



HAL
open science

Profils et décès des patients âgés à domicile, hospitalisation en fin de vie : l'HAD est-elle une solution ?

Milène Desroziers

► **To cite this version:**

Milène Desroziers. Profils et décès des patients âgés à domicile, hospitalisation en fin de vie : l'HAD est-elle une solution ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2013. hal-01733873

HAL Id: hal-01733873

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733873>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

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

Par

Milène DESROZIERS

Le 15 octobre 2013

PROFILS ET DECES DES PATIENTS AGES A DOMICILE, HOSPITALISATION EN FIN DE VIE : L'HAD EST-ELLE UNE SOLUTION ?

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur A. BENETOS	Président
M. le Professeur P. KAMINSKY	} Juges
M. le Professeur P. ESCHWEGE	
Mme le Docteur S. SIEGRIST	
Mme le Docteur A. BUREL	
	Directeur de thèse

**Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Henry COUDANE**

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

Assesseurs :

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

DOYENS HONORAIRES

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

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY

Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
 Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT -
 François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de
 LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS

Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
 Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone
 GILGENKRANTZ

Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques
 LACOSTE

Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre
 LEDERLIN Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU -
 Michel MERLE

Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT -
 Francis PENIN Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-
 Marie POLU - Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT -
 Michel RENARD - Jacques ROLAND

René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle
 SOMMELET

Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ -
 Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL

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

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

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

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

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

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

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

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

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

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

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

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

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

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

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

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

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

Professeur Ali DALLLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

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

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

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

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

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

Professeure Marie MACHOUART

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

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

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

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

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

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

Professeur Christophe PARIS

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

Professeur Henry COUDANE

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

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

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

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

Professeur Pierre FEUGIER

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

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

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

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

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT
Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

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

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

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

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

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

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

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

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

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

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

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

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

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

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

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

Professeur Jean PAYSANT

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

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

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

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

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

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

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

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

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

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

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

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

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

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

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

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

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

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

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

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

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

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

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

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

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

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

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

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

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

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

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

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

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

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

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

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

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

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

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

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

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

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

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

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

Docteur Damien MANDRY

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

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

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

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

Docteur Mathias POUSSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

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

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

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

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

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

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

Docteure Sandrine HENARD

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

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

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

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

Docteure Isabelle THAON

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

Docteur Laurent MARTRILLE

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

Docteur Nicolas JAY

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

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

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

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

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

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

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

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

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

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

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

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

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

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

Docteur Fabrice VANHUYSE

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

Docteur Stéphane ZUILY

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

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

Docteure Laure JOLY

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

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

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

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

Monsieur Alain DURAND

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

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

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

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

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

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

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

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

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

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

REMERCIEMENTS

A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DE JURY

Monsieur le Professeur Athanase BENETOS

Professeur de Médecine Interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant la présidence de cette thèse.

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez accordée et de vous être intéressé à ce sujet.

Nous vous sommes particulièrement reconnaissant d'avoir accepté de suivre et de soutenir ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et notre profond respect.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur de Médecine Interne

Vous avez accepté simplement et spontanément de juger ce travail.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre reconnaissance et notre profond respect.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Pascal ESCHWEGE

Professeur d'Urologie

Qui nous fait l'honneur de siéger à ce jury de soutenance de thèse.

Soyez assuré de notre sincère reconnaissance et de tous nos remerciements.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Madame le Docteur Sophie SIGRIEST

Médecin Généraliste, maître de conférences associé de Médecine Générale

Nous vous remercions d'avoir accepté spontanément de faire partie de notre jury ainsi que pour vos conseils pour la réalisation de cette thèse.

Veillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

A NOTRE DIRECTEUR ET JUGE

Madame le Docteur Aline BUREL

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail, cette thèse est aussi la tienne.

Ton approche humaine et sensible de la médecine, et plus particulièrement de la gériatrie, m'a donné envie de réaliser ce travail, à tes côtés.

J'ai apprécié tes judicieux conseils (notamment pour le choix des citations, m'évitant ainsi quelques cocasseries) et ta disponibilité tout au long de cette thèse.

Merci d'avoir cru en moi,

Je te serai éternellement reconnaissante.

A mes parents,

Qui m'ont permis d'être là aujourd'hui

Vous m'avez transmis des valeurs essentielles à l'exercice de la médecine

Vous m'avez toujours encouragée et soutenue dans mes choix

Merci pour votre amour

Soyez assurés du mien et de mon éternelle reconnaissance.

A Camille, ma sœur et à Julien son mari,

Votre aide m'a toujours été précieuse, notamment grâce à la fameuse casquette « Apple » de Julien, qui a débloqué de nombreuses situations angoissantes et stressantes pour la néophyte que je suis.

Vous avez toujours été présents pour moi, je le serai pour vous en toutes circonstances,

Et A Clément, mon frère,

Même si on s'appelle peu, tu sais que tu peux compter sur moi.

Soyez tous les trois assurés de tout mon amour.

A mes grands-parents, paternels et maternels,

Qui m'ont aimée et soutenue durant toutes ces années.

Soyez assurés de mon amour éternel.

A François, mon parrain,

Tu es parti habiter sous le soleil (et tu as bien raison) espaçant ainsi nos rencontres.

Malgré la distance, tu seras certainement présent aujourd'hui, comme tu l'as toujours été aux moments importants de ma vie.

Et à Marie-Hélène, ma marraine,

Tu vois, c'est avec beaucoup de fierté que je porte une robe aujourd'hui, même si on est loin de celles que tu rêvais de me voir porter. Je ne suis peut-être pas la filleule que tu espérais sur le plan vestimentaire mais toi tu es une marraine parfaite.

Merci pour votre bienveillance, pour votre soutien et pour tout le reste,

Soyez assurés de toute mon affection.

A mes oncles et tantes,

Alex et Caro,

Qui ont su me communiquer leur amour pour la médecine générale,

Colette,

Ma kiné préférée, capable de me remettre sur pied au propre comme au figuré, tu as toujours répondu présente, et c'est promis, je serai présente à tes côtés quand tu en auras besoin.

Et à tous les autres.

A mes cousins, cousines,

Qui ont toujours mis beaucoup de bonne volonté pour suivre l'évolution de mes études

A qui je répondais invariablement depuis dix ans : « je suis en xième année...et il m'en reste encore... » : dorénavant c'est bel et bien terminé ! Merci pour votre soutien durant toutes ces années.

Merci pour votre présence, vos encouragements, et trouvez ici le témoignage de mon affection la plus sincère.

A ma belle-famille,

Qui m'a accueillie les bras ouverts,

Merci pour votre soutien et votre bienveillance.

A mes amis,

A Léopoldine,

« Ma » co-interne, tu l'as été trois semestres de suite, tu le resteras à jamais !

Nous avons vécu notre première frayeur d'interne en médecine B à Verdun. Cela faisait une demi-journée que nous étions interne et un patient du service s'était retrouvé soudainement dans le coma. Après avoir réfléchi à ce qu'il pouvait bien y avoir comme étiologie dans nos cours, je me souviens de ta question : « qu'est-ce qu'on fait à ton avis ? » et moi courageusement, vu que le patient n'était pas de « mon côté » du service, je t'ai répondu : « je n'en sais rien, ce n'est pas mon patient, c'est le tien ! ». Par la suite nous avons partagé nos doutes, nos peines et nos joies et malgré ces apparences trompeuses, tu sais que tu pourras toujours compter sur moi.

Merci pour cette amitié qui a enjolivé mes trois années d'internat, et encore beaucoup d'autres j'espère !

A Noémie,

Durant notre année de colocation tu m'as transmis ta recette des quenelles sans œuf, j'ai apprécié à sa juste valeur ton goût pour le choix des nappes, et ton ingéniosité pour inventer de nouveaux sports (je pense notamment au fameux ski en chaussettes sur parquet !).

Mais nous avons aussi beaucoup travaillé, discuté de cas cliniques, de concours blancs et finalement passé l'internat qui nous a séparées : tu es partie à l'autre bout de la France.

Je viendrai te voir si tu me promets de me faire des roses des sables.

Merci pour ton amitié, ton soutien et ton aide au cours de ces années, sois assurée de la mienne.

A Aurélie,

Grâce à toi je sais que les cachets n'existent plus depuis longtemps, je sais ce qu'est un palindrome (mais je ne sais pas forcément l'écrire) grâce au gallinacé que tu avais ingénieusement nommé « BOB » mais surtout j'ai pu réussir ma première année de médecine grâce à la bonne ambiance qui a régné dans notre colocation pendant trois ans.

Merci pour ta bonne humeur et ton humour, et merci à Guillaume aussi,

Notre amitié a résisté à l'éloignement jusqu'à ce jour et j'espère pour toujours.

A mes amis devenus vétérinaires,

Les gens sont toujours surpris lorsque je leur dis qu'il est plus facile de devenir médecin que vétérinaire ! L'année passée à vos côtés restera une expérience unique, subtil mélange de stress, de camaraderie et de délire.

Merci pour ces excellents moments et encore félicitations à vous qui avez intégré et qui êtes installés maintenant !

A mes amis d'enfance : Sophie, Estelle, Marc et Pierre,

Le temps passe mais l'amitié reste, même si, je l'avoue, je ne prends pas suffisamment de vos nouvelles, vous occupez une place à part et vous pourrez toujours compter sur moi.

Merci pour votre amitié, et soyez assurés de la mienne.

A mes maîtres de stages :

Monsieur le Docteur Dominique DEVAUX et Monsieur le Docteur Laurent DACCORDI,

Vous m'avez tous deux donné goût à la médecine et à la clinique.

J'admire votre vision humaine de la médecine qui m'inspire et me motive chaque jour.

Merci pour vos judicieux conseils, votre soutien et votre patience.

Je vous serai éternellement reconnaissante.

Monsieur le Docteur Christophe CREUSAT et Madame le Docteur Sophie MARCHAL,

Vous avez été mes premiers chefs et j'en garde un excellent souvenir tant sur le plan professionnel que humain.

Merci de m'avoir offert un premier semestre de rêve.

Monsieur le Docteur Julien TRAUTEMANN,

Tu as toujours su faire preuve de disponibilité malgré ton emploi du temps chargé, que ce soit au cours de mon semestre dans ton service ou pour la réalisation de cette thèse.

Merci pour ton aide, sois assuré de toute ma reconnaissance.

Monsieur le Docteur Franck ROUNG et Monsieur le Docteur Anto PAVLAJSEVIC,

Vous m'avez fait découvrir votre activité de médecine générale et grâce à vous j'ai pu me rendre compte que beaucoup de mes préjugés sur cette activité libérale étaient faux et cela m'a donné une vision nouvelle, pleine de perspective vis-à-vis de ce mode d'activité.

Monsieur le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT, ainsi qu'aux Docteurs Marie CONRAD et Yoann PICARD,

Vous m'avez accordé de votre temps et avez répondu à mes questions avec patience. J'ai découvert grâce à vous le monde de la réanimation médicale, ce qui m'a beaucoup plu même si mes connaissances en la matière étaient parfois limitées. J'ai beaucoup appris à vos côtés, merci pour votre indulgence et l'énergie que vous avez su trouver pour me former.

A toute l'équipe de la Brigade de Sapeurs-Pompiers de Paris : médecins, infirmiers et conducteurs,

Merci pour votre accueil chaleureux et surtout merci de m'avoir fait bénéficier d'une telle formation ! Vous m'avez tous accordé de votre temps et m'avez fait partager vos

connaissances me permettant ainsi de me forger une solide expérience pour l'activité pré-hospitalière.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

*A toute l'équipe, médicale et paramédicale, du Service d'Accueil des Urgences de Toul,
Depuis mon externat vous me voyez évoluer dans votre service, merci à tous pour tout ce que vous m'avez appris, merci pour votre patience et votre bonne humeur. C'est toujours pour moi un plaisir de venir travailler avec vous.*

*A mes collègues de travail et confrères, aux infirmières rencontrées dans les services de Verdun, Neufchâteau et Nancy,
Merci pour votre soutien et votre gentillesse.*

A Aurélia,

Tu as fais preuve de beaucoup de patience pour supporter mon stress durant toutes ces années d'études.

Tu ne m'as jamais reproché les heures passées à étudier (qui sont pourtant nombreuses depuis que l'on s'est rencontrées) et tu m'as toujours soutenue dans mes choix.

Tu as toujours cru en moi (parfois plus que moi-même).

Tu es le soutien dont tout le monde rêverait et si je suis ici aujourd'hui c'est en grande partie grâce à toi et ce travail est aussi le tien.

