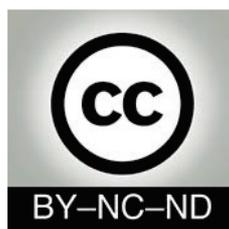




<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



Université Claude Bernard  Lyon 1

Faculté de Médecine
et de Maïeutique
LYON SUD
Charles Mérieux

ANNÉE 2019 N°126

***REHOSPITALISATIONS AUX URGENCES DES PATIENTS
PRIS EN CHARGE EN HAD
Retour d'expérience de cinq services d'accueil des
urgences de la région lyonnaise sur l'année 2018***

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 25 juin 2019
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Marjolaine Melin

Née le 09/06/1990 à Singapour

Sous la direction du Dr Jihane Fattoum et du Dr Emmanuel Bovier

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

2018-2019

Président de l'Université	Frédéric FLEURY
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pierre COCHAT
Directeur Général des Services	Damien VERHAEGUE

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST	Doyen : Gilles RODE
UFR DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD - CHARLES MERIEUX	Doyen : Carole BURILLON
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB)	Directeur : Christine VINCIGUERRA
UFR D'ODONTOLOGIE	Doyen : Dominique SEUX
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION (ISTR)	Directeur : Xavier PERROT
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE	Directeur : Anne-Marie SCHOTT

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIE	Directeur : Fabien DE MARCHI
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
POLYTECH LYON	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T. LYON	Directeur : Christophe VITON
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
OBSERVATOIRE DE LYON	Directeur : Isabelle DANIEL
ECOLE SUPERIEUR DU PROFESSORAT ET DE L'EDUCATION (ESPE)	Directeur Alain MOUGNIOTTE

**U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES
MERIEUX**

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
BERGERET Alain	Médecine et Santé du Travail
BROUSSOLLE Emmanuel	Neurologie
BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophthalmologie
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales
FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie
FOUQUE Denis	Néphrologie
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
GILLY François-Noël	Chirurgie générale
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale
GOLFIER François	Gynécologie Obst ; gynécologie médicale
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence
LAVILLE Martine	Nutrition - Endocrinologie
LAVILLE Maurice	Thérapeutique - Néphrologie
LINA Gérard	Bactériologie
MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé
MION François	Physiologie
MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile
NICOLAS Jean-François	Immunologie
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire	Biochimie et Biologie moléculaire
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion
SIMON Chantal	Nutrition
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques
THOMAS Luc	Dermato – Vénérologie
TRILLET-LENOIR Véronique	Cancérologie ; Radiothérapie
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale
VIGHETTO Alain	Neurologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ALLAOUCHICHE Bernard	Anesthésie-Réanimation Urgence
ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie
BERARD Frédéric	Immunologie
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie
BOULETREAU Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CERUSE Philippe	O.R.L
CHAPET Olivier	Cancérologie, radiothérapie
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie
DORET Muriel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
FARHAT Fadi	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FESSY Michel-Henri	Anatomie – Chirurgie Ortho
FEUGIER Patrick	Chirurgie Vasculaire
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes
FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
GIAMMARILE Francesco	Biophysique et Médecine nucléaire
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie
KASSAI KOUPAI Behrouz	Pharmacologie Fondamentale, Clinique

LANTELME Pierre	Cardiologie
LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire
LIFANTE Jean-Christophe	Chirurgie Générale
LONG Anne	Médecine vasculaire
LUAUTE Jacques	Médecine physique et Réadaptation
PAPAREL Philippe	Urologie
PEYRON François	Parasitologie et Mycologie
PICAUD Jean-Charles	Pédiatrie
POUTEIL-NOBLE Claire	Néphrologie
PRACROS J. Pierre	Radiologie et Imagerie médicale
RIOUFFOL Gilles	Cardiologie
RUFFION Alain	Urologie
SALLE Bruno	Biologie et Médecine du développement et de la
reproduction	
SANLAVILLE Damien	Génétique
SAURIN Jean-Christophe	Hépto gastroentérologie
SERVIEN Elvire	Chirurgie Orthopédique
SEVE Pascal	Médecine Interne, Gériatrique
THOBOIS Stéphane	Neurologie
TRONC François	Chirurgie thoracique et cardio

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BARREY Cédric	Neurochirurgie
BELOT Alexandre	Pédiatrie
BOHE Julien	Réanimation urgence
BREVET-QUINZIN Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
CHO Tae-hee	Neurologie
CHOTEL Franck	Chirurgie Infantile
COTTE Eddy	Chirurgie générale
COURAND Pierre-Yves	Cardiologie
COURAUD Sébastien	Pneumologie
DALLE Stéphane	Dermatologie
DEVOUASSOUX Gilles	Pneumologie
DISSE Emmanuel	Endocrinologie diabète et maladies métaboliques
DUPUIS Olivier	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
FRANCO Patricia	Physiologie - Pédiatrie
GHESQUIERES Hervé	Hématologie
GILLET Pierre-Germain	Biologie Cell.
HAUMONT Thierry	Chirurgie Infantile
LASSET Christine	Epidémiologie., éco. Santé
LEGA Jean-Christophe	Thérapeutique – Médecine Interne
LEGER FALANDRY Claire	Médecine interne, gériatrie
LUSTIG Sébastien	Chirurgie. Orthopédique,
MOJALLAL Alain-Ali	Chirurgie. Plastique.,
NANCEY Stéphane	Gastro Entérologie
PASSOT Guillaume	Chirurgie Générale
PIALAT Jean-Baptiste	Radiologie et Imagerie médicale
REIX Philippe	Pédiatrie -
ROUSSET Pascal	Radiologie imagerie médicale
TAZAROURTE Karim	Médecine Urgence
THAI-VAN Hung	Physiologies - ORL
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra	Anatomie et cytologie pathologiques
TRINGALI Stéphane	O.R.L.
VOLA Marco	Chirurgie thoracique cardiologie vasculaire

WALLON Martine
WALTER Thomas
YOU Benoît

Parasitologie mycologie
Gastroentérologie – Hépatologie
Cancérologie

PROFESSEUR ASSOCIE sur Contingent National

PIERRE Bernard

Cardiologie

PROFESSEURS - MEDECINE GENERALE (2^{ème} Classe)

BOUSSAGEON Rémy
ERPELDINGER Sylvie

PROFESSEUR ASSOCIE - MEDECINE GENERALE

DUPRAZ Christian
PERDRIX Corinne

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

ARDAIL Dominique	Biochimie et Biologie moléculaire
CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie ; Transfusion
DIJOURD Frédérique	Anatomie et Cytologie pathologiques
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
MASSIGNON Denis	Hématologie – Transfusion
RABODONIRINA Meja	Parasitologie et Mycologie
VAN GANSE Eric	Pharmacologie Fondamentale, Clinique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

BRUNEL SCHOLTES Caroline	Bactériologie virologie ; Hygiène hospitalière.
COURY LUCAS Fabienne	Rhumatologie
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam	Anatomie et cytologie pathologiques
DESESTRET Virginie	Cytologie – Histologie
FRIGGERI Arnaud	Anesthésiologie
DUMITRESCU BORNE Oana	Bactériologie Virologie
GISCARD D'ESTAING Sandrine	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
LOPEZ Jonathan	Biochimie Biologie Moléculaire
MAUDUIT Claire	Cytologie – Histologie
MILLAT Gilles	Biochimie et Biologie moléculaire
PERROT Xavier	Physiologie - Neurologie
PONCET Delphine	Biochimie, Biologie cellulaire
RASIGADE Jean-Philippe	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
NOSBAUM ép ROSSIGNOL Audrey	Immunologie
SUJOBERT Pierre	Hématologie - Transfusion
VALOUR Florent	Mal infect.
VUILLEROT Carole	Médecine Physique Réadaptation

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BOLZE Pierre-Adrien
DEMILY Caroline

Gynécologie Obstétrique
Psy-Adultes

HALFON DOMENECH Carine
JAMILLOUX Yvan
KOPPE Laetitia
PETER DEREK
PUTOUX DETRE Audrey
RAMIERE Christophe
SKANJETI Andréa
SUBTIL Fabien
VISTE Anthony

Pédiatrie
Médecine Interne - Gériatrie
Néphrologie
Physiologie - Neurologie
Génétique
Bactériologie-virologie
Biophysique. Médecine nucléaire.
Bio statistiques
Anatomie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

SUPPER Irène

PROFESSEURS EMERITES

Les Professeurs émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation. Ils ne peuvent pas être président du jury.

ANNAT Guy
BERLAND Michel
CAILLOT Jean Louis
CARRET Jean-Paul
ECOCHARD René
FLANDROIS Jean-Pierre
DUBOIS Jean-Pierre
LLORCA Guy
MATILLON Yves
PACHECO Yves
PEIX Jean-Louis
SAMARUT Jacques
TEBIB Jacques

Physiologie
Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
Chirurgie générale
Chirurgie Orthopédique
Bio-statistiques
Bactériologie – Virologie; Hygiène hospitalière
Médecine générale
Thérapeutique
Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
Pneumologie
Chirurgie Générale
Biochimie et Biologie moléculaire
Rhumatologie

Jury

Président du Jury

Monsieur le Professeur Karim TAZAROURTE

Membres du jury

Monsieur le Professeur Alain CALENDER

Monsieur le Professeur Arnaud HOT

Madame le Docteur Jihane FATTOUM

Monsieur le Docteur Emmanuel BOVIER

Membre du jury invité

Monsieur le Docteur Jean François AUPETIT

Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Remerciements

Au Président du Jury,

Monsieur le Professeur Karim TAZAROURTE, vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider ce jury. Merci de me permettre de poursuivre ma formation de médecin dans votre service.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Alain CALENDER, pour avoir accepté de juger ce travail, soyez assuré de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Arnaud HOT, pour votre présence dans le jury de cette thèse, acceptez mes remerciements sincères.

Madame le Docteur Jihane FATTOUM, pour ta confiance et ton soutien infaillible depuis trois ans. Merci d'avoir su me guider et me rassurer dans l'élaboration de cette thèse. Ton intelligence sensible et ton écoute bienveillante font de moi le médecin que je suis aujourd'hui et je me fais une joie de continuer à travailler à tes côtés. Merci pour ton amitié précieuse.

Monsieur le Docteur Emmanuel BOVIER, pour avoir codirigé ce travail. Ta disponibilité, tes conseils, tes encouragements et le partage de ton expérience de l'hospitalisation à domicile m'ont été indispensables.

Monsieur le Docteur Jean-François AUPETIT, pour votre présence dans le jury ce jour, cela me touche beaucoup. Merci pour la bienveillance que vous incarnez chaque jour dans votre service avec les patients et tout le personnel. Merci de votre curiosité et de ces longues discussions ensemble.

Aux personnes qui m'ont entouré dans cette thèse,

Mme Cretenet, pour votre aide et votre disponibilité permanente.

Estelle Delorme, pour tes conseils pratiques et le partage de l'expérience de ta thèse. A très bientôt aux post-U !

A ma famille,

Papa et Maman, merci d'être là pour moi chaque jour et dans chacun de mes projets. Vous m'avez accompagnée et entourée tout au long de ces longues années d'études toujours avec la bonne distance et la même bienveillance. Merci de croire en moi, merci pour votre amour.

Putuh, Erwan, Nathou, Clem et Paulo, merci de me prendre pour un Docteur maintenant !! Merci d'avoir été toujours attentifs à la petite sœur, pauvre étudiante sans le sous et pourtant toujours en vadrouille que j'ai été.

A **Loïc et Marin**, mes petits suisses préférés.

A **Daniel et Armelle** mes généreux et attentionnés parrain et marraine.

A **Tante Bri**, pour ton sens de l'accueil, ton goût pour la Suisse que tu nous fais partager et ta générosité.

A ma courageuse **Bonne Maman** que j'aurais aimé avoir à mes côtés aujourd'hui. A mes trois autres grands parents qui me guident depuis là-haut.

Aux médecins qui m'ont fait grandir et évoluer,

Docteur Lion, pour le partage de votre parcours professionnel et de votre expérience de médecin généraliste, merci pour votre confiance pendant les 6 mois de stage à Douvaine et pour les longues discussions à l'Ane Rouge !

La cardiologie de Saint Joseph Saint Luc, Kathy, Nico, Seb, Juju, pour l'équipe dynamique, compétente et heureuse d'exercer le métier de médecin que vous formez et pour l'enseignement que vous m'avez délivré.

Hela, pour les 6 mois de post -urgences à tes côtés et tout le savoir que tu as su me transmettre.

Jérôme, pour le stage aux urgences à Saint Jo et pour l'approche que tu as de la médecine, curieuse, ouverte et passionnée. Merci aussi pour les randos en Chartreuse ou ailleurs et le partage de ton goût pour la montagne.

A la future clinique qu'on ouvrira avec tous les copains,

A **Mike**, l'unique chirurgien anesthésiste réanimateur, pour ta confiance et ta patience.

A **Meringue** (la neuro psychiatre hypochondriaque) et **Mayeul** (l'opticien), merci pour votre amitié si précieuse depuis toutes ces années, merci de lire entre mes lignes et d'être toujours là pour moi.

A **Mio Malo**, le petit carcassonnais !

A **Marine**, meilleure sage-femme, pour son amitié fidèle depuis nos jeunes années. A **Stan**, cher confrère de « méd gé » ! A **Gablove** et **Pialove**.

A **Melou** au grand cœur, merci pour tes interprétations d'ECG à distance à toute heure de la nuit et au **Pr Charlot**, qui commence à parler notre langue de médecin couramment. Merci pour les jeunes mariés tout beaux et bronzés (je devine !) que vous êtes et la confiance que vous m'avez accordée.

A la **Souk** qui m'a fait briller à l'ECN.

A **Dodo**, **Vic** et **Sheshe**, la « cool team » des anesthésistes réanimateurs et **Coco** la pédopsy, qui m'ont appris à réviser l'ECN en écoutant les rires gras de Friends.

A **petite Mamé** et **Papi Jean** pour les moules au curry.

A **Guyguy**, pour les indispensables bières au QG.

A **la team des éclectiques** ! A **Caro**, la radiologue kiffeuse de chefs et gymnaste viroflaysienne, meilleure compagne de voyage depuis les premiers mango lassis jusqu'aux saucissons corses du GR20. A **Charly**, futur Ministre de la Santé. A **Côme**, l'hématologue hypnotiseur, éthicien et poète.

A la petite **Gab** aux grosses épaules ! Chirurgienne, gynécologue obstétricienne et fiancée ! A nos bières improvisées ! A ton **Nico** !

A **Coco** et **PET**, les pédiatres bobos parisiens du sud-ouest ! Vous devriez venir plus souvent goûter à la cervelle de canut, vous manquez ici.

A **Melou** la « naprotechnologienne » novatrice, **Gregy**, le dentiste hockeyeur sur gazon devenu papa chirurgien en haut des cimes grenobloises et leur petit **Gaston** que j'aime déjà.

A **Captain Loulou**, l'American surgeon of Cleveland et **Tiph**, Dr House, merci pour les croisières « Caraboat » qui m'ont initiée aux plaisirs de la voile ! A **Jeannette** et **Matthieu**.

Aux Marseillais, **Eéétienne** et **Gus**, escaladeurs, buveurs de pastis et docteurs à leurs heures perdues.

A **Mary** et **Tritri**, les chirurgiens parisiens mais avant tout les malgaches du « bord de la mer ».

Au pôle orthopédie de Lyon : à **Pitch, Robin, Etienne** et **Gaspard** les chir ortho aux gros marteaux ... et à leurs épouses respectives Dame **Laulau** l'onco, **Sixtine** la cardio, **Juju** la kiné toujours dispo et **Horti** directrice de l'hosto.

A la Team du 7-8,

A **Dav** et **Tim**, alias SD et CE, qui m'ont fait voyager pendant toutes mes études depuis le Pérou, aux sombres boîtes de nuit londoniennes, en passant par les forêts du Vercors et le mur de Berlin. Merci pour votre fidélité sans faille, votre spontanéité et votre ouverture d'esprit.

A ma **Gé**, pour nos discussions sans fin sur les chemins de Saint Jacques, pour nos débats sur l'homéopathie, pour ton sens de la famille et pour les verres de crémant au bord de la piscine à Marcilly, merci !

A **So**, la micro-aventurière, depuis les castors de Viro jusqu'au parc de la Tête d'Or.

A **Marine, Estelle** et **Alix** pour leur amitié fidèle et leur soutien depuis le début. Merci de croire que je ne suis pas toujours en vacances !

A **Loulou**, team 9-2, fidèle représentant de STV 18 ans plus tard !

A la Team Valence,

Monsieur le Docteur François DUPUY, merci pour le chef parfait que tu as été, tu sais ce qu'il te reste à faire pour que l'aventure continue, ramène toi aux PU ! Merci de m'avoir autorisée à repeindre ton déguisement de Sangoku.

A **Clara, Océ, Clément** et **Coco**, à nos premières cuites d'internes, à MPF sous coc, à la trottinette en garde, à l'UGO, à notre rencontre !

A **Oliv** la pouliche et **Maria** sous les tropiques.

A la Team Cardio Saint Jo,

A **Max, Juju, et Elisa**, merci et bravo à notre patience et bienveillance pendant ce semestre ! Merci d'avoir tiré vers le haut une vieille interne comme moi, vous m'avez impressionnée !

A mes petites externes,

A **Dr Gab**, merci pour ta spontanéité et ta joie de vivre, je crois dur comme fer en toi !

A **Dr Sara**, merci d'avoir aimé la médecine grâce à François et moi (sans aucune prétention), courage c'est « presque » terminé !

A la Team Jérusalem et à la Palestine,

A Charlotte, Marie Brech, Sixtou, Gab et Filippo qui m'ont permis de découvrir cette Terre.

