



LA PERSONNE ÂGÉE À LA SORTIE DES URGENCES: HÔPITAL OU DOMICILE?

Pr. Thomas GILBERT

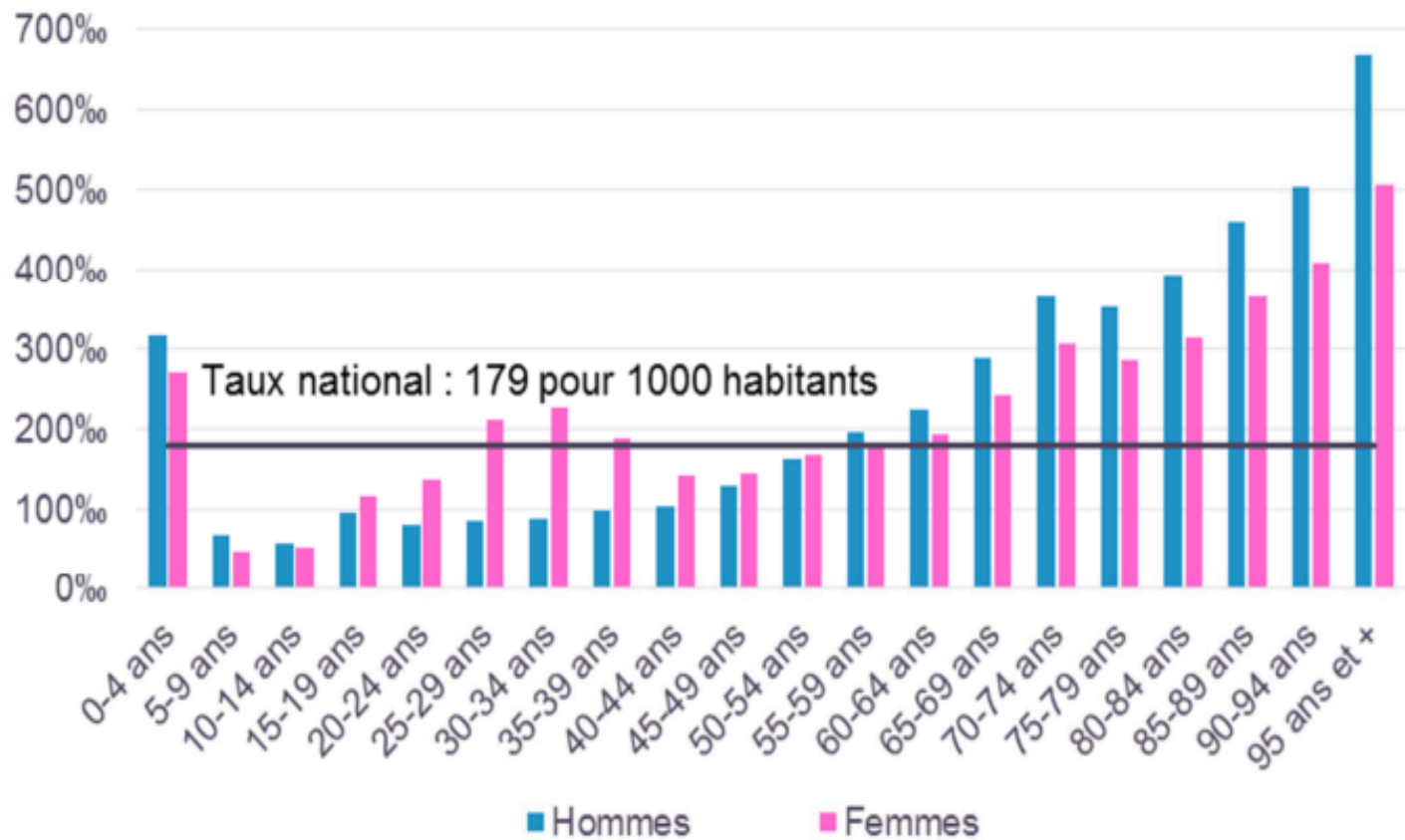
Service de médecine du vieillissement CHU Lyon-sud
Intergroupe SFMU/SFGG d'urgences gériatriques

thomas.gilbert@chu-lyon.fr

LIENS D'INTÉRÊT

- Activités non rémunérées pour des laboratoires pharmaceutiques: Néant
- Activités rémunérées : 400 € conférence Amylose cardiaque 2022 (Pfizer)
- Avantages divers (transports, repas...) : 130 € au total sur la période 2010-2025

Taux d'hospitalisation MCO en 2017, par classe d'âge et par sexe

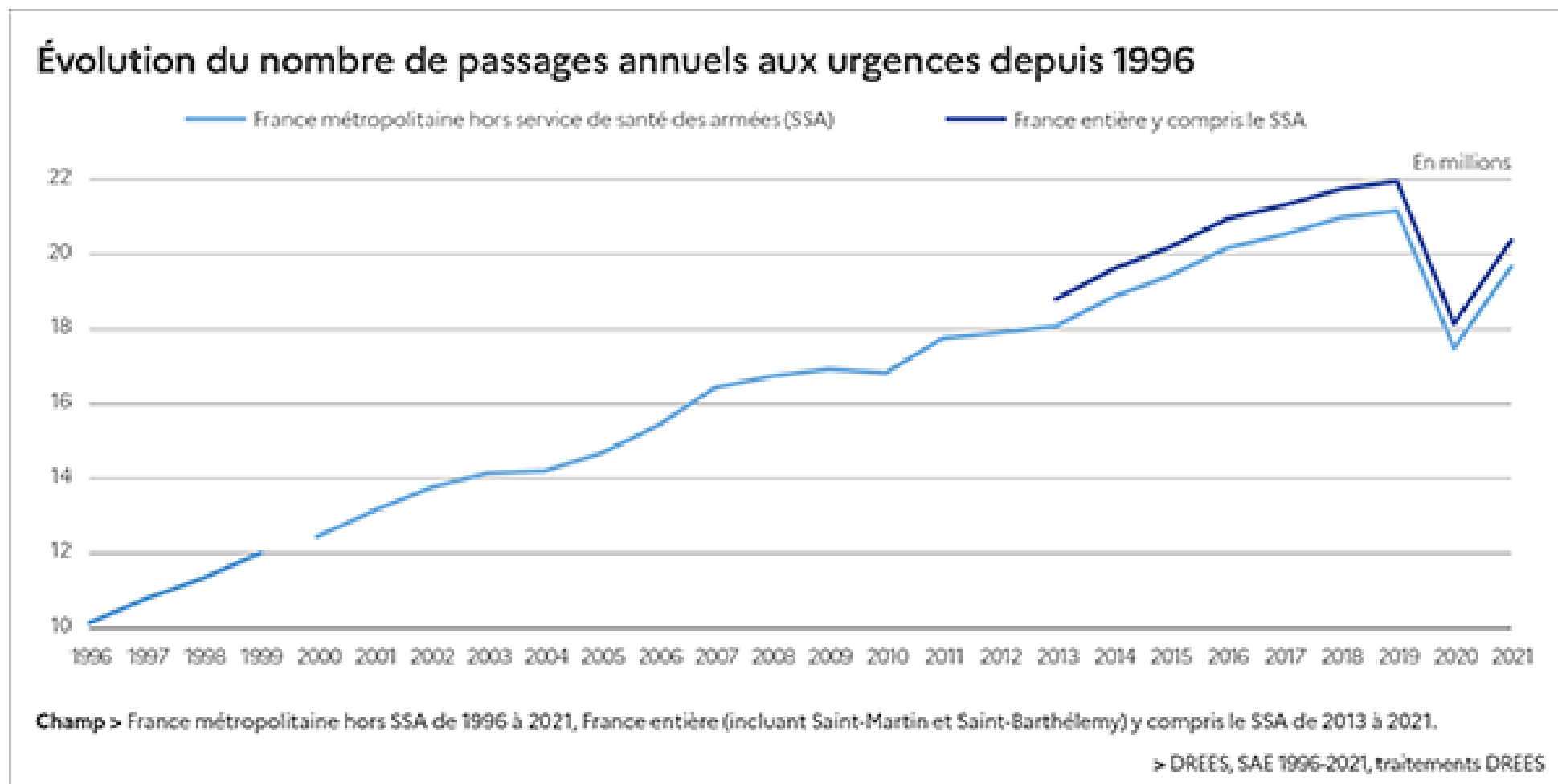


Personnes de plus de 75 ans

2020	2030
6,3 millions	8,4 millions

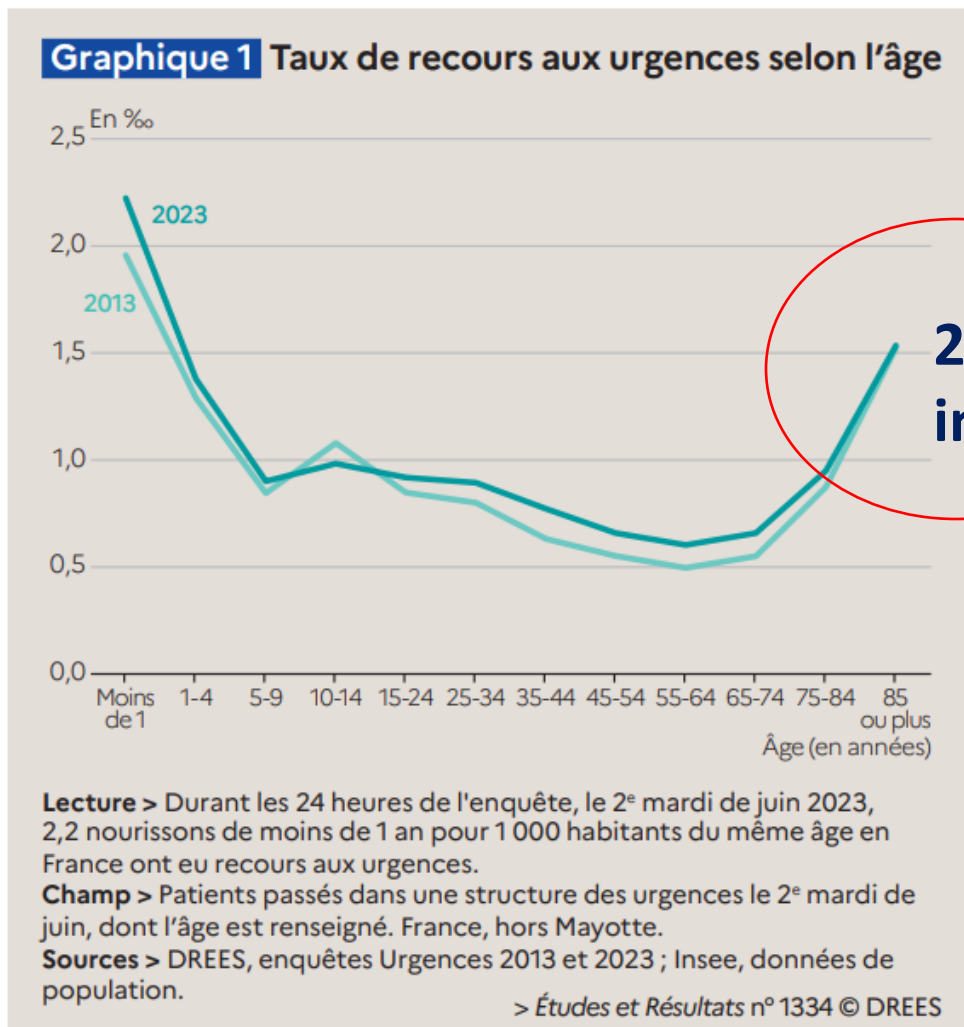
2/5 hospitalisées en 2017

EVOLUTION DU NOMBRE DE PASSAGES AUX URGENCES



Demoly E., Deroyon T. (2025, mars). Urgences : la moitié des patients y restent plus de 3 heures en 2023, 45 minutes de plus qu'en 2013. DREES, *Études et Résultats*, 1334.

