAD pouvaient participer à l'expérimentation nationale. En 2021, cela représentait un total de 287 structures d'HAD.

La participation était sur la base du volontariat. Elle consistait pour les établissements participants à :

1. informer les patients et le personnel de l'établissement de la réalisation d'une enquête de mesure de l'expérience du patient,
2. recueillir les e-mails des patients concernés (ou de parents ou proches selon le cas) et demander l'autorisation de leur envoyer l'enquête par e-mail,
3. extraire les données des patients concernés et créer un fichier au format prédéfini par l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH) ; ce fichier contenant le finess géographique de l'établissement où le patient a été hospitalisé, les dates de début et de fin de l'hospitalisation à domicile, l'adresse e-mail du patient, l'année de naissance et le sexe du patient,
4. déposer les fichiers, à un rythme régulier et en continu (par exemple tous les 15 jours ou à raison d'au moins 1 fois par mois), sur la plateforme sécurisée pilote e-Satis développée par l'ATIH.

2.4.2. Participation des patients concernés

Les patients inclus étaient des patients ayant eu une hospitalisation à domicile terminée, quels que soient la durée de séjour, le mode d'admission et le motif de prise en charge, résidant en France et ayant accepté de donner leur adresse e-mail à l'établissement de santé.

Les patients exclus étaient les patients décédés pendant le séjour, les patients ne résidant pas en France, les patients n'ayant pas accepté de donner leur adresse e-mail à l'établissement de santé ou n'en ayant pas, et les patients ayant été hospitalisés de façon anonyme ou confidentielle.

Quinze jours après la fin de l'hospitalisation à domicile, un patient éligible recevait un mail, suivi de deux relances s'il n'avait pas répondu. Les mails, envoyés automatiquement par l'ATIH, contenaient un lien unique, individuel et sécurisé permettant au patient de se connecter au questionnaire en ligne. Il pouvait y répondre, de manière anonyme, seul ou avec l'aide d'un proche ou aidant, jusqu'à 10 semaines après cet envoi. Passé ce délai, le lien vers le questionnaire était désactivé.

2.5. Validation statistique

2.5.1. Faisabilité de l'enquête

L'expérimentation sert à évaluer la faisabilité de l'enquête. L'analyse de la participation peut mettre en évidence des problèmes de faisabilité comme le refus de réponse, l'abandon en cours de réponse, les éventuels problèmes de compréhension de certains items. Afin de confirmer cette faisabilité, étaient vérifiés :

1. la sensibilité de l'enquête : l'analyse des effets plancher et plafond permet de confirmer la sensibilité de l'échelle ; si tous les patients répondent avec la réponse maximale, ou minimale à une question, cela met en évidence un problème de « sensibilité » de la question ; et
2. l'acceptabilité et la compréhension de l'enquête : l'analyse des taux de réponses aux modalités de sortie (ex : « sans avis », « je ne sais pas », « pas concerné », etc.) permettait de montrer, si ces taux sont faibles, qu'il n'y avait pas de problème de compréhension du questionnaire, que les patients étaient concernés par les questions et qu'ils se souvenaient de leur expérience ; en revanche, si ces taux étaient élevés, cela mettait en évidence un problème de compréhension et/ou de faisabilité de la question (ex : question non pertinente ou non adaptée au thème évalué).

2.5.2. Caractéristiques métrologiques à tester

Les caractéristiques métrologiques du questionnaire développé par le groupe de travail ont été vérifiées par l'analyse de :

1. **la fiabilité** : c'est le degré selon lequel les items de la dimension sont cohérents entre eux. La fiabilité a été testée par le calcul du coefficient alpha de Cronbach, pour lequel on recherchait une valeur *a minima* supérieure ou égale à 0,7.
2. **le caractère unidimensionnel du questionnaire**. L'unidimensionnalité a été étudiée par la réalisation d'une analyse en composantes principales, à partir de l'ensemble des items d'expérience de la dimension. L'hypothèse d'unidimensionnalité est renforcée par la présence d'une seule valeur propre supérieure à 1.
3. **la capacité des items à expliquer les variations d'expérience des patients**. Cette capacité a été étudiée par une analyse de régression multiple, qui cherche à expliquer l'opinion générale sur l'hospitalisation à domicile des patients en fonction des items (c'est-à-dire les différentes questions du questionnaire). L'objectif était d'obtenir un coefficient de détermination R^2 supérieur ou égal à 0,7.

2.5.3. Scoring des réponses du questionnaire HAD

Chaque item du questionnaire est scoré sur 100, en attribuant : 0 à la modalité la plus négative (ex : non ; pas du tout), 50 à la modalité intermédiaire (ex : en partie) et 100 à la modalité la plus positive (ex : oui ; tout à fait).

Le score total du questionnaire par patient est égal à la somme des scores des items, ramené sur 100. Il est calculé si au moins 50% des items du questionnaire sont remplis par le patient.

3. Résultats

3.1. Population étudiée

3.1.1. Structures d'HAD participantes

Sur les 287 structures ayant une activité d'HAD en 2021, 128 structures d'HAD (45%) ont participé à l'expérimentation, c'est-à-dire qu'elles ont déposé sur la plateforme au moins un fichier d'e-mails de leurs patients.

Parmi les structures d'HAD participantes, 121 structures d'HAD ont eu au moins 1 réponse de patient.

3.1.2. Nombres d'e-mails envoyés et taux de réponse

En 2021, il y a eu au total 267 145 séjours d'HAD³.

Durant l'expérimentation e-Satis HAD, de mai 2021 à mai 2022, 11 159 mails ont été envoyés et 2 178 réponses patients ont été recueillies : le taux de réponse est de 20%.

A titre de comparaison, les résultats de participation des patients lors des premières campagnes e-Satis étaient : 56 759 réponses (17%) pour e-Satis +48h MCO en 2016, 137 337 réponses (26%) pour e-Satis CA en 2018 ; 21 936 réponses (27%) pour e-Satis SMR en 2021⁴.

Parmi les 121 structures d'HAD ayant eu au moins 1 réponse de patient durant l'expérimentation e-Satis HAD :

- 65 structures (54%) ont eu moins de 11 réponses
- et 22 structures (18%) ont eu au moins 30 réponses.

Les structures d'HAD ayant un volume d'activité de moins de 250 séjours annuels étaient, par rapport au niveau national, moins représentées dans l'expérimentation. Quant à la répartition des catégories juridiques des structures d'HAD participantes, elle était semblable à la répartition au niveau national (Tableau 2).

³ Source : données d'activité HAD 2021 du PMSI

⁴ Résultats de participation des patients lors de la campagne e-Satis 2022 : 470 009 réponses (28%) pour e-Satis +48h MCO, 615 515 réponses (23%) pour e-Satis CA et 35 549 réponses (25%) pour e-Satis SMR.