Aux médecins de l'Hôpital de la Saint Famille de Bethlehem : **Dr Saba, Dr Salameh, Dr Tamer, Dr Nadine, Dr Rana, Dr Khaled** pour leur accueil et tout ce qu'ils m'ont appris : leur culture, leur histoire, la langue arabe, le sens du partage et l'humilité.

Aux rencontres inoubliables qui m'ont fait grandir là-bas : à **George, Nadine, Bahaa, Theresa, Valentine, Gabrielle, Paul** et au **Frère Dominique Marie**. A **Hélène** avec qui je prolonge le plaisir palestinien à Lyon !

Abréviations

AEG	Altération de l'état général
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CHLS	Centre hospitalier Lyon Sud
CIM	Classification internationale des maladies
CSP	Code de la santé publique
DA	Directives anticipées
DREES	Direction de Recherche , des Etudes, de l'Evaluation et des statistiques
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
EHPA	Établissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
FNEHAD	Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile
HAD	Hospitalisation à domicile
HCL	Hospices Civils de Lyon
HEH	Hôpital Edouard Herriot
HFME	Hôpital Femme Mère Enfant
HGE	Hépto-Gastro-Entérologie
ICHCL	Institut de Cancérologie des Hospices Civils de Lyon
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IK	Indice de Karnofsky
IGAS	Institut général des affaires sociales
IDE	Infirmière diplômée d'état
LATA	Limitation et arrêts des thérapeutiques actives
MC	Médecin coordonnateur
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
SAD	Soins à domicile
SLA	Sclérose latérale amyotrophique
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et de réadaptation
UHCD	Unité d'hospitalisation courte durée

Plan

I.	Introduction	16
II.	Résumé de l'article.....	18
III.	Pré-requis	19
A.	L'HAD	19
1.	Historique de l'HAD	19
2.	Définition et missions de l'HAD.....	20
3.	Organisation.....	21
4.	L'HAD aujourd'hui	23
5.	HAD à l'étranger	24
6.	L'HAD SOINS ET SANTE à Lyon	25
7.	Contraintes liées à l'HAD.....	27
B.	Réhospitalisation.....	29
1.	Un indicateur de qualité des soins	29
2.	Réhospitalisation par les urgences.....	30
3.	Dans le contexte de l'HAD	30
C.	Soins palliatifs et fin de vie	31
1.	Cadre légal et problématiques.....	31
2.	Le paradoxe de la fin de vie à domicile.....	33
IV.	Article	35
A.	Introduction	35
B.	Matériel et méthode	36
1.	Objectifs de l'étude	36
2.	Méthode	36
3.	Cadre légal	36
4.	Critères d'inclusion	36
5.	Recueil de données.....	36
6.	Analyse statistique	39
C.	Résultats	40
1.	Caractéristiques des patients.....	40
2.	Contexte de l'HAD	41
3.	Hospitalisation aux urgences	41
4.	Devenir après le service d'accueil des urgences	44

5. Projet thérapeutique	45
6. Transferts évitables	45
D. Discussion	47
V. Conclusion	58
VI. Bibliographie	60
VII. Annexes	63

I. Introduction

Les réhospitalisations non programmées sont un enjeu majeur de santé publique.

Dans un rapport public annuel (1) publié en février 2019, la Cour des Comptes déplore, faute d'un partage des tâches avec la ville, la réalisation d'un véritable « virage ambulatoire ». Les urgences demeurent trop sollicitées, entraînant de fréquentes situations de tension dans les établissements. Elle insiste notamment sur la nécessité de désengorger les urgences par l'intermédiaire d'alternatives aux urgences hospitalières en ville.

L'HAS rappelait déjà en 2013 dans une « fiche parcours » sur la réhospitalisation des personnes âgées (2), que c'est l'amélioration de la transition entre l'hôpital et le domicile qui réduit le risque de réhospitalisation précoce.

Confortant le premier recours, travaillant avec les professionnels libéraux, favorisant le maintien à domicile et la coopération entre professionnels de santé, l'hospitalisation à domicile (HAD) est un acteur fondamental de ce lien ville-hôpital. Par son caractère polyvalent et généraliste, elle apparaît comme une hospitalisation alternative, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient et permet de délivrer des soins médicaux et paramédicaux continus, complexes et coordonnés. Elle permet donc d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation conventionnelle avec hébergement.

En pleine expansion en France depuis une dizaine d'année, elle répond à une réalité économique mais également médico-sociale. En effet, il existe un désir exprimé de manière de plus en plus pressante par les patients, de rester à domicile le plus possible et le plus longtemps possible.

Ce sont devant ces enjeux, qu'un travail de collaboration est né entre l'HAD et l'Institut de cancérologie des Hospices Civiles de Lyon (ICHCL), en octobre 2017, afin de fluidifier le parcours de soins des patients entre ces deux institutions.

Ce travail de thèse est le prolongement de cette réflexion. Il s'inscrit dans une volonté d'amélioration et de renforcement de la pertinence de l'offre d'HAD, sous la forme d'une étude descriptive, multicentrique et rétrospective. Etude qui a été réalisée dans cinq centres hospitaliers universitaires de la région lyonnaise, entre le 1er avril 2018 et le 30 novembre 2018, s'intéressant aux réhospitalisations dans un service d'accueil des urgences de patients pris en charge initialement en HAD.

L'objectif principal est de décrire le profil de ces patients et d'étudier leur parcours de soins depuis l'HAD jusqu'à un service d'accueil des urgences, en ayant un regard particulier sur les circonstances de leur réhospitalisation et leur prise en charge à l'accueil des urgences.

L'objectif secondaire, est d'évaluer la pertinence de ces réhospitalisations, définir si elles étaient « évitables », et dans quelle mesure on pourrait établir un score prédictif du risque de réhospitalisation.

II. Résumé de l'article

Réhospitalisations aux urgences des patients pris en charge en HAD, retour d'expérience de cinq services d'accueil des urgences de la région lyonnaise sur l'année 2018.

Marjolaine MELIN¹, Jihane FATTOUM¹, Emmanuel BOVIER², Karim TAZAROURTE¹

¹Service des urgences - Pavillon N - Hôpital Edouard Herriot, Hospices civils de Lyon, France

²HAD Soins et Santé – Rillieux la Pape, France

Introduction : Les réhospitalisations non programmées sont un enjeu majeur de santé publique et leur prévention repose sur l'amélioration de la transition entre l'hôpital et le domicile. L'HAD par son rôle de coordination de soins en est un acteur fondamental. Les partenariats de l'HAD SOINS ET SANTE avec les différents services d'urgences et l'ICHCL en sont le témoin. L'objectif de cette étude est de décrire le profil des patients réhospitalisés depuis l'HAD, dans un service d'accueil des urgences de la région lyonnaise et d'évaluer la pertinence de ces réhospitalisations.

Matériel et méthode : Ont été inclus tous les patients (n=118, 145 passages) pris en charge, depuis l'HAD, dans un service d'accueil des urgences de la région lyonnaise (HEH, CHLS, Hôpital de la Croix Rousse, Hôpital Louis Pradel, HFME) entre le 1^{er} avril et le 30 novembre 2018. Les données ont été recueillies selon 4 axes : les caractéristiques des patients (âge, sexe, Karnofsky à la sortie d'HAD), les caractéristiques relatives à la prise en charge HAD initiale (pathologie justifiant l'HAD, durée de séjour préalable à la réhospitalisation), les caractéristiques relatives au passage aux urgences (décisionnaire du transfert, heure et date, information du médecin coordonnateur HAD et urgentiste, motif de transfert, DMS à l'accueil et acte/geste/imagerie réalisés) puis le devenir post-urgences (orientation et DMS totale d'hospitalisation) et enfin la présence d'un projet thérapeutique dans le dossier HAD du patient (actif, palliatif +/- LATA et DA).

Résultats : Les patients réhospitalisés aux urgences depuis l'HAD étaient majoritairement des hommes, relativement jeune (73ans) avec des capacités altérées (indice de Karnofsky moyen au moment de la réhospitalisation = 40%). Les pathologies justifiant l'HAD initiale étaient majoritairement les pathologies oncologiques (45% des passages) et neurologiques chroniques (23%). Les patients ont été réhospitalisés majoritairement dans les établissements qui étaient les principaux prescripteurs d'HAD c'est à dire HEH (37%), CHLS (32%) et l'hôpital de La Croix Rousse (23%). Dans 25% des transferts, le patient était hospitalisé depuis moins d'une semaine. Le médecin coordonnateur de l'HAD était le principal décisionnaire du transfert aux urgences (50% des transferts). En seconde position, c'est ensuite l'entourage (27%). L'urgentiste était informé dans 66% des transferts. La majorité des transferts a eu lieu de jour (75%) et en semaine (73%). Les motifs de consultation principaux étaient la dyspnée (23%) et la fièvre (12%). La DMS à l'accueil était de 6h. Dans 30% des passages, aucun examen/acte non réalisable à domicile n'a été fait. 48% des patients ont été redirigés vers le pôle urgences dont 68% vers un UHCD. 7% ont été admis dans leur service référent et 28% dans un service de spécialité autre. 10% des passages sont rentrés à leur domicile depuis l'accueil des urgences. La DMS à l'hôpital était de 7,3 jours. 21 décès (14% des passages) sont survenus sur la totalité des séjours hospitaliers dont 4 à l'accueil. Dans 21% des transferts ne figurait aucun projet thérapeutique. 39% des transferts concernaient un projet palliatif où 23% étaient en LATA. 8% des transferts ont été considérés comme évitables.

Conclusion : L'HAD joue un rôle indéniable dans le maintien à domicile et la coordination des soins. Les patients réhospitalisés étaient plutôt jeunes et initialement pris en charge pour des pathologies oncologiques et neurodégénératives. Le caractère « évitable » des réhospitalisations était finalement rare. Mais la fin de vie est un facteur précipitant de réhospitalisation. L'HAD doit renforcer la mise en place d'un projet thérapeutique, défini dans le dossier, pour tous patients et dans le contexte palliatif de limitation des soins, doit entourer et éduquer l'entourage pour espérer son application.

III. Pré-requis

A. L'HAD

1. Historique de l'HAD

C'est en 1945, dans un contexte de surpopulation de patients que le Pr Bluestone, chef de service à l'hôpital Montefiore de New York, initie « l'expérience du *Home Care* » fondée sur une prise en charge des patients, à leur domicile, par les médecins hospitaliers.

Cinq ans plus tard, débute en France une réflexion, devant la même problématique de sureffectif de patients, à l'initiative du professeur Siguier de l'hôpital Tenon à Paris, sur la possibilité de soigner les patients à leur domicile, en particulier pour ceux atteints d'un cancer.

En 1957, naît officiellement le premier établissement d'hospitalisation à domicile (HAD) de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP). L'objectif était univoque et encore tout à fait d'actualité : il s'agissait de désencombrer les hôpitaux. Cela donnait également la « possibilité d'offrir un relais de soins et de confort au malade, tout en optimisant sa réintégration dans le milieu familial ».

Les pouvoirs publics ont constamment accompagné la structuration des HAD. Ainsi la loi hospitalière du 31 décembre 1970 reconnaît officiellement cette forme d'hospitalisation (3) : « les services des centres hospitaliers peuvent se prolonger à domicile, sous réserve du consentement du malade ou de sa famille, pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant ».

De 1980 à 1992, s'installe une relative stagnation du fait d'un vide juridique et d'une absence de données quant à la situation sur le terrain.

Entre les années 1992 et 2000, l'HAD, marquée par une structuration législative, suscite un nouvel intérêt qui fait suite à la loi hospitalière de 1991 (4) reconnaissant « l'hospitalisation à domicile comme une alternative à part entière à l'hospitalisation traditionnelle ». Les décrets du 2 octobre 1992 introduisent la possibilité de prescription d'une prise en charge à domicile par un médecin traitant, la présence d'un médecin coordonnateur au sein de l'équipe et la reconnaissance de l'HAD dans la carte sanitaire.

Depuis les années 2000, l'HAD n'a cessé d'évoluer avec une approche plus qualitative et dans une volonté d'accélération du développement de l'HAD, on parle de « nouvel essor ».

- Ainsi, la circulaire du 30 mai 2000 (5) structure le contenu des prises en charge rappelant la nécessité de « développer les HAD en région », « d'un projet thérapeutique clinique et

psychosocial », de « requalification des séjours », avec une exigence de « qualité de la prise en charge ».

- L'ordonnance du 4 septembre 2003 (6) supprime l'opposabilité de la carte sanitaire aux structures d'HAD.

- La circulaire du 4 février 2004 précise les missions et les modalités de prise en charge en HAD en général, en périnatalité, en pédiatrie et en psychiatrie.

- La circulaire du 1^{er} décembre 2006 (7) vient redéfinir le caractère « polyvalent » et « généraliste » de l'HAD et réaffirme ses « missions spécifiques » notamment centrées sur la coordination des soins au travers du médecin coordonnateur. Elle rappelle que l'HAD est avant tout une hospitalisation, « alternative ».

- Le décret du 22 février 2007 (8) autorise les établissements d'HAD à prendre en charge des patients en établissement d'hébergement des personnes âgées médicalisées ou non (EHPAD et EHPA).

- Sur le plan financier, elle est marquée par l'instauration de la tarification à l'acte, qui oblige à une description claire des prises en charge réalisées, avec le « plan Hôpital 2007 ».

- En 2009, la loi "Hôpital Patients Santé Territoire" reconnaît l'HAD comme un mode d'hospitalisation à part entière et garantit la protection de l'appellation "hospitalisation à domicile".

- En 2012, des décrets ouvrent le champ d'intervention de l'HAD à l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement.

- La circulaire du 18 mars 2013 abroge et remplace la circulaire DHOS du 5 octobre 2007, les interventions des HAD au sein des EHPAD sont donc désormais régies par ce texte.

- La circulaire du 4 décembre 2013 (9) rappelle la nécessité de « conforter l'offre de soins », d'« améliorer l'accessibilité à l'HAD ».

2. Définition et missions de l'HAD

Selon la fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD) (10), « l'hospitalisation à domicile (HAD) permet d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement. Elle assure, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux, continus et coordonnés. Les soins délivrés en hospitalisation à domicile se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par leur complexité, leur durée et la fréquence des actes. Les établissements d'HAD sont des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement. »

Elle est ainsi tenue d'assurer :

- une réponse adaptée, 24h/24 et 7j/7 par des intervenants spécifiquement formés,
- la continuité des traitements entre l'établissement prescripteur et le domicile,
- une offre globale d'interventions polyvalentes.

Elle survient suite à une hospitalisation, après une consultation hospitalière ou sur demande du médecin traitant. L'admission est prononcée après avis favorable du médecin coordonnateur de l'HAD et avec l'accord du médecin traitant et du patient.

Elle concerne des malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé.

Les établissements d'HAD peuvent aussi bien intervenir à domicile, en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) qu'en établissement social ou médicosocial avec hébergement.

Un « dossier de soins » qui reste chez le patient pendant toute la durée de l'hospitalisation à domicile, accompagne ce dernier lors de ses consultations ou hospitalisations éventuelles, permettant ainsi de connaître jour après jour l'évolution de son état de santé.

3. Organisation

a) *Intervenants*

Les acteurs spécifiques de l'HAD sont définis dans la circulaire du 1er décembre 2006 (7). On distingue :

- **Les acteurs internes**

Le médecin coordonnateur, élément clé du fonctionnement médical de la structure, est responsable de la prise en charge globale du patient avec un rôle de coordination des différents intervenants. Il donne son avis à l'admission et, idéalement, à la sortie du patient d'HAD. Il évalue la cohérence du projet de soins et son adéquation avec les possibilités de l'HAD afin d'assurer au patient une sécurité maximale. Il est responsable de la continuité des soins à domicile, de la formation de l'équipe soignante, assure une évaluation de la qualité des soins et participe aux décisions stratégiques.

Le projet de soins formalise l'ensemble des soins cliniques, psychologiques et sociaux envisagés pour le patient. Il résulte d'un consensus entre le médecin coordonnateur, le médecin traitant et le médecin prescripteur de l'HAD. L'équipe paramédicale (cadre infirmier, infirmier) donne également son accord après avoir estimé la charge en soins dans le cadre d'une analyse de situation.

Les acteurs sociaux encadrent le maintien à domicile avec la mise en place d'aides supplémentaires.

- **Les partenaires de l'HAD**

Le médecin traitant, librement choisi par le malade, est un pivot de la prise en charge HAD. Il assure le suivi habituel du patient mais toujours en coordination avec le médecin coordonnateur, garant

« du début à la fin de la prise en charge, de la qualité de l'information concernant le malade, de son état de santé et de son traitement. ». Il reste responsable de son diagnostic et de ses prescriptions. Les libéraux paramédicaux, à différencier des professionnels associés de manière permanente à la structure d'HAD, interviennent plus ou moins selon la structure d'HAD.

- **Les structures proches de l'HAD**

On citera essentiellement le partenariat entre l'HAD et le SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile). Auparavant, les professionnels d'HAD et de SSIAD ne pouvaient pas intervenir en même temps au domicile d'un même patient. Depuis juin 2018 (11), ils peuvent désormais intervenir ensemble, sous réserve que le patient soit déjà pris en charge par une structure de SSIAD au moins 7 jours avant l'admission en HAD. Cette organisation au domicile permet ainsi de préserver la continuité des soins en laissant en place des équipes de soignants qui ont une bonne connaissance de son état de santé et avec lesquels le patient a pu tisser des liens au préalable.

b) Types de soins délivrés par l'HAD

On distingue trois types de soins délivrés par l'HAD (12) :

- des soins ponctuels pour les patients avec une pathologie évolutive, non stabilisée qui nécessite des soins techniques, lourds et complexes,
- des soins continus, pour une durée non déterminée préalablement, dans un contexte de pathologie évolutive, mais associant des soins plus ou moins complexes (nursing, maintien d'entretien de la vie pouvant aller jusqu'à la phase ultime),
- des soins de réadaptation au domicile, pour une durée déterminée, après la phase aiguë d'une pathologie neurologique, orthopédique, cardiologique ou dans un contexte poly-pathologique ou encore, en pré-opératoire chez la personne âgée (dans un contexte carcinologique le plus souvent).

