

Liste des abréviations

| | |
|-------|--|
| HAD | Hospitalisation à domicile |
| ONFV | Observatoire national de la fin de vie |
| ARS | Agence régionale de santé |
| SAU | Service d'accueil et de traitement des urgences |
| PMSI | Programme de médicalisation des systèmes d'information |
| CHU | Centre hospitalier universitaire |
| PUI | Pharmacie à usage interne |
| MPP | Mode de prise en charge principale |
| UHCD | Unité d'hospitalisation de courte durée |
| IK | Indice de Karnofski |
| AVQ | Activité de la vie quotidienne |
| IC | Intervalle de confiance |
| EHPAD | Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes |
| LATA | Limitation ou arrêt des thérapeutiques actives |
| PEC | Prise en charge |
| DMS | Durée moyenne de séjour |

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 débuter 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 coordonateur 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 tableau.

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

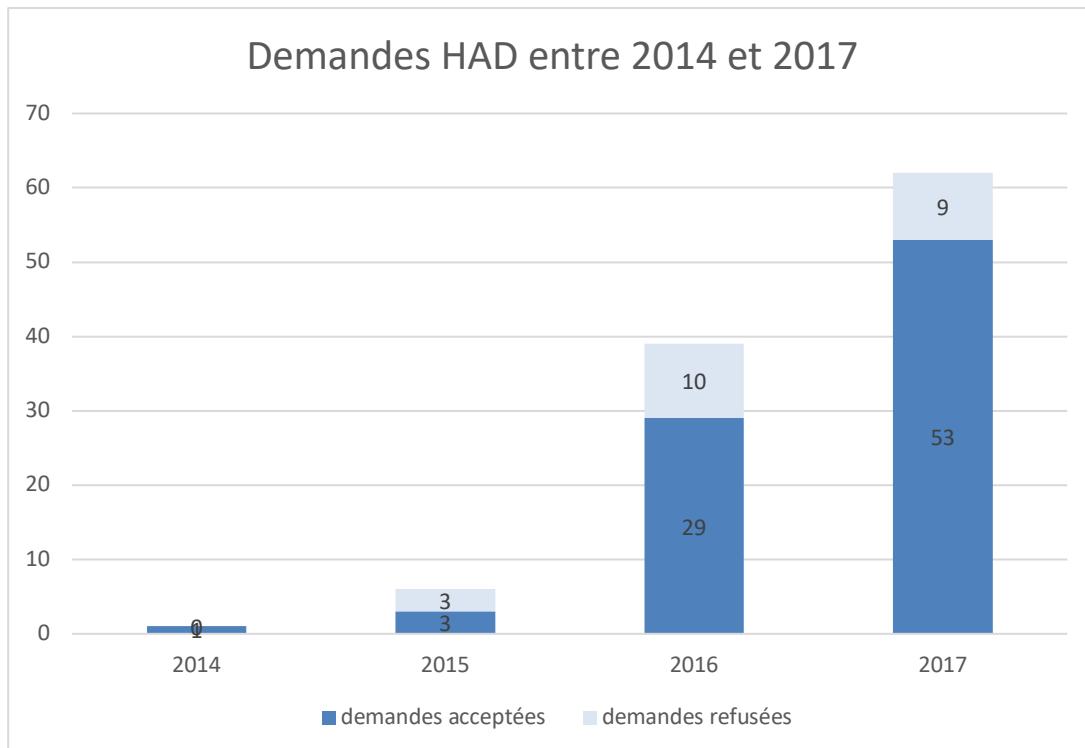


Figure 1 Demandes HAD entre 2014 et 2017

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).