Tableau 2. Description des structures participantes à l'expérimentation nationale e-Satis HAD

	e-Satis HAD	National ¹
Structures d'HAD		287 (100%)
Ayant déposé des e-mails de patients	128 (45%)	
Ayant eu au moins 1 réponse de patient	121 (42%)	
	n=121 structures	n=287 structures
Structures d'HAD en fonction du nombre de réponses patient		
1 – 10	65 (54%)	NA
11 - 19	26 (21%)	NA
20 – 29	8 (7%)	NA
30+	22 (18%)	NA
Volume d'activité des structures d'HAD (nombre de séjours)		
0 – 249	7 (6%)	47 (16%)
250 – 499	45 (37%)	106 (37%)
500 – 999	26 (21%)	70 (24%)
1 000+	43 (36%)	64 (22%)
Catégories des structures d'HAD²		
CH	33 (27%)	99 (34%)
CHR/U	10 (8%)	15 (5%)
CLCC	3 (2%)	3 (1%)
PSPH/EBNL	12 (10%)	29 (10%)
Privé	63 (52%)	141 (49%)

1. Les données nationales sont issues des données d'activité HAD 2021 du PMSI.

2. CH : centre hospitalier ; CHR/U : centre hospitalier régional/universitaire ; CLCC : centre de lutte contre le cancer ; PSPH/EBNL : établissement participant au service public hospitalier/établissement à but non lucratif.
NA : non applicable.

Tableau 3. Description des caractéristiques des patients répondants et des séjours concernés, en comparaison à la population nationale des patients et séjours en HAD

	e-Satis HAD (n=2 178 patients)	National¹ (n=267 145 séjours)
Sexe		
Homme	1 025 (47%)	122 621 (46%)
Femme	1 153 (53%)	144 524 (54%)
Age moyen (années)	56	67
Classes d'âge² (années)		
1 – 17	176 (8%)	48 044 (4%)
18 – 29	116 (5%)	42 746 (4%)
30 – 39	233 (11%)	72 352 (6%)
40 – 49	189 (9%)	67 855 (6%)
50 – 59	316 (15%)	128 178 (11%)
60 – 69	416 (19%)	217 733 (18%)
70 – 79	506 (23%)	291 665 (24%)
80 – 89	170 (8%)	244 752 (21%)
90+	56 (3%)	93 903 (8%)
Nombre séjours en provenance du domicile ou d'un établissement social et médico-social	1 424 (65%)	116 594 (44%)
Durée moyenne des séjours (journées)	25,22	16,87
Classes des durées de séjour (journées)³		
1 – 2	326 (15%)	57 343 (23%)
3 – 6	485 (22%)	49 002 (21%)
7 – 15	529 (24%)	51 379 (20%)
16 – 75	682 (31%)	71 980 (29%)
76+	156 (7%)	20 005 (8%)

1. Les données nationales sont issues des données d'activité HAD 2021 du PMSI.

2. En nombre de sous-séquences pour les données nationales.

3. Pour permettre la comparaison, les séjours dont la durée n'est pas renseignée dans les données nationales ne sont pas comptabilisés dans le calcul des pourcentages.

3.1.3. Caractéristiques des répondants

Les caractéristiques des patients répondants et des séjours concernés sont dans le Tableau 3 ci-dessus :

- 47% des répondants étaient des hommes, ce qui est similaire au sex-ratio des hospitalisations à domicile au niveau national (46%).
- L'âge moyen des répondants était de 56 ans, comparativement à une moyenne d'âge de 67 ans pour la population des patients hospitalisés à domicile.
- Les répondants appartenant à la classe d'âge 30-39 ans représentaient 11% des répondants, comparativement à 6% au niveau national.
- 81% des questionnaires étaient remplis par les patients seuls. Ce taux est inférieur à celui obtenus dans les autres questionnaires e-Satis.

Tableau 4. Description du remplissage, par le patient seul ou avec l'aide d'une tierce personne, dans les différentes enquêtes e-Satis

Le questionnaire est rempli par :	Expérimentation e-Satis HAD (n=2 178)	e-Satis +48h MCO ¹ (n=470 009)	e-Satis CA ¹ (n=615 515)	e-Satis SMR ¹ (n=35 549)
Le patient seul	1 767 (81%)	423 066 (90%)	560 472 (91%)	30 693 (86%)
Une tierce personne ² avec ou sans le patient	411 (19%)	46 943 (10%)	55 043 (9%)	4 856 (14%)

1. Les données des enquêtes e-Satis +48h MCO, e-Satis CA et e-Satis SMR sont issues des données de la campagne 2022.

2. La tierce personne peut être par exemple un parent, un proche, un aidant ou un représentant légal du patient.

La part des séjours en HAD se faisant à partir du domicile du patient ou d'un établissement social et médico-social était de 65% pour les répondants, comparée à 44% au niveau national.

Le nombre de journées dans le séjour était en moyenne de 25 jours pour les répondants, comparativement à 17 jours au niveau national. Les séjours de courte durée (1 à 2 jours) représentaient 15% des séjours de l'expérimentation, comparativement à 23% au niveau national.

Les répondants à l'enquête e-Satis HAD étaient plus jeunes et leur durée de séjour en HAD était en moyenne plus longue, comparativement à la population des patients hospitalisés à domicile au niveau national.

3.2. Qualité métrologique du questionnaire

3.2.1. Analyse de faisabilité

L'analyse de la faisabilité montre un taux de réponse aux modalités de réponse « pas concerné », « je ne sais pas » relativement élevé pour quelques items : Q12 (20%), Q13 (24%), Q20 (32%). Cela est acceptable car ces items concernent des situations non applicables à certains patients.

Les taux de réponse « sans avis » sont globalement faibles : ils sont inférieurs à 3% pour tous les items, sauf Q18 (10%) et Q19 (11%).

Les taux plafonds sont élevés pour l'ensemble des items (70% à 95%), traduisant la « saturation » des items.

Les taux planchers sont globalement faibles : ils sont inférieurs à 5% pour l'ensemble des items, sauf ceux concernant la fin de l'hospitalisation (Q18, Q19, Q20) qui sont entre 11% et 13%.

Au total, il n'y a pas de problématique pour les patients à répondre au questionnaire : la faisabilité de l'enquête auprès des patients hospitalisés à domicile est satisfaisante.

3.2.2. Validation métrologique du questionnaire

La validité de contenu est assurée car le questionnaire a été conçu par le groupe de travail, puis relu par des professionnels et pré-testé auprès de patients.

Les caractéristiques métrologiques du questionnaire sont dans le Tableau 5.

L'analyse de la fiabilité montre un alpha de Cronbach de l'ensemble des questions d'expérience égal à 0,92.

