



# Nouvelles technologies et Hospitalisation à Domicile (HAD)

Par Lydie Nicolas

## 1. L'HOSPITALISATION À DOMICILE, UN RÉSEAU COORDONNÉ VILLE-HÔPITAL

### Repères

Le premier service français d'hospitalisation à domicile (HAD) est lancé à Paris, en 1960, par le Pr. Siguier. Il est suivi en province par celui du Pr. Hugonot et de Mme Guyot, en 1967, à Grenoble.

Les années 60-70 ont été déterminantes pour le CHU<sup>2</sup> de Grenoble. Avec la mise en place de l'HAD, du SMUR<sup>3</sup> et des secteurs en psychiatrie, l'hôpital s'est définitivement ouvert sur la ville.

Au niveau national, peu de structures ont été formalisées avant 2000, année où une circulaire a précisé le projet thérapeutique, les profils des malades et les motifs de prise en charge de l'hospitalisation à domicile. La volonté des pouvoirs publics de poursuivre cet effort a, depuis, été maintenue.

Le Plan Solidarité Grand Âge en a même fait une priorité pour 2007/2012 : l'HAD fait partie du bouquet de services à déployer pour garantir une bonne qualité de vie aux personnes âgées choisissant le maintien à domicile. Des soins complexes sont désormais dispensés chez la personne ou, depuis 2007, en EHPA(D)<sup>4</sup>. Professionnels de la filière de soins gériatriques et de l'HAD sont invités à travailler en plus étroite collaboration. L'enjeu est d'assurer à terme une couverture partout sur le territoire.

*A l'hôpital, les durées de séjour sont très courtes. La prise en charge est réservée aux personnes atteintes de pathologies aiguës<sup>1</sup>, dont le traitement exige le plateau technique hospitalier.*

*A l'interface ville-hôpital, l'hospitalisation à domicile se place à la fois en amont, pour éviter des hospitalisations, et en aval de l'hospitalisation conventionnelle, pour favoriser des sorties précoces de patients porteurs de pathologies aiguës ou chroniques évolutives et/ou instables.*

*Comment l'utilisation des nouvelles technologies pourrait-elle optimiser cette prise en charge ? ViSaDom, expérience menée grâce à un partenariat entre le CHU de Grenoble, France Télécom R&D et le Laboratoire Interuniversitaire de Gériologie de Grenoble (LI2G), apporte de premiers éléments de réponse.*

Octobre 2011

Si l'HAD représente une faible part des journées d'hospitalisation (0,45%), elle est appelée à se développer du fait du vieillissement de la population, d'une recherche d'efficacité des hôpitaux, et du fait d'une demande grandissante (soins palliatifs, fin de vie, etc.).

### Grenoble, référence historique en HAD

L'HAD est un réseau coordonné de l'hôpital. Une permanence de soins est assurée à domicile 24h/24, 7j/7. Le fonctionnement repose sur un système d'astreinte de professionnels de santé et un partenariat avec le Centre 15, qui dispose d'un accès aux dossiers des patients suivis. Cette coopération entre le CHU et le Centre 15 a fait de Grenoble une référence nationale en matière d'HAD.