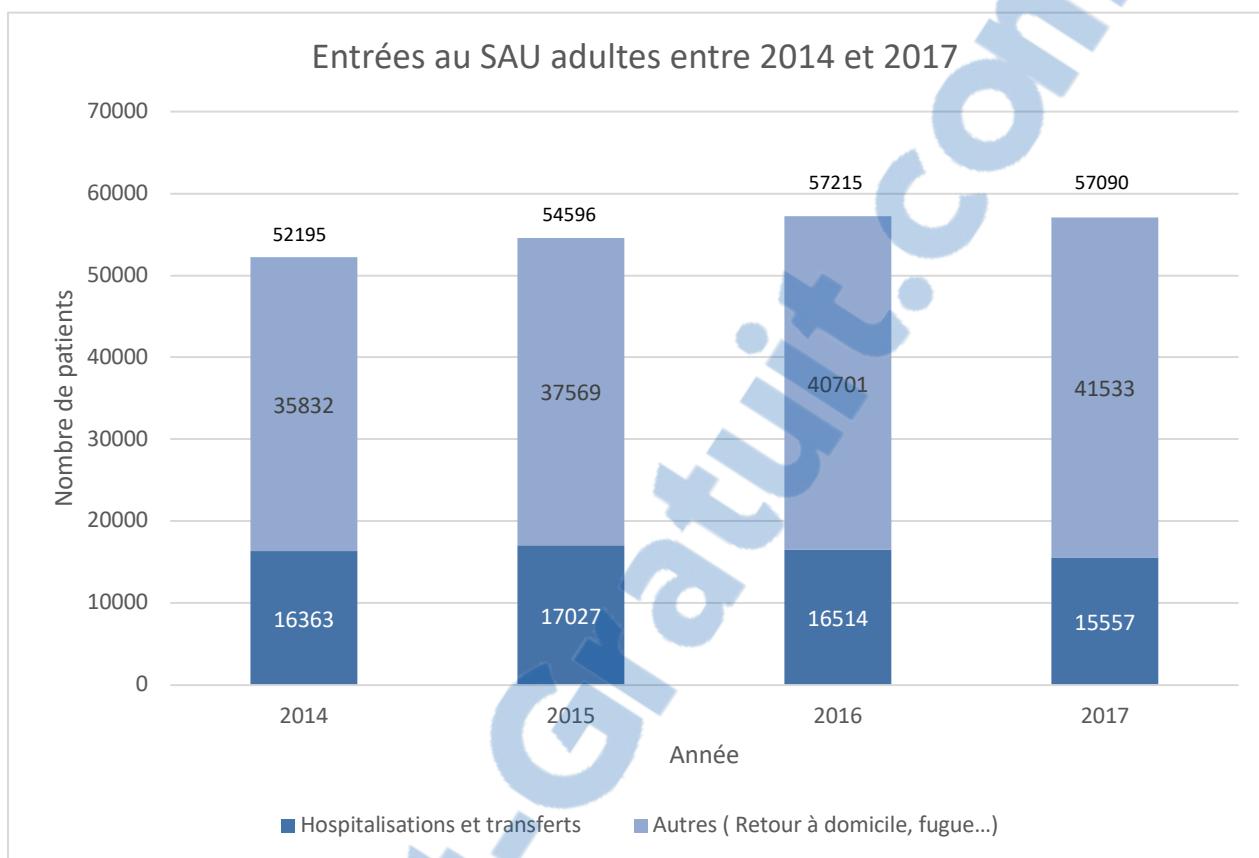


Figure 2. Entrées au SAU adultes entre 2014 et 2017

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