L'analyse en composantes principales montre un premier facteur (1^{ère} valeur propre égale à 8,95) qui concerne les items Q01 à Q17. Un potentiel deuxième facteur (2^{ème} valeur propre égale à 1,05) concerne les items Q18 à Q20, évaluant la fin de l'hospitalisation à domicile. La 2^{ème} valeur propre est à la limite supérieure du seuil fixé à 1. Une hypothèse pour expliquer ce résultat est que les scores aux questions Q18 à Q20, concernant la fin de l'hospitalisation à domicile, sont moins bons par rapport aux autres questions. Cependant, l'observation d'une seconde valeur propre légèrement plus élevée que 1 ne justifie pas en soi le rejet de l'hypothèse d'unidimensionnalité du questionnaire. En effet, il ne s'agit pas d'un seuil statistique stricte et le contexte de développement du questionnaire est en faveur d'une échelle unidimensionnelle : adaptation d'un questionnaire court et validé comme questionnaire unidimensionnel. L'analyse en composantes principales montre donc que le questionnaire est unidimensionnel.

La régression multiple de l'expérience globale de la dimension par les items de la dimension montre un coefficient de détermination R^2 égal à 0,66.

Les caractéristiques métrologiques du questionnaire ont été analysées en fonction de la durée des séjours. Cette analyse a été réalisée dans le but de montrer l'existence ou non d'un effet de la durée des séjours sur l'expérience des patients, toutes les durées de séjours ayant été incluses dans l'expérimentation. En excluant les questionnaires liés à des séjours de moins de 3 jours et de moins de 16 jours, les caractéristiques métrologiques du questionnaire étaient similaires à celles du questionnaire sans exclusion de durée de séjour (Tableau 5). Le questionnaire est donc métrologiquement fiable quelque soit la durée de séjour.

Tableau 5. Résultats des analyses métrologiques du questionnaire d'expérience en HAD, en fonction de la durée des séjours

	Exclusion des questionnaires liés à des séjours de moins de 3j	Exclusion des questionnaires liés à des séjours de moins de 16j	Sans exclusion de questionnaire
Alpha de Cronbach			
Brut	0,921	0,922	0,920
Normalisé	0,926	0,925	0,924
Analyse en composantes principales			
1 ^{ère} valeur propre	9,069	8,882	8,949
2 ^{ème} valeur propre	1,017	0,993	1,051
Régression linéaire multiple			
R ²	0,683	0,717	0,661
R ² ajusté	0,675	0,703	0,653

3.2.3. Analyse des commentaires libres des patients

Une analyse des commentaires des patients a été réalisée, sans utilisation de technique d'analyse automatique du langage. L'objectif était de compléter l'analyse statistique réalisée.

La lecture approfondie de plus de 1 000 commentaires de patients a montré que les médicaments, les matériels et leur livraison sont des thèmes que le questionnaire ne couvre pas de manière spécifique. Mais les commentaires des patients associés à ces thèmes questionnent des points ne relevant pas tout à fait de la qualité des soins. Les thèmes principaux pour les patients hospitalisés à domicile sont donc effectivement couverts, confirmant la validité de contenu du questionnaire (Tableau 6).

Tableau 6. Synthèse des thèmes identifiés dans les commentaires positifs et négatifs émis par les patients dans e-Satis HAD

Thèmes positifs	Thèmes négatifs
<ul style="list-style-type: none"> – Professionnels : disponibilité, à l'écoute, bienveillance, gentillesse, professionnalisme. – Avantages de rester chez soi : confort, conservation des mêmes habitudes de vie, avec la famille, pas de déplacements, pas de stress de l'hôpital, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> – Professionnels : pas assez de visite du médecin coordinateur ; trop d'intervenants différents. – Manque de communication : entre hôpital et la structure d'HAD ; entre les différents professionnels de l'HAD. – Soins/médicaments/matériels : soins parfois inappropriés et médicament/matériels jugés pas nécessaires ou livrés en quantité excédentaire. – Livraison : manque d'informations sur les dates, variabilité des horaires, erreurs dans les médicaments/matériels, retrait du matériel tardif. – Manque d'information : <ul style="list-style-type: none"> • Horaires de visite : pas connus à l'avance, pas respectés. • Conduite à tenir : sentiment d'insécurité de patients ne sachant pas quoi faire lors de la survenue de quelque chose d'inattendu ou durant le soir. • Annonce soudaine et rapide de la sortie.

En résumé

Le questionnaire est validé, au regard de la validité de contenu et des analyses métrologiques qui sont satisfaisantes.

3.2.4. Simulation d'un score et faisabilité d'obtenir un indicateur

Tant au niveau des patients qu'à celui des structures, les scores sont élevés et ont peu de variabilité.

- **Au niveau des patients** : Les scores totaux du questionnaire sont élevés : le score total moyen est de 91/100 ; 84% des questionnaires ont un score supérieur à 80 (Tableau 7).
- **Au niveau des structures** : Sur les 121 structures d'HAD ayant eu au moins 1 réponse de patient, 22 structures d'HAD (18%) ont eu au moins 30 réponses permettant le calcul d'un score ; le score moyen des 22 structures est de 91,3/100 (minimum=85,4 ; maximum=96,1).

Tableau 7. Répartition des scores totaux du questionnaire d'expérience en HAD

Score total (sur 100)	e-Satis HAD (n=2 178)
Score moyen	91/100
Nombre de questionnaire en fonction du score	
0 – 10	11 (1%)
11 – 20	8 (0%)
21 – 30	14 (1%)
31 – 40	11 (1%)
41 – 50	32 (1%)
51 – 60	43 (2%)
61 – 70	82 (4%)
71 – 80	142 (7%)
81 – 90	286 (13%)
91 – 100	1549 (71%)

Le score des questionnaires patients sont concordants avec leur opinion générale des patients de leur séjour en HAD : 60% des répondants relataient une *excellente* opinion générale de leur séjour en HAD, soit une proportion de patients près de 2 fois plus élevée que dans les autres champs : 27% pour +48h MCO , 35% pour CA, 33% pour SMR (Tableau 8).

De même, pour le taux de recommandation des patients en HAD, le score était élevé : le plus haut niveau de recommandation était choisi par 78% des patients en HAD, comparativement à 57% pour +48h MCO, 68% pour CA, 60% pour SMR (Tableau 9).

Tableau 8. Description des réponses à la question d'opinion générale des patients sur leur séjour, dans les différentes enquêtes e-Satis

Opinion générale sur le séjour	Expérimentation e-Satis HAD (n=2 172)	e-Satis +48h MCO ¹ (n=469 679)	e-Satis CA ¹ (n=614 911)	e-Satis SMR ¹ (n=35 509)
Mauvaise	35 (2%)	8 134 (2%)	3 910 (1%)	1 031 (3%)
Faible	44 (2%)	12 034 (3%)	6 662 (1%)	1 187 (3%)
Moyenne	111 (5%)	53 454 (11%)	40 321 (7%)	4 148 (12%)

Bonne	673 (31%)	267 544 (57%)	346 270 (57%)	17 011 (48%)
Excellente	1309 (60%)	128 513 (27%)	217 748 (35%)	12 132 (34%)

1. Les données des enquêtes e-Satis +48h MCO, e-Satis CA et e-Satis SMR sont issues des données de la campagne 2022. Le dénominateur n (nombre de répondants à la question) peut varier en fonction des questions.