RECOURS AUX URGENCES SELON L'ÂGE



Part des plus de 75 ans **14,7%**
en Région ARA (données ORU Urg'ARA 2023)

20-40% des visites aux urgences
inappropriées

LES DONNÉES DE L'OBSERVATOIRE RÉGIONAL DES URGENCES

DONNEES REGIONALES RPU 2023

↑ 0,8%	356 147	Nombre de passages aux urgences (sup 75 ans)
↑ 0,9	14,7%	Part de plus de 75 ans aux urgences
↑ 0,8%	976	Moyenne quotidienne
↑ 0,5%	446	Moyenne de présents à 15h
↑ 2%	207	Moyenne de présents à 6h

MODE DE SORTIE

↓ 0,5	46,6%	Taux d'hospitalisation
↓ 0,6	43,8%	Mutation
↑ 0,1	2,8%	Transfert
↑ 0,5	53,1%	Retour à domicile (dont EHPAD)

DUREE DE PASSAGE

↓ 1,7%	355	Médiane de durée de passage
↑ 0,5	30,1%	Passage en moins de 4h

PATIENTS

0,76	Sex-ratio H/F
84,2	Age moyen
17,9%	Plus de 90 ans

↓ 0,1%
↓ 0,2

ARRIVEES

● Date/heure	
20,2%	Nuit [20h-8h[
25,7%	Week-end
● Mode de transport	
43,7%	Moyen personnel
56,3%	Transport sanitaire
● CCMU	
47,0%	CCMU 1&2

↓ 0,4
0
↓ 0,1
↑ 0,2
↓ 2,1

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

71,2%	Médico-chirurgical
22,4%	Traumatologique
1,4%	Psychiatrique
0,3%	Toxicologie
4,7%	Autre recours

↓ 0,3
0
0
0
↑ 0,3



LES DONNÉES DE L'OBSERVATOIRE RÉGIONAL DES URGENCES

DONNEES REGIONALES RPU 2023

↑ 0,8%	356 147	Nombre de passages aux urgences (sup 75 ans)
↑ 0,9	14,7%	Part de plus de 75 ans aux urgences
↑ 0,8%	976	Moyenne quotidienne
↑ 0,5%	446	Moyenne de présents à 15h
↑ 2%	207	Moyenne de présents à 6h

MODE DE SORTIE

46,6% hospitalisation

43,8% Mutation

2,8% Transfert

53,1% retour à domicile
(dont EHPAD)

DUREE DE PASSAGE

↓ 1,7%	355	Médiane de durée de passage
↑ 0,5	30,1%	Passage en moins de 4h

PATIENTS

0,76 Sex-ratio H/F

84,2 Age moyen

17,9% Plus de 90 ans

↓ 0,1%

↓ 0,2

ARRIVEES

● Date/heure

20,2% Nuit [20h-8h[

25,7% Week-end

↓ 0,4

0

● Mode de transport

43,7% Moyen personnel

56,3% Transport sanitaire

↓ 0,1

↑ 0,2

● CCMU

47,0% CCMU 1&2

↓ 2,1

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

71,2% Médico-chirurgical

22,4% Traumatologique

1,4% Psychiatrique

0,3% Toxicologie

4,7% Autre recours

↓ 0,3

0

0

0

↑ 0,3



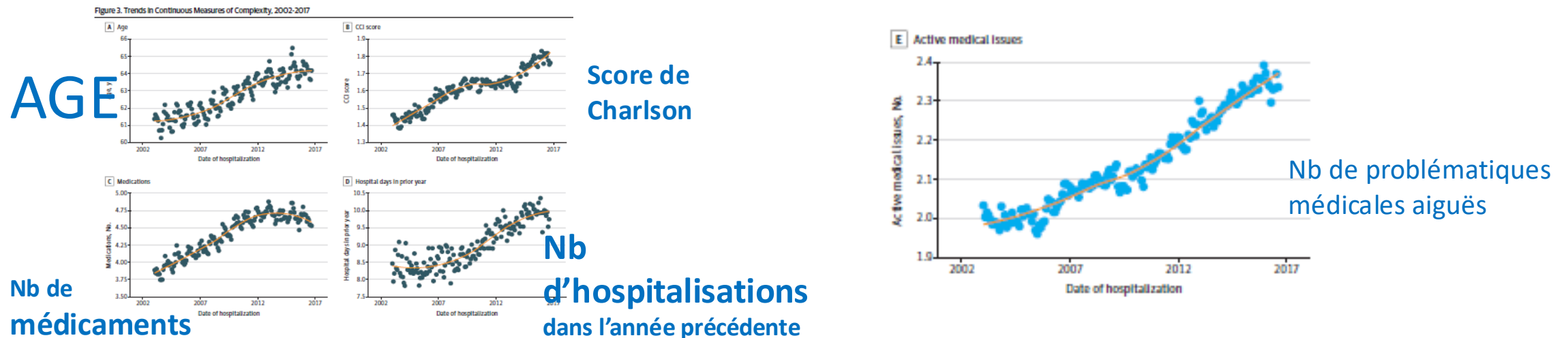
UN NIVEAU DE COMPLEXITÉ QUI AUGMENTE !

JAMA Internal Medicine | Original Investigation

Population-Based Trends in Complexity of Hospital Inpatients

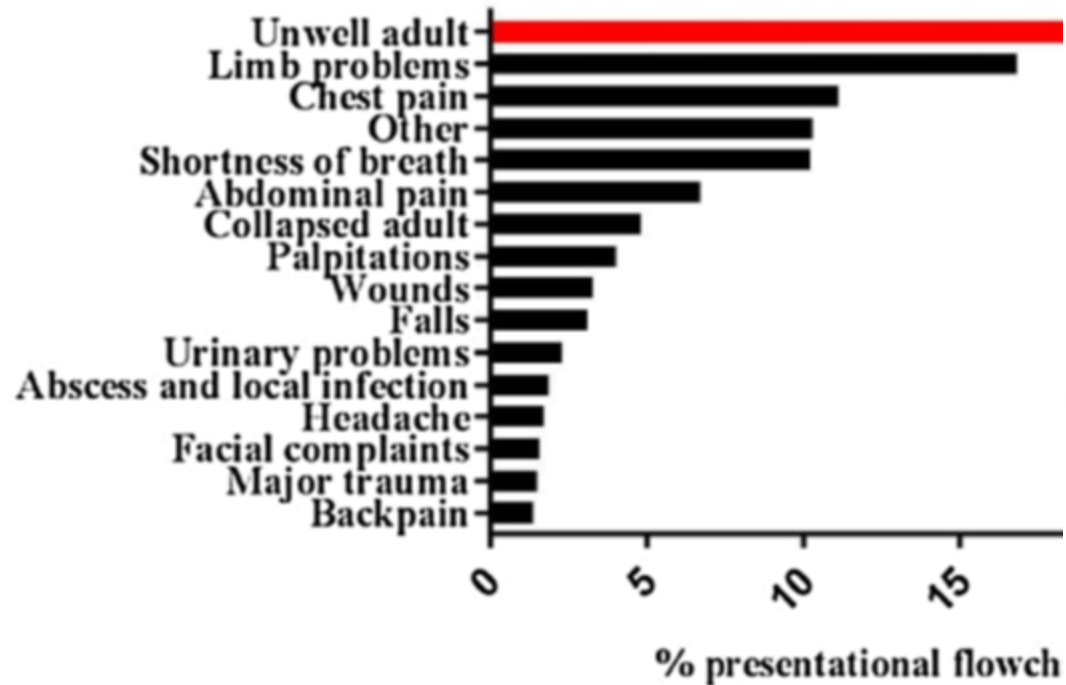
Hiten Naik, MD; Tyler M. Murray, MD; Mayesha Khan, MA; Daniel Daly-Grafstein, MSc; Guiping Liu, PhD; Barry O. Kassen, MD, MACP; Jake Onrot, MD; Jason M. Sutherland, MSc, PhD; John A. Staples, MD, MPH

Evolution 2002 → 2017

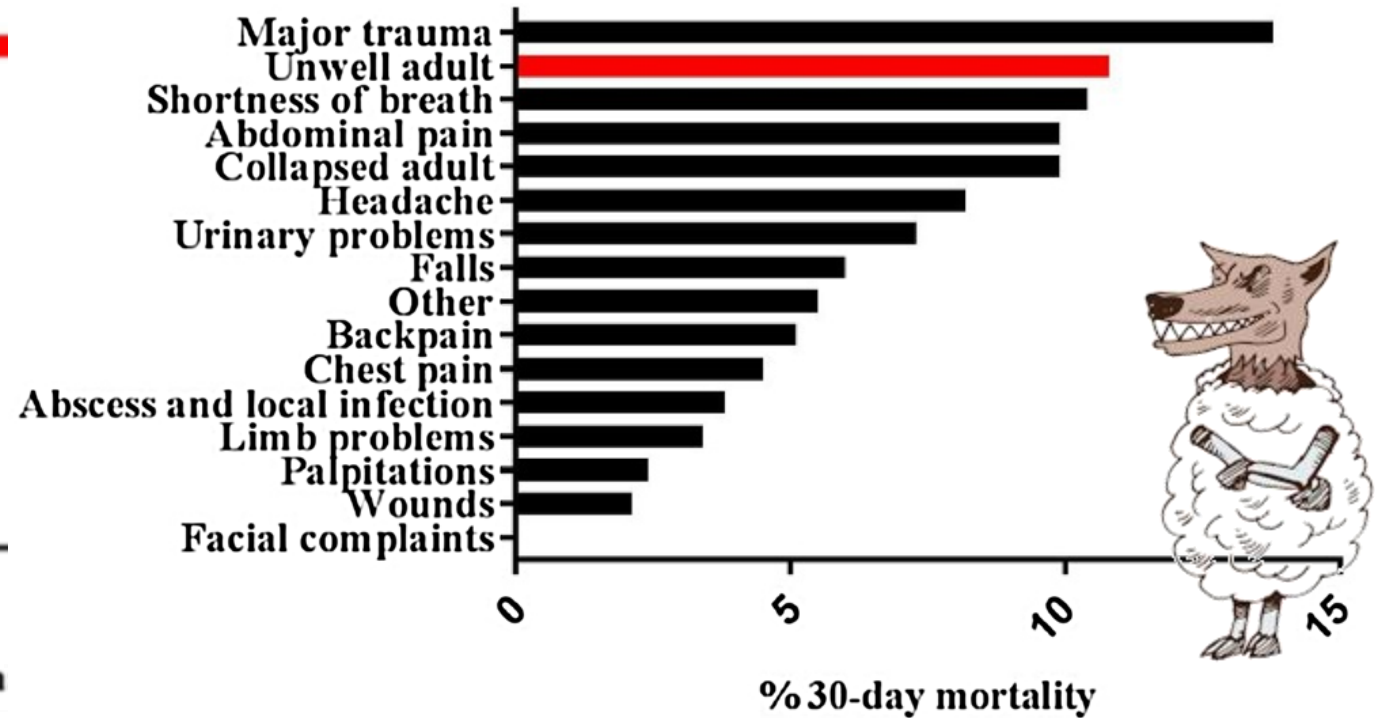


« ALTÉRATION DE L'ÉTAT GÉNÉRAL »

