



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

Pour l'obtention du grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Jean-Sébastien WUST

le 13 novembre 2013

**L'HOSPITALISATION A DOMICILE
EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

Convention Tripartite HAD-SAU-EHPAD messine

Examineurs de la thèse :

M. Athanase BENETOS
M. Yves MARTINET
M. Pierre KAMINSKY
Mme Sophie SIEGRIST

Professeur
Professeur
Professeur
Docteur en médecine

Président
Juge
Juge
Directrice

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Pédagogie » : **Mme la Professeure Karine ANGIOI**
Vice-Doyen Mission « Sillon lorrain » : **Mme la Professeure Annick BARBAUD**
Vice-Doyen Mission « Finances » : **Professeur Marc BRAUN**

Assesseurs :

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUÉL
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
• « <i>DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques</i> »	
• « <i>DES Spécialité Médecine Générale</i> »	Professeur Paolo DI PATRIZIO
- Commission de Prospective Universitaire :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Relations Internationales :	Professeur Jacques HUBERT
- Universitarisation des études paramédicales et gestion des mono-appartenants :	M. Christophe NEMOS
- Vie Étudiante :	Docteur Stéphane ZUILY
- Vie Facultaire :	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Étudiants :	M. Xavier LEMARIE

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
 Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
 Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER
 Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
 Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
 Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
 Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE
 Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN
 Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE
 Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN
 Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL
 Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND
 René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
 Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT
 Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL
Professeur Michel BOULANGE – Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ
Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD
Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET
Professeur Michel WAYOFF

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : *(Anatomie)*

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : *(Cytologie et histologie)*

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : *(Radiologie et imagerie médecine)*

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : *(Physiologie)*

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : *(Biologie Cellulaire)*

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : *(Nutrition)*

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : *(Parasitologie et Mycologie)*

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : *(Médecine et santé au travail)*

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS
Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET
Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)
Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

3^{ème} sous-section : (Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteure Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

DEDICACES

A Monsieur le Professeur Athanase BENETOS,
Professeur de Médecine Interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement.

Pour nous avoir fait l'honneur de présider notre jury de thèse,
Pour vos conseils avisés et rigoureux et pour votre disponibilité,
Nous vous présentons nos plus sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Yves MARTINET,
Professeur de Pneumologie
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Pour avoir bien voulu siéger à notre jury de thèse,
Veuillez accepter notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Pierre KAMINSKY,
Professeur de Médecine Interne.

Pour avoir accepté de participer à notre jury de thèse,
Nous vous en remercions vivement.

A Madame le Docteur Sophie SIEGRIST,
Médecin Généraliste, Maître de conférences associée du Département de Médecine
Générale de la Faculté de Médecine de Nancy

Pour nous avoir soumis ce sujet de thèse et en avoir accepté la direction.

Pour votre encadrement, vos conseils, votre soutien et votre disponibilité
tout au long de ce travail.

Pour votre enthousiasme communicatif à l'égard de la médecine générale et
de l'HAD.

Veuillez accepter l'expression sincère de notre gratitude.

A Monsieur le Docteur Christian HULLEN,

Pour ce que vous êtes et ce que vous représentez, et pour m'avoir transmis
une partie de votre savoir et de votre passion.
Merci pour votre bienveillance et pour avoir participé à notre travail.

A Monsieur le Docteur Michel AUSSEDAT,

Pour nous avoir accueilli avec chaleur et enthousiasme, et pour toute l'aide
précieuse que vous nous avez apportée.
Veuillez accepter nos remerciements.

A Karine, pour avoir cru en moi durant cette longue période, pour les moments difficiles qu'on a su traverser ensemble, pour ton soutien indéfectible, ta patience et pour tout le reste. Mes remerciements vont au-delà des mots.

A mes parents, qui par leur éducation et leur exemple ont fait de moi ce que je suis et qui veillent sur moi depuis toujours.

A ma mère qui m'a encore soutenu lors de la réalisation de ce travail. J'aimerais te remercier infiniment pour tout ce que tu as fait.

A mon père, qui était fier de mes études et qui aurait été le plus heureux des hommes s'il avait pu assister à leur aboutissement.

A mon frère, qui m'a servi de modèle tout au long de ma scolarité et de mes études supérieures. Il m'a montré qu'à force de travail rien n'était impossible.

A Jérôme, Sébastien, Aurélie, les 2 Céline, Ramsey... pour avoir traversé avec moi ces longues années d'études de médecine.

Au Professeur Yves MARTINET, pour votre attitude admirable lors du drame qui m'a frappé durant le stage d'interne que j'ai effectué dans votre service, j'ai ici l'occasion de vous en remercier.

Au Docteur Paul LESOURD, pour avoir fait naître en moi la vocation et pour vos conseils avisés lors de mes premiers pas de remplaçant.

Au Docteur Jean-Jacques NAUDIN, pour votre formation et votre enseignement de la médecine générale.

A toute l'équipe de l'HAD de Metz, pour le moment de vie que j'ai passé auprès de vous, pour votre accueil, pour votre cohésion magnifique. Pour tous ces moments mémorables qui resteront gravés, je vous remercie et surtout ne changez pas.

A toute ma famille et à tous ceux qui sont présents dans mon cœur mais que je n'ai pas cités.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur anatomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »

LISTE DES ABREVIATIONS	17
INTRODUCTION	18
1ERE PARTIE – PRESENTATION DE L’HAD	19
1. Historique	21
2. Définition et champs d’intervention de l’HAD	25
2.1 Définition	26
2.2 Champs d’intervention de l’HAD	27
3. Les intervenants	27
3.1 Le médecin traitant	27
3.2 Le médecin coordonnateur	28
3.3 Le médecin hospitalier	29
3.4 L’équipe paramédicale	29
3.4.1 Les infirmières diplômées d’Etat	30
3.4.2 L’infirmière coordinatrice	30
3.4.3 L’assistante sociale	30
4. Modalités pratiques	31
4.1 L’entrée en HAD	31
4.2 Le séjour en HAD	31
4.3 La sortie d’HAD	32
5. Financement	33
6. Facteurs limitants et facteurs de développement de l’HAD	34
6.1 Facteurs limitants	34
6.1.1 Le patient et son entourage	34
6.1.2 Les médecins hospitaliers	35
6.1.3 Les médecins généralistes	35
6.2 Les facteurs permettant le développement de l’HAD	36

6.2.1 Législatifs	36
6.2.2 Médicaux	36
6.2.3 Financiers	37
7. L'HAD en France	38
7.1 Répartition de la dynamique de l'offre d'HAD par région	40
7.2 Analyse structurelle des établissements d'HAD	40
7.3 Données démographiques	41
8. L'HAD en région Lorraine	41
9. Activité de l'HAD en Lorraine	44
10. L'HAD de l'Agglomération Messine (HADAM)	44
10.1 Structure	44
10.2 Secteur d'intervention	45
10.3 Intervenants libéraux	46
10.3.1 Les médecins généralistes	46
10.3.2 Les libéraux paramédicaux	46
10.4 Satisfaction des patients	46
10.5 L'HADAM en EHPAD	47
2EME PARTIE – L'HAD EN EHPAD - CONVENTION TRIPARTITE HAD-SAU-EHPAD	48
1. Les EHPAD	49
1.1 Définition	49
1.2 Intervenants	50
1.2.1 Le médecin traitant	50
1.2.2 Le médecin coordonnateur de l'EHPAD	51
1.2.3 Les intervenants libéraux	52
2. L'HAD en EHPAD	53
2.1 L'intervention de l'HAD en EHPAD – Cadre réglementaire	55
2.2 Modalités pratiques	57
2.3 Bénéfices apportés par l'HAD aux résidents d'EHPAD	59

2.4 Particularités du financement	59
3. La convention tripartite HAD-SAU-EHPAD	60
3.1 Présentation	60
3.2 Création et mise en place	61
3.3 Convention cadre	62
3.3.1 Objectifs de la convention cadre	62
3.3.2 Modalités de déclenchement de l'urgence	62
3.3.3 Engagement des signataires	62
3.3.4 Formation du personnel des EHPAD	63
3.3.5 En pratique	63
3.4 Formalités administratives	63
3.5 Evolution de la convention cadre : l'urgence chez un patient bénéficiant d'une HAD	64
3.5.1 Modalités de déclenchement de l'urgence	65
3.5.2 Modalités de transfert de l'information en cas d'urgence	66
3EME PARTIE – UTILISATION DE LA CONVENTION TRIPARTITE HAD-SAU-EHPAD EN LORRAINE BENEFICES ET DIFFICULTES D'APPLICATION	68
1. Contexte	69
1.1 Vieillesse de la population	69
1.2 Fonctionnement du système actuel	69
2. Justification de notre étude	70
3. Objectif du travail	72
4. Méthodologie	73
5. Résultats	74
5.1 Etude PLEIAD	74
5.1.1 Bilan synthétique de l'étude PLEIAD	74
5.1.2 Points négatifs du système soulevés par l'étude	77
5.2 Résultats relatifs à la convention tripartite pour l'HADAM sur 2 ans (2011-2012)	77
5.2.1 Patients ayant bénéficié de la convention tripartite en 2011 et 2012	77
5.2.2 Cas cliniques	78

5.2.3 Analyse des cas traités	81
5.2.4 Remarques	81
6. Entretiens	82
6.1 Synthèse des freins et facteurs favorisant l'utilisation de cette convention	82
6.1.1 Les freins identifiés	82
6.1.2 Les facteurs favorables	83
4EME PARTIE – DISCUSSION ET PROPOSITIONS POUR L'AVENIR	85
1. Discussion	86
2. Proposition	89
2.1 Promouvoir l'HAD	89
2.2 Formation spécifique au niveau du Service d'Accueil des Urgences	90
2.3 Création d'une question d'internat	90
3. Actualités récentes – Ouverture	91
3.1 Actualités récentes	91
3.2 Ouverture	92
CONCLUSION	93
BIBLIOGRAPHIE	95
ANNEXES	
ANNEXE 1	99
ANNEXE 2	100
ANNEXE 3	106

Liste des Abréviations :

ARS	Agence Régionale de Santé
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
DDASS	Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
EHPA(D)	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées (Dépendantes)
EV'HAD	Hospitalisation A Domicile de l'Est Vosgien
FNEHAD	Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile
GEP	Gastrostomie Endoscopique Percutanée
GHM	Groupe Homogène de Malades
GHPC	Groupe Homogène de Prise en Charge
GHS	Groupe Homogène de Séjours
GHT	Groupe Homogène de Tarifs
GIR	Groupe Iso Ressources
HAD	Hospitalisation A Domicile
HADAM	Hospitalisation A Domicile de l'Agglomération Messine
HADAN	Hospitalisation A Domicile de l'Agglomération Nancéenne
HADOV	Hospitalisation A Domicile de l'Ouest Vosgien
HPM	Hôpitaux Privés de Metz
HPST	Hôpital, Patient, Santé, Territoire (loi)
IDE	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
IK	Indice de Karnofsky
IV	Intra-Veineuse
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
KPMG	Réseau mondial de prestations de services d'audit, fiscaux et de conseil
MA	Mode de prise en charge Associé
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MDR	Maison De Retraite
MP	Mode de prise en charge Principal
RPSS	Résumés Par Sous-Séquences
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SASPAS	Stage Ambulatoire en Soins Primaires En Autonomie Supervisée
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
T°C	Température
VAC	Vacuum Assisted Closure
VVP	Voie Veineuse Périphérique

Introduction

Les progrès de la médecine moderne et notre mode de vie ont favorisé l'allongement de l'espérance de vie. Le vieillissement croissant de la population française et l'augmentation de la dépendance qui en découle ne sont pas sans poser des problèmes en termes de santé publique.

Les personnes âgées, en particulier les personnes fragilisées ou en perte d'autonomie, nécessitent une prise en charge spécifique de la part de tous les acteurs de la filière de soins, notamment du médecin généraliste.

Le service d'hospitalisation à domicile (HAD), est un service polyvalent permettant à domicile la réalisation de soins de niveau hospitalier, tels que les soins de nursing lourds, les pansements complexes, la prise en charge de la douleur et les soins palliatifs entre autres.

L'HAD apporte une réponse au médecin généraliste qui doit parfois faire face à la fragilisation, à la dépendance, et parfois au refus de ses patients de se faire hospitaliser en secteur conventionnel. L'exemple le plus parlant étant celui de la fin de vie, où la majorité des patients, bien que nécessitant de nombreux soins, demandent à finir leurs jours chez eux.

L'HAD a connu un développement initial timide et inégal dans notre pays. Depuis quelques années, son essor est cependant florissant avec une implantation départementale proche de 100 %. Cette HAD moderne et polyvalente possède tous les atouts pour se positionner comme une voie évidente permettant d'étoffer les différents modes de prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Notre propos s'intéressera plus spécifiquement aux personnes âgées dépendantes en institutions. Pour les patients en EHPAD, le recours à l'HAD permet d'améliorer la prise en charge en apportant des moyens techniques supplémentaires et le recours à des protocoles de soins spécifiques, une permanence d'entourage et médicale 24h/24 et 7j/7 par une coordination et une prise en charge conjointe avec des confrères spécialistes d'organes tout en laissant le médecin généraliste au centre du dispositif. Par un partenariat avec les Services d'Urgence, l'HAD permet aussi une diminution du recours à l'hospitalisation en service classique et un meilleur confort pour le patient.

Le but de ce travail de thèse est de montrer comment majorer le nombre de patients résidents en EHPAD pouvant bénéficier d'une HAD en lieu et place d'une hospitalisation traditionnelle. En effet, la majorité des résidents d'EHPAD passent par le Service d'Accueil des Urgences (SAU) pour se faire hospitaliser. Or une convention tripartite, mise en place pour la première fois au niveau national en Lorraine, grâce à des accords conclus entre les différents intervenants locaux, permet l'hospitalisation du patient directement en HAD en passant par le SAU.

Dans un premier temps, nous présenterons une définition de l'hospitalisation à domicile et nous indiquerons son mode de fonctionnement. Puis, nous nous intéresserons aux patients en EHPAD, ainsi que les avantages qu'offre l'HAD pour ces patients, en nous appuyant sur le cas spécifique de l'HAD de l'Agglomération Messine (HADAM). Enfin, nous verrons comment et pourquoi la convention tripartite, qui unie le SAU, les structures d'EHPAD et l'HADAM, a été créée, les bénéfices qu'elle apporte aux patients et à la filière de soins gériatriques, et nous chercherons à identifier les freins qui peuvent exister, empêchant sa plus large utilisation.

1ère partie :

Présentation de l'HAD

1. Historique ⁽¹⁾ :

La première évocation de soins à domicile remonte à 1791 avec le Duc de La Rochefoucauld-Liancourt, président du « Comité de Mendicité » à l'Assemblée Constituante.

Il faudra ensuite attendre 1928 pour que trois pédiatres fassent ressurgir ce concept en France. Les docteurs Huter, Lesne et Guignon émettent le vœu que soit créé au sein de l'Assistance Publique un corps d'infirmiers chargés d'assurer les soins à domicile et l'éducation des familles.

En 1945, le Professeur Bluestone de l'hôpital Montefiore de New York City fonde le modèle du « Home Care » ou « Home Health Care ».

Ce médecin, directeur de l'établissement, est frappé par le décalage existant entre les capacités d'accueil de l'hôpital et les besoins auxquels il doit faire face.

Il imagine alors un système de prise en charge des patients alternant séjours hospitaliers pour les traitements lourds et le maintien à domicile pour les phases de soins de suite.

Toutefois, le médecin libéral est exclu de ce concept, le « home care » reposant sur le principe du déplacement du médecin hospitalier.

C'est sur ce modèle que la France, confrontée aux mêmes problèmes d'engorgements de certains hôpitaux, engage des réflexions sur la possibilité de soigner des patients à domicile à partir des années 50.

Une première expérience d'HAD en 1951 est alors menée par le Pr Siguier de l'hôpital de Tenon de Paris, aidé dans sa tâche par un administrateur de l'Assistance Publique, M. Esteve.

En 1957, le premier service d'hospitalisation à domicile, au sens moderne du terme, est créé par l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, hôpital Tenon, sur la base d'une convention avec la caisse régionale d'assurance maladie, qui inclue la médecine libérale. Son rôle est d'assurer une continuité des soins en s'appuyant sur le réseau de médecine libérale.

L'année suivante, en 1958, une seconde structure est créée à Puteaux par le Pr Denoix, directeur de l'Institut Gustave Roussy de Villejuif. Il s'agit d'une association de statut privé à but non lucratif, destinée dans un premier temps à des patients atteints de cancer.

Une convention sera signée en 1961 entre ces 2 premières structures d'HAD.

Ce sera toutefois la Loi hospitalière du 31 décembre 1970 ⁽²⁾ qui permettra à l'HAD de bénéficier d'une reconnaissance légale : « les services des centres hospitaliers peuvent se prolonger à domicile, sous réserve du consentement du malade ou de sa famille, pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant ».

En 1973, les différents organismes d'HAD publics ou privés à but non lucratif se regroupent et forment la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD).

Puis, en l'absence de décret d'application de la Loi de 1970, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés fixe les règles de création et de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile par la circulaire du 29 octobre 1974 ⁽³⁾. Elle précise les critères médicaux et sociaux d'admission des patients, de même que les conditions de prise en charge. Les malades contagieux, psychiatriques, ainsi que les hémodialysés et insuffisants respiratoires sont exclus du champ de l'HAD.

Juridiquement légalisée, mais institutionnellement peu reconnue, l'HAD a des difficultés à trouver sa place dans le paysage sanitaire. Il s'ensuit une période de stagnation relative jusqu'au début des années 1980.

Financés par une tarification à la journée, les hôpitaux n'ont pas d'intérêt à développer des structures extra-hospitalières. Le décret d'août 1983, qui instaure le financement des établissements d'HAD sur la dotation globale hospitalière, ajoute encore un frein. Les études sur l'efficience médico-économique de l'HAD manquent, les médecins hospitaliers sont réticents face à cet hôpital « hors des murs » et les indications médicales de l'hospitalisation à domicile sont restreintes. Une admission en HAD ne peut être que le prolongement d'une hospitalisation classique, ce qui exclut la prescription émanant d'un médecin de ville.

Cet état de fait ne favorise pas le développement de l'HAD, et on ne compte que 28 services en 1985.

Une première ouverture se produit en 1986 avec la circulaire du 12 mars 1986 ⁽⁴⁾ du Ministère des Affaires Sociales et Sanitaires qui supprime le passage préalable par l'hospitalisation conventionnelle. En effet, une simple consultation externe est désormais suffisante pour initier la prise en charge à domicile. Par ailleurs, le champ d'intervention de l'HAD est étendu à tous les patients ; toutefois les malades de psychiatrie en sont toujours exclus.

La Loi du 31 juillet 1991 ⁽⁵⁾ constitue une étape majeure en reconnaissant l'HAD comme une alternative à part entière à l'hospitalisation traditionnelle : les structures dites « d'hospitalisation à domicile » permettent d'assurer au domicile du malade des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés, pour une période limitée, mais révisable en fonction de son état de santé. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par « la complexité et la fréquence des actes ».

Le texte stipule également que l'hospitalisation à domicile doit être intégrée aux Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS). Ses conditions techniques de fonctionnement seront précisées par le décret du 2 octobre 1992 ⁽⁶⁾.

Cette Loi introduit en outre des nouveautés comme :

- **la possibilité pour un médecin libéral de prescrire l'HAD**
- l'obligation de disposer d'un médecin coordinateur au sein de la structure
- la nécessité de **la permanence et de la continuité des soins**.

A la suite de cette promulgation, l'HAD est inscrite dans la carte sanitaire au titre des lits de médecine. Afin de réguler le système de soins, un taux de change est institué : la création d'une place en HAD doit être accompagnée de la fermeture de deux lits d'hospitalisation classique, ce qui instaure une concurrence entre HAD et hôpital et freine de nouveau son développement. Pour les professionnels de santé hospitaliers, cette obligation d'équivalence est ressentie comme une perte de prestige pour leur service. En effet, alors qu'à l'époque l'importance d'un service s'appréciait en nombre de lits, accepter de fermer des places pour les « offrir » à un système méconnu et à la médecine de ville est mal vécu.

Le décret du 17 mars 1993 ⁽⁷⁾ précise que chaque structure d'hospitalisation à domicile intervient dans une aire géographique précise.

L'HAD poursuivra cependant son expansion avec 68 structures, pour un total de 3 908 places en juin 1999.

La circulaire DH/E02/2000/295 du 30 mai 2000 ⁽⁸⁾ et la circulaire complémentaire du 30 mai 2000 ⁽⁹⁾ structurent le contenu des prises en charge et sont à la base du fonctionnement de tous les établissements d'HAD.

L'ordonnance du 4 septembre 2003 ⁽¹⁰⁾ portant simplification de l'organisation et de la méthode de fonctionnement du système de santé fait disparaître le taux de change qui imposait la disparition de 2 lits d'hospitalisation avant toute création d'1 lit d'HAD.

C'est en 2003 également que la **faculté de médecine de Nancy**, en accord avec l'ARH, ouvre les stages d'internes au service d'HAD pour la première fois en France. Il faudra en effet attendre 2009 et la loi HPST pour que cette démarche soit officialisée au niveau national.