Tableau 9. Description des réponses à la question de recommandation, dans les différentes enquêtes e-Satis

Recommandation ²	Expérimentation e-Satis HAD (n=2 161)	e-Satis +48h MCO ¹ (n=468 186)	e-Satis CA ¹ (n=614 018)	e-Satis SMR ¹ (n=35 404)
1 (certainement pas)	61 (3%)	14 758 (3%)	8 022 (1%)	2 037 (6%)
2	45 (2%)	14 457 (3%)	8 693 (1%)	1 404 (4%)
3	102 (5%)	44 418 (10%)	33 796 (6%)	3 283 (9%)
4	262 (12%)	126 559 (27%)	144 282 (24%)	7 286 (21%)
5 (certainement)	1 691 (78%)	267 994 (57%)	419 225 (68%)	21 394 (60%)

1. Les données des enquêtes e-Satis +48h MCO, e-Satis CA et e-Satis SMR sont issues des données de la campagne 2022.

2. Question de recommandation : « Recommanderiez-vous [cette structure d'hospitalisation à domicile] / [cet établissement de santé] à vos amis ou membres de votre famille s'ils devaient être pris en charge pour la même raison que vous ? » ; modalités de réponse de 1 à 5, où 1=certainement pas et 5=certainement.

En résumé

Les scores du questionnaire, aux niveaux des patients et des structures d'HAD, sont élevés et peu discriminants.

La faisabilité du calcul d'un score au niveau des structures est problématique en raison du faible volume de réponses patients : à l'issue de l'expérimentation d'une durée d'un an, peu de structures d'HAD ont obtenu un nombre de réponses suffisant pour calculer un score.

4. Discussion

4.1. Un questionnaire validé

L'expérimentation nationale a permis de valider un questionnaire d'expérience des patients hospitalisés à domicile. Les caractéristiques métrologiques de 2 178 réponses de patients ont été analysées : elles montrent la fiabilité satisfaisante du questionnaire, son unidimensionalité et sa bonne capacité à expliquer l'expérience des patients ayant eu un séjour en HAD. Un point fort du questionnaire est sa validité de contenu : il a été conçu par un groupe de travail pluridisciplinaire comprenant des patients et a été relu par des professionnels de l'HAD. La lecture des commentaires de patients ayant répondu à l'enquête a permis de constater que les items du questionnaire permettaient d'évaluer les éléments importants pour les patients lors d'une hospitalisation à domicile.

4.2. Des résultats pas assez discriminants pour permettre l'amélioration des pratiques

Un point faible du questionnaire, et par conséquent de l'indicateur envisagé, est sa faible sensibilité pour mesurer des écarts. Elle est illustrée par des taux plafonds élevés qui sont observés pour une grande partie des items du questionnaire. Ces taux plafonds élevés sont expliqués par l'échelle utilisée qui ne comporte que 3 niveaux de réponses, et une formulation des items possiblement insuffisamment discriminante sur la qualité des soins. En effet, l'expérience vécue des patients en HAD était globalement très positive. L'analyse d'une question commune à l'ensemble des enquêtes e-Satis montre que les patients ayant eu un séjour en HAD rapportent une opinion générale meilleure comparativement à celle des patients ayant eu un séjour en MCO, CA et SMR. Cela peut être dû aux avantages de l'HAD. Dans l'analyse des commentaires que les patients émettaient à la fin du questionnaire, l'hospitalisation à domicile est perçue favorablement, notamment en raison d'avantages comme une relation avec les professionnels centrée sur les besoins des patients, le confort du domicile et la place accordée à la famille et aux aidants. Ces avantages cités par les patients durant l'expérimentation sont concordants avec les avantages de l'HAD retrouvés dans la littérature (11).

En développant le questionnaire e-Satis HAD, un des objectifs de la HAS était de valider un outil à destination des professionnels leur permettant d'identifier des pistes d'amélioration des pratiques. En raison de la faible sensibilité et des scores élevés du questionnaire, il ne répond que partiellement à cet objectif, malgré sa validation sur le plan métrologique. Le questionnaire ne permet donc pas de calculer un indicateur de qualité et de sécurité des soins. Pour rendre le questionnaire plus discriminant, une solution serait de proposer une plus grande échelle de réponses avec par exemple 5 modalités et/ou de retravailler les questions. Ceci nécessite de valider à nouveau le questionnaire. Ces travaux ne sont envisageables que si le nombre de patients hospitalisés en HAD augmente.

4.3. Un volume de réponses patients insuffisant en HAD pour permettre la comparaison des structures et un déploiement national

En 2021, il y a eu 267 145 séjours d'HAD en France. Près de la moitié des structures d'HAD en France ont participé à l'expérimentation e-Satis HAD. Le taux de réponse des patients à e-Satis HAD est satisfaisant pour une expérimentation : il est similaire aux taux de réponse obtenus dans les précédentes expérimentations e-Satis dans les autres champs.

Les conditions de séjour des patients en HAD (ex : confort du domicile) auraient toutefois pu être un facteur permettant un meilleur taux de réponse, mais il n'y a pas de différence observée sur le taux de réponse des patients entre l'HAD et les autres champs.

Une part importante des patients hospitalisés à domicile étaient exclus de l'enquête e-Satis HAD : le questionnaire était envoyé après 15 jours de la fin du séjour des patients non décédés. La part des séjours en HAD se terminant par le décès du patient représentait 15% des séjours en 2021, soit une part supérieure comparée à celle des autres champs (cf. Annexe 3). Ceci restreint le volume de patients pouvant répondre au questionnaire. Cela peut également expliquer pourquoi les répondants à l'enquête étaient plus jeunes que la population de personnes hospitalisées à domicile.

Répondre au questionnaire était possible uniquement en ligne, comme pour les autres enquêtes e-Satis : Ne pouvaient pas répondre les personnes qui n'avaient pas d'adresse e-mail, celles qui n'avaient pas d'accès à internet, et difficilement celles qui n'étaient pas à l'aise avec l'outil informatique. Le questionnaire pouvait néanmoins être répondu par le patient avec un proche, un parent ou un aidant. Le questionnaire évaluait le vécu des patients mais pas celui des aidants. Comparativement aux enquêtes e-Satis dans les autres champs, les proches et les parents étaient plus nombreux en proportion à répondre ou à aider les patients à répondre au questionnaire e-Satis HAD. Cela atteste de l'implication importante des aidants auprès des patients hospitalisés à domicile (12).