4255 patients aged 70+ presenting to ED in the Netherlands



1^{er} motif de présentation aux urgences



2^{ème} pire pronostic

L'HÔPITAL EST-IL TOUJOURS LE LIEU LE PLUS ADAPTÉ?

Les personnes âgées sont particulièrement vulnérables vis-à-vis du risque de complications liées à l'hospitalisation

Mudge, BMC Geriatr 2017

10-15% de confusion aiguë

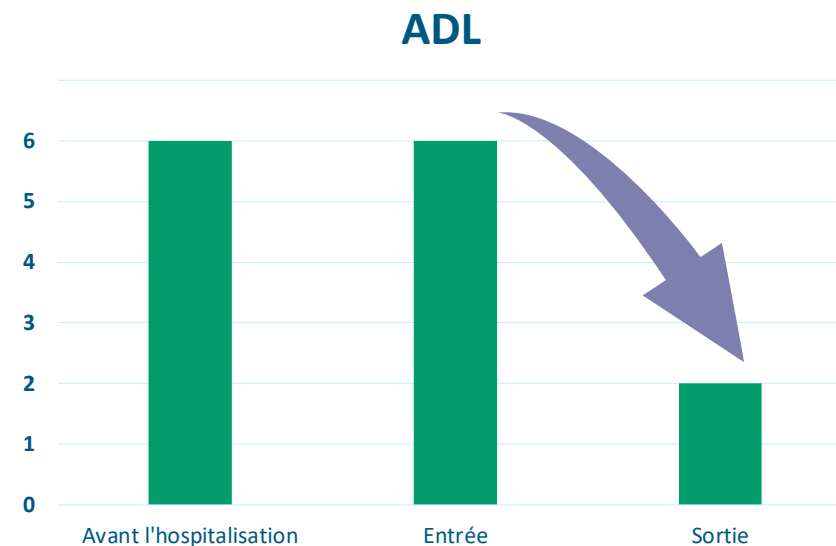


Inouye SK. Dement Geriatr Cogn Disord. 1999

30 à 56% de déclin fonctionnel et déconditionnement



Covinsky JAMA 2011
Boyd 2005



Dépendance iatrogène

→ Évitable dans 80% des cas

Sourdet et al. JAMDA 2015

EFFETS INDÉSIRABLES DES PASSAGES AUX URGENCES

- Augmentation de la morbi-mortalité liée à ce mode d'admission
- Risques de complications liées à l'hospitalisation...
- ...d'autant plus importants chez les sujets fragiles et/ou avec des dépendances pour les ADL/IADL



Mudge A et al. J Am Geriatr Soc 2019
Van Oppen J et al. Emerg Med J 2019
Buurman B et al. Plos ONE 2011
Carpenter C et al. Acad Emerg Med 2015
Sirois M et al. J Am Geriatr Soc 2013
Boyd C et al. J Am Geriatr Soc 2008

PRONOSTIC DES DUREES DE SEJOUR AUX URGENCES PROLONGÉS

Augmentation du risque de morbi-mortalité des patients âgés qui passent la nuit aux urgences

Association avec le niveau de dépendance ADL



JAMA Internal Medicine

November 6, 2023

Overnight Stay in the Emergency Department and Mortality in Older Patients

Melanie Roussel, MD¹; Dorian Teissandier, MD²; Youri Yordanov, MD, PhD^{3,4}; et al

» [Author Affiliations](#) | [Article Information](#)

JAMA Intern Med. 2023;183(12):1378-1385. doi:10.1001/jamainternmed.2023.5961

Roussel et al. JAMA Intern Med 2023

OBJECTIFS DES INTERVENTIONS

EMPÊCHER LES ADMISSIONS AUX URGENCES ET LES HOSPITALISATIONS?



Poncet *et al.*
Scand J Trauma Resusc Emerg Med (2024) 32:100
<https://doi.org/10.1186/s13049-024-01271-5>

Scandinavian Journal of Trauma,
Resuscitation and Emergency Medicine

RESEARCH

Open Access

Prehospital undertriage of older injured patients in western Switzerland: an observational cross-sectional study

Clément Poncet¹, Pierre-Nicolas Carron^{1,2}, Vincent Darioli^{1,2}, Tobias Zingg^{1,3} and Francois-Xavier Ageron^{1,2*}

European Geriatric Medicine (2021) 12:903–919
<https://doi.org/10.1007/s41999-021-00512-5>

REVIEW

Under-triage of older trauma patients in prehospital care: a systematic review

Abdullah Alshibani^{1,2} · Meshal Alharbi^{2,3} · Simon Conroy¹

Received: 3 March 2021 / Accepted: 5 May 2021 / Published online: 10 June 2021
© The Author(s) 2021

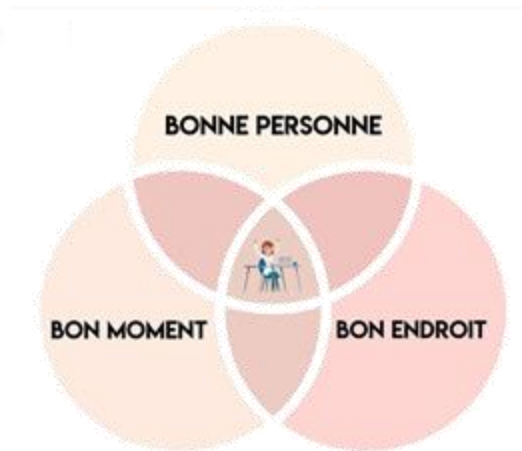
Poncet C. et al. Scand J Trauma Resusc Emerg Med 2024

Alshibani A et al. Eur Geriatr Med 2021

OBJECTIFS DES INTERVENTIONS

~~EMPÊCHER LES ADMISSIONS AUX URGENCES ET LES HOSPITALISATIONS?~~

MIEUX ORIENTER LES PATIENTS



Et ce n'est jamais statique...

**CECI PRÉSUPPOSE DES
ALTERNATIVES DISPONIBLES !**

Même combat!

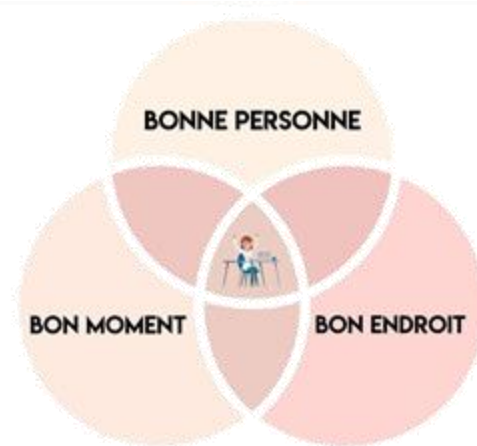


PROBLEME AIGU



Passage aux urgences

HOSPITALISATION



Et ce n'est jamais statique...

Même combat!

Exemple de la CUPPA



PROBLEME AIGU

Passage aux urgences
justifié ?

HOSPITALISATION
NECESSAIRE ?



Enjeux de régulation (Hotline gériatrique)

ALTERNATIVES à l'HOSPITALISATION?

Prévention

Enjeux d'accès aux soins de premiers recours
Ambulatory sensitive conditions

PRÉVENTION DES ENVOIS AUX URGENCES



- « Ambulatory care sensitive conditions » : jusqu'à 25% des admissions aux urgences

- Maladies chroniques: Filières et cardiaque, etc.)
- Problématiques aiguës (déshydratation, domicile, meilleure anticipation
- Prévention vaccinale (grippe, ...)
- Directives anticipées

- Régulation : Admissions directes via la h
- Continuité des soins en EHPAD
- Partage d'informations (dossier partagé)

> J Health Serv Res Policy. 2020 Oct;25(4):252-264. doi: 10.1177/1355819619886885.
Epub 2019 Dec 5.