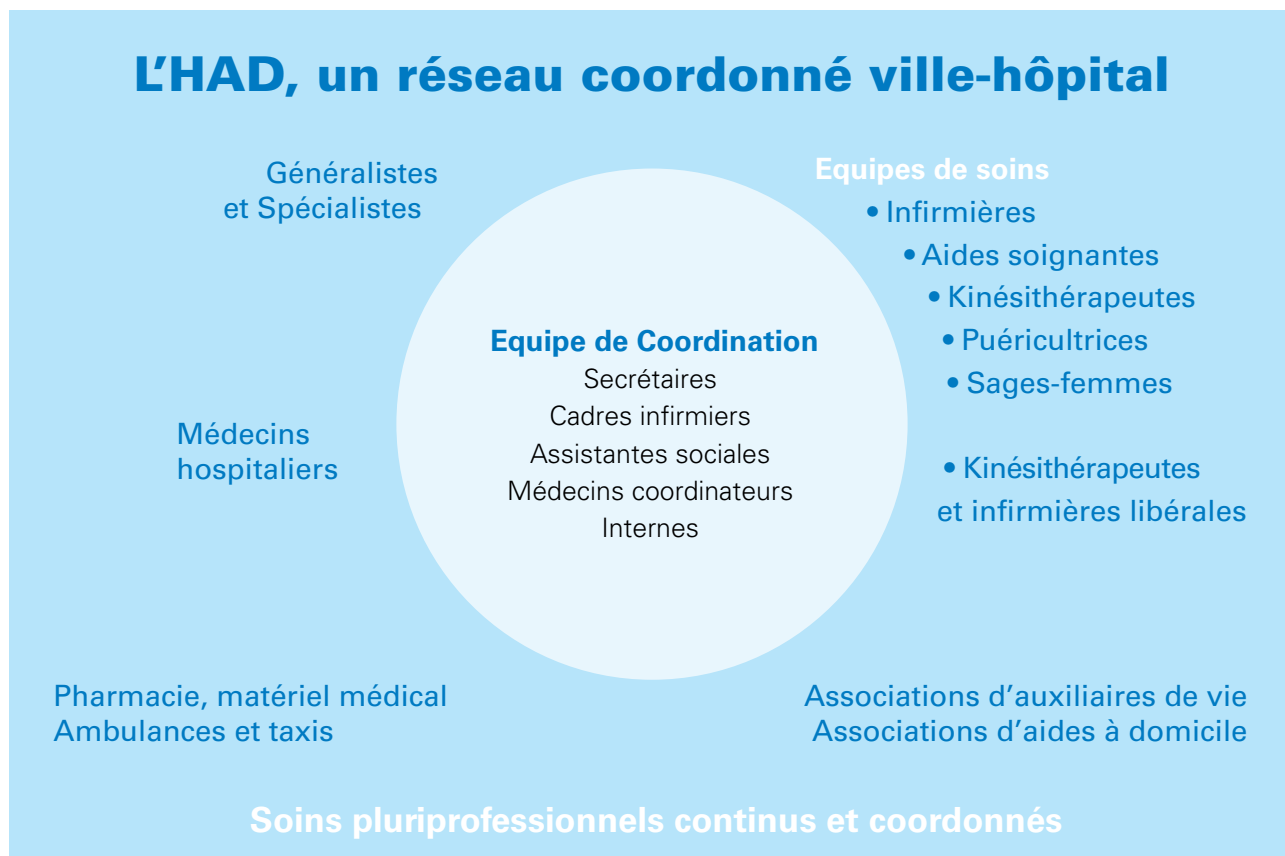
<sup>1</sup> Apparition brusque et évolution rapide, en opposition à maladie chronique.

<sup>2</sup> Centre hospitalier universitaire.

<sup>3</sup> Service mobile d'urgence et de réanimation.

<sup>4</sup> Etablissement d'hébergement pour personnes âgées / (dépendantes)

# L'HAD, un réseau coordonné ville-hôpital



Concrètement, une équipe de coordination travaille avec des soignants, salariés ou libéraux, spécialisés en maternité, pédiatrie et secteur adulte. Des conventions sont passées avec les médecins de ville, les infirmières libérales et plusieurs associations : auxiliaires de vie, aide à domicile... Le CHU fournit les produits pharmaceutiques pour le suivi des patients par les professionnels salariés.

Ce montage s'est fait progressivement. Les professionnels concernés étant nombreux, la qualité de la coordination est prépondérante pour que les interventions au chevet des malades se déroulent dans de bonnes conditions.

## Moyens techniques de base

Au siège de l'HAD, c'est le téléphone qui se révèle indispensable pour contacter familles et soignants ! Un dossier informatisé existe pour chaque patient. Ce n'est pas le DMP<sup>5</sup>, mais un logiciel spécifique HAD. Il est communicant en interne, mais reste inaccessible pour les intervenants. L'idéal serait de pouvoir relier, en temps réel, l'équipe de coordination au généraliste qui prescrit une ordonnance à son cabinet, à l'auxiliaire de vie qui constate un changement au domicile, etc. Vu le profil des patients et des pathologies pris en charge, le recueil instantané des informations est fondamental.