Mais tu es bien plus que ça,

Tu es l'amour de ma vie.

Au bonheur, passé et à venir, de vivre à tes côtés.

À tous ceux que j'ai oubliés, veuillez me pardonner.

SERMENT

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Liste des abréviations :

- HAD : Hospitalisation A Domicile
- EHPAD : Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes
- CSP : Code de la Santé Publique
- GHT : Groupe Homogène de Tarif
- DIM : Département d'Informatique Médical
- SAU : Service d'Accueil des Urgences
- ARS : Agence Régionale de Santé
- SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile
- CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
- PCA : Patient Controlled Analgesy ou Pompe à Morphine
- PAC : Port à Cath ou Chambre à site d'injection implantable
- SAMR : Staphylocoque Aureus Meti R
- HBP : Hypertrophie Bénigne de Prostate
- SNG : Sonde Naso Gastrique
- TA : Tension Artérielle
- MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
- OMS : Organisation Mondiale pour la Santé
- SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

Table des Matières

Liste des abréviations :	17
Introduction	20
1 HAD : Théorie.....	22
1.1 Historique	22
1.2 Définition Juridique.....	22
1.3 Conditions d'admissions dans un service d'HAD.....	22
1.3.1 Soins concernés :	22
1.3.2 Conditions liées à la situation du patient.....	23
1.3.3 Conditions administratives	23
1.4 Décision d'admission	23
1.5 Prise en charge	23
1.6 Situation particulière des patients vivants en EHPAD.....	24
• Soins palliatifs :	24
• Prise en charge de la douleur :	25
1.7 Le régime financier de l'HAD :	25
1.7.1 Cadre juridique	25
1.7.2 L'HAD comme acteur de la maîtrise des coûts ?.....	26
1.8 Présentation de l'HAD de Neufchâteau et couverture Lorraine HAD.....	26
2 Description de l'étude sur Neufchâteau	28
2.1 Objectifs :	28
2.2 Matériel et Méthode :	28
2.2.1 Déroulement de l'étude :	28
2.2.2 Recrutement des patients :	29
2.2.3 Critères de jugement.....	30
2.2.4 Facteurs étudiés	30
2.2.5 Protocole et Analyse statistique :	31
2.3 Résultats	31
2.3.1 Critère principal de jugement.....	31
2.3.2 Critères secondaires.....	31
2.3.3 Caractéristiques de la population étudiée.....	33
2.3.4 Etude descriptive des 6 cas de décès en HAD	37
2.3.5 Chiffres de la mortalité au niveau régional et national	43

3	Discussion	46
3.1	Les biais de l'étude.....	46
3.2	Les freins de l'HAD :	46
3.3	Un nombre de décès en HAD limité : quelques pistes de réflexion.....	50
3.4	Des décès en milieu hospitalier toujours aussi importants au niveau national et une cinétique surprenante dans notre étude	52
3.5	Finir ses jours à domicile via l'HAD, oui, mais pas pour tous :	52
3.6	Le financement :	53
3.7	Les autres solutions de maintien à domicile en fin de vie :.....	54
	Lexique :.....	58
	Annexes	59
	Bibliographie.....	66

Introduction

Aujourd'hui, la part des personnes de plus de 70 ans dans la population française ne cesse de progresser, alors même que les maisons de retraite ou les structures d'accueil spécialisées ne sont pas accessibles financièrement à tous. Le maintien à domicile est donc encouragé le plus longtemps possible pour cette tranche d'âge de population, d'autant plus que cela est souvent bénéfique pour le bien-être du senior (1).

Le maintien à domicile des personnes âgées apparaît comme la réponse adaptée à leurs besoins. Les seniors sont heureux de pouvoir rester dans leur environnement familial, maintenant ainsi leur équilibre, limitant la perte d'autonomie et la désocialisation (2). Même si la personne a besoin de soins réguliers, il existe aujourd'hui de nombreuses solutions pour garder la personne à domicile tout en assurant les soins dont elle a besoin via une hospitalisation à domicile et un suivi régulier (1).

Simone de Beauvoir a dit : «Tous les hommes sont mortels : mais pour chaque homme sa mort est un accident et, même s'il la connaît et y consent, une violence indue» (3) : la mort est un passage obligé pour chacun d'entre nous.

En 2010, on observe un réel décalage entre le désir, pour 81% des français (4), de mourir à domicile et la réalité du terrain qui montre que 58% de la population meurt dans un établissement de santé (5) et que seul 25% des décès surviennent à domicile (4)

Il fut un temps où il était naturel de donner, ou de perdre la vie, à domicile. Cette époque semble révolue et, de nos jours, le domicile n'est plus considéré comme un lieu propice ni à la naissance, pour des raisons élémentaires de sécurité, ni à la fin de vie, pour des raisons qui ne sont pas totalement claires (6). Une large majorité de la population française décède en milieu hospitalier et aujourd'hui, s'éteindre à l'hôpital semble être la règle (7).

Problème : la prise en charge de la mort ne figure pas explicitement parmi les missions de l'hôpital (5). Elle y reste un tabou et son évocation déstabilise le personnel hospitalier, et notamment médical, qui la vit parfois comme un échec.

Et même si la décision de finir ses jours à domicile est prise, les trajectoires de fin de vie conduisent très largement les patients à l'hôpital dans les derniers instants (4). En effet, 16% des patients morts à l'hôpital décèdent 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 (5). On assiste en effet à l'arrivée inopinée aux urgences de malades dont la fin de vie est prévisible, dans un contexte qui ne s'y prête pas.

Seulement 20% des malades qui meurent à l'hôpital bénéficient de soins palliatifs et la qualité de la prise en charge des fins de vie à l'hôpital dépend (comme pour l'ensemble des autres spécialités) des pratiques locales. La fin de vie, sujet d'actualité, est pourtant relativement bien encadrée et codifiée depuis 2005 avec la Loi Léonetti (8), qui, comme le souligne le président du conseil national de l'Ordre des médecins, le Docteur Legmann, couvre plus de 98% des situations de fin de vie. Mais cette loi, selon lui, reste méconnue des professionnels de santé et de la population, c'est pourquoi l'ordre des médecins propose de promouvoir une meilleure connaissance de cette loi (9).

Comment expliquer ces écarts entre souhait et réalité ? Est-il vraiment utopique, à l'heure actuelle, d'envisager de s'éteindre à domicile, dans un environnement familial ? Doit-on médicaliser la mort à tout prix ? Y a-t-il un profil type de patients qui auront la chance de finir leurs jours à domicile, malgré la nécessité d'une assistance médicale ?

Le travail entrepris ici a pour but d'évaluer l'efficacité d'une des nombreuses structures permettant un maintien à domicile des personnes âgées en fin de vie: l'hospitalisation à domicile (HAD).

Nous avons réalisé une étude comparative rétrospective, au sein des services hospitaliers de médecine de Neufchâteau, du nombre de décès de personnes de plus de 70 ans sur deux périodes clés : Six mois avant la mise en place de l'hospitalisation à domicile et six mois après. La mise en place de l'HAD sur le secteur de Neufchâteau a-t-elle permis de réduire le nombre de fins de vie en milieu hospitalier, favorisant ainsi les décès à domicile ? Retrouve-t-on un ou plusieurs profils cliniques particuliers chez les patients qui décèdent à domicile en HAD ?

Nous verrons dans une première partie le cadre légal régissant l'HAD puis nous développerons le schéma et les résultats de notre étude, que nous discuterons dans un dernier temps.

1 HAD : Théorie

1.1 Historique

Apparue il y a un peu plus de cinquante ans en France, l'hospitalisation à domicile (HAD) s'est peu à peu structurée et affirmée dans le paysage sanitaire. Elle constitue désormais une forme d'hospitalisation à part entière apportant des soins continus et coordonnés à des patients souffrant de pathologies graves, aiguës ou chroniques. Par principe polyvalente et généraliste, l'HAD collabore avec de multiples acteurs, en particulier les professionnels de santé libéraux (10).

1.2 Définition Juridique

L'HAD est une structure de soins alternative à l'hospitalisation. Elle permet d'assurer, au domicile du patient, des soins médicaux et paramédicaux importants, pour une période limitée mais renouvelable en fonction de l'évolution de son état de santé. Elle a pour finalité d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation en établissement (11).

Elle se fait sur demande du médecin traitant, en accord avec le médecin coordonnateur du service d'HAD, si les conditions sont réunies (11).

1.3 Conditions d'admissions dans un service d'HAD

1.3.1 Soins concernés :

L'hospitalisation à domicile permet de réaliser : (11)

- des soins ponctuels, notamment en cas de maladies non stabilisées (chimiothérapie),
- des soins de réadaptation au domicile, notamment en cas de maladie cardiaque, de traitement orthopédique ... ,
- des soins palliatifs.

1.3.2 Conditions liées à la situation du patient

L'hospitalisation à domicile est envisagée si : (11)

- le patient est hospitalisé et le médecin estime que les soins peuvent être poursuivis chez lui,
- ou le médecin juge que l'état du malade n'exige pas un séjour à l'hôpital,
- les conditions de logement du malade le permettent (l'assistante sociale fera une enquête),
- le patient et sa famille sont d'accord.

1.3.3 Conditions administratives

Il faut que :

- le patient réside dans une zone géographique couverte par une structure d'hospitalisation à domicile,
- et que cette structure dispose d'un nombre de lits suffisant pour l'accueillir.

1.4 Décision d'admission

La décision d'admission appartient au médecin coordonnateur de la structure d'hospitalisation à domicile, sur demande du médecin traitant ou du médecin hospitalier en charge du patient (11).

Après la décision d'admission, le patient doit :

- notifier par écrit son accord,
- obtenir de sa caisse d'assurance maladie l'accord de prise en charge.

1.5 Prise en charge

L'hospitalisation à domicile est prise en charge à 80% par l'assurance maladie, comme toute hospitalisation sauf si cette hospitalisation a lieu dans une situation ouvrant droit à la prise en

charge à 100% pour une affection de longue durée par exemple (11). Le patient bénéficie également d'une dispense d'avance de frais pour l'ensemble des dépenses engendrées au cours de cette hospitalisation (12).

1.6 Situation particulière des patients vivants en EHPAD

La circulaire DHOS-DGAS en date du 5 octobre 2007 précise les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées. L'idée première était de raccourcir voir d'éviter des hospitalisations de résidents, sources de désorientation pour eux, mais également de limiter le passage non préparé de ces patients aux urgences limitant ainsi l'engorgement de ces dernières et les coûts liés au transport (13).

Pour ce qui nous intéresse dans le cadre de ce travail, nous pouvons citer :

- **Soins palliatifs :**

Il s'agit de la prise en charge, par l'ensemble de l'équipe médicale, sociale et soignante, d'un patient et de son entourage atteint par une pathologie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital. Cette prise en charge vise à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage (11).

La prise en charge des soins palliatifs peut être assurée par une structure d'HAD en EHPAD si elle nécessite une mobilisation importante de moyens relationnels (d'ordre psychothérapeutique) ainsi que techniques (ex. : équilibrage difficile). Il peut également s'agir d'un ajustement quotidien du traitement par voie orale ou parentérale du fait de la permanence et de l'instabilité de symptômes pénibles requérant un contrôle technique et une surveillance rapprochée.

- **Prise en charge de la douleur :**

Ce mode de prise en charge comporte l'évaluation médico-soignante de la douleur, la mise en place du traitement, l'évaluation et les réajustements des thérapeutiques (11) .

La prise en charge de la douleur peut être assurée par une structure d'HAD en EHPAD si sa mise en œuvre nécessite l'utilisation d'une pompe PCA (11).

1.7 Le régime financier de l'HAD :

1.7.1 Cadre juridique

Depuis la loi de financement de la Sécurité Sociale 2006 (11) et à compter du 1er janvier 2006, tous les établissements d'HAD, publics ou privés, sont financés pour la totalité de leur activité par une tarification à l'activité.

Ceci nécessite le recueil d'informations médicalisées. Les établissements de santé ayant une activité d'HAD ont l'obligation de procéder à une analyse de leur activité d'après l'article L. 6113-7 du CSP (11).

Pour la rémunération des établissements d'HAD, on se base sur un « groupe homogène de tarif » (GHT), qui représente chaque jour où le patient est pris en charge à domicile. Chaque journée dans un GHT est codée par un programme informatique avec quatre variables de tarification :

- mode de prise en charge principal,
- mode de prise en charge associé (s'il existe),
- indice de Karnofsky (degré de dépendance du malade, cf Lexique)
- durée de prise en charge au sein d'une même séquence de soins.