Determining when a hospital admission of an older person can be avoided in a subacute setting: a systematic review and concept analysis

Alyson L Huntley ¹, Ben Davies ², Nigel Jones ³, James Rooney ⁴, Peter Goyder ⁵, Sarah Purdy ⁶, Helen Baxter ⁷

Affiliations + expand

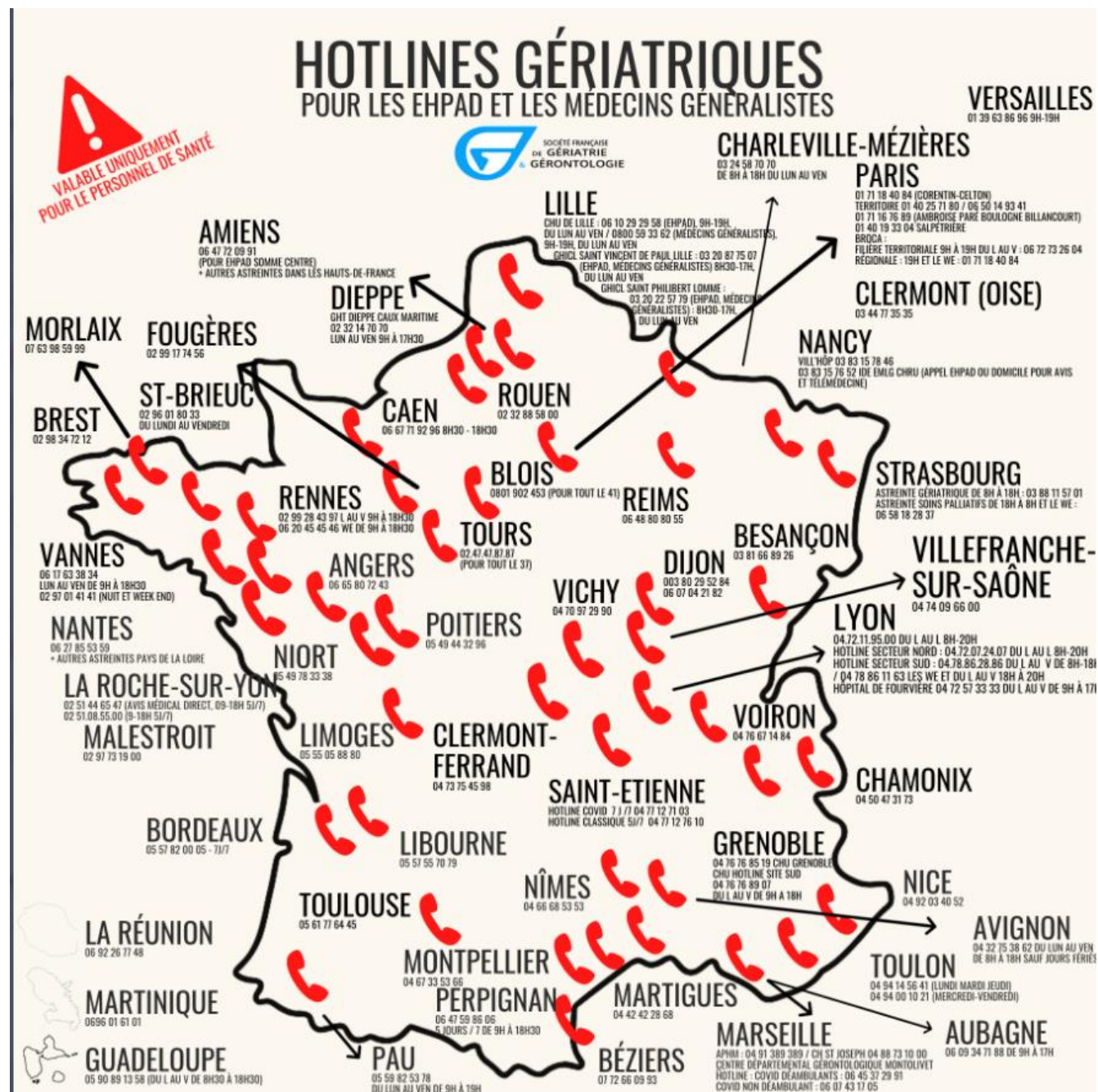
PMID: 31805793 DOI: 10.1177/1355819619886885

Huntley A J Health Serv Res Policy. 2020
Purdy Qual prim care 2012
Leppin JAMA 2014
Tammes BMJ Open 2019

HOTLINES GERIATRIQUES EN FRANCE

Développement croissant depuis 2013

- Limiter les hospitalisations inappropriées
- Bénéficier de conseils d'un médecin gériatre
- Développer les interactions ville/hôpital
- Optimiser le parcours de soin du sujet âgé



SFGG: Rapport d'étude Hotlines 2022

<https://sfgg.org/espace-presse/communiques-de-presse/rapport-detude-impact-des-hotlines-geriatriques-sur-les-parcours-de-soins-des-personnes-agees-susceptibles-detre-hospitalisees/>

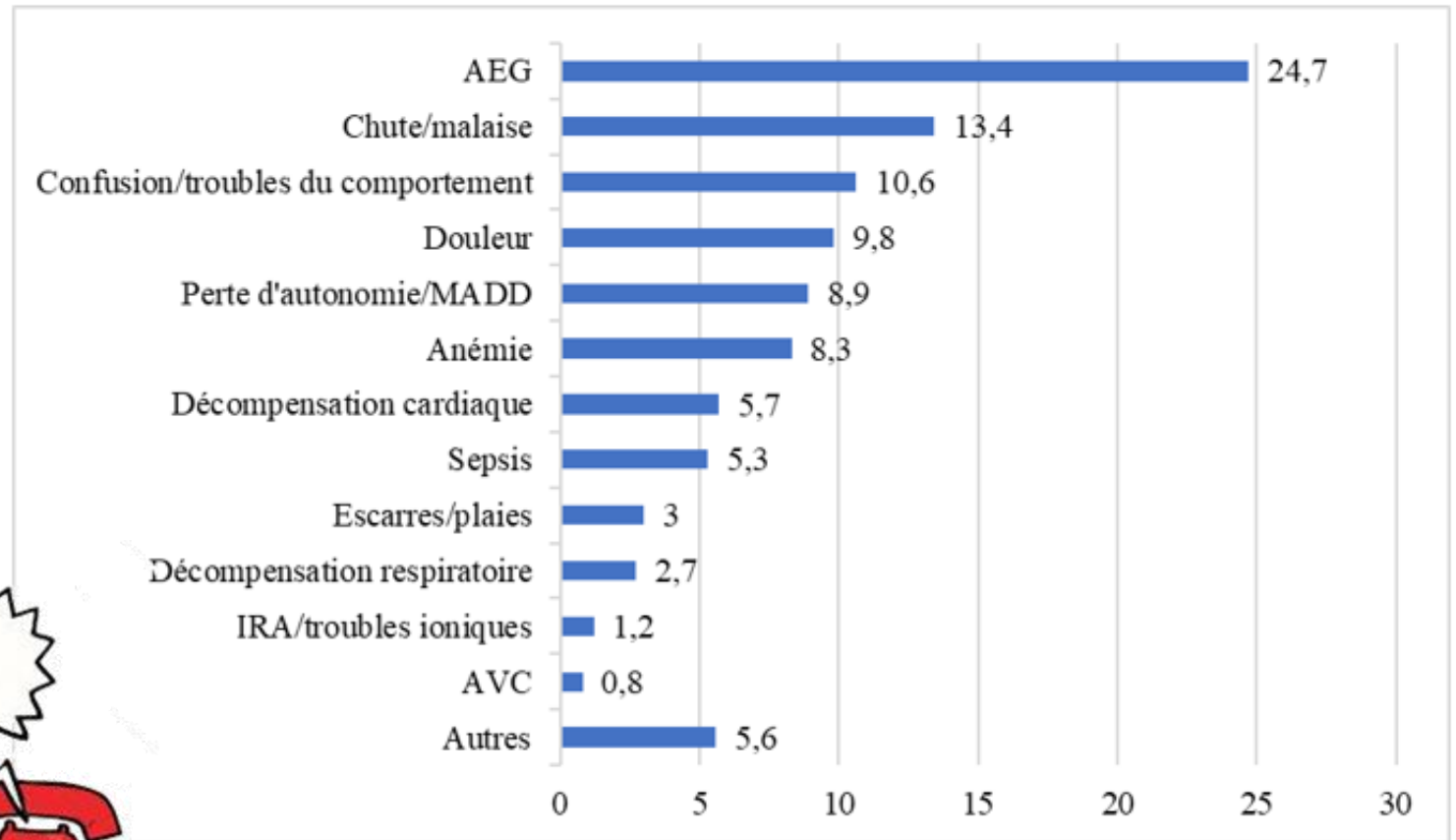
Sfgg.org

HOTLINES GERIATRIQUES EN FRANCE

Moins de 10% des appels conduisent à une orientation vers un service d'accueil des urgences



Motifs d'Hospitalisation



Remerciements Pr. Thomas Célarier

Goethals L et al. BMC Geriatrics 2023

SFGG: Rapport d'étude Hotlines 2022

<https://sfgg.org/espace-presse/communiques-de-presse/rapport-detude-impact-des-hotlines-geriatriques-sur-les-parcours-de-soins-des-personnes-agees-susceptibles-detre-hospitalisees/>

REVUE SYSTEMATIQUE 2020

ORIGINAL RESEARCH • RECHERCHE ORIGINALE

Effectiveness of hospital avoidance interventions among elderly patients: A systematic review

Caillie Pritchard, BSc*; Alyssa Ness, MD[§]; Nicola Symonds**; Michael Siarkowski, MBT; Michael Broadfoot, BSc; Kerry A. McBrien, MD, MPH*^{†¶}; Eddy Lang, MD^{‡§¶}; Jayna Holroyd-Leduc, MD^{†§¶††}; Paul E. Ronksley, PhD^{†¶}

- Toutes les interventions jusqu'à juillet 2019
 - Age >65 ans avec problématique aiguë
 - CJP: passages aux urgences et hospitalisations
- 53 études retenues

2/3 des interventions avaient une composante de visite à domicile

REVUE SYSTEMATIQUE 2020

CONCLUSION DES AUTEURS



Interventions les plus susceptibles de réduire les envois aux urgences et hospitalisations

- Les stratégies communautaires
- Démarche EGA
- Équipes multidisciplinaires (incluant gériatre)
- Visites à domicile

MAIS
?

- interventions multimodales et composition des équipes hétérogènes
- Études axées sur la télémédecine non conclusives

MAIS
??

- Pas de distinction si nette que cela entre mesures préventives chez patients fragiles à domicile et gestion de recours pour problématique aiguë...