Ces soins sont par exemple des soins palliatifs, des soins de nursing lourds, de la nutrition entérale, des pansements complexes, une nutrition parentérale, des traitements anti-infectieux et autres traitements par voie veineuse, une rééducation neurologique, une assistance respiratoire ou une chimiothérapie.

La gradation des soins à domicile entre équipe de ville, service de soins à domicile (SSIAD) et HAD, a été décrite dans un document diffusé en mai 2016 par l'Agence régionale de santé (ARS) : « Critères de niveaux d'interventions auprès de patients à domicile » (13). Le but étant de définir des critères d'inclusion/d'exclusion selon les niveaux d'interventions.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a élaboré un algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD (12) à destination des médecins prescripteurs. Le but était de clarifier les critères de transfert comme de non transfert des patients vers l'HAD et de permettre de différencier l'HAD des autres modes de prise en charge (en particulier hospitalisation conventionnelle ou prise en charge coordonnée par des professionnels de santé libéraux) (cf *Annexe 1*).

4. L'HAD aujourd'hui

a) Chiffres clés de l'HAD

L'HAD représente une part encore modeste de l'offre de soins, mais elle progresse sensiblement chaque année (14). En 2017, ses capacités de prise en charge poursuivent leur augmentation (+7,1 %) et représentent 5,6 % des capacités de l'hospitalisation complète en court et moyen séjour (hors psychiatrie), contre 2,6 % en 2006.

Toujours en 2017, en France, 116 000 patients ont été hospitalisés en HAD (soit 1,7 pour 1 000 habitants), dont 77 000 adultes de 18 à 79 ans (soit 1,6 pour 1 000 personnes) et 31 000 adultes de 80 ans ou plus (soit 8,1 pour 1 000 personnes)(15).

On recensait 291 établissements d'HAD en France en 2017 (publics, privés commerciaux, privés d'intérêt collectif) avec 27,4 jours d'hospitalisation en moyenne pour un séjour terminé.

Concernant la répartition des modes d'entrée en HAD, 33% des séjours sont directement pris en charge à partir du domicile et 67% des séjours font suite à une hospitalisation en établissement de santé. Pour les modes de sortie, dans 56% des séjours, les patients restaient à leur domicile et dans 32% des séjours, les patients étaient pris en charge en établissement de santé.

Pour la région Auvergne-Rhône Alpes (16) en 2017, 12 400 patients étaient hospitalisés en HAD (soit 0.2% des habitants de la région) avec 67% des patients hospitalisés âgés de 20 à 79 ans et 26% âgés de 80 ans et plus. On dénombrait 32 établissements, avec 603 600 journées d'hospitalisation.

b) L'HAD répond à une réalité sociétale et économique

- **Souhait des patients et aidants de rester à domicile**

Selon une enquête (17) menée en novembre 2017, 69 % des français interrogés pensent que notre système va évoluer vers de nouvelles formes de prises en charge, faisant place à plus d'ambulatoire et que le domicile occupera une place plus importante. Plus de 80 % d'entre eux se déclarent prêts à envisager le domicile comme lieu de soins, même pour des soins lourds. Leurs médecins le confirment : 87 % indiquent que leurs patients expriment souvent ou très souvent ce souhait d'être soignés à leur domicile.

- **Isolement social**

La fragmentation de la cellule familiale, l'emploi du conjoint ou l'éloignement géographiques des descendants est source de besoin de prise en charge du handicap.

- **Vieillesse de la population et chronicisation des pathologies**

L'espérance de vie à la naissance atteint 79,5 ans pour les hommes et 85,4 ans pour les femmes en 2018 en France métropolitaine, selon l'INSEE. Au cours des 60 dernières années, les hommes comme les femmes ont gagné 14 ans d'espérance de vie en moyenne. L'INSEE prévoit une hausse du nombre de décès d'environ 50% (770 000 décès par an) à l'horizon 2060, par rapport à la situation actuelle mais avec des situations de fin de vie qui vont se complexifier sous l'effet combiné du vieillissement et de la prévalence de maladies chroniques et neurodégénératives.

L'HAD cible justement cette population de patients chroniques et compliqués qui ne correspond plus aux profils des patients pris en charge en hospitalisation conventionnelle. Leur prise en charge se prolonge du fait même des progrès de la technique (on ne meurt plus, on se « chronicise »).

- **Mutation des activités de l'hôpital dans un souci de rentabilité**

Le paysage hospitalier français est en pleine mutation, avec un nombre d'hospitalisations « à temps partiel » qui ne cesse d'augmenter, au détriment du nombre des capacités d'accueil en hospitalisation complète. Reflet du développement de l'hospitalisation partielle à l'œuvre depuis plusieurs années, le nombre de lits poursuit son repli en 2017 (-1,1 %) tandis que le nombre de places augmente de 1,0 % (14).

En 2017, on recense 1 363 hôpitaux publics, 680 établissements privés à but non lucratif et 1 001 cliniques privées. Pour chacune de ces catégories d'établissement, le nombre de sites géographiques dénombré continue de diminuer.

Dans la continuité de cette évolution de l'activité hospitalière, la durée moyenne des séjours hospitaliers diminue et l'instauration de la tarification à l'acte n'a fait que renforcer ces tendances depuis 2004.

Or, le coût d'une journée d'HAD est quatre fois inférieur à celui d'une journée en hospitalisation conventionnelle. 199,7 € est le coût moyen d'une journée d'HAD pour l'Assurance Maladie (18).

5. HAD à l'étranger

L'HAD se rencontre dans plusieurs pays du monde. En effet, les problématiques de santé publique (diminution du nombre de lits dans les établissements de soins, vieillissement de la population et chronicisation des pathologies) ne sont pas spécifiques à la France. Cependant, son niveau de développement et de structuration est très inégal.

Il faut ainsi distinguer les pays qui bénéficient d'une couverture nationale en matière d'HAD, des autres. Dans la première catégorie ne figurent que la France, l'Australie et l'Espagne. Ailleurs, l'HAD existe mais son développement est moins systématique(19).

Les pays industrialisés tels que les Etats Unis, le Canada ou plus près en Europe, la Belgique, la Suisse ou l'Italie se sont orientés vers des systèmes de soins à domicile (SAD), chacun adaptés aux particularités locales. Par exemple au Canada, les soins à domicile représentent une part importante des dépenses de santé (1,5% du PIB contre 0,35% en France en 2014) en raison principalement de la répartition de la population sur le territoire, exposée aux difficultés d'accès aux hôpitaux. Alors que les Etats Unis érigent les SAD en tant qu'industrie, la majorité des structures sont majoritairement publiques ou privées à but non lucratif. En Belgique et en Suisse, les SAD étaient encore peu mis en avant en 2014(20).

Dans certains pays d'Asie, le développement des soins à domicile est une préoccupation majeure surtout dans le cas des naissances qui par tradition se font à domicile(21). Mais les pays en voie de développement sont confrontés à des contraintes techniques, médicales et socio-économiques qui freinent cette mise en place.

6. L'HAD SOINS ET SANTE à Lyon

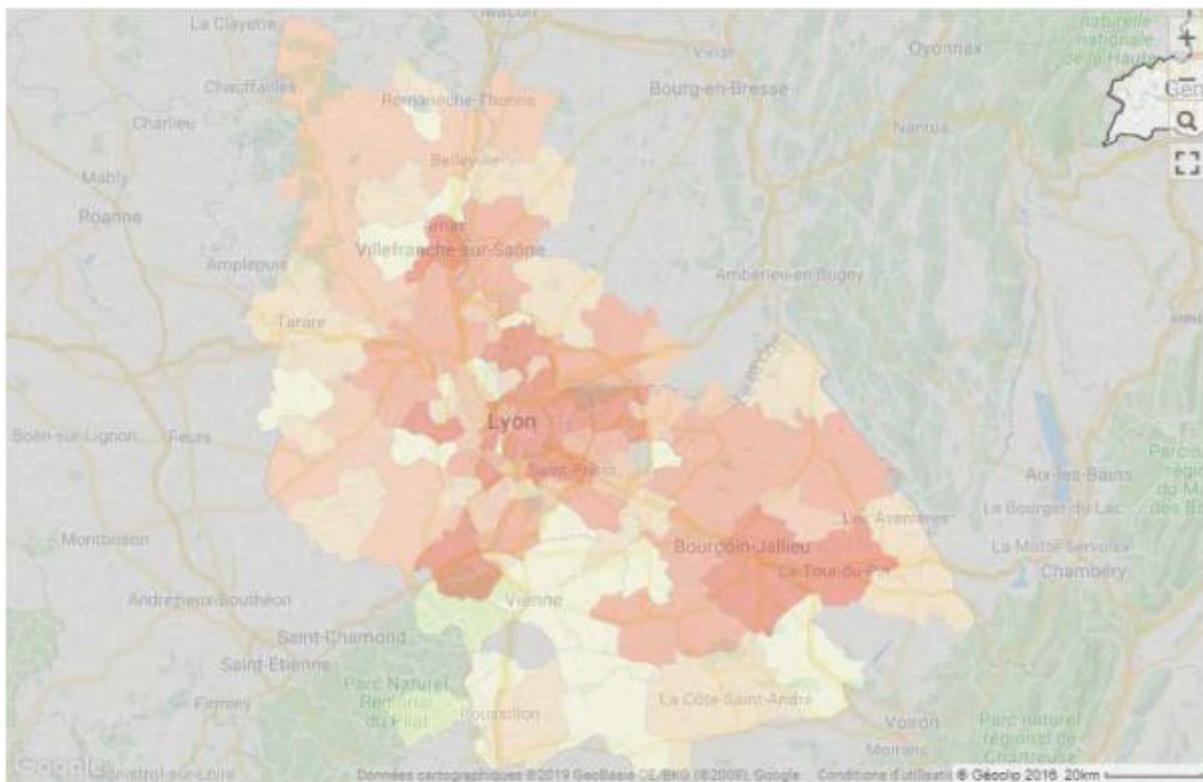
a) Organisation

L'HAD SOINS ET SANTE de Lyon a été créée en 1972. Le siège est à Rillieux la Pape depuis 2009.

Elle est la 3^{ème} structure de France en terme d'HAD et se fixe l'objectif d'être opérationnelle et de permettre une vraie fluidité des parcours ville/hôpital.

On distingue 3 grands territoires (*cf Annexe 2*):

- Centre
 - o Lyon centre et Villeurbanne
 - o Nord Est du Rhône
- Est
 - o Est Rhône
 - o Nord Isère et Bourgoin Jallieu
- Ouest
 - o Ouest et Nord-Ouest Rhône, Villefranche sur Saône
 - o Sud-Ouest Rhône, Givors



b) Activité

En 2017, la région Rhône Alpes ne répondait que partiellement à l'objectif national de 30 à 35 patients en HAD pour 100 000 habitants, fixé par la circulaire du 4 décembre 2013 (9), avec 20,9 patients pris en charge chaque jour pour 100 000 habitants(18).

Sur l'année 2018, l'activité de l'HAD SOINS ET SANTE correspond à 116 509 journées, 3 434 séjours et 1 917 patients pris en charge. Le nombre moyen de patient par jour était de 319,2. Les modes de prise en charge principaux par rapport au nombre de journées effectuées était : les soins palliatifs (22% des jours), puis les soins de nursing lourds (16,6%), la nutrition entérale (16,4%) et les pansements complexes (15,4%).

Suite au décret de juin 2018 annoncé par la Madame la Ministre de la Santé Agnès Buzyn, l'HAD SOINS ET SANTE a entamé une démarche d'information auprès des SSIAD et plus d'une trentaine de conventions ont déjà été signées avec les SSIAD.

c) Institut de cancérologie des HCL (ICHCL) et HAD Soins et Santé

Dans le projet d'établissement des HCL (22) à l'horizon de 2017, figurait comme objectif d'« Organiser des filières de cancérologie lisibles et attractives » avec la volonté de fluidifier les trajectoires de ces patients au sein des HCL et de développer la dimension ville/ hôpital en lien avec l'HAD en outre. C'est ainsi que naît, en octobre 2017, le partenariat entre l'ICHCL et l'HAD. L'ICHCL fédère l'ensemble des services du CHU prenant en charge des patients atteints de cancers, répartis

géographiquement sur différents hôpitaux (Hôpital Edouard Herriot, Hôpital de la Croix Rousse, Hôpital Lyon Sud, Hôpital Louis Pradel et Hôpital Pierre Wertheimer).

d) Services d'accueil des urgences des HCL et HAD Soins et Santé

Les HCL sont les principaux « adresseurs » en HAD avec 48 % des patients adressés en 2018.

Un partenariat entre le service d'accueil des urgences d'HEH et l'HAD SOIN ET SANTE a débuté en septembre 2015. Le partenariat s'est ensuite étendu aux autres services d'urgences des HCL notamment l'Hôpital de la Croix Rousse et le CHLS.

Les objectifs étaient de fluidifier le parcours des patients hospitalisés aux urgences et de réduire la DMS en assurant la continuité de la prise en charge au domicile et en sécurisant le retour à domicile. Avec la volonté sous-jacente de pallier au manque de lits d'aval notamment pendant les périodes de surfréquentation des urgences telles que la grippe, la canicule ou les périodes endémiques. L'objectif recherché était également de prévenir une réhospitalisation précoce.

Désormais, sur le site d'HEH, un membre de l'équipe d'HAD SOIN ET SANTE est présent une fois par semaine aux post-urgences. Cela permet d'orienter le plus précocement possible les patients qui relèvent d'une HAD.

7. Contraintes liées à l'HAD

a) Les aidants

Les aidants sont un pilier de la prise en charge à domicile.

Dans une thèse de Médecine Générale soutenue en novembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nantes, portant sur les « Représentations des proches aidants de patients en soins palliatifs avancés sur l'hospitalisation à domicile »(25), est mise en évidence une confrontation entre une vision idéalisée de l'HAD par les aidants face à la réalité de la maladie qui évolue.

En effet l'HAD, comme développé auparavant, répond aux souhaits des aidants, d'une prise en charge à domicile avec la « disponibilité physique des soignants, leur organisation, leur soutien moral et la qualité du suivi médical » et la « part de liberté (entretien du lien social et familial, conservation des habitudes à la maison etc...) » associée au maintien dans un environnement familial.

Mais l'aidant est confronté à des sentiments légitimes tels que la peur, la souffrance, la mort et l'isolement la nuit. Il peut se sentir enfermé dans des contraintes comme la perte d'intimité et de sociabilité, la nécessité d'une présence permanente. Ce qui explique qu'ils constituent les premiers opposants à la mise en place initiale d'une HAD (23).

Pour inclure l'aidant dans la prise en charge et l'entourer, l'HAD propose des sessions d'éducation thérapeutique et un soutien psychologique.

b) Soins la nuit, les week-ends ou pendant les périodes de congés

L'HAD est confrontée, contrairement à une hospitalisation conventionnelle, à la complexité de la délivrance des soins la nuit, les week-ends ou pendant les périodes de congés.

La nuit est, en plus, pourvoyeuse d'une majoration de l'angoisse pour les patients (qui peut se manifester par une majoration des symptômes) mais aussi pour son entourage, en lien avec l'absence de présence effective de personnel sur place(24).

Ainsi, une équipe salariée de garde intervient au domicile, pour des soins programmés à une heure tardive (antibiothérapie, nutrition) ou pour des urgences. Pour un avis médical, le médecin coordonnateur est d'astreinte téléphonique afin de conseiller l'infirmier de garde au chevet du malade ou d'informer un urgentiste s'il y a nécessité d'un transfert. Il travaille en partenariat avec SOS Médecins qui peut être sollicité pour une expertise médicale à domicile et il doit indiquer si la visite doit être faite en extrême urgence ou dans le cadre de la tournée de ce médecin de garde. Le médecin coordonnateur, grâce au système d'information de l'HAD, dispose de toutes les informations 24h/24 sur l'état de santé du malade par la mise à disposition du dossier médical, dossier de soins et dossier social (25).

c) Soins primaires

Mais cette permanence de soins est tributaire des acteurs de soins primaires. Or le fait que 30% des patients en HAD n'ont pas de médecin traitant et l'étendue du territoire couvert par l'HAD SOINS ET SANTE sont des facteurs limitants.

De plus, l'HAD constate qu'il y a moins d'interventions des médecins traitants qui s'expliquent, soit par retrait des visites à domicile, soit par la lourdeur de prise en charge générée par leur pathologie. 50% des médecins généralistes estiment que l'HAD est peu connue de médecins libéraux(26).

Pour pallier à cela, l'HAD SOINS ET SANTE a augmenté son pôle de médecins coordonnateurs (au nombre de 7 actuellement) et veut développer la visioconférence (télémédecine). Aujourd'hui tout patient bénéficie d'une tablette avec « visio » permettant d'améliorer le colloque singulier patient/médecin.

B. Réhospitalisation

1. Un indicateur de qualité des soins

Les réhospitalisations ont un impact négatif sur la qualité de vie des patients et de leurs proches en plus des risques iatrogènes inhérents à toute hospitalisation, et alourdissent le coût de la prise en charge. Elles constituent donc une véritable problématique de santé publique.

Le taux de patients ayant été réhospitalisés dans un délai de 1 à 7 jours était de 2,7% en 2016.

Or le taux de réhospitalisation non programmée survenant dans les 30 jours suivant la sortie est de plus en plus utilisé comme indicateur de la qualité des soins, notamment à l'étranger, car il s'agit d'un indicateur facilement mesurable et applicable à un large éventail de pathologies (27).

