

SOINS EN HAD : ASPECTS CLINIQUES, COMPLEXITÉ ET MODALITÉS D'INTERVENTION DES SOIGNANTS

M. Gentin, Odile Marquestaut et Matthieu de Stampa

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2019/2 Vol. 31 | pages 269 à 276

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2019-2-page-269.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Soins en HAD : aspects cliniques, complexité et modalités d'intervention des soignants

Clinical characteristics, care professionals' intervention and care complexity for elderly patients in home hospitalization

M. Gentin¹, O. Marquestaut², M. de Stampa^{1,2}

➔ Résumé

Introduction : Le nombre de patients âgés suivi en hospitalisation à domicile (HAD) est en forte augmentation en France. Notre objectif est de décrire les caractéristiques cliniques, les modalités d'interventions et la complexité des soins de patients âgés en HAD.

Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale sur un échantillon de 50 patients âgés de 75 ans et plus vivant à domicile et suivis à l'HAD de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris en 2016. Le recueil des données a utilisé l'outil d'évaluation multidimensionnel interRAI-CA (Resident Assessment Instrument - Contact Assessment).

Résultats : L'âge moyen était de 84 ans avec 48 % de femmes, 26 % vivait seul et 96 % avait un aidant qui présentait des difficultés dans 1/3 des cas. Les patients étaient poly-pathologiques, avaient des difficultés cognitives dans 68 % des cas et des incapacités fonctionnelles fréquentes. Une large majorité se déclarait douloureux et 52 % présentait une situation clinique instable. Les modalités d'interventions étaient polyvalentes (pansements complexes, soins de support et soins palliatifs) avec des soins techniques et la mobilisation de plus de 3 professionnels dans 80 % des cas. Enfin, les soins avaient un haut niveau de complexité pour 74 % des patients.

Conclusion : Les patients âgés suivis en HAD présentaient une complexité médico-psycho-sociale avec des soins polyvalents et techniques nécessitant une coordination des intervenants et le soutien des aidants. Le développement de l'HAD permet le transfert d'une partie des soins gériatriques de l'hospitalisation conventionnelle vers le domicile et permet de structurer l'expertise gériatrique auprès de l'offre de service de proximité.

Mots-clés : Hospitalisation à domicile ; Patients âgés ; Paramètres cliniques ; Mode d'intervention.

➔ Abstract

Introduction: The number of elderly patients in home care in France is currently increasing. Our objective is to describe the clinical characteristics, the care professionals' intervention and the complexity of follow-up care for this elderly population.

Methods: This is a cross-sectional study with a sample of 50 elderly patients aged 75 and over living at home and followed-up in home hospitalization in 2016 by the Assistance Publique Hôpitaux de Paris. The collection of data used the interRAI-CA tool (Resident Assessment Instrument - Contact Assessment).

Results: The average age of the sample was 84 years with 48% women, 26% living alone and 96% having a caregiver who had difficulty in caring in 33.3% of cases. Patients had numerous diseases with 68% of the sample who had cognitive difficulties with functional disabilities; Most of them reported pain and 52% had unstable clinical situation. The main care interventions were complex wounds, supportive care and palliative care with technical care and 80% of the sample mobilized more than 3 professionals. Care was considered to be of a high level of complexity for 74% of the elderly patients.

Conclusion: Our study showed that elderly patients had care complexity with technical and multi-faceted care implying coordination of stakeholders and support for caregivers. Implementing at-home hospitalization allows to transfer some geriatric patients from hospitalization to the home care and helps the structuration of the geriatric expertise among the primary care services.

Keywords: At-home hospitalization; Elderly patients; Clinical parameters; Professional's intervention.

¹ Hospitalisation A Domicile (HAD) – Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (APHP) – France.

² Unité Mixte de Recherche (UMR) 1168 INSERM, UVSQ, VIMA : Vieillesse et Maladies Chroniques.

Correspondance : M. de Stampa
matthieu.de-stampa@aphp.fr

Réception : 08/10/2018 – Acceptation : 25/11/2018

Introduction

En France, comme dans l'ensemble des pays occidentaux, le vieillissement des populations se caractérise par une augmentation du nombre de personnes très âgées avec des pathologies multiples et des difficultés fonctionnelles [1]. Le système de santé français se caractérise par des fragmentations multiples principalement entre, d'une part, le sanitaire et le social et, d'autre part, les soins de ville et les soins hospitaliers [2]. C'est pourquoi, cette population très âgée, qui veut rester à domicile, présente un risque important d'hospitalisation et d'entrée en institution [3] avec une perte de mobilité secondaire [4]. Dans le cadre du tournant ambulatoire et du renforcement des soins de première ligne, l'offre des services à domicile doit être en capacité de répondre aux besoins étendus de cette population âgée par la mise en place de soins gradués sur l'ensemble du territoire national. C'est dans cette gradation des services d'aide et de soins que s'inscrit l'hospitalisation à domicile (HAD) en produisant des soins de type hospitaliers.