PRÉVENTION AUX URGENCES



Urgences

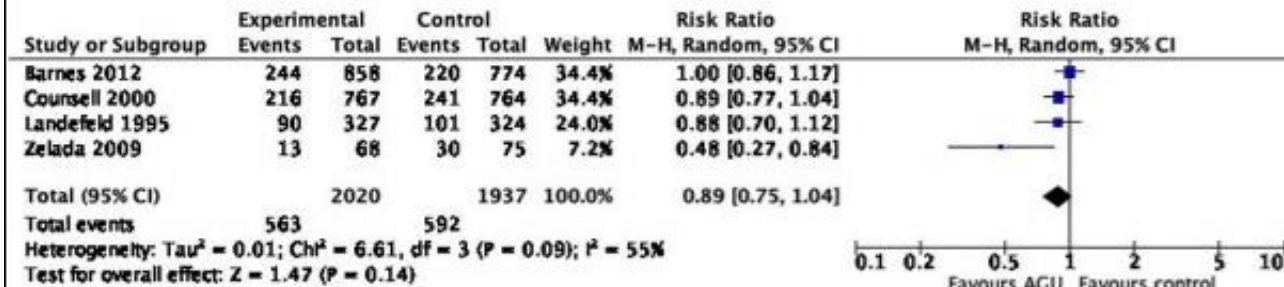
- Améliorer les filières pour réduire les DMS aux urgences
- Améliorer l'accueil pour prévenir les complications iatrogènes (confusion, etc.)
- **Prévenir les admissions injustifiées**
- **Permettre la réalisation de l'EGA au plus près de l'admission**
- **Développement de filières spécifiques d'accueil des urgences gériatriques**

Unités spécifiques dès les urgences ou post-urgence O'Saughnessy et al. Age Ageing 2022

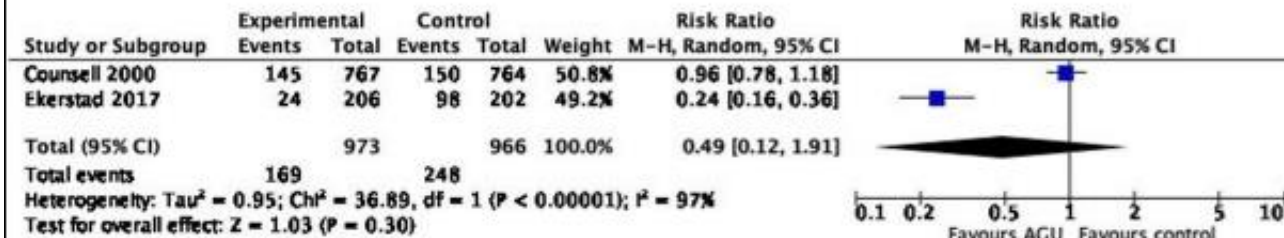


11 études randomisées
7,496 patients dans 3 pays

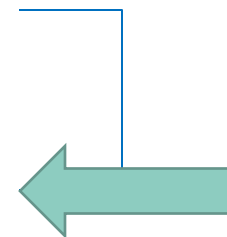
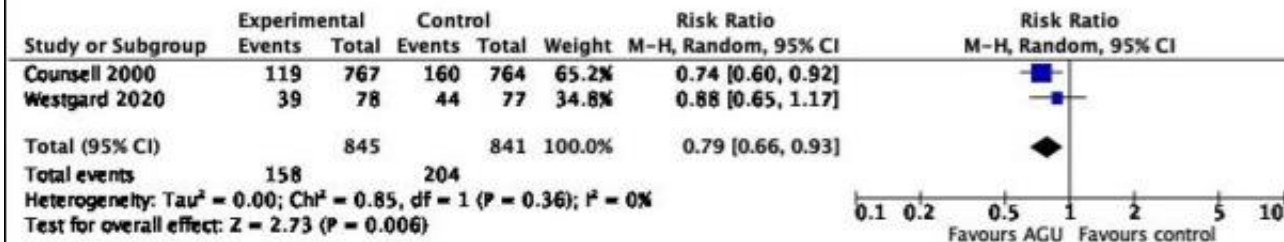
3.1 Functional decline at discharge (from baseline 2-week prehospital admission status)



3.2 Functional decline at three-month follow-up



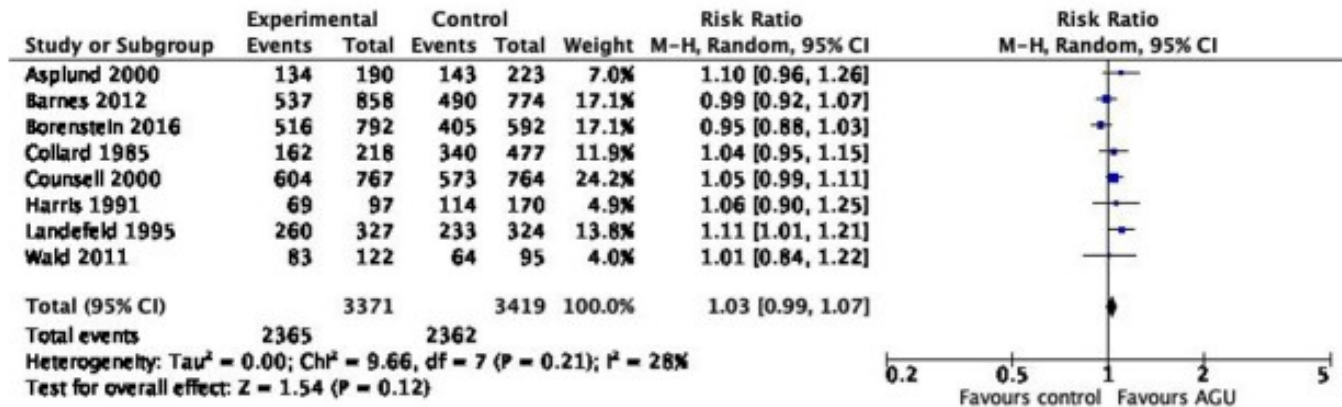
3.3 Functional decline at six-month follow-up



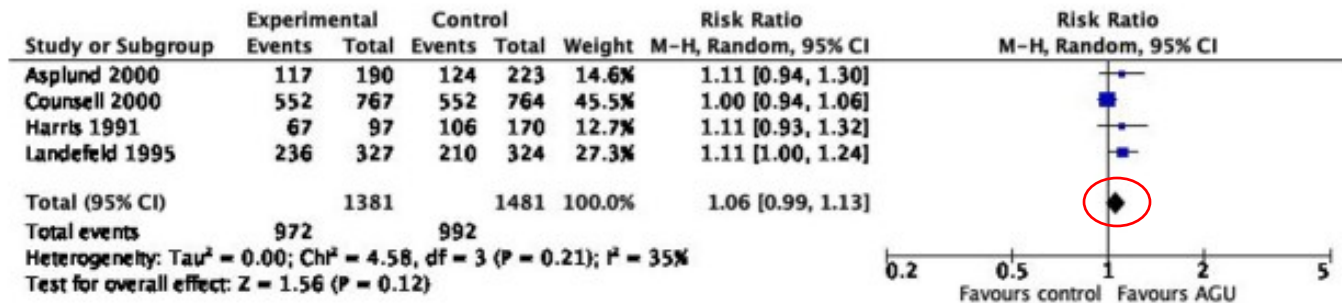
Réduction du risque de déclin
fonctionnel à 6 mois
(niveau de preuve modéré)

Unités spécifiques dès les urgences ou post-urgence O'Saughnessy et al. Age Ageing 2022

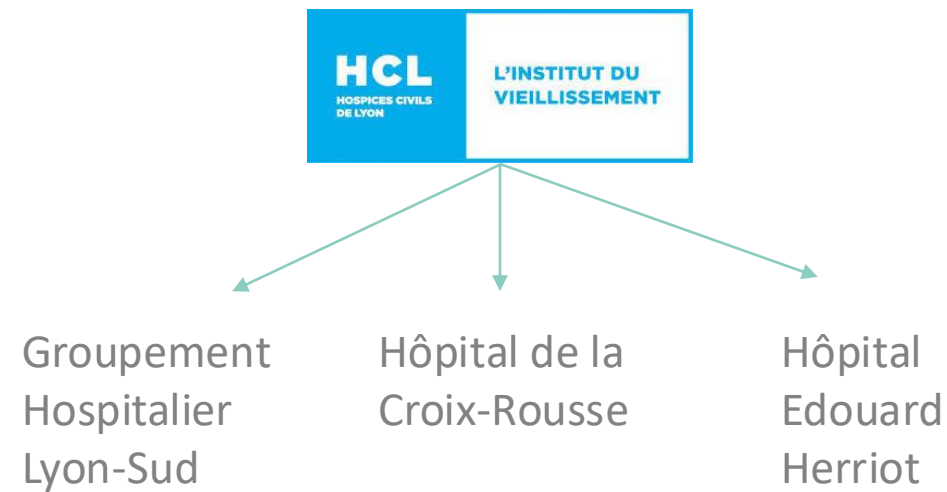
4.1 Living at home at discharge



4.2 Living at home at three-month follow-up



LA CELLULE URGENCES PARCOURS PERSONNES AGEES (CUPPA)



LA CELLULE URGENCES PARCOURS PERSONNES AGEES (CUPPA)



3 missions principales pour la CUPPA

- Amélioration de la qualité de PEC au SAU, des personnes âgées de plus de 75 ans, avec un projet de RAD:
 - Travail en complémentarité de la PEC des urgentistes
 - Cette équipe vient compléter le dispositif de l'EMG intra (patients UHCD)..
 - Développer la « culture gériatrique » aux urgences, améliorer et adapter les conditions d'accueil pour cette population .
 - Croiser les regards avec les urgentistes de la pertinence ou non du RAD.
- Prévention :
 - Repérer des éléments de fragilité chez les patients retournant à domicile et qui échappent habituellement aux gériatres.
 - Proposer un RAD plutôt qu'une hospitalisation inappropriée, en s'appuyant sur le réseau gériatrique (consultation, EMG extra hospitalière, HDJ, hospitalisations programmées).
 - limiter ainsi les hospitalisations inappropriées source de iatrogénie hospitalière.
- Lien ville Hôpital: Sécuriser les retours à domicile :
 - Recommandations données au patient et /ou ses aidants.
 - Lien avec le patient et famille =>appel systématique à 48 H.
 - Lien avec le médecin traitant et les professionnels en lien avec le patient.

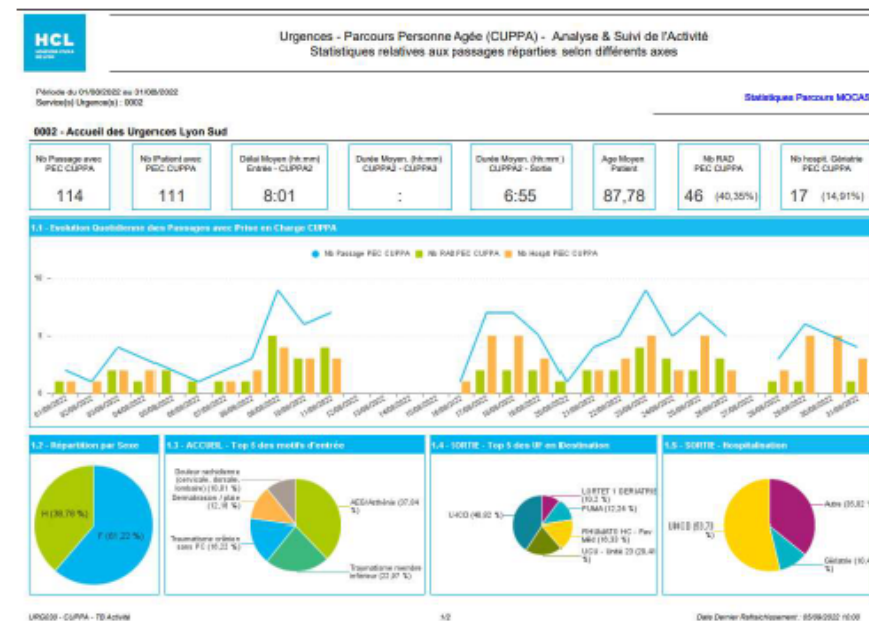
LA CELLULE URGENCES PARCOURS PERSONNES AGEES (CUPPA)