(Annexe 1)

L'arrêté du 31 janvier 2005 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'HAD (11) et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (14), définit les règles de facturation des GHT aux caisses d'assurance maladie. Le II de l'article 5 de l'arrêté du 31 janvier 2005 (15) stipule notamment qu' : « Un forfait « groupe

homogène de tarifs » est facturé pour chaque journée où le patient est hospitalisé à son domicile ». Il existe 31 tarifs différents en fonction de la lourdeur des soins dispensés.

1.7.2 L'HAD comme acteur de la maîtrise des coûts ?

L'HAD semble être un mode de prise en charge économique. C'est ce que montre une étude nommée « L'hospitalisation à domicile, une alternative économique pour les soins de suite et de réadaptation » de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) de juillet 2006 (16). Il révèle qu'en dehors de toute complication, le coût de fonctionnement moyen journalier est 1,6 fois plus élevé en hospitalisation complète qu'en HAD : 263 euros en hospitalisation complète de SSR contre 169 euros en HAD.

Compte tenu de l'évolution démographique de la population et des besoins de prise en charge spécifiques qui en découlent, la création de 10 000 places d'HAD, par rapport à autant de places en SSR, pourrait représenter une économie de près de 350 millions d'euros par an, ce qui, dans la conjoncture actuelle, n'est pas négligeable.

1.8 Présentation de l'HAD de Neufchâteau et couverture Lorraine HAD

L'HADOV, l'Hospitalisation A Domicile de l'Ouest Vosgien, qui nous intéresse ici, est une structure privée, à but non lucratif, de type associatif régie par la loi 1901 et créée par la réunion de trois promoteurs : Les Centres Hospitaliers de Neufchâteau et Vittel, les Hôpitaux Locaux de Darney Mirecourt Lamarche et la Mutualité Française (17). Cet établissement, dont les locaux administratifs se trouvent au sein de l'hôpital de Neufchâteau, a ouvert ses portes le 11 janvier 2010 avec une capacité de 13 lits. Ouvert 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, la continuité des soins est assurée en dehors des horaires d'ouverture par une astreinte téléphonique. Les intervenants sont :

- deux médecins coordonnateurs travaillant à mi-temps avec une formation de médecine générale et une activité hospitalière parallèle,
- six infirmières salariées de la structure,
- une cadre de santé coordinatrice,
- une assistante sociale,

- une secrétaire,
- une directrice,
- une psychologue,
- un comptable.

Sur la période du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2011, l'HAD a pris en charge 226 patients totalisant ainsi 3 873 journées d'hospitalisation, tous modes de prise en charge confondus, avec 54% d'hommes et une moyenne d'âge de 68,2 ans (18).

Il existe bien évidemment d'autres HAD en Lorraine : (19)

HAD Bar-le-Duc, HAD Bitche, HAD Boulay, Antenne HAD de Commercy, HAD Epinal, HAD Freyming-Merlebach, EV'HAD Gerardmer, Antenne HAD de Gorze, HAD Joef, HADAM Metz, HAD de Mont-Saint-Martin, HADAN Nancy, HADOV Neufchâteau, HAD de l'OHS, Antenne HAD de Remilly, HAD Sarrebourg, HAD Thionville, HAD Verdun.

(Figure 1)



Figure 1 : répartition et couverture géographique des HAD de Lorraine. (19)

2 Description de l'étude sur Neufchâteau

Aujourd'hui en lorraine, il existe de nombreuses solutions pour maintenir les personnes âgées à domicile le plus longtemps possible. Les motivations sont avant tout économiques, mais ce n'est pas pour déplaire aux personnes âgées qui se plaisent dans leur environnement si l'organisation du quotidien y est adaptée. Figurent en bonne place les réseaux gériatriques et l'hospitalisation à domicile.

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective mono-centrique, réalisée sur deux périodes : de janvier à juin 2009 puis de janvier à juin 2011, avec création de l'HAD sur le secteur de Neufchâteau en 2010.

2.1 Objectifs :

Etudier quantitativement le nombre de décès en service hospitalier de médecine de Neufchâteau avant et après la mise en place de l'HADOV afin de voir si on observe un transfert de certains décès hospitaliers vers des décès à domicile en HAD.

Etudier le profil clinico-pathologique et environnemental de ces patients décédés à domicile en HAD.

2.2 Matériel et Méthode :

2.2.1 Déroulement de l'étude :

L'étude porte sur trois populations différentes : (Figure 2)

- Période de 6 mois précédant la mise en place de l'HAD : étude des patients en secteur hospitalier de médecine de janvier à juin 2009. Nous noterons cette population « 2009 Médecine » dans les graphiques et figures.

- Période de 6 mois suivant la mise en place de l'HAD :
étude des patients en secteur hospitalier de médecine de janvier à juin 2011.
Nous noterons cette population « 2011 Médecine » dans les graphiques et figures.

- Période de 6 mois suivant la mise en place de l'HAD :
étude des patients hospitalisés à domicile de janvier à juin 2011.
Nous noterons cette population « 2011 HAD » dans les graphiques et figures.

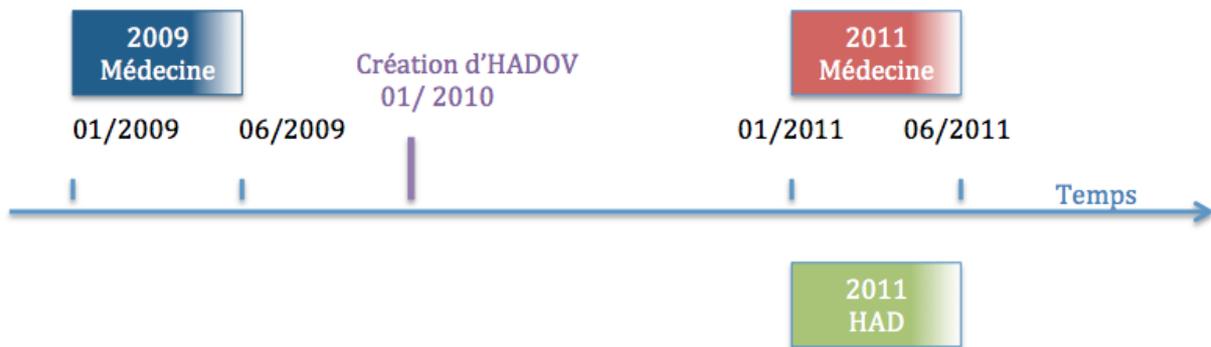


Figure 2 : Représentation schématique en fonction du temps de nos trois populations.

2.2.2 Recrutement des patients :

Les patients ont été recrutés au sein de l'hôpital de Neufchâteau, dans les deux services de médecine que comporte cet établissement et en HAD

2.2.2.1 Critères d'inclusion

- Etre hospitalisé et décédé en médecine A ou B à l'hôpital de Neufchâteau du 01/01/2009 au 30/06/2009 ou du 01/01/2011 au 30/06/2011.
Ou être hospitalisé et décédé du 01/01/2011 au 30/06/2011 en HAD de Neufchâteau.
- Etre âgé de 70 ans ou plus.
- Toutes pathologies confondues.

2.2.2.2 Critères de non inclusion :

- Etre hospitalisé et décédé en médecine A ou B à l'hôpital de Neufchâteau en dehors des périodes sus-citées.
- Ne pas être décédé au cours d'une hospitalisation en médecine A ou B à l'hôpital de Neufchâteau au cours des périodes sus-citées.
- Etre hospitalisé et décédé en HAD de Neufchâteau en dehors de la période sus-citée.
- Ne pas être décédé au cours d'une hospitalisation HAD de Neufchâteau au cours de la période sus citée.
- Avoir moins de 70 ans.

2.2.3 Critères de jugement

2.2.3.1 Critère de jugement principal

Le nombre de décès.

2.2.3.2 Critères secondaires

Le nombre de jours d'hospitalisation.

Le passage ou non par le service d'accueil des urgences pour les patients de médecine.

Le motif d'hospitalisation.

2.2.4 Facteurs étudiés

L'âge.

Le sexe.

La provenance : domicile, EHPAD, avec ou sans famille, avec ou sans aides en place.

Les comorbidités associées : Néoplasiques, cardiovasculaires, Neurologiques, Pulmonaires, Diabétiques, Cutanées, Démences.

Le recours ancien ou récent à une HAD.

2.2.5 Protocole et Analyse statistique :

Etude réalisée de façon rétrospective, par audit de dossiers, suite à une extraction informatique réalisée par le DIM de Neufchâteau en ce qui concerne les patients des services de médecine et par le personnel de l'HAD pour les patients y étant hospitalisés, avec l'aide d'une grille de relevé d'information (Annexe 2). Les données ont été anonymisées.

Pour l'analyse statistique, nous avons utilisé :

- le test de probabilités exactes de Fisher pour les variables qualitatives,
- le test de Kruskal-Wallis pour les variables quantitatives en raison de petits effectifs.

Les tests sont considérés comme positifs avec un seuil d'erreur de 5%.

2.3 Résultats

2.3.1 Critère principal de jugement

Pour le critère principal de jugement, nous retrouvons, parmi les 86 patients inclus dans l'étude la répartition suivante: 28 décès sur la première période et, pour la seconde période, 52 décès en médecine et 6 en HAD.

2.3.2 Critères secondaires

Pour le premier critère, le nombre de jour d'hospitalisation, on retrouve une moyenne de séjour sensiblement identique dans les trois groupes, entre 12 et 14 jours sans différence significative. (Tableau 1)

Tableau 1 : Moyenne de durée des séjours pour les trois populations étudiées.

	Moyenne de durée des séjours en jours
2009 Médecine	12,9
2011 Médecine	14,2
2011 HAD	12,5
P	0,7707

Pour le second critère, les patients hospitalisés en secteur passent très majoritairement par le service d'accueil des urgences :

- 89,3% pour 2009 Médecine
- 90,4% en 2011 Médecine. (Tableau 2)

Tableau 2 : Mode d'admission de l'ensemble des patients étudiés (n=86).

	Passage par le SAU		Admission directe par Médecin traitant		Admission par service hospitalier	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2009 Médecine	25	89,3	3	10,7	0	0
2011 Médecine	47	90,4	5	9,6	0	0
2011 HAD	0	0	2	33,4	4	66,6

Enfin pour le dernier critère secondaire, les motifs d'hospitalisation, étudiés ici uniquement pour les patients de 2009 Médecine et 2011 Médecine (n= 80), on retrouve une alternance entre ces deux populations. En effet, en 2009, le principal recours est pour une altération de l'état général (64,3% versus 35,7%) alors qu'en 2011, il s'agit essentiellement d'épisodes aigus (53,8% versus 46,2%). (Figure 3)

	Groupe 2009 Médecine N=28 (35,0%)		Groupe 2011 Médecine N=52 (65,0%)	
	N	%/moy	N	%/moy
Motif d'hospitalisation				
Episode aigu	10	35,7	28	53,8
Altération état général	18	64,3	24	46,2

Figure 3 : Motif d'hospitalisation pour les patients de 2009 Médecine et 2011 Médecine (n=80).

2.3.3 Caractéristiques de la population étudiée.

2.3.3.1 Profils cliniques des patients des trois groupes :

La moyenne d'âge est pratiquement la même dans les trois groupes, entre 82 et 83,9 ans, la population d'HAD étant la moins âgée, on retrouve des hommes en très grande majorité.

En ce qui concerne les comorbidités associées, les trois populations sont relativement homogènes pour les antécédents cardiovasculaires qui sont largement représentés dans les trois groupes (entre 71,4% et 83,3%), pour les antécédents neurologiques qui concernent un tiers des patients de chaque groupe et pour les antécédents pulmonaires qui touchent environ un quart de ces populations (notons que cette proportion tombe à 16,7% pour les patients de 2011 HAD).