Depuis plus de 10 ans, l'HAD se développe fortement sur l'ensemble du territoire national avec au total, en 2016, 302 établissements de santé et 105 000 patients suivis [5]. Les missions des HAD sont « *d'assurer au domicile du patient, pour une période limitée, mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Les patients pris en charge en HAD en l'absence d'un tel service seraient hospitalisés en établissement de santé avec hébergement* » [6]. Toutes les HAD réalisent des soins à domicile, 24 heures sur 24 et sept jours sur sept, avec des équipes pluridisciplinaires d'aide, de soins et de rééducation en lien avec le médecin traitant qui reste le médecin référent pendant le suivi de son patient [7]. Sur des travaux internationaux, il est montré que la prise en charge des patients âgés en HAD présente des résultats encourageants en termes d'amélioration des paramètres de santé et de la qualité des soins avec, en particulier, une diminution des épisodes confusionnels [8]. Alors que les personnes âgées représentent la grande majorité des patients suivis en HAD sur le territoire national, nous avons peu d'informations sur leurs caractéristiques cliniques et les modalités de leur prise en charge.

C'est pourquoi notre étude a eu pour objectifs de décrire les patients âgés suivis dans une HAD francilienne, l'HAD de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (APHP). À partir de l'outil d'évaluation multidimensionnel validé InterRAI-CA (*Resident Assessment Instrument - Contact Assessment*), notre étude a analysé les caractéristiques

cliniques, les modalités de prises en charge et les niveaux de complexité en soins de cette population de patients âgés suivie en HAD.

Méthodes

L'hospitalisation à domicile et l'hospitalisation à domicile de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (APHP)

L'hospitalisation à domicile produit et coordonne des soins de type hospitaliers avec l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire. Les entrées des patients en HAD ont lieu sur prescription médicale et proviennent majoritairement de l'hospitalisation conventionnelle. Dans le cadre de la gradation des soins à domicile, l'HAD produit les soins les plus techniques et, lorsque les situations des patients se stabilisent, il est possible d'envisager un relais vers un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou vers des professionnels paramédicaux libéraux et des prestataires de soins. Depuis 2018, l'HAD peut intervenir avec le SSIAD lorsque des situations cliniques s'aggravent et, depuis 2007, l'HAD intervient aussi en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD). Les réseaux de santé plurithématiques peuvent être sollicités pour des avis dans le cadre de suivis de patients âgés à domicile. Enfin, les HAD participent à la réorganisation des territoires en lien avec les centres locaux d'information et de coordination et les MAIA (*Méthode Action Intégration Autonomie*).

L'HAD de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (APHP), créée en 1957, est la plus ancienne HAD en France et la plus importante HAD publique en termes d'activité avec 780 patients par jour en moyenne. Le territoire de l'HAD de l'APHP est situé sur le Grand Paris (Paris, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Seine-et-Marne). L'HAD de l'APHP se subdivise en 14 micro-territoires avec 14 équipes pluridisciplinaires, positionnées chacune sur une unité de soins avec des interventions sur le territoire de proximité. Les équipes regroupent aides-soignants, assistants sociaux, diététiciens, ergothérapeutes, infirmiers, kinésithérapeutes, médecins coordonnateurs et psychologues.

Recrutement des patients

Les patients âgés de notre étude ont été recrutés à partir de 7 unités de soins à Paris et en banlieue avec une bonne représentation de la diversité des territoires franciliens. Notre étude a été réalisée entre mai et septembre 2016.

Les critères d'inclusion étaient :

- patients âgés de 75 ans et plus,
- prise en charge en HAD depuis au moins une semaine (temps de la mise en route du séjour en HAD, connaissance du patient par les équipes),
- lieu de résidence dans un domicile autre qu'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

La procédure de recrutement comportait plusieurs étapes. Sur chaque unité de soins, tous les patients étaient passés en revue lors du staff hebdomadaire et les patients éligibles étaient identifiés par l'investigateur médecin de l'étude (interne de santé publique). Le patient éligible était ensuite contacté par téléphone par l'investigateur de l'étude pour information sur l'étude et sur la proposition d'y participer. Lorsque le patient ne pouvait s'exprimer, l'entretien se déroulait avec l'aidant. La documentation sur l'étude et le recueil du consentement étaient ensuite déposés par les soignants au domicile du patient. Si le patient était d'accord pour participer, l'investigateur planifiait l'entretien d'évaluation avec le patient à domicile. La feuille de consentement signée par le patient ou par un aidant proche (en cas de troubles cognitifs sévères) était récupérée par le médecin investigateur le jour de l'entretien.