<sup>5</sup> Dossier Médical Personnel.

## Profil du patient en HAD

Un patient accueilli à l'hôpital est dit « hospitalo requérant ». Il est « HAD requérant » lors d'une hospitalisation à domicile. Enfin, il peut aussi être « ambulatoire ».

Quel est le profil d'un patient qui bénéficie d'une HAD ? Il a une pathologie évolutive qui nécessite une certaine densité de soins. Il peut s'agir de soins de réadaptation (rééducation), de soins programmés (chimiothérapie, cure d'antibiotiques) ou de soins continus comme les soins palliatifs. Si ce mode de prise en charge n'existait pas, le patient serait dans un établissement de santé. Le but de l'HAD est d'éviter ou de rendre plus court un séjour hospitalier. La durée de l'hospitalisation à domicile est très variable.

## Des techniques hospitalières en ville

L'HAD rassure le médecin hospitalier : l'équipe coordinatrice appartient au CHU et s'il y a un problème, il est tout de suite prévenu. Il est ainsi possible de faire des soins plus complexes que s'il n'y avait qu'une infirmière libérale au chevet du patient.

Les soins réalisés en HAD sont techniques, ils vont au-delà de simples soins d'hygiène : nutrition entérale, pansements, chambres implantables,

perfusion... Il est parfois nécessaire de mettre des protocoles en place avec des précautions d'hygiène à respecter.

L'HAD est le cadre adapté pour diffuser des techniques hospitalières en ville.

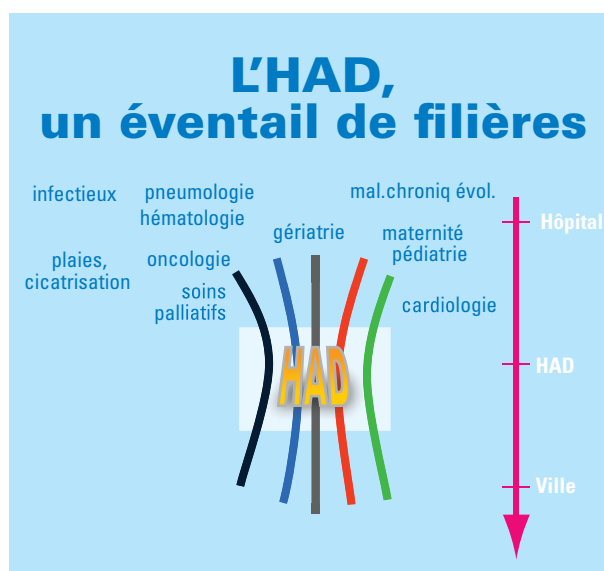
## Rassurer le patient

90% des patients choisissent l'hospitalisation à domicile. Pour les 10% restants, l'HAD est imposée : le patient peut avoir le sentiment d'être rejeté hors de l'hôpital. La qualité de la prise en charge doit contribuer à effacer cette impression.

Le médecin traitant est un pivot, mais le référent hospitalier reste très important pour le patient. L'HAD est un moyen de garder un lien privilégié avec son médecin hospitalier, notamment en oncologie et en soins palliatifs, où la relation est très forte.

La vigilance est forte sur la sécurité et la qualité des soins donnés. Le patient a besoin de pouvoir joindre les professionnels 24h/24. Cette permanence de soins est difficile à mettre en place, mais vu le profil des patients, il faut l'assurer.

En HAD, la tendance est d'installer beaucoup d'appareils. Une pompe à nutrition, un extracteur à oxygène ou autre peuvent ronronner, sonner... Cela peut être anxiogène pour une personne malade, il est donc important de lui expliquer certains fonctionnements. Il faut faire oublier le matériel de soins.