La Circulaire du 4 février 2004 de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins définit les modalités de prise en charge en HAD. Un des objectifs de ce texte est de répondre à la demande des patients et de diminuer la durée de séjour en hospitalisation classique.

La Circulaire du 1^{er} décembre 2006 ⁽¹¹⁾ insiste sur le caractère polyvalent et généraliste de l'hospitalisation à domicile et son positionnement au sein d'une offre locale de soins. Elle précise également les obligations et le rôle des acteurs de l'HAD.

Les décrets du 22 février 2007 et 30 avril 2007, ainsi que la circulaire DHOS du 5 octobre 2007 ⁽¹²⁾ autorisent l'HAD à intervenir au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées, qu'elles soient dépendantes ou non (EPA/EPHAD), et précisent les modalités de mise en œuvre.

En juillet 2009, la Loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) ⁽¹³⁾ reconnaît l'HAD comme un mode d'hospitalisation à part entière et garantit la protection de l'appellation « Hospitalisation A Domicile »

2. Définition et champs d'intervention de l'HAD

2.1. Définition

L'hospitalisation à domicile est une « *hospitalisation à part entière qui permet d'assurer, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés en associant le médecin hospitalier, le médecin traitant et tous les professionnels paramédicaux et sociaux* » (loi HPST ¹³).

Elle concerne des patients de tous âges atteints de pathologies graves aiguës ou chroniques, de maladies évolutives ou instables, ainsi que de pertes d'autonomie, qui seraient normalement hospitalisés en établissement de santé traditionnel ⁽⁸⁾. Sont exclues les pathologies d'ordre mental.

Les soins apportés « *se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes réalisés* » ⁽¹³⁾. Le patient bénéficie de techniques et de traitements de niveau hospitalier.

Selon le Code de Santé Publique, les structures d'HAD sont soumises aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers privés et publics avec hébergement. Elles sont tenues d'assurer la continuité et la permanence des soins 24h/24 et 7j/7.

Elles doivent aussi mettre en place des mesures contre les infections nosocomiales. Elles sont certifiées par la Haute Autorité de Santé et agréées par les Agences Régionales d'Hospitalisations, ce qui assure au malade une offre de soins de qualité.

2.2. Champs d'intervention de l'HAD

L'HAD s'adresse à **tous les patients qui relèvent d'une surveillance de soins actifs**. Elle se fonde sur un **projet thérapeutique** et non pas diagnostique.

En améliorant le confort du patient, **l'HAD permet de raccourcir ou d'éviter l'hospitalisation en service de soins aigus ou de soins de suite et de réadaptation**, en assurant à ce dernier le même protocole de soins que celui qui lui serait dispensé en établissement classique.

Les services à la personne, les prestataires de matériel médical, les réseaux, le maintien à domicile des personnes âgées ne doivent pas être assimilés à l'hospitalisation à domicile.

Les séjours en HAD sont catégorisés selon :

- le **type de soins** administrés
- le **mode de prise en charge**
- le **degré de dépendance** du patient.

Les personnes hospitalisées à domicile peuvent bénéficier de trois catégories de soins :

- des **soins ponctuels**, techniques et complexes fréquemment réitérés sur une durée déterminée (souvent pathologie non stabilisée, par exemple en chimiothérapie anticancéreuse) ;
- des **soins continus**, de durée non déterminée, pour des patients ayant une pathologie évolutive, avec soins techniques, soins de nursing ou soins palliatifs par exemple ;
- des **soins de réadaptation** au domicile de durée déterminée après une phase aiguë.

Ne sont pas admis en HAD les malades :

- qui relèvent de soins uniquement à l'acte non coordonnés,
- qui relèvent de soins infirmiers à domicile,
- dont l'état justifie le maintien au sein d'une structure traditionnelle, en raison de la permanence et de la haute technicité des soins dont ils relèvent, ou de l'aggravation ou de l'instabilité de leur état.

Cas particuliers :

Pour les malades qui nécessitent exclusivement une nutrition entérale ou parentérale, ou des moyens de suppléance à une insuffisance rénale ou respiratoire pour lesquels des structures spécialisées les prennent en charge, l'admission en HAD doit être discutée au cas par cas. Il en est de même pour les patients relevant de structures de soins alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie.

En faisant appel aux praticiens libéraux médicaux et paramédicaux pour participer à la réalisation de protocoles hospitaliers, **l'HAD génère une véritable transversalité entre la ville et l'hôpital.**

3. Les intervenants

Le projet thérapeutique, à la fois clinique et psycho-social, dont fait l'objet le patient admis en HAD, nécessite une coordination au sein de l'équipe soignante pluridisciplinaire que nous allons détailler :

3.1 Le médecin traitant

Le médecin traitant est choisi librement par le malade. Qu'il soit ou non le prescripteur initial de l'HAD, il est responsable du suivi médical et de la surveillance des soins du malade en liaison avec le médecin coordonnateur, ainsi que sur le plan pénal.

L'hospitalisation à domicile ne peut se réaliser qu'avec son accord.

Le médecin traitant participe à l'élaboration du protocole de soins et réévalue avec l'équipe d'HAD l'état de santé du patient et adapte le programme de soins en fonction de son évolution, si nécessaire en lien avec le service où le patient a été hospitalisé ⁽¹¹⁾.

Il peut décider de l'hospitalisation, ou de la réhospitalisation, s'il le faut en milieu traditionnel.

Il reçoit les transmissions concernant le patient par l'intermédiaire du médecin coordonnateur.

Lors de chaque visite à domicile, le médecin traitant réévalue l'état de santé de son patient et adapte les traitements en conséquence.

Il peut intervenir à tout moment auprès du malade, mais son action doit répondre à certains critères :

- ✓ Cette intervention peut être préétablie : le nombre de visites est inscrit dans le protocole de soins.
- ✓ Cette visite peut être déclenchée par le service d'HAD, en cas d'urgence en particulier, ou en vue de modifier le programme de soins.
- ✓ Dans tous les cas, la rémunération est à la charge de la structure d'HAD, ou de la caisse lorsqu'il s'agit d'une HAD autonome.
- ✓ La consultation à domicile peut être pratiquée à la demande de la famille pour un événement intercurrent, différent du motif d'admission initial : une feuille de soins est alors établie afin de demander le remboursement à l'assurance maladie.

Ces dispositions font avantageusement l'objet d'un contrat entre le médecin traitant et la structure d'hospitalisation à domicile.

Il faut noter que le médecin n'est jamais isolé dans ce dispositif et qu'il peut solliciter les avis de ses confrères spécialistes, contrairement à ce que craignaient à l'époque certains médecins dans un article paru en 2008 dans *Le Généraliste* ⁽¹⁴⁾.

Bien qu'il n'en soit pas toujours l'initiateur, il peut mettre fin à tout moment à l'HAD s'il considère que celle-ci n'est plus adaptée à l'état du patient.

3.2 Le médecin coordonnateur

Pour le fonctionnement adapté de l'HAD, le médecin coordonnateur remplit les fonctions suivantes :

- Le médecin coordonnateur est le référent médical dans le respect des règles professionnelles et déontologiques qui régissent l'HAD.

- Il émet un avis pour toute admission et sortie d'un patient de la structure. Il s'appuiera pour cette décision sur le protocole de soins proposé en début d'hospitalisation.
- Il ne prescrit pas, sauf en cas d'urgence. En qualité de signataire du protocole de soins, il est le garant de sa bonne exécution et de son adaptation au cours du séjour.
- Il contribue, par la mise en place de procédures formalisées, à l'échange d'informations nécessaires à une prise en charge globale et coordonnée du patient.
- Il a un rôle de formateur auprès de l'équipe soignante.
- Il assure les contacts entre les médecins libéraux et hospitaliers.
- Il participe à l'évaluation de la qualité du service d'HAD.
- Il participe aux décisions stratégiques de la structure.

3.3 Le médecin hospitalier

Il peut être le prescripteur initial ou non de l'hospitalisation. Ensuite il aura essentiellement deux fonctions :

- Il élabore le protocole de soins et assure le suivi régulier en consultation ou en hospitalisation de jour. Il s'engage à réhospitaliser le patient si nécessaire.
- Il donne son avis en tant que spécialiste d'organe, en relation avec le médecin coordonnateur de l'HAD, qui diffuse ensuite les informations au restant de l'équipe et au médecin traitant via les transmissions.

3.4 L'équipe paramédicale

L'équipe est en général composée d'infirmières de service et d'une infirmière coordinatrice, mais elle peut faire appel ponctuellement ou de manière organisée à des intervenants libéraux.

3.4.1 Les infirmières diplômées d'Etat :

- Elles réalisent les soins au domicile du patient, qu'il s'agisse de soins techniques, d'hygiène ou de confort.
- Elles sont le lien entre le patient, son entourage et la structure d'HAD, avec un rôle de soutien psychologique lorsque cela est nécessaire.
- Elles transmettent l'état de santé du patient (amélioration, dégradation, etc.) à l'équipe toute entière, notamment l'infirmière et le médecin coordonnateur et peuvent joindre directement le médecin traitant si la situation l'exige.

3.4.2 L'infirmière coordinatrice :

- Elle réalise une enquête au domicile du patient avant son admission définitive en HAD afin de prévoir les conditions d'accueil et le matériel à installer sur place ; si elle juge qu'il existe des obstacles environnementaux à la bonne exécution du protocole de soin, l'HAD peut être refusée.
- Participe à l'évaluation et à la prise en charge du patient.
- Peut demander l'intervention de professions paramédicales libérales (kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, etc.).
- Coordonne et anime les activités de l'équipe soignante.

3.4.3 L'assistante sociale :

- Elle réalise également une enquête auprès du patient, soit directement à domicile, soit par téléphone pour évaluer sa situation socio-économique et engager les démarches auprès des prestataires sociaux si nécessaire.
- Elle est sollicitée par l'équipe soignante régulièrement et participe aux réunions de service.

4. Modalités pratiques

4.1 L'entrée en HAD

Le patient entrant en HAD doit nécessairement être atteint d'une pathologie relevant d'une hospitalisation de court ou moyen séjour. Il s'agit d'une prescription médicale du médecin généraliste ou du médecin hospitalier. L'accord du patient et/ou de sa famille est requis, ainsi que celui du médecin traitant si la prescription n'émane pas de lui.

Un protocole de soins est établi entre le médecin généraliste, le médecin coordonnateur et éventuellement un médecin spécialiste hospitalier. Celui-ci détaille entre autre le mode de traitement, les spécialités médicamenteuses et les actes techniques qui seront appliqués au patient jusqu'à sa sortie d'HAD. Bien entendu, ce protocole est sujet à modification en fonction de l'évolution de la pathologie et après accord du médecin prescripteur initial.

4.2 Le séjour en HAD

Ensuite se sont les infirmières du service qui réalisent à proprement parler l'admission du patient, faisant suite à l'enquête préalable de l'infirmière coordinatrice. Tout le matériel nécessaire est amené au domicile du patient. A chaque passage, les infirmières réalisent les soins demandés par le protocole et relèvent les constantes biologiques du patient. Elles sont attentives à toute plainte du patient ou de son entourage, et surveillent l'évolution favorable ou défavorable de la maladie en dehors des visites du médecin traitant afin d'en avertir ce dernier, ou à défaut le médecin coordonnateur.

Des transmissions quotidiennes se tiennent avec toute l'équipe d'HAD en lieu et place de la traditionnelle visite hospitalière. Celles-ci sont synthétisées et communiquées au médecin traitant régulièrement.

De son côté, le patient peut joindre le service d'HAD à n'importe quel moment de la journée ou de la nuit et 7j/7. En effet, une infirmière et un médecin sont toujours d'astreinte afin de garantir la continuité des soins exigibles de n'importe quel service hospitalier ⁽¹⁵⁾. En cas d'urgence, il existe une convention avec le Service d'Accueil des Urgences que nous détaillerons en troisième partie.

Le patient peut également avoir besoin d'aides extra médicales. C'est pourquoi le service d'HAD peut faire appel à une assistante sociale pour mettre en place des aides ménagères, des services de livraison de repas à domicile ou bien des prestations sociales pouvant être nécessaires pendant le séjour ou à la sortie d'HAD.

Dans ce contexte où de multiples intervenants se succèdent auprès du patient, la bonne tenue du dossier médical est cruciale pour garantir la qualité de la prise en charge, mais également sur le plan médico-légal.

4.3 La sortie d'HAD

Hormis le cas particulier des soins palliatifs, le mode de sortie de l'HAD dépend de l'évolution de la pathologie au cours du séjour. Elle est décidée par le médecin traitant et par le médecin coordonnateur.

◆ L'évolution est entièrement favorable :

Le patient sort de la structure, le matériel d'hospitalisation est retiré du domicile et les suites sont assurées par le médecin traitant selon le schéma classique de la médecine générale. Le patient peut continuer à bénéficier de soins post-hospitaliers, tels que kinésithérapie ou de consultations hospitalières auprès d'un spécialiste.

◆ L'évolution nécessite la poursuite de soins :

Comme expliqué précédemment, l'entrée en HAD repose sur un protocole de soins. Une fois que celui-ci a été mené à bien, l'équipe se réunit et décide, en concertation avec le médecin traitant, de la nécessité ou non de poursuivre l'HAD. Un nouveau protocole de soins faisant suite au premier peut être réalisé. Si le patient nécessite encore pour quelques temps des soins ne relevant plus de la structure d'HAD, un relais par des soins infirmiers à domicile peut être prescrit.

◆ L'évolution est défavorable :

Il se peut qu'en dépit des soins apportés et une modification du protocole de soins afin de s'adapter à la nouvelle situation clinique, une réorientation en service d'hospitalisation traditionnelle soit nécessaire. En effet, les pathologies en cours de bilan ou nécessitant des soins techniques itératifs sont mal adaptées à l'HAD.

5. Financement

L'HAD fonctionne sur un système de financement à l'activité. Il a été mis en place en janvier 2005 en remplacement du contesté système T2A MCO (tarification à l'acte pour les activités de Médecine, Chirurgie et Obstétrique, et depuis mars 2008 MCOO pour odontologie) issu de la réforme hospitalière du « plan Hôpital 2007 ».

Désormais, les ressources sont calculées à partir d'une estimation d'activités et donc de recettes. Le prix de chaque activité est fixé par l'assurance-maladie via le mécanisme des GHM/GHS.

Le PMSI ou Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information, autorisé par la circulaire du 5 août 1986 et rendu indispensable par la loi du 31 juillet 1991, impose aux établissements de santé publics et privés de procéder à l'évaluation de leurs activités de soins. L'analyse des données qu'il fournit permet de classer le séjour de chaque patient au sein d'un *Groupe Homogène de Malades* (GHM).

Ensuite, chaque GHM est associé à son pendant financier, le *Groupe Homogène de Séjour* (GHS), définit par l'assurance maladie. Le GHS est le tarif applicable à un GHM donné.

La liste des couples GHM/GHS est commune pour l'ensemble des établissements de santé en MCOO, qu'ils soient publics ou privés.

Le financement de l'HAD est fondé sur le principe du « tout compris ». Depuis le 1^{er} janvier 2006, l'HAD est soumise à une obligation d'évaluation et d'analyse des activités de soins par un système de *Résumés par sous-séquences* (RPSS), elles-mêmes définies en amont par un *Groupe Homogène de Prise en Charge* (GHPC).

Le GHPC est une combinaison de trois éléments essentiels dans la structuration des activités d'HAD :

- le mode de prise en charge principal (MP),
- le mode de prise en charge associé (MA),
- et un indice de mesure de la dépendance (indice de Karnofsky).

Cette analyse permet de définir un schéma standard de tarification : à chaque GHPC est associé un indice de pondération (durée de prise en charge), donnant un *Groupe Homogène de Tarifs* (GHT), appliqué par l'assurance maladie.

Concrètement, le tarif journalier appliqué englobe toutes les dépenses liées à l'hospitalisation à domicile, et tous les actes et prestations qui y sont délivrés : matériel, mobilier, consommables, examens de laboratoire ou d'imagerie, transports sanitaires et visites du médecin traitant (sauf cas d'HAD autonome où le médecin est indemnisé par la caisse).

Il y a donc un gain considérable sur le prix d'une hospitalisation en secteur classique, car sont exclus du tarif journalier les frais de bouche et d'hôtellerie qui sont à la charge du patient ou de sa famille.

6. Facteurs limitants et facteurs de développement de l'HAD

6.1. Facteurs limitants ⁽¹⁶⁾

6.1.1 Le patient et son entourage

Les facteurs limitants concernent en premier lieu le patient. Celui-ci doit accepter l'HAD ; elle ne lui est jamais imposée. Or, parfois, le patient préfère être hospitalisé en secteur conventionnel, se sentant plus en sécurité, en comparaison avec un système d'hospitalisation qu'il ne connaît pas.

L'entourage familial est souvent nécessaire à la réalisation d'une HAD, notamment dans les pathologies lourdes. Dans ce cas, une personne seule à domicile, sans surveillance continue, ne pourrait pas bénéficier d'une HAD. Parfois, lorsque l'entourage est présent, celui-ci peut être épuisé par l'attention constante que réclame le malade ou les passages jugés trop fréquents des nombreux intervenants à domicile ⁽¹⁷⁾. Les aidants signalent « un surcroît de fatigue, une obligation de présence auprès du patient, une surcharge de travail domestique ainsi qu'un sentiment de privation vis-à-vis de certaines activités ou loisirs » ⁽¹⁸⁾.

Le domicile du patient doit être compatible avec la mise en place de tout le matériel requis par le protocole de soin. Cette évaluation est réalisée lors de l'enquête d'entrée en HAD. Un logement trop exigü ou mal conçu peut empêcher une entrée en HAD, même si toutes les autres conditions médicales sont réunies.

Ce qui est un avantage pour le service d'HAD et pour la collectivité, ne l'est pas forcément pour le patient. En effet, les frais de bouche, d'hôtellerie et d'hygiène sont à sa charge. Cependant, ils sont rarement un frein puisqu'ils ne sont pas majorés par l'hospitalisation. Si le patient nécessite des aides, les services sociaux sont présents. L'APA (Allocation Personne Agée) n'est pas suspendue en HAD, alors qu'elle l'est après 3 semaines d'hospitalisation traditionnelle.

6.1.2 Les médecins hospitaliers

Les autres facteurs freinateurs au développement de l'HAD concernent le corps médical. Il s'agit principalement d'une méconnaissance de cette structure et de son fonctionnement.

Pour les médecins hospitaliers, le cloisonnement ville-hôpital et le modèle hospitalo-centrique reste prédominants. Le manque d'habitude de prescription, la faible connaissance de ses indications et la faible transversalité du modèle hospitalier limite son utilisation.

6.1.3 Les médecins généralistes

Pour les médecins libéraux, il existe des appréhensions à la réalisation de soins lourds de niveau hospitaliers, peu habituels dans la pratique courante, notamment la réalisation de certains gestes techniques complexes. La fin de vie à domicile et la gestion de la douleur sont également source de réticences. Néanmoins, lorsqu'ils ont été formés et qu'ils ont eu une première expérience satisfaisante avec le service, la grande majorité de ces appréhensions tombent. Le dernier point évoqué est l'aspect chronophage des visites à domicile, souvent fréquentes (en moyenne 1 visite hebdomadaire) et longues pour des patients atteints de pathologies lourdes.

6.2. Les facteurs permettant le développement de l'HAD

6.2.1 Législatifs

Le développement de l'HAD, nous l'avons vu, a connu de nombreuses années de stagnation avant qu'une succession de décisions politiques ne lui redonne de l'ampleur. La circulaire ministérielle du 1^{er} décembre 2006 rappelle sa place et son rôle.

Ensuite, l'autorisation au plan national d'intervenir en EHPAD en 2007 (depuis 2003 en Lorraine) a participé à sa diffusion auprès des professionnels de santé hospitaliers et libéraux qui ont pu éviter ou raccourcir les durées d'hospitalisation.

Récemment, la Loi HPST de 2009 reconnaît l'HAD comme une hospitalisation à part entière et en protège l'appellation.

Cette loi permet également aux internes de médecine générale d'y faire un semestre de stage, soit à temps complet, soit par l'intermédiaire d'un SASPAS, qui offre une réelle formation sur le fonctionnement de cette structure. La formation des jeunes médecins est cruciale pour inscrire dans les habitudes le recours à l'HAD, faire tomber les préjugés négatifs et augmenter le nombre de prescriptions émanant des médecins généralistes.

6.2.2 Médicaux

Il existe également de nombreux avantages médicaux au maintien à domicile du patient :

- ☛ Le malade est dans un environnement familial, entouré de ses proches. Comme nous le verrons plus en détail ultérieurement avec l'analyse spécifique de l'HADAM, le taux de satisfaction des patients ayant bénéficié d'une HAD est très élevé, ce qui véhicule une image positive de cette offre de soins.
- ☛ Le patient bénéficie de toute la technicité hospitalière que requiert sa maladie, mais le médecin de famille et l'entourage proche restent au cœur du dispositif de soutien, apportant un meilleur confort à la personne.