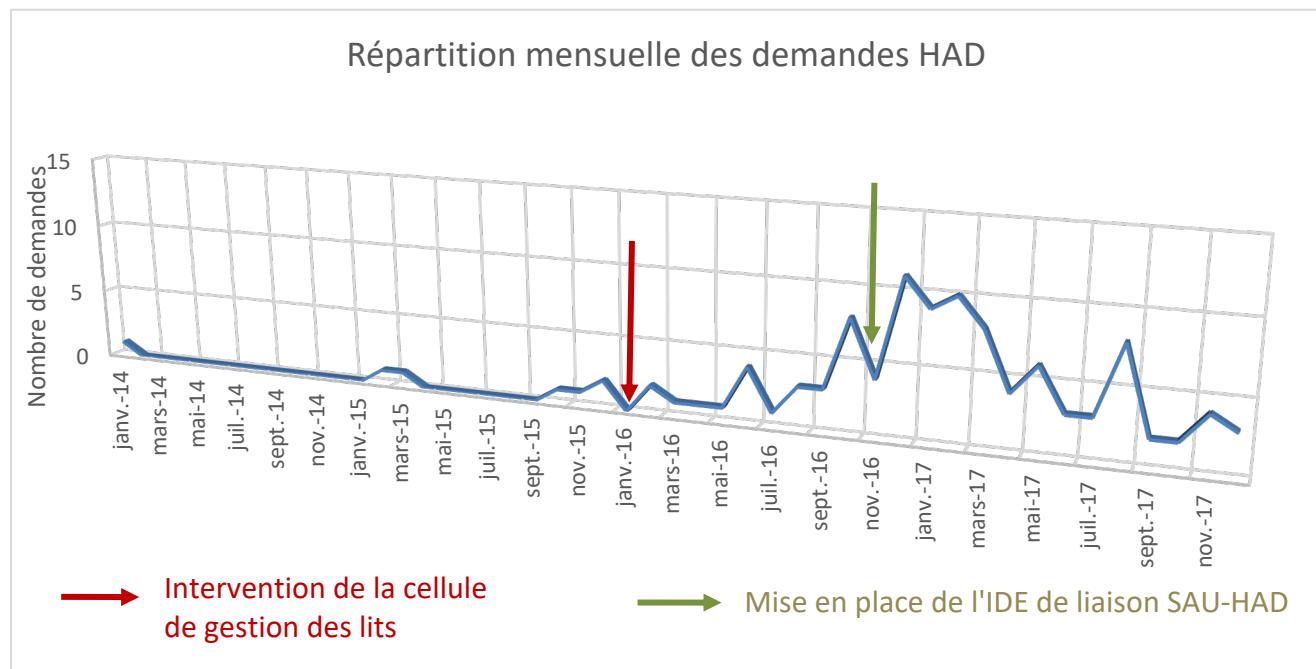


Figure 3. Répartition mensuelle des demandes HAD

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.