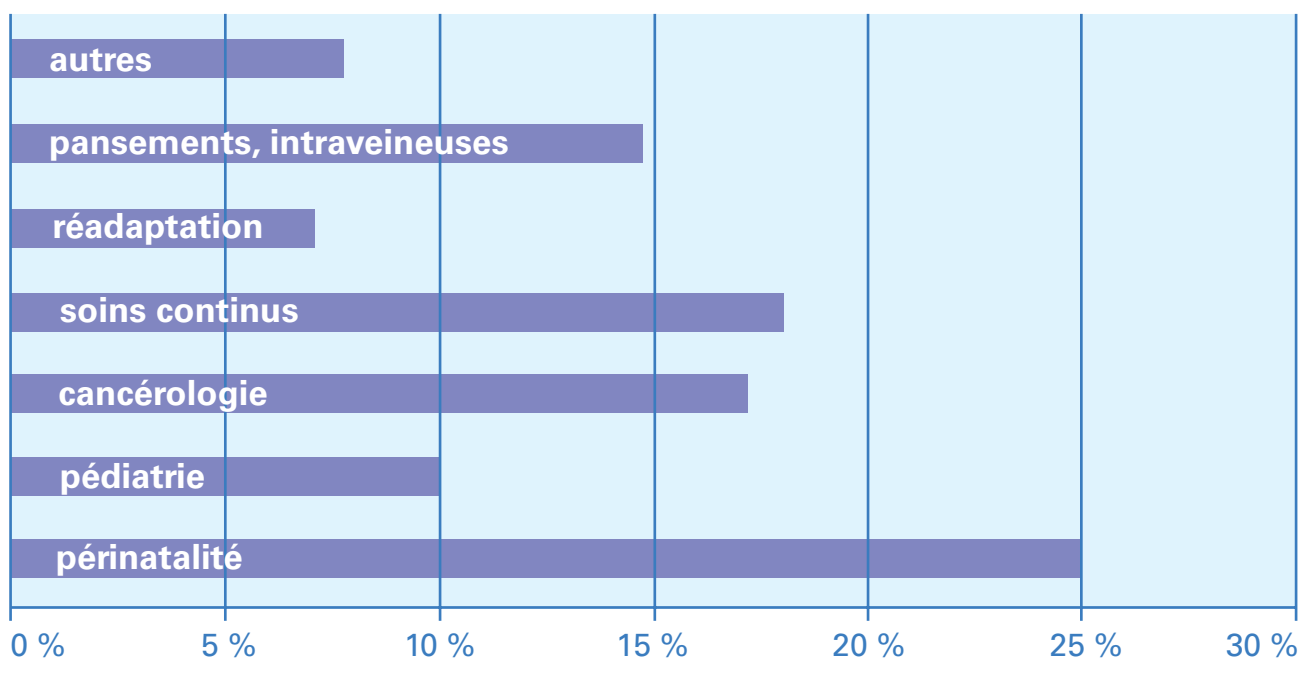


Des choix sont parfois à faire : faut-il respecter le besoin du patient d'être dans son propre lit ou l'installer dans un lit médicalisé pour faciliter le travail des professionnels, la qualité et la sécurité des soins ? La décision doit être prise et comprise par les intéressés.

