

L'hospitalisation à domicile : une alternative également adaptée aux personnes âgées

Communication au colloque « SYSTED 97 »,
à Chicago (22-25 Mai 1997)

Nadine Raffy-Pihan

Biblio n° 1185

Juin 1997

I.S.B.N. : 2-87812-212-7

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie	3
1. Des soins comparables à ceux prodigués en hospitalisation complète	5
.....	5
1. 50 % des personnes prises en charge en hospitalisation à domicile sont des retraités	7
.....	7
2. De quoi souffrent-ils ?	10
3. Quels soins reçoivent-ils ?	12
2. Un mode de prise en charge adapté	16
1. Un mode de prise en charge adapté pour 85 % des patients hospitalisés à domicile	17
.....	17
2. Les limites à ce mode de prise en charge	20
Conclusion	24
Liste des tableaux et des graphiques	25

L'auteur tient à remercier Laure Com-Ruelle et Arié Mizrahi pour leurs précieux commentaires.

Introduction

Malgré l'amélioration de l'état de santé à tous les âges, le vieillissement de la population constitue un défi pour les responsables chargés de la mise en place des politiques de santé en matière de financement et de distribution des soins. Les producteurs de soins doivent se préparer et s'adapter pour satisfaire les besoins de soins des personnes âgées de plus en plus nombreuses.

L'évolution de l'offre hospitalière avec la transformation de lits de court séjour en long séjour ou en hospitalisation à domicile témoigne du processus d'adaptation en cours. L'hospitalisation à domicile qui accueille aujourd'hui une majorité de retraités permet de maintenir le malade dans son contexte familial grâce à la technicité et la continuité possible des soins. L'hospitalisation à domicile se présente soit comme une modalité de sortie de l'hospitalisation traditionnelle, soit comme une admission directe dans l'une de ses structures.

Si l'accueil particulier des personnes âgées rend parfois plus perceptibles certaines limites à ce mode de prise en charge, l'hospitalisation à domicile apparaît cependant comme une véritable suite de la prise en charge en établissement hospitalier.

Méthodologie

Les résultats commentés dans cette note sont issus des données de l'Enquête Nationale sur l'hospitalisation à domicile, effectuée par le CREDES en 1992 auprès de l'ensemble des structures d'hospitalisation à domicile.

Cette enquête dont l'objectif est d'établir un bilan de fonctionnement de ce mode de prise en charge et d'en définir sa place dans le système de soins, a comporté quatre étapes :

- La description des structures d'hospitalisation à domicile. Un questionnaire envoyé à l'ensemble des structures a permis de recueillir des informations sur leur activité depuis 1980, leur fonctionnement, leur organisation, leur mode de financement.
- La description du patient pris en charge à domicile. A partir d'un échantillon représentatif de 450 patients, on a pu recueillir leurs caractéristiques socio-économiques, les pathologies prises en charge, les soins reçus et les médicaments consommés ainsi que leur degré de satisfaction et celui de leur entourage.
- Le point de vue des différents acteurs intervenant dans la prise en charge en hospitalisation à domicile. La synthèse de ces réflexions permet de définir les freins et les facteurs de développement de l'hospitalisation à domicile en France.
- Un tour d'horizon à l'étranger. Ce mode de prise en charge tel qu'il est défini en France, existe-t-il en Europe, aux Etats-Unis ou au Canada ?

Cette enquête a déjà donné lieu à plusieurs publications :

Com-Ruelle L., Raffy-Pihan N. : « *L'hospitalisation à domicile en 1992 : méthodologie et variables observées* », CREDES, biblio n° 921, 1992.

Com-Ruelle L., Raffy-Pihan N. : « *Le fonctionnement des services d'HAD : évolution 1980-1992* », CREDES, biblio n° 958, 1993.

Com-Ruelle L., Raffy-Pihan N. : « *Les patients hospitalisés à domicile en 1992* », CREDES, biblio n° 1007, 1993.

Com-Ruelle L., Raffy-Pihan N. : « *Quel avenir pour l'hospitalisation à domicile ?* », CREDES, biblio n° 998, 1994.

Raffy-Pihan N. : « *L'hospitalisation à domicile : un tour d'horizon en Europe, aux Etats-Unis et au Canada* », CREDES, biblio n°1045, 1994.

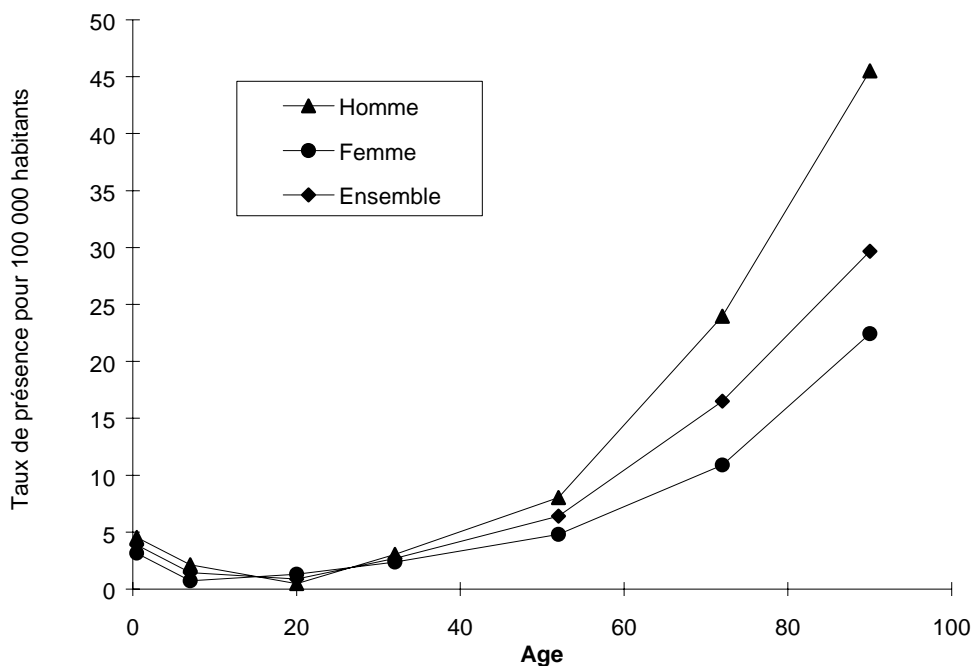
*1. Des soins comparables
à ceux prodigués en
hospitalisation complète*