Au total, 73 patients ont été recrutés et 50 patients ont été évalués. Parmi les non participants, on dénombre 12 refus, 5 patients non joignables, 3 ré-hospitalisations et 3 décès entre l'entretien téléphonique et le rendez-vous à domicile pour l'évaluation. Parmi les refus, il n'y avait pas de différences en termes de données sociodémographiques et de critères cliniques présents dans le dossier de soin à l'entrée. Les principaux motifs de refus étaient l'asthénie, le manque de temps ou le refus de prendre du temps et l'aspect « compliqué » pour le patient d'avoir un intervenant supplémentaire à domicile.

Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé avec l'outil multidimensionnel InterRAI-CA (*Resident Assessment Instrument - Contact Assessment*) qui fait partie de l'ensemble des instruments InterRAI [9]. Les instruments InterRAI permettent des évaluations multidimensionnelles standardisées et validées pour des personnes présentant des soins chroniques. Ces instruments sont utilisés dans plus de 40 pays ; la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a choisi les instruments InterRAI-CA et InterRAI-HC (*Resident Assessment Instrument - Home Care*) pour une utilisation obligatoire par les gestionnaires de cas dans les dispositifs MAIA (Méthode Action Intégration Autonomie),

en France, à partir de 2018 [10]. L'instrument InterRAI-CA permet une évaluation multidimensionnelle de premier contact avec un recueil de données sociodémographiques et des conditions de vie, la capacité cognitive et l'état fonctionnel, les paramètres de santé, l'état des aidants et le type d'intervention à domicile. À l'issue de l'évaluation multidimensionnelle, le niveau de la complexité des soins est identifié à partir d'un algorithme. Cet algorithme a été conçu pour identifier les patients qui présentaient des soins de complexité forte et qui nécessiteraient une évaluation plus complète, en utilisant l'instrument InterRAI-HC, ainsi que la mise en place d'un suivi rapproché. C'est dans cette organisation que les patients sont orientés vers un suivi par un gestionnaire de cas.

Il y a 6 niveaux de complexité avec le groupe 1 pour la complexité minimale, les groupes 2 à 4 pour la complexité moyenne, le groupe 5 pour une complexité forte et le groupe 6 pour une complexité maximale. Les niveaux 5 et 6 sont considérés comme les soins les plus complexes (figure 1).

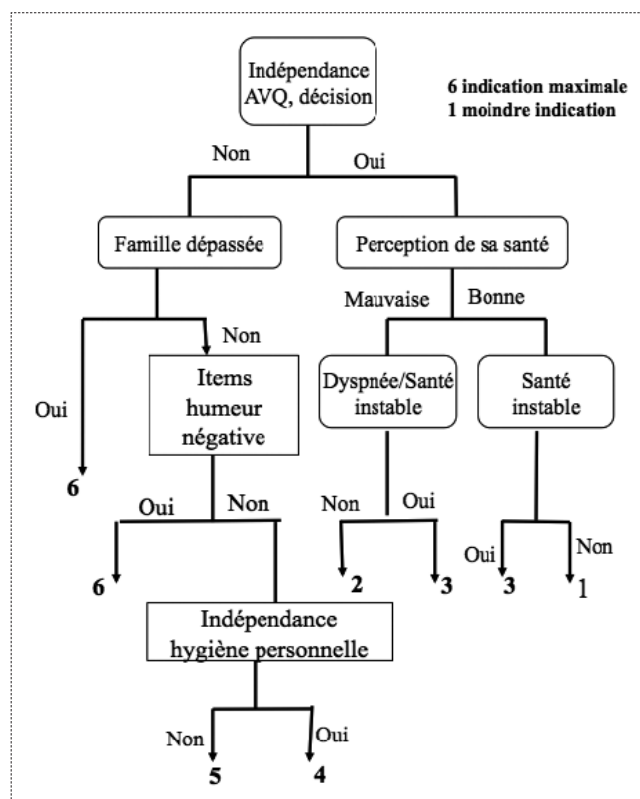


Figure 1 : Algorithme complexité des soins et urgence à une évaluation complète

Les items pris en compte pour cet algorithme sont :

- indépendance modifiée ou toute déficience dans la prise des décisions et/ou supervision ou aide physique pour au moins un des actes de la vie quotidienne (bain, hygiène personnelle, habillement de la partie inférieure, locomotion),
- famille dépassée,
- perception de sa santé comme mauvaise,
- items d'humeur négative,
- non-indépendance pour l'hygiène personnelle,
- dyspnée,
- santé instable.