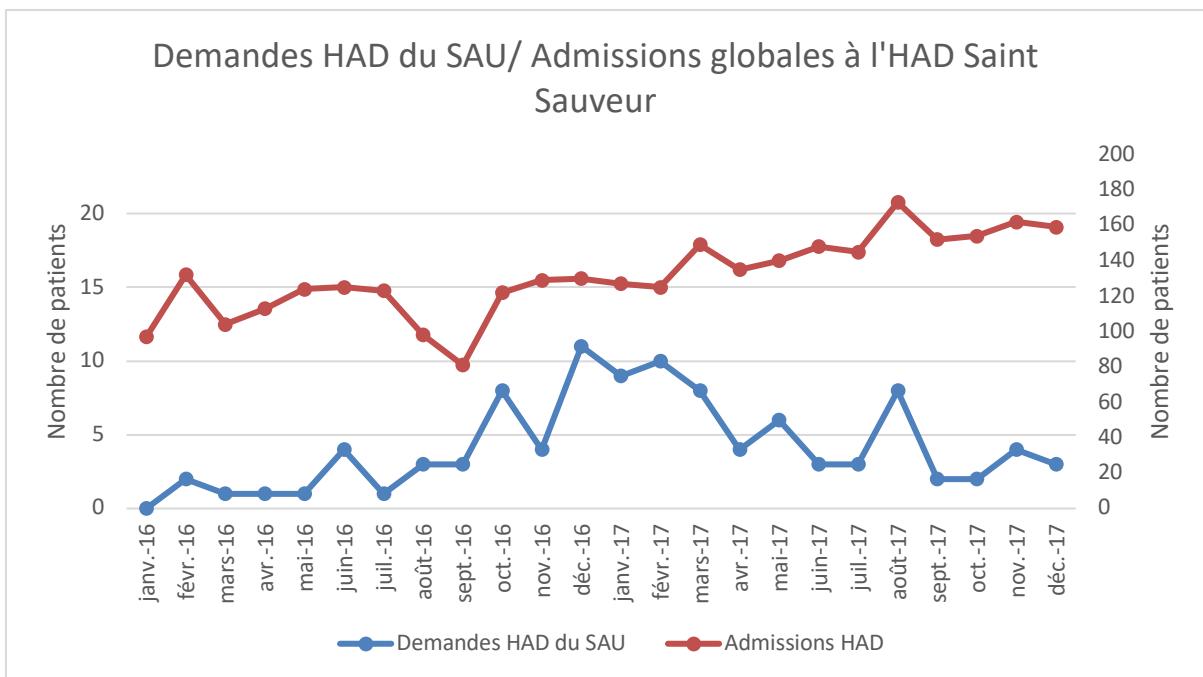


Figure 4. Demandes HAD du SAU / Admissions globales à l'HAD Saint Sauveur

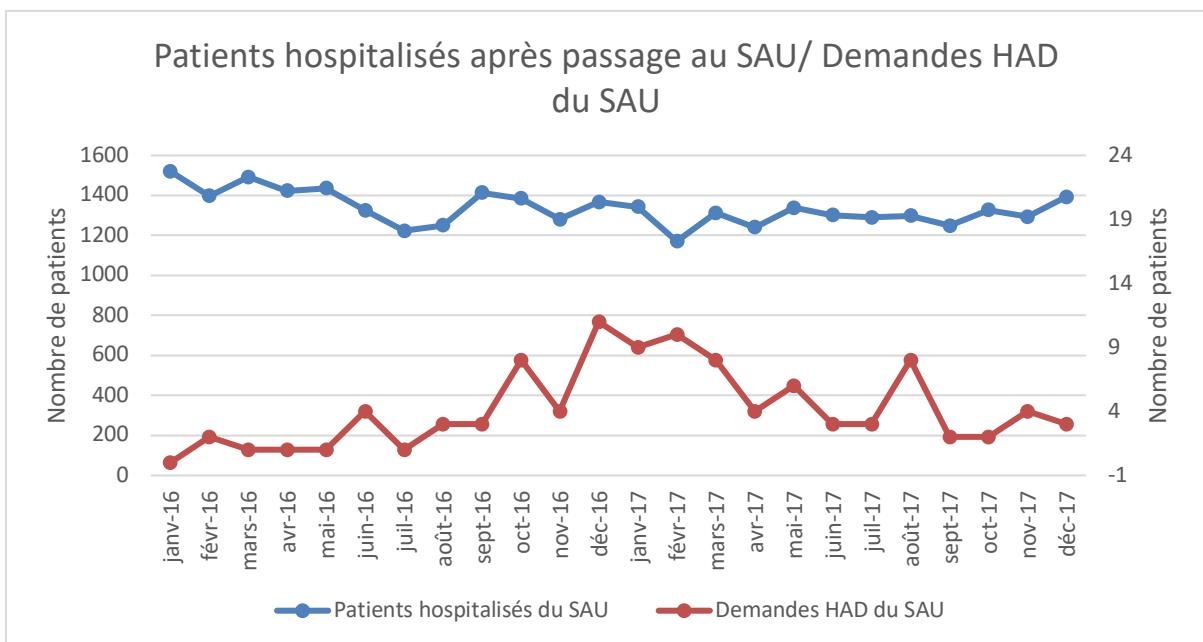


Figure 5. Hospitalisations après passage au SAU / Demandes HAD du SAU

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 :