Par exemple, en Suisse, depuis 2012, l'Association Nationale pour le développement de la Qualité des soins dans les hôpitaux a décidé d'inclure le taux de réhospitalisations potentiellement évitables (définies selon un algorithme) dans les indicateurs de surveillance de la qualité des hôpitaux (28). Dans la même logique, aux États-Unis, le « Hospital Readmission Reduction Program » de la Loi Obama, fait de la réduction des réhospitalisations une priorité depuis 2012, qui se traduit par des mesures réglementaires et des incitations financières pour les établissements hospitaliers (Burton 2012, Bradley 2012(2)). Il existe un programme similaire au Royaume-Uni depuis 2011 concernant les réhospitalisations en urgence jugées évitables.

Ainsi, la Haute Autorité de Santé (HAS) a travaillé en 2013 sur les réhospitalisations « évitables » ciblant les personnes âgées de plus de 75 ans (2). Définies comme non programmées, elles sont en lien avec le séjour hospitalier précédent et surviennent dans les 30 jours suivant la sortie. Douze modèles de prédiction du risque de réhospitalisation utilisables en clinique étaient présentés. Les facteurs le plus fréquemment pris en compte étaient les comorbidités et les antécédents de recours à l'hospitalisation. L'âge et le sexe étaient souvent présents mais non contributifs. Une faible sensibilité de ces modèles (rarement supérieure à 70%) laissait suggérer que l'ajout de variables sur la situation sociale et l'état fonctionnel des patients (29) pouvait l'améliorer. Cette hypothèse était corroborée par plusieurs études qui montraient que le risque de réhospitalisation était augmenté lorsqu'il était associé à une perte récente de la capacité à se nourrir soi-même, de la présence d'une escarre et d'une altération de l'état général chez des patients âgés de 75 ans ou plus (30), de la survenue d'un événement indésirable pendant l'hospitalisation (Franchi 2013) et de l'habitation dans un quartier à faible revenu, tous âges confondus (Golden 2010, ICIS 2012).

Il existe également, pour ces tranches d'âge, des index évaluant le nombre et/ou la sévérité des comorbidités mais ils ne prédisent pas le risque de réadmission (GIC =Geriatric Index of Comorbidity) ou sont trop complexes pour être utilisables en pratique clinique (CIRS = Cumulative Illness Rating Scale), ou bien ont une valeur prédictive faible (Charlson Comorbidity Index) (Zekry 2012(31)).

2. Réhospitalisation par les urgences

Le taux d'entrée par les urgences serait plus élevé pour les patients réhospitalisés (29).

Le rapport Carli (32) exposait en 2013 des « Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences », répondant à un objectif national de diminution du temps d'attente aux urgences en améliorant l'aval.

Il rappelait qu'il est bien établi, notamment dans la littérature internationale, que la surcharge des services d'urgences est un facteur de non qualité provoquant une morbi-mortalité supplémentaire et allongeant la durée de séjour des patients. De plus, le rapport soulignait que la saturation des urgences est avant tout la conséquence d'une saturation de tout l'hôpital, multi causale, souvent liée à une diminution saisonnière des sorties de l'établissement liée à la gravité des patients (âge, polyopathie).

Dans le cadre du partenariat entre les HCL et l'HAD Soins et Santé et devant ces constatations, un travail de thèse (23) a été réalisé et soutenu à Lyon en avril 2018, sur le place de l'HAD en sortie d'urgence, avec une étude rétrospective centrée sur le service d'accueil des urgences de l'Hôpital Edouard Herriot qui montrait que l'HAD avait toute sa place en sortie d'un service d'urgences et constituait donc une solution d'aval à promouvoir.

Mais le rapport Carli (32) insistait aussi sur les efforts à réaliser concernant la limitation des flux des patients se rendant aux urgences, les considérant comme complémentaires de la réflexion sur l'aval pour limiter un engorgement des urgences.

3. Dans le contexte de l'HAD

La réhospitalisation dans le contexte de l'HAD crée des problématiques bien spécifiques (33) :

- Le constat que beaucoup de réhospitalisations vers un autre établissement de santé sont non justifiées,
- Qu'elles sont des facteurs de désorganisation des secteurs (difficultés de réhospitalisations dans les secteurs « adresseurs », passage par les urgences)
- Qu'elles génèrent une insatisfaction des patients et des familles,
- Que l'image de l'HAD est en jeu, notamment car la réhospitalisation est un des indicateurs qualité de la prise en charge.

C. Soins palliatifs et fin de vie

1. Cadre légal et problématiques

a) Définition

En France, c'est la Loi 99-477 du 9 juin 1999 (34) qui statue sur le fait que « Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement ». Elle définit les soins palliatifs comme « des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage ». Enfin, elle rappelle que « La personne malade peut s'opposer à toute investigation ou thérapeutique ».

L'HAS rappelle dans un document publié en décembre 2016 portant sur la « démarche palliative » (35), que les soins palliatifs ne se limitent pas « aux soins des derniers jours ou dernières semaines de vie mais peuvent être administrés précocement dans l'évolution d'une maladie grave, en phase avancée, d'évolution fatale, pour améliorer la qualité de vie du patient et celle de ses proches ». Elle insiste sur le fait qu'ils relèvent de la responsabilité et des compétences de tous les professionnels de santé et du secteur médico-social et qu'ils ne sont pas réservés à des unités ni à des équipes dédiées et peuvent être mis en œuvre dans différents lieux de soins et lieux de vie des patients.

b) Limitation des soins

La loi Léonetti (20) du 22 avril 2005, puis la modification de l'article 37 du code de déontologie médicale de janvier 2010 (36), les recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) de 2002 (37), réactualisées en 2009 (38), ont permis d'encadrer les décisions de limitation de soins, évitant l'écueil de l'« obstination déraisonnable » (ou acharnement thérapeutique), renforçant les droits du patient et le principe de collégialité de la décision.

En effet, la mise à disposition de moyens médicaux extrêmement sophistiqués destinés sinon à restaurer la vie du moins à soutenir les fonctions vitales nous a obligés à réintégrer le sens de la limite et la question de la finalité du soin. La « limitation ou l'arrêt de thérapeutiques actives » (LATA) fait sens et constitue une garantie de l'humanité et de l'humanisation de la pratique médicale, dans une reconnaissance de l'intérêt unique du patient.

La LATA, à absolument « distinguer du refus de soin mais aussi de l'abandon thérapeutique et de l'euthanasie », s'illustre par le fait de « renoncer, moyennant certaines conditions éthiques » (bienfaisance, autonomie), « à entamer ou à poursuivre un traitement visant à prolonger la vie d'un malade »(39).

Cette définition est simple mais son champ d'application est complexe confronté à l'indécision du soignant sur le potentiel bénéfique thérapeutique apporté, à l'inaptitude du patient à donner son avis ou encore lorsqu'il existe un désaccord entre patient et/ou famille et soignant.

Il est indispensable de rappeler que la décision d'arrêter un traitement relève d'une procédure collégiale. Pour répondre à la traçabilité d'information, elle figure dans le dossier médical avec le détail des traitements à arrêter avec mention de la participation du patient et de ses volontés. Une information claire doit être transmise et intégrée par le patient et son entourage sur le fait que la décision d'arrêter un traitement n'entraîne pas l'interruption des soins de confort.

c) Soins palliatifs à domicile

- **Soins palliatifs et HAD**

Un quart de l'activité des structures d'HAD en France est concerné par des soins palliatifs et ce chiffre augmente depuis plusieurs années. Dans les mêmes proportions, pour la région Auvergne-Rhône Alpes (16), 25% des journées d'hospitalisation concernaient des soins palliatifs en 2017.

Dans ce sens, l'HAD SOINS ET SANTE a mis en place une équipe mobile de soins de support (EMSS) et palliatifs pour le suivi des retours précoces de patients lourds en soutien du médecin traitant, en particulier pour les soins palliatifs.

En 2018, l'EMSS a pris en charge 367 patients différents et a permis d'inclure 94 patients en HAD (chiffre en augmentation).

- **Les problématiques**

La multiplicité et la juxtaposition des cadres d'intervention, sont souvent une source de confusion chez des patients qui privilégient le maintien d'interlocuteurs connus choisis. L'HAD, par sa mission de coordination permet de pallier à cette problématique et tâche de simplifier le réseau de soins qui entoure le patient avec l'exemple récent de l'articulation désormais des SSIAD avec l'HAD depuis juin 2018 (11).

L'intervention de dispositifs d'urgence en temps et en heure peut être compliquée. Par le maillage du territoire et l'objectif de permanence des soins 24/24h, l'HAD se donne les moyens de répondre à ces urgences.

- **Les axes d'amélioration**

D'après un rapport de l'Institut général des affaires sociales (IGAS) (40) paru en janvier 2017, intitulé « Les soins palliatifs et la fin de vie à domicile », il faudrait revaloriser la place du médecin traitant, « pivot de la prise en charge » dans la fin de vie, sans être trop ambitieux et négliger les aspects « chronophages, peu compatibles avec les contraintes associées à la pratique de ville ».

Deux tâches essentielles seraient à prioriser :

- le repérage des patients pour prévenir les prises en charge tardives
- la préparation de la conduite à tenir lorsqu'interviendra la phase pré-agonique, pour éviter une bascule non-programmée vers l'hôpital ou une obstination déraisonnable non souhaitée par le patient, renforcée par l'implication notamment de l'HAD.

Il faudrait également favoriser une meilleure « utilisation » du recours à l'hôpital. De fait, l'hôpital est un élément essentiel au maintien à domicile. Chaque année les deux tiers des situations palliatives y sont identifiées (217 000 patients sur un besoin de 310 000). Les établissements de soins offrent une possibilité d'expertise consultative par les EMSP, qui ont une activité extrahospitalière limitée (7 %).

- **Relativiser la fin de vie « à tout prix à domicile »**

Dans son rapport, l'IGAS faisait aussi réfléchir sur le bénéfice relatif à rechercher à tout prix la fin de vie à domicile.

En effet, sur le plan économique, le domicile n'est pas nécessairement un mode de prise en charge permettant de maîtriser les dépenses. La dépense correspondant à une journée de prise en charge «soins palliatifs » s'établit à 372 € à l'hôpital, contre 308 € en HAD (à laquelle il faut ajouter, à domicile, d'autres dépenses sanitaires, sociales, d'hébergement et de prestations de services).

Sur le plan culturel et psychologique, le domicile n'est pas un lieu adapté à toutes les circonstances de fin de vie. Le rapport mettait en évidence une idéalisation du domicile avec un risque, lorsque la fin de vie est longue ou difficile, d'un vécu traumatique et d'une modification de la relation au domicile. Il soulevait également que le domicile reste un lieu d'inégalité susceptible de renvoyer chacun à ses propres faiblesses (financières, sociales) qui sont des déterminants essentiels au maintien à domicile de bonne qualité.

2. Le paradoxe de la fin de vie à domicile

Le lieu de décès des français a profondément évolué depuis un siècle. Encore majoritaire dans les années 1950, le domicile (entendu comme le domicile personnel ou le lieu d'hébergement dans un établissement social ou médico-social) est progressivement devenu un lieu de décès minoritaire.

En effet, en 2016, selon l'INSEE, 594 000 personnes sont décédées en France : 59 % sont décédées dans un établissement de santé, 26 % à domicile (soit seulement un quart), 14 % en maison de retraite et 1 % sur la voie publique.

Mais ces constatations semblent en opposition avec la volonté des français ; dans un sondage IFOP (41) réalisé en 2010, 81% des français souhaitaient décéder à domicile, perçu comme un espace connu qui offre l'espoir de pouvoir maîtriser sa fin de vie, entouré de ses proches, sans être contraint

par les règlements des structures hospitalières. L'acceptabilité du domicile comme lieu de fin de vie a considérablement évolué grâce aux progrès de la médecine palliative, des modes de prise en charge ambulatoires, et du développement de l'offre de logement pour les personnes âgées.

Ainsi, ce sont 65 000 prises en charge, un peu moins en terme de patients uniques, qui sont assurées ou coordonnées chaque année au domicile grâce à l'appui et à l'expertise de structures dédiées (Réseaux, Hospitalisation à domicile, Equipes mobiles de soins palliatifs).

Cette contradiction entre la volonté du décès à domicile et seulement 1/4 de décès effectifs à domicile pourrait être expliquée notamment par le fait que le contexte de la fin de vie semble être un facteur précipitant de réhospitalisation. En effet, la majorité des français résidaient encore à leur domicile à seulement un mois de leur décès et c'est seulement dans leurs derniers jours de vie que près de 160 000 personnes (environ 30 % des décès) vont quitter leur domicile et être transférées à l'hôpital (27).

Cette insuffisante capacité à anticiper le recours à l'hôpital aboutit à des sollicitations dans l'urgence, pas toujours justifiées sur le plan médical et parfois contraires aux souhaits exprimés par les patients, dans un mouvement qui va dépasser l'offre capacitaire en lits spécialisés et conduire ces personnes à mourir, pour la majorité, dans des services « classiques », voire pour certaines dans les couloirs des urgences. Ainsi, 16% des décès à l'hôpital auraient lieu à l'issue d'un séjour d'une durée inférieure ou égale à 24 heures, notamment aux urgences ou dans l'unité hospitalière de courte durée (UHCD) attenante (42).

IV. Article

A. Introduction

Les réhospitalisations non programmées sont un enjeu majeur de santé publique.

Dans un rapport public annuel (1) publié en février 2019, la Cour des Comptes déplore, faute d'un partage des tâches avec la ville, la réalisation d'un véritable « virage ambulatoire ». Les urgences demeurent trop sollicitées, entraînant de fréquentes situations de tension dans les établissements. Elle insiste notamment sur la nécessité de désengorger les urgences par l'intermédiaire d'alternatives aux urgences hospitalières en ville.

L'HAS rappelait déjà en 2013 dans une « fiche parcours » sur la réhospitalisation des personnes âgées (2), que c'est l'amélioration de la transition entre l'hôpital et le domicile qui réduit le risque de réhospitalisation précoce.

Confortant le premier recours, travaillant avec les professionnels libéraux, favorisant le maintien à domicile et la coopération entre professionnels de santé, l'hospitalisation à domicile (HAD) est un acteur fondamental de ce lien ville-hôpital. Par son caractère polyvalent et généraliste, elle apparaît comme une hospitalisation alternative, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient et permet de délivrer des soins médicaux et paramédicaux continus, complexes et coordonnés. Elle permet donc d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation conventionnelle avec hébergement.

En pleine expansion en France depuis une dizaine d'année, elle répond à une réalité économique mais également médico-sociale. En effet, il existe un désir exprimé de manière de plus en plus pressante par les patients, de rester à domicile le plus possible et le plus longtemps possible.

Ce sont devant ces enjeux, qu'un travail de collaboration est né entre l'HAD et l'Institut de cancérologie des Hospices Civiles de Lyon (ICHCL), en octobre 2017, afin de fluidifier le parcours de soins des patients entre ces deux institutions.

Ce travail de thèse est le prolongement de cette réflexion. Il s'inscrit dans une volonté d'amélioration et de renforcement de la pertinence de l'offre d'HAD, sous la forme d'une étude descriptive, multicentrique et rétrospective. Etude qui a été réalisée dans cinq centres hospitaliers universitaires de la région lyonnaise, entre le 1er avril 2018 et le 30 novembre 2018, s'intéressant aux réhospitalisations dans un service d'accueil des urgences de patients pris en charge initialement en HAD.

B. Matériel et méthode

1. Objectifs de l'étude

L'objectif principal est de décrire le profil de ces patients et d'étudier leur parcours de soins depuis l'HAD jusqu'à un service d'accueil des urgences, en ayant un regard particulier sur les circonstances de leur réhospitalisation et leur prise en charge à l'accueil des urgences.

L'objectif secondaire, est d'évaluer la pertinence de ces réhospitalisations, définir si elles étaient « évitables », et dans quelle mesure on pourrait établir un score prédictif du risque de réhospitalisation.

2. Méthode

Il s'agit d'une étude descriptive, multicentrique, rétrospective réalisée entre le 1er avril 2018 et le 30 novembre 2018 au sein des services d'accueil des urgences de l'hôpital Edouard Herriot (69003), du centre hospitalier Lyon Sud (69310), de l'hôpital de la Croix Rousse(69004), de l'hôpital Femme Mère Enfant (69677) et de l'hôpital Louis Pradel (69500).

3. Cadre légal

Conformément à la loi Jardé, une note d'information individuelle a été envoyée à tous les patients inclus dans l'étude. Il s'agit d'une lettre explicative sur l'étude réalisée et les données utilisées donnant aux patients la possibilité de se rétracter à tout moment.

Le traitement informatique de l'étude a été validé par la Commission Nationale de l'Information et des Libertés (CNIL). Il est inscrit au registre CNIL des HCL sous le numéro 18-335.

Le protocole de l'étude a été soumis et validé par le comité d'éthique du CHU de Lyon.

4. Critères d'inclusion

Tous les patients qui étaient hospitalisés en HAD et qui ont consulté au sein des services d'accueil des urgences de l'hôpital Edouard Herriot, du CH Lyon Sud, de l'hôpital de la Croix Rousse, de l'hôpital Femme Mère Enfant et de l'hôpital Louis Pradel entre le 1er avril 2018 et le 30 novembre 2018 ont été inclus dans l'étude.

Il n'y avait pas de patients relevant de la pédiatrie.

5. Recueil de données

Après avoir établi les bases du travail, une journée en observation à Soins et Santé (69141 Rillieux-la-Pape) a permis de comprendre le fonctionnement de la structure et de préparer le recueil de données. Celui-ci a été réalisé par un seul investigateur à partir d'une grille d'évaluation pour chaque

passage aux urgences. Tous les passages avaient été répertoriés par le secrétariat de l'HAD sur la période étudiée. Les données ont été rendues anonymes et recueillies dans un fichier Excel, sécurisé par un mot de passe. Tous les dossiers ont été consultés sur informatique (Athome pour les dossiers de l'HAD et Easily pour les dossiers des HCL).