En revanche, on retrouve des disparités pour les néoplasies qui intéressent largement les patients de 2009 Médecine (67,9%) et ceux de 2011 HAD (66,7%) alors qu'elles ne concernent qu'un tiers des patients de 2011 Médecine (38,5%). De même, les plaies cutanées touchent jusqu'à dix fois plus de patients de 2011 HAD que ceux des 2009 et 2011 Médecine. Le diabète, dont souffrent près de 15% des patients de 2009 et 2011 Médecine, n'est pas présent chez ceux de 2011 HAD, et enfin les démences sont deux fois moins représentées chez les patients de 2011 Médecine avec 7,7% de patients atteints alors qu'elles avoisinent les 15% pour les patients de 2009 Médecine et 2011 HAD. (Figure 4)

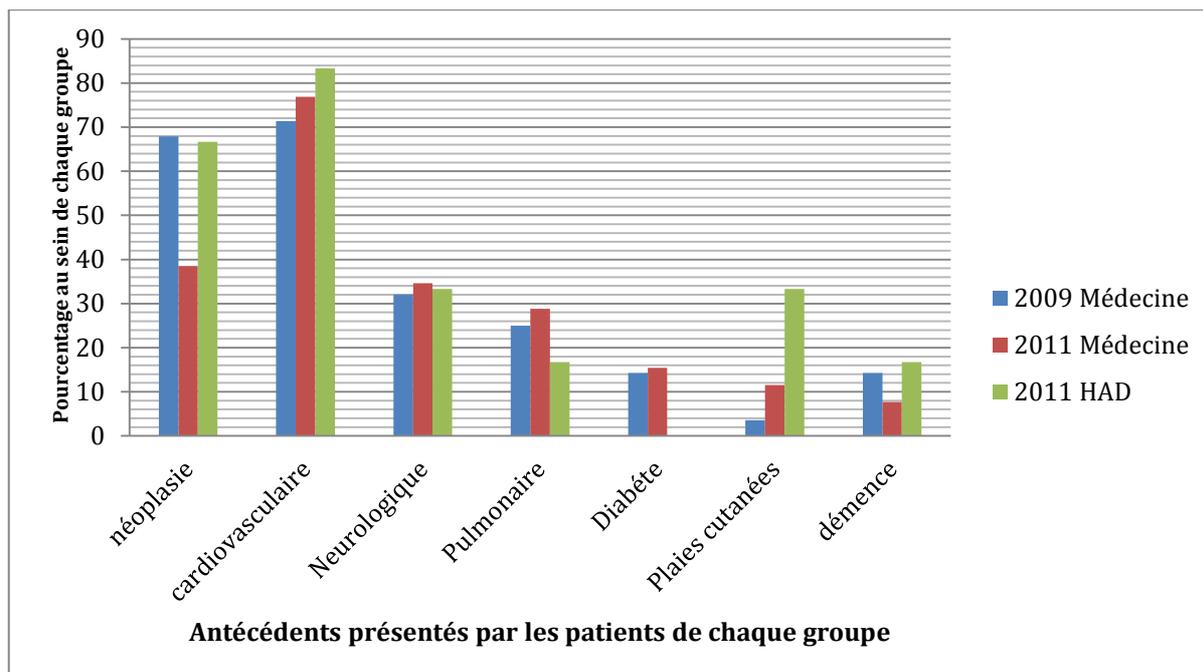


Figure 4 : Profil clinique de l'ensemble des patients étudiés (n=86).

2.3.3.2 Provenance et profil clinique

En ce qui concerne la provenance du patient avant son hospitalisation, en 2009 on retrouve majoritairement des patients bénéficiant de la présence de leur famille et d'aides déjà en place (57,1%), ce chiffre diminue de moitié chez les patients de 2011 Médecine. Parallèlement la proportion de patients seuls à domicile sans aide, elle, est multipliée par cinq. On constate un doublement de la proportion de patients provenant d'une EHPAD entre 2009 Médecin et 2011 Médecine (21,4% contre 42,3%). On observe donc une modification de la répartition de la provenance des patients (domicile ou EHPAD) de type 1/5-4/5 en 2009 à 1/2-1/2 en 2011.

Les patients de 2011 HAD sont majoritairement entourés de leur famille (5 sur 6) avec aide (33,3%) ou sans aide (50%). (Tableau 3)

Tableau 3 : Caractéristiques sociodémographiques des patients (n=86).

	2009 Médecine		2011 Médecine		2011 HAD	
Moyenne d'âge	83		83,9		82,2	
Sexe	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Homme	18	64,3	29	55,8	4	66,7
Femme	10	35,7	23	44,2	2	33,3
Provenance						
Domicile avec famille sans aide	3	10,7	9	17,3	3	50
Domicile avec famille avec aide	16	57,1	13	25	2	33,3
Domicile seul sans aide	1	3,6	8	15,4	0	0
Domicile avec aide	2	7,2	0	0	0	0
Total domicile	22	78,6	30	57,7	5	83,3
EHPAD	6	21,4	22	42,3	1	16,7

Nous avons réalisé une étude de l'âge et du sexe en fonction de la provenance des patients de 2009 Médecine et 2011 Médecine.

- On retrouve des patients significativement plus âgés en EHPAD par rapport à ceux encore à domicile (p=0,0311).
- En revanche, pas de différence significative par rapport au sexe (p=0,2014).
- On note cependant que la population provenant des EHPAD est majoritairement féminine quand elle est majoritairement masculine pour celle provenant du domicile. (Figure 5)
- Les patients seuls à domicile et ne bénéficiant d'aucune aide sont plus nombreux que ceux ayant des aides en place à domicile (11,2% contre 2,5% de la totalité des effectifs des deux groupes) mais paradoxalement plus âgés (moyenne d'âge de 85,1 ans contre 80 ans). (Tableau 4)

	Domicile N=52(31,2%)			EHPAD N=28 (35,0%)		p**
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	
Age du patient	15	82		28	87,2	0,0311
Sexe du patient						0,2014
Homme	35	67,3		12	42,9	
Femme	17	32,9		16	57,1	

Figure 5: Ages et sexe des patients des groupes 2009 Médecine et 2011 Médecine en fonction de leur provenance (n=80).

Tableau 4: Age et sexe des patients des groupes 2009 Médecine et 2011 Médecine en fonction de leur environnement social, selon leur provenance (n=80).

N=nombre de patients (% par rapport à l'ensemble des patients de l'étude = 80)	Moyenne d'âges	Sexe du patient		
			Homme	Femme
Domicile N=52 (65%)	82 ans	Nombre Soit	35 67,3%	17 32,7%
Avec Famille sans aide N=12 (15%)	82,8 ans	Nombre Soit	9 75%	3 25%
Avec Famille avec aide N=29 (36,3%)	80,3 ans	Nombre Soit	20 69%	9 31%
Seul sans aide N=9 (11,2%)	85,1 ans	Nombre Soit	5 55,6%	4 44,4%
Seul avec aide N=2 (2,5%)	80 ans	Nombre Soit	1 50%	1 50%
EHPAD N=28 (35%)	87,2 ans	Nombre Soit	12 42,9%	16 57,1%

2.3.4 Etude descriptive des 6 cas de décès en HAD

2.3.4.1 Mme H., 75 ans, hospitalisée du 14 au 22/06/2011

Antécédents

- Adénocarcinome de la tête du pancréas traité par une ligne de chimiothérapie, compliqué d'un syndrome occlusif récent avec majoration progressive, une échographie endoscopie est prévue à Gentilly le 8 juin 2011,
- HTA, avec cardiopathie hypertrophique,
- Septicémie sur PAC à SAMR et Candida Albicans sans projection embolique infectieuse en échographie transthoracique ni au scanner corps entier.

Index de Karnofski à 40%.

Environnement social

Vit à domicile avec son mari, une fille très présente.

Ménage et repas cinq jours par semaine.

Motif d'admission

Antibiothérapie intra veineuse pour poursuite d'un protocole hospitalier.

Prise en charge complémentaire : Nursing lourd (cf Lexique), rééducation orthopédique.

Histoire de la maladie

Patiente hospitalisée en médecine B depuis le 5 mai 2011 pour un syndrome occlusif, avec repose d'endoprothèse duodénale en juin 2011 permettant une reprise de l'alimentation orale et d'un transit. Survenue d'une infection sur PAC à SAMR et Candida Albicans avec nécessité de poursuivre l'antibiothérapie en HAD. Dégradation clinique avec altération de l'état général justifiant la mise en place de morphine avec PCA le 21/06 associée à un arrêt de la kinésithérapie mobilisatrice et à un maintien alité. Décès de la patiente le 22/06/2011.

2.3.4.2 Mme B, 91 ans, hospitalisée du 24/12/2010 au 1/02/2011

Antécédents

- Tassements vertébraux multiples,
- Pace Maker en 2009,
- Surdité non appareillable,
- Cataracte,
- Polyarthrose,
- Fracture du poignet droit avec auto greffe osseuse,
- Prothèse de genou Droit,
- Escarre sacré stade III (Annexe 3)

Indice de Karnofski   30%.

Environnement social

Deux filles très présentes.

Aides à domicile, 12h par semaine : ménage, aide à la cuisine et à la toilette.

Motif d'admission

La patiente ne souhaite plus être hospitalis e et souhaite finir sa vie à domicile. Un entretien psychologique a été effectué auprès de la patiente et de ses filles pour évaluer la situation à domicile et anticiper une conduite à tenir la plus confortable possible pour la patiente.

Histoire de la maladie

Patiente adress e par son médecin traitant dans un contexte de fin de vie, avec des difficultés d'acceptation de la situation par les deux filles, très présentes à domicile. Initialement, refus de la part de la patiente d'une hydratation sous-cutan e associ e à des phénomènes algiques au moment de la toilette et aux changements de position motivant l'arrêt de l'hydratation sous-cutan e remplac e par une hydratation de confort si elle est possible ainsi que le renforcement du traitement antalgique avec Instanyl  à la demande et en prévention des mobilisations. En parallèle, renforcement du confort avec achat d'un matelas curatif anti

escarres (pris en charge par indemnités soins palliatifs en relais de l'HAD) et réalisation de soins de bouche pluriquotidiens.

En cours de prise en charge HAD, on note une altération de l'état général, avec une prise en charge difficile de la douleur (échelle doloplus-2) (Annexe 4). La patiente a repris l'alimentation très modérément et s'hydrate très peu. Une prise en charge avec la psychologue a permis aux filles de verbaliser les angoisses devant cette situation et de mieux les accompagner dans les jours précédents le décès de leur mère. Décès de la patiente le 7/04/2011.

2.3.4.3 Mr L, 77 ans, hospitalisé du 8/4 au 11/4/2011

Antécédents

- AVC hémorragique sous AVK en mai 2011,
- BPCO post tabagique,
- Insuffisance respiratoire chronique,
- Escarre talon Droit stade 1, escarre fesse Droite stade III (Annexe 3).

Indice de Karnofski à 30%.

Environnement social

Veuf, vit à domicile chez son fils.

Motif hospitalisation

Relais de l'HAD Epinal, suite à la fermeture temporaire de cette structure. Hospitalisé en HAD initialement pour nursing lourd et nutrition parentérale.

Histoire de la maladie

Patient adressé par son médecin traitant initialement pour soins de nursing lourds et alimentation parentérale par SNG. Un épisode de détresse respiratoire aiguë le 10/4 au matin, motive un premier passage aux urgences d'Epinal le 10/04 avec retour à domicile après concertation avec le médecin traitant. Le 11/04 nouvelle désaturation brutale associée à une

polypnée et à un tirage sus claviculaire motivant la prescription de morphine à visée anxyolitique et décès du patient dans la journée.

2.3.4.4 Mr C., 79 ans, hospitalisé du 13/06 au 16/06/2011

Antécédents

- Prostatectomie (HBP),
- Valvulopathie cardiaque,
- Dépression,
- Dyslipidémie,
- Embolie Pulmonaire en février 2011,
- Endoprothèse biliaire posée en mars 2011,
- Hépatite médicamenteuse à la vancomycine,
- Cholangiocarcinome : chimiothérapie par Gemzar® (gemcitabine) initialement prévue, récusée secondairement devant les complications multiples et la baisse de l'état général.

Indice de Karnofski à 20%.

Environnement social

Vit à domicile avec son épouse, refuse les aides à domicile, relations conjugales compliquées.

Motif d'admission

Soins palliatifs dans le cadre d'un cholangiocarcinome.

Histoire de la maladie

Le patient était hospitalisé depuis mars 2011 en médecine A à Neufchâteau pour altération de l'état général, et devant la non amélioration de l'état général dans un contexte de cholangiocarcinome, le patient a pu être pris en charge à son domicile pour poursuivre la nutrition parentérale et le traitement antalgique morphinique. Il est finalement décédé des suites de cette affection le 16 juin.

2.3.4.5 Mr V., 83 ans, hospitalisé du 16 au 18/02/2011

Antécédents

- Trouble du rythme cardiaque,
- Pace Maker en 2004,
- Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs,
- Hernie discale,
- Cancer des cordes vocales opéré en 1997,
- Tabagisme sevré en 1995,
- Maladie d'Alzheimer.

Indice de Karnofski à 40%.

Environnement social

Vit en EHPAD.