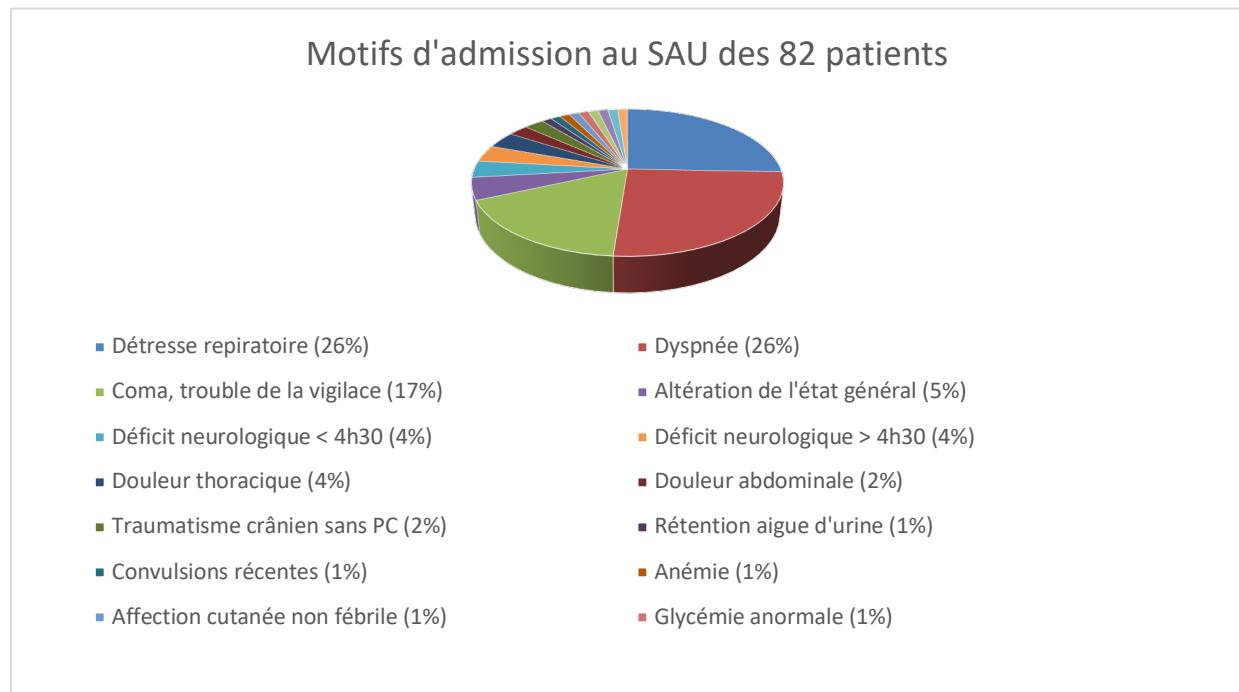


Figure 6. Motifs d'admission au SAU des 82 patients

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

| Motif de PEC principale | | Effectif (n) | % | Moyenne | Ecart type | Médiane |
|-------------------------|---|--------------|-----|---------|------------|---------|
| | Soins palliatifs | 45 | 55% | | | |
| | Traitements 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