Les données ont été recueillies selon cinq axes : les caractéristiques du patient, les données concernant le séjour en HAD initial, son passage dans un service d'accueil des urgences, le devenir post urgences, le projet thérapeutique encadrant la prise en charge globale.

a) Caractéristiques du patient

L'âge, le sexe, le code postal et l'indice de Karnofsky (cf *Annexe 3*) au moment du transfert ont été recueillis.

b) Données en lien avec le séjour en HAD initiale

Les données concernant le prescripteur initial de l'HAD, le service référent hospitalier et la pathologie justifiant l'HAD ont été recueillies, ainsi que la durée du séjour HAD en cours au moment du transfert.

La pathologie a été notée, dans un premier temps, en texte libre de façon à être le plus exhaustif possible puis intégrée, dans un deuxième temps, dans les catégories suivantes : neurologie chronique, gastroentérologie chronique, pneumologie chronique, cardiologie chronique, oncologie digestive/urologique/gynécologique/neurologique/pneumologique/ORL, infectiologie, hématologie, gériatrie, plaies chroniques et dénutrition.

c) Données du transfert dans un service d'accueil des urgences

Le nom de l'établissement hospitalier, le décisionnaire du transfert aux urgences, l'information d'hospitalisation aux urgences transmise au médecin coordonnateur HAD et l'urgentiste, le motif de non admission directe dans le service référent hospitalier, la date et l'heure de déclenchement du transfert aux urgences, le motif d'admission aux urgences, la DMS et les examens complémentaires réalisés à l'accueil des urgences ont été recueillis.

Concernant le décisionnaire du transfert aux urgences, nous avons distingué : la famille/entourage, le médecin coordonnateur (de secteur, d'astreinte, remplaçant) sans avis médical sur place (mais coordination avec l'IDE à domicile, le médecin hospitalier ou une hotline), le médecin coordonnateur avec expertise (médecin traitant/SOS Médecin/ SAMU), l'IDE à domicile seule, SOS Médecin seul, le médecin traitant seul et enfin sur décision du service référent hospitalier.

Concernant le médecin coordonnateur HAD, pour chaque passage, nous avons recherché la présence d'une observation médicale, datée du jour du transfert, confirmant l'information

d'hospitalisation du patient. A partir du moment où le médecin coordonnateur était le décisionnaire du transfert, il était d'emblée noté informé.

Concernant l'urgentiste, nous avons considéré qu'il était informé de l'hospitalisation d'un « patient HAD » et du motif, quand figurait le jour du transfert :

- un mot spécifiant un appel du service d'accueil des urgences rédigé par le médecin coordonnateur
- et/ou un compte rendu d'hospitalisation, rédigé par le médecin coordonnateur, informant de la fin de prise en charge en HAD avec le motif d'hospitalisation aux urgences

Quand le patient était adressé par SOS Médecin/médecin traitant, on considérait systématiquement qu'ils avaient rédigé un courrier et qu'eux même étaient informés de l'HAD.

Ou enfin, l'urgentiste était considéré comme informé lorsque figurait un mot clair dans ce sens dans le dossier des urgences, spécifiant la notion de prise en charge HAD et le motif de consultation.

Concernant le moment du transfert aux urgences, les passages « de semaine » ont été distingués des passages « du week-end » et également les transferts « de jour » et « de nuit » (de 21h à 7h inclus).

Concernant le motif d'admission aux urgences, il a été relevé initialement sous la forme d'un texte libre, puis intégré dans une catégorie plus générale, telle que : AEG, atteinte de la peau et des tissus mous, chute et traumatisme, douleur, dyspnée, fièvre, hémorragie, problème de SAD ou Cystocath, sepsis, social, troubles de conscience, troubles digestifs.

Concernant la durée moyenne de séjour à l'accueil des urgences, elle a été comptabilisée en heures et rapportée en créneaux horaires (< 1h, [1h – 2h],]2h – 5h],]5h – 12h],]12h – 24h] et > 24h).

Concernant, les examens complémentaires et actes réalisés à la porte des urgences, ont été reportés uniquement les gestes et actes qui n'auraient pas pu être réalisés dans le cadre de l'HAD, regroupés secondairement en catégories (imagerie, geste technique, avis spécialisé). Ainsi tout examen d'imagerie (radiographie, TDM, échographie) et tout avis spécialisé a été retenu comme pertinent. Concernant les gestes techniques, une biologie ou la réalisation d'un ECG par exemple n'étaient pas des actes discriminants. On a, en revanche, retenu l'intubation orotrachéale, la réalisation d'une ponction pleurale, d'une transfusion en urgence, la pose de SAD devant un sondage impossible au domicile, la mise en place d'une sonde nasogastrique en aspiration, l'ablation et mise en culture d'un piccline, la réalisation d'une nasofibroscopie, d'un EEG.

Les passages en service d'accueil des urgences où aucun examen complémentaire n'a été fait (non réalisable à domicile) et où la DMS à l'hôpital était inférieure à 24h ont été considérés comme « évitables ».

d) Données sur l'orientation post-urgences

L'orientation post-urgences a été répartie en quatre catégories :

- « pôle urgences » incluant la réanimation, l'USC, le service des post-urgences et l'UHCD ;
- « service référent » où le patient est suivi dans le cadre de son HAD ;
- « autre » regroupant tout service de spécialité médicale, chirurgicale ou hors HCL (Clinique mutualiste Eugène André, hôpital d'instruction des armées Desgenettes ou SSR);
- « Décès » à l'accueil du service des urgences.

Les décès au cours du même séjour d'hospitalisation ont été retenus séparément.

La DMS hospitalière a été comptabilisée en jours puis regroupée en créneaux : moins d'un jour (un jour inclus), entre un jour et 7 jours (inclus), moins de 21 jours (inclus) et plus de 21 jours.

e) Données du projet thérapeutique

Quatre catégories de projet thérapeutique ont été répertoriées, à partir du dossier HAD du patient. On sous-entend par « projet thérapeutique » un projet d'orientation des soins en cas d'urgence ou d'aggravation. Il est à différencier du projet personnalisé de soins en HAD.

On distingue donc un projet « actif », « palliatif sans précision », « palliatif avec LATA et /ou directives anticipées clairement exprimées » et le cas échéant, un projet thérapeutique «non précisé ».

6. Analyse statistique

Les données recueillies dans un tableau Excel ont permis de faire l'analyse descriptive du parcours de soins des patients de manière globale, depuis l'HAD, au service d'accueil des urgences, jusqu'à l'orientation post-urgences. Nous avons travaillé sur le nombre de passages aux urgences.

C. Résultats

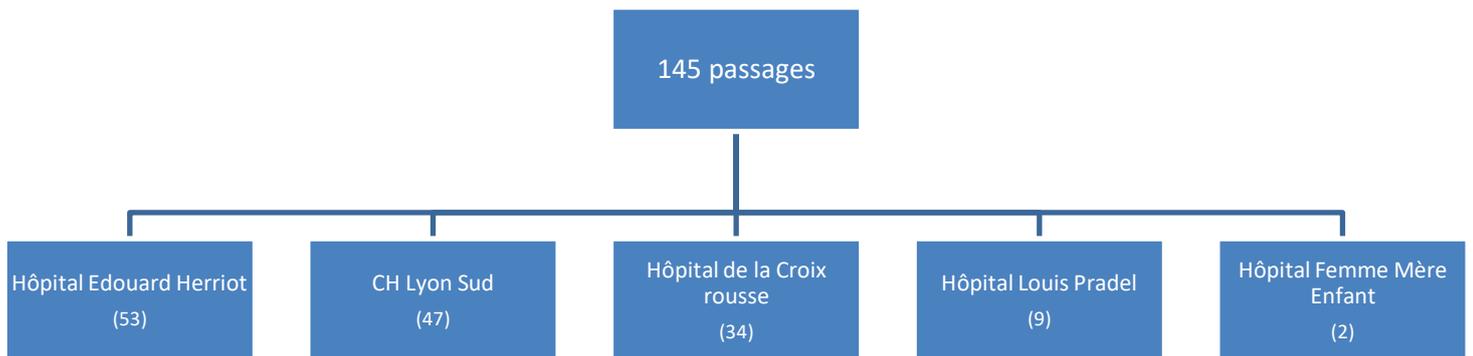


Figure 1 : Nombre de passages dans un service d'accueil d'urgences de patients pris en charge en HAD

Entre le 1er avril 2018 et le 30 novembre 2018, 145 passages dans un service d'accueil des urgences ont été relevés dans les établissements suivants : Hôpital Edouard Herriot, CH Lyon Sud, Hôpital de la Croix Rousse, Hôpital Louis Pradel, Hôpital Femme Mère Enfant.

1. Caractéristiques des patients

Les 145 passages dans un service d'accueil d'urgences correspondent à 118 patients. Parmi ces patients, 100 (soit 85% des patients) n'ont été hospitalisés qu'une seule fois dans un service d'urgences sur la période étudiée, 15 patients (13% des patients) ont été hospitalisés à deux reprises et 3 patients plus de deux fois. Le nombre maximum de passages pour un patient, sur la période étudiée, était de 7 passages.

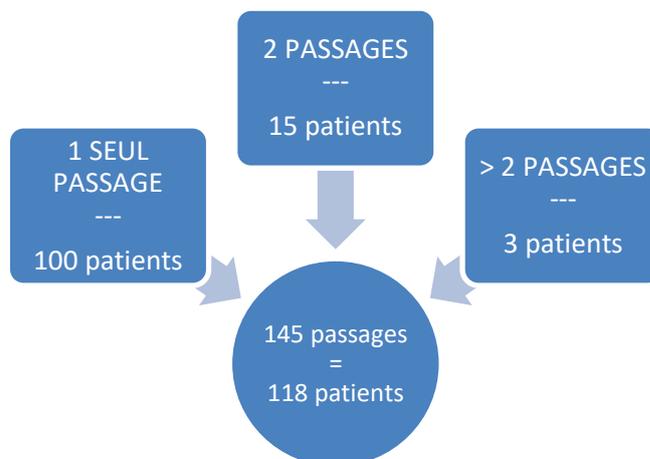


Figure 2 : Nombre de passage par patient

Pour la suite des statistiques, nous avons raisonné à partir du nombre de passages aux urgences.

Dans 66% des passages (n=96), le patient était un homme, et dans 34%, une femme (n= 49). La moyenne d'âge était de 73 ans. L'indice de Karnofsky des patients au moment de la réhospitalisation était en moyenne de 40%.

2. Contexte de l'HAD

Concernant les pathologies justifiant l'HAD initiale, ce sont les pathologies oncologiques les plus représentées (n= 65, soit 45%) incluant l'oncologie digestive (n= 23, soit 16%) majoritaire puis l'oncologie ORL (n=13, soit 9%), neurologique (n=11, soit 8%) pneumologique (n=10, soit 7%), puis l'oncologie gynécologique (n=4, soit 3%) et urologique (n=4, soit 3%).

Les pathologies de neurologies chroniques représentaient, en seconde position, 23% (n=16) des passages, suivies ensuite des pathologies gériatriques (n=14, soit 10%), des problématiques infectieuses (n=13, soit 9%), des cardiopathies chroniques (n=7, soit 5%), des pathologies pulmonaires chroniques (n=4, soit 3%), des pathologies hématologiques (n=3, soit 2%) et enfin des plaies chroniques (n=2, soit 1%) et des pathologies hépato- gastro chroniques (n= 1, soit 1%).

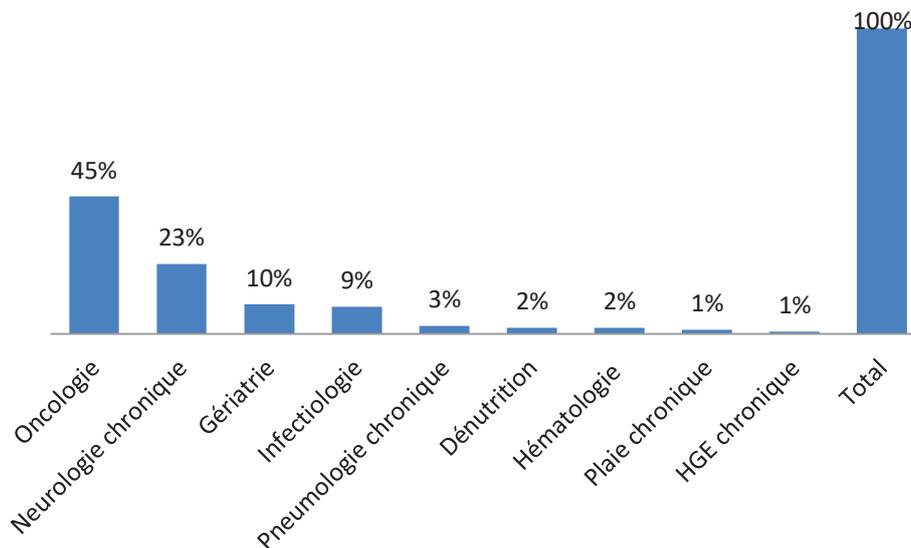


Figure 3 : Pathologies justifiant l'HAD initiale (% de passages)

3. Hospitalisation aux urgences

Sur les 145 passages dans un service d'accueil d'urgences 53 passages concernaient l'Hôpital Edouard Herriot (37%), puis 47 passages au CHLS (32%), 34 pour l'Hôpital de la Croix Rousse (23%), 9 pour l'Hôpital Louis Pradel (6%) et 2 pour l'HFME (1%).

Concernant les réhospitalisations à HEH, dans environ un tiers de cas (34%), c'était effectivement l'établissement qui avait initié la prise en charge en HAD. Pour les réhospitalisations au CHLS et à la Croix Rousse, dans environ la moitié des cas (respectivement 49% et 44%), c'était l'établissement qui avait initié la prise en charge en HAD. Parmi les 9 réhospitalisations à l'Hôpital Louis Pradel, 5 prises en charge HAD avait été menée à leur initiative. Seulement un des deux passages à l'HFME concernait une prise en charge HAD initiée par l'HFME.

Pour presque la moitié des passages (n=66, soit 46%), le patient était hospitalisé en HAD depuis plus d'un mois. Dans 1/4 des passages (n= 35, soit 25%), le patient était hospitalisé depuis une semaine ou moins ; dans 6% des cas depuis moins d'un jour et dans 19% des cas entre 2 et 7 jours inclus. Sur la période étudiée, à 1 mois de prise en charge en HAD, plus d'un patient sur deux (54%) avait été réhospitalisé.

Dans 50% des cas (n=73), le médecin coordonnateur (de secteur, d'astreinte ou remplaçant) était le décisionnaire du transfert aux urgences. Dans 54 cas (37%), il était le décisionnaire seul et dans 19 cas (13%), la décision de transfert a été prise en sollicitant une expertise à domicile par SOS Médecin, le médecin traitant, ou suite à un avis auprès d'une hotline. En seconde position, c'est la famille qui a été le décisionnaire (n=39, soit 27 %) du transfert aux urgences. Dans 11% des cas (n=16), SOS médecin a été le décisionnaire, sollicité par la famille, sans intervention du médecin coordonnateur. Dans une moindre mesure, 6 % (n=9) des transferts ont été attribués à l'IDE à domicile (IDE libérale ou de coordination), 5% (n=7) au médecin traitant seul et enfin 1% (n=1) sur décision du service référent (prescripteur initial de l'HAD).

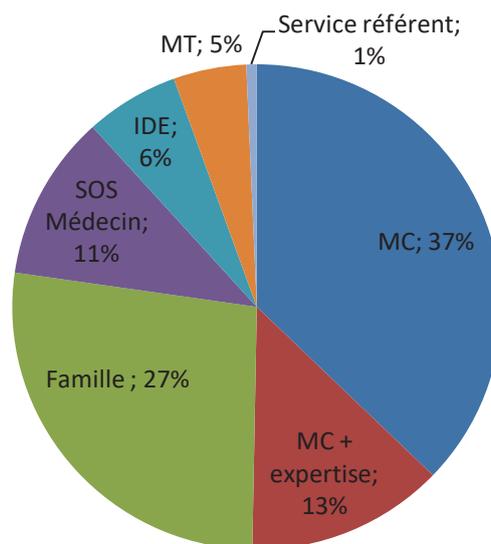


Figure 4 : Décisionnaire du transfert aux urgences (% du nombre de passages)

Dans 68% des cas (n=99), le médecin coordonnateur était informé du transfert du patient aux urgences le jour même. Dans 66% des cas (n=95), l'urgentiste était informé qu'il allait recevoir un patient en HAD à l'accueil des urgences. En revanche, dans 30% des cas (n=43), ni le médecin coordonnateur, ni l'urgentiste n'étaient informés du transfert aux urgences.

Les transferts ont eu lieu majoritairement la semaine (73%) et dans la journée (75%). Dans 23% des cas, le transfert s'est déroulé de nuit au cours d'un week-end.

Lorsqu'il s'agissait d'un transfert de nuit, le médecin coordonnateur restait le décisionnaire principal (49%) puis la famille (37%) et dans les mêmes proportions pour un transfert le week-end (MC 49%, famille 25%).

Les motifs de consultation aux urgences les plus fréquents étaient la dyspnée (n= 33, soit 23%), et la fièvre (n=18, soit 12%). On retrouvait ensuite, en proportions équivalentes, l'altération de l'état général, l'hémorragie, les troubles de conscience, les troubles digestifs, la douleur, le sepsis et la chute et/ou traumatisme (entre 7 et 9%). Et dans une moindre mesure, l'atteinte de la peau et des tissus mous, un problème de sonde urinaire ou de cystocath et enfin une problématique sociale.