- 2022 : 1477 patients (versus 1374 en 2021)
 - Soit 19 % des 75 ans et plus passant au SAU
- PEC / mois : 123
- Moyenne d'âge : 86.43 ans
- PEC par la CUPPA durée : 90 mn en moyenne
- Les HDJ de gériatrie sont planifiés uniquement après une Consultation de Gériatrie
- Indicateurs de 2022, pour les personnes sortants (612)

- 100 % de rappel du patient/famille
- 63 % de consultations de gériatrie
- 100 % de recommandations
- 10 % d'hospitalisations programmées
- 3 % d'EMG

- Données extraites des parcours Mocas et de nos données personnelles, Moca ayant mis en place en cours d'année au GHS





« HOSPITAL AT HOME (H@H) » ET HOSPITALISATIONS VIRTUELLES (« VIRTUAL WARDS »)

L'EXPÉRIENCE INTERNATIONALE



L'EXPÉRIENCE ÉCOSSAISE

90% des personnes
préfèrent
Hospital@Home



Il est possible de traiter à domicile des personnes âgées qui relèveraient habituellement d'hospitalisations conventionnelles, sans augmentation du risque de décès ou d'admissions aux urgences



Certaines données suggèrent que l'H@H* réduirait le risque d'institutionnalisation dans les mois suivant l'épisode aigu



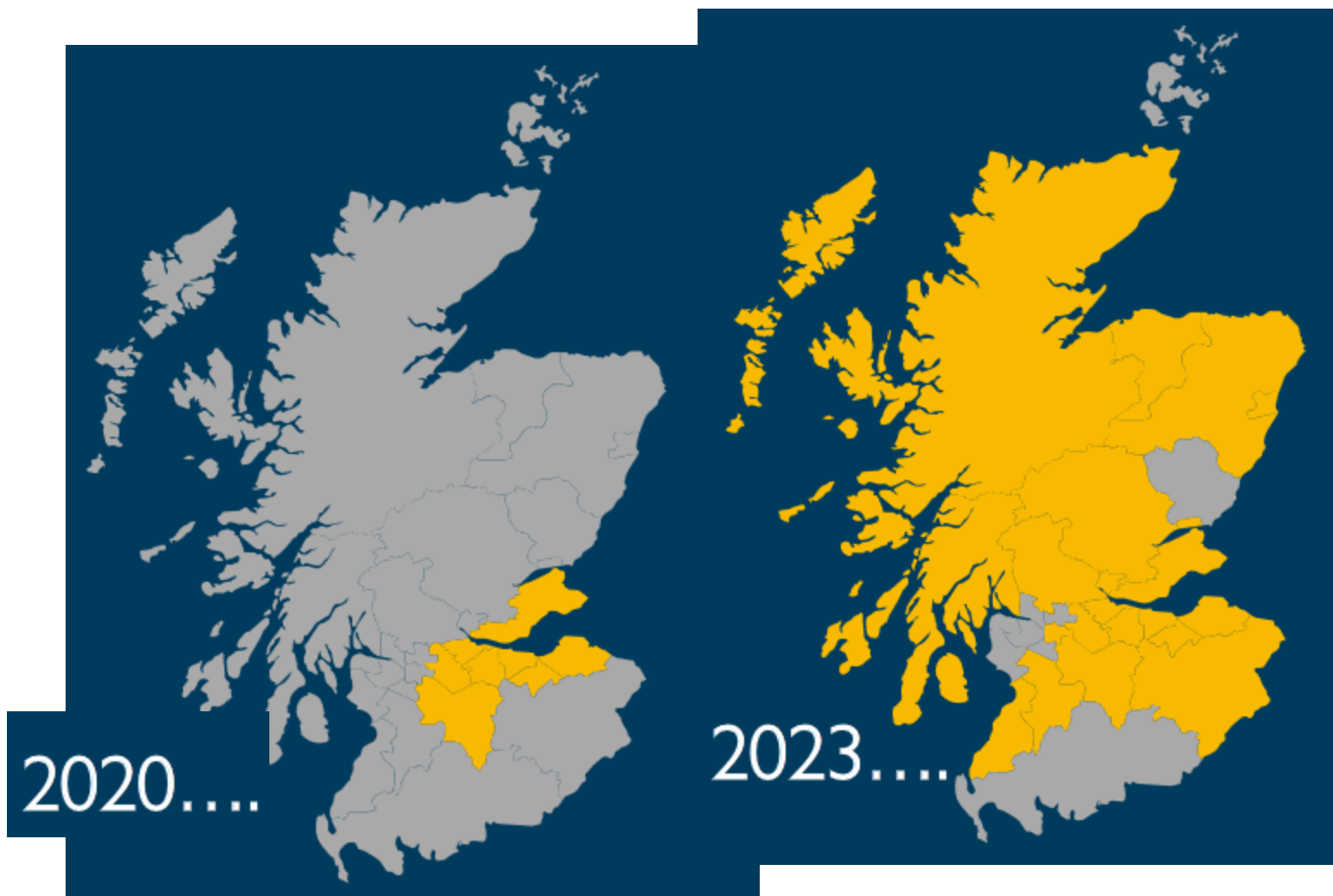
Le degré de satisfaction exprimé par les patients est très élevé



Même si une variation importante existe entre les services, les coûts de l'H@H* sont en général moins élevés que l'hospitalisation conventionnelle. Le rapport coût-efficacité a donc le potentiel d'être bénéfique



L'EXPERIENCE ECOSSAISE



Growing to be the fifth biggest “hospital” for older people emergency inpatients.⁵

Queen Elizabeth University Hospital
Glasgow
16,609

Royal Infirmary of Edinburgh
Edinburgh
13,992

Ninewells Hospital
Dundee
12,455

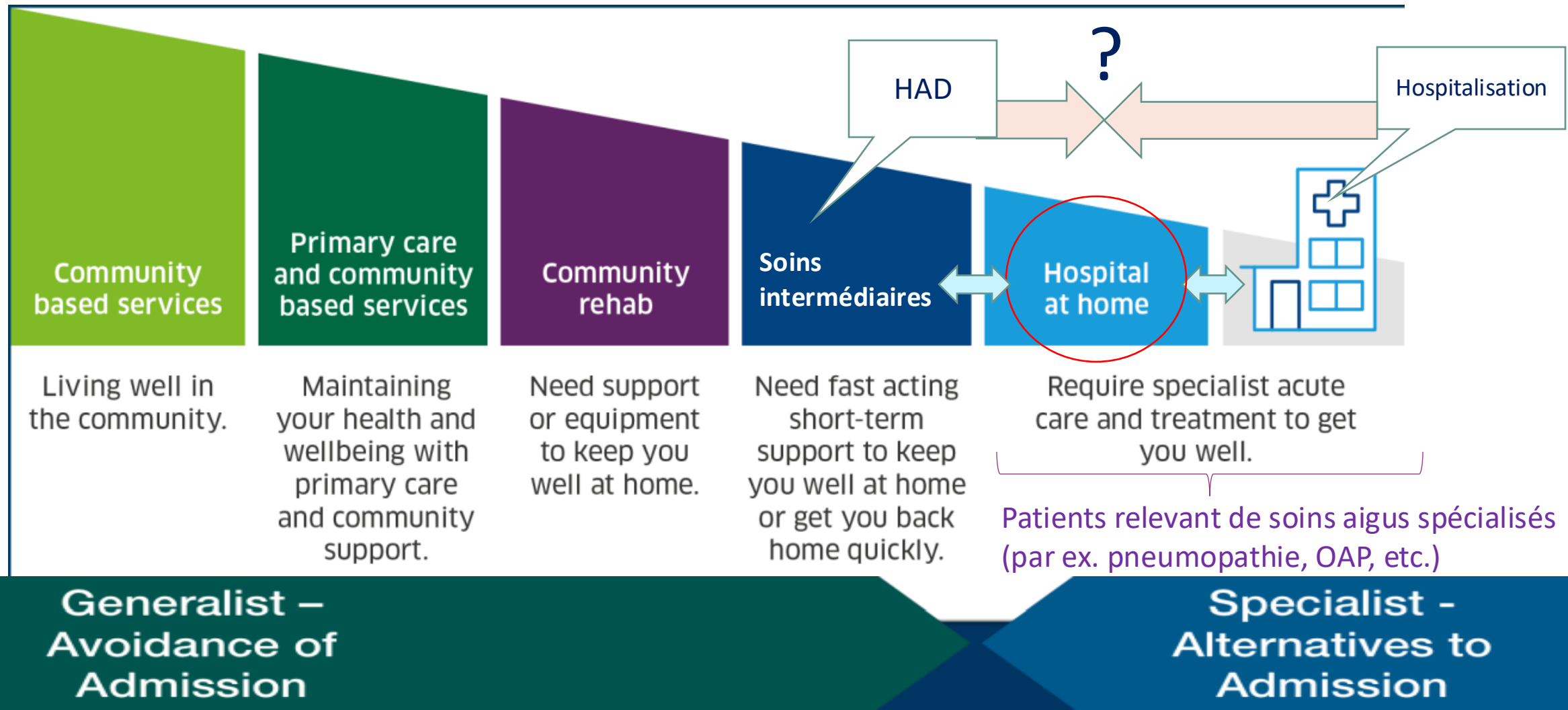
Aberdeen Royal Infirmary
Aberdeen
12,262

Hospital at home
Scotland
11,686

Victoria Hospital
Kirkcaldy
10,999

Actuellement le 5^{ème} « hôpital » en écosse
en termes de nombre d’admissions!

OBJECTIF: DES SOINS AIGUS À DOMICILE



DEFINITION

CONSENSUS CONGRES BARCELONE 2023



« Hospital@Home » est un service clinique aigu qui utilise le personnel, l'équipement, les technologies, les médicaments et les compétences habituellement fournis dans les hôpitaux et qui dispense des soins hospitaliers à des personnes sélectionnées à leur domicile ou dans les maisons de retraite. Il remplace les soins hospitaliers aigus.

DEFINITION

CONSENSUS CONGRES BARCELONE 2023



WORLD
HOSPITAL AT HOME
CONGRESS™

*L'hôpital à domicile **EST** :*

- *Soumis à des obligations réglementaires et de gouvernance*
- *Les soins sont coordonnés par les médecins spécialistes de l'hôpital*
- *Ils sont entièrement responsables du patient, et fournissent tous les soins médicaux, infirmiers et paramédicaux.*
- *Les diagnostics, les thérapies et l'observation sont dispensés à domicile pendant l'épisode de soins.*
- *24 heures sur 24, 7 jours sur 7*

*L'hôpital à domicile **N'EST PAS**:*

- *exclusivement limité à des soins ambulatoires (donc pas de traitement intraveineux auto-administré, ni uniquement par prestataire)*
- *un programme de prévention des hospitalisations*
- *un programme communautaire de gestion des maladies chroniques*
- *limité à des soins virtuels ou de télésurveillance à distance*
- *de l'hospitalisation de jour exclusive*
- *des soins primaires ou soins infirmiers de proximité à domicile*

L'HOSPITAL@HOME EN PRATIQUE

Après une **évaluation de la sévérité** de la pathologie à traiter

Un médecin spécialiste hospitalier prend la responsabilité des soins aigus le temps de « l'hospitalisation » puis réfère à nouveau au médecin traitant à la « sortie », avec rédaction d'un **compte-rendu de séjour**.