1. Un patient sur deux hospitalisé à domicile est une personne âgée

L'hospitalisation à domicile ne fut pas initialement mise en place en 1957 pour répondre aux besoins des personnes âgées. Créée dans un but de désengorgement des lits hospitaliers et de réponse aux aspirations des malades cancéreux, cette alternative à l'hospitalisation s'adresse à l'ensemble des patients qui, quel que soit leur âge, peuvent et souhaitent en bénéficier.

Comme à l'hôpital, la majorité des personnes hospitalisées à domicile ont 65 ans et plus, une personne sur cinq a plus de 80 ans. Les taux de présence évoluent en fonction de l'âge selon la traditionnelle courbe en J (Graphique n° 1). Ainsi, les personnes âgées entre 65 et 80 ans ont un taux de présence trois fois plus élevé que la moyenne (soit respectivement 16,5 et 5,9 pour 100 000 personnes). Au-delà de 80 ans, ce taux de présence est cinq fois plus élevée.

Graphique n° 1 [Graphad.xls-graph1]
Evolution des taux de présence en hospitalisation à domicile selon l'âge des patients



Une majorité d'hommes mariés

L'hospitalisation à domicile s'adresse de manière générale surtout aux hommes : les hommes de plus de 65 ans sont deux fois plus souvent hospitalisés à domicile que les femmes (Tableau n° 1). On observe le phénomène inverse en hospitalisation complète, phénomène qui reste surtout vrai pour les patients de 80 ans et plus : 5 770 femmes de plus de 80 ans sont hospitalisées pour 100 000 habitants contre seulement 4 311 hommes. Les femmes ayant une espérance de vie plus longue que celle des hommes, acceptent de prendre en charge leur mari hospitalisé à domicile, puis se retrouvent souvent seules à l'hôpital. Il est vrai que 63 % des patients hospitalisés à domicile sont mariés, 16 % sont veufs et 14 % sont célibataires (Graphique n° 2). A l'opposé, l'hôpital accueille seulement 38 % de personnes mariées et 32 % de personnes veuves.

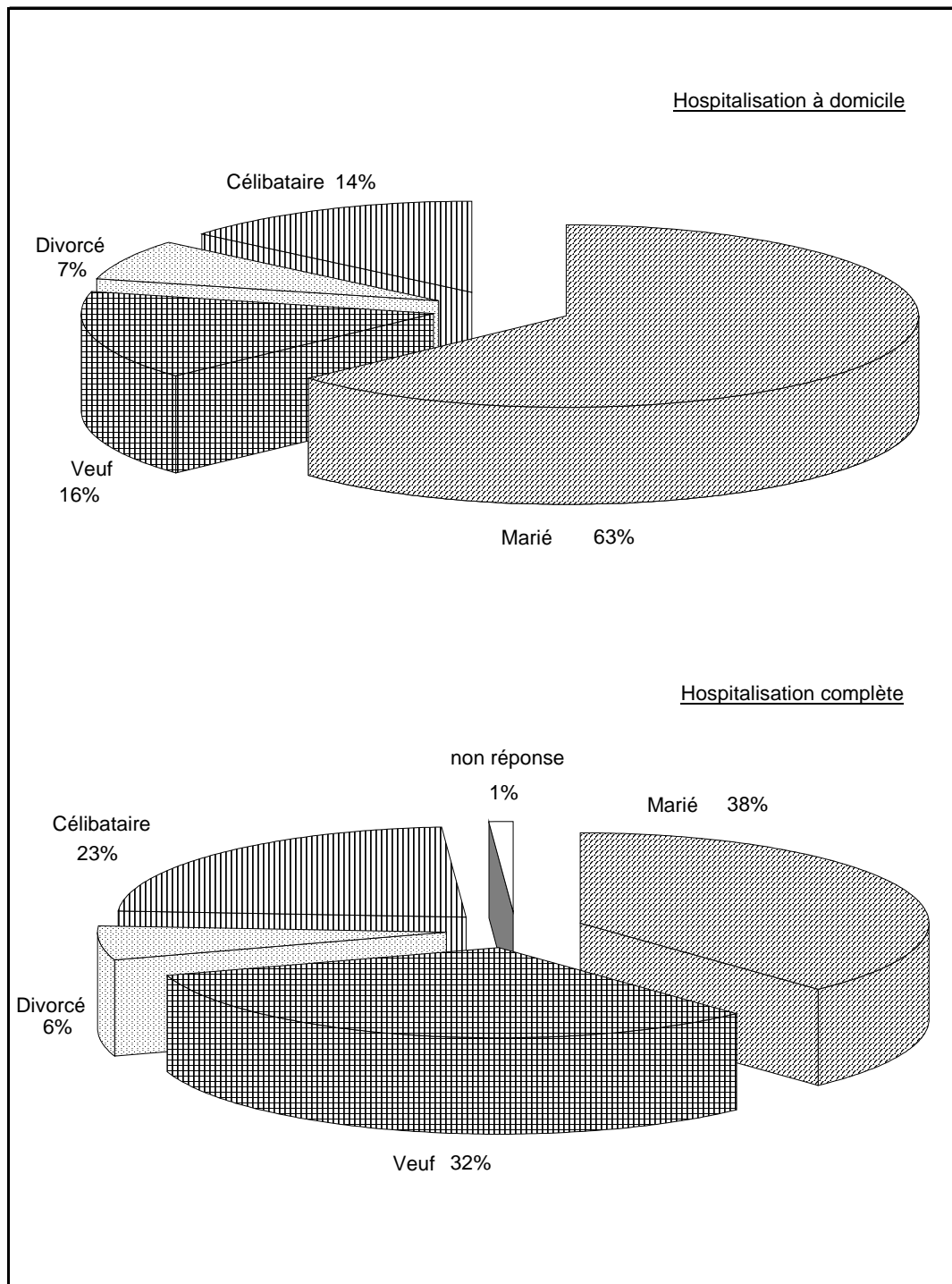
Mais, l'hospitalisation à domicile reste encore un mode de prise en charge peu développé (Tableau n° 1). Le nombre de patients présents en hospitalisation complète est 140 fois plus élevé que celui des patients présents en hospitalisation à domicile¹. Il est 110 fois plus important pour les patients de 65 à 80 ans et 179 fois plus grand pour les personnes de 80 ans et plus.

