

# Quelle place de l'HAD en EHPAD?

## Retour HAD APHP

Matthieu de Stampa  
6eme Journée Scientifique de Broca  
Jeudi 19 Septembre 2019

- **HAD AP-HP première HAD en France (1957) et plus importante HAD publique sur territoire national (280 000 journées en 2018)**
- **Territoire d'intervention : Grand Paris (75, 92, 93, 94, sud 95 et nord 91) avec organisation en unités de soin de proximité (20)**
- **Polyvalence de l'activité : 820 patients jour avec enfants (100), obstétrique (100), adultes (620) avec forte activité gériatrique (50% patients ont plus de 75 ans)**
- **Offre de soins intensité et technicité 24/24 et 7/7 et interventions pluridisciplinaires avec une coordination clinique de proximité**
- **Expertises multiples (gériatrie, douleur, oncologie, soins palliatifs, plaies...)**

TERRITOIRE D'INTERVENTION DE L'HAD AP-HP

# Unités de soins Adulte

Journée Scientifique de Broca

Admissions médicalisées à votre service

**01 73 73 57 57**

Fax 01 73 73 56 56  
had.adulte@aphp.fr

Du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30, un médecin peut répondre à vos questions

▲ ÉQUIPE DE COORDINATION

○ UNITÉS DE SOINS DU PÔLE SOINS ADULTE

ALBERT CHENEVIER	FERNAND-WIDAL
AMBROISE-PARÉ	JEAN-VERDIER
ANTOINE-BÉCLÈRE	LOUIS-MOURIER
AVICENNE	PAUL-BROUSSE
BEAUJON	PITITÉ-SALPÊTRIÈRE
BROUSSAIS	SAINTE-LOUIS
DIDOT	TENON

● UNITÉ DE SOINS DE NUIT

— LIMITE DÉPARTEMENT



- 1/ Cancérologie** : traitements anticancéreuses, surveillance post-chimios, post-Radiothérapie, soins de support et nutritionnel
- 2/ Soins Palliatifs** (+50% à N+2): cancer (70%), maladies neurologiques dont neuro-dégénératives (30%)
- 3/ Pansements complexes** (ulcères, escarres, plaie diabétique, post chir) et développement de la télémédecine ( $\geq 30$  min)
- 4/ Traitements intraveineux et infectieux** (dont patients porteurs de germes résistants (BHRe: 3,4 % des PEG adultes)
- 5/ Soins post-chirurgie** (Gyneco, sein...) et transfert protocoles
- 6/ Soins gériatriques pluridisciplinaires: poly pathologies et incapacités fonctionnelles et risque d'acutisation (soins type USLD)**
- 7/ Soins rééducation lourds et poly-handicap** avec nursing et soins techniques

## ■ HAD APHP en EHPAD

- ▶ Participation phase expérimentale en 2005 puis
- ▶ **Décret n° 2007-241 du 22 février 2007 relatif à l'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées et modifiant le code de la santé publique**
- ▶ Objectif: amélioration de la quantité et la qualité des prises en charge en EHPAD et diminuer le recours à l'hospitalisation conventionnelle

Journée Scientifique de Broca - Pratiques en Gériatrie - 6ème édition - PARIS 19 sept 2019 © Tous droits réservés

RESEARCH ARTICLE

Open Access



# Hospital in the Nursing Home program reduces emergency department presentations and hospital admissions from residential aged care facilities in Queensland, Australia: a quasi-experimental study

Lijun Fan<sup>1</sup>, Xiang-Yu Hou<sup>1\*</sup>, Guangzhou Zhao<sup>2</sup>, Jiandong Sun<sup>3</sup>, Kaeleen Dingle<sup>1</sup>, Rhonda Purtill<sup>4</sup>, Sam Tapp<sup>4</sup> and Bill Lukin<sup>4</sup>

## Abstract

**Background:** There has been considerable publicity regarding population ageing and hospital emergency department (ED) overcrowding. Our study aims to investigate impact of one intervention piloted in Queensland Australia, the Hospital in the Nursing Home (HiNH) program, on reducing ED and hospital attendances from residential aged care facilities (RACFs).

**Methods:** A quasi-experimental study was conducted at an intervention hospital undertaking the program and a control hospital with normal practice. Routine Queensland health information system data were extracted for analysis.

**Results:** Significant reductions in the number of ED presentations per 1000 RACF beds (rate ratio (95 % CI): 0.78 (0.67–0.92);  $p = 0.002$ ), number of hospital admissions per 1000 RACF beds (0.62 (0.50–0.76);  $p < 0.0001$ ), and number of hospital admissions per 100 ED presentations (0.61 (0.43–0.85);  $p = 0.004$ ) were noticed in the experimental hospital after the intervention; while there were no significant differences between intervention and control hospitals before the intervention. Pre-test and post-test comparison in the intervention hospital also presented significant decreases in ED presentation rate (0.75 (0.65–0.86);  $p < 0.0001$ ) and hospital admission rate per RACF bed (0.66 (0.54–0.79);  $p < 0.0001$ ), and a non-significant reduction in hospital admission rate per ED presentation (0.82 (0.61–1.11);  $p = 0.196$ ).