Un **suivi quotidien** est organisé, en collaboration entre les IDE libérales et hospitalières + **monitoring** des constantes
Réévaluation quotidienne par le médecin responsable

L'accès au plateau technique de l'hôpital est assuré (unité fonctionnelle virtuelle). Plusieurs niveaux d'interventions techniques sont possibles, comme les thérapeutiques IV ou l'oxygénothérapie

Un nombre de « lits » est fixé en fonction des capacités



H@H ≠ Hospitalisations virtuelles

QUELLES PROBLÉMATIQUES PEUVENT ÊTRE PRISE EN CHARGE?

Exemple de pathologies prise en charge :

- Pneumopathie ou virose respiratoire
- Insuffisance cardiaque aiguë
- Hyponatrémie ou problématique métabolique aiguë
- TVP/EP
- Syndrome inflammatoire avec déclin fonctionnel
- Exacerbation d'asthme ou de BPCO
- AC/FA rapide ou d'apparition aiguë
- Gastro-entérite
- Insuffisance rénale aiguë
- Érysipèle/dermo-hypodermite
- Fracture de l'humérus sans indication chirurgicale après évaluation initiale

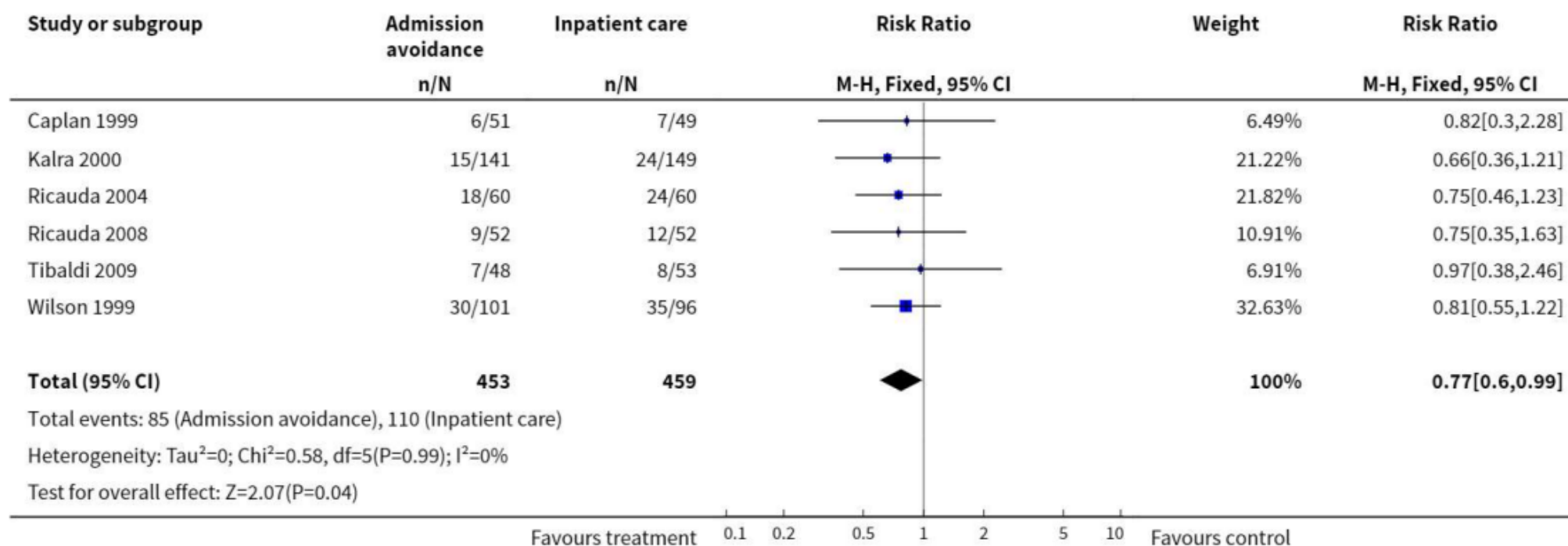
Situations adaptées

- Résidents d'EHPAD avec problématique aiguë dépassant les capacités de prise en charge par le personnel de la structure
- Personnes à domicile avec entourage familial
- Permettre une solution d'aval pour une sortie plus rapide post-urgences



META-ANALYSE COCHRANE 2016

Analysis 1.2. Comparison 1 Admission avoidance hospital at home versus inpatient care, Outcome 2 Mortality at 6 months' follow-up (using data from trialists, apart from Caplan).



Shepperd S et al Admission avoidance hospital at home.
Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 9.

ESSAI CLINIQUE RANDOMISE AU ROYAUME-UNI

CRITERES d'INCLUSION

- Patients de 65 ans et plus
- Motif médical qui relèverait normalement d'une hospitalisation conventionnelle
- Les patients avec confusion aiguë, terrain de TNC, déclin fonctionnel ou dépendance n'étaient pas exclus

CRITERES d'EXCLUSION

- Syndromes coronariens aigus
- Suspicion d'AVC
- Prise en charge de fin de vie
- Indication d'évaluation chirurgicale urgente
- Patients résidents d'EHPAD non inclus

- 1055 patients inclus dans 10 centres au Royaume-Uni (moyenne d'âge 83 ans)
- Motif surtout infectieux (44%) ou cardiovasculaire (12,5%)
- Randomisation 2:1 H@H

→ Critère de jugement principal: décès ou entrée en EHPAD à 6 mois

→ Incidence de confusion aiguë

→ coûts

→ Étude qualitative

RESULTATS

	CGAH AH N=687	HOSPITAL N=345	ADJUSTED RELATIVE RISK *
Living at home at 6 months	528	247 (75.3%)	1.05 (95% CI 0.95 to 1.15)
Death at 6 months	114 (17%)	58 (17.7%)	0.98 (95% CI 0.65 to 1.47)
Long-term residential care at 6 months	37 (5.7%)	27 (8.7%)	0.58 (95% CI 0.45 to 0.76)
Transfer to hospital at 1 month	173 (25.7%)	64 (19.4%)	1.32 (95% CI 1.06 to 1.64)
Delirium at 1 month	10 (1.7%)	13 (4.4%)	0.38 (95% 0.19 to 0.76)

Pas de différence significative sur la mortalité à 6 mois et le fait de vivre chez soi à 6 mois

Moins d'admissions en EHPAD à 6 mois

Plus d'hospitalisations à 1 mois

Moins de risque de confusion aiguë

- Log-Poisson generalised linear mixed-effect model adjusted for intervention arm, sex, known cognitive decline as fixed effects, and site as a random effect

ETUDE DE COUTS

Adjusted costs (£s) at six months follow-up

	CGAHAH	Hospital	Difference in means Mean (SE) [95% CI]
Total health and social care costs ⁺	15,124	17,390	-2,265 (1,027) [-4,279 to -252]
Total societal costs	19,067	21,907	-2,840 (1,354) [-5,495 to -185]

SYNTHÈSE DE LITTÉRATURE 2023

Virtual wards: a rapid evidence synthesis and implications for the care of older people

Gill Norman^{1,5}, Paula Bennett², Emma R.L.C. Vardy

Age and Ageing 2023; 52: 1–12 <https://doi.org/10.1093/ageing/afac319>

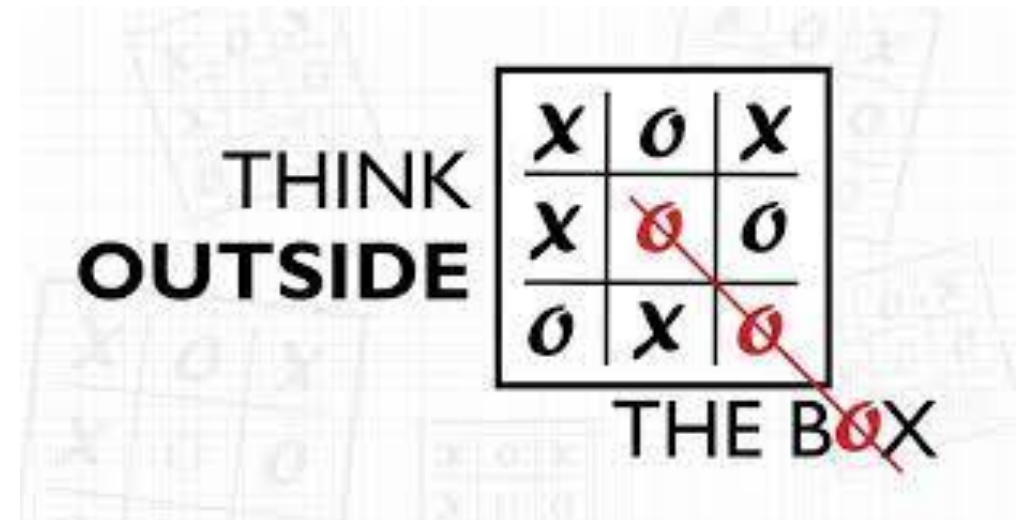
- 28 evidence syntheses
- mortality (example pooled RR 0.77, 95% CI 0.60–0.99) – low to moderate certainty
- residential care admissions are probably reduced (example pooled RR 0.35, 95% CI 0.22– 0.57)
- Patient satisfaction may be improved by hospital at home relative to inpatient care