**Tableau n° 1 [had.xls-tableau1]
Comparaison des taux de présence en hospitalisation à domicile et à l'hôpital**

	Taux d'HAD pour 100 000 habitants			Taux d'hospitalisation pour 100 000 habitants			Ratio : hospitalisation / HAD		
	H.	F.	Ens.	H.	F.	Ens.	H.	F.	Ens.
0-1 an	4,5	3,1	3,9	703,0	689,2	696,3	155	219	180
2-15 ans	2,1	0,7	1,5	233,1	205,3	219,5	109	281	151
16-24 ans	0,5	1,3	0,9	339,1	333,6	336,4	706	253	378
25-39 ans	3,1	2,4	2,7	437,1	541,2	489,2	143	227	181
40-64 ans	8,1	4,8	6,4	805,4	596,8	700,2	100	124	109
65-79 ans	24,0	10,9	16,5	1 802,4	1 820,1	1 812,4	75	167	110
80 ans et plus	45,5	22,4	29,7	4 311,3	5 770,7	5 313,0	95	257	179
Ensemble	7,0	4,7	5,9	724,9	910,4	820,0	103	192	140

¹ Données dans « Qui sont les hospitalisés ? Où sont-ils ? Depuis combien de temps ? » enquête sur les hospitalisés 1991-1992, M.J. Sourty-Le Guellec, 1993 n° 996.

Graphique n° 2
Répartition des patients pris en charge en hospitalisation à domicile ou à l'hôpital,
selon leur état matrimonial



Les tumeurs : premier diagnostic principal

2. De quoi souffrent-ils ?

De par ses objectifs et sa définition, l'hospitalisation à domicile prend en charge des malades lourds. En effet, 34 % des personnes de 65 ans et plus sont hospitalisées à domicile pour tumeurs, 20 % pour maladies de l'appareil circulatoire, 11 % pour maladies du système nerveux et 8 % pour traumatismes. Par contre, à l'hôpital, les motifs d'admissions pour ces mêmes personnes sont d'abord les maladies de l'appareil circulatoire (20 %) suivi des tumeurs (12 %), des troubles mentaux (11 %) et des traumatismes et empoisonnement (10 %). Rappelons qu'une personne atteinte de troubles mentaux ne peut normalement être prise en charge en hospitalisation à domicile. Elle relève des structures de soins alternatives spécialisées en psychiatrie.

60 % des patients de 65 ans et plus ont un pronostic réservé ou sûrement mauvais sur la plan vital

Ces patients dont le risque sur le plan vital est sévère, ont très souvent perdu leur autonomie (Tableau n° 3) : 33 % d'entre-eux n'ont pas d'autonomie domestique et 20 % sont en alitement permanent (Tableau n° 3).

Le douloureux problème de la fin de vie peut être une indication à la prise en charge en hospitalisation à domicile. Les soins palliatifs à domicile sont une formule de soins qui s'est aujourd'hui développée dans quelques structures d'HAD. Elle suppose une formation des professionnels de santé au concept même de soins palliatifs (attitude face à la souffrance, à la mort) et également aux soins appropriés dans le domaine de la maîtrise de la douleur.

Quelques chiffres

47 structures d'Hospitalisation à Domicile sont dénombrées en 1997 dans les villes suivantes :

Albi, Amiens, Angoulême, Avesne-sur-Helpe, Aurillac, Avignon, Bagnolet, Bainville, Bayeux, Bayonne, Béziers, Caen, Cannes, Courbevoie, Dax, Dijon, Grasse, Grenoble, La Ciotat, Lamadou-Les-Bains, Lannion, Lens, Limoges, Lyon, Marseille, Montfermeil, Moulin, Mulhouse, Nantes, Nice, Paris, Pau, Puteaux, Reims, Roanne, Rodez, St Nazaire, Soissons, Talence, Toulon, Toulouse, Tours, Tulle et Vichy.