Analyse des données

Les données recueillies sur papier ont été informatisées de façon anonyme dans le logiciel CleanWeb®, solution informatique pour la démarche InterRAI permettant d'utiliser en routine les algorithmes. L'analyse statistique a calculé les mesures de positions avec les moyennes, les pourcentages et les écarts-types.

Résultats

Caractéristiques cliniques avec les données sociodémographiques et les paramètres de santé

Les patients âgés suivis en HAD avaient une moyenne d'âge de 84 ans avec 48 % de femmes ; 88 % habitaient dans leur logement et 26 % vivaient seuls. Dans 96 % de l'échantillon, il existait un aidant naturel identifié représenté principalement par le conjoint et/ou les enfants. Dans plus de 30 % des situations, les aidants étaient en difficulté, c'est-à-dire qu'ils exprimaient des sentiments de détresse, colère et dépression et rapportaient qu'ils se sentaient dépassés par la maladie de la personne âgée aidée (tableau I).

Sur les paramètres de santé, les patients de l'échantillon étaient poly-pathologiques (nombre moyen de pathologies de 2,6) avec principalement des maladies cardio-vasculaires et des cancers. Les patients âgés présentaient des difficultés cognitives pour la prise de décisions courantes dans 68 % des cas avec une dégradation récente chez 38 % d'entre eux ; ils souffraient également d'une humeur dépressive dans 39 % des cas. Ils étaient majoritairement non indépendants pour la réalisation des activités de la vie quotidienne (AVQ) et des activités instrumentales (AIVQ),

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques

	% (n)	Mean (SD)
Âge		84,2 (6,0)
– 75-84 ans	64 (32)	
– 85 ans et plus	36 (18)	
Sexe, femmes	48 (24)	
Lieu de vie		
– Habitation privée	88 (44)	
– Chez apparenté	10 (5)	
– Foyer communautaire	2 (1)	
Vit seul	26 (13)	
Vit accompagné		
– Avec le conjoint uniquement	46 (23)	
– Avec autre(s)	28 (14)	
Présence d'au moins un aidant naturel principal	96 (48)	
– Conjoint (époux, compagnon)	45,8 (22)	
– Enfant ou bel enfant	29,2 (14)	
– Autre membre de la famille	14,6 (7)	
– Autres (voisin, ami, etc.)	10,4 (5)	
Aidant en difficulté (détresse, colère, dépression et se sent dépassé par la maladie)	33,3 (16)	

surtout pour le bain/douche et le ménage courant. Sur la totalité de l'échantillon, 70 % se déclaraient douloureux, avec principalement des douleurs sévères et intolérables, et une majorité des patients était dénutrie (54 %). Enfin, 72 % de l'échantillon percevait sa santé comme passable et mauvaise, et l'état clinique était considéré comme instable sur le plan cognitif, fonctionnel et de l'humeur chez 52 % (tableau II).

Modalités de prise en charge

Les modalités d'interventions étaient polyvalentes, auprès de ces patients âgés en HAD, et intéressaient principalement les plaies complexes à 32 %, les soins palliatifs à 26 % et les soins de support à 16 %. Parmi les médications, les plus représentées sont surtout les molécules à visée cardio-vasculaires (82 %), les psychotropes (48 %) et les antalgiques de paliers 3. Il y avait au moins un soin technique quotidien dans 54 % des cas et au moins deux dans 40 %. Il s'agissait principalement des thérapies intra-veineuses et/ou sous-cutanées, dans 46 %, des pansements complexes, dans 42 % et des soins drainages dans 22 %. Les interventions étaient multi professionnelles avec plus de 3 professionnels intervenants dans plus de 80 % des

