

2017-2018

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine Générale

Evaluation de la filière HAD Saint Sauveur dédiée au service des urgences adultes du CHU d'Angers

FAYEULLE Charlotte

Née le 8 septembre 1988 à Lomme (59)

Sous la direction de Mme DAMBRINE Sophie

Membres du jury

Monsieur le Professeur CAILLIEZ Eric | Président

Madame le Docteur DAMBRINE Sophie | Directeur

Madame le Docteur ANGOULVANT Cécile | Membre

Madame le Docteur SPIROUX Isabelle | Membre

Monsieur le Docteur GUINEBERTEAU Clément | Membre

Soutenue publiquement le :
18 octobre 2018



**FACULTÉ
DE SANTÉ**

UNIVERSITÉ D'ANGERS

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Charlotte FAYEULLE
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **18/09/2018**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Nicolas Lerolle

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine :

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine

HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique et Mycologie	Pharmacie
LEGEAY Samuel	Pharmacologie	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

PAST

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Physiologie	Pharmacie

ATER

FOUDI Nabil (M)	Physiologie et communication cellulaire	Pharmacie
HARDONNIERE Kévin	Pharmacologie - Toxicologie	Pharmacie
WAKIM Jamal (Mme)	Biochimie et biomoléculaire	Médecine

AHU

BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LEROUX Gaël	Toxico	Pharmacie
BRIOT Thomas	Pharmacie Galénique	Pharmacie
CHAPPE Marion	Pharmacotechnie	Pharmacie

CONTRACTUEL

VIAULT Guillaume	Chimie	Pharmacie
------------------	--------	-----------

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Cailliez, vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail,

A ma directrice de thèse, le Dr Sophie Dambrine, pour avoir eu la gentillesse d'accepter de diriger cette thèse, pour votre disponibilité tout au long de ce travail et pour nos échanges constructifs et enrichissants.

A Madame le Dr Cécile Angoulvant, merci de votre présence dans ce jury. Merci également de m'avoir accueillie dans votre maison de santé de campagne dans laquelle j'aime tant venir remplacer.

A Madame le Dr Spiroux, merci d'avoir accepté ce travail de thèse et d'avoir pris le temps de répondre à toutes mes interrogations concernant l'IHAD. J'en garderai des bases solides pour ma pratique future.

A Monsieur le Dr Clément Guineberteau, vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Au Dr Anne Sophie Bordot qui est à l'initiative de ce projet et m'a donné l'envie de travailler sur le sujet et découvrir l'IHAD.

A Mme Laguerie et aux infirmières de l'IHAD pour m'avoir aidée dans ce travail, pour votre gentillesse et votre réactivité.

Au Dr Mireille Lemaire de m'avoir accueillie dans votre service il y a bien longtemps et de m'avoir donné l'envie de faire médecine. I did it !

Aux Dr Fabre, Texier-Legendre, Ghazi, Brault, Sammour et Barbin pour m'avoir accueillie dans vos cabinets lors de mes stages ambulatoires. Vos pratiques différentes et complémentaires ont été d'une grande richesse pour ma formation et m'ont permis d'appréhender un large panel de la médecine générale. Vous m'avez confortée dans cette voie.

A toutes les équipes médicales et paramédicales que j'ai eu la chance de côtoyer durant mes stages hospitaliers, pour leur enseignement, leur soutien, pour leur réconfort et parce que même si cela n'a pas toujours été facile on a bien ri. Aux secrétaires des cabinets dans lesquels j'ai travaillé pour m'avoir épaulée et rendu bien des services. Une pensée particulière au CH de Cholet où j'ai débuté et terminé mon internat un peu comme à la maison. Un grand merci à l'équipe de gynécologie grâce à qui les débuts ont été doux comme on les souhaite et à l'équipe de médecine polyvalente grâce à qui la fin a été plus que formatrice sans oublier l'équipe des urgences avec qui j'ai passé pas mal de nuits blanches, mangé beaucoup de bonbons et bien râlé aussi. Enfin à tous les co-internes funky avec qui j'ai pu échanger, rigoler, pleurer aussi, faire des pauses clopes qui ont contribué à faire de ces 3 ans d'internat de belles années.

REMERCIEMENTS

A mes petits parents, pour votre soutien sans faille, pour votre amour, votre générosité et votre simplicité, pour votre présence à toute épreuve. Je ne saurai assez vous remercier. Voyez à travers ce travail l'accomplissement de votre petite dernière qui, sans vos quelques recadrages, n'en serait pas là aujourd'hui. Soyez assurés de tout mon amour et mon admiration éternels.

A ma grande sœur, ma Caro, ma prof de gym, mon chauffeur en 205 stylée, mon organisatrice préférée de fête d'anniversaire, ma confidente et mon alter ego de pensée. Merci pour tous ces moments de bonheur et ceux à venir. Je suis aussi fière de toi que le nombre de réflexions qu'on peut faire sur les profs (entres autres), tu n'as qu'à voir !

A mon grand frère, mon médecin généraliste modèle, celui qui me pousse à aller plus loin. Je tâche de faire au mieux pour suivre ton chemin car tu es, à mes yeux, le meilleur.

Merci à tous les deux de m'avoir oubliée à l'école, collée chez la voisine pour faire vos soirées, fait croire que j'étais adoptée et fait manger de la harissa, c'est pour tout ça que je vous aime.

A ma Loulou, tu l'as tellement attendue, la voilà ma thèse ma petite mamie. J'aurai préféré te dédier un travail sur la découverte d'un traitement miracle contre l'arthrose mais ce n'est pas encore pour aujourd'hui. Notre tendre complicité est pour moi une force, je t'amènerai bientôt un paquet de lions qu'on partagera pour fêter ça !

A mon grand-père maternel et ma grand-mère paternelle, vous continuez de guider mes pas, je ne vous oublie pas.

A Raphael, Axel, Juliette et Ninon, mes petits rayons de soleil. Un petit clin d'œil particulier à notre Juju la guerrière qui a su, pour notre plus grand bonheur, nous montrer que la médecine n'était pas une science exacte. Tu es mon plus beau modèle de courage et de rage de vivre. A mon beau-frère et ma belle-sœur, merci Man' du temps consacré à la correction de cette œuvre...

A ma famille et en particulier mon tonton Philippe et ma tante Sophie, pour les vacances inoubliables et les bons moments partagés. A ma cousine Alice (sans oublier son Philou), ma briochette, à tous nos souvenirs et aux prochains.

A ma belle-famille, aux coco moumou, de m'avoir accueilli dans votre famille.

Aux copains limougeauds, ceux qui m'ont vu grandir et accompagnée depuis le début, n'est-ce pas les voisins ? A mes copines de lycée : ma chouchou pour ta loyale amitié, ta franchise et pour me faire rigoler depuis toutes ces années, ma Lulu pour nos soirées endiablées, nos courses presque effrénées, nos affaires chez Noz, nos belles années d'externat.

A Mathou, Mathieu et Eliot pour les bons petits repas et toutes les idées déco, pour ta délicatesse sans égale, ton franc parler qui me fait tant rire. A Gersande, pour avoir fait faire plusieurs iron man à mes cordes vocales. A Morgan pour nos révisions efficaces, nos courtes nuits en bensimon. A Quentin, pour avoir sali la salle de bains autant de fois que tu as pu être adorable. A Ugo, Mathou et Joseph parce que vous êtes vraiment chouettes.

A ma Lulu Pocchiola et ses parents, à tous les copains de la coloc' pour toutes ces soirées mémorables et à votre simplicité qui m'a permis de garder les pieds sur terre.

A la team Choletaise sans qui l'internat n'aurait pas été pareil. A la famille Verhaeghe-Léger (je trouve ça trop stylé) qui illustre parfaitement la réussite de notre premier semestre et en est l'aboutissement ultime avec la petite Fau Fau (d'amour). Merci ma Caro pour tous ces fous rires, ces confidences, ces petits potins qu'on aime tant... A ma Marie, pour ton soutien indéfectible, pour nos séances de bruno et les verres de vin... à Timy pour avoir nourri mon avide curiosité, à Pauline et Fabien, à Clem, Jerem, à la machine à fumée de Bryan et tous les autres.

Aux copains angevins, aux belles rencontres : Marie B., Tété et Lénou, Cécile et Loulou, Bénin et Cécile, Daphné, Marie, Clémence et ceux que j'oublie.

A ma coloc adorée, ma petite Alice et son grand Luig'. L'internat n'aurait pas eu la même douceur sans toi, sans nos petits plats, sans que tu t'endormes en écoutant mes histoires, sans nos petits week-end. Je nous en souhaite tout autant pour les années à venir : en péniche, en spécialisé ou à dos de raie manta à Tahiti, qui sait ?

Aux copains adoptés : Max et Delphou, Juju et Marion, Antoine et Camille, parce que vous êtes trop cool les copains et aussi parce que d'autres sont bilingues et peuvent corriger mon abstract, merci !

A tous ceux que je n'ai pas cité mais qui ont contribué de près comme de loin à mon équilibre.

A Max, mon lou, vivre à tes côtés me rend la plus heureuse et épanouie, je souhaite que cela continue pour de longues années. Merci d'avoir amplement contribué à l'élaboration de cette thèse avec cette patience que j'admire tant qui apaise mes exigences parfois démesurées.

A notre petit ours, il me tarde de te rencontrer.
Nous l'avons faite ensemble, je te dédicace ce travail.

Liste des abréviations

[illegible]

Plan

INTRODUCTION

1. Historique (1)
2. Définition et modes de prise en charge principaux en 2018
3. Evolution légale depuis 2013
4. Audit SAU-HAD Saint Sauveur
5. Objectif de l'étude

MÉTHODES

1. Matériel
 - 1.1. L'Hôpital à domicile Saint Sauveur
 - 1.2. La cellule de gestion des lits – coordination parcours patients du CHU d'Angers
 - 1.3. Viatrajectoire
2. Méthode
 - 2.1. Population étudiée
 - 2.2. Méthodes de recueil des données
 - 2.3. Analyse des données

RÉSULTATS

1. Type d'étude
2. Efficacité de la filière HAD
 - 2.1. Etude des demandes de 2014 à 2017
 - 2.2. Répartition mensuelle des demandes
3. Descriptif épidémiologique des patients
 - 3.1. Répartition des âges
 - 3.2. Répartition hommes/femmes
 - 3.3. Lieu de vie des patients
4. Etude du passage aux urgences :
5. Analyse des demandes HAD

DISCUSSION

1. Résultats principaux
2. La place du médecin généraliste
3. Forces et limites de l'étude
4. Perspectives

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

INTRODUCTION

1. Historique (1)

Le concept d'hospitalisation à domicile (HAD) est né à New York aux Etats-Unis en 1947. Le Professeur BLUESTONE de l'hôpital de Monfiore fonde le principe du « home care » pour pallier au manque de lits d'hospitalisation dans son service.

Devant le décalage qui existe 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 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.

En France, en 1951, pour les mêmes motifs, le Professeur SEGUY de l'hôpital Tenon initie les premiers soins à domicile. Un premier établissement d'hospitalisation à domicile voit le jour en 1957 à Paris.

L'HAD obtient sa reconnaissance légale en 1970(2). A partir de ce moment et jusqu'aux années 80, elle va connaître une phase de développement rapide avec la publication de textes juridiques et la création de nouvelles structures. Il faudra tout de même patienter vingt ans pour que la législation reconnaisse, en 1991, l'HAD comme une alternative à part entière à l'hospitalisation traditionnelle (3). La décennie 2000 est propice à des améliorations du statut de l'HAD. La circulaire du 30 mai 2000 (4) redéfinit le champ de l'HAD, les critères d'admission et les objectifs de soins. Dans le même temps la pression démographique et financière tendent à accélérer la levée des freins au développement de l'HAD. Ce développement est favorisé également par la réforme sur la tarification à l'activité votée en 2005 (5).

2. Définition et modes de prise en charge principaux en 2018

L'HAD est une offre émergente dont le développement doit répondre à la demande croissante de la population d'être soignée à domicile, à l'impact du vieillissement démographique et à l'augmentation de l'incidence des pathologies chroniques (6).

Selon un sondage de l'ONFV, 80% des français souhaiteraient finir leur vie à domicile. Paradoxalement, la France est le pays européen où l'on meurt le moins souvent chez soi (25% des décès seulement surviennent à domicile) (7). L'HAD permet à un malade atteint de pathologies lourdes et évolutives de bénéficier chez lui (c'est-à-dire à son domicile personnel ou dans l'établissement social ou médico-social qui l'héberge et en tient lieu) de soins médicaux et paramédicaux complexes et coordonnés que seuls des établissements de santé peuvent lui prodiguer (8). L'HAD couvre de nombreux modes de prise en charge (Annexe 1) et peut être prescrite par le médecin traitant ou un médecin hospitalier (9).