- ☛ Les démarches éducatives du patient et de son entourage, les temps d'écoute qui augmentent dès l'amorce d'une phase palliative sont autant de facteurs permettant une prise en charge de qualité.
- ☛ Le médecin généraliste y trouve également avantage, puisque l'HAD représente pour lui la possibilité de soigner ses patients en collaboration avec une équipe organisée, en étroite relation avec le milieu hospitalier.
- ☛ L'HAD répond à la demande des patients qui refusent d'être hospitalisés en secteur conventionnel.
- ☛ L'HAD apporte aussi au médecin un soutien logistique et thérapeutique puisque le séjour repose toujours sur le suivi d'un protocole de soins et que les médecins coordonnateur et/ou hospitalier peuvent être amenés à donner leur avis sur le patient, permettant ainsi la prise de décisions parfois lourdes de manière concertée.
- ☛ Le médecin a la possibilité d'adresser le patient directement en HAD, en évitant le passage aux Urgences pour manque de places d'hospitalisation directe en secteur adapté, et permettant de ne pas soumettre des patients âgés ou fragilisés au stress de l'attente, parfois de longues heures, sur des brancards.

6.2.3 Financiers

Le prix d'une journée d'HAD est toujours inférieur à celui d'une hospitalisation classique, quelque soit la situation rencontrée. Cela s'explique par des coûts liés uniquement aux prestations de soins, en excluant tous les frais annexes qui restent à la charge des aidants familiaux.

De plus, les dépenses sont directement liées à l'état de santé du patient (indice de Karnofsky) et pondérées en fonction.

Exemples : une journée de prise en charge en HAD pour soins palliatifs coûte 234 € contre 455 € en hospitalisation traditionnelle, soit environ 50 % d'économie. Une journée coûte 263€ en SRR contre 169€ en HAD ⁽¹⁹⁾.

7. L'HAD en France ⁽²⁰⁾ ⁽²¹⁾

Nous ne disposons pour la France que des chiffres jusqu'en 2011. Les chiffres de l'année 2012 ne sont pas disponibles au moment de la rédaction de cette thèse pour des raisons de refonte du système de recueil et de traitement de l'information médicalisée des établissements de santé.

Entre 2005 et 2010, l'HAD a connu une très forte croissance. En effet, sur cette période le nombre de journées et de séjours complets a plus que doublé, et le nombre de patients a lui presque triplé.

L'installation progressive d'établissements sur l'ensemble du territoire national contribue largement au développement quantitatif de l'offre de soin en HAD, même si les inégalités de répartition restent majeures.

Evolution du nombre d'établissements	+137,40%
Evolution du nombre de journées	+141,05%
Evolution du nombre de séjours complets	+124,39%
Evolution du nombre de patients	+178,79%
Evolution de la valorisation brute en €	+150,48%

Tableau 1 - Synthèse des différentes augmentations entre 2005 et 2010 – source PMSI HAD -ATIH

La barre symbolique des 10 000 places d'HAD en France a été atteinte en 2009.

La valorisation financière brute a elle aussi connue une croissance spectaculaire comme on peut le constater sur le tableau 2, avec 714 045 440 € en 2010.

Tableau 2

Evolution de 2005 à 2010 du développement de l'activité HAD selon 5 indicateurs										
	Nb d'ES	Évol. en %	Nb de journées	Évol. en %	Nb de séjours complets	Évol. en %	Nb de patients	Évol. en %	Valorisation brute en €	Évol. en %
2005	123		1 505 814		63 666		35 017		285 071 409	
2006	166	34,96%	1 948 210	29,38%	80 980	27,20%	46 022	31,43%	385 979 339	35,40%
2007	204	22,89%	2 379 364	22,13%	95 100	17,44%	56 287	22,30%	474 842 806	23,02%
2008	231	14,21%	2 777 900	16,75%	112 591	18,39%	71 743	27,46%	546 062 339	15,00%
2009	271	17,32%	3 298 104	18,73%	129 748	15,24%	86 674	20,81%	652 368 093	18,36%
2010	292	7,75%	3 629 777	10,06%	142 859	10,10%	97 624	12,63%	714 045 440	9,45%

Source : PMSI HAD – ATIH – exploitation Observatoire de la FNEHAD

Toutefois, on constate que la croissance de l'activité, quel que soit l'indicateur retenu, connaît un ralentissement.

Ce tassement peut trouver plusieurs explications : couverture exhaustive des départements français par au moins un établissement d'HAD, atteinte d'un seuil de maturité dans les territoires de santé, etc.

En 2011 ⁽²²⁾, l'activité HAD a poursuivi sa progression avec :

- + 2,9 % de patients
- +7,6 % de journées de prise en charge
- + 3,8 % d'établissements

303 établissements ont produit une activité, au bénéfice de 100 100 patients ⁽²³⁾

→ 3 901 637 journées ont été réalisées

En termes d'activité, au moment de l'admission en HAD, les soins palliatifs représentent le mode de prise en charge principal le plus fréquent en termes de journées (26,5 %). Viennent ensuite les soins de pansements complexes (21,7 %) et les soins de nursing lourds (8,6 %).

Les soins qui ont connu les plus fortes augmentations d'activité ces dernières années sont :

- Les soins palliatifs
- Les pansements complexes
- La nutrition entérale et parentérale
- Les soins post-chirurgicaux
- La surveillance post-chimiothérapie
- L'activité anté-partum, notamment surveillance de grossesse à risque

En 2011, la pathologie cancéreuse est présente dans plus de 33 % des journées réalisées. La périnatalité ne représente que 6,2 % des journées, dont l'essentiel autour de l'ante et du post partum, mais motive plus de 13 % des séjours. ⁽²³⁾

7.1 Répartition de la dynamique de l'offre d'HAD par région

L'intégralité du territoire national est en voie d'être couverte par une autorisation d'hospitalisation à domicile, mais il reste très variable d'une région à l'autre.

Notons également que le taux de couverture des DOM / TOM est deux fois plus important qu'en métropole, malgré un démarrage plus tardif.

La moyenne métropolitaine en 2010 est de 5 870 journées / 100 000 habitants, alors que la moyenne Outre-Mer est de 10 565 journées / 100 000 habitants.

7.2 Analyse structurelle des établissements d'HAD

C'est le secteur privé non lucratif qui cumule la plus forte offre de soins (43,5 %), malgré le poids toujours important du secteur public (41,5 %).

La différence est encore plus marquée en terme de journées réalisées, puisque le secteur privé non lucratif totalise 63 % de journées, contre 27 % pour le secteur public. Le reste est alloué au secteur privé commercial qui, bien que toujours très minoritaire, enregistre de fortes progressions.

Le choix le plus fréquent pour porter un établissement d'HAD reste la forme associative.

7.3 Données démographiques

48,1 % des séjours concernent des personnes de plus de 60 ans, dont plus des deux tiers des patients sont âgés de plus de 75 ans.

L'âge moyen des patients a augmenté d'un peu plus d'un an depuis 2007, passant de 62,3 ans à 63,8 ans en 2011.

La répartition selon le sexe est assez équilibrée avec 45,5 % d'hommes et 54,5 % de femmes.

Un fort taux de femmes est concerné par l'activité en obstétrique ou périnatalité. Cette activité représente 20,5 % des séjours. L'âge moyen des femmes pour cette activité est de 30 ans. La population féminine représente 87 % des journées pour les patients de 20 à 40 ans.

Les hommes sont a contrario plutôt âgés, représentés principalement par la tranche d'âge des 60 à 79 ans.

Les enfants (moins de 18 ans) ne représentent que 7,9 % des séjours, dont une majorité pour les seuls nourrissons (6317 séjours pour les moins de 1 an et 5214 séjours de 1 an à 17 ans).

8. L'HAD en Région Lorraine ⁽²⁴⁾

En Lorraine, il existe 18 structures d'accueil des patients à domicile, avec des orientations différentes. Elles sont réparties de manière inégale sur le territoire lorrain, avec essentiellement quatre orientations principales :

- a) Polyvalente
- b) Soins palliatifs et gériatrie
- c) Post-partum
- d) Rééducation et réadaptation

La première structure créée en Lorraine est l'HAD de Bainville-sur-Madon, ou Office d'hygiène sociale de Meurthe-et-Moselle en 1972, avec une activité axée sur la rééducation et la réadaptation avec une spécificité gériatrique.

C'est en 1999 que l'HADAM, l'Hospitalisation A Domicile de l'Agglomération Messine est fondée. En 2003, un satellite rural est créé à Remilly pour accroître son rayon d'action. L'HAD du centre hospitalier de Gorze est également coordonnée par l'HADAM depuis 2004. L'HADAM est une structure polyvalente d'une capacité de 40 lits + 5 lits à Gorze. Elle accueille les stages hospitaliers des internes depuis 2003, bien avant que la mesure nationale de 2009 (HPST) ne l'étende à l'ensemble du territoire.

Créées également en 1999, les structures de Bitche et Sarreguemines ont une activité spécifique de gynécologie-obstétrique, soins du post-partum et pédiatrie. Elles résultent d'une restructuration qui avait conduit à la fermeture de lits de maternité.

En 2002, c'est l'HAD de Joeuf qui voit le jour, avec une capacité de 30 lits, drainant le territoire de Briey et son bassin de population. Toujours en Moselle, l'HAD de Boulay ouvre ses portes en 2004, avec une capacité de 10 lits

En 2008, l'offre de soins mosellane s'étoffe encore avec l'HAD de Mont Saint Martin qui couvre le territoire de Longwy, l'HAD de Freyming Merlebach et l'HAD de Sarrebourg en 2009 pour couvrir le territoire sud du département.

L'HAD de Thionville existait préalablement, mais elle a été restructurée en 2009.

A Nancy, l'HAD ne verra le jour qu'en 2005 avec l'HADAN, Hospitalisation A Domicile de l'Agglomération Nancéienne. Il s'agit d'une association privée à but non lucratif. Elle regroupe 3 établissements : le CHU, le Centre Alexis Vautrin et la polyclinique de Gentilly. La capacité d'accueil est de 50 lits.

C'est récemment que les structures d'HAD ont commencé à se disséminer sur le territoire meusien. L'HAD de Bar le Duc a été créée en février 2007, avec une capacité de 10 lits. Le nord du département meusien est couvert par l'HAD de Verdun, créée en janvier 2009. Une extension au territoire sud meusien a été réalisée en 2011 avec la création d'une antenne à Commercy. Enfin, l'implantation sur le territoire vosgien débutera en 2009 avec la création de l'HAD d'Epinal, rapidement suivie en janvier 2010 par l'HADOV et en mars 2010 par l'EV'HAD d'une capacité de 30 lits chacune.

Il existe une inégalité d'offre d'HAD, car les plus grosses structures sont situées au coeur des bassins de population dense répartis en Lorraine le long de l'axe autoroutier de l'A31.

Pour favoriser un accès homogène à l'HAD sur l'ensemble du territoire lorrain, il faut poursuivre la mise en place de structures dans les territoires ruraux, notamment par l'intermédiaire d'une mise en place de satellites d'HAD déjà existantes.

Liste des 18 structures par ordre chronologique de création :

- ♦ l'HAD de Bainville sur Madon en 1972 pour la rééducation, la réadaptation et la gériatrie
- ♦ l'HAD de Bitche en 1999 (gynécologie et pédiatrie)
- ♦ l'HAD de l'agglomération messine en 1999 - 40 lits polyvalents et antennes à Remilly (2003) et Gorze (2004)
- ♦ l'HAD de Joeuf en 2002 qui couvre le territoire de Briey
- ♦ l'HAD de Boulay en 2004
- ♦ l'HAD de l'agglomération nancéenne en 2005 d'une capacité de 50 lits
- ♦ l'HAD de Bar le Duc en 2007 et son antenne à Commercy en 2011
- ♦ l'HAD de Freyming Merlebach en 2008
- ♦ l'HAD de Mont Saint Martin en 2008 pour le territoire de Longwy
- ♦ l'HAD de Verdun (janvier 2009)
- ♦ l'HAD de Sarrebourg (septembre 2009)
- ♦ l'HAD de Thionville restructurée en 2009 pour devenir une seule unité polyvalente de 45 lits après avoir été 2 unités distinctes de soins palliatifs et de gynéco-obstétrique
- ♦ les HAD des Vosges à partir de 2009 avec l'HAD d'Epinal, suivie début 2010 par l'HAD de l'Ouest Vosgien (HADOV) et l'HAD de l'Est Vosgien (EV'HAD) à Gérardmer

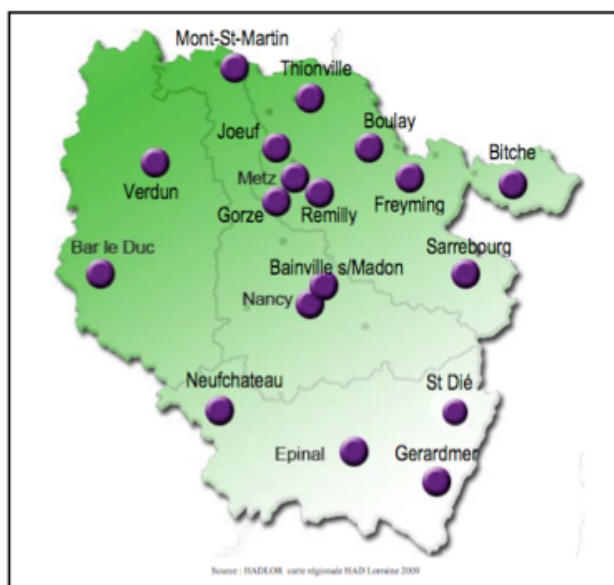


Figure 1 - Localisation des structures d'HAD en Lorraine

9. Activité de l'HAD en Lorraine

Pour l'année 2011, les données de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation recensent :

- 77 752 journées d'HAD en Lorraine,
- avec 3 881 séjours.

On retrouve les inégalités décrites plus haut. Les plus grands nombres de journées sont réalisés dans les bassins de population importants, là où se trouvent le plus grand nombre de structures :

- | | |
|------------------------|-----------------|
| ▪ Moselle : | 31 583 journées |
| ▪ Meurthe-et-Moselle : | 26 731 journées |
| ▪ Vosges : | 10 696 journées |
| ▪ Meuse : | 8 742 journées |

En 2005, on ne comptait que 21 463 journées et 2443 séjours au total, soit une activité qui a plus que triplé en 7 ans.

Dans le même temps, on constate que la durée moyenne des séjours a doublé, passant de 7,6 à 16,9 jours.

L'HAD est en permanente expansion régionale, aussi bien en nombre de structures qu'en terme d'activité.

10. L'HAD de l'Agglomération Messine (HADAM)

10.1 Structure

L'HAD de l'Agglomération Messine est une structure polyvalente, la plus ancienne de Moselle, avec une capacité de 40 places. Il s'agit d'un service dépendant de l'hôpital Sainte-Blandine, établissement privé à but non lucratif (ancien PSPH), lui-même intégré dans l'ensemble du groupe des Hôpitaux Privés de Metz.

L'équipe est composée de :

- ⇒ 2 médecins coordonnateurs
- ⇒ 1 cadre supérieur infirmier
- ⇒ 1 infirmière coordinatrice
- ⇒ 19 infirmières DE salariées
- ⇒ 1 interne de médecine générale à temps complet et 1 interne en SASPAS
- ⇒ 1 assistante sociale à temps partiel
- ⇒ 1 secrétaire à temps plein
- ⇒ des élèves infirmiers et psychologues de manière intermittente
- ⇒ hors équipe : kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologues libéraux lorsque c'est nécessaire

A noter que dans le même bâtiment que l'HAD se trouve un Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), dont l'activité est coordonnée par l'infirmière cadre supérieure de l'HAD, ce qui permet de sortir un patient d'HAD pour poursuivre des soins en SSIAD de manière aisée. Trois patients ont pu bénéficier de cette facilité en 2011 et six en 2012.

L'HADAM répond aux mêmes critères de continuité et de permanence des soins qu'un service d'hospitalisation classique, avec une infirmière et un médecin coordonnateur joignables et mobilisables 24h/24 et 7j/7.

(Extraits du bilan d'activité pour 2011 et 2012 en Annexe 2)

10.2 Secteur d'intervention

Pour être admissible à l'HADAM, le domicile des patients doit se situer dans une zone de 20 km ou 30 minutes, ce qui couvre une grande zone d'action compte tenu de la proximité des axes routiers et autoroutiers. Ces derniers étant d'utilisation gratuite, les déplacements peuvent se faire rapidement sans générer de dépenses supplémentaires.

De plus, la création du satellite de Rémillly, à 30 Km de l'agglomération messine, élargit encore cette zone.

Au total, le périmètre d'intervention regroupe environ 140 communes.

10.3 Intervenants libéraux

10.3.1 Les médecins généralistes

En 2012, l'HAD a collaboré avec 183 médecins généralistes de Metz et Metz-Campagne, soit 48,7 % du total des médecins généralistes du secteur (376 médecins) ; +1,1 % par rapport à l'année précédente.

Ce chiffre est en constante progression à mesure que la promotion de l'HAD auprès des différents intervenants se poursuit.

10.3.2 Les libéraux paramédicaux

Ils correspondent aux infirmières libérales, aux kinésithérapeutes et aux orthophonistes. 118 ont participé à la prise en charge de patients en HAD. Les infirmiers représentent 51 % des intervenants pour 111 patients, les kinésithérapeutes 43 % pour 68 patients.

10.4 Satisfaction des patients

A chaque patient admis en HAD est remis un questionnaire de satisfaction, qui sera rempli durant le séjour et retourné en fin d'HAD.

Les années précédentes, le retour des questionnaires de satisfaction était faible. En 2012, un nouveau questionnaire a été mis en place. Le taux de retour est de 46 %, soit 28 questionnaires. Le nombre est faible en raison de sa mise en place en cours d'année (3^{ème} et surtout 4^{ème} trimestre).

Le questionnaire est déposé à l'admission. Il est inséré dans le livret d'accueil.

La secrétaire les renvoie aux familles lors de décès.

Le questionnaire est rempli à 73,9 % par le patient lui-même.

Le taux de satisfaction concernant la globalité de la prise en charge est de **95,8 %**.

A la question : « *Recommanderiez-vous ce mode d'hospitalisation à un ami ou à un proche ?* » nous avons **100 %** de réponses positives (22 répondants sur 28 questionnaires retournés).

87 % estiment que l'HAD n'a pas été une source de difficulté pour leur entourage (seuls 4,3 % estiment que si ; 8,7 % ne savent pas).

Concernant la qualité des soins ressentie par les patients, 100 % sont satisfait du respect de leur intimité, de leur dignité et de leurs habitudes de vie (23 réponses sur 28 questionnaires). (Annexe 2 – Figure 6)

Les points négatifs sont les suivants :

- Seuls **4,2 %** des patients ont eu connaissance du service d'HAD par leur médecin traitant, contre 70,8 % par un service hospitalier, 12,5 % par leur entourage, 8,3 % par un(e) IDE libéral(e) et 4,2 % autre (réponses pour 24 questionnaires).
- Les informations concernant cette prise en charge particulière ne sont pas toujours expliquées par le médecin traitant au cours du séjour (réponses pour 22 questionnaires).

Remarques :

Il faut tout de même noter que ces résultats reposent sur un petit nombre de nouveaux questionnaires retournés, et qu'il faudra attendre d'avoir la totalité des résultats de l'année 2013 pour pouvoir analyser une année complète de réponses et avoir des statistiques exploitables, représentatives et significatives.

10.5 L'HADAM en EHPAD

L'HADAM intervient dans 19 EHPAD et 4 foyers de personnes âgées. Soit 33 patients en 2011 et 49 patients en 2012.

Ces chiffres sont en diminution par rapport à 2010 (54 patients), mais ils restent largement supérieurs à la moyenne nationale, puisque cela représente respectivement 8 % et 11,61 % des patients pris en charge contre 1,89 % au niveau national.

2^{ème} Partie :

L'HAD en EHPAD

Convention tripartite HAD-SAU-EHPAD

1. Les EHPAD

La création de la structure d'EHPAD a été officialisée avec l'arrêté du 26 avril 1999, qui crée un « contrat » ou « convention » liant l'établissement d'hébergement (pour la partie hôtellerie), l'Etat (pour la partie soins) représenté à l'origine par la DDASS, puis l'ARS pour le contrôle, elle-même représentée par la Sécurité Sociale au titre d'organisme payeur, et enfin le Conseil Général (pour la partie dépendance).

Les principaux objectifs de cette convention sont d'une part de modifier la destination de ces établissements qui n'hébergent plus des retraités, mais des personnes âgées dépendantes, et d'autre part d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes hébergées.

1.1 Définition

Un **établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes** (EHPAD) ou **non dépendantes** (EHPA) désigne en France la forme d'institution pour personnes âgées la plus répandue. Il s'agit d'un établissement médico-social destiné à des personnes âgées de 60 ans ou plus.

Les EHPA, maisons de retraite classiques ou foyers-logements, sont destinés aux personnes âgées valides ou autonomes dans des petits logements indépendants aménagés (salle de bain adaptée, système de télé alarme...) et proposent des services collectifs (restauration, blanchissage, animation, etc.), dont l'usage est facultatif.