Motif d'admission

Retour à domicile d'un patient hospitalisé pour bilan d'une probable maladie de Charcot. Prise en charge psychosociale ainsi qu'assistance respiratoire et nursing lourd.

Histoire de la maladie

Le patient était hospitalisé en médecine A pour encombrement. En HAD, le patient présente une détresse respiratoire aiguë le 18 février à domicile. A l'arrivée du médecin traitant, le patient est cyanosé, la TA est imprenable, et la respiration est à type de « gasps ». La situation a alors été revue avec le médecin des urgences : en considérant les antécédents du patient et son devenir, la décision de ne pas déclencher les secours a été prise collégialement et le patient a bénéficié d'un accompagnement par morphine. Décès du patient le 18/02/2011.

2.3.4.6 Mr H., 88 ans, hospitalisé du 03/05 au 10/5 puis du 16/04 au 24/05/2011

Antécédents

- Adénocarcinome rectal classé initialement T3N0M0, traité par radio chimiothérapie en 2010, arrêt des traitements décidés par le patient suite à une rectite radique,
- HTA,
- Cardiopathie hypertensive,
- AIT en 2006.

Indice de Karnofski à 30%.

Environnement social

Vit à domicile avec son épouse.

Motif d'hospitalisation

Antibiothérapie intra veineuse pour septicémie à Bacteroides fragilis et infection urinaire à Escherichia Coli associé à une prise en charge psycho-sociale.

Histoire de la maladie

Le patient était hospitalisé en médecine B pour une prostatite et est sorti le 3 mai en HAD pour réaliser les trois semaines d'antibiothérapie encore nécessaires. Le patient devient de plus en plus asthénique, et la situation se complique encore suite à l'hospitalisation de son épouse en chirurgie. La dégradation de son état a justifié une réhospitalisation de courte durée en médecine B au cours de laquelle apparaissent des douleurs diffuses traitées par ixprim® ainsi que des difficultés mictionnelles : rôle du tramadol dans ces troubles ? Les médecins décident de mettre en place une antibiothérapie par Flagyl® pour traiter une infection urinaire et réadressent le patient en HAD le 16/05 pour poursuite de l'antibiothérapie. L'évolution est rapidement défavorable et le patient décède le 24/05.

2.3.4.7 Synthèse de ces 6 cas

La majorité (4/6) des patients provient de services hospitaliers, et deux seulement ont une prescription qui émane de leur médecin traitant.

Un seul de ces patients a été pris en charge en EHPAD.

Indice de Karnofski moyen à 30%, le plus élevé à 40% et le plus bas à 20%.

Les antécédents néoplasiques (4/6 patients) et cardiovasculaires (5/6 patients) sont majoritaires dans cette population. Rappelons que les comorbidités cancéreuses sont significativement moins présentes dans la population des plus de 70 ans qui décèdent en service de médecine en 2011 par rapport à 2009.

Il y a qu'un seul cas de démence, très peu de complications cutanées. On ne retrouve aucun cas de diabète.

2.3.5 Chiffres de la mortalité au niveau régional et national

Afin de confronter nos données avec des chiffres de référence, nous avons sollicité l'ARS de Lorraine afin de disposer de données au niveau régional et national. Malheureusement, les chiffres communiqués par l'ARS concernent tous les décès des plus de 70 ans dans tous les services de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) aux niveaux régional et national, données également fournies pour l'HAD au niveau régional et national (il s'agit de données issues de bases PMSI), or notre étude ne concerne que les patients de médecine. Nous tiendrons donc compte de ce biais avant de comparer nos chiffres et les leurs. L'ARS nous a donc fourni les chiffres de décès et d'hospitalisation pour notre population sur les deux périodes étudiées. (Tableau 5) et (Figure 6)

Tableau 5 : Chiffres de décès et du nombre de patients de plus de 70 ans hospitalisés fournis par l'ARS, comparés aux nôtres : pourcentage de décès.

	2009			2011		
	Total	Décès	%	Total	Décès	%
Neufchâteau						
Médecine	609	28	4,60	698	52	7,45
HAD	NA	NA	NA	41	6	14,63
Régional						
MCO	54 630	3 917	7,17	55 788	3 880	6,95
HAD	551	118	21,41	737	181	24,56
National						
MCO	1 357 810	97 289	7,16	1 367 425	96 074	7,02
HAD	24 863	5 255	21,13	30 681	6 381	20,80

Légende :

Total : nombre de patients de plus de 70 ans hospitalisés de janvier à juin.

Décès : Nombre de patients de plus de 70 ans décédés de janvier à juin.

% : pourcentage de décès de patients de plus de 70 ans de janvier à juin.

Médecine : services de médecine de l'hôpital de Neufchâteau.

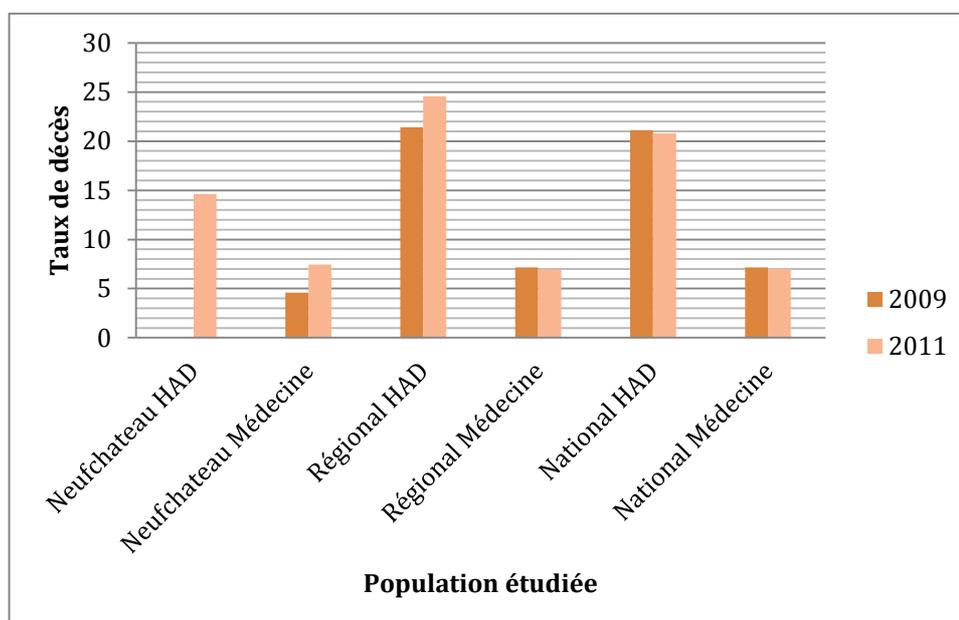


Figure 6 : Evolution du taux de décès des plus de 70 ans dans les différents services étudiés entre 2009 et 2011 : comparaison des chiffres locaux, régionaux et nationaux.

Le taux de décès entre 2009 et 2011 augmente largement dans les services de médecine de Neufchâteau (de 4,60% à 7,45%), rattrapant ainsi la moyenne nationale alors qu'il diminue légèrement au niveau régional 7,17% à 6,95% et national de 7,16% à 7,02%.

Au niveau régional, on assiste, en HAD, à une majoration importante des prises en charge entre 2009 et 2011 passant de 551 à 737 patients hospitalisés en HAD sur ces périodes, soit une augmentation de plus de 32% (Tableau 5) associée à une augmentation du taux de décès (de 21,41% à 24,56%).

Au niveau national, les patients pris en charge par l'HAD sont également plus nombreux en 2011 qu'en 2009 sur les périodes qui nous intéressent avec une augmentation de 23,40% des effectifs et en revanche un taux de décès qui fléchit très légèrement (21,13% à 20,80%). (Figure 6)

Parallèlement le taux de décès en milieu hospitalier diminue aussi bien au niveau régional où il passe de 7,17% à 6,95% entre 2009 et 2011 qu'au niveau national où il passe de 7,16% à 7,02% sur les mêmes périodes. (Tableau 5)

3 Discussion

3.1 Les biais de l'étude

La définition d'une personne âgée n'existe pas de façon claire. En effet l'OMS définit cette population comme étant composée de personnes de plus de 65 ans. En France, on considère cependant que la gériatrie s'applique aux plus de 75 ans (20). Nous avons donc décidé de trancher à mi-chemin entre ces deux définitions, considérant ici que les plus de 70 ans constituent notre population de personnes âgées.

Les périodes ont été définies en 2009, année précédant l'ouverture de l'HAD et en 2011 un an après, lui laissant le temps de se mettre en place. Certes la même étude en 2012 aurait pu donner des résultats encore plus en faveur de cette structure puisqu'il existe une certaine inertie de mise en place pour ce type de structure : se faire connaître, optimiser son mode de fonctionnement, acquérir de l'expérience pour gérer de plus en plus de situations différentes.

Nous avons arbitrairement décidé de travailler sur les six premiers mois de chaque année pour comparer au maximum des pathologies similaires et éviter des biais de circonstances climatiques.

Nous pouvons discuter un biais de recrutement des patients hospitalisés en HAD sur la période concernée, en effet le médecin coordonnateur de l'HAD avait un mi-temps en HAD et un mi-temps en service de médecine B de l'hôpital de Neufchâteau, favorisant l'accès en HAD des patients hospitalisés dans ce service. L'orientation de la médecine B étant hépatogastro-entérologique, gériatrique, addictologique et psychiatrique, celle de médecine A cancérologique, pneumologique et infectiologique. Etant donné le profil clinique des patients décédés en HAD, on peut décemment penser que ce biais n'a eu que très peu d'influence sur nos résultats.

3.2 Les freins de l'HAD :

L'HAD, quand elle est rendue possible par le médecin traitant, est une solution

efficace pour accompagner les patients âgés désireux de finir leurs jours chez eux, que ce soit en EHPAD (qui est le domicile de nombreux patients) ou à domicile. Pourtant, l'accès à cette prise en charge reste compliqué.

Le premier obstacle à la prescription de l'HAD est la méconnaissance de la structure mais également de son fonctionnement par les médecins de ville comme hospitaliers (21). Par principe polyvalente et généraliste, l'HAD collabore avec de multiples acteurs, en particulier les professionnels de santé libéraux. Sur le secteur de Neufchâteau, un courrier avait été envoyé à chaque praticien pour l'informer de l'ouverture de ce service et le médecin responsable de l'HAD nous a confié avoir regretté cette façon de procéder. Il aurait aimé avoir le temps de rencontrer chacun d'entre eux afin de clarifier au maximum ce type de prise en charge et ainsi favoriser son recours en cas de nécessité. Il constate que les prescriptions d'HAD en ville émanent d'un noyau de praticiens quand d'autres n'en ont encore jamais prescrit à l'heure où nous rédigeons cette thèse. En effet, en pratique, l'admission en HAD dépend beaucoup des relations individuelles entretenues entre les médecins généralistes et ceux de l'HAD, les critères d'admission dans ces établissements étant vagues et généralement mal connus (10).

La particularité notable sur le secteur de Neufchâteau, est que le médecin responsable de l'HAD travaillait à mi-temps en service de médecine du Centre Hospitalier de la ville et à mi-temps en HAD comme nous l'avons vu précédemment. Ceci facilite grandement la relation entre ces deux établissements d'une part et d'autre part, ceci favorise la prescription d'une HAD pour un patient : les autres praticiens de Neufchâteau étant de ce fait moins sensibles à ce nouveau mode d'hospitalisation que lui ! En effet, il s'agit d'une option récente dans le parcours de soins et elle n'est pas encore totalement entrée dans les habitudes de prescription des praticiens aussi bien en ville qu'à l'hôpital. La formation et l'information des médecins généralistes semble jouer un rôle important puisque les praticiens formés et informés prescrivent plus d'HAD que les autres (21). Notons que la Faculté de Médecine de Nancy est précurseur en la matière puisqu'elle offre depuis 2003 la possibilité à ses étudiants de réaliser un stage au sein d'une HAD alors que le texte de loi validant ce cursus n'est paru qu'en 2009 avec la loi HPST (22), et qu'il est également possible de valider un diplôme inter universitaire de formation des professionnels d'HAD ouvert aux médecins, kinésithérapeutes, infirmiers, acteurs du milieu sanitaire et social ainsi qu'aux internes du troisième cycle des études médicales.

Une fois cette difficulté passée, une autre se profile: celle de la rémunération du médecin traitant au sein d'une prise en charge HAD. En effet, la rémunération à l'acte habituellement pratiquée ne permet pas de rentabiliser suffisamment le temps nécessaire à accorder aux formalités administratives et à la communication avec l'équipe d'HAD, ceci étant un autre obstacle à sa prescription (21).