Tous les frais engendrés par la prise en charge d'un patient incombent à la structure d'HAD : soins, examens médicaux, certains transports. De plus, elle fournit les produits pharmaceutiques (injections, médicaments, perfusions), le matériel technique à usage unique et le matériel médical nécessaire au confort du patient et indispensable aux soins.

L'établissement d'HAD reçoit un financement des caisses d'assurance maladie (et parfois des complémentaires), correspondant au paiement d'un forfait pour chaque jour d'HAD pour chaque patient pris en charge, établi selon l'intensité des soins délivrés, le degré de dépendance du patient et la durée du séjour.

Le nombre de lits d'hospitalisation n'est pas limité en HAD.

3. Evolution légale depuis 2013

Dès 2013, les pouvoirs publics ont défini une stratégie d'ensemble pour développer la place de l'hospitalisation à domicile (circulaire du 4 décembre 2013 à destination des ARS). Ils se sont fixés pour objectif un doublement d'ici 2018 de la part d'activité de l'HAD, la portant de 0,6 % à 1,2 % de l'ensemble des hospitalisations complètes. Cette circulaire ministérielle relative au développement de l'HAD souligne la nécessité du développement des prises en charge en HAD à partir des services d'urgences (10). En effet un quart des passages aux urgences aboutit à une hospitalisation dans le secteur public (11). L'engorgement des établissements de santé est une préoccupation nationale. Les médecins urgentistes et plus généralement les professionnels de l'urgence ont identifié le taux d'occupation des lits d'hospitalisation comme une des causes responsables de la problématique de l'aval des urgences (12).

S'il est encore trop tôt (rapport de la Cour des Comptes de décembre 2015) pour faire un bilan définitif des mesures prises depuis fin 2013, celles-ci n'ont pas atteint l'objectif affiché et n'ont pas été suffisantes pour faire de l'HAD une alternative à l'hospitalisation conventionnelle pleinement intégrée dans les parcours de soins (13).

En 2015, 12,5 millions de personnes ont été hospitalisés en France dont 105 000 en HAD. En 2017, on observe tout de même une progression avec 116 000 patients hospitalisés sur les 291 établissements d'HAD en France et 12,2 millions de patients hospitalisés en médecine, chirurgie, obstétrique selon les données collectées dans le PMSI (14).

4. Audit SAU-HAD Saint Sauveur

Ce travail émane d'un audit qui a été réalisé en 2015 au Centre hospitalier universitaire (CHU) d'Angers entre l'HAD Saint Sauveur et le Service d'accueil des urgences (SAU) adultes suite aux observations constatées durant l'hiver 2014-2015 avec l'épidémie de grippe et l'engorgement aux urgences.

Cet audit visait d'une part à évaluer la pertinence du recours à l'HAD dès les urgences et d'autre part à communiquer auprès des médecins urgentistes afin de mieux faire connaître l'HAD et ses possibilités de recours. Le recours à l'HAD en aval des urgences semblait possible pour 20 des 298 dossiers étudiés de patients présents aux urgences adultes au moment de la réalisation des séances d'audit (Unité 3, Unité d'hospitalisation de courte durée et zone de surveillance).

Dès janvier 2016, la cellule de gestion des lits du CHU d'Angers a ainsi œuvré pour accroître le nombre de sorties en HAD depuis le SAU. Dans les suites de l'audit et avec un contexte économique le permettant, une collaboration active a été proposée : une infirmière de liaison de l'HAD travaille à mi-temps au SAU d'Angers depuis novembre 2016 afin de renforcer le partenariat entre les deux structures et ainsi faciliter les admissions.

5. Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude est de savoir si l'HAD peut être une alternative à l'hospitalisation conventionnelle de mise en place aisée grâce à une filière dédiée entre le SAU du CHU d'Angers et l'HAD Saint Sauveur.

Les objectifs secondaires sont de définir les caractéristiques épidémiologiques de la population d'intérêt, l'analyse des demandes HAD à partir du SAU, afin de définir les principaux motifs de recours à l'HAD dès la sortie des urgences, et le suivi des patients en HAD.

MÉTHODES

1. Matériel

1.1. L'Hôpital à domicile Saint Sauveur

L'HAD Saint Sauveur voit le jour en 2000 suite à la transformation puis à la fermeture des lits de médecine générale de la clinique du même nom. Il appartient au groupe hospitalier Saint Augustin de Malestroit. L'HAD peut intervenir sur 177 communes du Maine et Loire réparties en quatre unités géographiques de soin et une unité pédiatrique (Annexe 2). Il assure la prise en charge des patients 24h/24, 7j/7 avec une équipe pluridisciplinaire composée de :

- **3 médecins coordonnateurs** qui sont les référents médicaux de la structure, ils veillent au respect et à la bonne exécution des soins et entretiennent des relations avec le médecin traitant du patient et les spécialistes.
- **1 médecin spécialiste de la douleur, des soins palliatifs et de support**, de l'institut de cancérologie de l'Ouest, présent tous les jeudis et joignable tous les jours.
- **1 interne de médecine générale**
- **1 responsable des soins et des ressources humaines**
- **1 infirmière de liaison** qui centralise toutes les demandes d'admission des patients, les documente et les présente aux médecins coordonnateurs en commission d'admission. Elle s'occupe de la communication au sein de l'HAD, se charge aussi d'organiser et d'élargir les relations de l'établissement avec l'extérieur.
- **4 infirmières coordonnatrices** : chaque infirmière a en charge une des quatre unités géographiques. Elles font un recueil de données et se déplacent au chevet du patient (en structure ou au domicile) avant son entrée en HAD. Ce sont elles qui coordonnent l'équipe

soignante en élaborant les tournées. Elles restent à l'écoute du patient tout au long de son séjour.

- **Une équipe paramédicale** composée d'infirmiers et d'aides-soignants. L'équipe soignante de l'HAD collabore avec des cabinets libéraux d'infirmiers et de kinésithérapeutes.
- **Le service pharmacie** qui se compose d'une équipe de 3 pharmaciens et de 3 préparateurs exerçants au sein de la PUI (Pharmacie à Usage Intérieur) de l'établissement. Les ordonnances des patients sont envoyées à la PUI pour réalisation de leur analyse pharmaceutique et préparation des piluliers nominatifs journaliers.
- **Une équipe psycho-sociale** : 2 assistantes sociales et une psychologue
- **Une équipe administrative et logistique**

Il s'agit d'une HAD privée. L'ensemble du personnel est salarié. Cependant, les professionnels libéraux peuvent participer à la prise en charge en collaboration avec l'équipe salariée de l'HAD en fonction des besoins et/ou du secteur. Cette collaboration est extrêmement importante pour le patient, cela permet de maintenir le lien avec les professionnels qu'il a l'habitude de côtoyer à son domicile.

L'accord du médecin traitant et celui du patient sont indispensables pour débiter une hospitalisation à domicile. Le médecin traitant reste le référent médical privilégié de son patient à domicile. Il reste le prescripteur de tout soin, traitement et matériel.

Quelques chiffres de l'HAD Saint Sauveur pour 2017 :

- ⇒ Nombre de journées d'hospitalisation réalisées : 31 336 en 2017 (progression d'activité de + 20,2 % par rapport à 2016)
- ⇒ Provenance des patients admis : le CHU d'Angers confirme sa position de prescripteur principal grâce aux différents partenariats établis (873 admissions soit 49,3 % des admissions totales). Les patients pris en charge en HAD et adressés par le CHU d'Angers proviennent majoritairement du service des maladies du sang, de pédiatrie et des

urgences adultes. On observe également une vraie prédominance de demande d'admissions par les médecins libéraux, ce qui confirme leur intérêt pour l'HAD

- ⇒ Motifs de prise en charge principaux : les soins palliatifs demeurent le mode de prise en charge principal (MPP) le plus important en 2017. En y ajoutant les pansements complexes et les traitements par voie veineuse, on obtient plus des trois quarts de l'activité réalisée.
- ⇒ Motif de non prise en charge : seulement 6 % des demandes d'admission n'aboutissent pas, principalement du fait d'une évolution de la prise en charge ne permettant plus le retour au domicile entre le moment de cette demande et la date d'entrée souhaitée du patient en HAD. Une part des demandes ne pouvant aboutir relève encore d'une anticipation insuffisante des demandes, avec une évolution du patient (dont son décès) avant son admission prévue en HAD. Enfin, les refus d'HAD par les patients, leurs proches ou les médecins traitants restent à un niveau faible (10%).
- ⇒ Satisfaction des patients et de leur entourage : les patients pris en charge sur l'année 2017 affichent un taux de satisfaction global de 97.2% (taux de retour de 46,9 %).

1.2. La cellule de gestion des lits – coordination parcours patients du CHU d'Angers

Une cadre de santé et quatre infirmières diplômées d'état composent la cellule de gestion des lits – coordination parcours patients au CHU d'Angers. Elles assurent une permanence horaire en semaine de 8h à 20h et le week-end de 10h à 20h. Le rôle de cette cellule est de centraliser la recherche en lits et faciliter la décision de l'orientation du patient dans un lit, en fonction de son besoin de prise en charge, des contraintes des ressources au moment de la demande et des activités programmées à

venir. Il en ressort un impact positif sur la qualité des soins (diminution du taux de journées non pertinentes, meilleur accès pour les patients hospitalisés depuis les urgences).

Le CHU d'Angers est le premier établissement prescripteur du département en HAD (l'HAD Saint Sauveur représente 80% du territoire de recours). Suite à l'épidémie de grippe et à l'engorgement des urgences au cours de l'hiver 2014-2015, les difficultés d'accueil en hospitalisations traditionnelles et le manque de lits d'aval ont permis d'étudier de nouveaux recours tels que le départ en HAD de certains patients éligibles dès les urgences. A cette époque, la proposition de départ en HAD faite par les infirmières de la cellule de gestion-coordination n'a pas été retenue par l'équipe du SAU, en partie par méconnaissance des modalités de fonctionnement de l'HAD par les médecins urgentistes. Après avoir réalisé un audit qui mettait en évidence les possibilités d'HAD pour un certain nombre de patients directement après leur passage aux urgences, un des premiers enjeux de la cellule de gestion des lits a donc été de communiquer auprès des médecins urgentistes. Plusieurs réunions ont été organisées au cours desquelles les médecins de l'HAD Saint Sauveur se sont déplacés pour rencontrer et échanger avec leurs homologues urgentistes. Le but était de leur présenter les motifs de recours à l'HAD et faciliter ainsi sa prescription. Lors de la mise en place des premiers parcours, les médecins de l'HAD se sont rendus aux urgences pour réaliser une évaluation avec les médecins urgentistes et permettre l'appropriation du parcours. Leur action a été renforcée par les infirmières de la cellule de gestion des lits qui n'hésitaient pas à se déplacer auprès des urgentistes lorsqu'un de leurs patients était potentiellement éligible à l'HAD. Tous les médecins prescripteurs recevaient, en fin d'hospitalisation en HAD, le courrier de sortie de leur patient, ce qui leur permettait d'avoir un retour positif sur leur prescription initiale et les incitait à poursuivre dans cette voie. Progressivement, l'HAD est devenue une alternative à part entière à l'hospitalisation conventionnelle.

La motivation de la cellule de gestion des lits, leur communication auprès des différents intervenants et les bonnes relations avec l'équipe de l'HAD Saint Sauveur ont permis d'établir un partenariat efficace.

1.3. Viatrajectoire (15)

Le logiciel ViaTrajectoire est un service public, gratuit et sécurisé, qui propose une aide à l'orientation personnalisée dans le domaine de la santé. L'espace professionnel permet de gérer en ligne tout type d'orientation dans les domaines sanitaire et médico-social (soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée, hospitalisation à domicile).

Une sortie en HAD ne peut se faire sans la réalisation d'une demande Via trajectoire.

2. Méthode

2.1. Population étudiée

Nous avons répertorié l'ensemble des demandes HAD émanant du SAU de janvier 2014 à décembre 2017. Seules les caractéristiques des patients dont les demandes ont été faites en aval direct des urgences depuis la mise en place de la filière (janvier 2016) ont ensuite été analysées.