Modes de prise en charge principale des 82 patients admis

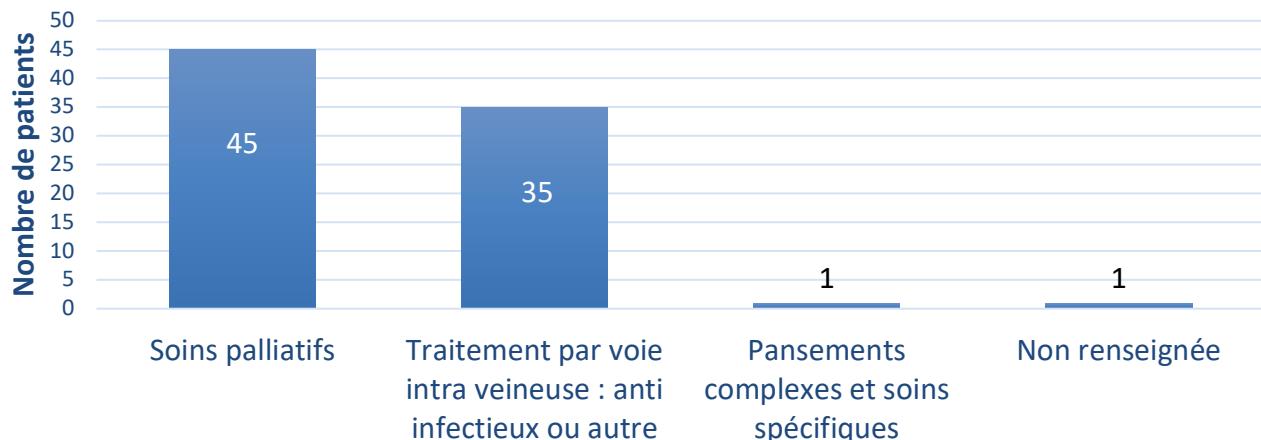


Figure 7. Modes de prise en charge principale des 82 patients admis en HAD

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 aigüe, 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.

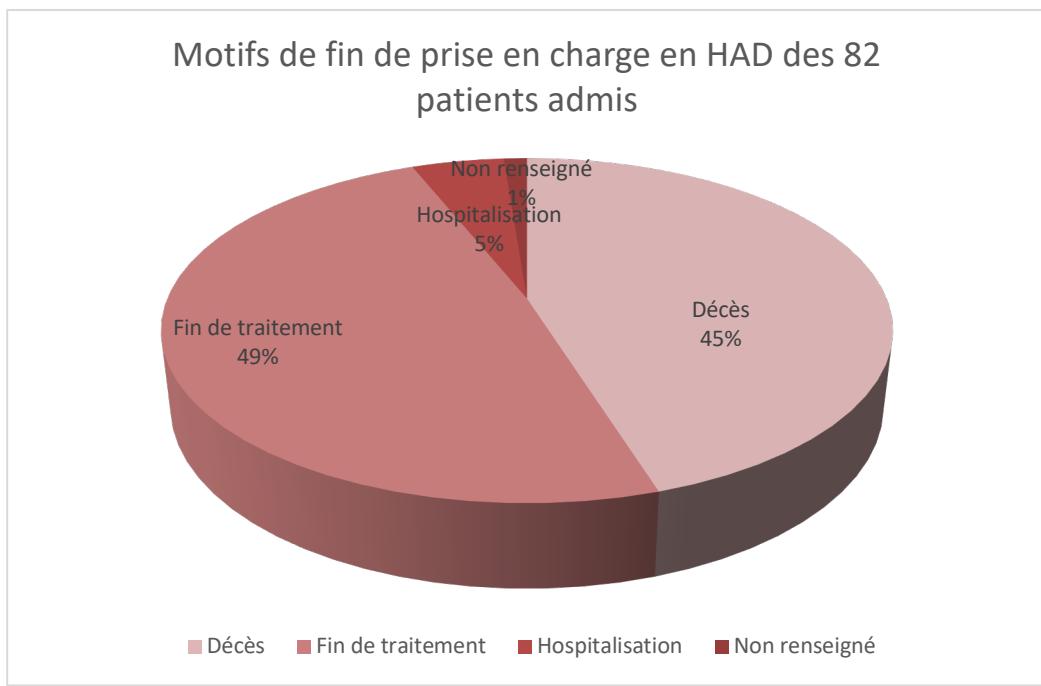


Figure 8. Motifs de fin de prise en charge en HAD des 82 patients admis

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 apparaît 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 n° 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_urges.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=125027864458>
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/informationmpp>