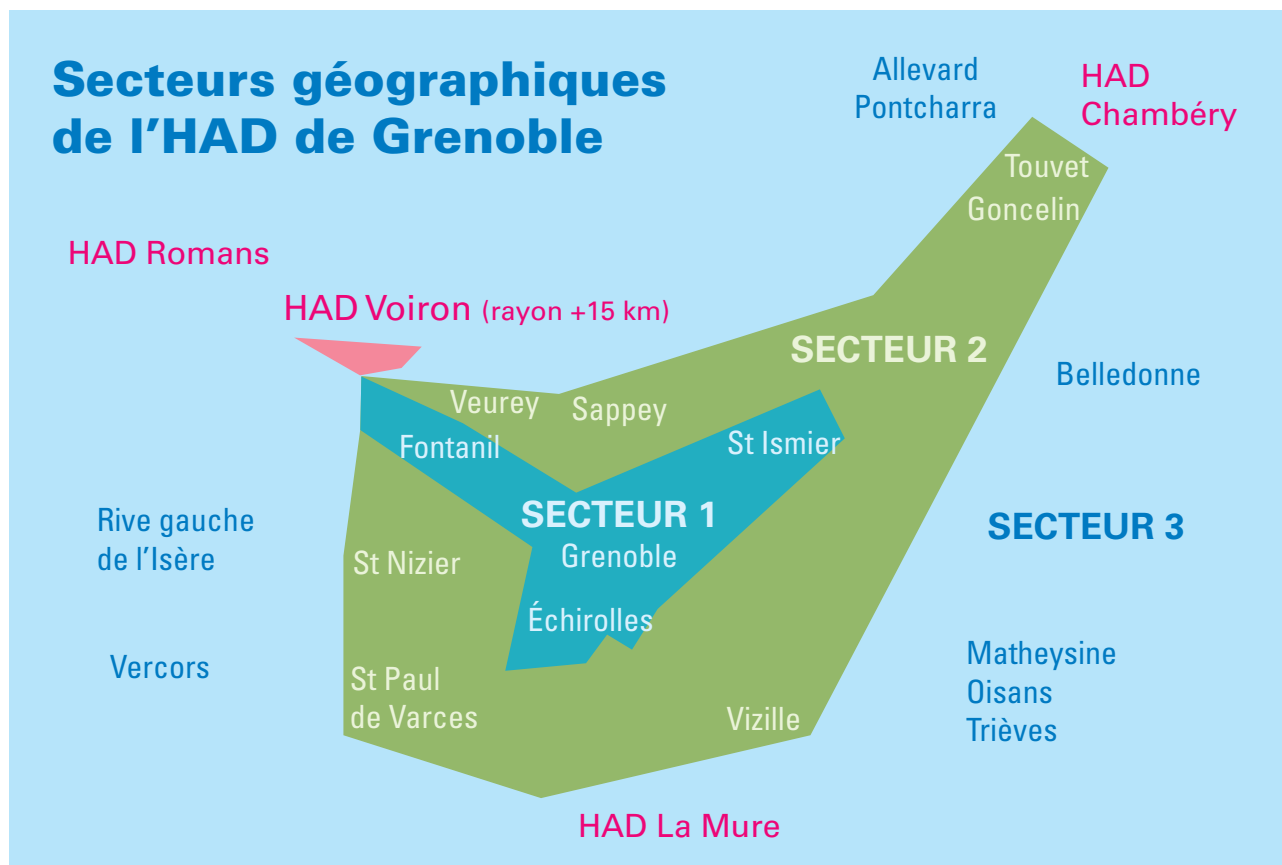
Enfin, même s'il existe une marge d'innovation possible, beaucoup de progrès ont déjà été réalisés concernant les matériels disponibles pour le domicile.

## Pathologies prises en charge par les HAD publiques en France

(en pourcentage des séjours)



## Secteurs géographiques de l'HAD de Grenoble



### Couverture géographique

Grenoble et sa grande agglomération constituent le secteur géographique historique de l'HAD, dit secteur 1. Les demandes de prise en charge aux frontières limitrophes étant régulières, l'ARS<sup>6</sup> a incité à une extension de la zone couverte. Il y a d'abord eu un secteur 2... puis un secteur 3. Le découpage s'est fait en suivant les voies de communications : de l'autoroute au début des montagnes pour le secteur 2, les zones montagneuses pour le secteur 3. En Isère, aucune commune n'est, en théorie, dépourvue d'HAD. Une antenne a été créée à la Mûre en 2010. Et les HAD de Voiron, Chambéry et Romans juxtaposent celle de Grenoble.