2.2. Méthodes de recueil des données

- Le logiciel viatrajectoire a été consulté pour extraire toutes les demandes HAD qui ont été réalisées à partir du SAU adultes du CHU d'Angers.
- Une grille d'évaluation a ensuite été utilisée pour recueillir les données de chaque patient (Annexe 3). Cette grille était divisée en plusieurs parties :
 - ⇒ Caractéristiques démographiques du patient

- ⇒ Caractéristiques de la prise en charge au SAU : temps de passage, motif d'admission aux urgences, mise en place de limitation des thérapeutiques actives aux urgences, un éventuel passage à l'UHCD et enfin les explorations complémentaires ou avis spécialisés dont le patient a pu bénéficier lors de son passage aux urgences
- ⇒ Détails de la demande d'HAD, son acceptation ou son refus. Le motif de refus a été mentionné lorsque les données du dossier le permettaient. Les motifs de prise en charge principale et associée ont été répertoriés de même que l'évaluation initiale du patient par l'infirmière coordinatrice : indice de Karnofsky (IK) et score d'autonomie (grille AVQ).
(Annexe 4)

L'IK permet d'évaluer l'état général d'un patient et est très souvent utilisé en oncologie pour suivre l'évolution du patient. Il court de 100 à 0 et est exprimé en pourcentage. 100 % correspond à un individu en pleine santé et 0% à un individu décédé. La grille AVQ évalue le degré d'autonomie de la personne en se basant sur l'évaluation de 6 activités de la vie quotidienne. Le score peut varier de 4 à 24, un score de 24 correspondant à un état de dépendance totale.

- ⇒ Le devenir du patient lors de son séjour en HAD : nécessité ou non d'un passage aux urgences pendant l'HAD, la durée de son séjour en HAD, le motif de la fin de prise en charge et enfin le recours ou non à une nouvelle HAD après son premier passage.
- Le logiciel UrQual a été utilisé pour consulter les compte-rendus de passage aux urgences des patients. Il s'agit d'un logiciel de production de soins destiné aux services des urgences utilisé par les urgences du CHU d'Angers.
- Les dossiers de l'HAD ont également été consultés : évaluations d'entrée réalisées par l'infirmière coordinatrice et courriers de sortie du médecin coordonnateur de même que certaines transmissions médicales lors de l'hospitalisation en HAD. Ces dossiers ont été consultés par la

même personne via le logiciel antHadine après autorisation de la directrice de l'HAD Saint Sauveur. Le logiciel antHadine est un logiciel médical complet de gestion d'un service HAD consultable en ligne par les différents professionnels de santé en charge du patient. Il permet prescriptions, transmissions, validation des actes au chevet du patient et coordination des soins entre les différents intervenants.

Toutes les données ont ensuite été reportées dans un tableur.

Nous présenterons, en premier lieu, les résultats concernant le nombre de sorties en HAD directement du service d'accueil des urgences adultes depuis la mise en place de la filière HAD (2016) en faisant un comparatif par rapport aux deux années antérieures.

Les fluctuations du nombre de sorties en HAD en aval direct des urgences seront comparées aux fluctuations d'entrées aux urgences et aux fluctuations d'activité de l'HAD sur les mêmes périodes.

Dans un second temps, nous détaillerons les caractéristiques de la population dont la demande d'HAD a été acceptée depuis la mise en place de la filière. Nous nous intéresserons particulièrement aux données socio démographiques des patients, aux détails du passage aux urgences, aux modes de prise en charge HAD ainsi qu'à la durée d'hospitalisation et enfin au nombre de réhospitalisations non programmées à partir du service HAD.

2.3. Analyse des données

Les distributions des variables quantitatives ont été précisées par la moyenne (m) et leur écart-type (sd). Dans le cadre de variables quantitatives avec une distribution asymétrique, celles-ci seront représentées par leur médiane (med) accompagnée de l'intervalle interquartile.

Pour certaines variables quantitatives d'intérêt, une catégorisation sera effectuée afin d'optimiser la clarté de présentation des résultats. Les valeurs de séparation des différentes catégories seront précisées et argumentées pour chaque variable.

Les variables qualitatives seront précisées par le nombre de sujets par classe (n), avec le pourcentage correspondant (%) et intervalle de confiance à 95% (IC).

Certaines données des patients HAD seront comparées aux données des patients hospitalisés depuis les urgences. La significativité des différences sera constatée si l'intervalle de confiance à 95% de la proportion/moyenne des patients HAD exclue la proportion/moyenne des patients hospitalisés. Cette comparaison est autorisée car la liste des patients hospitalisés est exhaustive.

RÉSULTATS

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive rétrospective monocentrique réalisée au CHU d'Angers sur la période de janvier 2014 à décembre 2017.

2. Efficacité de la filière HAD

On entend par efficacité l'impact positif sur le nombre de demandes HAD engendré par la mise en place de la filière dès début 2016.

2.1. Etude des demandes de 2014 à 2017

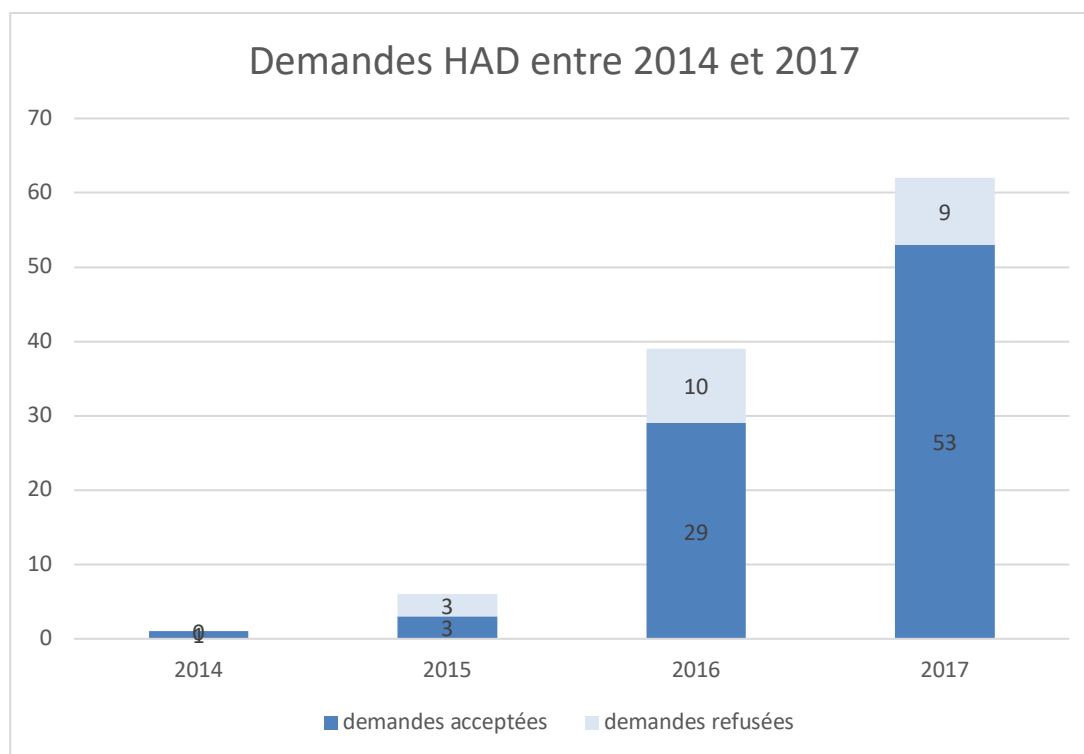


Figure 1 Demandes HAD entre 2014 et 2017

Une demande a été faite en 2014, 6 en 2015 dont 3 refusées, 39 en 2016 dont 10 refusées et 62 en 2017 dont 9 refusées.

Au total : 108 demandes entre 2014 et 2017 dont 4 demandes acceptées sur 2014-2015 et 82 demandes acceptées sur 2016-2017.

	n (%)
Réponse à la demande (n=108)	
Acceptée	86 (79,6%)
Refusée	22 (20,4%)
Motifs de refus (n=22)	
Décès	8 (36,4%)
Hors indication HAD	7 (31,8%)
Amélioration de l'état de santé du patient	3 (13,6%)
Aggravation de l'état de santé du patient	1 (4,5%)
Refus du patient	1 (4,5%)
Motif non connu	2 (9,1%)

Tableau I. Réponse de l'HAD Saint Sauveur aux 108 demandes du SAU adultes d'Angers entre 2014 et 2017

Les principaux motifs de refus sont représentés par le décès du patient avant son transfert et par des demandes ne correspondant pas aux indications HAD (retour au domicile ou en EHPAD possible sans HAD).

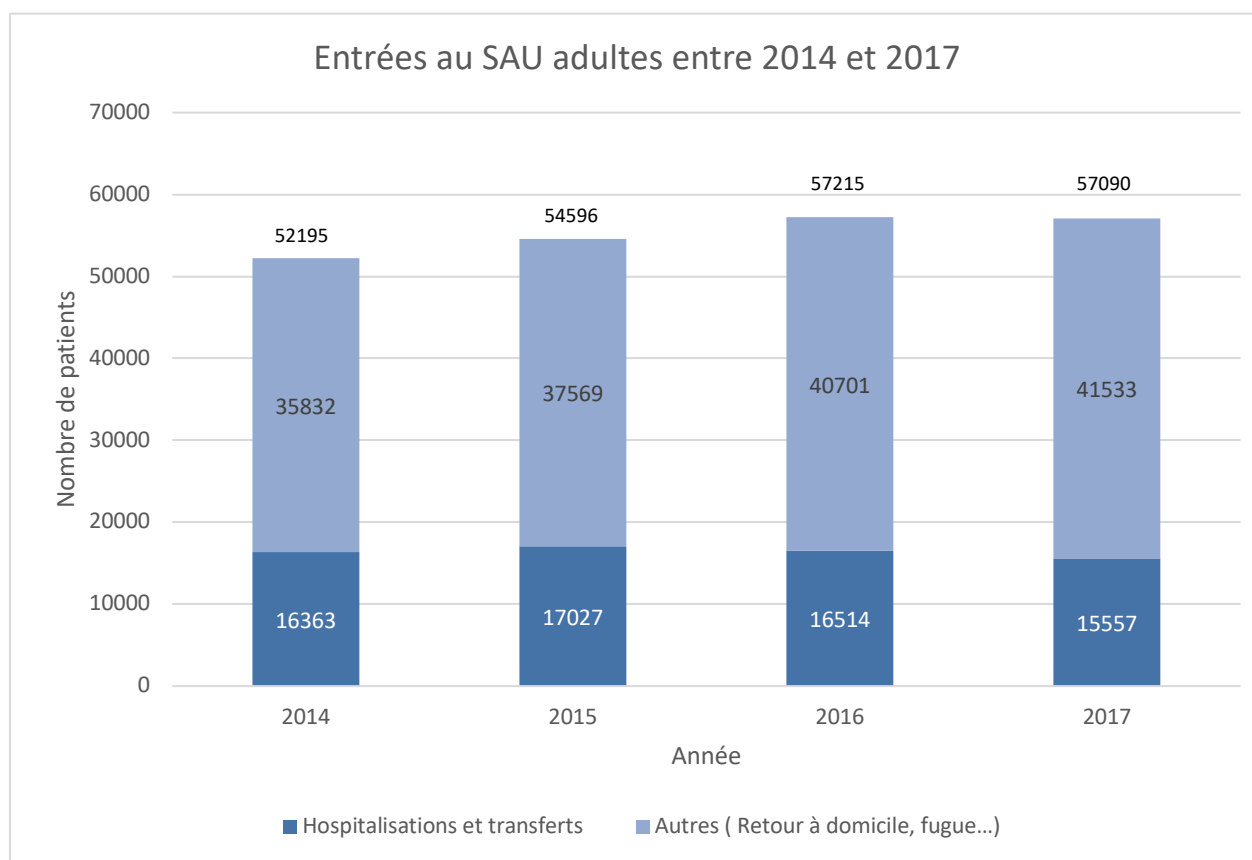


Figure 2. Entrées au SAU adultes entre 2014 et 2017

Bien que le nombre de patients admis en HAD reste négligeable comparativement au nombre de patients hospitalisés depuis les urgences, il est à noter la progression croissante des patients hospitalisés en HAD en aval des urgences depuis 2014.

La proportion de patients admis en HAD en 2014 représentait 0,006% des patients hospitalisés depuis les urgences, 0,02 % en 2015, 0,18 % en 2016 et enfin 0,34 % en 2017.

Au final, en 2017, il y a 57 fois plus de départ en HAD qu'en 2014.