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

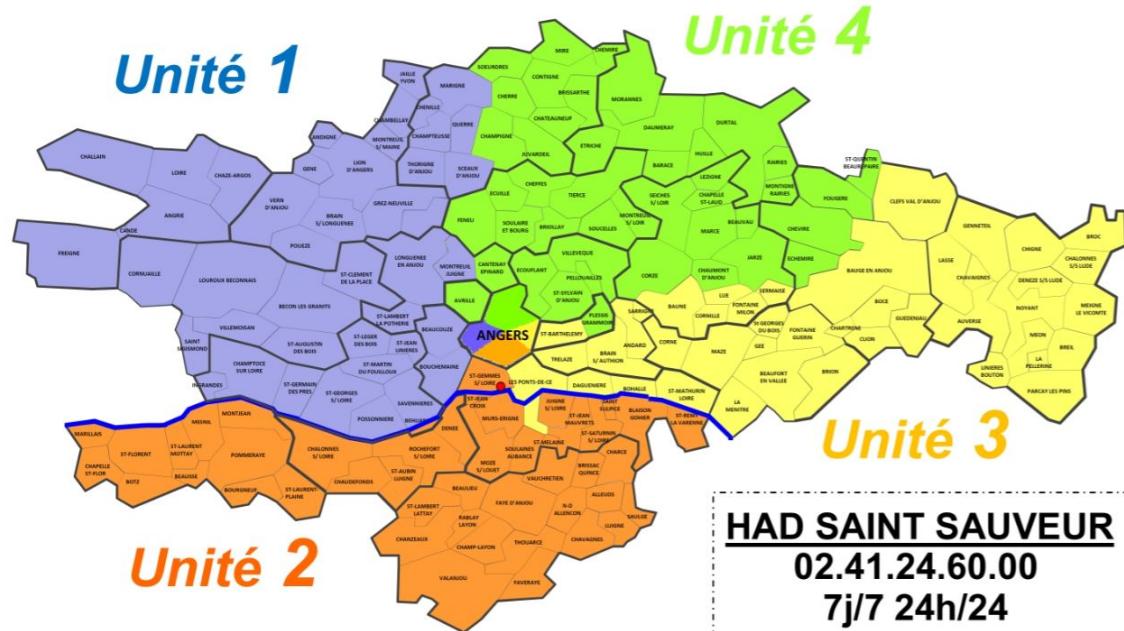
| Numéro | Libellé du mode de prise en charge |
|--------|---|
| 01 | Assistance respiratoire |
| 02 | Nutrition parentérale |
| 03 | Traitements intraveineux |
| 04 | Soins palliatifs |
| 05 | Chimiothérapie anticancéreuse |
| 06 | Nutrition entérale |
| 07 | Prise en charge de la douleur |
| 08 | Autres 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 efficiente 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

- Seul au domicile
- Aidants vivant au domicile
- Aidants ne vivant pas au do

- 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:

Hours*

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
- 24-48 heures

- 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 AVQ**

➤ **6 variables de la dépendance**

| Variables ou dimensions de dépendance (nombres d'actions évaluées) | |
|---|---------------------------|
| Habillement 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. <i>À l'exception de</i> : 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% | | | | |
| | | 75-90 ans | 47 | 57% | 88,4 | 6,6 | | |
| | | > 90 ans | 32 | 39% | | | [86,9-89,8] | |
| | Sexe | Hommes | 27 | 33% | | | | |
| | | Femmes | 55 | 67% | | | | |
| | Lieu de vie | Domicile | 11 | 13% | | | | |
| | | EHPAD | 71 | 87% | | | | |
| | Motifs d'admission | Jour (8h-18h) | 41 | 50% | | | | |
| | | Nuit (18h-8h) | 23 | 28% | | | | |
| | | Week-end | 18 | 22% | | | | |
| | | Déresse 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% | | | | |
| Passage aux urgences | | 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% | | | | |
| | | Ishémie 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% | 26:51:41 | | | | |
| | Nuit (18h-8h) | 23 | 28% | 20:27:08 | | | | |
| | Week-end | 18 | 22% | 36:42:53 | | | | |
| LATA | Oui | 61 | 74% | | | | | |
| | Non | 21 | 26% | | | | | |
| UHCD | Oui | 74 | 90% | | | | | |
| | Non | 8 | 10% | | | | | |
| Etude du passage HAD | 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% | | | | |
| | Motif de PEC principale | Soins palliatifs | 45 | 55% | | | | |
| | | Traitements 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% | 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% | | | | |
| | U après sortie d'HAD (pour les 45 patients) | Oui | 3 | 7% | | | | |
| | | Non | 42 | 93% | | | | |
| | IAD depuis sortie (pour les 45 patients) | Oui | 3 | 7% | | | | |
| | | Non | 42 | 93% | | | | |

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

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

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