### Accessibilité et communication

La sectorisation s'est également faite en fonction de questions d'accessibilité. Les professionnels salariés et libéraux du secteur 1 sont bien connus et à proximité immédiate. La prise en charge en secteurs 2 et 3 est faite uniquement par des acteurs locaux : médecins généralistes, infirmières et kinés libéraux, etc. Le secteur 3 est différencié, pour des raisons d'accessibilité l'hiver. L'intégration des deux nouveaux secteurs s'est soldée par l'apparition de nouveaux

besoins en communication. Les patients sont plus éloignés. Les temps de déplacement et les délais d'intervention sont à considérer. Pour des raisons de ressources humaines, la fréquence des visites de l'infirmier coordinateur de l'HAD est hebdomadaire. Comment compenser ? Le téléphone ne suffit pas toujours. Il faudrait pouvoir dématérialiser les ordonnances et utiliser le dossier pharmaceutique du patient. Cela supposerait d'avoir recours systématiquement au Dossier Pharmaceutique (DP) et à son intégration au SI HAD<sup>7</sup>. Dans ce sens, l'HAD pourrait utilement s'inspirer des récentes recommandations de l'HAS (Haute Autorité de Santé) pour la téléprescription médicamenteuse en février 2009.

## 2. NOUVELLES TECHNOLOGIES AU SERVICE DE L'HAD

### ViSaDom

Grâce à un partenariat entre le CHU de Grenoble, France Télécom R&D et le LI2G, des travaux de recherche ont été menés sur l'utilisation de nouvelles technologies dans le cadre de l'hospitalisation à domicile. Baptisée ViSaDom, cette expérience a eu lieu entre 1999 et 2001. Bien qu'un peu datée, elle reste à l'état de projet prospectif au vu de la réalité de terrain des HAD en France... faute de financements.

<sup>6</sup> L'Agence Régionale de Santé.

<sup>7</sup> SI HAD : Système d'Information de l'HAD.

## Visiophonie à domicile

Proposée sur la base du volontariat, l'innovation technologique a notamment constitué en l'installation à domicile d'un appareil de visiophonie. Cet outil était délibérément au service du patient. Libre à lui d'appeler un professionnel de l'HAD ou de ne pas décrocher en cas d'indisponibilité. A distance, le soignant pouvait piloter la caméra de façon à la diriger sur le malade, une plaie, un porte-document, etc. La caméra se détournant automatiquement en fin d'échange. Le retour d'image sur l'écran permettait au patient de voir ce qu'il montrait de son domicile. Les temps de communication étaient ainsi distincts et contrôlables. En cas de difficultés d'élocutions, la personne pouvait se servir du clavier pour dialoguer.

La caméra du domicile permettait de zoomer et de faire des photos imprimables au siège de l'HAD. A l'HAD, une webcam ordinaire avec un double écran permettait de voir le patient et consulter son dossier médical en même temps. Il était possible de suspendre temporairement l'échange (vidéo et son coupés).

## Une technologie rassurante pour le patient

De grandes précautions ont été prises pour respecter l'image et la vie privée du patient. L'enjeu était de le rendre acteur de la nouvelle technologie. Une démonstration de l'utilisation du service lui était faite à l'installation au domicile.