2.2. Répartition mensuelle des demandes

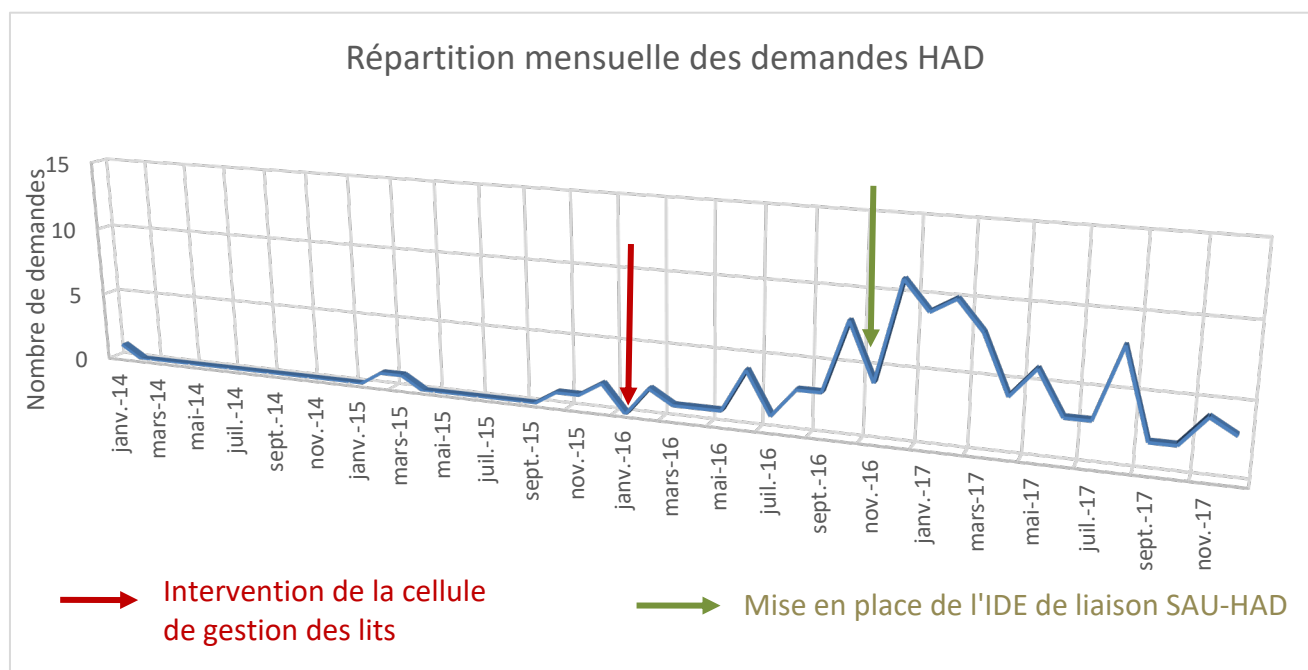


Figure 3. Répartition mensuelle des demandes HAD

Sur la période de janvier 2016 à décembre 2017, après le début de l'intervention de la cellule de gestion des lits, on note 14,4 fois plus de demandes que sur la période de janvier 2014 à décembre 2015. Au total : 7 demandes pour la période janvier 2014 à décembre 2015 versus 101 demandes sur la période janvier 2016 à décembre 2017.

Si l'on s'intéresse à la période Janvier 2016-Octobre 2016 versus Novembre 2016-Décembre 2017, soit après la prise de poste de l'infirmière de liaison dédiée au SAU adultes du CHU d'Angers, on note une progression de 229 % du nombre de demandes.

Sur la première période, on comptabilise 24 demandes soit 2,4 demandes par mois. Sur la deuxième, sont comptabilisées 77 demandes soit 5,5 demandes par mois.

Il faut toutefois noter une répartition très inégale des demandes selon les mois. Nous avons donc comparé cette fluctuation mensuelle à celle du nombre d'admissions global en HAD et aux nombres de patients hospitalisés depuis le SAU adultes.

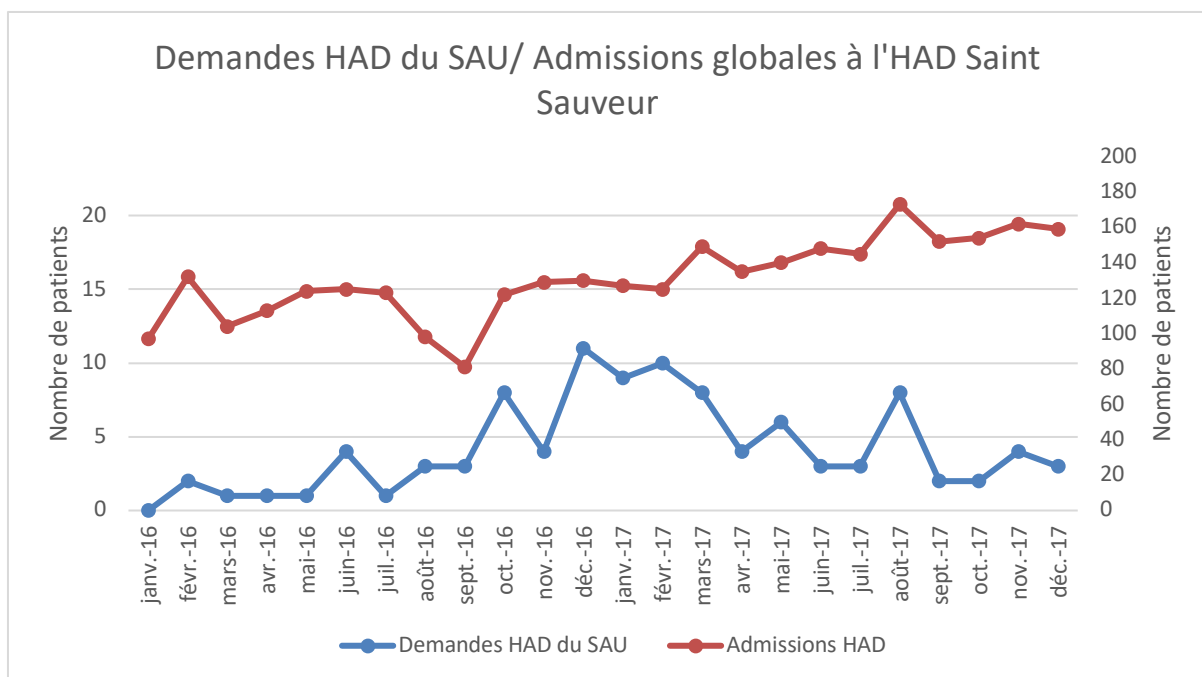


Figure 4. Demandes HAD du SAU / Admissions globales à l'HAD Saint Sauveur

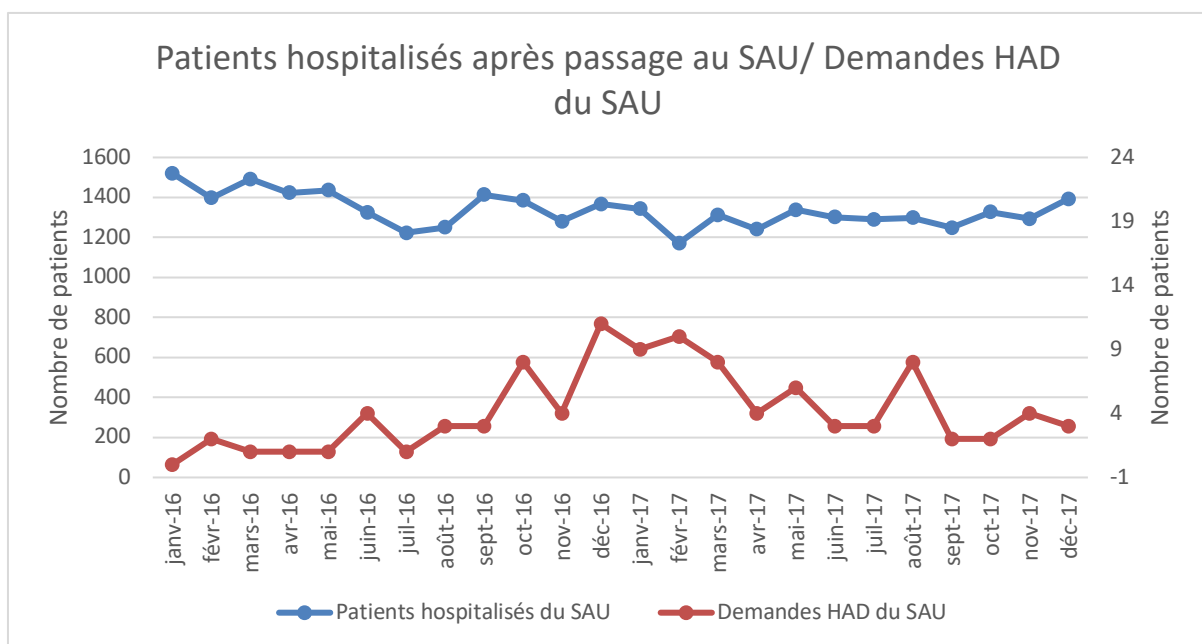


Figure 5. Hospitalisations après passage au SAU / Demandes HAD du SAU

3. Descriptif épidémiologique des patients

Seuls les patients dont les demandes HAD ont été acceptées depuis la mise en place de la filière ont été analysés, soit 82 patients depuis début 2016. Les résultats sont présentés en Annexe 5.

3.1. Répartition des âges

Les demandes réalisées directement à partir du SAU concernent essentiellement une population âgée voire très âgée avec 39 % des patients qui ont plus de 90 ans. La majorité (57%) est représentée par les 75-90 ans. Seuls 4 % des patients ont entre 50 et 75 ans et aucun n'a moins de 50 ans. Les patients admis en HAD sont âgés de 59 à 99 ans avec une moyenne d'âge de 88 ans.

	Patients admis en HAD	Patients hospitalisés du SAU 2016	Patients hospitalisés du SAU 2017
Age moyen	88,4	65,2	65,6
IC 95%	[86,9-89,8]	[64,9-65,6]	[65,3-66,0]

Tableau II. Comparaison des âges

La population HAD est significativement plus âgée que celle hospitalisée habituellement à partir du SAU du CHU d'Angers.

3.2. Répartition hommes/femmes

On note une prédominance féminine : 67 % des demandes acceptées concernaient des femmes (55) et 33 % concernaient des hommes (27).

En 2017, 48,3 % des hospitalisations à partir du SAU concernaient des femmes et 51,7 % des hommes. Alors que les hospitalisations des urgences concernent davantage la population masculine, celles relatives à l'HAD s'appliquent en majorité aux femmes.

3.3. Lieu de vie des patients

La très grande majorité des patients à qui s'applique cette filière vit en EHPAD (n= 71, 87%) contre seulement 13 % qui viennent du domicile (n=11).

Concernant les patients provenant du domicile, seul 1 patient n'avait pas d'aidant vivant au domicile mais bénéficiait d'un passage infirmier quotidien.

4. Etude du passage aux urgences :

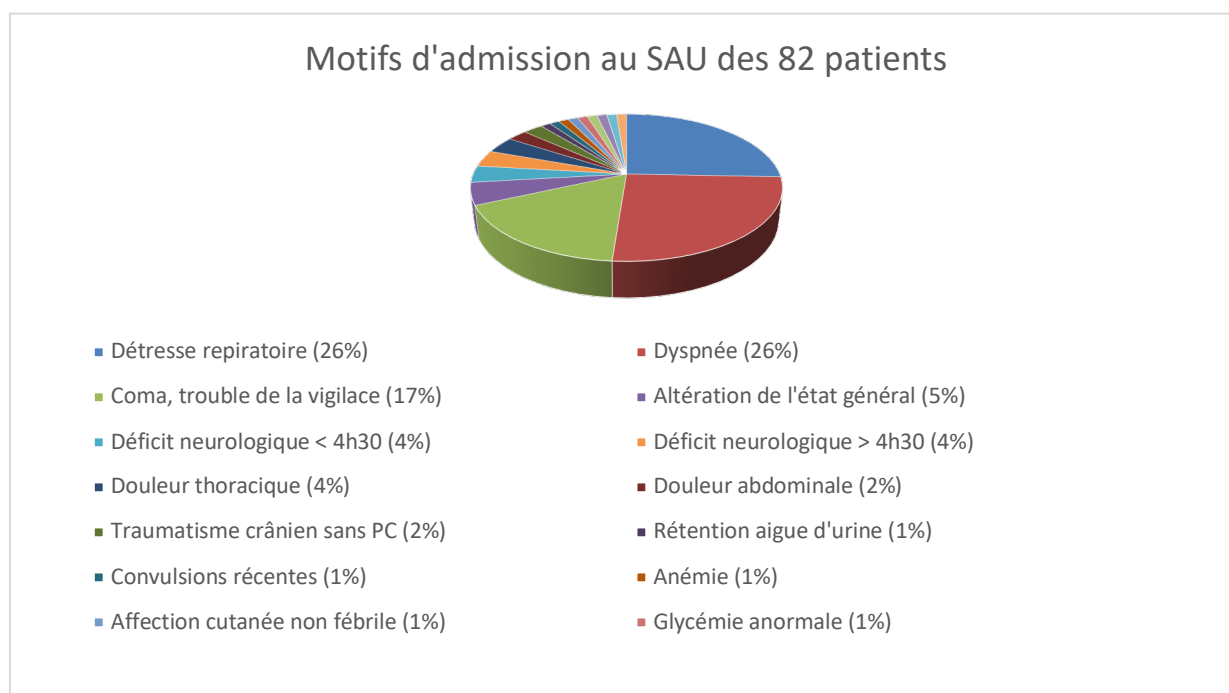


Figure 6. Motifs d'admission au SAU des 82 patients

Les principaux motifs d'admission sont représentés par la détresse respiratoire (26%), la dyspnée (26%) et le coma, trouble de la vigilance (17%) à partir du tri de l'infirmière d'accueil et d'orientation (16). La frontière entre détresse respiratoire et dyspnée est mince mais se base sur des critères de gravité clinique, la détresse respiratoire correspondant à un état clinique plus sévère et nécessitant une prise en charge médicale dans un délai plus bref.