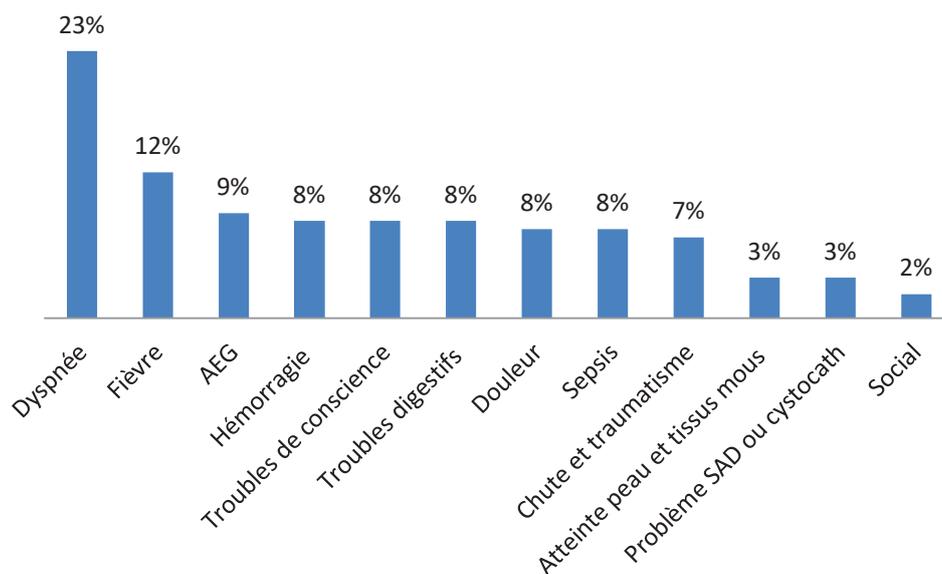


Figure 5 : Motifs d'admission aux urgences (% du nombre de passages)

La DMS à l'accueil des urgences, était en moyenne de 6h. 75 % (n = 109) des passages aux urgences avait une DMS entre [2h-12h]. Quatre passages (3%) ont duré moins d'une heure et un passage plus de 24h. Il y a 13 passages où la DMS n'a pas pu être comptabilisée (9%). Quand l'urgentiste était informé de l'hospitalisation, le nombre de passage de moins de 6h était plus important, 36% des passages (n= 52) versus 18% des passages (n=26) quand l'urgentiste n'était pas informé. Mais la DMS globale à l'accueil était inchangée que l'urgentiste soit informé ou non.

Dans 30% des passages aux urgences (n=43), aucun examen ou acte complémentaire, non réalisable à domicile, n'a été fait. Parmi ces cas, une minorité (n=3, soit 2% du total des passages) correspond aux admissions directes anticipées dans un service de spécialité, depuis les urgences, d'où l'absence d'examen ou d'acte complémentaire réalisés immédiatement à l'accueil.

En revanche, dans 66% des passages (n=96), un examen ou acte complémentaire discriminant a été réalisé avec dans le détail en première position une imagerie médicale seule (n=72, soit 50%), puis un avis spécialisé (n=10, soit 7%), une imagerie et un avis spécialisé (n=3, soit 2%), un geste technique (n=6, soit 4%) et enfin une imagerie et un geste technique (n=6, soit 4%). Il n'y avait pas de données pour 6 passages.

4. Devenir après le service d'accueil des urgences

Presque la moitié des patients a été redirigée, depuis l'accueil des urgences vers le « pôle urgences » (n= 69, soit 48%), pour une grande majorité à l'UHCD (n=47, soit 68% du pôle urgences) et en moindre mesure aux post-urgences (n=10, soit 14% du pôle urgences) et USC (n=9 , soit 13% du pôle urgences). Il y a eu enfin 3 passages qui ont été redirigés vers la réanimation (4%).

Il y a 7% des patients (n= 10) qui ont été redirigés vers leur service référent et 28% (n=41) qui ont été orientés dans un service autre (spécialité médicale, chirurgicale, ou hors HCL).

15 patients sont rentrés à leur domicile (10% des passages) depuis les urgences.

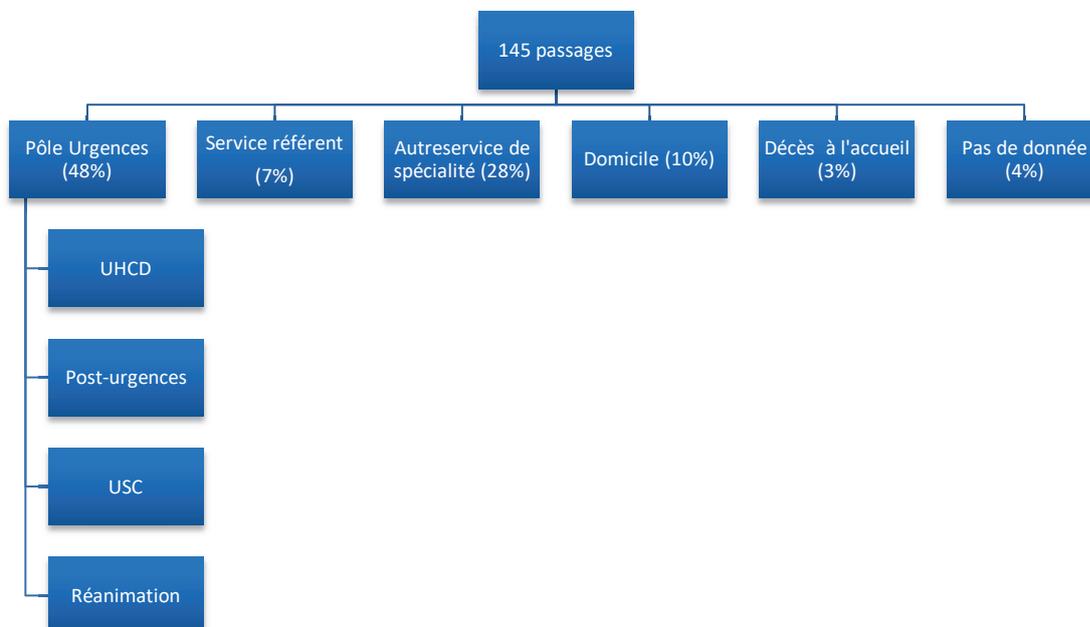


Figure 6 : Orientation après l'accueil des urgences (% du nombre de passages)

Sur la totalité de la durée des séjours hospitaliers, on dénombre 21 décès (soit 14% des passages) ; les patients transférés en dehors des HCL ou en SSR n'ont pas été inclus. Dans 4 cas (soit 3% des passages), il y a eu décès à l'accueil des urgences. Les 17 autres décès ont eu lieu dans un second temps, 5 décès sont survenus au « pôle urgences » (4 à l'UHCD, avec chacun une DMS hospitalière <24h et 1 à l'USC), et 8 dans un service de spécialité, dont 5 en unité de soins palliatifs. La DMS hospitalière pour cette catégorie de décès secondaires était de 7,7 jours.

La DMS à l'hôpital était de 7,3 jours. La majorité des patients (n= 53, soit 37%) est restée hospitalisée entre 1 et 7 jours. Un nombre non négligeable de patients (n=37, soit 26%) a été hospitalisé moins de 24h. 31 patients (21%) ont été hospitalisés entre 1 et 3 semaines et 9 patients (6%) ont été hospitalisés plus de 3 semaines. Les patients qui ont été hospitalisés hors des HCL en second temps, représentent 10 patients (7%) dont 2 sont restés hospitalisés au moins 1 jour et 8 patients au moins une semaine. Il n'y avait pas de données pour 5 patients (3%).

5. Projet thérapeutique

Dans 41% (n=59, soit 41%) des transferts aux urgences, on retrouvait dans le dossier HAD préexistant, un projet thérapeutique avec une prise en charge « active ». Dans 39% des transferts, le projet thérapeutique était palliatif avec pour 23% des cas (n=33), une limitation et un arrêt des thérapeutiques actives (LATA) explicitement rapporté et/ou des directives anticipées rédigées et pour 16% (n=23), un projet thérapeutique palliatif, sans plus de précision. Enfin, dans 21% des transferts (n=30), aucun projet thérapeutique clair n'était répertorié dans le dossier HAD.

Parmi les 33 transferts où une LATA et/ou DA était clairement définie, on retrouve 4 transferts où il y avait un souhait de décès à domicile clairement développé. Dans 100% de ces transferts, c'est la famille qui a été le décisionnaire et les médecins coordonnateur/urgentiste n'avaient pas été informés.

En comptabilisant la totalité des décès (immédiat ou secondaire), au nombre de 21, 48% (n=10) sont survenus dans un contexte de LATA et/ou DA préexistantes.

6. Transferts évitables

Il y a 12 passages (soit 8%) où aucun examen complémentaire (non réalisable à domicile) n'a été fait à l'accueil et où la DMS à l'hôpital était de moins de 24h. Ces passages dans un service d'accueil d'urgences sont considérés comme « évitables ».

Pour 8 de ces transferts «évitable», un projet palliatif avec LATA/DA était défini.

Parmi ces 12 passages, il y a eu 2 décès en service d'accueil des urgences. Pour les deux patients, un projet thérapeutique avec LATA était clairement défini. Dans un des cas, un transfert en unité de soins continus pour mise en place d'une ventilation non invasive (VNI) était proposé. Il y a 7 passages où le patient a été redirigé vers le pôle urgence, à chaque fois en UHCD. Enfin, 3 passages ont abouti à un retour à domicile directement depuis l'accueil des urgences.

D. Discussion

➤ Population relativement jeune et majoritairement masculine

L'âge moyen des patients inclus dans cette étude était de 73 ans, à comparer à l'âge moyen des patients pris en charge par l'HAD SOINS ET SANTE en 2018 qui était de 71,6ans. Rapportée au contexte de l'HAD, cette population peut sembler âgée car en 2017, l'âge moyen des patients sur la base des séjours était de 60,4 ans. Pondéré par le nombre de journées de présence, l'âge moyen était de 65,6 ans (26).

La majorité était des hommes, ce qui concorde avec les données de l'ATIH (43) qui montrent que le taux de réhospitalisation est globalement plus élevé chez les hommes.

Au moment de la réhospitalisation, les capacités des patients étaient altérées avec en moyenne, un indice de Karnofsky de 40%. Ce chiffre est en accord avec l'indice de Karnofsky moyen (39%) des patients pris en charge par l'HAD SOINS ET SANTE en 2018.

➤ Pathologies oncologiques et neurodégénératives prédominantes en HAD

Dans 45% des passages dans un service d'accueil des urgences, la pathologie qui avait initié la prise en charge en HAD était d'origine oncologique. Allant dans le sens du rapport d'activité 2017-2018 de la FNEHAD (18) où 1/3 des journées d'HAD en France concernaient des pathologies cancéreuses.

Les pathologies neurologiques chroniques (notamment sclérose latérale amyotrophique, maladie de Parkinson, AVC) représentaient le second motif motivant la prise en charge initiale en HAD, à hauteur de 23%. Cette forte représentation des pathologies neurologiques chroniques et notamment neurodégénératives en HAD est connue et donc à l'origine de la mesure 15 du Plan national des maladies neurodégénératives qui vise à lever les freins à l'HAD pour les personnes atteintes de telles pathologies (44). À cet effet, Madame le Ministre Agnès Buzyn a annoncé en décembre 2017, une atténuation de la dégressivité tarifaire des séjours HAD pour les patients concernés.

➤ Transfert dans un service d'accueil des urgences

○ Services d'accueil des urgences

Les 145 passages dans un service d'accueil d'urgences, étaient répartis en proportions à peu près équivalentes entre l'Hôpital Edouard Herriot (37%), et le CHLS (32%), dans une moindre mesure pour l'Hôpital de la Croix Rousse (23%). Les passages qui concernaient l'Hôpital Louis Pradel (6%) et l'HFME (1%) restaient rares.

Les réhospitalisations concernant les autres établissements du secteur de l'HAD SOINS ET SANTE (Hôpital de Villefranche sur Saône, CH Pierre Oudot à Bourgoin Jallieu, Hôpital d'instruction des armées Desgenettes, établissements privés) n'ont pas été étudiés. On sait que ce sont les HCL qui sont les principaux prescripteurs auprès de l'HAD SOINS ET SANTE (48% en 2018).

Il y a une corrélation relative entre le centre hospitalier prescripteur et le lieu de transfert aux urgences. En effet, en 2018, c'est le CHLS qui est le premier prescripteur d'HAD des HCL (292 patients), puis parmi les centres hospitaliers étudiés dans ce travail, c'est l'Hôpital Edouard Herriot (173 patients) puis l'Hôpital de la Croix Rousse (162 patients), l'Hôpital Louis Pradel (91 patients) et enfin l'HFME (11 patients) pour un total de 921 patients adressés en HAD depuis la HCL.

Les patients n'ont pas toujours été redirigés dans l'hôpital qui avait initié la prise en charge en HAD. Les raisons sont multiples et n'ont pas été précisément répertoriées mais on peut en retenir plusieurs : soit la demande avait été faite par un établissement ne possédant pas de service d'accueil d'urgences (SSR, clinique privée, hôpital gériatrique), soit le motif de consultation aux urgences relevait d'une prise en charge spécifique (cardiologique pour l'Hôpital Louis Pradel ou gynécologique pour l'HFME), soit le service d'accueil des urgences de l'hôpital référent était fermé (ce qui est le cas de l'Hôpital de la Croix Rousse, la nuit).

- **Influence de la durée préalable de l'HAD**

Dans un quart des passages (25%), le patient était pris en charge en HAD depuis une semaine ou moins d'une semaine, ce qui est court quand on sait que la DMS des patients pris en charge en HAD SOINS ET SANTE en 2018 était de 42 jours. Cette réhospitalisation que l'on peut qualifier de précoce fait écho à l'hypothèse (43) selon laquelle la réhospitalisation serait liée au séjour initial dans l'établissement de soins.

Cette constatation constitue un premier levier d'action de l'HAD dans la prévention des réhospitalisations, en renforçant le partenariat avec les différents services des établissements de soins ou les professionnels libéraux prescripteurs d'HAD. Ces initiatives sont déjà largement répandue et à poursuivre. On citera l'exemple du partenariat entre les services d'urgences des HCL et l'HAD SOINS ET SANTE (23) qui a permis d'augmenter de façon considérable le nombre de patients prise en charge en HAD depuis les urgences ou les services attenants (UHCD, post-urgences) .

Par ailleurs, 66 passages (46%) concernaient des patients pris en charge en HAD depuis plus d'un mois. Ces réhospitalisations à distance seraient, cette fois, en lien avec la prise en charge par le premier recours sur le territoire et à la coordination entre les acteurs de ville et l'hôpital (43).

L'HAD dispose par conséquent d'un second levier d'action par l'amélioration de la coordination des soins entre les acteurs de soins primaires. De la même façon, il y a déjà beaucoup d'initiatives qui vont dans ce sens. Par exemple, l'articulation entre le SSIAD et l'HAD depuis juin 2018 à l'initiative de la Ministre de la Santé Agnès Buzyn, qui simplifie le nombre d'intervenants au domicile.

Sur la période étudiée, on constate donc qu'à un mois de prise en charge en HAD, plus d'un patient sur deux (54%) avaient été réhospitalisés. Ce sont des chiffres élevés, bien spécifiques au contexte de l'HAD qui prend en charge des patients lourds et complexes. Dans une moindre mesure, on observait, dans le suivi d'une cohorte de patients français âgés de plus de 75 ans, un taux de réhospitalisations non programmées à 30 jours de 14 % (2).

- **Médecin coordonnateur, principal décisionnaire du transfert**

Dans seulement 50% des cas, le médecin coordonnateur était le décisionnaire du transfert aux urgences, ce qui est trop peu compte tenu du fait que le médecin coordonnateur est la plaque tournante de toute la prise en charge du patient, assurant la liaison et la coordination avec le médecin traitant et le médecin hospitalier, et étant le référent médical de l'établissement d'HAD (25). Il reste pour autant le principal décisionnaire devant l'entourage ou les autres intervenants médicaux.

Lorsqu'il était le décisionnaire du transfert, le médecin coordonnateur a sollicité, dans 13% des passages, une expertise médicale (par SOS Médecin, le médecin traitant ou suite à un avis auprès d'une hotline). Cette démarche met en avant le caractère « relatif » de l'urgence et même si celle-ci a conduit à une hospitalisation dans les cas étudiés, on peut imaginer qu'elle permet parfois d'éviter une réhospitalisation. Il serait intéressant, de comptabiliser le nombre de réhospitalisations « évitées », grâce à l'intervention à domicile des acteurs précédemment cités, à la demande du médecin coordonnateur de l'HAD.

L'expertise médicale à domicile est cependant soumise à la disponibilité en nombre, en temps et géographique de ces acteurs de soins primaires. Or la pénurie des médecins de ville et le constat que plus de 30 % des malades en HAD n'ont pas de médecin traitant illustre les limites de leur intervention dans le contexte de l'HAD.

Dans notre étude, le médecin coordonnateur est en partie « dépossédé » de son rôle, pourtant fondamental, par l'entourage du patient qui est le second décisionnaire de transfert aux urgences (dans 27% des passages). Les hypothèses qui peuvent expliquer cette initiative de l'entourage à venir « court-circuiter » le médecin coordonnateur sont, évidemment le contexte de l'urgence génératrice de stress et d'anxiété mais surtout le manque de compréhension, d'information et/ou d'éducation

de l'entourage sur la conduite à tenir en cas d'urgence. Ces mêmes hypothèses sont à appliquer pour les 6% de transferts attribués à l'IDE à domicile, en rappelant que l'HAD travaille avec des IDE salariés mais également dépendants d'autres organismes. L'IDE peut donc être moins familier avec l'organisation de l'HAD.

L'intervention de SOS Médecin « seul » dans 11% des transferts, probablement à la demande de l'entourage ou l'IDE, sans supervision du médecin coordonnateur, appuie également l'idée de renforcer l'information de la conduite à tenir en cas d'urgence.