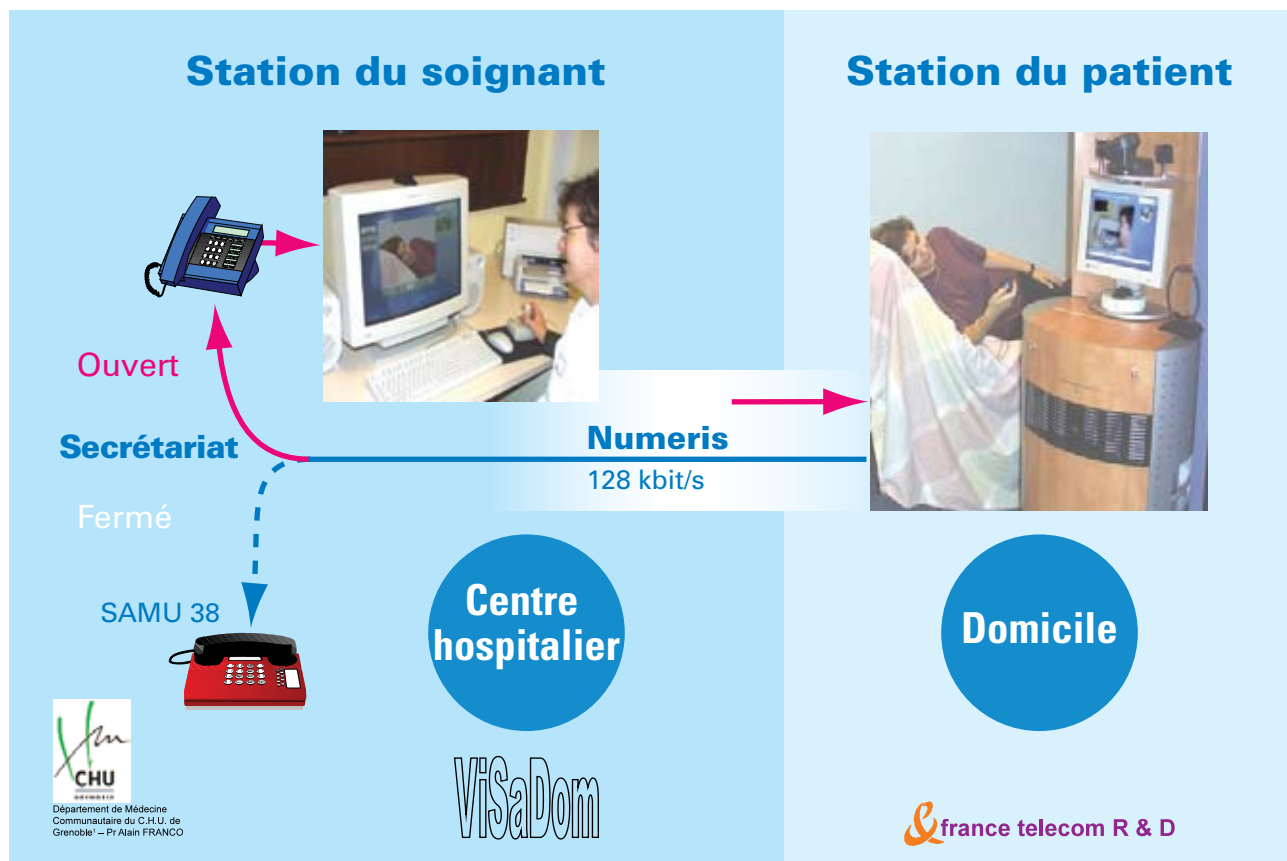
Quelques appels « tests » suivaient pour vérifier l'intégration de l'apprentissage, puis, le patient s'en saisissait selon ses besoins.

Simple d'utilisation, le matériel a été pensé pour être conforme à ce que chacun peut trouver dans son quotidien. Dans le cadre de l'HAD, chaque patient présente un profil et des pathologies différentes. C'est à la technologie de s'adapter. Quel type de commande peut-on proposer à quelqu'un qui a une baisse de l'acuité, une diminution de l'audition et des difficultés de préhension ? Comment renforcer la surveillance artérielle de tel patient ? Capteurs et aides technologiques sont à moduler au cas par cas.

## Une meilleure qualité de vie pour l'aidant

Stress, manque de sommeil, isolement : occuper une place d'aidant expose à un risque de morbidité de 50 % – dépression – et à une surmortalité de 20 %. Tout ce qui peut sécuriser et améliorer le confort de son proche est bienvenu. Il a été observé, lors de l'expérience, que l'installation d'outils de téléassistance rassurait suffisamment l'aidant pour qu'il s'autorise de nouveau à sortir du domicile. Le fait de savoir que son proche, en cas de besoin, pouvait contacter un professionnel lui rendait une marge d'autonomie.

La motivation des patients, de leurs familles et des soignants a été déterminante dans la réussite du projet.



## Le soignant

La première réaction du professionnel est de craindre que la technologie ne le remplace ! Ce n'est pas le cas. Le matériel installé peut fluidifier la communication, augmenter le nombre et la qualité des informations relatives à l'état de santé de la personne... La fréquence des visites peut, au contraire, s'en trouver augmentée.