		Effectif (n)	%	Moyenne
Antécédents	Affections chroniques	26	32%	
	Cancer évolutif et affections chroniques	13	16%	
	Trouble mnésique et affections chroniques	40	48%	
	Cancer évolutif et trouble mnésique	3	4%	
Durée de passage au SAU	Jour (lundi au vendredi 8h-18h)	41	50%	26:51:41
	Nuit (lundi au jeudi 18h-8h)	23	28%	20:27:08
	Week-end (vendredi 18h au lundi 8h)	18	22%	36:42:53
LATA	Oui	61	74%	
	Non	21	26%	
UHCD	Oui	74	90%	
	Non	8	10%	
Examens complémentaires	Aucun	3	4%	
	Avis spécialisé	1	1%	
	Bilan biologique	9	11%	
	Bilan biologique et avis spécialisé	2	2%	
	Bilan biologique et imagerie	44	54%	
	Bilan biologique et imagerie et avis spécialisé	21	26%	
	Imagerie	1	1%	
	Imagerie et avis spécialisé	1	1%	

Tableau III. Descriptif du passage au SAU des 82 patients admis en HAD

50 % des patients admis en HAD ont été admis au SAU le jour, c'est-à-dire du lundi au vendredi entre 8h et 18h.

Concernant la durée de passage aux urgences, les patients admis de nuit aux urgences restent le moins longtemps avec une moyenne de 20h27. En revanche, la moyenne s'allonge à 36h43 pour ceux admis le week-end (vendredi 18h au lundi 8h). En moyenne, le temps de passage aux urgences toute heure

d'admission confondue est de 27h14. Aucune entrée en HAD n'est possible la nuit ou le week-end. Les entrées se font principalement l'après-midi avant 18h pour des questions de commodités : gestion du matériel au domicile, préparation des médicaments par la pharmacie interne, rencontre au domicile du patient dès son retour à domicile.

Une limitation ou arrêt des thérapeutiques actives (LATA) a été posée au SAU pour 61 patients (74%). Il s'agit d'une décision collégiale de ne pas engager de gestes de réanimation en cas d'aggravation de l'état de santé chez un patient dont l'état général initial est précaire et pour qui l'état clinique actuel est préoccupant. Cette décision est prise par les médecins en charge du patient, il peut s'agir d'un ou plusieurs urgentistes avec l'avis du réanimateur et du médecin traitant du patient lorsqu'il est joignable. De même, 90 % des patients (n=74) sont passés par l'unité d'hospitalisation de courte durée des urgences (UHCD). La durée d'hospitalisation souhaitée dans cette unité est de 24 heures. Enfin, 96% des patients ont bénéficié d'examens complémentaires lors de leur passage aux urgences.

5. Analyse des demandes HAD

		Effectif (n)	%	Moyenne	Ecart type	Médiane
Motif de PEC principale	Soins palliatifs	45	55%			
	Traitement par voie intra veineuse	35	43%			
	Pansements complexes et soins spécifiques	1	1%			
	Non renseignée	1	1%			

		Effectif (n)	%	Moyenne	Ecart type	Médiane
Motif de PEC secondaire	Assistance respiratoire	57	69%			
	Pas de mode de prise en charge associé	21	26%			
	Prise en charge de la douleur	3	4%			
	Non renseignée	1	1%			
Indice de Karnofsky	Renseigné	77	94%	27%	10%	20%
	Non renseigné	5	6%			
AVQ	Renseigné	79	96%	20,5	4,2	22
	Non renseigné	3	4%			
DMS	Renseignée	81	99%	11,3	25,5	7
	Non renseignée	1	1%			
Passage au SAU pendant l'HAD	Oui	3	4%			
	Non	79	96%			
Motif de fin de prise en charge	Fin de traitement	40	49%			
	Décès	37	45%			
	Hospitalisation	4	5%			
	Non renseigné	1	1%			
Passage au SAU après sortie d'HAD (pour les 45 patients vivants)	Oui	3	7%			
	Non	42	93%			
Nouvelle HAD depuis sortie (pour les 45 patients vivants)	Oui	3	7%			
	Non	42	93%			

Tableau IV. Descriptif du séjour en HAD des 82 patients admis

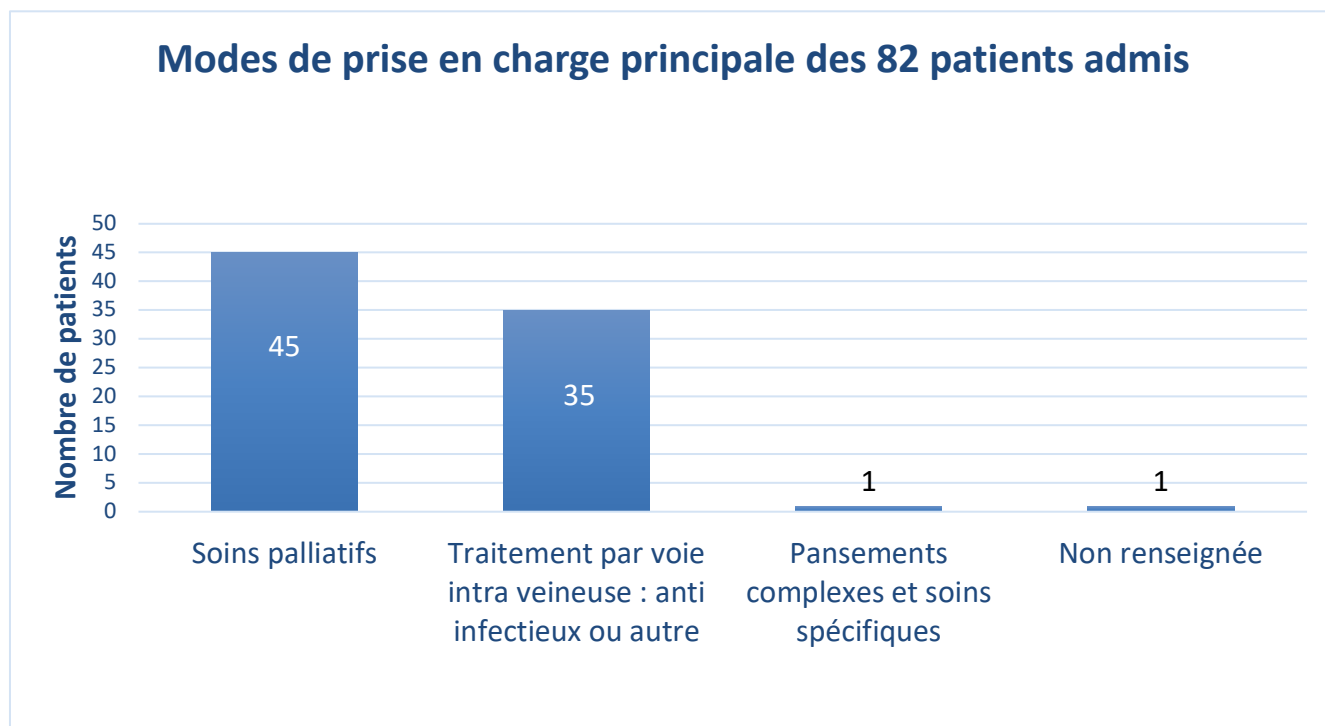


Figure 7. Modes de prise en charge principale des 82 patients admis en HAD

Parmi les nombreux modes de prise en charge que propose l'HAD, les plus représentés en mode de prise en charge principale à la sortie des urgences sont les soins palliatifs (55% des patients) et la poursuite de traitements par voie intra veineuse (43%). Le mode de prise en charge secondaire majoritaire est l'assistance respiratoire qui concerne 69 % des patients (n=57) admis en HAD.

Avec un indice de Karnofsky moyen de 27% sur les 77 patients pour lesquels il était renseigné et un score AVQ moyen de 20,5 sur les 79 patients renseignés, l'HAD accueille à partir des urgences une population dépendante, dont l'état général est relativement précaire.

Les durées de séjour en HAD varient de 1 à 227 jours après passage aux urgences avec une moyenne de 11 jours et un écart type de 26, ce qui reflète une grande disparité.

Sur les 82 patients admis, 3 ont été de nouveau admis aux urgences pendant l'HAD dont 2 en phase aiguë, à savoir moins de 7 jours après le début de l'HAD. Les motifs de réadmission au SAU étaient rectorragie, glycémie anormale et échec de sondage vésical.

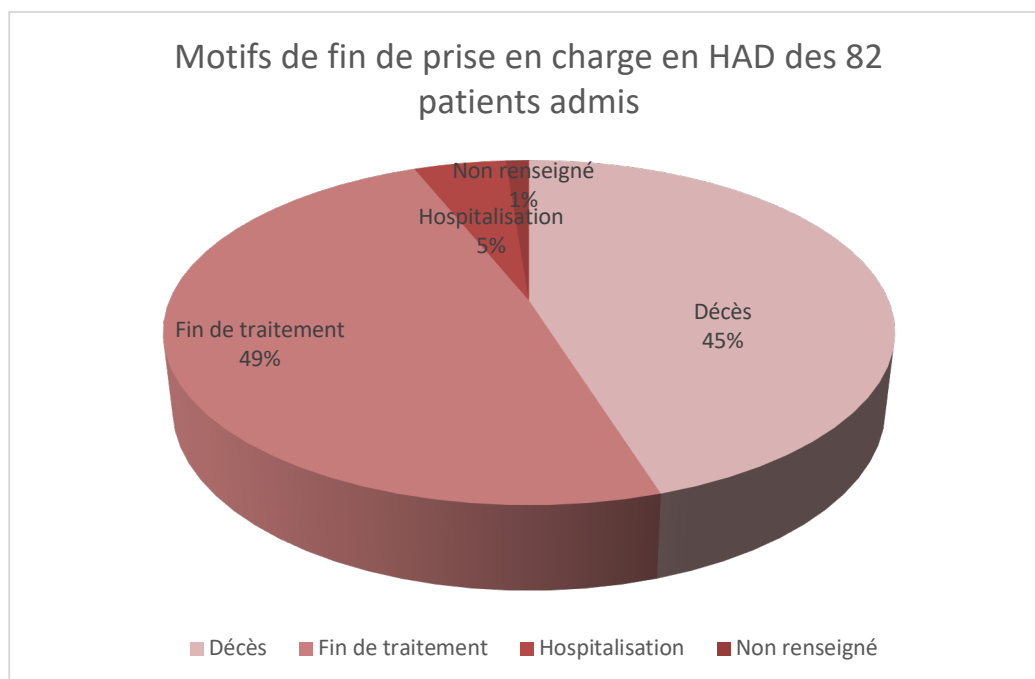


Figure 8. Motifs de fin de prise en charge en HAD des 82 patients admis

Les principaux motifs de fin de prise en charge en HAD sont la fin du traitement pour 40 des patients admis et le décès pour 37 patients.

Nous avons également recherché pour les 45 patients vivants après leur passage en HAD un éventuel passage aux urgences dans les quinze jours suivants leur sortie. 3 patients ont consulté au SAU après leur sortie soit 6,7 % des patients vivants après leur hospitalisation en HAD. Les motifs étaient différents de ceux ayant motivé leur hospitalisation en HAD à savoir érysipèle, douleur thoracique et méléna sur ulcère gastrique. Le passage au SAU n'a pas été suivi pour ces patients d'une nouvelle HAD.

Par ailleurs, 3 des 45 patients vivants ont bénéficié d'une nouvelle HAD entre leur sortie et le 31/12/2017 qui n'a pas été précédée d'une consultation au SAU. L'HAD a été prescrite pour 2 des patients par un médecin hospitalier d'une spécialité et par le médecin traitant pour le dernier.