Les EHPAD reprennent ces mêmes principes, mais avec des chambres médicalisées et une équipe présente sur place réalisant des soins médicaux et paramédicaux.

Ces établissements doivent respecter :

- la réforme des EHPAD : Loi du 24 janvier 1997, complétée par les décrets d'avril 1999 et de mai 2001, modifiée par la Loi de financement de la Sécurité Sociale en 2003,
- ainsi que la réglementation applicable aux établissements médico-sociaux : Loi de 2002 de rénovation de l'action sociale notamment.

Comme tous les établissements médico-sociaux en France, les règles qui régissent le fonctionnement des EHPAD sont fixées par le Code de l'action sociale et des familles.

L'EHPAD peut être public, associatif ou privé à but lucratif. Il doit être autorisé à dispenser des soins aux assurés sociaux pour l'ensemble de sa capacité et doit conclure avec l'Etat et le Conseil Général une convention tripartite pluriannuelle de 5 ans fixant les objectifs de qualité de prise en charge des résidents et ses moyens financiers de fonctionnement.

Les personnes admises en EHPAD sont par définition dépendantes, c'est-à-dire qu'elles nécessitent une assistance journalière et permanente.

Cette dépendance est évaluée selon la grille AGGIR, qui comporte dix sept points permettant d'estimer la capacité d'une personne à réaliser les actes de la vie quotidienne, aussi bien au niveau de son autonomie physique que psychique. Pour cela on utilise 10 variables discriminantes (cohérence, orientation, toilette corporelle, habillage, alimentation, élimination, transferts, déplacements intérieurs, déplacements extérieurs, communication à distance) et 7 variables illustratives (gestion, cuisine, ménage, transport, achats, observance de traitement, activités du temps libre), mais seules les 10 variables discriminantes sont utilisées pour le calcul du GIR ou Groupes Iso-Ressources.

A partir de la moyenne du GIR de tous les résidents, on peut calculer le GMP ou GIR Moyen Pondéré qui mesure la dépendance globale d'un établissement au regard de la population qu'il accueille.

Les EHPAD sont des établissements dont le GMP est supérieur à 300.

1.2 Intervenants

1.2.1 Le médecin traitant

Comme pour n'importe lequel de ses patients ambulatoires, le médecin généraliste est amené à rendre visite au malade à son domicile. Or, la structure d'EHPAD devient le nouveau domicile du patient qui y réside. Le médecin traitant est donc le premier acteur de soins et de suivi du patient en EHPAD.

Cependant, le profil des patients est différent. Ils sont par définition dépendants et donc plus fragiles, nécessitant parfois un suivi renforcé. Les poly-pathologies et le recours à l'hospitalisation y sont statistiquement plus fréquents que dans la population générale, y compris pour les mêmes tranches d'âge.

Malgré la médicalisation toujours présente, certaines pathologies, lorsqu'elles relèvent de l'urgence ou qu'elles deviennent trop lourdes sur le plan des soins, ne correspondent plus aux capacités de la structure. Une hospitalisation est alors nécessaire. C'est dans ces cas de figure que l'HAD prend toute sa place. Le médecin traitant est alors le prescripteur initial de cette HAD.

L'exercice médical libéral en EHPAD est réglementé par le décret du 30 décembre 2010 qui stipule que : « *l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes répond à des conditions particulières d'exercice destinées notamment à assurer l'organisation, l'information, la coordination et l'évaluation des soins* » ⁽²⁵⁾.

Le médecin traitant doit signer un contrat avec le directeur de l'établissement qui reprend ces conditions pour pouvoir intervenir au sein de l'établissement et être remboursé par la caisse d'assurance maladie. Ses prescriptions doivent faire partie de la dotation de la structure. Il doit également participer à la réunion annuelle de la commission de coordination gériatrique organisée par le médecin coordonnateur (participation indemnisée).

1.2.2 Le médecin coordonnateur de l'EHPAD ⁽²⁶⁾

C'est par l'arrêté du 26 avril 1999 qu'est créée la fonction de médecin coordonnateur en EHPAD.

Chaque médecin traitant dans l'institution ne voit que ses propres patients et ne peut s'occuper de la gestion de la structure. La fonction du médecin coordonnateur est donc une fonction de soins collectifs et de médecine institutionnelle, et non une fonction de soins directs.

Le décret n° 2005-560 du 27 mai 2005 fixe les 11 missions du médecin coordonnateur ⁽²⁷⁾, auxquelles vient s'ajouter une douzième par le décret n° 2007-547 du 11 avril 2007.

Puis le décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur en EHPAD. Ce dernier décret augmente le temps de présence minimale des médecins en fonction de la capacité des établissements. Il renforce également leur mission de coordination des soins prodigués aux résidents.

Récemment, une treizième mission de prescription exceptionnelle est venue s'intégrer aux précédentes par la circulaire n° DGCS/SD3A/2012/404 du 7 décembre 2012 relatif à la mise en œuvre du décret du 2 septembre 2011 ⁽²⁸⁾ :

« Le médecin coordonnateur réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordinateur en cas de situations d'urgence ou de risques vitaux, ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins. Les médecins traitants des résidents concernés sont dans les cas informés des prescriptions réalisés. »

1.2.3 Les intervenants libéraux

Tout établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes doit élaborer un projet d'établissement précisant ses modalités d'organisation et de fonctionnement.

Les intervenants libéraux doivent passer une convention avec l'établissement (article L314-12 du code de l'action social et des familles) portant sur l'organisation, la coordination et l'évaluation des soins.

L'arrêté du 30 décembre 2010 fixe les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les EHPAD.

Dans le respect de la législation, l'EHPAD respecte la liberté des résidents de choisir leur médecin traitant, masseur-kinésithérapeute ou infirmière libérale qui, pour pouvoir intervenir au sein de l'établissement, conclut avec celui-ci un contrat.

Dans le cas où le résident n'en aurait pas, l'établissement lui propose, à titre informatif, la liste des intervenants signataires dudit contrat.

Si le résident a un médecin ou une infirmière qui n'est pas signataire, il pourra continuer à leur faire appel, mais sans pouvoir faire supporter cette dépense à l'établissement.

En entrant dans un établissement qui lui a clairement précisé ces points, le résident exerce à l'entrée son libre choix. Il en est pris acte à la signature du contrat de séjour.

2. L'HAD en EHPAD

Depuis l'autorisation en 2007 pour les HAD d'intervenir en EHPAD, cette activité a connu un fort développement, même si en volume global elle reste encore très marginale (2,7 % du nombre de journées et 1,9 % des séjours). La progression de cette activité est assez lente mais régulière.

Deux tiers des établissements d'HAD recensés interviennent en EHPAD, avec néanmoins des disparités interrégionales, puisque dans la moitié des régions 40 à 60 % des HAD ont une activité en EHPAD, alors que dans d'autres régions cela monte à plus de 80 %. Cette hétérogénéité s'explique davantage par les configurations locales, plutôt que par le nombre d'établissements d'HAD installés.

Entre 2008 et 2010, l'activité en EHPAD a plus que doublé, et le nombre de séjours a été multiplié par 7,4 en deux ans. Au total cela représentait près de 2 350 patients.

En 2011, cette activité a mobilisé 229 établissements d'HAD pour 4 170 patients et généré 136 626 journées et a encore progressé en 2012. ⁽²³⁾

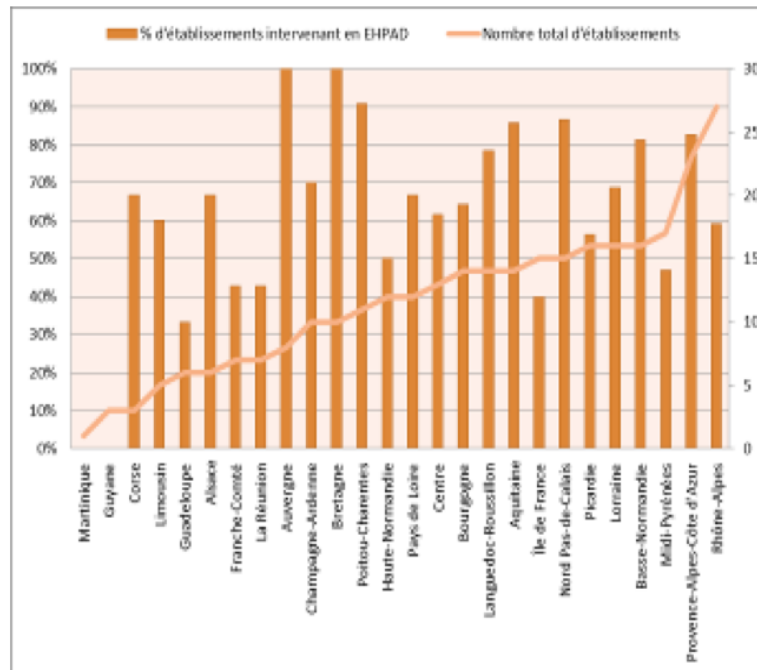


Figure 2 - Coopérations HAD – EHPAD en 2010
Données PMSI – exploitation observatoire FNEHAD

Sur le graphique ci-dessus on peut constater que la Région Lorraine est très bien positionnée pour la proportion d'établissements d'HAD intervenant en EHPAD.

L'âge moyen des prises en charge en EHPAD est de 83 ans, avec près de 55 % des journées réalisées concernant des patients âgés de 80 à 89 ans.

La population concernée est essentiellement féminine. Les hommes ne représentent en moyenne que 28,5 % des patients. Plus l'âge est avancé et plus la patientèle se féminise.

Enfin, on constate, compte tenu des données précédentes, que le nombre de décès des patients pris en charge en EHPAD est sensiblement plus élevé que sur le reste de l'activité en HAD (34 %).

Les deux activités principales de l'HAD en EHPAD sont les pansements complexes (60,5 % des journées) et les soins palliatifs (21,9 % des journées).

2.1 L'intervention de l'HAD en EHPAD – Cadre réglementaire

C'est avec le **Décret n° 2007-241 du 22 février 2007** seulement que l'HAD est autorisée à intervenir dans un établissement accueillant des personnes âgées ou EHPAD, uniquement pour des soins complexes et/ou nécessitant des moyens importants.

Puis l'**Arrêté du 16 mars 2007** fixe les 14 modes de prises en charge qui font office de critères de recours à l'HAD pour les EHPAD (ils sont au nombre de 24 pour une HAD classique).

Seuls 14 modes de prises en charge sont retenus pour l'HAD en EHPAD car la population concernée est différente (les modes de prise en charge concernant l'obstétrique, la périnatalité et la pédiatrie en sont logiquement exclus) mais aussi pour des contraintes liées au fonctionnement de la structure d'EHPAD et au risque de doublons des soins apportés. Ces restrictions ont été pensées pour éviter un double financement des soins.

Suivront :

- **L'Arrêté du 25 avril 2007** modifiant l'arrêté du 16 mars 2007 et fixant les conditions de prise en charge en EHPA,
- Le **Décret n° 2007-660 du 30 avril 2007** qui définit les 5 chapitres de la convention entre les établissements et les tutelles auxquelles cette dernière doit être transmise,
- La **Circulaire du 05 octobre 2007 DHOS/03/DGAS/2C/2007/365** qui précise les règles de partenariat entre les 2 structures à l'aide de modèles de protocoles et conventions.
- Enfin la **Circulaire du 18 mars 2013 DGOS/R4/DGCS/2013/107** relative à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social.

	Définition	Conditions
Soins palliatifs	Accompagnement de fin de vie ou phase terminale	Mobilisation importante de besoins relationnels techniques ou ajustement quotidien de médicaments
Pansements complexes et soins spécifiques	Escarres, ulcères, stomies compliquées nécessitant des passages pluriquotidiens ou supérieurs à 30mn	
Soins de nursing lourd	Prise en charge quotidienne au total supérieure à 2 heures par jour à raison d'au moins 2 passages chez des patients très dépendants (IK<50%)	Doit être associé à au moins une autre prise en charge par l'HAD
Nutrition entérale	Sonde nasogastrique, jéjunostomie, gastrostomie avec apport par l'HAD du matériel et des produits de nutrition	Doit être associé à au moins une autre prise en charge par l'HAD
Nutrition parentérale	Suivi médical et biologique de l'alimentation et mise en place de soins infirmiers	Doit être associé à au moins une autre prise en charge par l'HAD
Traitement intraveineux	Antibiothérapie ou traitement antiviral type protocole hospitalier nécessitant plusieurs passages infirmiers par jour	Pris en charge en HAD s'il nécessite la présence d'une infirmière de nuit non présente en EHPAD
Assistance respiratoire	Mécanisée	Doit être associé à au moins une autre prise en charge par l'HAD
Chimiothérapie anticancéreuse	Prise en charge globale	Sauf chimiothérapie orale
Prise en charge de la douleur	Evaluation médico-soignante de la douleur et ses traitements	Seulement si utilisation d'une pompe PCA
Autres traitements	Suivi médico-soignant spécifique pour des traitements exceptionnels ou peu fréquents (ex : Pleurix)	Interventions exceptionnelles sur des pratiques documentées
Rééducation orthopédique	Implique une forte implication de l'équipe de kinésithérapeutes	Doit être associé à au moins une autre prise en charge par l'HAD
Rééducation neurologique	Implique une forte implication de l'équipe de kinésithérapeutes et un projet de rééducation spécifique	Doit être associé à au moins une autre prise en charge par l'HAD
Transfusion sanguine	Prise en charge globale	
Surveillance d'aplasie	Surveillance médico-soignante de l'aplasie sur le plan biologique, clinique et gestion des effets secondaires	

Tableau 3 – Intervention de l'HAD en EHPAD : les 14 modes de prise en charge

2.2 Modalités pratiques

- ❖ L'hospitalisation d'un résident d'EHPAD en HAD n'est possible qu'à la suite d'un accord préalable du médecin coordonnateur et du Directeur de l'EHPAD, avec signature d'une convention de partenariat avec l'HAD intervenant sur le secteur, afin que le Directeur autorise le service d'HAD à intervenir dans son établissement pour prodiguer les soins requis. Cette convention définit les modes de fonctionnement entre les deux structures.

- ❖ Les patients d'EHPAD admis en HAD relèvent :
 - De pathologies évolutives ou non stabilisées dont l'état justifierait une hospitalisation complète en court séjour
 - De soins actifs, coordonnés et complexes : surveillance médicale avec prescription et réévaluation thérapeutique au moins hebdomadaire, soins infirmiers quotidiens, soins de kinésithérapie/orthophonie/ergothérapie le cas échéant.

- ❖ L'intervention de l'équipe d'HAD dans une structure externe (EHPAD) conduit à rappeler les rôles des intervenants et à définir leurs attributions :
 - La décision de prise en charge du patient relève d'une concertation entre le médecin traitant et les médecins coordonnateurs d'EHPAD et d'HAD.
 - La logistique hospitalière est assurée par l'HAD, et acheminée par l'intermédiaire de l'infirmière coordinatrice de l'HAD.
 - Le médecin coordonnateur de l'EHPAD met en place, en accord avec sa direction et le médecin traitant, le dispositif de surveillance continue du patient.
 - Le médecin traitant assure la surveillance médicale du résident dans l'EHPAD. Il est responsable des prescriptions thérapeutiques concernant le patient. Il est informé de l'évolution de la prise en charge par les transmissions régulières des médecins coordonnateurs de l'EHPAD et de l'HAD. Il participe à l'élaboration du protocole de soins et reste au centre du dispositif comme dans une HAD classique avec visites régulières, prescriptions et surveillances des soins apportés.

❖ Concernant les soins et les relations entre les équipes d'HAD et celles d'EHPAD :

L'intervention de l'HAD ne se fait que sur la base du mode de prise en charge pour lequel son intervention est demandée. Toutes les pathologies annexes, le matériel et les soins qui étaient nécessaires avant l'intervention de l'HAD restent à la charge de l'EHPAD. Cette notion est rappelée par la loi dans l'article R6121 – 4 du Code de Santé Publique : « (...) *les soins ne peuvent être délivrés à un résident que si l'état de santé de celui-ci exige une intervention technique, qui ne se substitue pas aux prestations sanitaires et médico-sociales dispensées par l'établissement (...)* »

Il sera donc réalisé pour chaque prise en charge un *protocole personnalisé de soins* définissant précisément les rôles de chaque structure et les soins qui seront prodigués par l'une ou l'autre des équipes soignantes, le but étant d'arriver à une complémentarité parfaite et d'éviter les gênes, redondances ou substitution d'équipes.

Le médecin devra séparer les prescriptions relatives à la pathologie justifiant de l'HAD de celles liées aux pathologies préexistantes à l'intervention.

Pour ce qui est du traitement, un *protocole d'accord sur les médicaments* définit quels sont les traitements dispensés par l'EHPAD pour les pathologies habituelles du patient, et ceux apportés par l'HAD pour la pathologie intercurrente nécessitant son intervention. Ces traitements distincts seront rédigés sur des ordonnances séparées.

Dans cette optique la bonne tenue du dossier médical est cruciale. Tous les actes de soins effectués par l'équipe soignante de l'HAD sont notés par écrit et transmis à l'équipe de l'EHPAD, répondant ainsi aux exigences de traçabilité. Au terme de la prise en charge, l'HAD remet une copie du dossier de soins au médecin coordonnateur de l'EHPAD.

2.3 Bénéfices apportés par l'HAD aux résidents d'EHPAD :

Les bénéfices attendus d'une Hospitalisation A Domicile chez un résident d'EHPAD sont précisés par la Circulaire DHOS/03/DGAS/2C/2007/365 du 5 octobre 2007 qui dit que l'HAD dans les EHPAD « *vise à éviter ou raccourcir l'hospitalisation éventuelle des résidents, source de désorientation qui peut favoriser la perte de repères et facteurs d'aggravation de sa pathologie. De plus, les coûts des transports sanitaires sont importants et l'arrivée souvent non préparée des personnes âgées aux urgences participe à l'engorgement de ces dernières* ».

Il s'agit donc de préserver l'autonomie du patient, sa qualité de vie, tout en maintenant un niveau de soin hospitalier.

2.4 Particularités du financement

La partie soins et dépendance des résidents d'EHPAD est financée par l'Assurance Maladie et le Conseil Général.

Lorsque l'HAD intervient en EHPAD, elle ne s'occupe que de la pathologie justifiant l'HAD. Toutes les autres prestations restent à la charge de l'EHPAD et sont donc financées par l'Assurance Maladie.

Les tarifs sont affectés d'un abattement forfaitaire lors d'une intervention auprès d'un résident en établissement d'hébergement financé, pour tout ou partie, par l'assurance maladie. En 2012, la minoration a été fixée à 13 %. Conçue pour éviter tout risque de double financement de certaines prestations par l'assurance maladie, cette minoration se veut représentative de la contribution apportée à la prise en charge par les moyens médicalisés présents dans la structure d'hébergement, qui continue de percevoir de la part de l'assurance maladie le prix de journée afférent au résident concerné. ⁽²³⁾

Points importants :

L'HAD en EHPAD relève pratiquement du même procédé que l'HAD classique, mais avec une prise en charge relevant du cadre collectif. L'intervention de l'HAD dans ces établissements complète la palette de l'offre disponible, contribuant ainsi au respect de l'égalité de tous à l'accès aux soins.

Le développement de l'HAD auprès des résidents d'EHPAD revêt un intérêt majeur car, par ses moyens combinés à ceux de l'entourage habituel, il permet la prise en compte globale des besoins de soins et d'accompagnement des personnes.

L'HAD concourt ainsi à la préservation de la qualité de vie des résidents en évitant toute déstabilisation liée à la rupture de l'accompagnement assuré au quotidien par les professionnels de l'établissement d'accueil.

3. La convention tripartite HAD-SAU-EHPAD

3.1 Présentation

La convention tripartite est destinée à améliorer les conditions de recours à l'urgence médicale des résidents d'EHPAD.

Le parcours de soins des patients âgés et fragilisés en institution n'est pas toujours adapté à leurs pathologies et leur passage aux Urgences non préparé est source de fragilisation et de perte d'autonomie. ⁽¹²⁾

Face à ces difficultés rencontrées, par les médecins mais avant tout par les patients, certains acteurs de la filière de soins se sont mobilisés pour trouver des solutions pratiques. C'est ainsi que la première convention tripartite est née.

3.2 Création et mise en place

Il s'agit d'une prise d'initiative du Dr Christian HULLEN, accompagné dans sa démarche par son confrère le Dr Michel AUSSEDAT, chef de service des urgences de l'hôpital Notre-Dame de Bon-Secours à Metz et directeur médical du SAMU 57.

Peu de temps après la mise en place de l'HAD dans les EHPAD de l'agglomération messine, un double problème se posait :

- L'HAD n'intervenant que pour réaliser un protocole de soins bien spécifique, les résidents d'EHPAD requérant une entrée en HAD devaient être diagnostiqués en amont, soit par le médecin traitant qui déclenche alors directement l'HAD, soit dans le cadre de l'urgence, et c'est ce qui nous intéresse ici, par le médecin traitant, le médecin de garde ou à défaut le médecin coordonnateur de l'EHPAD.
- Les résidents d'EHPAD étant majoritairement adressés en hospitalisation via les Urgences, et ce passage par les Urgences étant souvent nécessaire pour établir un diagnostic, le problème de leur destination post-SAU était posé. Comme nous le prouve l'étude PLEIAD, les patients sont malheureusement orientés selon les places disponibles plutôt que selon les réels besoins de prise en charge, cela par manque de lits d'aval et engorgement des hôpitaux. Il existe pourtant un lit toujours disponible, celui du domicile en EHPAD.