**Tableau n° 2 [had.xls-tableau2]
Répartition des diagnostics principaux motivant la présence en hospitalisation à domicile ou en hospitalisation complète**

	CIM - 9	HAD		Hospitalisation complète	
		> 65 years	Total	> 65 years	Total
Maladies infectieuses	1	0,8	9,4	1,7	1,7
Tumeurs	2	33,9	34,8	12,2	7,6
Maladies endocriniennes, nutri., métab., troubles immun.	3	2,5	2,4	3,2	2,9
Maladies du sang, organe hématopoiét.	4	1,3	0,9	1,0	0,6
Troubles mentaux	5	3,8	2,3	11,0	25,9
Maladies du système nerveux	6	11,3	11,9	3,2	5,1
Maladies appareil cardiovasculaire	7	20,2	14,2	19,9	12,3
Maladies appareil respiratoire	8	3,8	3,0	6,4	3,7
Maladies appareil digestif	9	2,1	1,8	7,4	5,9
Maladies appareil génito-urinaire	10	0,8	0,7	4,0	3,0
Complications de grossesse	11	-	2,0	0,0	3,3
Mal. peau, tissu cell. sous-cutané	12	3,4	2,1	1,7	1,0
Mal. système ostéoarticulaire	13	1,9	1,6	6,0	5,2
Anomalies congénitales	14	-	1,2	0,1	1,0
Affections périnatales	15	-	0,4	0,0	1,0
Symptômes, morb mal défini	16	3,3	2,2	6,1	4,7
Trauma, emp., y.c. causes extérieures	17	8,0	6,8	10,4	8,7
Autres motifs de recours services de santé	18	2,8	2,4	3,4	4,6
Maladies oreilles nez larynx	26	0,0	0,0	0,4	1,0
Maladies œil, et annexes	25	0,0	0,0	1,9	1,0
Maladies bouches dents	27	0,0	0,0	0,0	0,1
Ensemble		100,0	100,0	100,0	100,0

**Tableau n° 3 [had.xls-tableau3]
Degré de handicap et de risque vital
pour les personnes hospitalisées à domicile âgées de 65 ans et plus**

	Degré de handicap		Degré de risque vital
	% de patients		% de patients
- Gêné de façon infime	1,4	- Pas de pronostic péjoratif	6,9
- Très peu gêné	2,1	- Pronostic péjoratif très faible	11,3
- Gêné mais mène une vie normale	4,9	- Risque possible sur le plan vital	14,1
- Doit réduire activité professionnelle	7,2	- Pronostic réservé	31,2
- Activité réduite	19,5	- Pronostic sûrement mauvais	25,5
- Pas d'autonomie domestique	32,3	- Patient décédé le jour de l'enquête	0,4
- Alitement permanent	20,2	- Non réponse	10,7
- Imprévisible	0,4		
- Non réponse	12,0		
Ensemble	100,0	Ensemble	100,0

Des soins techniques importants

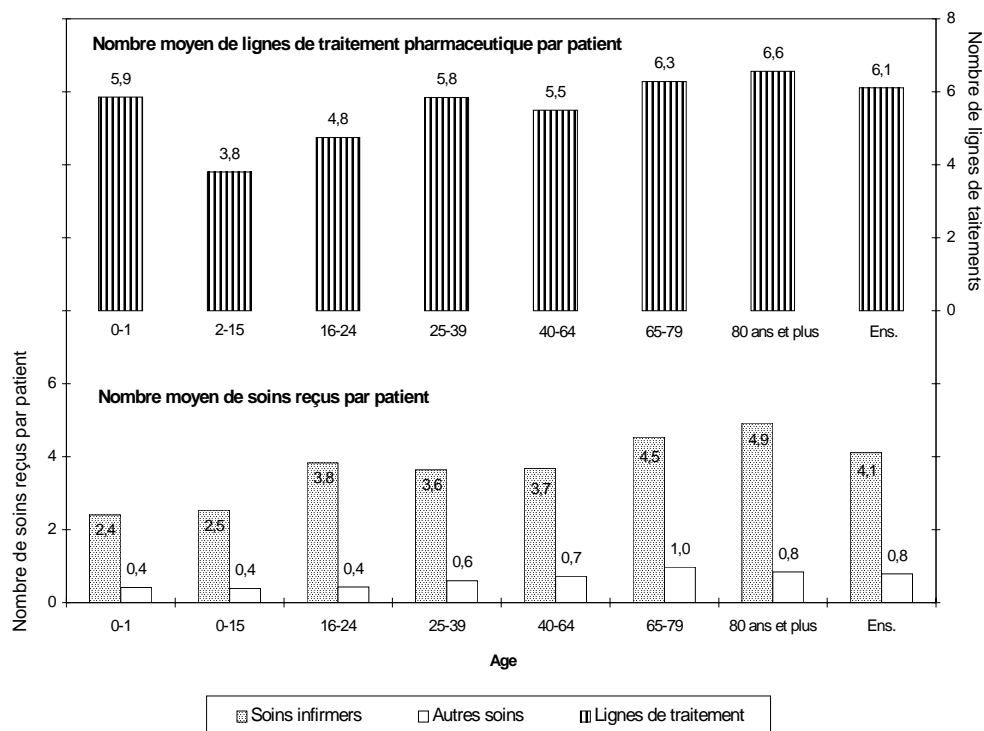
3. Quels soins reçoivent-ils ?

Les personnes âgées reçoivent deux fois plus de soins médicaux que les enfants. Une patient dont l'âge se situe entre 65 et 80 ans consomme en moyenne par jour plus de 4 soins infirmiers ou de nursing et un soin de kinésithérapie. Cette consommation augmente encore : au-delà de 80 ans, près de 5 soins infirmiers sont consommés quotidiennement par patient (Graphique n° 3).

Le nombre de médicaments absorbés suit également une courbe en J : 6,3 lignes de traitement² sont consommés en moyenne par patient âgés de 65 ans à 80 ans et 6,6 par patient âgé de 80 ans et plus.

La nature et l'intensité des prestations médicales sont comparables à ceux prodigués en hospitalisation complète. Les soins paramédicaux sont réalisés comme à l'hôpital par le personnel soignant (infirmière, aide-soignant, masseur kinésithérapeute...).

**Graphique n° 3 [Graphad.xls-Graph3]
Nombre moyen de soins reçus et de produits pharmaceutiques consommés quotidiennement par patient hospitalisé à domicile**



² Une ligne de traitement pharmaceutique correspond à la prescription d'un médicament précis, c'est à dire une spécialité pharmaceutique de forme, dosage et de présentation particulière.