L'expérimentation e-Satis HAD a duré une année. Durant l'expérimentation, plusieurs relances auprès des établissements ont été faites pour encourager leur participation et rappeler l'information des patients d'une enquête en ligne après leur hospitalisation à domicile afin de favoriser leurs réponses. 45% des structures ont participé à l'expérimentation, ce qui est une bonne participation. L'expérimentation a montré, au niveau de la participation des patients, que moins de 20% des structures d'HAD dépassaient les 30 réponses, qui est le seuil minimum à atteindre pour pouvoir calculer un score au niveau des structures. Ce faible volume de structures atteignant les 30 réponses est un frein à la comparaison des scores entre les structures au niveau national, que doit permettre tout indicateur de qualité et de sécurité des soins. Cette limite résulte notamment du faible volume d'activité en HAD à ce jour, comparativement aux autres champs du soin.

Des solutions peuvent être envisagées pour faciliter la comparaison des structures :

- Étendre la période d'observation pourrait permettre à plus de structures, notamment celles ayant un faible volume d'activité, d'atteindre le seuil permettant de calculer un score (13). Une période d'observation, de 2 ou 3 années par exemple, permettrait de calculer un score pour davantage de structures, rendant ainsi possible une comparaison des résultats sur un plus grand nombre de structures. Ceci est néanmoins difficilement compatible avec l'amélioration continue des pratiques puisque les résultats se baseraient sur des expériences très anciennes.
- Communiquer et encourager le recueil de l'expérience des patients, afin d'améliorer le taux de réponse des patients hospitalisés à domicile.

5. Conclusion

La HAS a validé un questionnaire d'expérience pour les patients hospitalisés à domicile. Ce questionnaire est mis à disposition des structures et complète les outils mesurant la qualité des soins de l'hospitalisation à domicile.

Compte-tenu des résultats de l'expérimentation qui ne permettent pas de disposer d'un indicateur de qualité et de sécurité des soins, la HAS a décidé que le questionnaire ne sera pas utilisé, pour le moment, sur la plateforme nationale e-Satis. Toutefois, les structures d'HAD peuvent utiliser librement le questionnaire validé, qui est un outil fiable pour mesurer l'expérience des patients hospitalisés à domicile.

Annexe 1. Description de la participation à l'expérimentation e-Satis HAD par région

Tableau 10. Description de la participation des structures à l'expérimentation nationale e-Satis HAD, par région

	e-Satis HAD	National ¹
Nombre de structures d'HAD participantes par région		
Auvergne-Rhône-Alpes	17 (14%)	30 (10%)
Bourgogne-Franche-Comté	3 (2%)	14 (5%)
Bretagne	5 (4%)	13 (5%)
Centre-Val de Loire	3 (2%)	9 (3%)
Corse	2 (2%)	5 (2%)
Grand Est	13 (11%)	31 (11%)
Guadeloupe	3 (2%)	9 (3%)
Guyane	0 (0%)	4 (1%)
Hauts-de-France	11 (9%)	30 (10%)
Ile-de-France	5 (4%)	15 (5%)
La Réunion	4 (3%)	8 (3%)
Martinique	1 (1%)	1 (0%)
Normandie	7 (6%)	28 (10%)
Nouvelle-Aquitaine	11 (9%)	28 (10%)
Occitanie	20 (17%)	30 (10%)
Pays de la Loire	4 (3%)	10 (3%)
Provence-Alpes-Côte d'Azur	12 (10%)	22 (8%)

1. Les données nationales sont issues des données d'activité HAD 2021 du PMSI.

Tableau 11. Description de la participation des patients à l'expérimentation e-Satis HAD, par région

	e-Satis HAD	National ¹
Nombre de réponses patient par région²		
Auvergne-Rhône-Alpes	638 (29%)	31 556 (12%)
Bourgogne-Franche-Comté	17 (1%)	7 731 (3%)
Bretagne	77 (4%)	13 985 (5%)
Centre-Val de Loire	20 (1%)	10 221 (4%)
Corse	37 (2%)	1 942 (1%)
Grand Est	163 (7%)	17 787 (7%)
Guadeloupe	7 (0%)	2 298 (1%)
Guyane	0 (0%)	1 576 (1%)
Hauts-de-France	142 (7%)	21 441 (8%)
Ile-de-France	119 (5%)	65 838 (25%)
La Réunion	13 (1%)	3 065 (1%)
Martinique	6 (0%)	1 136 (0%)
Normandie	80 (4%)	8 786 (3%)
Nouvelle-Aquitaine	184 (8%)	27 551 (10%)
Occitanie	300 (14%)	19 465 (7%)
Pays de la Loire	188 (9%)	16 147 (6%)
Provence-Alpes-Côte d'Azur	187 (9%)	16 620 (6%)

1. Les données nationales sont issues des données d'activité HAD 2021 du PMSI.

2. En nombre de journée pour les données nationales.

Annexe 2. Tri à plat des questions en fonction de la durée du séjour

	Total (n=2 178)	1-2 jours (n=326)	3-6 jours (n=485)	7-15 jours (n=529)	16-75 jours (n=682)	76+ jours (n=156)
Q01. L'attente avant que mon hospitalisation à domicile débute a été raisonnable						
Oui	2 053 (94.3%)	304 (93.3%)	452 (93.2%)	508 (96.0%)	644 (94.4%)	145 (92.9%)
Non	74 (3.4%)	14 (4.3%)	18 (3.7%)	15 (2.8%)	20 (2.9%)	7 (4.5%)
Sans avis	51 (2.3%)	8 (2.5%)	15 (3.1%)	6 (1.1%)	18 (2.6%)	4 (2.6%)
Q02. Les professionnel(le)s avaient toutes les informations nécessaires pour bien s'occuper de moi						
Oui	2 014 (92.5%)	314 (96.3%)	447 (92.2%)	496 (93.8%)	624 (91.5%)	133 (85.3%)
Non	78 (3.6%)	3 (0.9%)	18 (3.7%)	15 (2.8%)	31 (4.5%)	11 (7.1%)
Je ne sais pas	84 (3.9%)	9 (2.8%)	18 (3.7%)	18 (3.4%)	27 (4.0%)	12 (7.7%)
Sans avis	2 (0.1%)	0 (0.0%)	2 (0.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Q03. J'ai compris les objectifs des soins de l'hospitalisation à domicile						
Oui	2 110 (96.9%)	320 (98.2%)	467 (96.3%)	518 (97.9%)	662 (97.1%)	143 (91.7%)
Non, je n'ai pas compris	25 (1.1%)	3 (0.9%)	7 (1.4%)	7 (1.3%)	6 (0.9%)	2 (1.3%)
Non, je n'ai pas reçu d'explications	37 (1.7%)	3 (0.9%)	8 (1.6%)	4 (0.8%)	13 (1.9%)	9 (5.8%)
Sans avis	6 (0.3%)	0 (0.0%)	3 (0.6%)	0 (0.0%)	1 (0.1%)	2 (1.3%)
Q04. J'ai été associé(e), au début, à la définition des objectifs des soins de l'hospitalisation à domicile						
Tout à fait	1 763 (80.9%)	271 (83.1%)	406 (83.7%)	440 (83.2%)	531 (77.9%)	115 (73.7%)