C'est dans ce contexte qu'a été écrite la première convention cadre unissant les trois acteurs de soins principaux, à savoir le Service d'Accueil des Urgences du CH Bon-Secours à Metz (publique), l'HADAM (PSPH, rattachée aux Hôpitaux Privés de Metz) et les EHPAD se trouvant sur le territoire de couverture de l'HADAM.

3.3 Convention cadre

Elle est signée avec chaque EHPAD du secteur de l'agglomération messine.

3.3.1. Objectifs de la convention cadre

- Faciliter l'accès hospitalier en urgence des personnes âgées résidant en EHPAD.
- Faciliter le dialogue et les échanges avec un médecin hospitalier de référence, dans le cadre d'hospitalisations récurrentes d'un résident.
- Faciliter le retour de la personne âgée à son domicile après hospitalisation dans le cadre d'hospitalisations récurrentes d'un résident.

3.3.2 Modalités de déclenchement de l'urgence

En cas de besoin, selon l'état de santé d'un résident, le personnel de l'EHPAD contacte, sur la base des instructions définies par le médecin coordonnateur de l'EHPAD :

- Le médecin traitant ou le médecin de garde.
- Si le résident bénéficie de cette alternative à l'hospitalisation : le médecin traitant ou le médecin coordonnateur de l'HAD.
- A défaut, le Centre 15 dans la situation où le médecin traitant ou le cas échéant le médecin coordonnateur de l'HAD n'a pas pu être contacté.

3.3.3 Engagement des signataires

Les signataires s'engagent d'un commun accord, dans la mesure du possible et après appréciation médicale de la nature de l'urgence présentée :

- A maintenir le résident en EHPAD, en lui apportant si nécessaire le recours du service d'hospitalisation à domicile.
- A raccourcir le séjour du résident dans les services d'urgences (services portes – UHCD), en utilisant tous les moyens appropriés permettant le retour rapide à l'EHPAD.
- A garantir l'accès aux moyens d'investigations et aux services d'hospitalisation spécialisée, pour les résidents maintenus en EHPAD dans ce contexte.

3.3.4 Formation du personnel des EHPAD :

Afin de gérer au mieux les situations d'urgences, le personnel soignant de chaque EHPAD signataire a été formé par les médecins du SAMU 57. Ainsi des protocoles ont pu être réalisés pour établir clairement la marche à suivre en cas d'appel direct au Centre 15 (annexe 3).

3.3.5 En pratique

Le patient est adressé aux Urgences par le médecin traitant du patient, ou à défaut par le médecin de garde.

S'il s'agit d'hospitalisations récurrentes, un médecin hospitalier référent est lié au patient, évitant la multiplicité des examens et permettant la tenue d'un dossier médical le plus complet possible.

Une fois le diagnostic établi, si la pathologie répond à l'un des 14 critères de prise en charge en HAD, le patient est orienté en UHCD (pas de recherche de lits à effectuer) ou dans le service adapté à la pathologie, si une place existe, pour initier le traitement.

Le médecin coordonnateur de l'HAD est contacté afin d'organiser l'entrée en HAD (enquête préalable, accord du médecin traitant, élaboration du protocole de soins), qui a lieu généralement le lendemain.

3.4 Formalités administratives

Les documents nécessaires à l'entrée du patient en HAD sont :

- ⇒ La *prescription d'hospitalisation* à domicile, signée par le médecin hospitalier à laquelle est jointe une lettre de transfert ou de fin d'hospitalisation, à l'intention du médecin coordonnateur de l'HAD.
- ⇒ Le *protocole d'accord nominatif d'intervention*, signé par le médecin coordonnateur de l'EHPAD et le directeur de l'EHPAD, confirmant le souhait de l'établissement de prendre en charge le patient selon les termes de la convention tripartite signée avec l'HAD et le SAU.

- ⇒ Le *protocole d'accord sur les médicaments*, signé entre l'HAD et l'EHPAD, précisant les médicaments nécessaires aux traitements de la (des) pathologie(s) prise(s) en charge de manière régulière pour ce patient par l'EHPAD et fournis par ce dernier, et le traitement de la pathologie intercurrente prit en charge par la structure HAD. Les prescriptions seront par la suite séparées et écrites sur des ordonnances différentes.
- ⇒ Le *protocole personnalisé de soins*, signé entre l'EHPAD et l'HAD, qui précise quels seront les soins effectués par le personnel soignant de l'EHPAD et ceux qui seront réalisés par le personnel soignant de l'HAD. Les créneaux horaires de réalisation des soins assurés par l'une ou l'autre des parties sont aussi notifiés.
- ⇒ Le *projet thérapeutique*, réalisé en concertation avec les différents médecins.
- ⇒ Le chiffrage de la dépendance par *l'indice de Karnofsky* et la *fiche d'évaluation de l'autonomie*.

Précisons que seule la prescription d'HAD est réalisée au service des Urgences. Ensuite l'équipe de l'HAD, notamment le médecin coordonnateur et l'infirmière coordonnatrice, réalise l'enquête initiale et fait remplir à chaque intervenant les documents nécessaires. Les délais d'entrée en HAD sont relativement brefs (jusqu'à 24 h selon l'horaire de passage aux Urgences et le jour de la semaine).

3.5 Evolution de la convention cadre : l'urgence chez un patient bénéficiant d'une HAD

Le patient bénéficiant d'une HAD peut voir sa situation se dégrader par évolution défavorable de la pathologie pour laquelle il est pris en charge en HAD ou par décompensation d'une pathologie tierce.

Pour faire face à ces cas de figure, la convention cadre a été renforcée. Elle permet dès lors une prise en charge facilitée par l'intervention préalable de l'HAD.

Les objectifs sont toujours de faciliter l'accès hospitalier en urgence des patients et de favoriser la continuité de leur prise en charge, ainsi que de permettre à l'information de circuler entre le médecin traitant, l'équipe de l'HAD et le service d'accueil des urgences. Mais un service d'hospitalisation identifié comme lieu de repli éventuel du patient sera également désigné.

En effet, en cas d'évolution défavorable de la pathologie ne permettant plus le maintien du patient en HAD, celui-ci sera adressé directement ou après transit par les Urgences, dans le service adapté à sa pathologie.

Par exemple, un patient insuffisant respiratoire chronique qui bénéficierait d'une oxygénothérapie et d'une antibiothérapie intraveineuse en HAD et qui verrait son état respiratoire se détériorer, nécessitant une réhospitalisation, sera directement adressé dans le service de pneumologie qui le suit depuis plusieurs années et qui le connaît bien.

3.5.1 Modalités de déclenchement de l'urgence

Si l'état de santé d'un patient hospitalisé en HAD le nécessite, le patient, sa famille ou le personnel soignant de l'EHPAD contacte l'équipe d'HAD. Après une évaluation de la situation, l'infirmière d'astreinte décide:

- ⇒ Si une intervention infirmière est susceptible de répondre au problème et dans quelles conditions ;
- ⇒ Ou oriente l'appel vers le médecin traitant, le système de garde ou de remplacement du médecin traitant du patient (à travers un appel au Centre 15 ou Medigarde).

En cas de réhospitalisation en urgence nécessaire, le patient est amené au Service d'Accueil des Urgences, qui assure la transition du patient vers le lieu d'hospitalisation identifié dans l'accord d'admission du patient (service hospitalier désigné).

3.5.2 Modalités de transfert de l'information en cas d'urgence

Lors de toute admission, le service d'HAD remplit avant l'accès au domicile le formulaire « Patient admis en HAD » figurant en annexe de la convention et le transmet par fax au Centre 15 / Service d'Accueil des Urgences.

Ce formulaire précise :

- * L'identité du patient et son adresse
- * Le diagnostic, le motif de l'HAD
- * Le service d'hospitalisation d'origine le cas échéant
- * Le service de repli en hospitalisation
- * Le médecin hospitalier référent
- * Le médecin généraliste référent et son système de garde ou de remplacement

Si un patient doit être hospitalisé en urgence, le SAMU / Centre 15 signale l'arrivée du patient au moyen de cette fiche renseignée au Service des Urgences qui l'accueille.

Le patient reste donc toujours dans le circuit de soins dédié à sa pathologie, ce qui permet une prise en charge la plus efficace possible.

Résumé des étapes relatives à la convention tripartite :

Si un patient d'EHPAD nécessite une hospitalisation :

- * Le médecin traitant ou le médecin de garde adresse le patient aux Urgences.
- * Le SAU établit ou confirme le diagnostic par des examens complémentaires.
- * Le médecin urgentiste déclenche l'HAD si le patient y est éligible et donne son consentement, après accord du médecin traitant et du médecin coordonnateur de l'HAD.
- * Le patient est alors adressé en UHCD pour initiation du traitement / mise en place du protocole de soins.
- * Une fois le traitement initié, le patient retourne chez lui en EHPAD pour une HAD.
- * La suite sera assurée par le médecin traitant en partenariat avec le médecin coordonnateur de l'HAD et éventuellement un médecin spécialiste référent.

Si l'urgence est déclenchée pour un patient bénéficiant déjà d'une HAD :

- * Les étapes sont sensiblement identiques, mais avec un passage aux Urgences facilité par la désignation préalable d'un médecin hospitalier référent et par les renseignements contenus dans le formulaire « Patients admis en HAD ».

3ème Partie :

Utilisation de la convention tripartite

HAD-SAU-EHPAD en Lorraine

Bénéfices et difficultés d'application

1. Contexte

1.1 Vieillissement de la population

C'est essentiellement le vieillissement de la population française, comme dans la plupart des pays du monde, qui a conduit à créer les EHPAD. Les personnes âgées de 60 ans ou plus représentent aujourd'hui plus de 14,5 millions de personnes, soit 23 % de la population totale. Selon les dernières projections de l'INSEE ⁽²⁹⁾, elles seront plus de 17 millions en 2020 et 23 millions en 2050 (soit entre 29 % et 35 % de la population totale). Ce vieillissement de la population est le fruit de l'amélioration de la qualité de vie procurée par notre société, qui a fait chuter la mortalité infantile tout en augmentant l'espérance de vie. Ce vieillissement est inéluctable puisqu'il est inscrit dans la pyramide des âges. Il faut donc faire face à cette nouvelle démographie par de nouvelles stratégies de prise en charge des personnes âgées.

1.2 Fonctionnement du système actuel

Le parcours de soins classique pour les patients âgés et fragilisés reste actuellement en faveur d'une hospitalisation en secteur de spécialité plutôt que gériatrique. Le patient est adressé au Service d'Accueil des Urgences, puis dirigé vers un service correspondant à sa pathologie lorsque cela est possible. La majorité des personnes âgées de plus de 75 ans sont hospitalisées dans le cadre d'admissions non programmées. Pourtant, on sait depuis longtemps que l'accès direct en Service de gériatrie ou la prise en charge spécifiquement gériatrique sont des modes de prévention de la dépendance et de l'entrée en institution.

Une fois hospitalisés, ces patients séjournent en moyenne plus longtemps que la population générale. Ils peuvent être amenés à changer plusieurs fois de services au sein du même hôpital ou bien être transférés dans un autre établissement lorsque les lits adaptés ne sont pas disponibles.

Enfin, le manque de places dans les établissements d'aval, tels les Services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), peut encore prolonger le séjour hospitalier. Plus la durée d'hospitalisation est longue, plus les fragilités physiques et psychologiques des patients très âgés tendent à s'aggraver. On note un quasi-doublement de la dépendance lourde des patients accueillis en EHPAD au retour d'une hospitalisation.

Un des moyens d'éviter ces nuisances serait de prescrire une HAD. Pour le moment, en France, seul un tiers des HAD sont prescrites directement par un médecin généraliste, le reste découlant d'hospitalisations conventionnelles préalables. Mais cela permet tout de même d'éviter ou de retarder chaque année de nombreux séjours hospitaliers traditionnels et leurs conséquences souvent néfastes chez les patients âgés de plus de 75 ans.

2. Justification de notre étude

J'ai eu la chance de pouvoir effectuer un semestre en tant qu'interne dans le service d'HAD de Metz. Je parle de chance, car il n'y avait qu'une place d'interne et une place de SASPAS par semestre. Nous sommes donc peu nombreux à avoir pu découvrir ce service de l'intérieur.

Sans ce stage, je n'aurais jamais eu d'autre approche de ce mode d'hospitalisation qu'une explication théorique lors de cours ou de formations. Mon sentiment est qu'il faut avoir eu recours au moins une fois à l'HAD pour comprendre son fonctionnement et ses bénéfices à la fois pour le patient et pour le médecin.

J'ai rencontré dans ce service une équipe entièrement dévouée aux patients, aussi bien médecins qu'infirmières. Celles-ci jouent d'un grand rôle dans le fonctionnement de la structure, puisqu'elles agissent en relative autonomie auprès des patients. Ce mode de fonctionnement est avantageux, leur permettant de se dégager des contraintes que rencontrent les infirmières libérales, notamment le peu de temps disponible au chevet du patient en grande partie lié à la rémunération à l'acte.

Lors de soins particulièrement techniques ou difficiles, elles peuvent intervenir à plusieurs ou en collaboration avec une aide soignante. Elles prêtent une oreille attentive aux patients et à leur entourage au moindre problème thérapeutique, psychologique ou

social. Elles peuvent ainsi rallonger de beaucoup leur temps de présence au chevet du malade durant leur tournée selon les situations. Ce temps de présence moyen est supérieur au temps de présence au chevet du malade des infirmières hospitalières. ⁽³⁰⁾

En outre, déjà très performant dans les soins et les aides apportés aux patients, ce service est toujours à la recherche de nouvelles solutions pour améliorer ses pratiques et proposer des innovations.

C'est en discutant avec Mme le Dr Sophie SIEGRIST, elle aussi très impliquée dans le développement et la promotion de l'HAD, que je me suis aperçu que le service dans lequel je me trouvais était vraiment novateur. Son chef de service, le Dr Christian HULLEN, médecin coordonnateur, mais également anesthésiste-réanimateur de formation et Chef de l'Unité d'Evaluation et de Traitement de la douleur à l'Hôpital Sainte-Blandine de Metz, par son enthousiasme et son volontariat, a en effet permis à l'HAD de faire de nombreuses avancées.

Nous l'avons dit précédemment, c'est à l'HADAM qu'a été autorisé le premier poste d'interne en service d'HAD. C'est également l'HADAM, à l'initiative personnelle du Dr Christian HULLEN, qui a mis en place pour la première fois une hospitalisation à domicile au sein de maisons de retraite, nommées par la suite EHPA(D).

Au début des années 2000, l'HADAM a rencontré les directions des différents établissements d'hébergement du secteur, que ce soit les maisons de retraites (structures semi-médicalisées) ou les unités de vie (structures assimilables à du domicile collectif non médicalisé et de petite capacité), afin d'établir des conventions permettant l'intervention de l'HAD pour ces résidents.

Il a fallu également négocier avec la DDASS qui était réticente à l'idée de prodiguer des soins « extra-hospitaliers », puis avec le Conseil Général qui craignait un double financement des soins.

La première expérimentation de l'HAD en EHPAD au niveau national a donc commencé pour la première fois en 2003 en Lorraine, sur le secteur messin.

Au vu de la réussite de cette démarche et du bénéfice qui en découlait, à la fois pour le patient et pour la structure d'hébergement, ce modèle servit de base au décret de 2007 permettant officiellement à l'HAD d'intervenir au sein des EHPAD. Le Dr Christian HULLEN et le Dr Pierre-Jean COUSTEIX, ancien président de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD) ont rédigé conjointement la maquette de ce décret.

Cette possibilité d'intervention de l'HAD en EHPAD a fait émerger quelques problèmes d'ordre pratique qui ont été résolus avec la mise en place de la convention tripartite HAD-SAU-EHPAD. Il nous a paru intéressant de regarder cette convention de plus près, son fonctionnement, son application et ses limites.

3. Objectif du travail

L'HAD est un service parfaitement adapté à la prise en charge des patients au sein des EHPAD. La conclusion de la thèse de Murielle HOFFMANN traitant du profil des médecins généralistes utilisant l'HAD ⁽³¹⁾ nous montre cependant que ce mode d'hospitalisation est sous-utilisé pour les patients hébergés en EHPAD, y compris lorsque l'hospitalisation est programmée.

En effet, alors que 29 % des pathologies présentes au sein des EHPAD entrent dans le champ d'intervention de l'HAD, seulement 1,15 % des résidents y sont hospitalisés. Même si nous n'avons pas d'études définissant les motifs d'hospitalisation des résidents, nous pouvons supposer qu'il y a plus de 1,15 % d'indication.

Cependant, ne peuvent entrer dans ce service que les patients avec un projet thérapeutique déjà établi, et donc un diagnostic. Rappelons-le, l'HAD est un outil purement thérapeutique.

Hors contexte d'hospitalisations programmées, le diagnostic nécessite souvent la réalisation d'examens complémentaires biologiques ou d'imagerie, l'élimination d'un diagnostic secondaire ou d'une pathologie grave.

Le seul lieu à même de répondre à tous ces impératifs, d'établir un diagnostic précis et d'orienter le patient selon sa pathologie est bien naturellement le Service d'Accueil des Urgences.

C'est pour répondre à ce besoin que la première convention tripartite entre les EHPAD du secteur messin, le SAU et l'HADAM a été signée.

Nous l'avons dit, lorsqu'une hospitalisation est nécessaire pour un résident d'EHPAD, celle-ci se fait majoritairement par le biais du Service d'Accueil des Urgences, que celle-ci soit décidée par le médecin traitant lorsque la pathologie ne permet plus une prise en charge sur place, ou par le médecin de garde ou un appel au centre 15 la nuit ou les week-end.

L'objectif de ce travail est de montrer qu'une valorisation de la convention tripartite qui a été mise en place entre les EHPAD du secteur, le SAU et le service d'HAD permettrait aisément d'augmenter le nombre de patients pouvant bénéficier d'une HAD en EHPAD.

Cette convention est encore trop méconnue et trop peu utilisée malgré les bénéfices procurés à cette catégorie de patients particulièrement fragilisés.

4. Méthodologie

Notre démarche a été de rencontrer les chefs de services à l'origine de la convention tripartite : le Dr Christian HULLEN, chef du Service d'HAD de l'Agglomération Messine, et le Dr Michel AUSSÉDAT, chef du Service des Urgences de l'hôpital Bon-Secours à Metz et directeur du SAMU 57. Par leurs réflexions et leur expérience pratique, nous avons voulu savoir quels étaient les atouts de cette convention, mais aussi les freins à sa plus large utilisation.

Nous nous sommes appuyés sur la seule étude française de grande envergure traitant de l'hospitalisation chez les patients résidents en EHPAD pour présenter le profil des patients ciblés par la convention et étayer notre propos, à savoir l'étude PLEIAD.

Notre travail sera illustré par l'analyse des cas cliniques des patients traités par l'HADAM ayant bénéficié de ce dispositif sur les années 2011 et 2012. Ils sont malheureusement peu nombreux.

Il s'agit donc d'une recherche qualitative et inductive dont les hypothèses sont tirées de l'observation. En effet, concernant notre travail, les instruments techniques offrent peu de garanties, contrairement au processus classique hypothèse-vérification, car ils ne jouent pas le rôle de test. Les preuves sont à chercher d'abord dans la « cohérence de l'ensemble de la démarche de recherche » (Quivy, Van Campenhoudt, 1988), la façon dont les hypothèses sont appuyées sur l'observation et articulées entre elles.⁽³²⁾

5. Résultats

5.1. Etude PLEIAD ⁽³³⁾

L'étude PLEIAD est la première enquête d'envergure nationale quantifiant les transferts entre EHPAD et hôpitaux. Il s'agit d'une enquête transversale rétrospective auprès de 300 EHPAD privés, de 50 lits ou plus en France. Cette étude nous permet de dresser le profil des patients auxquels s'adresse la convention tripartite.