L'HAD : une prise en charge globale

Suite à un séjour hospitalier, le patient suit le protocole thérapeutique prescrit par le médecin hospitalier. L'adaptation du traitement en cours de séjour se fait si nécessaire par le médecin traitant. Intervenant en général une fois tous les 5 jours, celui-ci demeure le garant de la poursuite du traitement.

La coordination entre les différents intervenants auprès du patient permet une véritable continuité des soins, assurée parallèlement de jour comme de nuit par une permanence téléphonique. La prise en charge des patient se doit d'être globale avec la prise en compte non seulement de l'ensemble des maladies et handicaps du patient mais également du contexte socio-familial.

*2. Un mode de prise
en charge adapté*

En France, l'examen de la situation présente fait apparaître que ce mode de prise en charge qui présente de nombreuses capacités, rencontre aussi certaines limites, plus perceptibles dans l'accueil gériatrique.

1. Un mode de prise en charge bien adapté pour 85 % des patients hospitalisés à domicile

Ce résultat est issu de l'étude, par une équipe de médecins, de cinq variables essentielles contenues dans le dossier du patient : la morbidité du patient, les soins reçus le jour de l'enquête, le matériel et le mobilier médical installé au domicile, l'autonomie locomotrice et relationnelle du patient et son mode d'entrée. Mais si pour 85 % des patients, ce mode de prise en charge reste idéal, 15 % d'entre eux devrait bénéficier d'un autre mode de prise en charge, apparemment plus approprié à leur besoins. Parmi eux, 45 % auraient dû être en service de soins à domicile et 32,5 % auraient du bénéficier d'un traitement en ambulatoire.

Les arguments médicaux avancés par les médecins ainsi que le haut niveau de satisfaction déclaré par les patients pris en charge en hospitalisation à domicile et leur entourage confirment ce résultat de bonne adéquation de l'HAD.

Des intérêts médicaux

En dehors des intérêts médicaux communs à l'ensemble des patients hospitalisés à domicile (tels la diminution des infections nosocomiales, le confort psychologique du malade...), deux d'entre-eux concernent plus particulièrement les personnes âgées.

Le retour au domicile du malade peut induire une attitude volontaire de la part du patient de se prendre réellement en charge. Cet argument est d'autant plus valable pour une personne âgée dont le retour au domicile réduit d'autant les risques d'apparition et d'aggravation d'un état de dépendance. De plus, l'hospitalisation à domicile permet d'éviter une désocialisation souvent occasionnée par l'hospitalisation complète. Ce rôle est primordial pour les personnes âgées afin d'éviter leur marginalisation.

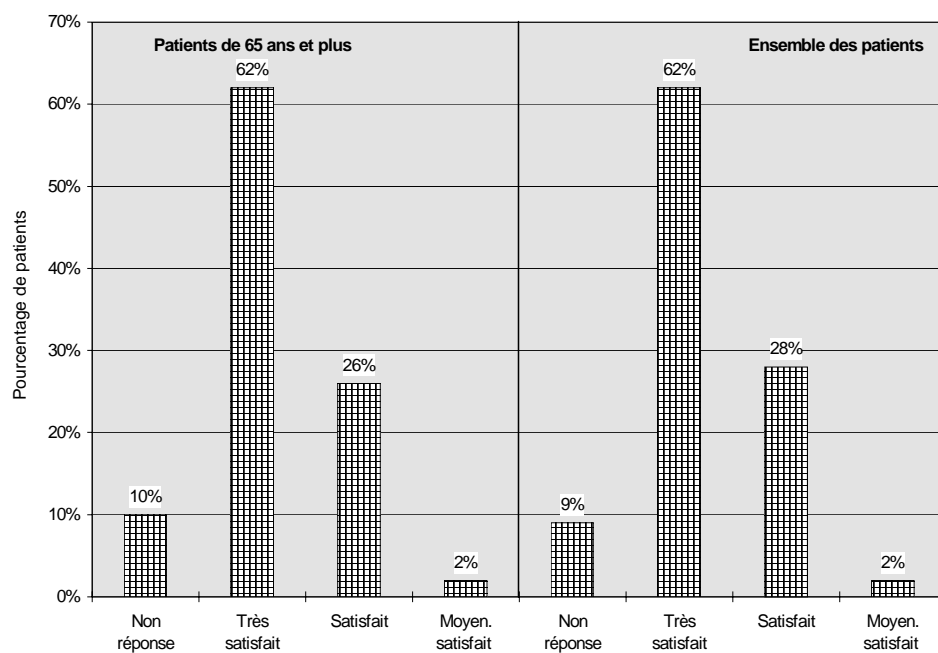
Un haut niveau de satisfaction

88 % des patients de 65 ans et plus sont satisfaits de leur prise en charge en HAD (Graphique n° 4). 62 % des patients se déclarent très satisfaits. Ce haut niveau de satisfaction reste très proche de celui observé pour l'ensemble des patients tournant autour de 90 %.

Aucune personne âgée n'a été déçue par ce mode de prise en charge, et rares sont celles déclarant avoir été moyennement satisfaites (2 %).

L'interprétation de ces résultats est à nuancer en raison du taux de non réponse pouvant signifier soit une incapacité à répondre au questionnaire ou soit un éventuel mécontentement.