Tableau II : Paramètres de santé

	% (n)	Mean (SD)
Diagnostic principal et secondaire		
Nombre de diagnostics		2,6 (0,5)
– Pathologie dermatologique	36 (18)	
– Cancer	56 (28)	
– Maladies cognitives	14 (7)	
– Diabète	38 (19)	
– HTA	64 (32)	
– Maladie de l'appareil circulatoire, hors HTA	58 (29)	
Facultés cognitives pour les décisions courantes, non indépendant (indépendance relative ou déficience)	68 (34)	
Changement des facultés pour prendre les décisions par rapport à 90 jours auparavant		
– Amélioration	16 (8)	
– Pas de changement	46 (23)	
– Dégradation	38 (19)	
Items d'humeur triste, déprimée ou sans espoir, au cours des 3 derniers jours	38 (19)	
Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), non indépendant (supervision ou toute aide hors préparation)	84 (42)	
– Préparation des repas	94 (47)	
– Ménage courant	78 (39)	
– Gestion des médicaments	78 (39)	
– Escaliers montés ou descendus (12-14 marches)		
Activités de la vie quotidienne (AVQ), non indépendant (indépendance relative ou déficience)	70 (35)	
– Bain douche	62 (31)	
– Hygiène personnelle	62 (31)	
– Habillage de la partie inférieure du corps	48 (24)	
– Locomotion		
Dyspnée, essoufflement, oui	36 (18)	
Douleurs, oui	68 (34)	
Intensité de la douleur :		
– Légère	20,6 (7)	
– Modérée	32,3 (11)	
– Sévère à intolérable	47,1 (16)	
Chute, une ou plus dans les 90 derniers jours	42 (21)	
État nutritionnel des 3 derniers jours		
– Réduction notable de la quantité consommée	10 (5)	
– Perte de poids > 5 % / 30 j, ou > 10 % / 6 mois	54 (27)	
– Régime spécial (CNO, gélifié, nutrition entérale)	66 (33)	
Perception de son état de santé		
– Excellente	0	
– Bonne	30 (15)	
– Passable	34 (17)	
– Mauvaise	36 (18)	
Problèmes de santé ou maladies qui rendent instable l'état cognitif, les AVQ, l'humeur ou le comportement	52 (26)	

situations cliniques. Les soins infirmiers sont toujours présents, viennent ensuite l'intervention de la diététicienne dans 82 %, l'aide-soignante/auxiliaire de vie dans 68 %, le kinésithérapeute et l'ergothérapeute respectivement dans 68 et 42 % des cas, le travailleur social et l'aide-ménagère dans plus de 40 % des situations, enfin la biologie dans 78 % des cas (tableau III).

Niveaux de complexité des soins

Le niveau des soins les plus complexes (groupes 5 et 6) concernait 74 % de l'échantillon avec 40 % pour les soins de complexité maximale et 34 % pour les soins de complexité forte. Les soins de complexité moyenne intéressaient 18 % de l'échantillon et le niveau minime 8 % des situations cliniques suivies en HAD (tableau IV).

Discussion

Notre étude montrait que les patients âgés suivis en HAD présentaient une intrication de problématiques médico-psychosociales avec des difficultés cognitives, des incapacités fonctionnelles, des douleurs mal maîtrisées et des aidants en souffrance. Par ailleurs, les modalités d'intervention étaient polyvalentes avec des soins techniques fréquents et des interventions pluridisciplinaires associant de l'aide, du soin et de la rééducation. Enfin, une large majorité des patients présentaient un haut niveau de complexité des soins en HAD, nécessitant un suivi rapproché sur le long terme.

Dans un quart des situations, les patients âgés vivaient seuls malgré la complexité des situations cliniques et des nombreuses problématiques de santé. Ce résultat s'explique, d'une part, par l'âge élevé de notre échantillon et le risque de comorbidités et, d'autre part, par la volonté des personnes âgées à vouloir rester à domicile le plus longtemps possible et de repousser l'entrée en institution [11]. Une très large proportion avait un aidant identifié et ce résultat s'explique par le fait qu'il s'agit d'une condition recherchée mais non obligatoire pour une entrée en HAD. Cela sous-tend que cet aidant est partie prenante du projet de retour à domicile et peut participer dans la réalisation des activités instrumentales et des activités de la vie quotidienne. Il est montré que l'aidant est de plus en plus sollicité à domicile et qu'il produit une large majorité des soins [12, 13]. Plus d'un tiers de notre échantillon d'aidants se dit