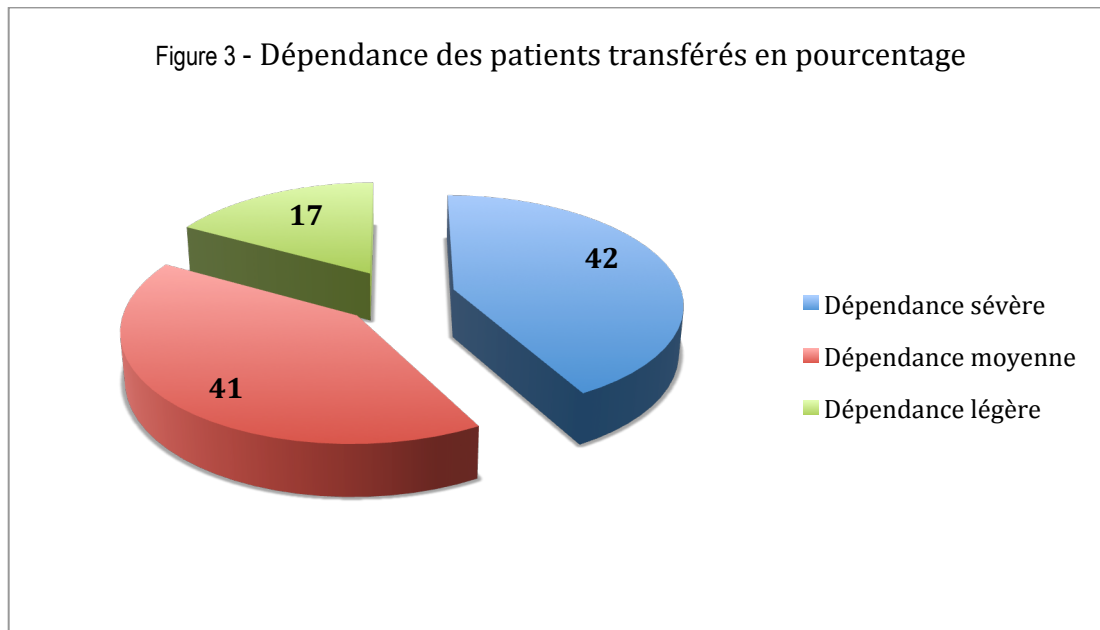
Elle a été réalisée par le Gérontopôle de Toulouse et rendue publique le 2 juin 2010. Elle constate notamment des allers-retours en grand nombre, entraînant une fragilisation des pensionnaires, âgés en moyenne de 86 ans.

- ☛ 300 EHPAD ont participé à cette étude, avec une répartition régionale représentative.
- ☛ 2231 patients ont été documentés par les médecins coordonnateurs.

5.1.1 Bilan synthétique de l'étude PLEIAD

- 70 % des résidents effectuent des séjours fréquents en hôpital
- 17 % des résidents sont hospitalisés tous les 3 mois
- 78 % de ces hospitalisations sont non programmées

- les patients concernés sont très dépendants :



- 1 résident sur 2 (51 %) est atteint de maladie d'Alzheimer ou de démence. La maladie d'Alzheimer est constamment accompagnée d'une proportion importante de dépendance.
- Les fragilités (perte de poids, désorientation, dépendance ...) augmentent avec le nombre d'hospitalisations et de réadmissions.
- 70 % des résidents reçoivent au moins un psychotrope
- Les motifs d'hospitalisation sont pour :
 - ☛ 68 % des pathologies somatiques (dyspnée, insuffisance respiratoire, troubles du comportement, etc.),
 - ☛ 14% de la traumatologie
 - ☛ et 7% de pathologies neuro-psychiatriques

• 60 % des patients passent par les Urgences, dont 90 % seront hospitalisés
--

- **70 % des hospitalisations ont une durée supérieure à la moyenne générale (12,9 jours contre 5,8 jours tous âges confondus en moyenne générale)**

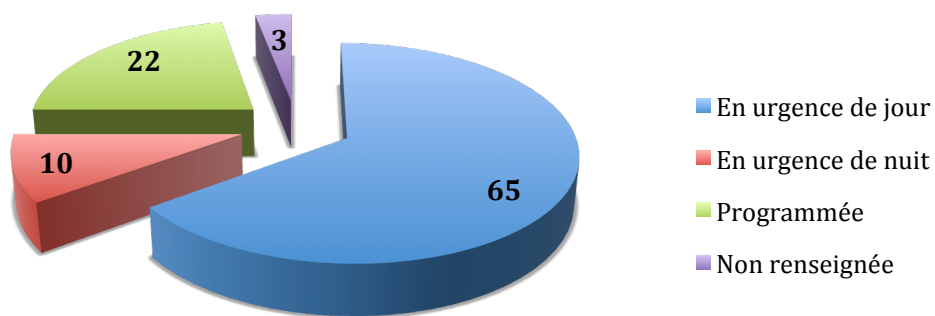
- Les hospitalisations sont déclenchées pour :

- ☛ 32 % par le médecin traitant
- ☛ 23 % par le médecin de garde
- ☛ 13 % par le médecin du SAMU
- ☛ 7 % par le médecin coordonnateur
- ☛ 6 % par les pompiers
- ☛ 4 % par les infirmières
- ☛ 12 % par d'autres personnes

⇒ 75 % des hospitalisations sont décidées en urgences :

- ☛ 65 % en urgence de jour
- ☛ 10 % en urgence de nuit

Figure 4 - Décision d'hospitalisation en pourcentage



5.1.2 Points négatifs du système soulevés par l'étude

Les hospitalisations sont donc légitimes, mais elles ont de lourdes conséquences sur les patients. En effet, au retour on constate souvent une aggravation des facteurs de fragilité que sont les chutes, la perte de poids ou la nécessité d'une contention, avec pour effet une perte supplémentaire d'autonomie.

Les passages à l'hôpital engendrent une surconsommation de psychotropes avec pour conséquences faiblesse physique, perte d'équilibre, baisse de concentration ou de mémoire entre autres.

Enfin, passant majoritairement par les Urgences, les patients sont orientés en fonction des places disponibles, même si le service d'accueil n'est pas le plus adapté à leur pathologie.

- Seuls **29 %** des patients provenant d'EHPAD sont pris en charge en gériatrie.

En avril 2010, un avis du Haut Conseil sur l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) dénonçait : « un système de soins performant dans le traitement (...) de pathologies isolées » et « très vite désemparé lorsqu'il s'agit (...) de sujets poly-pathologiques et fragiles ».

5.2 Résultats relatifs à la convention tripartite pour l'HADAM sur 2 ans (2011-2012)

En 2011, sur les 409 patients traités en HAD, 33 étaient résidents d'EHPAD, soit **8 %** des patients. En 2012, sur les 422 patients traités en HAD, 49 résidaient en EHPAD, soit **11,6 %** des patients.

Parmi ces patients, les bénéficiaires de la convention tripartite sont encore moins nombreux.

5.2.1 Patients ayant bénéficié de la convention tripartite en 2011 et 2012

En 2011, sur les 7 patients sont entrés en HAD via le SAU, seulement 4 étaient des résidents d'EHPAD et sont entrés grâce à la convention.

En 2012 le chiffre baisse encore. Sur 8 patients adressés par le SAU, 1 seul patient résidait en EHPAD et est entré par la convention tripartite.

Pour l'ensemble, il s'agit exclusivement de femmes, âgées de 84 à 91 ans. Cela s'explique par la surreprésentation féminine en EHPAD.

	Total patients traités en HAD	Patients provenant d'EHPAD	Patients adressés par le SAU	Patients EHPAD entrés par le SAU
2011	409	33	7	4
2012	422	49	8	1

Tableau 4 – Nombre de patients ayant pu bénéficier de la convention tripartite en 2011 et 2012

Les patients d'EHPAD ayant bénéficiés de la convention représentent donc 12 % de l'activité HAD en EHPAD pour 2011, et seulement 2 % pour l'année 2012.

Ce taux montre la faible utilisation de la convention, notamment par les médecins urgentistes.

5.2.2 Cas cliniques

📖 *Madame F., 91 ans, adressée au SAU pour dyspnée aiguë. La patiente était en soins palliatifs pour une tumeur pancréatique multi-métastatique.*

Indice de Karnofsky : 30 %

⇒ Diagnostic porté aux Urgences: pneumopathie

⇒ Protocole de soins mis en place :

- a) hydratation
- b) antibiothérapie IV
- c) aérosols
- d) oxygénothérapie

⇒ Prise en charge le jour même par l'HAD

⇒ Durée totale du séjour en HAD : 7 jours

⇒ Sortie d'HAD : amélioration de l'état clinique, suites simples, relais des soins par le personnel soignant de l'EHPAD.

📄 *Madame R., 87 ans, adressée pour dyspnée dans un contexte d'Alzheimer stade évolué. Ces antécédents comportent une sténose aortique avec hypertension et une diverticulose sigmoïdienne.*

Indice de Karnofsky : 40 %

- ⇒ Diagnostic porté aux Urgences : dyspnée sans étiologie retrouvée
- ⇒ Protocole de soins mis en place :
 - a) oxygénothérapie
 - b) aérosols
- ⇒ Arrivée aux Urgences dans la soirée, entrée en HAD le lendemain
- ⇒ Durée totale du séjour en HAD : 7 jours
- ⇒ Sortie d'HAD : décès de cause inconnue ; le traitement réalisé avait amélioré son état clinique, notamment respiratoire, avant l'issue malheureuse.

📄 *Madame G., 87 ans, adressée pour dyspnée dans un contexte d'Alzheimer et d'adénocarcinome colique droit.*

Indice de Karnofsky : 40 %

- ⇒ Diagnostic porté aux Urgences : pneumopathie sur fausse route
- ⇒ Protocole de soins mis en place :
 - a) antibiothérapie IV
 - b) aspirations bronchiques
 - c) oxygénothérapie
- ⇒ Arrivée aux Urgences dans la soirée, entrée en HAD le lendemain
- ⇒ Durée totale du séjour en HAD : 4 jours
- ⇒ Sortie d'HAD : amélioration de l'état clinique, poursuite des soins par le personnel soignant de l'EHPAD et pose de GEP programmée.

☞ *Madame L., 85 ans, adressée pour altération de l'état général dans un contexte de colite ischémique récidivante, avec antécédents d'AVC multiples et diabète insulino-dépendant.*

Indice de Karnofsky : 20 %

⇒ Diagnostic : entrée en HAD pour « aide à la réinsertion »

⇒ Protocole de soins :

- a) pose de sonde naso-gastrique et ablation à 48 h
- b) hydratation
- c) antibiothérapie IV
- d) nursing

⇒ Délai d'entrée en HAD : 1 jour

⇒ Durée totale du séjour en HAD : 3 jours

⇒ Sortie d'HAD : demande de non acharnement thérapeutique, sortie avec hydratation sous-cutanée et antibiothérapie per os.

☞ *Madame F., 84 ans, adressée au SAU pour dyspnée fébrile, avec comme antécédents une HTA, une thrombose veineuse profonde, une cholécystectomie et une hystérectomie.*

Indice de Karnofsky : 70 %

⇒ Diagnostic porté aux Urgences : pneumopathie

⇒ Protocole de soins :

- a) Antibiothérapie IV
- b) Oxygénothérapie
- c) Surveillance saturation et T°C

⇒ Délai d'entrée en HAD : entrée le jour même après bref passage en UHCD

⇒ Durée totale du séjour en HAD : 7 jours

⇒ Sortie d'HAD : le lendemain de son admission, la VVP n'était plus fonctionnelle. Il a donc été décidé un relais per os pour les antibiotiques. La sortie s'est effectuée à la fin de l'antibiothérapie avec poursuite de l'oxygénothérapie et ajout d'aérosols.

5.2.3 Analyse des cas traités

Le patient :

Nous pouvons constater que la population concernée est très âgée (moyenne de 86,8 ans) et très dépendante (Indice de Karnofsky moyen : 40 %).

Les pathologies préexistantes au motif d'hospitalisation sont multiples, avec au moins un antécédent de pathologie lourde pour chaque cas (Alzheimer, AVC, cancer).

Ce profil établit sur ce petit nombre de patients est similaire à celui établit sur un grand nombre de cas par l'étude PLEAID : patients très âgés, poly-pathologiques, fortement dépendants et pour 1 cas une démence.

Le circuit de soins :

Une fois le diagnostic établi, la mise en place de l'HAD est rapide (1 journée en moyenne).

Les soins les plus fréquents sont les traitements intraveineux (antibiothérapie, hydratation) et l'oxygénothérapie.

Les durées de séjour en HAD sont courtes : moyenne de 5,6 jours.

Taux de retour inexistant : aucune ré-hospitalisation n'a été nécessaire.

5.2.4 Remarques

Chaque patient a été adressé par un médecin différent, ce qui signifie que chaque médecin du Service d'Accueil des Urgences de l'hôpital Bon Secours de Metz n'a été prescripteur d'une HAD qu'au maximum une fois dans l'année, ce qui est peu compte tenu du grand nombre de pathologies éligibles à l'HAD en EHPAD.

Sur les 15 prescriptions de patients adressés en HAD par les Urgences (EHPAD et hors EHPAD), 10 découlent d'une prescription du chef de service, co-fondateur de la convention. Cela montre à quel point il est important de rappeler régulièrement aux médecins urgentistes que parmi les services de destination disponibles, il y a celui de l'HAD.

Nous aurions aimé avoir plus de données dans le dossier des patients d'HAD, notamment sur les circonstances ayant amené à déclencher l'urgence, pour pouvoir établir un profil plus précis des patients pris en charge. Cependant, il n'est pas apparu de majoration de la dépendance pendant le séjour.

Le petit nombre de patients ne permet malheureusement pas de tirer des généralités.

6. Entretiens

Les entretiens effectués auprès des chefs de service de l'HADAM et du SAU de l'hôpital Bon-Secours de Metz ont permis d'identifier les facteurs limitant une utilisation plus large de cette convention, ainsi que ceux qui pourraient la favoriser.

6.1. Synthèse des freins et facteurs favorisant l'utilisation de cette convention

6.1.1 Les freins identifiés

- Le frein principal qui ressort est toujours la méconnaissance de ce qu'est l'HAD et son fonctionnement, ce qui n'a malheureusement pas beaucoup changé par rapport aux précédentes études menées sur l'HAD. ⁽³⁴⁾
- La pathologie identifiée doit correspondre à l'un des 14 modes de prises en charge permettant au patient d'EHPAD de bénéficier d'une HAD, constituant un filtre.
- Le manque d'habitude de prescription des médecins urgentistes, le réflexe étant de trouver un lit de service hospitalier plutôt que de traiter le patient à domicile. Parfois l'HAD est perçue comme le dernier recours lorsque toutes les autres possibilités d'hospitalisations traditionnelles ont échoué.
- Le manque de formation et de sensibilisation des médecins au cours du cursus universitaire et de la formation continue, ainsi que le manque de pratique.

- La crainte de la part des médecins généralistes de ne pas savoir gérer correctement des pathologies parfois lourdes qui sortent de la pratique courante.
- La peur de remplir les formulaires nécessaires à l'entrée en HAD. Or, comme nous l'avons vu, en dehors de la prescription initiale et de la mise en place du traitement comme pour n'importe quel transfert en hospitalisation, tous les autres formulaires sont remplis par la structure d'HAD. Il n'y a donc pas de lourdeur administrative supplémentaire majeure pour les médecins urgentistes.
- Le refus du patient ou de son entourage : seul réel point pour lequel les équipes soignantes ont peu de levier, puisqu'en dehors des rares patients ou familles de patients qui connaissent l'HAD et demandent à y avoir recours, il est toujours difficile d'expliquer un mode de prise en charge inconnu, différent du mode habituel et rassurant qu'est l'hospitalisation en secteur conventionnel, dans un contexte d'urgence et d'exacerbation pathologique.
De plus, si le médecin est incapable de recueillir le consentement du patient (trouble de la conscience, démence, etc.) et que son entourage/représentant légal n'est pas joignable, l'entrée en HAD ne peut pas se faire.

6.1.2 Les facteurs favorables :

- Nous l'avons vu, le bénéfice pour le patient est plus grand avec ce type d'hospitalisation. La prise en charge pour les mêmes soins effectués est moins traumatisante en EHPAD qu'à l'hôpital. L'HAD est devenue un maillon essentiel de la filière gériatrique en permettant notamment aux patients âgés de conserver leurs repères spatiaux et en leur évitant une désadaptation fréquente en hospitalisation traditionnelle. Ces critères répondent à la première demande des médecins qui prescrivent de l'HAD, à savoir le bien-être de leurs patients.

- L'HAD amène en EHPAD des soins de niveau hospitalier, ce qui participe au soulagement des équipes soignantes de la structure, leur apporte un soutien technique et un complément de formation. Bien que les soins pour lesquels l'HAD intervient et les soins habituels apportés quotidiennement au patient soient séparés, les interactions entre infirmières d'HAD et d'EHPAD sont multiples. La défiance qui existait lors des toutes premières interventions de l'HAD a maintenant totalement disparu.
- Les facteurs qui peuvent être des motifs de refus d'HAD hors EHPAD n'existent plus (manque d'accessibilité, logement mal adapté, nécessité d'un entourage proche pour l'aide et la surveillance, etc.). La structure d'hébergement est nécessairement adaptée et la surveillance par le personnel soignant efficace.
- Les médecins urgentistes n'ont plus besoin de chercher des lits dans des secteurs déjà très remplis puisque le lit du patient en EHPAD est toujours disponible. Cela participe au désengorgement des Urgences et des services hospitaliers.
- Avec la convention tripartite, au minimum les durées d'hospitalisation sont raccourcies, et le plus souvent l'hospitalisation conventionnelle peut être évitée.
- Majoritairement les durées de séjours sont courtes et permettent un relais rapide de soins par les structures habituelles.
- Les économies de santé sont bien réelles (prix d'une journée d'HAD moindre qu'une journée d'hospitalisation en secteur conventionnel et durée de séjour raccourcie). Chaque patient pris en charge en HAD coûte moins cher qu'un patient en hospitalisation classique pour le même niveau de soins. Ceci à coût global constant puisque les dépenses liées à l'hébergement, à la dépendance et aux soins habituels sont déjà assumées par la structure d'EHPAD et ne sont pas modifiées par l'intervention de l'HAD.

Ce système de convention est donc bénéfique à la fois pour le patient et pour les services hospitaliers, bien qu'il soit encore largement sous-utilisé.

4^{ème} Partie :

Discussion et propositions pour l'avenir

1. Discussion

Le recours à l'Hospitalisation à Domicile est comme nous l'avons vu bénéfique au patient : maintien de l'autonomie et de la qualité de vie, diminution de la durée des séjours en hospitalisation, parcours de soins adapté à la fragilisation et au grand âge. Ceci sans perte de qualité des soins.

Il est doublé d'une volonté politique forte depuis plusieurs années maintenant. Malheureusement, dans la pratique, il est encore trop peu employé.

Nous pouvons constater qu'une plus grande utilisation de la convention tripartite unissant l'HAD, les Urgences et les EHPAD ferait mécaniquement augmenter le nombre de patients d'EHPAD pouvant bénéficier d'une HAD.

En effet, **60 %** des résidents d'EHPAD se font hospitaliser en passant par les Urgences (dont 90 % d'hospitalisation). Ce chiffre nous en dit long sur le parcours de soins principal des résidents d'EHPAD. Il montre aussi que théoriquement, avant filtrage d'une éligibilité à l'HAD, un grand nombre de patients pourraient bénéficier de la convention tripartite. Bien sûr, l'intégralité des résidents d'EHPAD qui passe par les Urgences ne remplit pas les critères d'admission en HAD, mais l'ordre de grandeur évoqué ici montre le fossé entre le potentiel de la convention et la réalité de la pratique messine, secteur pourtant fondateur de cette convention.

Les freins que nous avons identifiés pour expliquer sa faible utilisation sont presque tous modifiables.

➤ Le refus du patient et de son entourage :

Il est lié avant tout à la méconnaissance de cette structure, par opposition à l'hôpital qui peut aussi parfois faire peur, mais pour lequel les bénéfices attendus sont bien acquis. Il faut donc continuer à faire connaître l'HAD et ses avantages au grand public ; pourquoi pas par le biais d'une campagne nationale.

➤ *Le manque d'habitude de prescription :*

L'HAD est récente en France. Elle existe depuis 1999 en Lorraine et les médecins ont commencé à la prescrire régulièrement à partir de 2009 suite au congrès qu'HADLOR avait tenu sur le sujet. On voit bien ici que l'« outil HAD » bien que disponible n'est pas encore complètement connu et maîtrisé par les médecins. En avoir entendu parlé, connaître son existence et réellement l'utiliser sont deux choses différentes. Comme pour toute pratique médicale, l'expérience revêt une grande importance.

➤ *La crainte de gérer des pathologies lourdes :*

Le médecin généraliste, bien qu'au centre du dispositif, responsable du suivi et des prescriptions du patient, n'est jamais complètement isolé. En effet, il peut à tout moment demander l'aide du médecin coordonnateur, son avis sur la modification souhaitable du protocole de soins ou sur l'évolution de la pathologie du patient. Il peut également faire appel au médecin spécialiste référent le cas échéant.

Cette complémentarité de prise en charge et d'intervenants contribue au contraire à la formation médicale continue du médecin généraliste.

D'autre part, comme nous l'avons vu, la convention permet l'arrêt de l'HAD et le retour en hospitalisation traditionnelle de manière simplifiée si la situation devait l'exiger.

Encore une fois, l'information des médecins sur l'ensemble de ces dispositifs permettrait de lever des craintes qui sont parfois injustifiées.

➤ *La peur de remplir des formulaires – Chronophagie :*

Pour les médecins urgentistes cette crainte est infondée. Le patient accueilli aux Urgences est examiné comme n'importe quel autre patient. Ensuite, si le patient est éligible à l'HAD, les suites sont plutôt favorables au médecin puisque le patient est transféré en UHCD. Il ne perd donc pas de temps à chercher un lit disponible. Puis le patient entre en HAD avec le protocole de soins qui n'est ni plus ni moins que l'équivalent d'une lettre de transfert traditionnelle, accompagnée des prescriptions initiales. Le service d'HAD prend à sa charge le reste des démarches administratives.