**Graphique n° 4 [Tablehad.xls-Graph1]
Comparaison du niveau de satisfaction en hospitalisation à domicile des patients âgés de 65 ans et plus et de l'ensemble des patients**

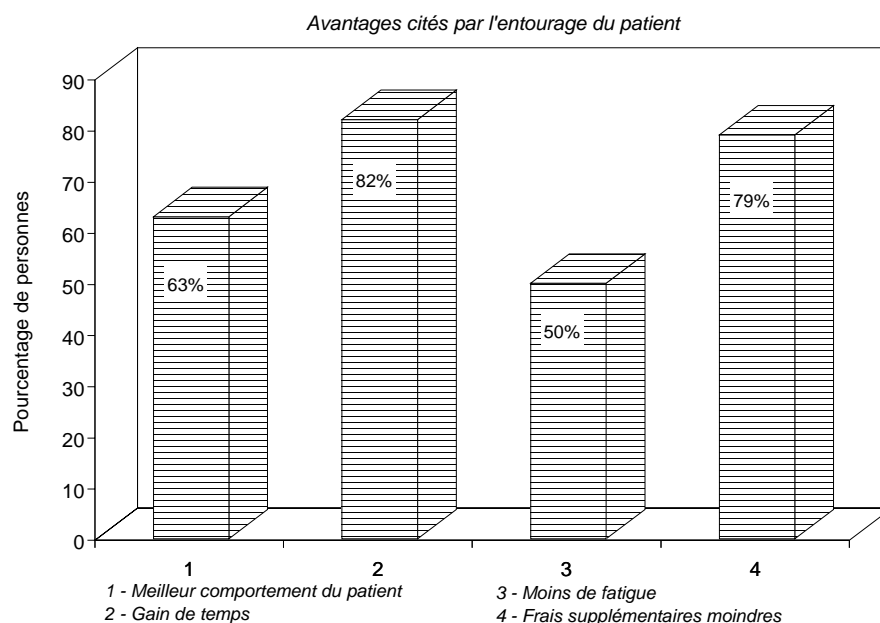
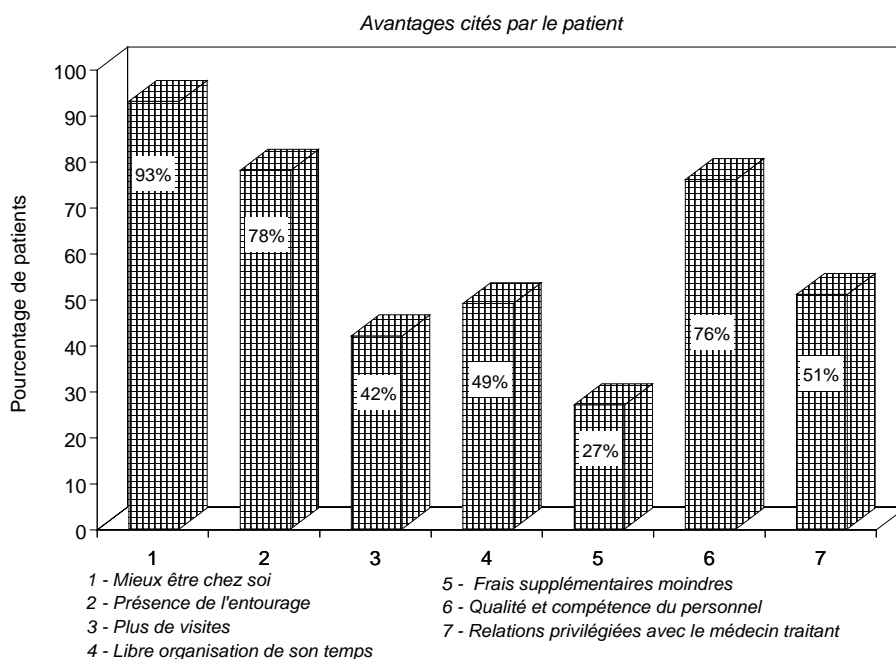


– *Quels sont ces avantages ?*

Du côté du patient, le principal avantage cité par 93 % d'entre eux est « le mieux-être chez soi ». Il faut également noter un autre avantage qui est celui de la qualité et de la compétence du personnel (76 %).

Pour l'entourage du patient, son retour à domicile se traduit principalement comme un gain de temps (pour 82 % des personnes) et des frais supplémentaires moindres (79 %).

**Graphique n° 5 et n° 6 [Graphad.xls-Graph5]
Hospitalisation à domicile
Principaux avantages recueillis auprès du patient
et de son entourage**