Il va de soi que lorsque le médecin coordonnateur en était le décisionnaire, il était informé du transfert. Lorsqu'il n'était pas le décisionnaire, il a tout de même pu être informé le jour même, mais secondairement au transfert (par l'entourage, le médecin traitant, l'IDE ou l'urgentiste lui-même...) expliquant ainsi que dans 68% des passages, le médecin coordonnateur était considéré comme informé.

En dehors des cas où c'est l'urgentiste qui transmettait la présence du patient aux urgences, l'information du médecin coordonnateur permettait la transmission à l'urgentiste du contexte d'HAD et éventuellement du projet thérapeutique pour guider la prise en charge au service d'accueil. Ainsi, dans 66% des passages, l'urgentiste était considéré comme informé du transfert d'un patient HAD aux urgences, du motif et éventuellement du projet thérapeutique.

Les 30% correspondants aux transferts où ni le médecin coordonnateur, l'urgentiste n'étaient informés sont essentiellement attribuables aux transferts sur décision de l'entourage.

En 3^{ème} levier d'action de l'HAD dans la prévention des réhospitalisations, il y a donc un rôle fondamental à jouer dans l'éducation de l'entourage face aux situations « d'urgences ». Ils doivent à tout prix informer et solliciter le médecin coordonnateur de l'HAD avec l'arrière-pensée que cela pourra prévenir et éviter une réhospitalisation ou le cas échéant, l'encadrer et ainsi espérer une meilleure fluidité aux urgences.

- **Facteurs de fragilité du maintien à domicile non significatifs**

Sur les périodes « plus à risques », telles que la nuit, les week-ends et jours fériés, où la permanence des soins pourrait être altérée, il n'a pas été montré plus de transferts aux urgences. Au contraire, une majorité des transferts a eu lieu la semaine (73%) et dans la journée (75%). De plus, l'anxiété potentiellement générée par la nuit (24) au patient et son entourage n'a pas suffi à évincer le rôle du médecin coordonnateur qui restait toujours le décisionnaire principal la nuit (dans 49% des cas).

- **Limites aux admissions directes dans le service référent**

Le motif de non admission dans le service référent a été recueilli mais était très rarement spécifié. Dans les cas où il était précisé, les limites à une admission directe dans le service référent étaient le plus souvent l'absence de lit disponible ou la nécessité d'une expertise initiale aux urgences. Dans les autres cas, soit le plateau technique de l'établissement de soins était inadapté ou insuffisant, soit le service n'était pas joignable.

On retient tout de même que pour 3 passages, faute d'admission directe dans le service référent, le transfert dans un service de spécialité autre (chirurgie, médecine interne puis EHPAD, unité de soins palliatifs) avait été anticipé par le médecin coordonnateur et n'était donc pas à la charge de l'urgentiste. A noter qu'aucun examen complémentaire discriminant n'avait été réalisé à l'accueil des urgences dans ces 3 situations.

L'analyse des admissions directes depuis l'HAD n'a pas été étudiée dans cette étude mais il y a une vraie perspective d'amélioration des filières d'hospitalisation directe, sans utiliser les urgences comme « portail d'hospitalisation ».

- **Dyspnée et fièvre principaux motifs de transfert**

La dyspnée (23%) et la fièvre (12%) ont été les principaux motifs aboutissant à un transfert aux urgences.

Dans la catégorie « dyspnée », on retrouvait essentiellement le diagnostic de détresse respiratoire aiguë.

La catégorie « fièvre », regroupait essentiellement les infections de type pneumopathie, infection des voies urinaires, infection sur matériel (picline), etc. au cours desquels le patient était fébrile (avec une mesure objective), à distinguer de la catégorie « sepsis » qui reposait sur les critères du score « quick SOFA ».

Ces deux catégories de motifs incluaient donc des pathologies nécessitant une prise en charge urgente, car instables ou à haut risque de décompensation, d'autant plus sur le terrain des patients pris en charge en HAD que l'on connaît : comorbides, polyopathologiques, etc.

Contrairement à ce qui avait été mis en évidence dans le travail de thèse sur l'HAD en sortie d'urgences, l'épuisement ou l'anxiété de l'entourage n'ont été que très rarement cités tels que comme motif de consultation aux urgences. On ne retient que trois passages, deux où l'épuisement de l'entourage justifiait le transfert et un où l'aidant principal avait été hospitalisé.

- **DMS courte à l'accueil des urgences**

La DMS à l'accueil des urgences était plutôt courte (en moyenne de 6h) compte tenu de la complexité de ces patients. Il n'a pas été mis en évidence de diminution significative de la DMS quand l'urgentiste était informé.

- **Examen et/ou actes complémentaires, un critère justifiant l'hospitalisation**

L'hospitalisation à domicile est une « alternative » (45) aux hospitalisations conventionnelles dans la limite des actes et gestes réalisables à domicile. Nous avons donc considéré que la réalisation d'un acte/examen complémentaire (au total 66% des passages) à la porte des urgences, qui n'aurait pu être réalisé en HAD, était un des critères, non exclusif, justifiant de la pertinence de la réhospitalisation dans un service d'urgences, sur les bases des actes réalisés par l'HAD (13).

La simple réalisation d'un bilan biologique ou d'un électrocardiogramme par exemple n'était pas discriminante.

La réalisation d'un examen d'imagerie était prépondérante (56% des passages), avec la radiographie thoracique en plus grande proportion. Parmi les actes techniques et avis spécialisés, on retient entre autre, l'intervention des ORL avec réalisation par exemple d'une nasofibroscopie ou des urologues pour un sondage urinaire compliqué ou l'avis des chirurgiens sur une indication chirurgicale à poser.

- **Devenir après le service d'accueil des urgences**

- **Réorientation majeure vers le « pôle urgences »**

La majorité des patients, à hauteur de 48%, a secondairement été redirigé vers ce qu'on avait défini comme le « pôle urgences » : en plus grande proportion vers un UHCD, puis dans l'ordre décroissant vers un service de post urgences, d'un USC et enfin de réanimation.

On constate qu'une faible proportion de patients a été redirigé vers son service référent (7%), avec plusieurs causes à cela : soit l'état général du patient ne permettait pas le transfert dans un service d'hospitalisation conventionnel, soit par manque de place, soit parce que le décès est survenu avant, soit parce que le motif de consultation ne relevait pas de la spécialité du service référent.

Dans 28% des transferts, le patient a été orienté dans un service de spécialité autre.

Un pourcentage non négligeable des passages (10%) a abouti à un retour à domicile depuis les urgences. Ces 15 passages ont duré moins de 24h à la porte.

- **Un grand nombre de décès suite au transfert**

Sur la totalité de la durée des séjours hospitaliers générés par ces transferts, on a recensé au moins 21 décès (soit 14% des passages). Ce chiffre semble être relativement superposable avec les données de l'HAD SOINS ET SANTE qui rapportent qu'en 2018, 15,5% des séjours se sont terminés par un décès, avec comme limite dans notre étude le fait qu'un patient ait pu générer plusieurs séjours.

Cependant, sur la même période, (du 1^{er} avril au 30 novembre 2018), l'HAD SOINS ET SANTE recense un total de 240 décès à domicile pour 4593 patients pris en charge. Le nombre de décès à domicile reste donc très majoritaire.

Les données des patients transférés secondairement hors des HCL (Trarieux, Desgenettes, SSR) n'ont pas pu être récupérées, les potentiels décès secondaires n'ont donc pas pu être analysés ; ils correspondent à 9 passages.

Il y a 4 décès qui sont survenus à l'accueil des urgences en moins de 24h, dont deux où une LATA était posée.

Les 17 autres décès ont eu lieu secondairement après réorientation soit vers le « pôle urgences » où 4 sont décédés en moins de 24h à l'UHCD soit vers des services de spécialité où 5 ont été orientés en unité de soins palliatif (soit 24% des décès). Parmi ces décès « secondaires », 12 d'entre eux concernaient des patients avec un projet thérapeutique palliatif et pour 8 autres, une LATA avait été définie au préalable. La DMS hospitalière pour cette catégorie de décès secondaires était de 7,7 jours.

- **DMS hospitalière totale**

La DMS à l'hôpital était de 7,3 jours. Elle est diminuée par les patients qui ont été pris en charge hors HCL ou en SSR secondairement. Leur DMS totale n'était pas connue, et c'est donc uniquement la DMS au sein des HCL qui a été incluse dans le calcul

- **Projet thérapeutique**

- **Absence de projet thérapeutique**

Dans 21% des cas (30 passages), aucun projet thérapeutique clair n'apparaissait dans le dossier HAD du patient. Or ces passages concernaient majoritairement des pathologies lourdes et incurables telles que les pathologies neurologiques chroniques (SLA, AVC ischémiques multicompliquées...) (n=9), oncologiques (n=8) ou gériatriques (n=7).

Il semble surprenant que pour ces dossiers il n'y ait pas de ligne conductrice du projet thérapeutique énoncée. On peut faire, de plus, l'hypothèse que s'il n'y a pas de projet thérapeutique clair dans le dossier HAD, c'est qu'il n'a pas été formulé initialement ou réévalué en sortie d'hospitalisation conventionnelle par le service référent.

On retient également que 16% des passages étaient concernés par un projet thérapeutique « palliatif » mais sans aucune autre précision de limitation de soins ou directives anticipées.

L'absence de projet thérapeutique clair dans le dossier d'un patient complexe tel que les patients pris en charge en HAD crée un flou notamment dans le contexte de l'urgence. La mission de statuer sur la prise en charge revient à l'urgentiste qui n'a pas toujours de recul sur le patient. Dans plusieurs passages, l'urgentiste a pu appeler le médecin référent, quand il était disponible, pour prendre une décision collégiale de limitation des soins. Mais souvent, la décision est prise avec le réanimateur.

On peut émettre deux grandes hypothèses à l'absence de projet thérapeutique dans ces dossiers.

- **Tabou de la mort dans le corps médical**

La première reposerait sur l'idée qu'il puisse y avoir un tabou de la mort, avant tout dans le corps médical à l'hôpital (42). La mort serait associée à un échec et serait à ce titre occultée. Les médecins auraient du mal à poser une limitation de soins ou à guider le patient pour la rédaction de ses directives anticipées. Malaise qui serait renforcé par une réflexion globale pas suffisamment aboutie, au niveau national comme au niveau des établissements, sur la question de la mort à l'hôpital ce qui créerait une hétérogénéité des pratiques au niveau même des services. Cette situation peut être préjudiciable au confort des malades en fin de vie et à l'accueil des proches ainsi qu'à la santé publique.

Comme 4^{ème} levier d'action de l'HAD dans la prévention des réhospitalisations, il semblerait intéressant d'imposer la rédaction du projet thérapeutique dès la demande de prise en charge en HAD par le médecin prescripteur, en insistant sur la nécessité de le réévaluer collégialement avec le patient et/ou la personne de confiance, le médecin spécialiste référent et le médecin coordonnateur de l'HAD.

- **Déni de la mort par l'entourage du patient**

La seconde hypothèse repose sur l'idée qu'il existerait cette fois, de la part de l'entourage, une forme de déni de la mort.

On retient les 4 cas, où le projet thérapeutique n'a pas été respecté même s'il était clair sur la limitation des soins et le souhait d'un décès à domicile. Pour chacun de ces cas, c'est la famille qui avait été le décisionnaire seul du transfert aux urgences.

Cela met en lumière, la difficulté qu'aurait l'entourage, malgré l'information et l'éducation faite, à accepter la mort et peut être surtout la mort à domicile dans les situations de fin de vie. Cela validerait le paradoxe énoncé précédemment entre la volonté des français d'un décès à domicile (81%) et la faible proportion qui y décède réellement (25%).

Il existe des ateliers d'éducation thérapeutique et de soutien psychologique des aidants mais sans doute pas assez de préparation à l'accompagnement de la mort.

Le 5^{ème} levier d'action repose donc sur le travail d'éducation et d'information de l'entourage face à la fin de vie, en les préparant aux symptômes de la phase pré-agonique, en leur expliquant l'intervention rapide possible de l'IDE ou SOS Médecin au domicile pour administrer des traitements symptomatiques apaisant et en expliquant l'inconfort lié au transfert à l'hôpital contre la volonté du patient.

➤ **Hospitalisations évitables**

Seulement 12 passages (soit 8% des hospitalisations) ont été qualifiés d'«évitable» selon nos critères (c'est-à-dire qu'aucun examen complémentaire/acte qui n'aurait pas pu être réalisé en HAD n'a été fait et que le séjour a duré moins de 24h). Donc la majorité des transferts, même initiés par l'entourage seul, semblait légitime.

Le contexte de la fin de vie apparaît comme un facteur précipitant de réhospitalisation, car sur les 12 passages, 8 ont abouti à un décès au court du séjour hospitalier et 9 d'entre eux étaient concernés par une LATA.

Cela est en accord avec la littérature où il est mis en évidence que la majorité des français résidaient encore à leur domicile à seulement un mois de leur décès. Parmi ces patients décédés, c'est seulement dans leurs derniers jours de vie qu'environ 30 % vont quitter leur domicile et être transférées à l'hôpital (27).

➤ **Forces et limites de cette étude**

○ **Les forces**

Cette étude traite d'un sujet d'actualité. La réhospitalisation est, en effet, une problématique très étudiée dans la littérature médicale pour toutes les conséquences économiques et de santé publique

qu'elle implique (encombrements des urgences notamment). Mais rares sont les travaux sur la réhospitalisation dans le contexte de l'HAD.

Or l'HAD, en pleine expansion, véritable solution d'avenir comme alternative aux hospitalisations conventionnelles, et répondant à une demande sociétale, ne cesse de se développer et implique par conséquent d'encadrer son évolution pour l'améliorer.

Dans l'esprit du partenariat entre les urgences et les HCL, ce travail a été codirigé par le Dr Jihane Fattoum, chef de service adjoint des urgences de HEH et le Dr Emmanuel Bovier, médecin coordonnateur à l'HAD, ce qui a permis d'apporter les points de vue des deux équipes et d'enrichir la discussion sur le sujet. Il renforce, par la forte représentation des pathologies oncologiques, la nécessité du partenariat entre l'ICHCL et l'HAD SOINS ET SANTE.

Il fait suite à une thèse sur l'HAD en sortie d'urgences (23) qui avait commencé à s'intéresser aux réhospitalisations. Les résultats sont superposables notamment sur les motifs de réhospitalisation, le profil des patients (moyenne d'âge et sexe), le décisionnaire du transfert aux urgences (l'HAD majoritairement puis l'entourage). Mais le nombre de patients étudiés (118 patients versus 17 patients réhospitalisés) et le caractère pluri-centrique auprès des grands CHU lyonnais de notre étude lui donne une plus grande puissance.

En revanche, l'épuisement des aidants était décrit dans ce travail comme un facteur important dans les décisions de réhospitalisation de la part de la famille, ce qui n'apparaît pas du tout dans notre étude. Même si l'anxiété de la famille était peut-être une source de précipitation dans les décisions d'orientation vers les urgences sans en référer à l'HAD, la très grande majorité des transferts, dans ce travail, était soutenue par une symptomatologie médicale.

Cette étude, par le recueil de données détaillées, établit le profil des patients et le contexte de ces réhospitalisations. Elle donne des perspectives d'amélioration de l'HAD dans la prévention des réhospitalisations, à différents stades de la prise en charge en HAD et soutenu par des données quantitatives, c'est ce qui en fait sa qualité.

Enfin, l'approche sociologique et éthique des questions de la fin de vie permet de donner une autre dimension aux résultats de l'étude, au de-là de l'aspect purement scientifique et médical. L'intérêt porté au projet thérapeutique, les difficultés de sa définition par les médecins et la complexité de son application par l'entourage, est novateur et se fait le témoin du malaise de notre société face à la mort.

- **Les limites**

Le caractère rétrospectif de cette étude est une source de biais. En effet, le recueil de données était parfois incomplet soit parce que le dossier lui-même n'était pas complet soit parce qu'il n'a pas été retrouvé (dossier HCL ou dossier ATHOME). Lorsque c'est le cas, cela a été comptabilisé et spécifié comme tel.

De plus, l'étude était soumise à un biais de classement. Le regroupement en grandes catégories générales des motifs de prise en charge en HAD ou des motifs de consultation aux urgences est une source de sur ou sous-estimation potentielle des résultats.

De la même manière, l'interprétation du projet thérapeutique (actif, palliatif sans précision, palliatif avec LATA ou DA et non précisé) à partir du dossier patient, étaient soumis à l'interprétation de l'enquêteur.

V. Conclusion

L'hospitalisation à domicile (HAD), en pleine expansion, propose une offre tout à fait spécifique au sein du système de santé et contribue à répondre à l'aspiration croissante de la population à être soignée dans son environnement familial, à l'impact du vieillissement démographique et à l'augmentation des pathologies chroniques.

Les réhospitalisations non programmées constituent une problématique de santé publique, qui amène les autorités de santé à promouvoir le renforcement du lien ville-hôpital et à inciter au développement de solutions alternatives ambulatoires, telles que l'HAD.

Ce travail, dans une volonté d'amélioration de l'offre de l'HAD et de renforcement de sa pertinence est issu, d'une part de la collaboration de l'Institut de Cancérologie des Hospices Civils de Lyon avec l'HAD initiée en octobre 2017, afin de fluidifier le parcours de soin de ces patients entre les deux institutions et d'autre part du partenariat établi entre les différents services d'urgences des HCL et l'HAD depuis décembre 2015.

Dans une réflexion plus globale, cette étude a porté sur les réhospitalisations dans un service d'accueil des urgences, de patients pris en charge en HAD, avec pour objectif de décrire le profil de ces patients, d'étudier les circonstances de leur réhospitalisation et d'examiner la pertinence de ces transferts.