	Total (n=2 178)	1-2 jours (n=326)	3-6 jours (n=485)	7-15 jours (n=529)	16-75 jours (n=682)	76+ jours (n=156)
En partie	311 (14.3%)	41 (12.6%)	53 (10.9%)	62 (11.7%)	123 (18.0%)	32 (20.5%)
Pas du tout	80 (3.7%)	8 (2.5%)	20 (4.1%)	22 (4.2%)	23 (3.4%)	7 (4.5%)
Sans avis	24 (1.1%)	6 (1.8%)	6 (1.2%)	5 (0.9%)	5 (0.7%)	2 (1.3%)
Q05. Je savais comment contacter les professionnel(le)s si j'en avais besoin						
Tout à fait	2 006 (92.1%)	293 (89.9%)	453 (93.4%)	491 (92.8%)	628 (92.1%)	141 (90.4%)
En partie	142 (6.5%)	27 (8.3%)	28 (5.8%)	27 (5.1%)	47 (6.9%)	13 (8.3%)
Pas du tout	25 (1.1%)	5 (1.5%)	3 (0.6%)	9 (1.7%)	6 (0.9%)	2 (1.3%)
Sans avis	5 (0.2%)	1 (0.3%)	1 (0.2%)	2 (0.4%)	1 (0.1%)	0 (0.0%)
Q06. J'ai réussi à joindre un(e) professionnel(le) à chaque fois que j'en avais besoin						
Toujours	1 628 (74.7%)	221 (67.8%)	334 (68.9%)	396 (74.9%)	547 (80.2%)	130 (83.3%)
Parfois	197 (9.0%)	28 (8.6%)	31 (6.4%)	41 (7.8%)	76 (11.1%)	21 (13.5%)
Jamais	20 (0.9%)	4 (1.2%)	4 (0.8%)	4 (0.8%)	7 (1.0%)	1 (0.6%)
Je n'en ai pas eu besoin	326 (15.0%)	73 (22.4%)	114 (23.5%)	84 (15.9%)	52 (7.6%)	3 (1.9%)
Sans avis	7 (0.3%)	0 (0.0%)	2 (0.4%)	4 (0.8%)	0 (0.0%)	1 (0.6%)
Q07. J'ai été associé(e) à la mise en place du matériel ou aux adaptations supplémentaires de mon domicile						
Tout à fait	1 537 (70.6%)	212 (65.0%)	305 (62.9%)	382 (72.2%)	520 (76.2%)	118 (75.6%)
En partie	222 (10.2%)	23 (7.1%)	39 (8.0%)	42 (7.9%)	94 (13.8%)	24 (15.4%)
Pas du tout	57 (2.6%)	12 (3.7%)	12 (2.5%)	13 (2.5%)	15 (2.2%)	5 (3.2%)

	Total (n=2 178)	1-2 jours (n=326)	3-6 jours (n=485)	7-15 jours (n=529)	16-75 jours (n=682)	76+ jours (n=156)
Je ne souhaitais pas être associé(e)	9 (0.4%)	3 (0.9%)	0 (0.0%)	2 (0.4%)	3 (0.4%)	1 (0.6%)
Pas concerné(e)	341 (15.7%)	75 (23.0%)	124 (25.6%)	88 (16.6%)	46 (6.7%)	8 (5.1%)
Sans avis	12 (0.6%)	1 (0.3%)	5 (1.0%)	2 (0.4%)	4 (0.6%)	0 (0.0%)
Q08. Les professionnel(le)s sont venus aux horaires qui me convenaient						
Toujours	1 659 (76.2%)	271 (83.1%)	376 (77.5%)	413 (78.1%)	501 (73.5%)	98 (62.8%)
Parfois	419 (19.2%)	37 (11.3%)	84 (17.3%)	97 (18.3%)	153 (22.4%)	48 (30.8%)
Jamais	61 (2.8%)	12 (3.7%)	11 (2.3%)	12 (2.3%)	20 (2.9%)	6 (3.8%)
Sans avis	39 (1.8%)	6 (1.8%)	14 (2.9%)	7 (1.3%)	8 (1.2%)	4 (2.6%)
Q09. Les professionnel(le)s ont répondu aux questions que je me posais						
Toujours	1 816 (83.4%)	270 (82.8%)	414 (85.4%)	447 (84.5%)	564 (82.7%)	121 (77.6%)
Parfois	243 (11.2%)	27 (8.3%)	45 (9.3%)	50 (9.5%)	92 (13.5%)	29 (18.6%)
Jamais	31 (1.4%)	4 (1.2%)	6 (1.2%)	6 (1.1%)	12 (1.8%)	3 (1.9%)
Je ne me posais pas de questions	85 (3.9%)	25 (7.7%)	20 (4.1%)	24 (4.5%)	14 (2.1%)	2 (1.3%)
Sans avis	3 (0.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (0.4%)	0 (0.0%)	1 (0.6%)
Q10. J'ai reçu des informations sur mon état de santé et mes traitements						
Tout à fait	1 692 (77.7%)	253 (77.6%)	391 (80.6%)	413 (78.1%)	529 (77.6%)	106 (67.9%)
En partie	353 (16.2%)	39 (12.0%)	69 (14.2%)	85 (16.1%)	121 (17.7%)	39 (25.0%)
Pas du tout	69 (3.2%)	10 (3.1%)	12 (2.5%)	11 (2.1%)	28 (4.1%)	8 (5.1%)