DISCUSSION

1. Résultats principaux

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité de cette filière HAD mise en place au SAU d'Angers depuis janvier 2016. L'action initiée par la cellule de coordination des lits, visant à communiquer auprès des médecins urgentistes sur les modes de prise en charge de l'HAD, et leur précieuse volonté à repérer les patients pouvant bénéficier de ce mode d'hospitalisation a été suivie d'une nette augmentation des demandes : 7 demandes comptabilisées en 2014-2015 versus 101 demandes en 2016-2017. La mise en place de la filière SAU-HAD découlant de l'audit réalisé en 2014-2015 a donc permis d'accroître considérablement le nombre de demandes et d'hospitalisations à l'HAD Saint Sauveur. La prise de poste à mi-temps de l'infirmière de liaison de l'HAD n'a fait que renforcer ce lien avec une augmentation de 229 % du nombre de demandes entre Janvier-Novembre 2016 et Novembre 2016-Décembre 2017. En 2017, les sorties HAD représentent 0,34 % des patients hospitalisés depuis les urgences du CHU d'Angers.

Ce travail s'inscrit dans la continuité du travail de thèse du Dr Roubaud Magali (17), en 2015, qui a réalisé une étude descriptive de 42 demandes d'hospitalisation à domicile venant d'un service des urgences au sein de l'HAD de Crest. Cette étude a mis en évidence qu'une prise en charge HAD depuis un SAU était possible. Une autre étude a été réalisée par le Dr Jean Sébastien Wust en 2013 traitant de l'hospitalisation à domicile en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et a abouti à la création d'une convention tripartite unissant les EHPAD, le SAU et l'HAD à Metz (18).

Les modes de fonctionnement de l'HAD étant différents d'une région à l'autre, de même que les partenaires locaux, notre étude confirme la possibilité de mise en place d'une telle filière simple avec un autre établissement d'HAD (19).

L'HAD apparait bien comme une offre de soins tout à fait possible en aval direct des urgences pour des patients ciblés. De plus, ce type d'hospitalisation répond au souhait de certains patients d'être soignés

à domicile voire de mourir chez eux (7). Le rapport d'activité de l'HAD Saint Sauveur 2017 affiche d'ailleurs un taux de satisfaction global des patients de 97,2%.

D'un point de vue économique, une journée en HAD coûte en moyenne 2 à 3,5 fois moins cher qu'une journée d'hospitalisation en établissement avec hébergement (20). En HAD, sont exclus du tarif journalier les frais de bouche et d'hôtellerie qui sont à la charge du patient ou de sa famille, ce qui représente un gain économique considérable.

Nous avons observé une fluctuation des demandes HAD en aval direct des urgences au fil des mois, fluctuation également retrouvée au niveau du nombre global d'admissions à l'HAD Saint Sauveur, ce qui impose une grande souplesse aux équipes de l'HAD (21). En revanche, le nombre d'entrées aux urgences et d'hospitalisations réalisées depuis ce service varie peu. Les variations des demandes HAD ne sont donc probablement pas dues à l'activité aux urgences qui est relativement constante. Nous observons deux pics dans les demandes d'HAD : un pic hivernal qui correspond aux périodes de recrudescence des pathologies infectieuses épidémiques et de décompensations de pathologies chroniques. L'autre pic est estival, probablement en corrélation avec la fermeture de nombreux lits dans les services d'hospitalisation conventionnelle pendant les périodes de vacances scolaires qui amène à revoir toutes les possibilités d'hébergement pour les patients. Il semble donc que le recours à l'HAD soit plus important lors des périodes de tension hospitalière où le manque de lits d'aval est préoccupant. L'HAD fonctionne très bien en aval des urgences et ce mode de sortie se doit d'être intégré à part entière par les médecins prescripteurs, même en dehors des périodes de crise. Par ailleurs, il est à noter une baisse du nombre de demandes HAD depuis le SAU en mai et novembre qui sont les mois correspondant aux changements d'internes. Le manque de formation sur l'HAD au cours des études médicales et de ce fait la méconnaissance des indications de l'HAD peuvent être des freins à sa mise en place (22). Aussi il serait intéressant de proposer au cours du troisième cycle des études médicales des cours aux internes visant à présenter l'HAD, ses indications et modalités de prescription pour l'intégrer au mieux dans l'offre de soins. Il est désormais possible de réaliser des stages au cours

de l'internat dans des services d'HAD mais les postes sont malheureusement peu nombreux et n'existent pas dans toutes les facultés.

Nous avons montré que l'organisation d'une HAD en aval des urgences est possible en 27 heures en moyenne (20h27 pour les patients entrant la nuit contre 36h43 pour ceux admis le week-end), elle apparaît donc comme une solution pertinente permettant également le respect d'une durée moyenne de séjour courte en UHCD. Quatre-vingt-dix pour cent des patients bénéficient d'un passage à l'UHCD avant leur sortie en HAD, ce qui semble cohérent au vu de leur temps de passage. On retrouve cependant une majoration de la durée de séjour aux Urgences pour les admissions réalisées le week-end, en raison de l'impossibilité sur cette période d'entrées en HAD.

Enfin, le très faible taux de réhospitalisations non programmées lors du séjour en HAD (4 % des patients) souligne bien la pertinence de cette orientation depuis les urgences.

Cette étude a permis de mettre en exergue une population de patients à qui s'applique cette filière courte. Il s'agit de patients significativement plus âgés que ceux hospitalisés depuis les urgences : 88 ans en moyenne, une population féminine (67%) alors que la majorité des patients hospitalisés depuis les urgences sont des hommes. Enfin, 87 % des patients vivent en EHPAD et sont dépendants avec un IK moyen à 27%. Nous pourrions extrapoler l'idée qu'une femme dépendante de plus de 85 ans vivant en EHPAD admise aux urgences doit être un signe d'alerte de sortie HAD pour l'urgentiste (23).

Des modifications législatives récentes de janvier 2017, portant sur l'abrogation de l'arrêté du 16 mars 2007 modifié, fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées, élargissent également le champ d'action de l'HAD en EHPAD (24-26). Le but est d'éviter ou de raccourcir les hospitalisations conventionnelles pour ces personnes âgées souvent fragilisées qui séjournent dans des services parfois inadaptés faute de lits d'aval, subissent des transferts qui les fragilisent davantage et sortent d'une hospitalisation plus affaiblies que lorsqu'elles sont admises (27).

Nous avons également mis en évidence dans cette étude que les soins palliatifs sont le motif de prise en charge principal pour les patients pouvant bénéficier de l'HAD en aval direct des urgences. Une LATA est d'ailleurs posée aux urgences pour les trois quarts des patients admis ensuite en HAD (74%).

Face à un vieillissement constant de la population et un allongement de l'espérance de vie, les pouvoirs publics soutiennent le développement des soins palliatifs avec l'élaboration d'un nouveau plan national 2015-2018. Il vise à informer le patient sur ses droits et le placer au cœur des décisions qui le concernent, développer les prises en charge au domicile, y compris pour les résidents en établissements sociaux et médico-sociaux en créant, dès 2016, 30 nouvelles équipes mobiles de soins palliatifs sur l'ensemble du territoire, accroître les compétences des professionnels et des acteurs concernés et réduire les inégalités d'accès aux soins palliatifs (28). Le plan 2015-2018 s'articule avec les nouvelles dispositions de la loi du 2 février 2016. Celle-ci reste dans le cadre des principes posés par la loi Leonetti de 2005, tout en améliorant et en approfondissant plusieurs de ses mesures (29,30).

En effet, comme cette étude le montre, l'HAD en aval des urgences s'applique à une population très âgée pour des prises en charge palliatives dans la majorité des cas avec dans les suites un décès en HAD pour 45 % des patients. La question de l'évitement du passage aux urgences pour ces patients se pose. Une meilleure formation sur les soins palliatifs du personnel médical et paramédical en EHPAD, de même qu'une meilleure connaissance de l'HAD par les médecins traitants permettraient peut-être d'éviter certaines admissions aux urgences. Une étude de 2017 portant sur les patients en situation palliative en hospitalisation à domicile témoigne néanmoins de la grande complexité de l'accompagnement à domicile des patients en situation palliative jusqu'à leur décès (31).

2. La place du médecin généraliste

Le médecin généraliste a un rôle fondamental dans la prise en charge en HAD de son patient puisque, sans son accord, l'HAD ne peut se mettre en place. Dans notre étude, aucune demande n'a été refusée sur désaccord du médecin traitant. 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.

Suite à l'augmentation des prises en charge en HAD, une étude rétrospective a été réalisée en 2015 sur Saint Malo-Dinan traitant de l'implication réglementaire et pratique du Médecin Généraliste dans le cadre de l'Hospitalisation à Domicile. Cette étude montrait les limites d'implication du médecin généraliste au sein de l'HAD. L'amélioration de l'interface médecin traitant et médecin coordonnateur en HAD pourrait permettre de retrouver une pratique collégiale de l'exercice centré autour du patient (32). En 2016, le Dr Pauline Le Goff a réalisé un travail de thèse sur l'état des connaissances des médecins généralistes sur l'HAD du Pays de Vannes : motivations et freins à son recours. Il en ressort une volonté des médecins généralistes de s'investir dans cette modalité d'hospitalisation à part entière. Sa prescription se doit d'être favorisée par la diffusion d'informations concernant son fonctionnement et son rayon d'action (33). Une enquête avait été réalisée auprès des médecins généralistes sur le bassin cannois traitant du point de vue du médecin généraliste sur l'HAD. L'HAD correspondrait à un réel besoin des médecins généralistes du secteur mais ces derniers soulignent son caractère chronophage de même que le manque de formation dans certains domaines. Ils soulignent également qu'un effort particulier doit-être fait sur la communication entre les médecins hospitaliers et les libéraux (34). Une autre enquête de satisfaction réalisée auprès des médecins généralistes dans un secteur semi-rural de la Somme montre que 70% d'entre eux sont satisfaits ou très satisfaits de leur collaboration avec l'HAD. La qualité des soins dispensés par l'équipe soignante est soulignée ainsi que leur compétence, leur professionnalisme et leur disponibilité au chevet du patient. Reste néanmoins à améliorer leur relation avec le médecin coordonnateur, dont le rôle est mal identifié par les médecins généralistes, et la communication autour du fonctionnement de la structure (35).

Les freins essentiels sont représentés principalement par une méconnaissance du dispositif en ville et un manque de formation, plutôt que par une réponse inadaptée aux besoins des patients et des professionnels. Selon les différentes études, le médecin traitant serait favorable à la prise en charge HAD de son patient au moyen d'une meilleure formation sur l'HAD et les soins palliatifs ainsi qu'une meilleure collaboration avec le médecin coordonnateur de l'HAD dont le rôle est parfois difficile à préciser.

La HAS a tout récemment mis à disposition (novembre 2017) un outil d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD. L'outil « ADOP-HAD » est disponible en ligne via l'adresse <http://adophad.has-sante.fr> et a un format compatible avec les ordinateurs, les téléphones portables et les tablettes.

Facilement accessible, il doit permettre aux prescripteurs d'identifier rapidement les patients pour lesquels une demande de prise en charge en HAD est pertinente. Grâce à cet outil, les médecins peuvent tester l'éligibilité à cette modalité d'hospitalisation de tous les patients quelle que soit leur provenance (domicile, hôpital et établissements médico-sociaux ou sociaux avec hébergement) (36,37).

3. Forces et limites de l'étude

La force de cette étude est qu'elle repose sur un audit dont la méthodologie est rigoureuse.

De plus, l'exhaustivité de l'étude des demandes depuis 2014 et de la collecte des informations lors du recueil des données en fait une étude complète. Enfin, la facilité et rapidité de mise en place d'une filière SAU-HAD est extrapolable à d'autres services d'urgences, ce qui est très intéressant au vu de sa pertinence. Elle permet également de cibler une population de patients à laquelle peut s'appliquer cette filière directement en aval des urgences pour un repérage précoce de ces derniers par les médecins urgentistes.

Le petit nombre de patients inclus et le peu de recul par rapport à la mise en place de la filière sont des limites à cette étude de même que son caractère rétrospectif et monocentrique.

4. Perspectives

Il serait intéressant de réaliser la même étude après mise en place de la filière dans d'autres services d'urgences afin d'avoir une approche multicentrique et prospective.

De plus, une étude médico-économique sur la réduction du coût du soin grâce à l'HAD pourrait être très pertinente dans le contexte actuel.

Enfin, la création d'un score d'orientation en HAD pour faciliter le repérage des patients cibles par les médecins urgentistes pourrait également être une piste de réflexion pour une étude future.

CONCLUSION

Notre étude a permis de prouver que l'HAD était possible directement en aval des urgences grâce à la mise en place d'une filière dédiée SAU adultes du CHU d'Angers-HAD Saint Sauveur, à la formation des différents acteurs médicaux et paramédicaux aux motifs de recours à l'HAD et à la bonne coordination entre les équipes.