Tableau III : Modalités de prise en charge

	% (n)
Intervention principale :	
– Pansements complexes et soins spécifiques	32 (16)
– Soins palliatifs	26 (13)
– Soins de support	16 (8)
• Surveillance post chimiothérapie	8 (4)
• Nutritions artificielles	8 (4)
– Traitement intraveineux	8 (4)
– Autres traitements	8 (4)
– Soins de nursing lourds	6 (3)
– Rééducation orthopédique et neurologique	2 (2)
Médications :	
– Paliers 3	40 (20)
– Anticoagulation	42 (21)
– Insulinothérapie	22 (11)
– Psychotropes	48 (24)
– Cardio-vasculaire	82 (41)
– Chimiothérapie <i>per os</i>	6 (3)
– Antibiotiques	20 (10)
Soins techniques :	
– Aucun soin technique	6 (3)
– Un soin technique	54 (27)
– Au moins deux soins techniques	40 (20)
Types de soins techniques :	
– Cathéter intra-vésical ou sonde urinaire	8 (4)
– Thérapie par voie parentérale	46 (23)
– Oxygénothérapie ou VNI	8 (4)
– Soins d'ulcères et/ou d'escarres	42 (21)
– Soins de stomie, trachéotomie, et/ou drains	22 (11)
– Nutrition artificielle (NED, NPAD)	12 (6)
Interventions professionnels :	
– Un professionnel	2 (1)
– Deux professionnels	4 (2)
– Trois professionnels	14 (7)
– > Trois professionnels	80 (40)
Types de professionnels :	
– Infirmier(e)s (IDE)	100 (50)
• dont nécessité de 2 passages/jour	44 (22)
• dont nécessité de 1 passage/jour	48 (24)
– Aide-soignant(e) et auxiliaire de vie	68 (34)
• dont nécessité de 2 passages/jour	40 (20)
• dont nécessité de 1 passage/jour	24 (12)
– Kinésithérapeute	68 (34)
– Ergothérapeute	42 (21)
– Diététicien(ne)	82 (41)
– Travailleur social (ASE)	44 (22)
– Aide-ménagère	42 (21)
– Service de repas à domicile	10 (5)
– Biologiste / examen de laboratoire	78 (39)

en détresse, colère et/ou se sent dépassé par la maladie de la personne suivie. Un certain nombre de travaux montre une augmentation des problèmes de santé chez les aidants comme des pathologies somatiques, des syndromes

Tableau IV : Niveau de complexité et indication à une évaluation complète

Groupes	Niveau complexité soins	% (n)
Groupe 6	Maximale	40 (20)
Groupe 5	Forte	34 (17)
Groupe 4	Moyenne	2 (1)
Groupe 3	Moyenne	12 (6)
Groupe 2	Moyenne	4 (2)
Groupe 1	Faible	8 (4)

dépressifs et des fragilités cognitives [14, 15]. Par ailleurs, cette charge incombée aux aidants peut être un facteur majeur d'hospitalisation et d'entrée en institution, en particulier pour la population âgée avec des troubles cognitifs [16]. Mais on dispose de peu de données sur les aidants et leur vécu, dans le cadre du suivi des patients âgés en HAD, alors que les politiques publiques privilégient le développement de ce type d'hospitalisation.

Cette population âgée en HAD présentait par ailleurs des comorbidités multiples avec des difficultés cognitives et des incapacités fonctionnelles secondaires. Une large partie de la population n'est pas indépendante pour la prise de décisions courantes avec une dégradation récente sur les 90 derniers jours. Il s'agit d'un indicateur de la fragilité cognitive qui peut être multifactorielle compte tenu des pathologies sous-jacentes et du risque important de iatrogénie. Étant donné que seulement 14 % des patients de l'échantillon avaient reçu un diagnostic de pathologie cognitive, on peut se poser la question de l'accès possible ou pas vers un diagnostic précoce lors d'une éventuelle pathologie [17]. Par ailleurs, la présence des douleurs est élevée malgré le recours fréquent aux opioïdes forts ; ces résultats peuvent s'expliquer par la forte prévalence des cancers. Mais il apparaît dans notre étude une distorsion importante entre les besoins d'antalgie et les ressources mises en place. Il a été montré que la gestion des douleurs était largement perfectible en HAD et qu'il y avait un retard dans l'ajustement des traitements en fonction des modifications de l'état clinique des patients [18]. Enfin l'échantillon des patients identifiait son état de santé comme passable et mauvais. Il est montré que la santé perçue est un indicateur pertinent pour mesurer l'état de santé des populations [19]. C'est pourquoi une santé perçue passable et mauvaise traduit une grande fragilité clinique et un risque d'hospitalisation dans les 30 jours [20]. Dans le même sens, 52 % des patients avaient un état clinique instable au regard du cognitif, fonctionnel, humeur et comportement.