Ces deux barrières franchies, de nouvelles se dressent face au praticien de ville, même si au niveau national, les médecins libéraux sont désormais plus enclins à prescrire une HAD dont ils apprécient l'aide logistique et organisationnelle permettant ainsi d'éviter ou de retarder l'hospitalisation complète de leurs patients (10).

Le problème dans la prise en charge de ces patients en médecine générale, semble, d'une part, d'assurer la permanence des soins. En effet, chez ces patients en souffrance et en fin de vie, il faut pouvoir apporter une réponse rapide à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit à un problème donné surtout dans les derniers instants de vie. En ça, l'HAD est une véritable bouffée d'oxygène pour le médecin traitant, ses dispositifs allant de la seule astreinte téléphonique paramédicale, jusqu'à une permanence médicale assurée 24h sur 24 (10) car le médecin généraliste manque de temps et ne peut pas assumer à lui seul une telle couverture horaire.

D'autre part, les prises en charge de plus en plus techniques de certaines pathologies posent souvent problème aux médecins de ville et le personnel médical et paramédical de l'HAD, accoutumé et formé à ces protocoles, présente alors une réelle plus-value dans le maintien à domicile de ces patients (23).

Dans une étude réalisée avec l'HAD de Beauvoisie entre 2006 et 2010 appelée « Développement de l'hospitalisation à domicile, quel engagement pour les médecins généralistes? », les médecins généralistes semblent largement favorables au développement de ce type d'établissement et 72% d'entre eux estiment devoir rester au centre de cette prise en charge. Mais ils sont paradoxalement 58% à souhaiter que le médecin coordonnateur occupe cette place. Il s'agit là d'une ambivalence difficile à expliquer ! Contrôler tout en déléguant, vouloir rester maître des décisions concernant son patient, tout en étant épaulé par un collègue? Cette étude fait également ressortir le problème de la méconnaissance de la structure, dont nous avons déjà parlé, et propose la mise en place de fiches pratiques pour les principaux motifs d'hospitalisation en HAD, un renforcement de la communication ville-hôpital ainsi qu'une formation sur ce qu'est l'HAD associée à une information destinée aux

médecins de ville et tout ceci pourraient faciliter leur adhésion (24).

De plus, même si tous les départements disposent d'au moins un établissement, il existe une inégale répartition de l'offre entre régions mais aussi à l'intérieur de chacune d'entre elles, comme c'est le cas en Lorraine (25). Les zones rurales sont déficitaires en raison de la dispersion des patients et des temps de déplacement élevés qui en découlent. L'offre repose sur des établissements de tailles et de statuts hétérogènes, avec une majorité de petites HAD (moins de 30 places) généralement rattachées à un établissement de santé (public ou privé) alors que les « HAD autonomes » sont souvent plus importantes. Sur Neufchâteau, la création d'une telle structure, rattachée au centre hospitalier de la ville, répond à une carence dans ce secteur rural qu'est l'ouest vosgien. (Figure 1)

Enfin, une admission en HAD nécessite la présence auprès du patient d'au moins un proche de façon quasi continue. Voilà encore un autre problème ! Il peut s'agir du conjoint si son état physique ou mental le permet, d'enfants, de neveux, de membres de la famille au sens large, de voisins bienveillants éventuellement. L'entourage familial, à ce moment de la vie semble plus approprié mais pose de réels problèmes actuellement. En effet la conjoncture actuelle a dispersé les familles sur le plan géographique : on quitte les campagnes pour trouver du travail, pour étudier, on change de ville suite à une mutation, ou pour suivre un conjoint. Nos aînés se retrouvent donc souvent isolés et la mise en place d'HAD est problématique dans ces circonstances.

Malgré tout cela, l'HAD progresse en France (comme nous le verrons un peu plus bas) et c'est une excellente chose. En ce qui concernent les EHPAD, bien que prévu dans les textes de loi (11), le nombre d'hospitalisation en HAD au sein de ce type d'établissement reste modeste malgré l'intérêt pour les personnes âgées d'éviter un transfert à l'hôpital. Cela pourrait être lié à l'insuffisante médicalisation de ces établissements (10) ainsi qu'au manque de personnel dont ils souffrent tous actuellement.

Dans les parcours de soins, l'HAD se situe d'abord en aval de l'hospitalisation complète dont elle permet de raccourcir la durée (10). Pourtant, en fin d'HAD, même si la plupart des patients restent à domicile, une part non négligeable d'entre eux est ré-hospitalisée, surtout ceux qui se dégradent sur le plan clinique. Ceci pourrait expliquer en partie le faible taux de décès en HAD (26). Pourquoi ces patients, à l'état clinique précaire, en

fin de vie, sont-ils transférés vers le service d'accueil des urgences du secteur ? Sont-ils trop faibles pour affirmer leur volonté de rester à domicile ? Cette mort imminente d'un des leurs sous leur toit engendre souffrance et angoisse chez les aidants : espèrent-ils se soulager en délocalisant le patient ?

Qu'en est-il alors de la souffrance et de l'angoisse du mourant dans un univers qui lui est totalement étranger ? Le souhait du patient et son bien-être à cet instant ne devrait-il pas prévaloir sur celui de l'entourage ?

3.3 Un nombre de décès en HAD limité : quelques pistes de réflexion

Soigner à domicile demande une capacité d'adaptation pour le personnel soignant ainsi qu'une collaboration parfois délicate avec les aidants (10). Aidants, sans qui rien n'est possible, mais qui peuvent s'avérer être de véritables freins à la mise en place d'une fin de vie à domicile. En effet cela les confronte à une ambivalence que constitue le fossé entre l'imaginaire d'une mort idéale et sa réalité. Autant chacun idéalise sa mort à son domicile entouré de ses proches, autant il est plus complexe de s'imaginer accompagner un proche mourant chez soi (27). S'il est un lieu symbolique du confort, c'est bien le domicile, évoquant un cocon. Il est donc logique de désirer y finir sa vie tranquillement. Par contre, dès lors qu'il s'agit d'introduire dans ce cocon un être mourant, avec son cortège d'angoisse, d'images d'agonie et de souillure, on bascule nettement dans le registre de l'inconfort. Le désir de protection de l'être aimé, les réelles possibilités humaines et matérielles permettront ou non de passer outre cet inconfort. L'organisation de la fin de vie à domicile se heurte quotidiennement à ce dilemme (27). Et même si l'entourage était demandeur, comme le patient, d'une fin de vie à domicile, une fois les dernières heures arrivées, l'angoisse et la peur prennent le dessus, leur retirant ainsi une partie de leurs capacités de réflexion. Un regard extérieur serait alors nécessaire pour rappeler les lignes de conduites prédéfinies par le patient, évitant ainsi un transfert aux urgences d'un mourant.

Dans son rapport de 2013, l'Observatoire Nationale de la Fin de Vie, grâce à l'enquête « fin de vie en France » menée par l'Institut National des Etudes Démographiques (Ined) en 2010 et publié en 2012, relate la trajectoire domicile/hôpital en fonction du lieu de vie 28 jours avant le décès. Cette étude montre que seul un tiers de personnes qui vivaient à domicile un

mois avant leur décès y meurent réellement et que 12,8% des personnes en fin de vie à domicile sont hospitalisées dans les 24 dernières heures (4).

Une autre étude, anglaise, de 2000, nommée « A randomized controlled trial of a hospital at home service for the terminally ill » (28) qui évaluait l'impact d'une HAD sur la qualité de vie des patients et sur la probabilité de rester à domicile durant les deux dernières semaines de vie, par rapport à un système conventionnel, n'a pas montré de preuve que l'HAD augmentait la probabilité de rester à domicile durant les deux dernières semaines de vie mais elle a mis en évidence qu'elle était associée à une meilleure qualité des soins à domicile.

De plus, les professionnels de santé travaillant en HAD sont très majoritairement jeunes (dans l'HAD de Bagatelle à Bordeaux en 2007, 63% des soignants avaient moins de 34 ans et 66% d'entre eux avaient moins de dix ans d'ancienneté) (29) et manquent par conséquent d'expérience dans le domaine de la fin de vie. La gestion des décès itératifs auxquels ils sont exposés reste problématique.

Une enquête qualitative, « L'hospitalisation à domicile et la prise en charge de la fin de vie : le point de vue des patients et de leurs proches » (30), réalisée via des entretiens semi-dirigés auprès des patients en fin de vie, de leurs proches et de leurs soignants d'HAD en 2002-2003, montre que les patients ont une certaine sollicitude pour les soignants, découvrant leur conditions de travail parfois difficiles lors de leurs nombreuses visites à leur chevet. Les patients se prennent en charge de façon active et très responsable afin de garder une certaine maîtrise des événements et pour soulager les soignants.

Une autre étude qualitative menée en 2011 intitulée « Finir ses jours chez soi. Le prix de la négociation » (31) auprès de tous les acteurs engagés dans la prise en charge de quatre personnes âgées souhaitant finir leurs jours chez elles a permis de mettre au jour une organisation qui favorise la solidarité familiale et le maintien d'une belle image, au détriment de la santé des aidantes âgées.

En conséquence, si un quart des patients d'HAD sont en soins palliatifs, seuls 7% de ces patients meurent effectivement à domicile, ils sont largement ré-adressés aux urgences avant leurs derniers instants (32). Comme nous venons de l'évoquer cela semble lié en partie à l'angoisse de l'entourage mais également parfois à celle des professionnels plus qu'à une réelle dégradation clinique justifiant une sédation pour le confort du patient mais il serait intéressant d'étudier les raisons de réhospitalisation des patients en HAD pour une fin de vie et qui finalement décèdent à l'hôpital afin de mieux comprendre ce phénomène.

3.4 Des décès en milieu hospitalier toujours aussi importants au niveau national et une cinétique surprenante dans notre étude

En effet, nos résultats montrent que le taux de décès dans les services de médecine de Neufchâteau en 2009 (4,60%) était largement inférieur à la moyenne nationale (7,16%) et ce taux double pratiquement en 2011 (7,45%) rattrapant ainsi la moyenne nationale alors qu'il diminue légèrement au niveau régional et national. (Tableau 5)

Nous avons donc recueilli des données au niveau régional afin de tenter d'expliquer cette cinétique surprenante de décès. Nous ne retrouvons pas de cause évidente mais nous pouvons tout de même émettre quelques hypothèses : les épidémies virales plus marquées ? (gastro-enterite, grippe), les conditions climatiques plus altérées ? Une précarité financière plus marquée influençant la qualité de vie des sujets âgés : nourriture, chauffage, entretien du domicile ?

Au niveau régional, on assiste, en HAD, à une augmentation de plus de 32% des prises en charge de patients entre 2009 et 2011 (Tableau 5), reflet de l'essor de ce type d'hospitalisation au niveau régional avec, outre la création d'HADOV, celle de Commercy (5 lits), d'Epinal (30 lits), de Gérardmer (30 lits) et de Sarrebourg (10 lits) (19). Cet essor est associé à une légère augmentation du taux de décès (de 21,41 à 24,55%) alors que ce même taux est relativement stable au niveau national, environs 21%.

Nous noterons qu'au niveau national les patients pris en charge par l'HAD sont également plus nombreux en 2011 qu'en 2009 sur les périodes qui nous intéressent avec une augmentation de 23,40% des effectifs et en revanche un taux de décès qui fléchit très légèrement (21,13% à 20,80%).(Figure 6)

Parallèlement le taux de décès en milieu hospitalier diminue légèrement aussi bien au niveau régional, qu'au niveau national. (Tableau 5)

3.5 Finir ses jours à domicile via l'HAD, oui, mais pas pour tous :

Les comorbidités communes des patients qui décèdent à domicile en HAD dans notre étude sont les néoplasies et les pathologies cardiovasculaires. Il s'agit d'une réalité bien

connue chez les patients pris en charge en HAD. En 2006 en effet, un séjour sur cinq concerne des soins de cancérologie (33).

Nous ne retrouvons qu'un seul cas de démence, ce qui pourrait s'expliquer par le maintien à domicile différent de l'HAD pour ses patients qui nécessitent très tôt des aides à la maison de type service d'aide à la personne ou SSIAD, aides qui, une fois majorées devant la dégradation clinique du patient, sont souvent suffisantes pour assurer une fin de vie à domicile sans passer par une HAD, comme nous le verrons plus bas.

Il semble donc qu'une personne âgée dont la mort ne puisse pas être prévisible à moyen ou à long terme bénéficie moins facilement de ce type d'hospitalisation en fin de vie alors que cela paraît plus simple pour un patient atteint de néoplasie dont la mort est anticipée. Pourquoi ?