Pour le médecin généraliste, une fois l'HAD acceptée, les visites à domicile s'effectuent comme toutes les autres, avec parfois un temps de présence plus important selon la pathologie du patient. Une thèse de 2011, réalisée par Ioana Cucuteanu MULLER, portant sur l'implication des médecins généralistes dans l'HAD de l'Ouest Vosgien ⁽³⁵⁾, a montré que les visites représentaient en moyenne 1,3 fois 25 minutes par semaine, ce qui ne semble pas être extrêmement chronophage.

➤ *L'HAD utilisée en dernier recours, lorsque les autres solutions ont été épuisées :*

C'est un mode d'hospitalisation à part entière. Elle ne devrait pas être prescrite uniquement parce qu'on ne trouve pas de lits dans d'autres secteurs ou parce qu'on a besoin de libérer un lit. Les bénéfices en terme de soins sont identiques à ceux réalisés en structure hospitalière, mais le confort pour le patient est plus grand. Il faut réussir à faire changer cette image de l'HAD.

On le voit bien, tous les freins que nous avons identifiés sont liés au manque de connaissance de ce qu'est réellement l'HAD et de toutes ses possibilités techniques, thérapeutiques et sociales.

La formation des médecins, des soignants paramédicaux et l'information du grand public semblent éminemment nécessaires pour venir compléter les volontés politiques de promouvoir ce type d'hospitalisation encore trop peu fréquent.

2. Propositions

2.1 Promouvoir l'HAD

- ✚ La promotion de l'HAD, notamment en EHPAD, et du circuit court mis en place avec le Service des urgences passe par la formation des médecins, que se soit pendant les études médicales, pendant l'internat ou par la formation médicale continue. L'HAD a collaboré avec 183 médecins généralistes sur les 376 exerçant sur l'agglomération messine en 2012, soit 48,7 % des médecins, ce qui laisse encore une bonne marge de progression dans le développement de l'HAD, mais cela prouve aussi l'intérêt et la satisfaction des médecins qui l'utilisent, puisque ce chiffre ne cesse de croître depuis plusieurs années.

Ces chiffres nous montrent la nécessité de promouvoir l'HAD régulièrement. En effet, en 2009, avant la tenue du congrès de l'HAD traitant du problème des EHPAD, seuls 12 patients sur 652 étaient des résidents d'EHPAD (soit 1,8 %). L'année suivante, après sensibilisation des médecins prescripteurs, ils étaient 54 sur un total de 488 patients (soit 11 %).

Informar les médecins généralistes, premiers intervenants en EHPAD, qu'ils peuvent prescrire directement l'HAD sans passer par une hospitalisation est cruciale. Il est important de rappeler dans ces formations que le médecin coordonnateur de l'EHPAD ne peut pas prescrire l'HAD, sauf situation exceptionnelle.

- ✚ Le médecin traitant est le pivot autour duquel s'articule tout le système. Dans le cadre de la convention tripartite, il est souvent le déclencheur de la prise en charge en urgence (à 32 %, devant le médecin de garde et le médecin du SAMU) ; il doit au minimum donner son accord pour suivre le patient en HAD. Il devrait donc être le premier renseigné sur l'existence de cette convention, de son utilisation et des bienfaits qu'elle apporte aux patients fragilisés.

Lorsqu'il est à l'origine du déclenchement de l'urgence, celui-ci pourrait directement demander le retour de son patient d'EHPAD en HAD si la situation le permet dans sa lettre de transfert. Ainsi le médecin urgentiste serait incité à choisir ce mode d'hospitalisation en priorité.

2.2 Formation spécifique au niveau du Service d'Accueil des Urgences

✚ Il faudrait développer le réflexe de prescription d'HAD chez les médecins urgentistes, puisqu'on l'a vu, bien que sensibilisés par leur chef de service, seuls 15 patients sont entrés en HAD en étant passés par le Service d'Accueil des Urgences de Metz en 2 ans. Et parmi ces 15 patients, seuls 5 étaient des résidents d'EHPAD. Ce chiffre est ridiculement bas si l'on considère la nature éminemment polyvalente de l'HAD et du nombre de pathologies qui y sont éligibles.

Les médecins prescrivent l'HAD lorsqu'ils y sont sensibilisés, puis retombent par habitude dans des orientations plus traditionnelles pour les patients.

Il faudrait établir au sein des Urgences un profil type de patients à adresser en HAD (par exemple pneumopathie chez les sujets âgés et poly-pathologiques) correspondant à l'un des 14 modes de prise en charge en EHPAD afin que les médecins puissent se familiariser avec cette démarche. Puis étendre progressivement le panel de pathologies pour à terme couvrir tous les champs d'intervention de l'HAD. Cela permettrait d'acquérir de manière progressive ce réflexe de prescription d'HAD au sein du SAU.

Une autre possibilité serait la création de lits d'HAD comptabilisés comme partie intégrante du nombre de lits d'un service hospitalier. Ce serait une autre méthode efficace, mais certainement plus difficile à mettre en œuvre pour finalement atteindre le même objectif.

2.3 Création d'une question d'internat

✚ Enfin, la création d'une question spécifique sur « *l'HAD et ses possibilités* » à l'internat de médecine diffuserait l'information à l'ensemble de la nouvelle génération de médecins en formation et, par l'intermédiaire des revues médicales spécialisées et de la formation continue, à l'ensemble des médecins. Cette proposition aurait un fort impact, puisqu'elle toucherait l'ensemble de la profession immédiatement.

3. Actualités récentes - Ouverture

3.1 Actualités récentes

En 2012, une convention tripartite entre le Service d'Accueil des Urgences de Nancy et l'HADAN, et une autre entre le Service d'Accueil des Urgences de l'hôpital Bon Secours à Metz et l'HAD de Sarrebourg, et les EHPAD de leur secteur respectif, ont été signées.

L'intérêt de cette convention étant maintenant prouvé et éprouvé, il faut la généraliser le plus possible.

Cet intérêt remonte d'ailleurs au plus haut niveau politique puisque, début septembre 2012, la Ministre déléguée chargée des Personnes âgées et de l'Autonomie, Michèle DELAUNAY, sensible aux problématiques du parcours de soins des personnes âgées dans le système de santé, a reçu avec intérêt les propositions de la FNEHAD, en particulier pour réduire les passages aux Urgences des personnes âgées et pour favoriser le recours à l'HAD en EHPAD

Plus récemment, la Circulaire du 18 mars 2013 renforce encore cette volonté politique puisqu'elle met l'accent sur « *l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social* ».

Un projet de loi d'adaptation de la société française au vieillissement de sa population est attendu pour la fin de l'année 2013. Dans ce cadre, le gouvernement a reçu le 11 mars 2013 trois rapports consacrés à l'adaptation de la société au vieillissement de sa population, à l'anticipation pour préserver l'autonomie des personnes âgées et aux expériences étrangères dans ce domaine.

Enfin, en juin 2013, le Conseil National de l'Urgence Hospitalière (CNUH) a officialisé la création d'un groupe de travail sur le développement du recours à l'HAD pour éviter les passages aux Urgences et l'hospitalisation des personnes âgées en aval des Urgences.

3.2 Ouverture

Pour rester dans le domaine du vieillissement de la population et du maintien à domicile, signalons une expérience d' « EHPAD à la maison » dans le Limousin, dans le bassin de Tulle, en Corrèze, opérationnelle depuis janvier 2013.

Le projet, dont l'objectif est de préserver l'autonomie, vise une prise en charge globale à domicile sur le long terme, ce qui le distingue de l'HAD. Dans ce dispositif, les services de l'EHPAD sont transposés à domicile.

Ces services consistent en une plateforme de téléassistance, l'intervention de la domotique comprenant une gamme de capteurs liés aux pathologies des patients et à leur environnement, ainsi qu'une équipe de 22 professionnels (soignants, aides-soignants, aide médico-psychologique) et une garde itinérante 24h/24 et 7j/7.

Ce nouveau concept sera expérimenté pendant 3 ans, pour 40 personnes adressées par la filière gériatrique hospitalière ou le service d'Aide Personnalisée à l'Autonomie.

Ce projet montre à quel point trouver sans cesse de nouvelles solutions pour répondre aux besoins de la société en matière de santé publique pour une population vieillissante est crucial pour l'avenir.

L'HAD fait partie intégrante de ces solutions et d'une filière de soins gériatrique à repenser pour faire face aux défis qu'imposent cette actuelle et future démographie médicale.

C O N C L U S I O N

L'HAD, de par sa nature éminemment polyvalente, offre de nombreuses possibilités de soins. Elle peut intervenir de la grossesse à la fin de vie. C'est en cela qu'elle représente un outil formidable pour la médecine générale, que tous les médecins devraient s'approprier et utiliser chaque fois que la nécessité s'en fait sentir.

Pour son développement, l'HAD bénéficie depuis plusieurs années d'un soutien politique fort. Au niveau national le Ministère de la Santé est favorable au maintien à domicile, en particulier pour les personnes âgées dépendantes. Au niveau régional, l'ARH de Lorraine soutient l'HAD dans son Schéma Régional d'Organisation des Soins. Localement se sont les différentes structures d'HAD, et l'HADAM en premier lieu, qui font la promotion de ce mode de soins, au travers d'initiations, de congrès et de formation continue.

Malgré ces efforts, l'HAD reste insuffisamment utilisée par méconnaissance ou manque de maîtrise de l'outil, alors que paradoxalement les bénéfices apportés aux patients par ce dispositif sont justement ceux recherchés par les médecins.

En ce qui concerne la prise en charge d'une population vieillissante et de plus en plus dépendante, notamment les résidents d'EHPAD, on remarque que toutes les solutions nécessaires à leur bonne prise en charge existent. Les conventions sont signées par tous les acteurs de la filière de soins. D'autres sont en train de se généraliser progressivement, comme la convention tripartite créée à Metz unissant les EHPAD, le SAU et l'HAD. Elles ont été élaborées par des acteurs de terrain pour répondre de manière pratique à des problèmes concrets.

Ces outils sont disponibles en Lorraine, utilisables directement afin d'éviter les effets délétères engendrés par des hospitalisations fréquentes et longues, ou par des transports multiples, sources de fragilisation et de désorientation. Ils participent au désengorgement des Urgences et des services hospitaliers.

Pour la communauté, il s'agit de faire des économies substantielles en matière de dépenses de santé, en évitant ou en réduisant les séjours hospitaliers.

Il faut donc continuer la promotion intellectuelle de l'HAD auprès du grand public pour faire connaître cette option, et auprès des médecins généralistes et hospitaliers qui ne la connaissent pas encore. Les patients qui en ont bénéficié en sont satisfaits à la quasi unanimité.

L'évolution démographique de la société tend vers une augmentation du nombre des personnes âgées, isolées, fragilisées et donc potentiellement du nombre de patients en EHPAD. L'HAD sera un outil essentiel pour compléter l'offre de soins mise à la disposition de cette population, notamment dans le recours à l'urgence. Il faut donc étendre cette convention tripartite à l'ensemble du territoire, et surtout s'en servir !

BIBLIOGRAPHIE :

1. Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile.

Histoire de l'HAD. In *FNEHAD*.

Disponible sur : <http://www.fnehad.fr/lhad/histoire-had.html>

2. République française

Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>

3. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.

Circulaire du 29 Octobre 1974 relative à l'Hospitalisation A Domicile.

Disponible sur :

<http://www.sideralsante.fr/documents/?path=Maintien+%C3%A0+domicile%2FStructures>

4. Ministère des affaires Sociales et Sanitaires.

Circulaire du 12 mars 1986 relative à l'hospitalisation à domicile dans les établissements hospitaliers publics. Journal Officiel de la République Française, 19 mars 1986, p. 4620-4621.

5. République Française.

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Journal Officiel de la République Française, 2 août 1991, n°179, p.10255.

6. Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire.

Décret n° 92-11 001 et décret n° 92-11 002 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L.712-2 du Code de la Santé Publique. Journal Officiel de la République Française, 8 octobre 1992, n° 2340234, p. 13990

7. Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire.

Décret n° 093-407 du 17 mars 1993 relatif à la durée de validité des autorisations mentionnées à l'article L.712-8 du Code de la Santé Publique et modifiant ce Code. Journal Officiel de la République Française, 21 mars 1993.

8. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

Circulaire DH/E02/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile (non paru au journal officiel).

Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_295_300500.pdf

9. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

Complément à la circulaire DH/E02/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile. Annexe 3.

10. Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées.

Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé, ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation. Journal Officiel de République Française, 06 septembre 2003, p. 15391.

11. Ministère de la Santé et des Solidarités.

Circulaire DHOS/03 n°2006-506 du 1^{er} décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile. Bulletin Officiel Santé, 15 février 2007, n°1, p.89-93.

12. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports.

Circulaire DHOS/03/DGAS/2C n° 2007-365 du 5 octobre 2007 relative aux modalités d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Bulletin Officiel Santé, 15 décembre 2007, N°11, p.60-64.

13. République Française.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel de la République Française, 22 juillet 2009, n° 0167, p. 12184.

14. PETTY François.

Ce que les médecins généralistes attendent de l'HAD. Le Généraliste. 2008. 2469 : 14-16.

15. DURAND Nicolas ; LANNELONGUE Christophe ; LEGRAND Patrice ; et al.

Hospitalisation à Domicile (HAD). Tome 1. Inspection Générale des Affaires Sociales. 2010. Rapport n° RM2010-109P. 177p.

16. SAUVAGE Delphine.

Importance de la formation médicale dans le recours à l'HAD.

Th D. Médecine générale : Nancy UHP-1, 2010, 124p.

17. SENTILHES-MONKAM Angélique.

L'hospitalisation à domicile et la prise en charge de la fin de vie : le point de vue des patients et de leurs proches. Santé Publique. 2006/3 (Vol.18), p. 443-457

18. RAFFY-PIHAN Nadine.

L'hospitalisation à domicile : une alternative également adaptée aux personnes âgées.

Communication au colloque « systed 1997 » à Chicago. CREDES. Biblio numéro 1185.

19. AFRITE Anissa ; COM-RUELLE Laure ; OR Zeynep ; REANAUD Thomas.

L'hospitalisation à domicile, une alternative économique pour les soins de suite et de réadaptation.

IRDES. 2007. Bulletin d'information en économie de la santé. N°119.

20. Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile.

L'HAD en chiffres, fiche 2 : *Répartition de la dynamique de l'offre d'HAD par région*. Juin 2011.

Disponible sur :

http://www.fnehad.fr/images/stories/2.Evolution_offre_rgionale_donnes_2010.pdf

21. Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile.

L'HAD en chiffres, fiche 3 : *Analyse structurelle des établissements d'HAD*. Juin 2011.

Disponible sur :

http://www.fnehad.fr/images/stories/3.Rpartition_par_statut_Donnes_2010.pdf

22. Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation.

Rapport d'activité d'hospitalisation à domicile en 2011. Juin 2013. 66 p.

23. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé.

Circulaire n° DGOS/R4/DGCS/2013/107 du 18 mars 2013 relative à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social.

Disponible sur : <http://www.social-sante.gouv.fr>

24. HOFFMANN Muriel.

Guide pratique de l'Hospitalisation à Domicile en Lorraine. Septembre 2012

Disponible sur : <http://www.hadlorraine.fr>

25. Ministère du Travail, de l'Emploi et des Solidarités.

Décret n° 2010-1731 du 30 décembre 2010 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Journal Officiel de la République Française, 31 décembre 2010, n°303, p 377-378.

26. GERVAIS Xavier.

Rôle du médecin coordonnateur. En ligne.

Disponible sur : <http://www.macsfr.fr/nous-connaître/role-missions-du-medecin-coordonnateur.html>

27. MALBEC Jean-Claude.

Mission du médecin coordonnateur. In : Université Paris Descartes. DU médecin coordinateur d'EHPAD. En ligne.

Disponible sur : <http://www.ehpad.org/Formation/missions-du-medecin-coordonateur>

28. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Ministère délégué chargé des personnes âgées et de l'autonomie.

Circulaire n° DGCS/SD3A/2012/404 du 7 décembre 2012 relative à la mise en œuvre du décret n° 2011-1047 du 2 décembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code l'action sociale et des familles.

Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/01/cir_36346.pdf

29. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE).

Projections de la population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050.

Disponible sur : <http://www.insee.fr>

30. HADLOR.

2^{ème} Congrès lorrain de l'Hospitalisation à Domicile. 2009.

31. HOFFMANN Muriel.

Profil des médecins généralistes utilisant l'hospitalisation à domicile en établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes.

Th D. Médecine générale : Nancy UHP-1, 2012, 145 p.

32. KAUFMANN Jean-Claude, sociologue et chercheur au CNRS.

L'enquête et ses méthodes, Ed Armand Colin 2013, 126 p.

33. Gérontopôle de Toulouse.

Etude PLEIAD. La revue de Gériatrie, juin 2010, Tome 35, n°6.

34. MILLER Marc.

Les obstacles à l'hospitalisation à domicile : enquête d'opinion auprès des médecins de l'hôpital Bon-Secours du CHR Metz-Thionville.

Th D. Médecine : Nancy UHP-1, 2007, 103 p.

35. MULLER CUCUTEANU Iona.

Implication des médecins généralistes dans l'hospitalisation à domicile de l'ouest vosgien, analyse d'une enquête d'opinion.

Th D. Médecine : Nancy UHP-1, 2011, 95p.

ANNEXE 1 : LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : Evolution de 2005 à 2010 du développement de l'activité HAD selon 5 indicateurs	38
Tableau 2 : Synthèse des différentes augmentations entre 2005 et 2010	39
Tableau 3 : Intervention de l'HAD en EHPAD – les 14 modes de prise en charge	56
Tableau 4 : Nombre de patients ayant pu bénéficier de la convention tripartite en 2011 et 2012	78
Figure 1 : Localisation des structures d'HAD en Lorraine	43
Figure 2 : Coopérations HAD – EHPAD en 2010	54
Figure 3 : Dépendance des patients transférés en pourcentage	75
Figure 4 : Décision d'hospitalisation en pourcentage	76

ANNEXE 2 : GRAPHIQUES RELATIFS AU BILAN D'ACTIVITE DE L'HADAM POUR 2011 ET 2012

Graphiques réalisés à partir des données publiées dans les rapports d'activité annuelle de l'HADAM de 2011 et de 2012.