LES ENJEUX DE LA MISE EN PLACE EN FRANCE

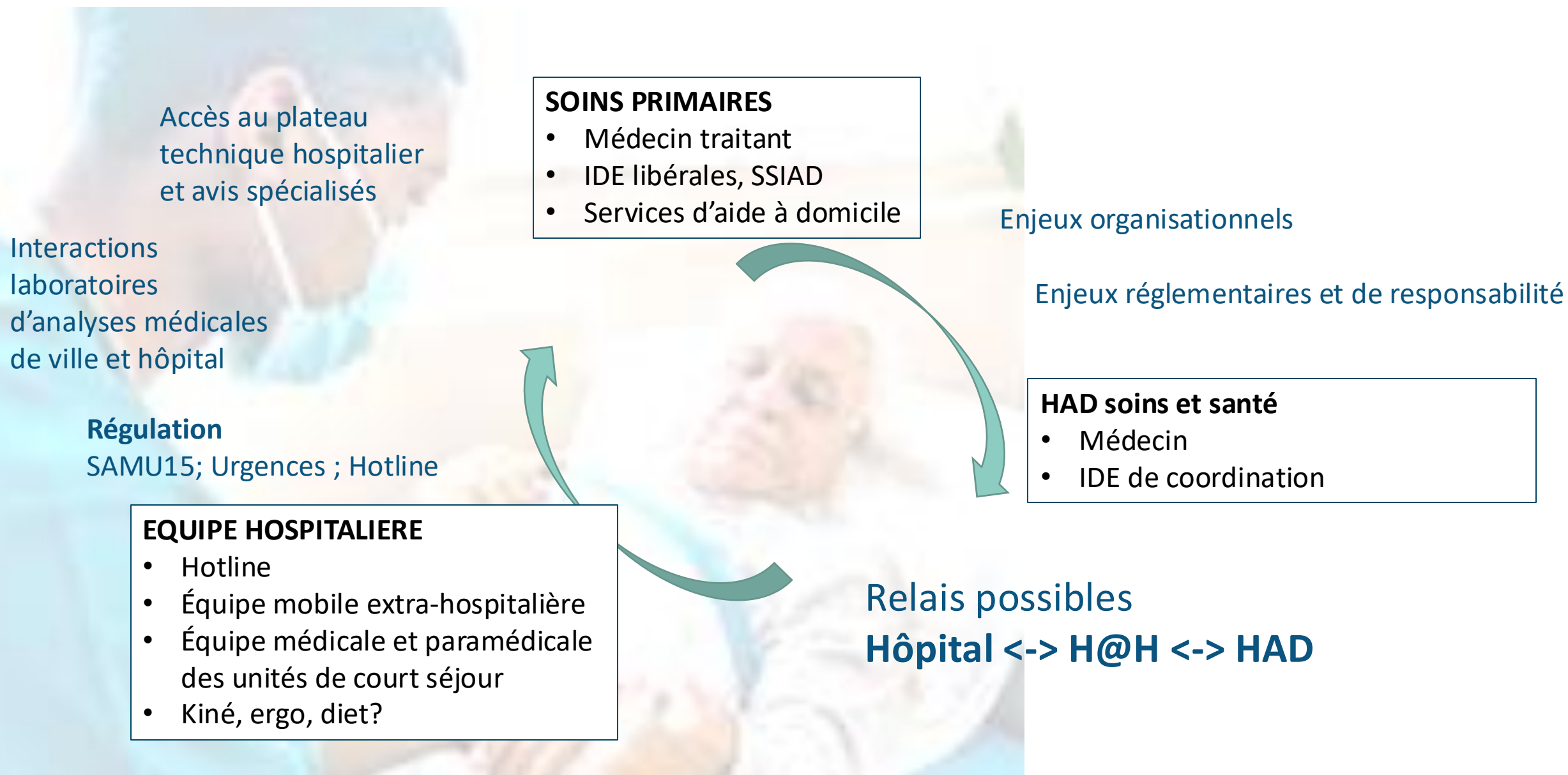
Une évolution souhaitable de l'offre de soins mais

Une logistique complexe pour coordonner les acteurs !

Un modèle économique à adapter



UN MODÈLE ORGANISATIONNEL À CRÉER

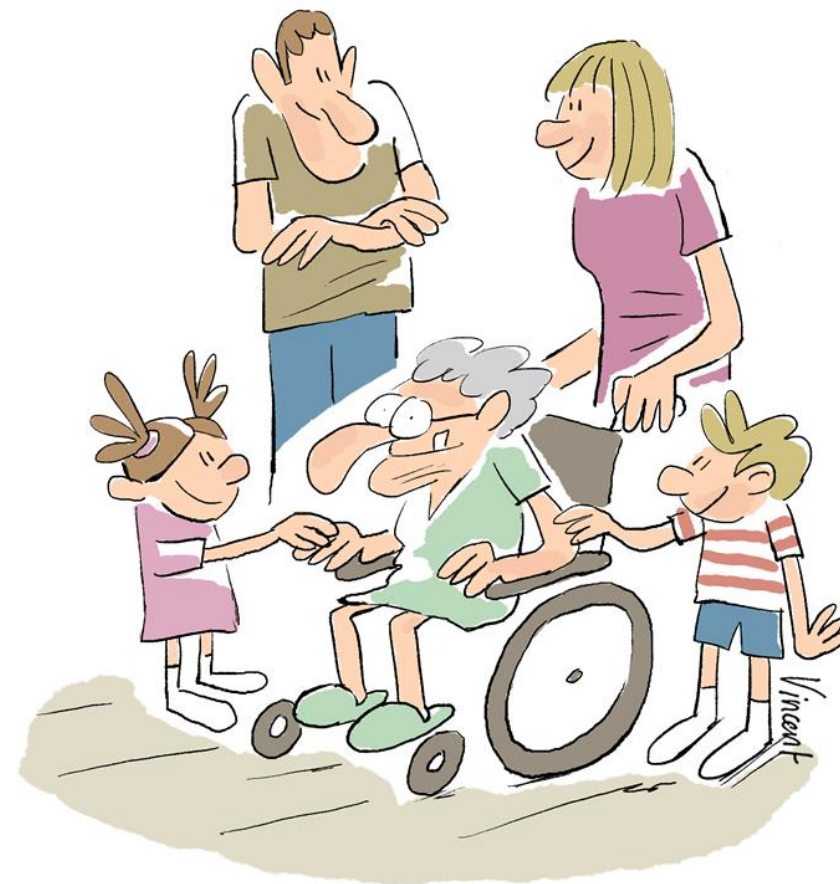


CONCLUSION

Notre modèle de soins aigus de recours doit d'adapter au profil de plus en plus âgé et complexe des patients:

- Adapter les filières hospitalières
- Mieux orienter les patients
- Réduire les risques de complications iatrogènes liées à l'hospitalisation

Des alternatives à l'hospitalisation peuvent être envisagées, y compris par le biais d'hospitalisations aiguës à domicile



MERCI

thomas.gilbert@chu-lyon.fr



www.chu-lyon.fr



Urg'Ara

Reshape
Research on healthcare performance

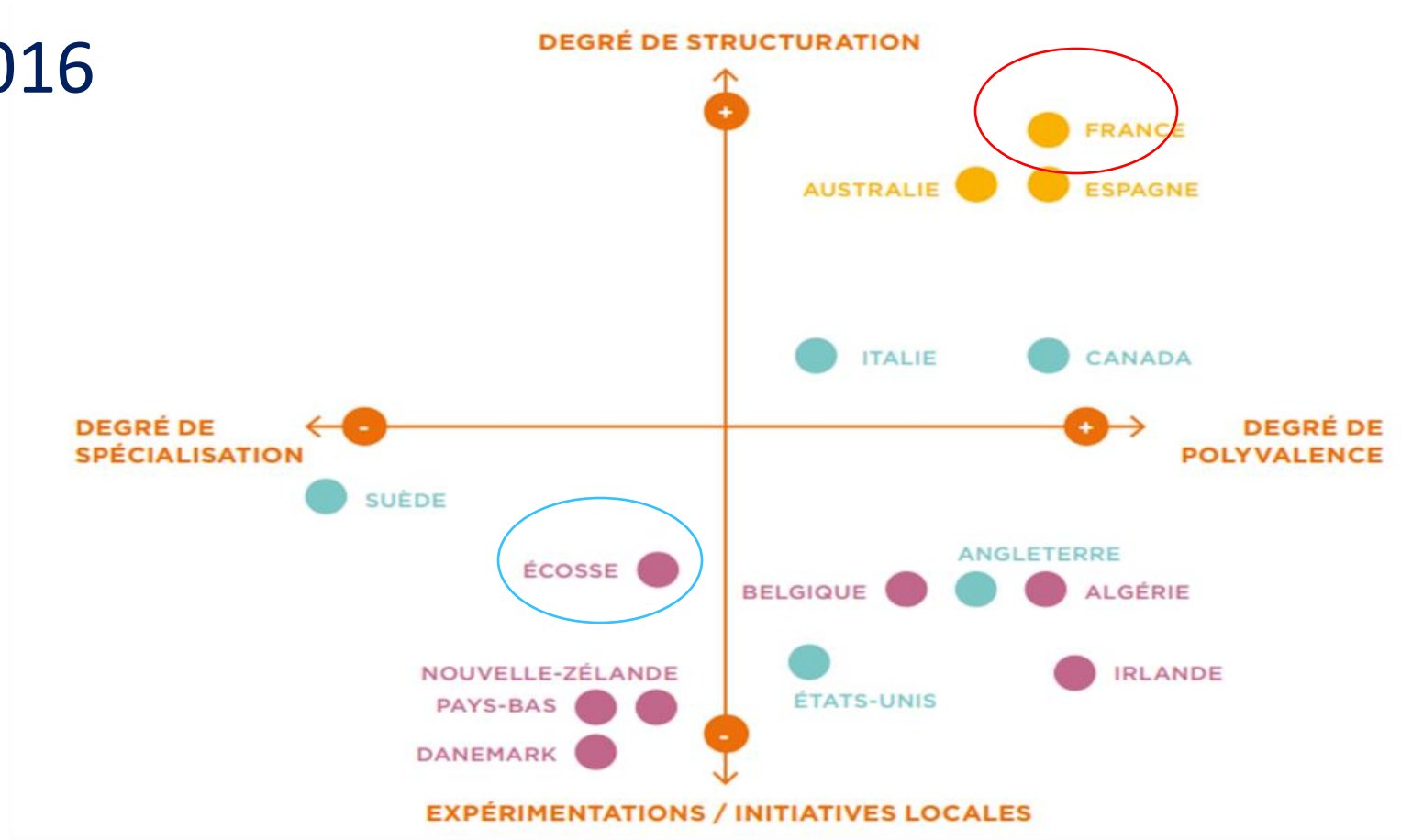
Inserm

HCL
HOSPICES CIVILS
DE LYON

**L'INSTITUT DU
VIEILLISSEMENT**

Remerciements Kathy Di Silvestro et son frère Vincent pour les illustrations

Structuration des services d'HAD à travers le monde en 2016



Pays qui disposent d'établissements d'HAD répartis sur le territoire et de normes nationales/fédérales encadrant cette pratique



Pays où des établissements d'HAD disposent d'une longue implantation mais où le modèle n'est pas largement diffusé et structuré par les pouvoirs publics



Pays où l'implantation d'HAD est récente voire expérimentale

FNEHAD 2016

EQUIPE MOBILE GERIATRIQUE RÉGULÉE PAR LE SAMU

EXEMPLE DE L'UMGR DE CAHORS (46)

118 patients depuis septembre 2024 (dont 72 patients à domicile)

Devenir le plus fréquent :

- Hospitalisation directe facilitée vers un CSG ($\approx 50\%$)
- Hospitalisation différée en CSG ($\approx 20\%$)
- Maintien à domicile avec relais HAD ($\approx 30\%$)
- Envois aux urgences très rares



Remerciements Dr Dombrowski