Est-ce parce qu'une mort trop imminente, au décours d'un épisode aigu chez une personne âgée jusqu'alors à domicile, ne laisse pas suffisamment de temps pour mettre en place ce dispositif ?

C'est une des explications mais probablement pas la seule. Certains domiciles ne se prêtent pas à ce type d'hospitalisation : mal agencés ou insalubres. L'absence de proches est bien évidemment rédhibitoire. Ces deux obstacles n'existent pas pour les patients vivants en EHPAD et les fins de vie dans ces établissements via l'HAD devraient vraiment pouvoir progresser.

Souvenons nous que nous devons respecter autant que faire se peut la volonté des patients et un retour à domicile est très souvent souhaité par les patients conscients de leur fin de vie. Ce souhait peut également avoir été exprimé dans des directives anticipées.

3.6 Le financement :

Nous avons vu dans la première partie que les établissements d'HAD, qu'ils soient publics ou privés, sont rémunérés par la tarification à l'activité (34). Une enquête de 2003 (35) montrait que le coût moyen d'une journée d'HAD est estimé à environs 140 euros. Ce coût journalier variait fortement en fonction de l'état de santé du patient d'une part et de la structure d'HAD d'autre part. Ceci a été amendé par la mise en place de la tarification à l'activité par le plan hôpital 2007 (36), fin 2003. Les services hospitaliers, dont l'HAD, se voient dans l'obligation d'avoir une activité cotation importante afin de maintenir leur budget. Ceci a conduit à diminuer les actes prescrits pour les soins effectués au domicile des patients,

contribuant à réhospitaliser ces mêmes patients pour des soins mineurs qui se faisaient auparavant à leur domicile. L'augmentation de l'activité des services hospitaliers est due en partie à ce paradoxe ; certains patients se voient hospitalisés par exemple pour une série de pansements ou de perfusions, ou même parfois en consultation externe dans les services d'urgence pour une ablation de fils.

Les contraintes budgétaires sont, ici comme ailleurs, au centre de toutes les préoccupations et l'équilibre reste garant de la pérennité de ce système. Aujourd'hui, certaines structures font faillite, c'est d'ailleurs le cas de celle étudiée : en effet HADOV a fermé ses portes fin 2012 pour problèmes budgétaires et absence de candidature au poste de coordonnateur.

3.7 Les autres solutions de maintien à domicile en fin de vie :

Les autres moyens mis à disposition pour garder les personnes à domicile sont les réseaux gérontologiques (37) (cf Lexique). Il s'agit de réseaux constitués de professionnels aux compétences sanitaires (médecins libéraux, SSIAD) et sociales (CLIC,...) complémentaires pour la prise en charge d'une personne âgée dépendante. La prise en charge des patients âgés, notamment déments, et de leurs aidants, serait facilitée par les multiples compétences des membres de l'équipe multidisciplinaire (gériatre, ergothérapeute, physiothérapeute, infirmiers, travailleurs sociaux) et par une étroite collaboration avec un centre gériatrique ou spécialisé. Certains de ces réseaux offrent de nombreux services à domicile qui permettent de soulager les aidants des personnes âgées, notamment celles qui sont démentes : accueil de jour, séjour de répit, portage des repas, auxiliaires de vie, associations de familles de patients qui apportent une aide pour les démarches administratives ou un soutien émotionnel.

Par ailleurs, ces réseaux gériatriques permettraient aux généralistes un gain de temps, précieux de nos jours, tout en garantissant une certaine qualité des services proposés et ce via des protocoles validés, les aidant ainsi dans la prise en charge des patients présentant une situation médicale, psychologique et sociale complexe.

Cependant, les réseaux présentent aussi des limites. Au sein d'une équipe multidisciplinaire, la collaboration ne se fait pas toujours aisément. Des conflits entre les

différents intervenants de certains réseaux de soins peuvent survenir (manque de communication généraliste-spécialiste, partage de la responsabilité médicale d'un patient donné).

A noter que les médecins généralistes collaborent d'autant plus avec le coordonnateur du réseau qu'ils ont de nombreux patients inclus. La difficulté de collaboration et le fait que certains médecins de famille n'arrivent pas ou ne souhaitent pas s'impliquer, proviendraient du manque d'informations sur le rôle que le réseau leur confère, sur le rôle du coordonnateur du réseau ainsi que la relation qu'ils ont avec lui.

Une autre limite des réseaux est la perception chez certains généralistes que leur relation avec certains patients s'en trouve détériorée, certains affirmant avoir perdu des patients, d'autres disent se sentir exclus de la relation coordonnateur – patient (38).

Conclusion :

L'HAD répond à une demande générale et croissante de prise en charge à domicile, de la part des patients comme des aidants. Cette tendance devrait s'amplifier à l'avenir sous l'impact du vieillissement : outre le bien-être du malade, le maintien à domicile permet en effet d'éviter la désocialisation des personnes âgées et plus généralement des personnes fragiles.

A la lumière de notre étude, nous remarquons qu'il s'agit d'une réponse partielle au maintien à domicile des patients âgés en fin de vie puisqu'un seul profil de patient semble pouvoir bénéficier de ce type d'hospitalisation jusque dans les derniers instants : en effet, les patients souffrant de néoplasie et dont la mort est prévisible représentent la grande majorité de ceux qui sont décédés dans notre étude. Le problème reste entier pour des patients âgés, qui présentent une altération de l'état général et qu'on ne laisse pas partir dans de bonnes conditions, à domicile, dans leur environnement.

L'évolution de l'HAD doit se faire en partenariat avec les médecins généralistes afin d'améliorer leur participation et ce malgré l'aspect chronophage de cette prise en charge. En effet ces patients nécessitent finalement plus de temps que de connaissances spécifiques : ils demandent du temps consacré à l'écoute et à l'accompagnement de l'entourage et du patient, du temps pour comprendre leurs angoisses et pour tenter de la soulager au maximum.

Le temps, nerf de la guerre dans notre société où tout est minuté, où le vrai luxe semble de pouvoir avoir du temps pour soi, pour sa famille ou pour faire ce que l'on a à faire sans être pressé. Et bien ce temps là manque cruellement aux médecins généralistes pour encadrer une fin de vie à domicile, que ce soit en HAD, avec un réseau ou seul. De plus, le temps passé auprès de ces patients n'étant pas suffisamment valorisé financièrement ni intellectuellement, ils sont peu nombreux à faire ce sacrifice temporel. Et pourtant, dans ce moment crucial qui précède la mort, il faudrait pouvoir arrêter cette course folle et prendre le temps d'être là pour son patient et son entourage, pouvoir passer matin et soir, pouvoir répondre de jour comme de nuit au téléphone, pour venir soulager les derniers instants si cela s'avérait nécessaire. C'est finalement ni plus ni moins que ce qui est fait dans tous les services hospitaliers qui accompagnent des personnes âgées en fin de vie et ce qui, à priori, pourrait très bien se faire à domicile, si on pouvait prendre le temps...

En conclusion, l'HAD même si elle n'est pas parfaite, n'en constitue pas moins un dispositif très satisfaisant pour les usagers qui peuvent en bénéficier, du simple fait d'être de retour chez eux et de se voir offrir ainsi l'opportunité de reprendre leur destinée en main. Mais malgré les efforts fait par les professionnels de santé et malgré la création de nouvelles structures, dont l'HAD, le constat actuel est qu'il n'est plus dans notre culture de décéder à domicile, comme cela a pu être la cas auparavant. Espérons qu'un jour il nous semblera à nouveau naturel d'entourer un proche dans ses derniers instants, espérons que nous pourrons à nouveau humaniser cette ultime étape de la vie.

Lexique :

L'indice de Karnofsky :

C'est un indicateur synthétique d'état de santé global mesurant, sur une échelle de 0 (décès) à 100 % (autonomie complète), la dépendance fonctionnelle du sujet envers l'aide dont il a besoin dans sa dimension « sociale » (gestes de la vie courante: besoins personnels, habillage, etc.) et la dépendance envers les soins médicaux qu'il requiert. Ainsi, les patients pris en charge en HAD ont une dépendance variant de 10 % (« moribond ») à une autonomie quasi-totale (90-100 %) (33). (Annexe 5)

Nursing :

Le terme nursing est un anglicisme (traduction anglaise du terme soin) qui désigne les soins infirmiers et plus précisément l'ensemble des soins d'hygiène et de confort qui sont donnés à un malade ayant perdu son indépendance (39).

Le réseau gérontologique :

Il regroupe un ensemble d'intervenants autour d'une personne âgée dépendante. Ces professionnels aux compétences complémentaires sanitaires et sociales coordonnent leurs actions au sein d'un réseau de santé. L'objet du réseau est d'apporter une réponse adaptée aux besoins des personnes âgées dépendantes désirant vivre à domicile en assurant une prise en charge globale (sanitaire et sociale) et coordonnée en permettant le maintien à domicile dans des conditions sanitaires et sociales optimales. Au sein du réseau, on retrouve des professionnels de santé libéraux médicaux et paramédicaux, un hôpital de proximité (hôpital local, centre hospitalier) et un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et une assistante de sociale. Il existe actuellement 124 réseaux de santé pour personnes âgées en France (37).

Annexes

Annexe 1 : Listes des pondérations individuelles des modes de prises en charge principal, mode de prise en charge associé et indice de Karnofsky (41)

1) Pondération associée au mode de prise en charge principal

Mode de prise en charge principal (MPP)	Pondération
01 - assistance respiratoire	2,1
02 - nutrition parentérale	1,9
03 - traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	2,1303
04 - soins palliatifs	2,066
05 - chimiothérapie anticancéreuse	1,7686
06 - nutrition entérale	1,7686
07 - prise en charge de la douleur	1,7686
08 - autres traitements	1,7686
09 - pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1,6146
10 - post traitement chirurgical	1,6146
11 - rééducation orthopédique	1,4376
12 - rééducation neurologique	1,4376
13 - surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	1,3521
14 - soins de nursing lourds	1,3521
15 - éducation du patient et de son entourage	1
17 - surveillance de radiothérapie	1,15
18 - transfusion sanguine	1,15
19 - surveillance de grossesse à risque	1
20 - retour précoce à domicile après accouchement	1
21 - post-partum pathologique	1,15
22 - prise en charge du nouveau-né à risque	1
24 - surveillance d'aplasie	1,15

2) Pondération associée au mode de prise en charge associé

Mode de prise en charge associé (MPA)	Pondération
00 - pas de protocole associé	1
01 - assistance respiratoire	1,1636
02 - nutrition parentérale	1,4899
03 - traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	1,1636
04 - soins palliatifs	1,4899
05 - chimiothérapie anticancéreuse	1,4899
06 - nutrition entérale	1,3616
07 - prise en charge de la douleur	1,1636
08 - autres traitements	1,2642
09 - pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1,2642
10 - post traitement chirurgical	1,1618
11 - rééducation orthopédique	1,1636
12 - rééducation neurologique	1,1636
13 - surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	1,1636
14 - soins de nursing lourds	1,0558
15 - éducation du patient et de son entourage	1,1618
17 - surveillance de radiothérapie	1,2642
18 - transfusion sanguine	1,2642
19 - surveillance de grossesse à risque	1,0558
20 - retour précoce à domicile après accouchement	1,0558
21 - post-partum pathologique	1,1
24 - surveillance d'aplasie	1,2642
25 - prise en charge psychologique et/ou sociale	1,0558

3) Pondération associée à l'indice de Karnofsky

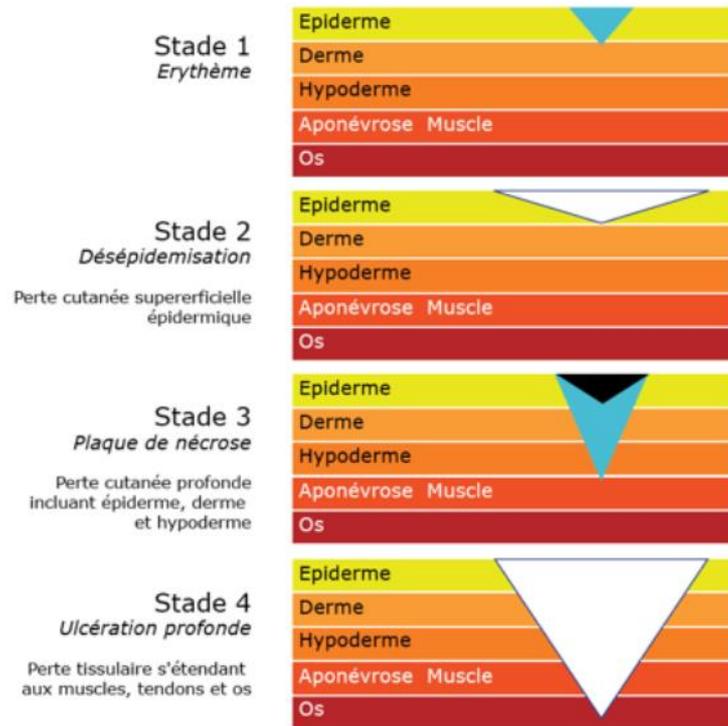
IK	Pondération
90-100	1
70-80	1,23
60	1,44
50	1,71
40	1,85
30	1,91
10-20	2,1

Annexe 2: Grille de relevés d'informations.