Parmi les pathologies justifiant l'HAD initiale, ce sont d'abord les pathologies oncologiques, qui étaient largement représentées, suivies des pathologies neurologiques chroniques. La population étudiée était relativement jeune (73 ans). La durée préalable du séjour en HAD n'avait pas d'influence significative sur la réhospitalisation.

Le médecin coordonnateur(MC) de l'HAD était le décisionnaire principal des transferts, mais sa supervision restait tout de même faible (un cas sur deux).

Les motifs de consultation les plus représentés étaient la dyspnée et la fièvre. L'épuisement ou l'anxiété de l'entourage n'apparaissaient pas dans les motifs de transfert, pourtant, l'entourage était le second décisionnaire de transfert, après le MC.

La majorité des transferts étaient justifiés, sur le critère de la réalisation d'actes ou examens complémentaires pertinents (c'est-à-dire non réalisables en HAD) à l'accueil des urgences et sur une durée d'hospitalisation au moins supérieure à 24h.

Il n'a pas été montré de facteur significatif, précipitant le transfert, lié à la nuit, au weekend ou aux jours fériés.

La DMS à l'hôpital était courte en moyenne et les patients ont été principalement redirigés vers un UHCD ou un service de spécialité, notamment en unité de soins palliatifs.

Dans un trop grand nombre de cas, le projet thérapeutique, c'est-à-dire la conduite à tenir en cas d'urgence ou d'aggravation, n'était pas clairement défini.

De façon contradictoire, il y avait quelques cas où une limitation ou un arrêt de thérapeutique active (LATA) avec un souhait de décès à domicile était clairement développé, mais face à la fin de vie imminente, le patient avait tout de même été transféré et était décédé dans les 24h.

Au total, cette étude confirme le rôle indéniable joué par l'HAD dans le maintien à domicile et la coordination des soins. Elle révèle un profil de patients réhospitalisés, plutôt jeunes, pris en charge pour des pathologies chroniques lourdes et complexes où, trop souvent, le projet thérapeutique n'est pas clairement défini. Le caractère « évitable » de ces réhospitalisations était finalement rare. Pour autant, l'importance de poursuivre l'effort de mise en place d'un projet thérapeutique par le soignant, pour chaque patient pris en charge en HAD, apparaît comme un moyen de prévention de réhospitalisation, notamment dans le contexte de la fin de vie. Mais le projet thérapeutique seul n'est pas suffisant, l'éducation et l'accompagnement du patient et de son entourage, en cas de limitations des soins, sont indispensables pour espérer obtenir leur adhésion, les inciter à inclure le médecin coordonnateur HAD dans la décision de transfert et favoriser ainsi le maintien à domicile.

Le Président de jury,
Nom et Prénom
Signature

Professeur Karim TAZAROURTE



VU,
Le Doyen de la Faculté de Médecine
et de Maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux



Professeur Carole BURILLON

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 28/05/2019

VI. Bibliographie

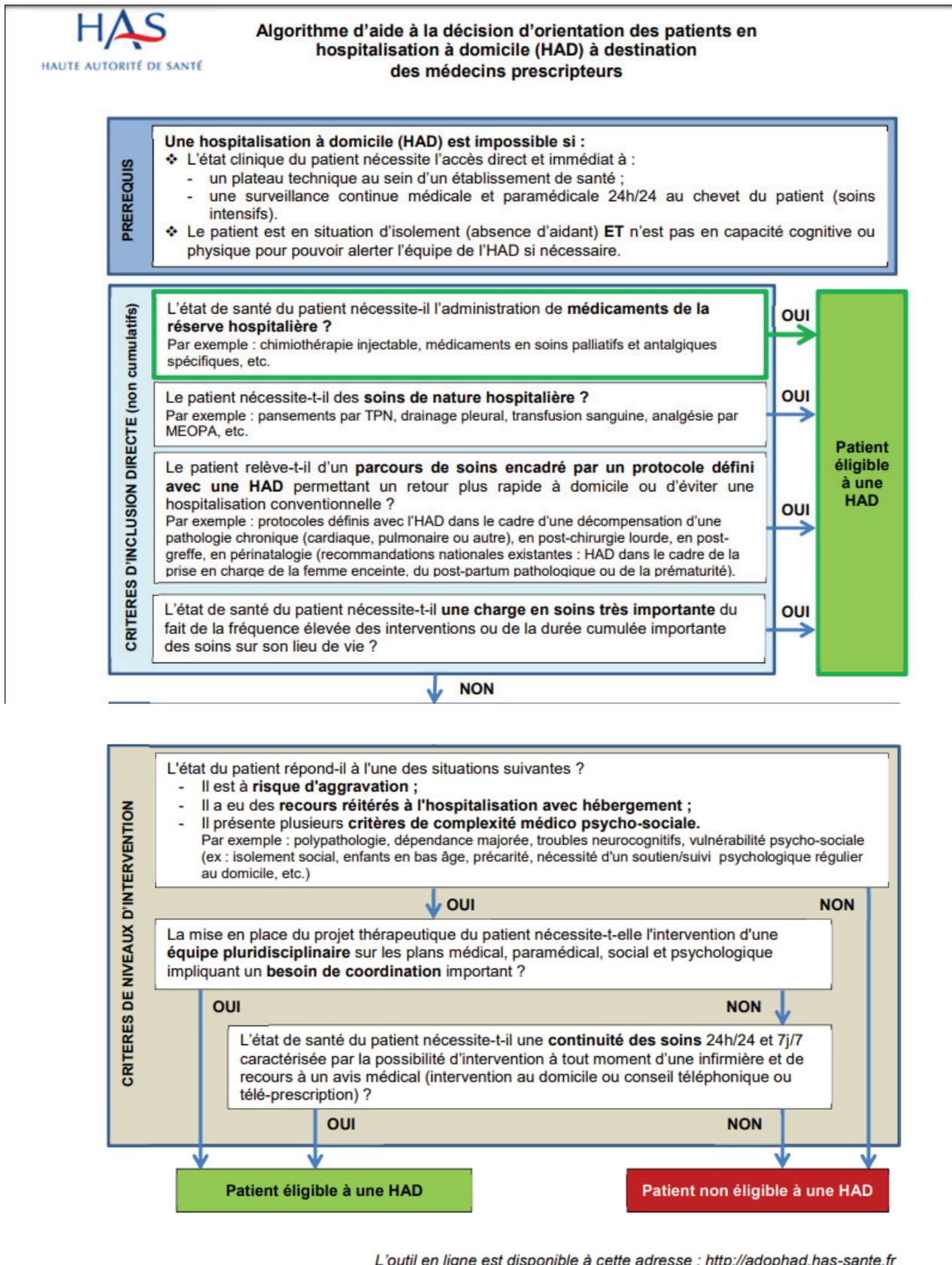
1. Rapport public annuel 2019 - Cour des comptes - Février 2019 - Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités [Internet]. [cité 16 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>
2. Fiche parcours réhospitalisations évitables - HAS juin 2013-Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées ? [Internet]. [cité 16 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_rehospitalisations_evitables_vf.pdf
3. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. 70-1318 déc 31, 1970.
4. LOI n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. 91-748 juill 31, 1991.
5. CIRCULAIRE N° DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile Date [Internet]. [cité 24 mai 2019]. Disponible sur: http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_15980.pdf
6. Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation | Legifrance [Internet]. [cité 24 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005650913>
7. CIRCULAIRE N°DHOS/O3/2006/506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile. [Internet]. [cité 7 mai 2019]. Disponible sur: http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_7220.pdf
8. Décret n° 2007-241 du 22 février 2007 relatif à l'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) et le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).
9. CIRCULAIRE N°DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) [Internet]. [cité 7 mai 2019]. Disponible sur: http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/12/cir_37726.pdf
10. Qu'est-ce que l'HAD ? – FNEHAD [Internet]. [cité 22 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.fnehad.fr/quest-ce-que-lhad/>
11. DGOS. Intervention conjointe d'HAD et d'un SSIAD [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 22 mai 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had-10951/article/had-ssiad>
12. HAS. Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD. nov 2017;148.
13. Critères de niveaux d'interventions auprès de patients à domicile -ARS Mai 2016 [Internet]. [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-03/HAD-criteres_niveaux-interventions-domicile.pdf
14. Le nombre de places en hospitalisation à temps partiel continue de progresser en France - ARS Octobre 2018 [Internet]. [cité 22 mai 2019]. Disponible sur: https://www.ars.sante.fr/system/files/2018-10/2018-10-04-nbre-places-hospi_drees.pdf

15. ATIH chiffres clés HAD 2017 [Internet]. [cité 20 mai 2019]. Disponible sur: https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih_chiffres_cles_had_2017_1.pdf
16. Chiffres_Cles_2017_Auvergne_Rhone_Alpes.pdf [Internet]. [cité 20 mai 2019]. Disponible sur: https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/chiffres_cles/Chiffres_Cles_2017_Auvergne_Rhone_Alpes.pdf
17. FNEHAD.-Perceptions-liées-à-lHAD.-Présentation-Viavoice-EMBARGO-06-12-1.pdf [Internet]. [cité 22 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2017/12/FNEHAD.-Perceptions-li%C3%A9es-%C3%A0-lHAD.-Pr%C3%A9sentation-Viavoice-EMBARGO-06-12-1.pdf>
18. FNEHAD_RA1718_WebP-1.pdf [Internet]. [cité 29 mai 2019]. Disponible sur: https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2018/11/FNEHAD_RA1718_WebP-1.pdf
19. FNEHAD L'HAD une exception française ? [Internet]. [cité 13 janv 2019]. Disponible sur: https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2016/12/FNEHAD_LIVRET_web-1.pdf
20. Guinet A. ORGANISATION DES SOINS A DOMICILE EN EUROPE ET EN AMERIQUE DU NORD. In: MOSIM 2014, 10ème Conférence Francophone de Modélisation, Optimisation et Simulation [Internet]. Nancy, France; 2014 [cité 5 juin 2019]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01166613>
21. Blum LS, Sharmin T, Ronsmans C. Attending Home vs. Clinic-Based Deliveries: Perspectives of Skilled Birth Attendants in Matlab, Bangladesh. *Reprod Health Matters*. 1 janv 2006;14(27):51-60.
22. projet-etablissement_horizon2017.pdf [Internet]. [cité 28 mai 2019]. Disponible sur: http://www.chu-lyon.fr/fr/system/files_force/block-files/projet-etablissement_horizon2017.pdf
23. DELORME E. PLACE DE L'HAD EN SORTIE D'URGENCE : RETOUR D'EXPERIENCE SUR LE PARTENARIAT MIS EN PLACE ENTRE L'HAD SOINS ET SANTE ET LE SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES DE L'HÔPITAL EDOUARD HERRIOT A LYON MIS EN PLACE DEPUIS DECEMBRE 2015. 2018.
24. Dubost É. La nuit dans un service d'Hospitalisation à Domicile. *Gerontol Soc*. 2006;29 / n° 116(1):239-52.
25. Les métiers de l'HAD – FNEHAD [Internet]. [cité 29 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.fnehad.fr/les-metiers-de-lhad/>
26. FNEHAD rapport d'activité 2017/18 [Internet]. [cité 29 mai 2019]. Disponible sur: https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2018/11/FNEHAD_RA1718_WebP-1.pdf
27. Halfon P, Egli Y, Melle G van, Chevalier J, Wasserfallen J-B, Burnand B. Measuring potentially avoidable hospital readmissions. *J Clin Epidemiol*. 1 juin 2002;55(6):573-87.
28. SQLape-2012-AR-documentation_didactique_version_FINALE_1.0_fr.pdf [Internet]. [cité 30 mai 2019]. Disponible sur: http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/francais/SQLape-2012-AR-documentation_didactique_version_FINALE_1.0_fr.pdf

29. Kansagara D, Englander H, Salanitro A, Kagen D, Theobald C, Freeman M, et al. Risk Prediction Models for Hospital Readmission: A Systematic Review. *JAMA*. 19 oct 2011;306(15):1688-98.
30. Lanièce I, Couturier P, Dramé M, Gavazzi G, Lehman S, Jolly D, et al. Incidence and main factors associated with early unplanned hospital readmission among French medical inpatients aged 75 and over admitted through emergency units. *Age Ageing*. 1 juill 2008;37(4):416-22.
31. Zekry D, Loures Valle BH, Graf C, Michel J-P, Gold G, Krause K-H, et al. Prospective Comparison of 6 Comorbidity Indices as Predictors of 1-Year Post-Hospital Discharge Institutionalization, Readmission, and Mortality in Elderly Individuals. *J Am Med Dir Assoc*. 1 mars 2012;13(3):272-8.
32. Rapport_Carli_2013_aval_des_urgences.pdf [Internet]. [cité 20 mai 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Carli_2013_aval_des_urgences.pdf
33. de Saint-Malo A. Contexte : le groupe régional Languedoc-Roussillon. :11.
34. LOI no 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs. 99-477 juin 9, 1999.
35. Démarche palliative. 2016;12.
36. Cremer R, Folscheid D. Modification de l'article 37 du code de déontologie médicale : pourquoi la commission d'éthique de la SRLF s'est-elle battue pour un adverbe ? *Réanimation*. déc 2010;19(8):718-22.
37. 2002_recommandation_SRLF_Limitations_et_arrets_de_therapeutique(s)_active(s)_en_reanimation_adulte.pdf [Internet]. [cité 27 mai 2019]. Disponible sur: [https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/11/2002_recommandation_SRLF_Limitations_et_arrets_de_therapeutique\(s\)_active\(s\)_en_reanimation_adulte.pdf](https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/11/2002_recommandation_SRLF_Limitations_et_arrets_de_therapeutique(s)_active(s)_en_reanimation_adulte.pdf)
38. Société de réanimation de langue. Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte. Actualisation des recommandations de la Société de réanimation de langue française. *Réanimation*. déc 2010;19(8):679-98.
39. Desmedt M. Limitation et arrêt thérapeutique. *Gerontol Soc*. 2004;27 / n° 108(1):167-76.
40. IGAS. Les soins palliatifs et la fin de vie à domicile. janv 2017;86.
41. etude2016_findevie_fondationadrea.pdf [Internet]. [cité 24 mai 2019]. Disponible sur: http://www.sfap.org/system/files/etude2016_findevie_fondationadrea.pdf
42. IGAS - La mort à l'hôpital - Novembre 2009 [Internet]. [cité 27 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000037.pdf>
43. fiche_scansante_n8_rehospitalisation7j.pdf [Internet]. [cité 29 mai 2019]. Disponible sur: https://www.scansante.fr/sites/default/files/content/346/fiche_scansante_n8_rehospitalisation7j.pdf
44. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes,. Plan Maladies Neuro-Dégénératives. 2019 2014;124.

VII. Annexes

Annexe 1 : Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD



Annexe 3 : grille d'évaluation de l'indice de Karnofsky

Description	%	Critères
Peut mener une activité normale	100 %	État général normal – Pas de plainte, ni signe de maladie
Pas de prise en charge particulière	90 %	Activité normale – Symptômes mineurs – Signes mineurs de maladie
	80 %	Activité normale avec difficultés – Symptômes de la maladie
Incapable de travailler	70 %	Capable de s'occuper de lui-même – Incapable de travailler normalement
Séjour possible à la maison	60 %	Besoin intermittent d'une assistance mais de soins médicaux fréquents
Soins personnels possibles	50 %	Besoin constant d'une assistance avec des soins médicaux fréquents
Incapable de s'occuper de lui-même	40 %	Invalide – Besoin de soins spécifiques et d'assistance
Soins institutionnels souhaitables	30 %	Complètement invalide – Indication d'hospitalisation – Pas de risque imminent de mort
	20 %	Très invalide – Hospitalisation nécessaire – Traitement intensif
États terminaux	10 %	Moribond
	0 %	Décédé

Melin Marjolaine

Réhospitalisations aux urgences des patients pris en charge en HAD, retour d'expérience de cinq services d'accueil des urgences de la région lyonnaise sur l'année 2018

Thèse Médecine Générale : Lyon 2019 ; n°126

Résumé

Les réhospitalisations non programmées sont un enjeu majeur de santé publique. Leur prévention repose sur l'amélioration de la transition entre l'hôpital et le domicile. L'HAD par son rôle de coordination de soins en est un acteur fondamental. L'objectif de cette étude est de décrire le profil des patients réhospitalisés depuis l'HAD, dans un service d'accueil des urgences de la région lyonnaise (HEH, CHLS, Hôpital de la Croix Rousse, Hôpital Louis Pradel, HFME) entre le 1er avril et le 30 novembre 2018 et d'évaluer la pertinence de ces réhospitalisations.

Les réhospitalisations concernaient majoritairement des hommes, relativement jeune (73ans) avec des capacités altérées, pris en charge initialement pour des pathologies oncologiques et neurologiques chroniques. Le médecin coordonnateur de l'HAD était le principal décisionnaire du transfert aux urgences mais seulement dans un cas sur deux, suivi de l'entourage. La majorité des patients a été redirigée vers le pôle urgences notamment en UHCD. Le caractère « évitable » des réhospitalisations était finalement rare. Cependant, pour un trop grand nombre de patients il n'y avait pas de projet thérapeutique défini. La fin de vie est un facteur précipitant de réhospitalisation qui par conséquent impose de renforcer la mise en place d'un projet thérapeutique et, dans le contexte palliatif avec une limitation des soins, d'entourer et éduquer l'entourage pour espérer son application.

MOTS CLES : HAD, réhospitalisation, urgences, projet thérapeutique, fin de vie

JURY : Président : Monsieur le Professeur Karim TAZAROURTE

Membres : Monsieur le Professeur Alain CALENDER

Monsieur le Professeur Arnaud HOT

Monsieur le Docteur FATTOUM Jihane

Monsieur le Docteur BOVIER Emmanuel

Membre invité : Monsieur le Docteur Jean François AUPETIT

DATE DE SOUTENANCE : Mardi 25 juin 2019

ADRESSE DE L'AUTEUR : 258 rue de Créqui 69007 LYON