	Total (n=2 178)	1-2 jours (n=326)	3-6 jours (n=485)	7-15 jours (n=529)	16-75 jours (n=682)	76+ jours (n=156)
Je ne souhaitais pas avoir d'information	46 (2.1%)	18 (5.5%)	11 (2.3%)	13 (2.5%)	2 (0.3%)	2 (1.3%)
Sans avis	18 (0.8%)	6 (1.8%)	2 (0.4%)	7 (1.3%)	2 (0.3%)	1 (0.6%)
Q11. J'ai été associé(e), tout au long de l'hospitalisation à domicile, aux décisions concernant mes soins et mes traitements						
Tout à fait	1 767 (81.1%)	279 (85.6%)	410 (84.5%)	437 (82.6%)	531 (77.9%)	110 (70.5%)
En partie	279 (12.8%)	25 (7.7%)	48 (9.9%)	64 (12.1%)	108 (15.8%)	34 (21.8%)
Pas du tout	93 (4.3%)	10 (3.1%)	16 (3.3%)	16 (3.0%)	40 (5.9%)	11 (7.1%)
Je ne souhaitais pas être associé(e)	14 (0.6%)	5 (1.5%)	4 (0.8%)	4 (0.8%)	1 (0.1%)	0 (0.0%)
Sans avis	25 (1.1%)	7 (2.1%)	7 (1.4%)	8 (1.5%)	2 (0.3%)	1 (0.6%)
Q12. Mes proches ont reçu les informations dont ils avaient besoin pour prendre soin de moi						
Tout à fait	1 424 (65.4%)	167 (51.2%)	310 (63.9%)	368 (69.6%)	475 (69.6%)	104 (66.7%)
En partie	196 (9.0%)	22 (6.7%)	37 (7.6%)	37 (7.0%)	74 (10.9%)	26 (16.7%)
Pas du tout	114 (5.2%)	18 (5.5%)	28 (5.8%)	21 (4.0%)	34 (5.0%)	13 (8.3%)
Je ne voulais pas	25 (1.1%)	4 (1.2%)	6 (1.2%)	3 (0.6%)	10 (1.5%)	2 (1.3%)
Pas concerné(e)	410 (18.8%)	112 (34.4%)	102 (21.0%)	99 (18.7%)	87 (12.8%)	10 (6.4%)
Sans avis	9 (0.4%)	3 (0.9%)	2 (0.4%)	1 (0.2%)	2 (0.3%)	1 (0.6%)
Q13. Mes douleurs ont été prises en charge par les professionnel(le)s						
Toujours	1 418 (65.1%)	167 (51.2%)	310 (63.9%)	347 (65.6%)	474 (69.5%)	120 (76.9%)
Parfois	202 (9.3%)	25 (7.7%)	33 (6.8%)	41 (7.8%)	80 (11.7%)	23 (14.7%)

	Total (n=2 178)	1-2 jours (n=326)	3-6 jours (n=485)	7-15 jours (n=529)	16-75 jours (n=682)	76+ jours (n=156)
Jamais	35 (1.6%)	7 (2.1%)	7 (1.4%)	6 (1.1%)	12 (1.8%)	3 (1.9%)
Je n'avais pas de douleurs	513 (23.6%)	123 (37.7%)	133 (27.4%)	134 (25.3%)	113 (16.6%)	10 (6.4%)
Sans avis	10 (0.5%)	4 (1.2%)	2 (0.4%)	1 (0.2%)	3 (0.4%)	0 (0.0%)
Q14. Mes inquiétudes ont été prises en compte par les professionnel(le)s						
Toujours	1 528 (70.2%)	194 (59.5%)	336 (69.3%)	398 (75.2%)	492 (72.1%)	108 (69.2%)
Parfois	255 (11.7%)	28 (8.6%)	48 (9.9%)	49 (9.3%)	102 (15.0%)	28 (17.9%)
Jamais	54 (2.5%)	4 (1.2%)	11 (2.3%)	10 (1.9%)	20 (2.9%)	9 (5.8%)
Je n'avais pas de d'inquiétudes	327 (15.0%)	98 (30.1%)	88 (18.1%)	68 (12.9%)	63 (9.2%)	10 (6.4%)
Sans avis	14 (0.6%)	2 (0.6%)	2 (0.4%)	4 (0.8%)	5 (0.7%)	1 (0.6%)
Q15. Je me suis senti(e) entre de bonnes mains						
Tout à fait	1 897 (87.1%)	299 (91.7%)	442 (91.1%)	470 (88.8%)	562 (82.4%)	124 (79.5%)
En partie	228 (10.5%)	23 (7.1%)	32 (6.6%)	48 (9.1%)	97 (14.2%)	28 (17.9%)
Pas du tout	47 (2.2%)	4 (1.2%)	9 (1.9%)	9 (1.7%)	21 (3.1%)	4 (2.6%)
Sans avis	6 (0.3%)	0 (0.0%)	2 (0.4%)	2 (0.4%)	2 (0.3%)	0 (0.0%)
Q16. Je me suis senti(e) en sécurité						
Tout à fait	1 903 (87.4%)	295 (90.5%)	434 (89.5%)	472 (89.2%)	568 (83.3%)	134 (85.9%)
En partie	218 (10.0%)	27 (8.3%)	38 (7.8%)	42 (7.9%)	93 (13.6%)	18 (11.5%)
Pas du tout	48 (2.2%)	3 (0.9%)	12 (2.5%)	10 (1.9%)	19 (2.8%)	4 (2.6%)
Sans avis	9 (0.4%)	1 (0.3%)	1 (0.2%)	5 (0.9%)	2 (0.3%)	0 (0.0%)

	Total (n=2 178)	1-2 jours (n=326)	3-6 jours (n=485)	7-15 jours (n=529)	16-75 jours (n=682)	76+ jours (n=156)
Q17. J'ai été traité(e) avec respect et dignité						
Tout à fait	2 077 (95.4%)	319 (97.9%)	469 (96.7%)	504 (95.3%)	640 (93.8%)	145 (92.9%)
En partie	78 (3.6%)	7 (2.1%)	10 (2.1%)	22 (4.2%)	32 (4.7%)	7 (4.5%)
Pas du tout	21 (1.0%)	0 (0.0%)	6 (1.2%)	2 (0.4%)	9 (1.3%)	4 (2.6%)
Sans avis	2 (0.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.2%)	1 (0.1%)	0 (0.0%)
Q18. J'ai été associé(e) à la décision de la date de fin de mon hospitalisation à domicile						
Tout à fait	1 406 (64.6%)	206 (63.2%)	341 (70.3%)	359 (67.9%)	432 (63.3%)	68 (43.6%)
En partie	245 (11.2%)	20 (6.1%)	41 (8.5%)	56 (10.6%)	94 (13.8%)	34 (21.8%)
Pas du tout	247 (11.3%)	23 (7.1%)	44 (9.1%)	60 (11.3%)	93 (13.6%)	27 (17.3%)
Je ne souhaitais pas être associé(e)	54 (2.5%)	10 (3.1%)	16 (3.3%)	14 (2.6%)	10 (1.5%)	4 (2.6%)
Sans avis	226 (10.4%)	67 (20.6%)	43 (8.9%)	40 (7.6%)	53 (7.8%)	23 (14.7%)
Q19. J'ai été informé(e) suffisamment tôt de la date de fin de mon hospitalisation à domicile						
Tout à fait	1 479 (67.9%)	225 (69.0%)	387 (79.8%)	368 (69.6%)	427 (62.6%)	72 (46.2%)
En partie	244 (11.2%)	18 (5.5%)	25 (5.2%)	64 (12.1%)	112 (16.4%)	25 (16.0%)
Pas du tout	212 (9.7%)	21 (6.4%)	30 (6.2%)	50 (9.5%)	77 (11.3%)	34 (21.8%)
Sans avis	243 (11.2%)	62 (19.0%)	43 (8.9%)	47 (8.9%)	66 (9.7%)	25 (16.0%)
Q20. J'ai été associé(e) à la mise en place de soins ou de services après la fin de mon hospitalisation à domicile (médecin, kinésithérapeute, infirmier(ère), sage-femme, aide-soignant(e),						