Les prises en charge des personnes âgées en HAD étaient polyvalentes avec des pansements complexes, des soins de support et des soins palliatifs au premier chef. Ce résultat doit être interprété avec prudence car il y avait un seul type d'intervention retenu par patient qui constituait l'intervention dite principale. En effet, dans le cadre du suivi des personnes âgées poly-pathologiques, les interventions sont multiples et il n'est pas rare d'avoir, par exemple, un pansement complexe et du soin palliatif ou un traitement intra-veineux dans le cadre d'un soin de support. Il y avait, par ailleurs, une très probable sous-estimation du soin de nursing car, compte tenu des incapacités fonctionnelles sévères de l'échantillon, il est difficile d'imaginer qu'il n'y ait pas de l'aide pour les activités de la vie quotidienne associée. La polymédication était forte et les médicaments à risque étaient très nombreux dans cette population à risque qui vivait à domicile. En effet, il est montré que les anticoagulants, les psychotropes, l'insulinothérapie et les antalgiques de paliers 3 augmentent le risque de iatrogénie et celui de re-hospitalisation [21]. Les soins techniques étaient fréquents dans notre échantillon et caractérisent les prises en charge en HAD qui se distinguent des autres offres de services à domicile par des soins de types hospitaliers. Ce résultat était aussi en lien avec les problématiques de santé et la forte proportion de soins de support et de soins palliatifs qui caractérisaient l'échantillon. Il est montré que les soins palliatifs à domicile sont souvent associés à des soins techniques avec une proportion non négligeable de nutriments artificielles, de surveillances post-chimiothérapie et d'assistance respiratoire [22]. Enfin, la prise en charge en HAD était pluri-professionnelle pour cette population de patients âgés avec un noyau constitué d'une infirmière, d'une aide-soignante, d'une diététicienne et d'un professionnel de la rééducation. Ce résultat montre l'importance, pour l'HAD, de disposer d'équipes pluridisciplinaires coordonnées avec des expertises multiples et une bonne connaissance des soins en gériatrie, compte tenu de la diversité des prises en charge [23].

Le niveau de complexité des soins était élevé dans cet échantillon de patients âgés en HAD puisqu'une très large proportion était d'un très haut niveau. La complexité est un concept souvent difficile à appréhender tant les situations médico-psychosociales sont variées ; on sait toutefois qu'elle est marquée par des situations cliniques instables avec un risque d'aggravation et un haut risque de décès [24]. Nos résultats montrent aussi qu'il est possible de prendre en charge des patients avec des problématiques gériatriques à domicile. Par conséquent, le développement de l'HAD permettrait le transfert d'une partie des soins gériatriques de l'hospitalisation conventionnelle vers le lieu de

vie de ces patients. Par ailleurs, comme l'HAD peut intervenir conjointement en SSIAD et en EHPAD en produisant des soins complexes, elle pourrait structurer l'offre des services de proximité par une expertise gérontologique renforcée. C'est pourquoi, la « gériatrisation » des soins de première ligne pourrait passer par le recrutement de médecins coordinateurs gériatres en HAD avec une activité mobile dans les services de proximité. Ces réorganisations nécessitent de développer des études comparatives pour montrer si le renforcement des soins de première ligne permettrait d'éviter le recours vers l'hospitalisation conventionnelle. Enfin, l'instrument interRAI-CA permet d'identifier cette population de patients âgés avec un haut niveau de complexité des soins et un suivi rapproché. Il est montré qu'une prise en charge par un gestionnaire de cas *versus* une prise en charge usuelle augmentait la qualité de l'intervention et évitait certaines hospitalisations [25]. Si l'ensemble de l'offre de service à domicile utilisait la même démarche RAI, on pourrait tendre vers l'implantation d'un outil commun partagé sur les territoires.

Notre étude présentait un certain nombre de limites. Même si l'échantillon était représentatif des patients suivis sur Paris intramuros et la proche banlieue, il n'est probablement pas représentatif de la population de patients âgés français. Par ailleurs, il existe une grande diversité d'organisation entre HAD en France et la ressource en termes de professionnels n'est probablement pas la même d'une HAD à l'autre. Le fait que l'HAD de l'APHP soit l'une des plus importantes HAD en termes d'activité peut expliquer la grande variabilité des interventions et leur polyvalence. Enfin, la ressource médicale est variable d'un territoire à l'autre et peut expliquer certains résultats comme la rapidité dans la réponse au symptôme de la douleur par exemple. Il faudrait dans un travail futur rapporter les résultats, en termes de paramètres de santé, à la présence et au déplacement à domicile du médecin traitant.

L'échantillon des patients âgés suivi en HAD présentait une complexité médico-psychosociale rendant la prise en charge gériatrique indispensable à domicile. Utiliser un outil commun d'évaluation des besoins avec les autres professionnels du domicile et renforcer le suivi sur le long terme de cette population âgée constituent des perspectives de développement pour répondre aux besoins de cette population en situation complexe.