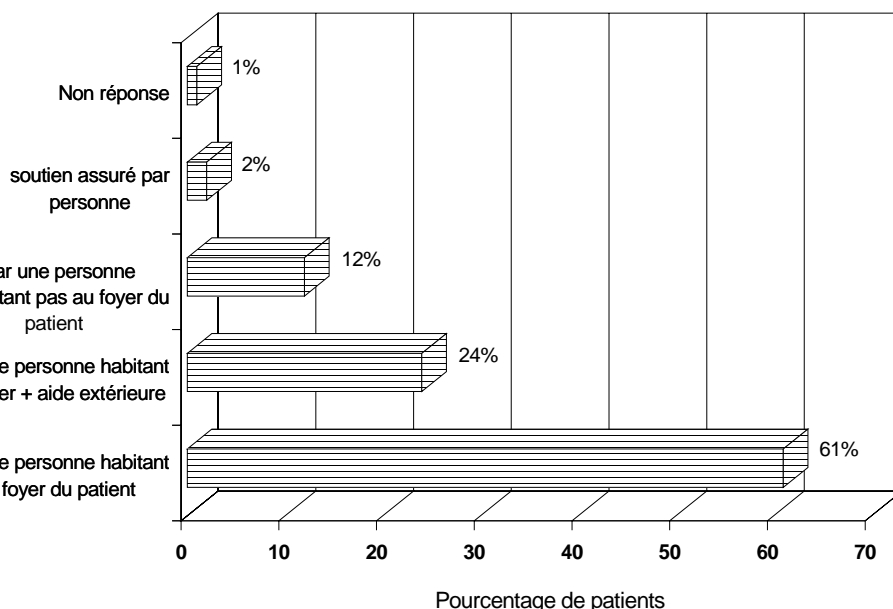


Le nécessaire concours de l'entourage

2. Les limites à ce mode de prise en charge

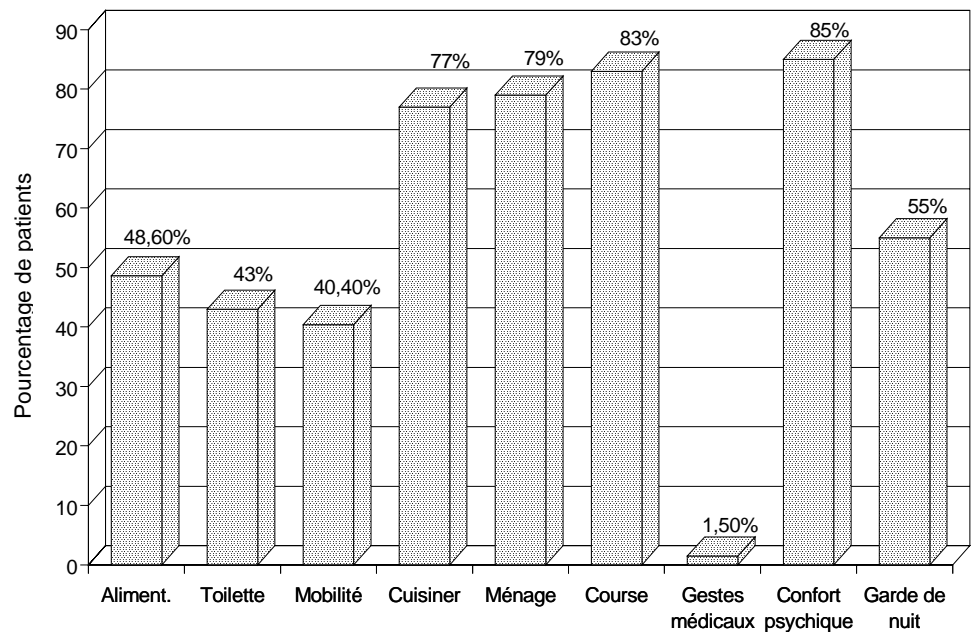
L'absence de surveillance médicale continue 24 h sur 24 h et notamment la nuit, restreint les indications à une prise en charge en hospitalisation à domicile. Elle est assurée, pour 98 % des patients, par la présence de l'entourage qui doit être attentif, coopérant et présent. 85 % des patients trouvent ce soutien dans la cellule domestique, constituée pour la majorité d'entre eux par leur conjoint (Graphique n° 7).

**Graphique n° 7 [Graphad.xls-Graph7]
Le soutien du patient hospitalisé à domicile**



L'hospitalisation à domicile reporte sur la famille la charge ménagère et matérielle du malade « hospitalisable », les professionnels de santé n'assurant que les soins médicaux ou paramédicaux. Le concours de l'entourage est le plus souvent nécessaire pour un bon nombre de gestes de la vie courante (courses, ménage...), le nursing et le soutien psychologique (Graphique n° 8).

**Graphique n° 8 [Graphad.xls-Graph8]
Hospitalisation à domicile : qu'incombe-t-il à l'entourage ?**

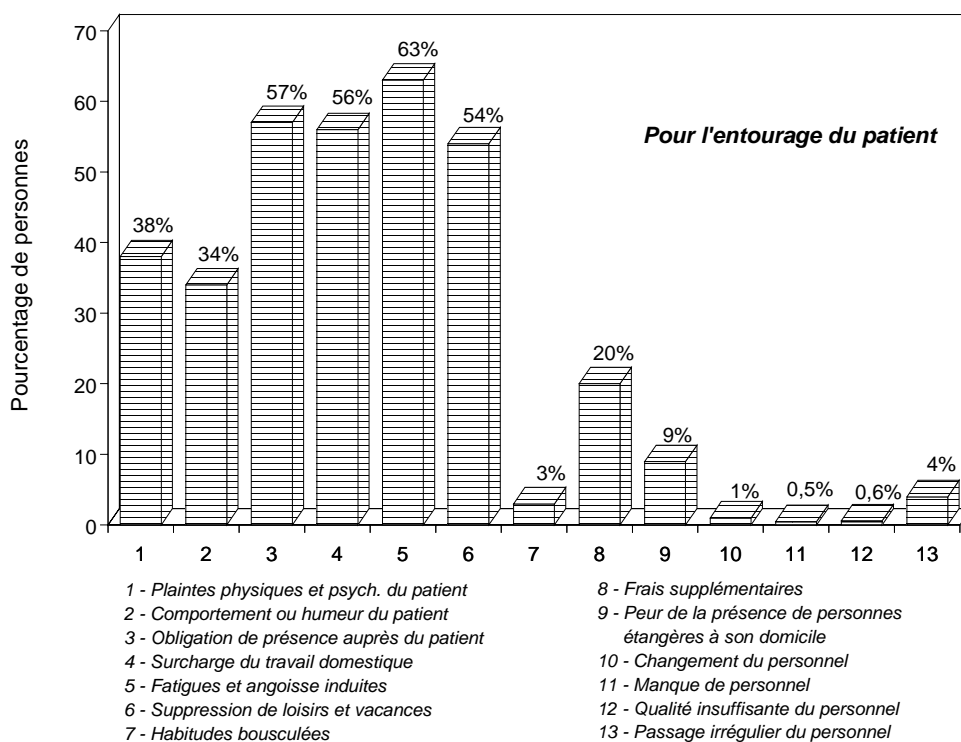
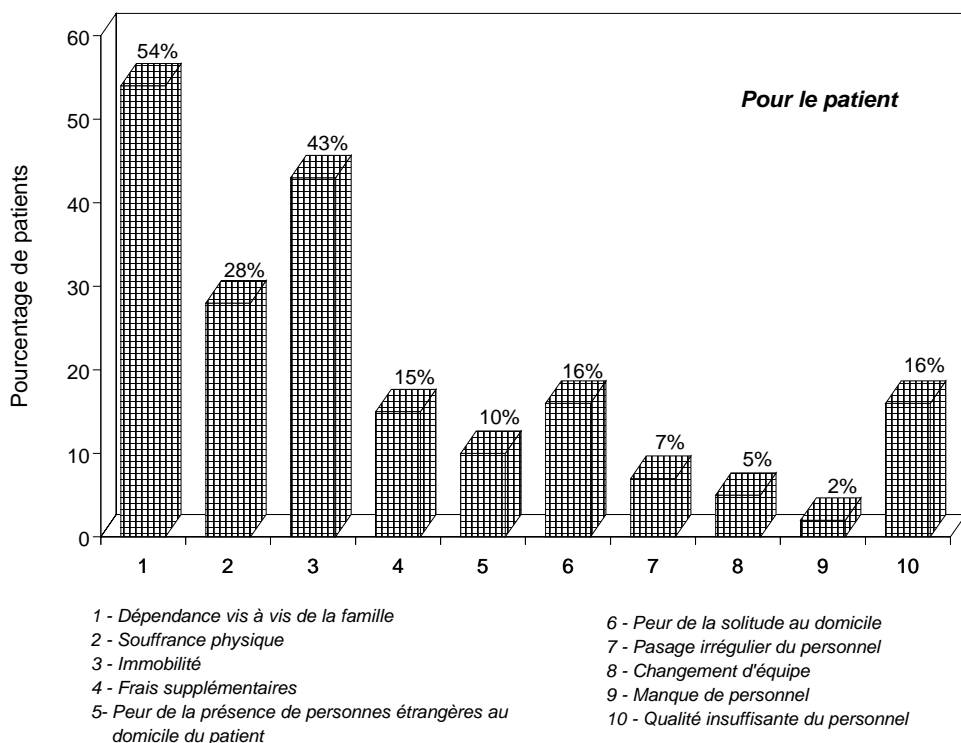