	Total (n=2 178)	1-2 jours (n=326)	3-6 jours (n=485)	7-15 jours (n=529)	16-75 jours (n=682)	76+ jours (n=156)
assistant(e) social(e), psychologue, bénévole, aidant(e), ...)						
Tout à fait	1 030 (47.3%)	111 (34.0%)	244 (50.3%)	255 (48.2%)	355 (52.1%)	65 (41.7%)
En partie	190 (8.7%)	21 (6.4%)	26 (5.4%)	43 (8.1%)	79 (11.6%)	21 (13.5%)
Pas du tout	179 (8.2%)	19 (5.8%)	30 (6.2%)	42 (7.9%)	68 (10.0%)	20 (12.8%)
Je ne souhaitais pas être associé(e)	21 (1.0%)	1 (0.3%)	7 (1.4%)	3 (0.6%)	8 (1.2%)	2 (1.3%)
Pas concerné(e)	687 (31.5%)	159 (48.8%)	161 (33.2%)	174 (32.9%)	154 (22.6%)	39 (25.0%)
Sans avis	71 (3.3%)	15 (4.6%)	17 (3.5%)	12 (2.3%)	18 (2.6%)	9 (5.8%)
Q21. Quelle est votre opinion générale sur l'ensemble de votre hospitalisation à domicile ?						
Mauvaise	35 (1.6%)	3 (0.9%)	6 (1.2%)	9 (1.7%)	14 (2.1%)	3 (1.9%)
Faible	44 (2.0%)	7 (2.1%)	5 (1.0%)	6 (1.1%)	21 (3.1%)	5 (3.2%)
Moyenne	111 (5.1%)	10 (3.1%)	23 (4.7%)	24 (4.5%)	39 (5.7%)	15 (9.6%)
Bonne	673 (30.9%)	93 (28.5%)	142 (29.3%)	150 (28.4%)	232 (34.0%)	56 (35.9%)
Excellente	1 309 (60.1%)	211 (64.7%)	308 (63.5%)	339 (64.1%)	374 (54.8%)	77 (49.4%)
Sans avis	6 (0.3%)	2 (0.6%)	1 (0.2%)	1 (0.2%)	2 (0.3%)	0 (0.0%)

Annexe 3. Description de la part des séjours se terminant par le décès du patient par champ de soins

	HAD (n= 267 145 séjours) ¹	MCO (n= 28 028 137 séjours) ¹	SMR (n= 879 999 séjours) ¹
Nombre de séjours se terminant par le décès du patient²	40 700 (15%)	325 003 (1%)	37 266 (4%)

1. Source : données d'activité du PMSI HAD 2021, PMSI MCO 2021, PMSI SMR 2020 (hospitalisations complètes pour SMR).

2. Nombre de séjours dont le mode de sortie du séjour est codé « Décès ».

Références bibliographiques

1. Caplan GA, Sulaiman NS, Mangin DA, Aimonino Ricauda N, Wilson AD, Barclay L. A meta-analysis of "hospital in the home". *Med J Aust* 2012;197(9):512-9.
<http://dx.doi.org/10.5694/mja12.10480>
2. Qaddoura A, Yazdan-Ashoori P, Kabali C, Thabane L, Haynes RB, Connolly SJ, *et al.* Efficacy of hospital at home in patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 2015;10(6):e0129282.
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0129282>
3. Leong MQ, Lim CW, Lai YF. Comparison of Hospital-at-Home models: a systematic review of reviews. *BMJ Open* 2021;11(1):e043285.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043285>
4. Haute Autorité de Santé. Qualité des soins perçue par le patient – Indicateurs PROMs et PREMs. Panorama d'expériences étrangères et principaux enseignements. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-07/rapport_panorama_proms_premis_2021.pdf
5. Haute Autorité de Santé. Guide méthodologique. Dispositif national de mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients : e-Satis. Développement et validation du dispositif. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/guide_methodologique_esatis_2019.pdf
6. Jenkinson C, Coulter A, Bruster S. The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *Int J Qual Health Care* 2002;14(5):353-8.
<http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/14.5.353>
7. Teale EA, Young JB. A Patient Reported Experience Measure (PREM) for use by older people in community services. *Age Ageing* 2015;44(4):667-72.
<http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afv014>
8. NHS Benchmarking Network. National audit of intermediate care [En ligne]. London: NHS.
<https://www.nhsbenchmarking.nhs.uk/naic>
9. Cinocca S, Rucci P, Randazzo C, Teale E, Pianori D, Ciotti E, *et al.* Validation of the Italian version of the Patient Reported Experience Measures for intermediate care services. *Patient Prefer Adherence* 2017;11:1671-6.
<http://dx.doi.org/10.2147/ppa.S140041>
10. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)* 2000;25(24):3186-91.
<http://dx.doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
11. Chua CMS, Ko SQ, Lai YF, Lim YW, Shorey S. Perceptions of hospital-at-home among stakeholders: a meta-synthesis. *J Gen Intern Med* 2022;37(3):637-50.
<http://dx.doi.org/10.1007/s11606-021-07065-0>
12. Rossinot H, Marquestaut O, de Stampa M. The experience of patients and family caregivers during hospital-at-home in France. *BMC Health Serv Res* 2019;19(1):470.
<http://dx.doi.org/10.1186/s12913-019-4295-7>
13. Vach W, Wehberg S, Güntert B, Jakob M, Luta G. Healthcare provider profiling: fixing observation period or fixing sample size? *BMJ Open Qual* 2022;11(2):e001588.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-001588>

Participants

Groupe de travail

M. Valentin DAUCOURT, méthodologiste, Besançon

Mme Isabelle GASQUET, méthodologiste, Paris

Mme Olivia GROSS, représentant d'usagers, Paris

M. Joseph HAJJAR, représentant d'usagers, Pau

M. Marc HERY, représentant d'usagers, Le Perreux

Mme Dominique LAMARCHE, représentant d'usagers, Paris

Mme Martine SENE BOURGEOIS, représentant d'usagers, Paris

M. Joaquim SOARES LEAO, représentant d'usagers, Chambéry

M. Antoine VANIER, méthodologiste, Nantes

M. Benoît WARNERY, représentant d'usagers, Antibes

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Abréviations et acronymes

ATIH	Agence technique de l'information hospitalière
e-Satis	Dispositif de mesure de l'expérience et de la satisfaction des patients
e-Satis +48h MCO	Enquête e-Satis pour les patients à la suite d'un court séjour en médecine, chirurgie, obstétrique
e-Satis CA	Enquête e-Satis pour les patients à la suite d'une intervention en chirurgie ambulatoire
e-Satis HAD	Expérimentation e-Satis pour les patients à la suite d'une hospitalisation à domicile
e-Satis SMR	Enquête e-Satis pour les patients à la suite d'un séjour en soins médicaux et de réadaptation
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé
IQSS	Indicateur de qualité et de sécurité des soins
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PREMs	Patient-Reported Experience Measures

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