**Conclusions:** Hospital in the Nursing Home program could be effective in reducing ED presentations and hospital admissions from RACF residents. Implementation of the program across a variety of settings is preferred to fully assess the ongoing benefits for patients and any possible cost-savings.

**Keywords:** Emergency department, Hospital in the Nursing Home, Health services for the aged

- **Projet prioritaire de l'HAD APHP avec déclinaison niveau des organisations et des pratiques professionnelles depuis 2016**
- **Organisation de la prospective et des partenariats avec les EHPAD**
  - ▶ Rencontre annuelle HAD APHP avec les directions de groupes EHPAD
  - ▶ Chargée de missions HAD (2016) en lien direct avec les EHPAD et avec les cadres des unités de soins de l'HAD (centralisation des demandes et accompagnement du changement des organisations et des pratiques professionnelles)
- **Construction de la médecine de parcours avec les services hospitaliers**
  - ▶ Protocolisation avec services cliniques pour retours précoces en EHPAD avec HAD
  - ▶ Développement recours HAD résident EHPAD via le SAU et UHCD
  - ▶ Partenariat avec les réseaux de santé et les équipes mobiles de gériatries

## ■ Partenariat HAD – EHPAD sur N+2

- ▶ 595 admissions (+110%)
- ▶ 49% des admissions à la demande des EHPADs (40% en 2016)
- ▶ 169 EHPAD conventionnés et partenaires actifs (85 en 2016)

## ■ Mode de prise en charge HAD et EHPAD

- Pansements Complexes (83%)
- Soins Palliatifs - Fin de Vie (8%)
- Chimiothérapie et Surveillance Post Chimio (14%)
- Injectables = antibiothérapie ++ (4%)
- Prise en charge douleurs (PCA et MEOPA)

## ■ Caractéristiques des patients EHPAD

- ▶ Patients plus âgés avec plus d'incapacités fonctionnelles (70% IK  $\leq$  30)



## ■ Sécurisation du parcours HAD et EHPAD

- ▶ Évaluation clinique systématique à l'entrée du résident en HAD avec clarification du qui fait quoi entre soignants HAD et EHPAD
- ▶ Réactivité d'intervention HAD en EHPAD (<48h)
- ▶ Anticipation de la sortie d'HAD du résident

## ■ Qualité des interventions communes

- ▶ Déplacement du cadre de l'unité de soins HAD de proximité lors de toute première intervention avec nouvel EHPAD
- ▶ Suivi clinique avec réévaluation hebdomadaire de la situation du résident en staff pluridisciplinaire
- ▶ Echanges entre médecin EHPAD, médecin coordonnateur HAD et médecin traitant et évaluation clinique commune sur situations complexes (et mise en place matériel)

## ■ Formations partagées professionnels HAD et EHPAD

- ▶ En EHPAD
- ▶ Modalités de prise en charge des personnes âgées avec pathologies chroniques
- ▶ Mise en place de support commun
- ▶ Journée commune Culture et Soins sur HAD et EHPAD

Tableau IVS Comparaisons sociodémographiques, trajectoires de soins et caractéristiques cliniques des patients en situation palliative en HAD en fonction du décès à domicile

	Patient en situation palliative en HAD		
	Décédés à domicile (n = 227)	Pas de décès à domicile (n = 590)	p <
<b>Caractéristiques sociodémographiques</b>			
Âge moyen (écart-type)	78,5 (13,1)	71,8 (36,4)	< 0,01
Homme, % (n)	54,2 (123)	55,7 (328)	NS
Lieu de soins, % (n)			
• Domicile	93,7 (213)	98,5 (581)	< 0,01
• EHPAD	6,3 (14)	1,5 (9)	
<b>Trajectoires de soins</b>			
Mode d'entrée, % (n)			
• Prescription hospitalière	71,6 (163)	75,1 (443)	NS
• Prescription médecin traitant	28,4 (64)	24,9 (147)	
Durée moyenne de séjour (DMS) (écart-type)	33,9 (60,3)	38,9 (49,4)	NS

## Patients en situation palliative en hospitalisation à domicile : trajectoires de soins et caractéristiques cliniques

*Palliative care at home: patient care pathways and clinical characteristics*

Laure Boisserie-Lacroix<sup>1</sup>, Odile Marquestaut<sup>1</sup>, Matthieu de Stampa<sup>2</sup>

Journées Scientifiques de Broca  
Pratiques en Gériatrie  
6ème édition – PARIS 19 sept 2019 © Tous droits réservés

- **Poursuivre les dynamiques engagées en termes d'approches partagées et co-portées pour mieux répondre aux besoins des résidents**
- **Poursuivre le maillage territorial HAD avec les EHPAD du territoire**
- **Mener des projets structurants et utiles en termes de santé publique :**
  - ▶ Dossiers dormants
  - ▶ Développement de la télémédecine
  - ▶ Extension du recours EHPAD-HAD via les SAU
  - ▶ Interventions HAD en urgence pour soins palliatifs avec SAMU (article 51)
  - ▶ Participation aux programmes de recherche HAD en EHPAD en lien avec l'offre de santé de ville