Une fois qu'il est convaincu de l'intérêt de la technologie pour le patient, le soignant se l'approprié. Là encore, le matériel doit être simple d'utilisation. Et les nouvelles technologies sont d'autant plus aisément adoptées qu'elles appartiennent déjà à son quotidien : il est aujourd'hui très facile d'obtenir des clichés de plaies, par exemple, parce que n'importe qui fait des photos avec son téléphone portable !

## Résultats

En moyenne, autant d'appels provenant du domicile que du service d'HAD ont été comptabilisés. Le système de téléassistance fonctionnait 24h/24, 7j/7. Il servait par exemple dans le cadre de soins. Une infirmière pouvait ainsi montrer à un médecin à distance les ponctions qu'elle était en train de faire. Vérification d'un pansement, évaluation de douleur, surveillance de perfusion, ajustement d'une pompe à insuline, adaptation de traitement médicamenteux, support pour l'éducation thérapeutique du patient... Les nombreuses applications du programme ViSaDom ont été démontrées et appréciées par l'ensemble des acteurs professionnels de l'HAD.

## CONCLUSION

La population française vieillit. La demande de soins à domicile augmente alors même que l'État recherche des moyens de maîtrise de la dépense de santé.

La loi HPST<sup>8</sup> a profondément changé l'organisation et le mode de financement des hôpitaux.

<sup>8</sup> Hôpital Patient Territoire Santé.

<sup>9</sup> Services de Soins Infirmiers A Domicile.

Cette loi accorde une place grandissante à la coordination des réseaux de soins. Il est souhaitable que l'HAD des Hôpitaux Publics puisse y trouver sa juste place.

Dès 2006, l'Agence Régionale de Santé de Rhône-Alpes (ARS-RA) relevait la nécessité d'une prise en charge intégrée des patients et en faisait un de ses objectifs en s'appuyant sur l'HAD et les SSIAD<sup>9</sup>.

L'introduction du financement à l'activité (T2A) à l'hôpital bouleverse le financement des établissements de soins. Espérons que les tarifs propres à l'HAD permettront un plus large développement de cette activité et parviendront à mobiliser des ressources suffisantes à l'introduction des nouvelles technologies ●

Lydie NICOLAS,  
praticien hospitalier,  
service d'Hospitalisation  
à Domicile



### BIBLIOGRAPHIE

#### Pathologies prises en charge par les HAD publiques en France

• *Hospitalisation à domicile (HAD)* – Tome I – Rapport définitif de l'Inspection générale des affaires sociales RM2010-109P. Nicolas Durand, Christophe Lannelongue, Patrice Legrand membres de l'Inspection générale des affaires sociales et D' Vincent Marsala conseiller général des établissements de santé, novembre 2010.

• *L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients.* Questions d'économie de la Santé – IRDES – n°140. Exploitation des données du PMSI HAD 2006. Anissa Afrite, Mylène Chaleix, Laure Com-Ruelle, Hélène Valdelièvre, mars 2009.

#### Accessibilité et communication

• *HAS Recommandations pour la télé-prescription médicamenteuse*, février 2009.

#### ViSaDom

• *Téléassistance en HAD : Le programme ViSaDom.* La Presse Médicale 2005, 34, 1059-64.

Lydie Nicolas, Alain Franco, Hervé Provost.

## LES PUBLICATIONS DE L'AUEG

ALLIANCE UNIVERSITÉ ENTREPRISE DE GRENOBLE

[www.aueg.org](http://www.aueg.org)

7C CHEMIN DES PRÉS – INOVALLÉE  
38240 MEYLAN



Tél. : 33 (0)4 76 18 28 65 – Fax : 33 (0)4 76 18 28 45  
E-mail : [aueg@wanadoo.fr](mailto:aueg@wanadoo.fr)

Rédacteur de la publication : Laure Bornarel  
Directeur de la publication : Jean Bornarel – Création graphique : Alice Giraud