– *Quels sont les inconvénients ?*

Sans être isolé, le patient peut avoir un entourage qui ne parvient pas à faire face aux contraintes induites par le retour au domicile : conjoint âgé, ressources insuffisantes pour assumer les frais des aides indispensables.... Pour les familles qui assument ce retour au domicile du patient, il en découle certains inconvénients.

71 % des familles avouent un certain nombre d'inconvénients liés à ce mode de prise en charge. Parmi les principaux inconvénients évoqués, on note un surcroît de fatigue et d'angoisse (63 %), une obligation de présence auprès du patient (57 %), une surcharge du travail domestique (56 %), un sentiment de privation vis-à-vis de certaines activités ou loisirs (54 %). Les patients de leur côté mettent en avant le problème de la dépendance vis à vis de la famille (cité par 54 % d'entre eux) et les contraintes liées à l'immobilité (43 %).

**Graphique n° 9 et n° 10 [Graphad.xls-Graph9]
Hospitalisation à domicile
Principaux inconvénients recueillis auprès du patient
et de son entourage**



Conclusion

Comme pour toutes les catégories d'âge, l'hospitalisation à domicile représente une étape dans la prise en charge d'une pathologie. Celle-ci apparaît bien adaptée aux personnes âgées, malgré leur plus grande fragilité.

Mais il est clair que cette alternative à l'hospitalisation classique doit avoir été longuement réfléchi et préparée à la fois par les professionnels de santé de l'hôpital et de la ville et par le patient lui-même et son entourage, ce dernier jouant un rôle essentiel dans la prise en charge à domicile.

Les besoins en HAD pour personnes âgées existent et seront de plus en plus nombreux : des besoins en soins palliatifs, des besoins dans les zones géographiques rurales, des demandes provenant d'hôpitaux non satisfaites. La particularité de l'âge avancé et de la polyopathie lourde caractéristique des personnes âgées ont déjà conduit à quelques expériences « d'HAD de long séjour ». Mais, la volonté politique doit clairement s'exprimer pour faciliter le développement de ce mode de prise en charge.

Liste des tableaux

Tableau n° 1

Comparaison des taux de présence en hospitalisation à domicile
et à l'hôpital.....8

Tableau n° 2

Répartition des diagnostics principaux motivant la présence en
hospitalisation à domicile ou en hospitalisation complète..... 12

Tableau n° 3

Degré de handicap et de risque vital pour les personnes
hospitalisées à domicile âgées de 65 ans et plus..... 12

Liste des graphiques

Graphique n° 1

Evolution des taux de présence en hospitalisation à domicile
selon l'âge des patients 7

Graphique n° 2

Répartition des patients pris en charge en hospitalisation à domicile
ou à l'hôpital, selon leur état matrimonial 9

Graphique n° 3

Nombre moyen de soins reçus et de produits pharmaceutiques
consommés quotidiennement par patient hospitalisé à domicile 13

Graphique n° 4

Comparaison du niveau de satisfaction en hospitalisation à domicile
des patients âgés de 65 ans et plus et de l'ensemble des patients..... 19

Graphique n° 5 et n° 6

Hospitalisation à domicile : principaux avantages recueillis auprès
du patient et de son entourage..... 20

Graphique n° 7

Le soutien du patient hospitalisé à domicile..... 21

Graphique n° 8

Hospitalisation à domicile : qu'incombe-t-il à l'entourage ? 22

Graphique n° 9 et n° 10

Hospitalisation à domicile : principaux inconvénients recueillis
auprès
du patient et de son entourage..... 23

Achévé d'imprimer le 15 juillet 1995
SCRIPTA Diffusion, 16 place Adolphe Chérioux
75015 PARIS
Dépôt légal : Juillet 1997