Tableau 1 : Durée moyenne des séjours en 2011

Tableau 2 : Durée moyenne des séjours en 2012

Tableau 3 : Répartition par tranche d'âge

Tableau 4 : Répartition par indice de Karnofsky

Tableau 5 : Objectifs principaux de prises en charge

Figure 1 : Modes d'entrée en HAD

Figure 2 : Répartition des types de soins

Figure 3 : Modes de sortie des patients en 2011

Figure 4 : Modes de sortie des patients en 2012

Figure 5 : Motifs d'arrêt en 2012

Figure 6 : Réponses des patients sur l'information donnée par leur médecin traitant concernant
leur prise en charge en HAD

	Nombre de patients	Pourcentage
moins de 10 jours	187	45,72 %
de 10 à 29 jours	135	33,01 %
de 30 à 89 jours	71	17,36 %
de 90 à 179 jours	14	3,42 %
de 180 à 359 jours	2	0,49 %
Total	409	100 %

Tableau 1 - Durée moyenne des séjours 2011

	Nombre de patients	Pourcentage
moins de 10 jours	175	41,47 %
de 10 à 29 jours	160	37,91 %
de 30 à 89 jours	71	16,82 %
de 90 à 179 jours	15	3,55 %
de 180 à 359 jours	1	0,24 %
Total	422	100 %

Tableau 2 - Durée moyenne des séjours 2012

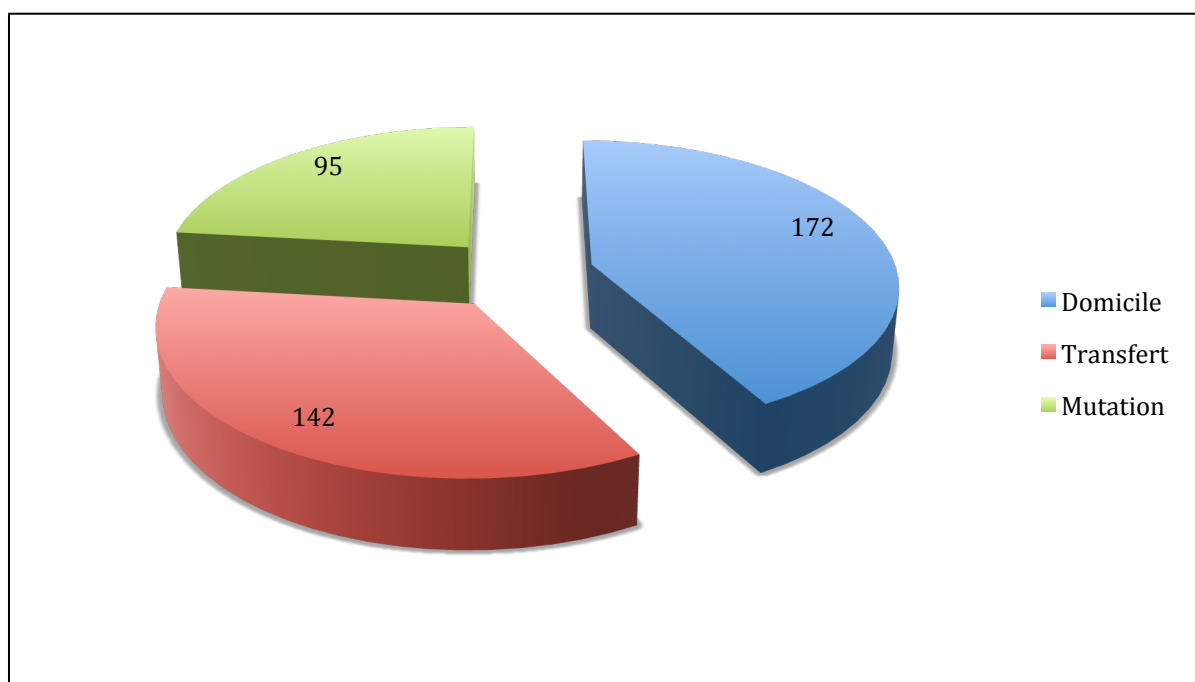


Figure 1 – Modes d'entrée en HAD

	Résultat 2011	%	Résultats 2012	%
De 0 à 9 ans	34	8,31	8	1,90
De 10 à 19 ans	8	1,96	6	1,42
De 20 à 29 ans	14	3,42	15	3,55
De 30 à 39 ans	19	4,65	9	2,13
De 40 à 49 ans	22	5,38	33	7,82
De 50 à 59 ans	119	29,10	98	23,22
De 60 à 69 ans	43	10,51	66	15,64
De 70 à 79 ans	68	16,63	62	14,69
De 80 à 89 ans	55	13,45	86	20,38
De 90 à 99 ans	27	6,60	39	9,24
Total	409	100 %	422	100 %

Tableau 3 - Répartition par tranche d'âge

Indice de Karnofsky (en %)	Résultats 2011	%	Résultats 2012	%
IK 10 Le patient est moribond, le processus fatal progressant rapidement	0	0	14	3,32
IK 20 Le patient, très malade, nécessite un traitement de soutien actif	39	9,54	30	7,11
IK 30 Le patient est sévèrement handicapé	16	3,91	25	5,92
IK 40 Le patient est handicapé et nécessite une aide et des soins particuliers	42	10,27	83	19,67
IK 50 Le patient nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents	108	26,41	103	24,41
IK 60 Le patient nécessite une aide occasionnelle, mais peut prendre en charge la plupart de ses propres besoins	67	16,38	60	14,22
IK 70 Le patient est capable de se prendre en charge, mais est incapable de mener une activité normale ou de faire un travail	118	28,85	69	16,35
IK 80 Le patient est capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne, mais avec effort	8	1,96	32	7,58
IK 90 Le patient est capable de réaliser les activités normales de la vie quotidiennes, signes mineurs de maladie	11	2,69	6	1,42
Total	409	100 %	422	100 %

Tableau 4 - Répartition par indice de Karnofsky

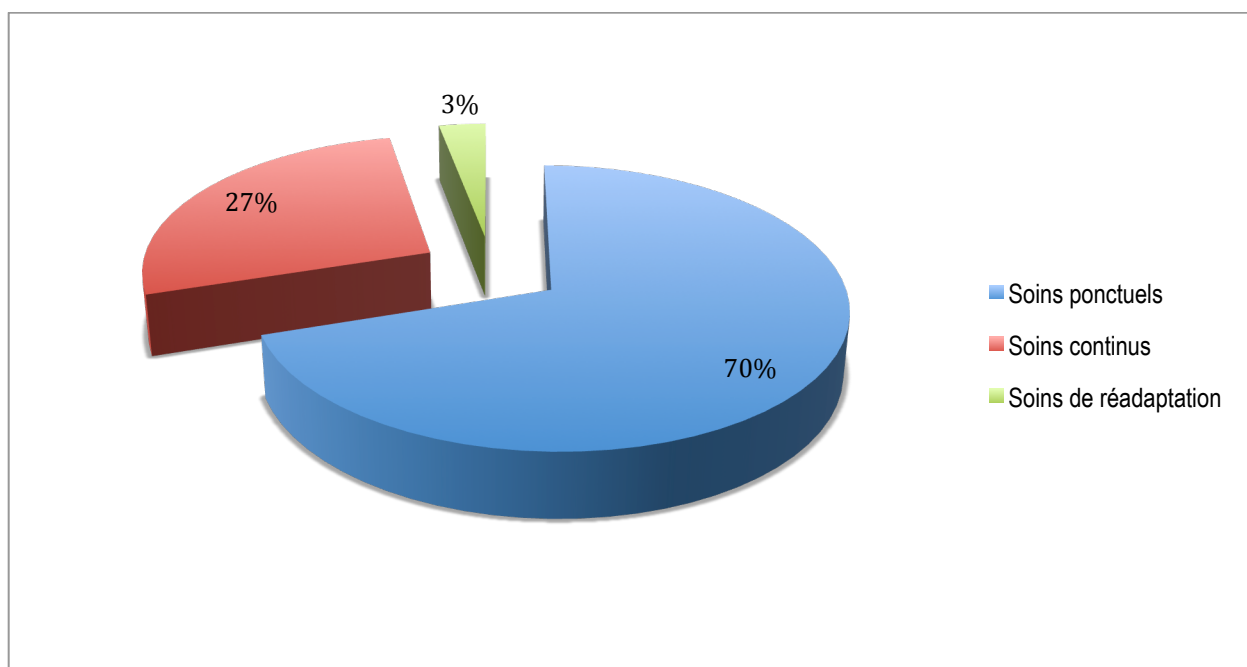


Figure 2 – Répartition des types de soins (moyenne 2011- 2012)

	Résultats 2011	%	Résultats 2012	%
Raccourcir l'hospitalisation	229	55,99	249	59,00
Eviter l'hospitalisation	158	38,63	134	31,75
Accompagnement de fin de vie	17	4,16	34	8,06
Retour à l'autonomie	3	0,73	2	0,47
Organisation du maintien à domicile	2	0,49	3	0,71
Total	409	100 %	422	100

Tableau 5 - Objectifs principaux de prises en charge

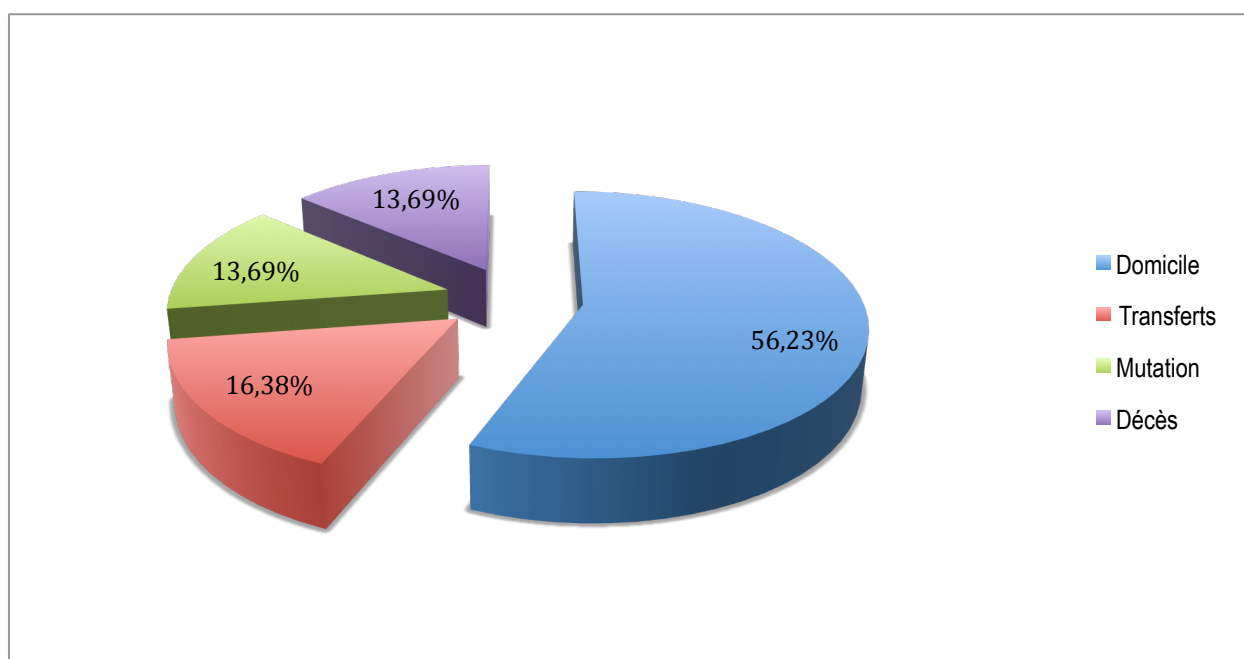


Figure 3 – Mode de sortie des patients 2011

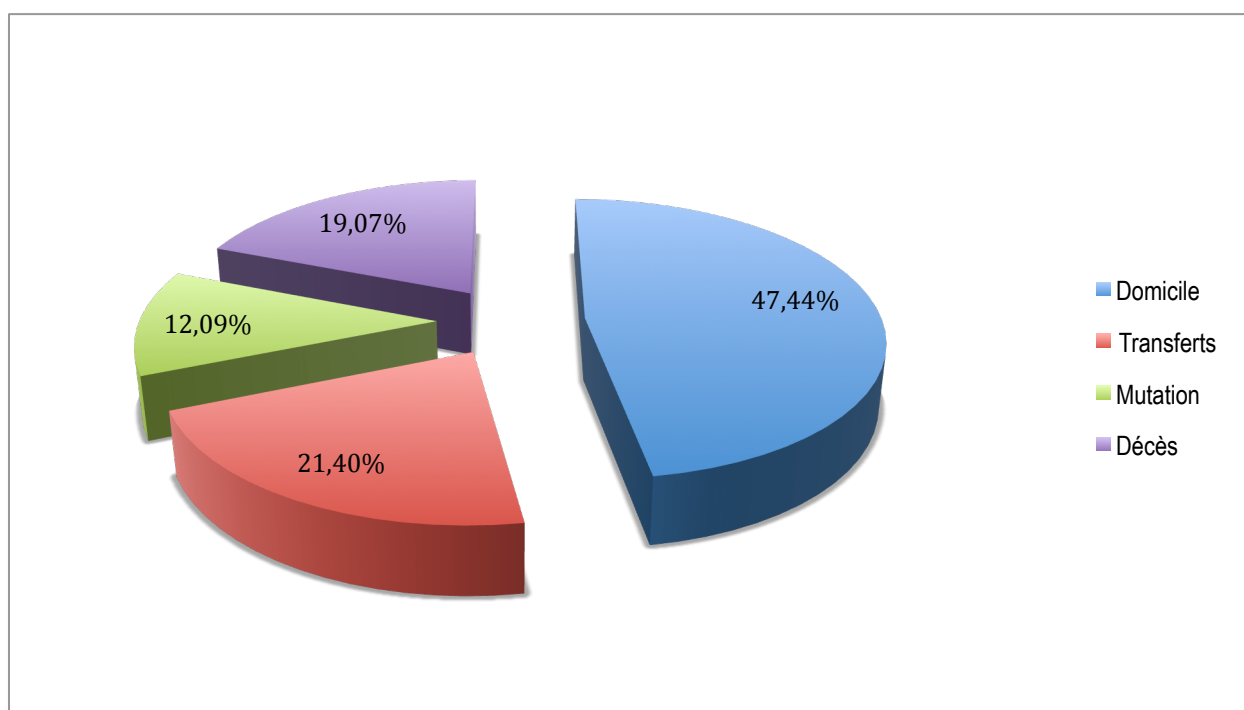


Figure 4 – Mode de sortie des patients 2012

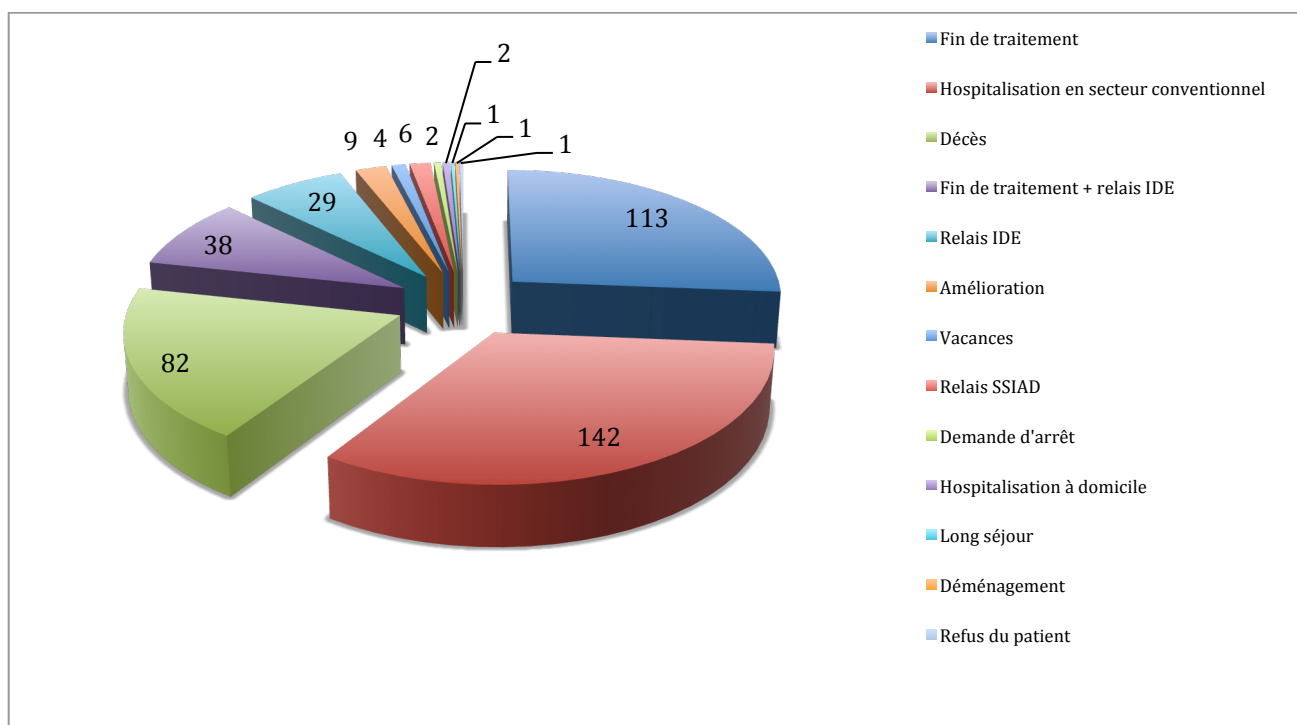


Figure 5 – Motifs d'arrêt en 2012

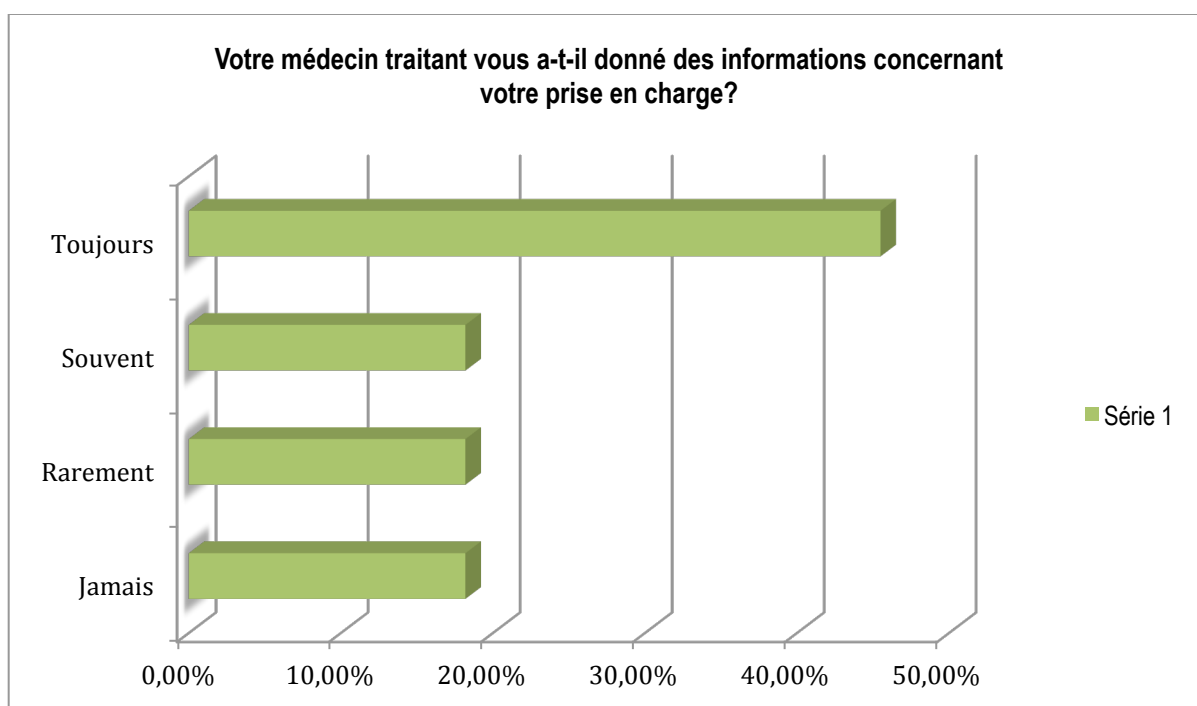


Figure 6 – Réponses des patients sur l'information donnée par leur médecin traitant concernant leur prise en charge en HAD

ANNEXE 3 : PROTOCOLE DE DECLenchement DE L'URGENCE PAR LE PERSONNEL SOIGNANT EN EHPAD

Le protocole est le suivant :

Indiquer

1) A la permanence du Centre 15 :

- ⇒ Le motif d'appel
- ⇒ Le lieu exact où se trouve le patient

2) Au médecin régulateur :

- ⇒ Les signes de gravité
 - Détresse cardiovasculaire (mesure de la pression artérielle, mesure du pouls)
 - Détresse respiratoire (fréquence respiratoire, saturation en oxygène)
 - Détresse neurologique (perte de connaissance, paralysie récente, agitation ou coma)
- ⇒ Chercher une hypoglycémie, chercher une prise anormale de médicaments
- ⇒ Renseignements utiles :
 - Traitement en cours
 - Etat de dépendance
 - Statut médical, familial et évolutif du patient

En fonction des réponses à ces questions, le Centre 15 fait appel au médecin traitant ou à son système de garde, ou bien intervient directement au lit du patient.

RESUME DE LA THESE

Contexte de l'étude : L'hospitalisation des patients résidant en EHPAD pose des problèmes liés à leur plus grande fragilité et à leur dépendance. Les transports itératifs, la difficulté d'admission directe en hospitalisation et l'orientation post-SAU sont sources de désorientation et de diminution globale de leur état de santé. Le recours à l'hospitalisation à domicile pour ces patients est encore marginal malgré sa possibilité depuis 2007.

Objectifs : Montrer qu'une valorisation de la convention tripartite mise en place entre les EHPAD, le SAU et le service d'HAD pourrait augmenter le nombre de patients pouvant bénéficier de cette alternative à l'hospitalisation traditionnelle. Identifier les freins à sa plus grande utilisation.

Méthode : Entretien avec les chefs de service de l'HAD et du SAU de Metz, à l'origine de cette convention. Illustration du propos par l'analyse des résultats de l'étude PLEIAD et des cas cliniques messins pour 2011 et 2012.

Résultats : 60 % des patients d'EHPAD passent par les Urgences tous types d'hospitalisation confondus. La convention tripartite permet un transit par le SAU plus court et un retour en EHPAD rapide via une HAD, limitant les complications en particulier liées à un parcours de soins mal adapté.

Pour l'agglomération messine, entre 2011 et 2012, seulement 5 patients ont pu bénéficier d'une telle prise en charge, soit 6 % de l'activité d'HAD en EHPAD. Les freins que nous avons identifiés sont modifiables.

Conclusion : Lorsqu'une HAD est possible pour un résident d'EHPAD, celle-ci est préférable à une hospitalisation traditionnelle. La convention tripartite permet, outre un diagnostic rapide, de faciliter la mise en place de l'HAD. Les freins qui persistent à sa plus large utilisation sont surtout organisationnels et un accompagnement institutionnel valoriserait facilement cet outil.

TITRE EN ANGLAIS :

Home health care in nursing homes : tripartite convention with emergency services in Metz.

THESE : MEDECINE GENERALE-ANNEE 2013

MOTS CLES

Hospitalisation à domicile ; HAD ; EHPAD ; Service d'Accueil des Urgences ; SAU ; convention tripartite ; dépendance ; filière de soins ; médecins généralistes ; Lorraine.

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ, NANCY-1

Faculté de médecine de Nancy

9, rue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY cedex