Aucun conflit d'intérêts déclaré

Références

1. Landi F, Liperoti R, Russo A, Capoluongo E, Barillaro C, Pahor M, *et al.* Disability, more than multimorbidity, was predictive of mortality among older persons aged 80 years and older. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2010;63:752-9.
2. Somme D, de Stampa M. Ten years of integrated care for the older in France. *International Journal of Integrated Care*. 2011; Spec. 10th Anniversary Ed. e141.
3. de Stampa M, Vedel I, Buyck JF, Lapointe L, Bergman H, Beland F, *et al.* Impact on hospital admissions of an integrated primary care model for very frail elderly patients. *Arch Gerontol Geriatr*. 2014 May-Jun;58(3):350-5.
4. Brown CJ, Foley KT, Lowman JD Jr., *et al.* Comparison of posthospitalization function and community mobility in hospital mobility program and usual care patients: A randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2016;176:921-7.
5. FNEHAD (Fédération Nationale des Hospitalisations A Domicile), Rapport activité 2016-2017.
6. Ministère de la santé. Circulaire N° DHOS/O3/2006/506 du 1^{er} décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile (HAD). Paris, 2006.
7. Ministère de la santé. Circulaire N° DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD). Paris, 2013.
8. Leff B, Burton L, Mader SL. Comparison of functional outcomes associated with Hospital at Home care and traditional acute hospital care. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57:273-8.
9. Hirdes J, Curtin-Telegdi N, Poss J, Gray L, Berg K, Stolee P, Declercq A. InterRAI Contact Assessment (CA) form and User's manual: A screening level assessment for emergency department and intake from community/hospital. 2010; Version 9.2.
10. de Stampa M, Cerase V, Bagaragaza E, Lys E, Alitta Q, Gammelin C, *et al.* Implementation of a Standardized Comprehensive Assessment Tool in France: A Case Using the InterRAI Instruments. *Int J Integr Care*. 2018 Apr 18;18(2):5.
11. IFOP. Sondage « Les Français et la mort en 2010 ». Paris : Institut français d'opinion publique (IFOP). 2010 ; http://www.ifop.fr/media/poll/1283-1-study_file.pdf.
12. Emanuel E, Fairclough D, Slutsman J, Alpert H, Baldwin D, Emanuel L. Assistance from family members, friends, paid care givers, and volunteers in the care of terminally ill patients. *N Eng J Med*. 1999;341:956-63.
13. Buyck JF, Bonnaud S, Boumendil A, Andrieu S, Bonenfant S, Goldberg M, *et al.* Informal caregiving and self-reported mental and physical health: results from the Gazel Cohort Study. *Am J Public Health*. 2011 Oct;101(10):1971-9.
14. Carretero S, Garcés J, Ródenas F, Sanjosé V. The informal caregiver's burden of dependent people : theory and empirical review. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009;49:74-9.
15. Pinquart M, Sörensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging*. 2003;18:250-67.
16. Gaugler JE, Yu F, Krichbaum K, Wyman JF. Predictors of nursing home admission for persons with dementia. *Med Care*. 2009;47(2):191-8.
17. Haute Autorité de Santé (HAS) Alzheimer : diagnostiquer tôt et optimiser le parcours de soins. Médecine Générale. Juin 2018.
18. Gache H. Quelle est la qualité du contrôle de la douleur chez les patients adultes admis en hospitalisation à domicile ? Thèse de Médecine, Université Paris Descartes, Année 2006.
19. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*. 1997;38(1):21-37.
20. Farkas J, Nabb S, Zalete-Kragelj L, Cleland JG, Lainscak M. Self-rated health and mortality in patients with chronic heart failure. *European Journal of Heart Failure*. 2009;11(5):518-24.
21. Bonnet-Zamponi D, d'Arailh L, Konrat C, Delpierre S, Lieberherr D, Lemaire A, *et al.* Optimization of Medication in AGEd multicenter randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 2013 Jan;61(1):113-21.
22. Boisserie-Lacroix L, Marquestaut O, de Stampa M. [Palliative care at home: patient care pathways and clinical characteristics]. *Santé Publique*. 2017 Nov-Dec;29(6):851-9.
23. de Stampa M, Marquestaut O, Mac E, Loffredo ML, Andrieu M. [Coordination in hospital-based home care]. *Soins Gerontol*. 2014 May-Jun;107:33-4. French.
24. Campbell SE, Seymour DG, Primrose WR. A systematic literature review of factors affecting outcome in older medical patients admitted to hospital. *Age and Ageing*. 2004;33:110-5.
25. Parsons M, Senior H, Kerse N, Chen MH, Jacobs S, Vanderhoorn S, *et al.* Should care managers for older adults be located in primary care? A randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 2012 Jan;60(1):86-92.