Cette filière est de mise en place facile et répond pleinement aux volontés gouvernementales d'accroître le nombre d'hospitalisations en HAD, permet de réduire les coûts de santé publique et surtout est un réel bénéfice pour les patients âgés. Bien sûr elle ne peut s'appliquer à l'ensemble de la population qui consulte aux urgences, elle concerne essentiellement une population féminine âgée et dépendante, vivant en EHPAD pour laquelle une prise en charge palliative et/ou un traitement intra veineux sont décidés après évaluation aux urgences.

Actuellement, on assiste à une évolution de l'hôpital qui voit la réduction du nombre de ses lits d'hospitalisation conventionnelle, des services d'urgence engorgés et parallèlement, une évolution de la société qui souhaite être soignée dans son environnement personnel plutôt que dans une structure impersonnelle. L'HAD prend donc toute sa place dans cette nouvelle ère. Dans l'avenir, il apparaît essentiel de développer des filières Médecine de ville/HAD ou Urgences/HAD en informant et en formant les professionnels de santé précocement dans leur cursus.

BIBLIOGRAPHIE

1. Historique de l'HAD | HPMetz [Internet]. Disponible sur: <http://www.hpmetz.fr/fr/historique-de-lhad>
2. loi n°70-1318 du 31 décembre 1970.
3. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
4. Complément à la circulaire DH EO 2 n° 2000-295 du 30 mai 2000 :8.
5. La tarification des établissements de santé [Internet].Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rappel_des_enjeux_des_modalites_des_schemas_cibles_et_transitoires.pdf
6. DGOS. L'hospitalisation à domicile [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2007. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had>
7. Observatoire National de la Fin de Vie- Vivre sa fin de vie chez soi-Mars 2013 [Internet]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000186.pdf>
8. HAD France - Hopital à domicile, hospitalisation à domicile, soins à domicile, aide à la personne [Internet]. Disponible sur: <http://www.hadfrance.fr/>
9. guide_methodo_had_bos_2018_7_bis.pdf[Internet]. Disponible sur: https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3323/guide_methodo_had_bos_2018_7_bis.pdf
10. Circulaire DGOS/R4 no 2013-398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) [Internet]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-12/ste_20130012_0000_0056.pdf
11. Drees 2017, les hospitalisations après passage aux urgences [Internet]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er997.pdf>
- 12.rapport_carli_propositions_recommandations_bonne_pratique_hospitalisation_patients_services_urgences_2013.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.robertholcman.net/public/documents_institutionnels/rapports/rapport_carli_propositions_recommandations_bonne_pratique_hospitalisation_patients_services_urgences_2013.pdf
13. Cour des comptes. L'hospitalisation à domicile - Évolutions récentes [Internet]. 2015 Disponible

sur: zotero://attachment/18/

14. Chiffres clés de l'hospitalisation | Publication ATIH [Internet]. Disponible sur: <https://www.atih.sante.fr/acces-aux-donnees/chiffres-cles-de-l-hospitalisation>
15. Site officiel Viatrajectoire Pays de la Loire [Internet]. Disponible sur: <https://www.esante-paysdelaloire.fr/fr/viatrajectoire-handicap/>
16. El Khoury C. Triage aux Urgences. Recommandations formalisées d'experts. Congrès Urgences 2015. Paris, 12 juin 2015. [Internet]. Disponible sur: <http://francais.medscape.com/viewarticle/3601626>
17. ROUBAUD M, others. Mise en place de l'hospitalisation à domicile à partir d'un service d'urgence. ' ' Etude descriptive de 42 demandes d'hospitalisation à domicile venant d'un service des urgences au sein du service d'HAD de Crest ' '. In 2015. p. 379.
18. WUST JS. L'hospitalisation à domicile en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes- Convention Tripartite HAD-SAU-EHPAD, [Internet]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2013_WUST_JEAN_SEBASTIEN.pdf
19. Pertinence-1erJuin2017-Atelier2-MBENETEAU.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2017-06/Pertinence-1erJuin2017-Atelier2-MBENETEAU.pdf>
20. Types de soins et les Modes de prises en charge - La prise en charge de l'HAD MBC [Internet]. Disponible sur: <http://www.had-mbc.fr/conditions-de-prises-en-charge/type-de-soins-et-les-modes-de-prises-en-charge/>
21. Rapport d'activité 2016 [Internet]. Disponible sur: <http://pro.hadsaintsauveur.fr/publications/2016/rapport-activite/annee/files/assets/basic-html/page5.html>
22. Attia F. L'état des pratiques et des connaissances de l'hospitalisation à domicile des médecins urgentistes [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine; 2015.
23. Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences- 5 Décembre 2003- STRASBOURG-SFMU [Internet]. Disponible sur: http://www.urgences-serveur.fr/IMG/pdf/pa_urgs.pdf

24. Arrêté du 16 mars 2007 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées en vertu de l'article R. 6121-4 du code de la santé publique | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000020667110>
25. Arrêté du 19 janvier 2017 portant abrogation de l'arrêté du 16 mars 2007 modifié fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées en vertu de l'article R. 6121-4 du code de la santé publique | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/1/19/AFSH1701878A/jo/texte>
26. La généralisation de l'intervention de l'HAD en Ehpad entre en vigueur le 1er mars [Internet]. Disponible sur: <https://www.caissedesdepotsdesterritoires.fr/cs/ContentServer?pagename=Territoires/Articles/Articles&cid=1250278644458>
27. ROLLAND PY. Présentation de la 1ère étude française quantifiant l'importance des transferts hospitaliers dans les maisons de retraite médicalisées et leurs conséquences. :37.
28. Le plan national « Soins Palliatifs 2015-2018 » [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2016. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/findevie/ameliorer-la-fin-de-vie-en-france/article/le-plan-national-soins-palliatifs-2015-2018>
29. Loi fin de vie du 2 février 2016 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2016. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/findevie/ameliorer-la-fin-de-vie-en-france/article/loi-fin-de-vie-du-2-fevrier-2016>
30. BLANCHARD F. La fin de vie des personnes âgées : à propos de la révision de la loi LEONETTI. Rev Gériatrie. 2013;12.
31. Boisserie-Lacroix L, Marquestaut O, Stampa M de. Patients en situation palliative en hospitalisation à domicile : trajectoires de soins et caractéristiques cliniques. Santé Publique. 2017;29(6):851-9.

32. Perron L. Implication réglementaire et pratique du Médecin Généraliste dans le cadre de l'Hospitalisation à Domicile: étude rétrospective de l'activité de l'HAD de Saint Malo–Dinan sur l'année 2015 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2017.
33. BOUGET J, KERBRAT P, GUEGUEN M, BIRGEL F, TATTEVIN F. Etat des connaissances des médecins généralistes sur l'HAD du Pays de Vannes, motivations et freins à son recours en 2016. 2016;79.
34. Dubertrand J-M. L' hospitalisation à domicile: le point de vue du médecin généraliste : enquête sur le bassin cannois [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2009.
35. Deneux G. Le médecin généraliste et l'hospitalisation à domicile: état des lieux et enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes dans un secteur semi-rural de la Somme [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2010.
36. Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD. :148.
37. HAS - Aide à la Décision d'Orientation des Patients en HAD [Internet]. Disponible sur: <https://adophad.has-sante.fr/adophad/pages/informationmpps>

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Demandes HAD entre 2014 et 2017	13
Figure 2. Entrées au SAU adultes entre 2014 et 2017	15
Figure 3. Répartition mensuelle des demandes HAD	16
Figure 4. Demandes HAD du SAU / Admissions globales à l'HAD Saint Sauveur	17
Figure 5. Hospitalisations après passage au SAU / Demandes HAD du SAU	17
Figure 6. Motifs d'admission au SAU des 82 patients	19
Figure 7. Modes de prise en charge principale des 82 patients admis en HAD	23
Figure 8. Motifs de fin de prise en charge en HAD des 82 patients admis	24

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I. Réponse de l'HAD Saint Sauveur aux 108 demandes du SAU adultes d'Angers entre 2014 et 2017	14
Tableau II. Comparaison des âges.....	18
Tableau III. Descriptif du passage au SAU des 82 patients admis en HAD.....	20
Tableau IV. Descriptif du séjour en HAD des 82 patients admis	22

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
1. Historique (1)	1
2. Définition et critères d'admission	2
3. Evolution légale depuis 2013	3
4. Audit SAU-HAD Saint Sauveur	3
5. Objectif de l'étude.....	4
MÉTHODES.....	5
1. Matériel.....	5
1.1. L'Hôpital à domicile Saint Sauveur	5
1.2. La cellule de coordination des lits du SAU d'Angers	7
1.3. Viatrajectoire.....	9
2. Méthode.....	9
2.1. Population étudiée	9
2.2. Méthodes de recueil des données	9
2.3. Analyse des données	11
RÉSULTATS	13
1. Type d'étude	13
2. Efficacité de la filière HAD.....	13
2.1. Etude des demandes de 2014 à 2017	13
2.2. Répartition mensuelle des demandes.....	16
3. Descriptif épidémiologique des patients	18
3.1. Répartition des âges.....	18
3.2. Répartition hommes/femmes.....	18
3.3. Lieu de vie des patients	19
4. Etude du passage aux urgences :	19
5. Analyse des demandes HAD	21
DISCUSSION.....	25
1. Résultats principaux	25
2. La place du médecin généraliste	28
3. Forces et limites de l'étude	30
4. Perspectives.....	30
CONCLUSION	32
BIBLIOGRAPHIE	33
LISTE DES FIGURES	37
LISTE DES TABLEAUX.....	38
TABLE DES MATIERES	39
ANNEXES	I

ANNEXES

Annexe 1. Liste des modes de prise en charge principaux en HAD en 2018

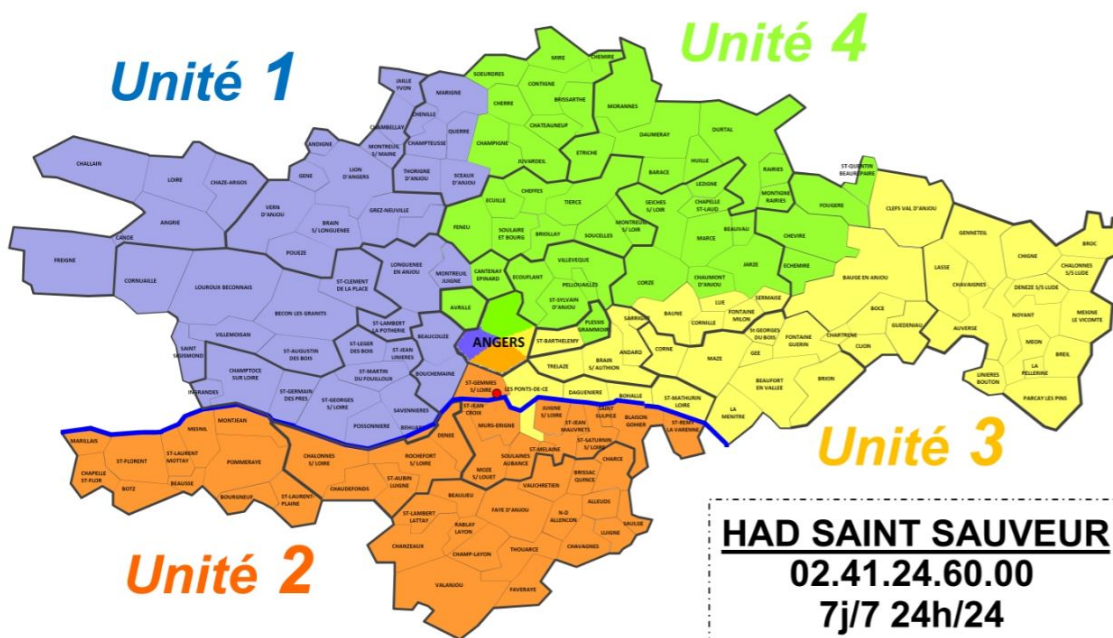
Numéro	Libellé du mode de prise en charge
01	Assistance respiratoire
02	Nutrition parentérale
03	Traitements intraveineux
04	Soins palliatifs
05	Chimiothérapie anticancéreuse
06	Nutrition entérale
07	Prise en charge de la douleur
08	Autres traitements
09	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)
10	Post-traitement chirurgical
11	Rééducation orthopédique
12	Rééducation neurologique
13	Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse
14	Soins de nursing lourds
15	Education du patient et/ou de son entourage
17	Surveillance de radiothérapie
18	Transfusion sanguine
19	Surveillance de grossesse à risque
21	Post-partum pathologique
22	Prise en charge du nouveau-né à risque
24	Surveillance d'aplasie
25	Prise en charge psychologique et/ou sociale
29	Sortie précoce de chirurgie

Annexe 2. Zone d'intervention de l'HAD Saint Sauveur



ZONE D'INTERVENTION DE L'HAD SAINT SAUVEUR

Une réponse efficace aux besoins de la population



Annexe 3 : grille d'évaluation

GRILLE D'EVALUATION

I. Descriptif épidémiologique de la population

• Age:

☐ > 90 ans ☐ 75 - 90 ans ☐ 50 - 75 ans ☐ < 50 ans

• Sexe :

• Environnement du patient:

☐ Domicile ☐ EHPAD ☐ Foyer logement

Si domicile :

☐ Seul au domicile
☐ Aidants vivant au domicile
☐ Aidants ne vivant pas au domicile

• Aides en place et conditionnement du patient:

- Portage des repas : ☐ OUI ☐ NON
- IDE à domicile : ☐ OUI ☐ NON
- Aides soignants à domicile ☐ OUI ☐ NON
- Matériel médical au domicile ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lequel?