Avant HAD / Après HAD / HAD

Date du décès :	
Age :	
Sexe :	
Provenance :	Famille
Domicile :	Aide
	Seul(e)
	EHPAD (ou MdR)
Passage par le SAU :	Oui
	Non
Motif hospitalisation :	Episode Aigu
	Altération de l'Etat Général
Comorbidités :	Néoplasie
	Cardio-Vasculaire
	Neurologiques
	Pulmonaire
	Diabète
	Cutanés (escarres)
	Démence ?
Date d'hospitalisation :	
Cause du décès :	
Déjà eu recours à l'HAD avant l'hospitalisation :	Oui
	Non
	NA
HAD en cours?	Oui
	Non
	NA

Annexe 3 :les différents stades des escarres (43)



Annexe 4 : Echelle Doloplus (40)

ECHELLE DOLOPLUS - 2 EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE					
NOM :		Prénom :		Service :	
Observation Comportementale		DATES			
RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
1• Plaintes somatiques	• pas de plainte	0	0	0	0
	• plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	• plaintes spontanées continues	3	3	3	3
2• Positions antalgiques au repos	• pas de position antalgique	0	0	0	0
	• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	• position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
	• position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3
3• Protection de zones douloureuses	• pas de protection	0	0	0	0
	• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1
	• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2
	• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
4• Mimique	• mimique habituelle	0	0	0	0
	• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3
5• Sommeil	• sommeil habituel	0	0	0	0
	• difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	• réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
6• Toilette et/ou habillage	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	• toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3
7• Mouvements	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aide, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL					
8• Communication	• inchangée	0	0	0	0
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	• diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2
	• absente ou refus de toute communication	3	3	3	3
9• Vie sociale	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...)	0	0	0	0
	• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
	• refus de toute vie sociale	3	3	3	3
10• Troubles du comportement	• comportement habituel	0	0	0	0
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1	1	1	1
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2
	• troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3
COPYRIGHT		SCORE			

Annexe 5 : l'indice de Karnofsky (42)

INDICE DE KARNOFSKY

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

Bibliographie

1. Maintien à domicile pour personne âgée [En ligne] [Consulté le 15/07/2013]. MADPA. Disponible sur: <http://www.madpa.fr/>
2. Raffy-Pihan N. L'hospitalisation à domicile : une alternative également adaptée aux personnes âgées. Rapport Congrès Systed 1997-Chicago. Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé.
3. De Beauvoir S. Une mort très douce. Gallimard. 1964.
4. Vivre la fin de vie chez soi. Observatoire Nationale de la Fin de Vie. Mars 2013.
5. Lalande F., Veber O. La mort à l'hôpital. Rapport Tome 1. Inspection générale des affaires sociales. 2009.
6. Thiel MJ. Pourquoi n'a t on plus le droit de mourir à domicile? Faculté de médecine de strasbourg. 2010.
7. Clavreul L. Mourir à domicile : l'Observatoire de la fin de vie dénonce les freins du système. [En ligne] [Consulté le 15/08/2013]. Le Monde.fr. 2013. Disponible sur: http://www.lemonde.fr/sante/article/2013/03/18/mourir-a-domicile-l-observatoire-de-la-fin-de-vie-denonce-les-freins-du-systeme_1849835_1651302.html
8. République Française. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Journal Officiel de la République Française. 2005. p7089.
9. Legmann M. Accompagner un patient en fin de vie. Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins. Numéro spécial fin de vie Mai-Juin 2013. p2.
10. Legrand P, Durand N, Marsala V, Lannelongue C. Hospitalisation à domicile (HAD). Tome 1. Rapport Définitif. Inspection Générale des Affaires Sociales. 2010.

11. République Française. Arrêté du 16 mars 2007 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées en vertu de l'article R. 6121-4 du code de la santé publique. Journal Officiel de la République Française. 2007. n°72. p5610.
12. Fédération Hospitalière de France. Frais d'hospitalisation: l'hospitalisation à domicile. [En ligne] [Consulté le 15/09/2013]. Hôpital.fr. Disponible sur: <http://www.hopital.fr/Hopitaux/Vos-demarches/Les-tarifs-et-remboursements/Frais-d-hospitalisation>
13. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Circulaire DHOS/O3/DGAS/2C no 2007-365 du 5 octobre 2007 relative aux modalités d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Bulletin Officiel Santé. 2007. n°11. p60–64.
14. République Française. Article L162-22-6 du code de la sécurité sociale. [En ligne] [Consulté le 15/06/2013]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000021940013&cidTexte=LEGITEXT000006073189>
15. République Française. Arrêté du 31 janvier 2005 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale. Journal Officiel de la République Française. 2005. n°39. p2579.
16. Afrite A., Com-Ruelle L., Or Z, Renaud T. L'hospitalisation à domicile, une alternative économique pour les soins de suite et de réadaptation. Questions d'économie de la santé. 2007. n°119. p1.
17. Hospitalisation à domicile Ouest Vosges - HADOV. [En ligne] [Consulté le 10/08/2013]. Haute Autorité de Santé. 2011. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1054221/hospitalisation-a-domicile-ouest-vosges-hadov

18. Statistiques PMSI. [En ligne] [Consulté le 15/09/2013]. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. 2012. Disponible sur: http://stats.atih.sante.fr/cgi-bin/broker?base=bpri&impl=1&annee=11&typec=41&typev=1&mpc=99&x=1&depc=88&_program=hadprog.cartehad.sas&_service=default
19. Hoffman M. Guide pratique de l'hospitalisation à domicile en lorraine. [En ligne] [Consulté le 10/06/2013]. hadlorraine.fr. 2012. Disponible sur: <http://www.hadlorraine.fr/index.php/cartograph>
20. La gériatrie pratique. [En ligne] [Consulté le 15/09/2013]. Disponible sur: <http://geriatrie.webs.com/gnralits.htm>
21. Cucuteanu Muller I. Implications des médecins généralistes dans l'hospitalisation à domicile de l'ouest vosgien. Analyse d'une enquête d'opinion. Th Méd. Nancy I. 2011.
22. République Française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel de la République française. 2009. n°0167. p12184.
23. Magnet M., Hullen C. L'évolution de l'hospitalisation à domicile en France. Oncologie. 2006. vol 8(1). p8-12.
24. Maigret I. Développement de l'hospitalisation à domicile, quel engagement pour les médecins généralistes?: une enquête en Beauvaisis. 2012.
25. Hospitalisation A Domicile. Schéma Régional d'Organisation des Soins. Diagnostic régional et territorial. [En ligne] [Consulté le 10/06/2013]. Agence Régionale de Santé Lorraine. Disponible sur: http://arslorraine.test.flexit.fr/index.php?id=69&tx_thematiques_fiche%5Bfiche%5D=61&tx_thematiques_fiche%5Baction%5D=show&tx_thematiques_fiche%5Bcontroller%5D=Fiche&cHash=410181aa764e5a59721a544b7d7d52b7

26. L'Hôpital. Rapport 2012. Inspection générale des affaires sociales. [En ligne] [Consulté le 17/08/2013]. 2013. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/L_hopital_-_Rapport_IGAS_2012.pdf
27. Forel X. L'hôpital et le « bien mourir ». [En ligne] [Consulté le 15/09/2013]. LeMonde.fr. 2012. Disponible sur: <http://www.xavierforel.blog.lemonde.fr/2012/01/09/10/>
28. Grande G, Todd C, Barclav S, Farquhar M. A randomized controlled trial of a hospital at home service for the terminally ill. *Palliative Medicine*. 2000. vol 14(5). p375–385.
29. Sentilhes-Monkam A. L'hospitalisation à domicile: une autre manière de se soigner. L'Harmattan. 2007.
30. Sentilhes-Monkam A. L'hospitalisation à domicile et la prise en charge de la fin de vie : le point de vue des patients et de leurs proches. *Santé Publique*. 2006. n°18. p443–457.
31. Pott M., Seferdjeli S., Foley R. A. Finir ses jours chez soi. Le prix de la négociation. *Nouvelles pratiques sociales*. 2011.
32. Fin de vie à domicile, vivre la fin de vie chez soi. [En ligne] [Consulté le 17/08/2013]. Observatoire National de la Fin de Vie. 2013. Disponible sur : <http://www.proximologie.com/Portals/6/PDF/actualites/vivre-la-fin-de-vie-onfv-rapport-2013.pdf>
33. Afrite A CM, Com-Ruelle L VH. L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients. [En ligne] [Consulté le 13/06/2013] Question d'économie de la Santé. 2009. n°140. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes140.pdf>
34. République Française. Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007. [En ligne] [Consulté le 15/09/2013]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000817095>

35. Alignon A., Com-Ruelle L., Renaud T. Le coût de prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD). Questions d'économies de la santé. 2003. n°67. p1-6.
36. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Hôpital 2007. sante.gouv.fr. 2002.
37. Qu'est ce qu'un réseau? Réseaux gérontologique Fédération Nationale. [En ligne] [Consulté le 15/09/2013]. 2010. Disponible sur: <http://www.reseaux-gerontologiques.fr/tag/gerontologie>
38. LUU S. Obstacles à la prise en charge ambulatoire du sujet âgé. Th D Méd, Paris 7. 2010.
39. Nursing [En ligne] [Consulté le 13/05/2013]. Vulgaris Médical. Disponible sur: <http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie-medicale/nursing>
40. Echelle Doloplus. [En ligne] [Consulté le 15/09/2013]. doloplus.com. Disponible sur : http://www.doloplus.com/pdf/3V_DOLOPLUS_FR.pdf
41. Ministère de la santé et des sports. Guide Méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile. Bulletin officiel. 2010. n°2010/6 bis Fascicule spécial. p28-29.
42. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Indice de Karnovsky. [En ligne] [Consulté le 13/05/2013]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-40/a0403145a2.pdf>
43. Les différents stades évolutifs de l'escarre. [En ligne] [Consulté le 15/09/2013]. Collègue français des enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation. 2009. Disponible sur http://www.cofemer.fr/rubrique.php?id_rubrique=570#fig1_SchemStades

VU

NANCY, le 17 septembre 2013

Le Président de Thèse

NANCY, le 18 septembre 2013

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur A. BENETOS

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE N°6601

NANCY, le 26/09/2013

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Professeur P. MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

A l'heure actuelle, 75% des français souhaitent mourir à domicile alors que dans les faits, une très large majorité de personnes âgées finit ses jours dans un établissement de santé.

L'hospitalisation à domicile, en plein essor, pourrait logiquement faire le lien entre ce besoin de médicaliser la fin de vie et le désir de rester à domicile.

Notre travail a comparé de façon rétrospective le nombre de décès chez les plus de 70 ans en services de médecine du centre hospitalier de Neufchâteau sur les six premiers mois de l'année avant et après la mise en place de l'HAD de Neufchâteau, ainsi que le nombre de décès de cette même population, sur la même période, en HAD.

L'HAD n'a finalement pu encadrer que très peu de décès à domicile, essentiellement chez des patients souffrant de néoplasie et dont la fin de vie était malheureusement attendue et programmée de longue date. Les services de médecine quant à eux ont continué d'accueillir les personnes âgées en fin de vie, en altération de l'état général ou sur un épisode aigu, dans des proportions similaires avant et après la mise en place de l'HAD.

L'HAD apparaît donc comme une réponse partielle au maintien à domicile des personnes âgées, et son développement, ainsi qu'une implication plus importante de la part des médecins généralistes actuellement en bonne voie, permettra peut être un jour d'y répondre plus largement.

TITRE EN ANGLAIS : Profiles and deaths of old home care patients. End of life care: The home care services or hospital admission?

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2013

MOTS CLEFS : Hospitalisation à domicile, fin de vie, personnes âgées, décès, domicile, médecin traitant, EHPAD.

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