- Voie d'abord pour le patient (Sonde urinaire à demeure, oxygénothérapie, voie veineuse centrale ou périphérique, voie sous cutanée, sonde naso-gastrique)
☐ OUI ☐ NON

- Autres :

II. Passage aux Urgences

• Admission :

Date:

Heure:

☐ Jour (8h-18h) ☐ Nuit (18h-8h) ☐ Week end

GRILLE D'EVALUATION

• Motif d'admission:

• Antécédents:

☐ Affections chroniques (HTA, diabète, insuffisance cardiaque, BPCO)

☐ Cancer évolutif

☐ Trouble mnésique connu

• Durée du passage aux Urgences (SAU +/- UHCD):

☐ < 12 heures

☐ 12-24 heures

☐ 24-48heures

• Limitation de soins posée aux Urgences :

☐ OUI

☐ NON

• Passage à l'UHCD :

☐ OUI

☐ NON

• Explorations complémentaires réalisées aux Urgences (y compris UHCD) :

☐ Bilan biologique

☐ Imagerie

☐ Avis spécialisé

• Diagnostic retenu à la fin de la prise en charge :

III. Analyse de la demande HAD

• La demande a t elle été acceptée ou refusée?

☐ Acceptée

☐ Refusée

Motif du refus:

GRILLE D'EVALUATION

- Motif de la prise en charge selon la grille HAD:

- Motif de prise en charge principale:
- Motif de prise en charge secondaire:

- Evaluation du patient:

- Indice de Karnofsky :
- Score d'autonomie (grille AVQ):

IV. Suivi du patient en HAD

- Durée du séjour en HAD:

- Motif de sortie d'HAD :

- ☐ Amélioration clinique, poursuite de l'HAD
- ☐ Décès
- ☐ Admission au SAU ou dans un service

- Le patient a-t-il été de nouveau admis au SAU dans les 15 jours après sa sortie d'HAD?

☐ OUI

☐ NON

Motif:

- A-t-il bénéficié d'une nouvelle HAD entre sa sortie d'HAD et le 31/12/2017?

☐ OUI

☐ NON

Si oui quel a été le médecin prescripteur?

☐ Médecin traitant

☐ Médecin hospitalier

Annexe 4 :

- **Indice de Karnofsky**

INDICE DE KARNOFSKY

Capable de mener une activité normale	100 %	normal, pas de signe de maladie
	90 %	peut mener une activité normale, symptômes mineurs de la maladie, totalement autonome
	80 %	peut mener une activité normale, mais avec effort, symptômes ou signes mineurs, totalement autonome
Incapable de travailler, capable de vivre chez lui et d'assumer ses besoins personnels, une assistance variable est nécessaire	70 %	peut se prendre en charge, incapable de mener une activité normale, autonome mais à stimuler
	60 %	nécessite une aide occasionnelle mais peut prendre en charge la plupart des besoins, semi-autonome
	50 %	nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents, semi-autonome
	40 %	handicapé, nécessite une aide et des soins particuliers
Incapable de s'occuper de lui-même, nécessite des soins hospitaliers ou l'équivalent	30 %	sévèrement handicapé, dépendant
	20 %	très malade soutien actif, absence totale d'autonomie
	10 %	moribond, processus fatal progressant rapidement

- **Grille AVO**

- **6 variables de la dépendance**

Variables ou dimensions de dépendance (nombres d'actions évaluées)	
Habillage ou toilette	Locomotion et déplacement
Continence	Comportement
Alimentation	Relation et communication

➤ **4 niveaux de cotation pour chaque dimension**

1. Indépendance	Complète : le patient est totalement autonome. Modifiée : le patient a besoin d'aides techniques qu'il maîtrise parfaitement ; ou il a besoin d'un temps plus long mais acceptable ; ou il le fait avec un risque acceptable.
2. Supervision ou arrangement	La présence d'une tierce personne est nécessaire pour réaliser l'action mais elle n'a aucun contact physique avec le patient. À l'exception de : mise en place ou ablation d'une orthèse ou d'une prothèse.
3. Assistance partielle	Une tierce personne et son contact physique avec le patient sont nécessaires pour réaliser partiellement au moins une action.
4. Assistance totale	Une tierce personne et son contact physique avec le patient sont nécessaires pour réaliser la totalité d'au moins une action.

➤ **Tableau récapitulatif entre la cotation et le niveau de dépendance**

Cotation	Niveau de dépendance	Nécessité d'une aide ou non
1	Indépendance complète ou modifiée	Sans aide
2	Supervision ou arrangement	Présence d'un tiers
3	Assistance partielle	Contact avec un tiers
4	Assistance totale	

Annexe 5 : Résultats

			Effectif (n)	Pourcentage	Moyenne	Ecart type	Médiane	IC 95%
Caractéristiques socio-démographiques	Age	50-75 ans	3	4%	88,4	6,6	89	[86,9-89,8]
		75-90 ans	47	57%				
		> 90 ans	32	39%				
	Sexe	Hommes	27	33%				
		Femmes	55	67%				
	Lieu de vie	Domicile	11	13%				
		EHPAD	71	87%				
Passage aux urgences	Arrivée au SAU	Jour (8h-18h)	41	50%	26:51:41 20:27:08 36:42:53			
		Nuit (18h-8h)	23	28%				
		Week-end	18	22%				
	Motifs d'admission	Détresse respiratoire	21	26%				
		Dyspnée	21	26%				
		Coma, trouble de la vigilance	14	17%				
		AEG	4	5%				
		Déficit neurologique < 4h30	3	4%				
		Déficit neurologique > 4h30	3	4%				
		Douleur thoracique	3	4%				
		Douleur abdominale	2	2%				
		Traumatisme crânien sans PC	2	2%				
		RAU	1	1%				
		Convulsions récentes	1	1%				
		Anémie	1	1%				
		Affection cutanée	1	1%				
		Glycémie anormale	1	1%				
		Hématémèse et hémorragie active	1	1%				
		Hyperthermie	1	1%				
		Ischémie aigue de membre	1	1%				
		Traumatisme crânien avec risque hémorragique	1	1%				
	Antécédents	Affections chroniques	26	32%				
		Cancer évolutif et affections chroniques	13	16%				
		Trouble mnésique et affections chroniques	40	48%				
		Cancer évolutif et trouble mnésique	3	4%				
	Durée de passage aux urgences	Jour (8h-18h)	41	50%				
		Nuit (18h-8h)	23	28%				
		Week-end	18	22%				
	LATA	Oui	61	74%				
		Non	21	26%				
	UHCD	Oui	74	90%				
		Non	8	10%				
	Examens complémentaires	Aucun	3	4%				
		Avis spécialisé	1	1%				
		Bilan biologique	9	11%				
		Bilan biologique et avis spécialisé	2	2%				
		Bilan biologique et imagerie	44	54%				
		Bilan biologique et imagerie et avis spécialisé	21	26%				
		Imagerie	1	1%				
		Imagerie et avis spécialisé	1	1%				
Etude du passage HAD	Motif de PEC principale	Soins palliatifs	45	55%	27%	10%	20%	
		Traitement par voie intra veineuse	35	43%				
		Pansements complexes et soins spécifiques	1	1%				
		Non renseignée	1	1%				
	Motif de PEC secondaire	Assistance respiratoire	57	69%				
		Pas de mode de prise en charge associé	21	26%				
		Prise en charge de la douleur	3	4%				
		Non renseignée	1	1%				
	Indice de Karnofsky	Renseigné	77	94%				
		Non renseigné	5	6%				
	AVQ	Renseigné	79	96%				
		Non renseigné	3	4%				
	DMS	Renseignée	81	99%				
		Non renseignée	1	1%				
	Passage au SAU pendant l'HAD	Oui	3	4%				
		Non	79	96%				
	Motif de fin de prise en charge	Fin de traitement	40	49%				
		Décès	37	45%				
		Hospitalisation	4	5%				
		Non renseigné	1	1%				
	U après sortie d'HAD (pour les 45 p	Oui	3	7%				
		Non	42	93%				
	HAD depuis sortie (pour les 45 patier	Oui	3	7%				
		Non	42	93%				

Evaluation de la filière HAD Saint Sauveur dédiée au service des urgences adultes du CHU d'Angers

RÉSUMÉ

Introduction : L'hospitalisation à domicile (HAD) est une offre émergente dont le développement, encore insuffisant, doit répondre à la demande croissante de la population d'être soignée à domicile, à l'impact du vieillissement démographique et à l'augmentation de l'incidence des pathologies chroniques. Parallèlement, l'encombrement des services d'urgence et le manque de lits d'hospitalisation sont devenus des préoccupations nationales. L'objectif de cette étude est de savoir si l'HAD peut être une alternative à l'hospitalisation conventionnelle facile à mettre en place, grâce à une filière dédiée créée en 2016, entre les urgences adultes du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Angers et l'HAD Saint Sauveur.

Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive rétrospective monocentrique réalisée au CHU d'Angers sur la période de janvier 2014 à décembre 2017. L'ensemble des demandes HAD faites depuis les urgences adultes ont été répertoriées mais seules les caractéristiques des patients dont les demandes ont été réalisées depuis la mise en place de la filière (2016) ont ensuite été analysées.

Résultats : La mise en place de la filière SAU-HAD a permis d'accroître considérablement le nombre de demandes et d'hospitalisations à l'HAD Saint Sauveur. 108 demandes ont été faites entre 2014 et 2017 : 4 demandes acceptées en 2014-2015 versus 82 demandes acceptées en 2016-2017. En 2017, il y a 57 fois plus de départ en HAD qu'en 2014 avec une répartition toutefois inégale selon les mois. La prise de poste de l'infirmière de liaison de l'HAD en novembre 2016 n'a fait que renforcer ce partenariat avec une augmentation de 229 % du nombre de demandes entre janvier et novembre 2016 versus novembre 2016-décembre 2017. Cette filière s'est avérée particulièrement performante pour une population plutôt âgée, dépendante, vivant déjà en établissement d'hébergement et dans le cadre de prise en charge palliative.

Conclusion : Notre étude a permis de prouver que l'HAD était possible directement en aval des urgences grâce à la mise en place d'une filière dédiée. Elle répond pleinement aux volontés gouvernementales d'accroître le nombre d'hospitalisations en HAD, permet de réduire les coûts de santé publique et surtout est un réel bénéfice pour les patients âgés.

Mots-clés : HAD, SAU, filière HAD-SAU

Evaluation of Saint Sauveur Home Care Services dedicated to the Adult Emergency Department of Angers University Hospital

ABSTRACT

Introduction: Home Care Services (HCS) are an emerging solution addressing the congestion of Adult Emergency Departments (AED) and lack of hospital beds. However, HCS development remains insufficient to meet the growing demand of the population to be treated at home, and to face population ageing and increase in the incidence of chronic diseases. Emergency departments' congestion and shortage of hospital beds have recently become national concerns. The aim of this study is to determine if HCS are an alternative to conventional hospitalisation. Saint Sauveur HCS have been created in 2016 through a partnership with Angers University Hospital (AUH).

Methods: This retrospective, monocentric, descriptive study has been conducted at AUH from January 2014 to December 2017. All the requests for HCS made by the adult emergency department have been listed. The study only analysed the characteristics of patients registered since the implementation of the service in 2016.

Results: The partnership with AUH has increased the number of requests and hospitalisation at Saint Sauveur HCS. Between 2014 and 2017, 108 applications were made: 4 accepted from 2014 to 2015, and 82 accepted from 2016 to 2017. In 2017, HCS referrals were increased 57 times compared to 2014. However, referrals distribution was uneven throughout the year. The recruitment of a HCS liaison nurse (November 2016) has strengthened the partnership. In fact, requests number has been raised by 229% when comparing time period January-November 2016 versus November 2016-December 2017. Saint Sauveur HCS are essentially targeting towards aged and dependent people living in elderly housing with palliative care.

Conclusion: Our study shows that patients can be referred to HCS after adult emergency department discharge. This study is compliant with the governmental objective to increase the number of HCS hospitalisations. HCS also reduce the cost of public health. Moreover, HCS truly benefit aged patients.

Keywords : HCS, AED