



HAL
open science

Évaluation de la qualité du parcours de soins réanimation/MPU/HAD des patients hospitalisés pour une infection à COVID-19 avec forme respiratoire grave : étude de l'expérience patient

Clarisse Humeau

► To cite this version:

Clarisse Humeau. Évaluation de la qualité du parcours de soins réanimation/MPU/HAD des patients hospitalisés pour une infection à COVID-19 avec forme respiratoire grave : étude de l'expérience patient. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04448261

HAL Id: dumas-04448261

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04448261>

Submitted on 9 Feb 2024

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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

NANTES UNIVERSITÉ

FACULTÉ DE MEDECINE

Année 2023

N°

THÈSE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Clarisse HUMEAU

Présentée et soutenue publiquement le 24 octobre 2023

**ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DU PARCOURS DE SOINS
RÉANIMATION/MPU/HAD DES PATIENTS HOSPITALISÉS POUR UNE
INFECTION À COVID-19 AVEC FORME RESPIRATOIRE GRAVE. ÉTUDE DE
L'EXPÉRIENCE PATIENT.**

Président : Monsieur le Professeur FOURNIER Jean-Pascal

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur BONTEMPS Frédéric

REMERCIEMENTS

Monsieur le Pr Jean-Pascal FOURNIER, vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse, soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

Monsieur le Dr Frédéric BONTEMPS, je te remercie d'avoir dirigé ce travail de thèse. Merci pour ta réactivité, ton aide et pour le temps consacré à ma thèse ces derniers mois.

Monsieur le Dr Cyrille VARTANIAN, je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail et de me faire l'honneur de votre présence. Soyez assuré de ma reconnaissance.

Monsieur le Pr BOUTOILLE, je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail en examinant cette thèse. Trouvez ici toute l'expression de ma reconnaissance.

À Dominique COSTA-GOMEZ, merci pour ta participation et ton soutien dans cette aventure d'interview patients. Merci également d'avoir été mon chauffeur sur ces fabuleuses routes de Vendée et pour ces découvertes de pâtisseries succulentes !

À ma famille, pour votre patience et votre soutien durant ces nombreuses années d'étude. Merci maman et papa pour vos petits plats qui ont égayé mon quotidien, et pour ma literie (siège de beaucoup d'heures de travail). Pour votre capacité à rester calme, à ne jamais me transmettre aucune pression ni inquiétude.

À Mallo, pour ton oreille attentive à toute heure du jour et de la nuit, pour ton soutien indéfectible quelle que soit la situation.

À Jérémy, pour ton amour et ta jovialité au quotidien. Pensée pour Bernie, et ses ronrons réconfortants durant l'écriture de cette thèse.

À mes amis, présents depuis toujours, votre présence et nos nombreuses soirées ont contribué sans aucun doute à la réussite de ces études.

À mes plumettes, je n'aurais pu être mieux entourée.

À mes amis d'internat, colocataires, pour cette belle et folle aventure qu'a été l'internat. Pensée pour ces kilos de fromage ingurgités avec amour.

À Lisa et Adèle, collaboratrices statistique et rédaction dans l'écriture de cette thèse.

TABLE DES MATIÈRES

<u>LISTE DES</u>	
<u>ABRÉVIATIONS</u>	5
<u>INTRODUCTION</u>	6
<u>CONTEXTE</u>	8
1- L’HAD	
2- Le CHD Vendée	
3- Le protocole de sevrage en oxygène	
4- Parcours de soins et population	
<u>MATÉRIEL ET MÉTHODE</u>	11
1- Type d’étude et objectifs	
2- Période de l’étude	
3- Population	
4- Méthode de recueil des données	
4.1. Recueil des données	
4.2. Guide d’entretien	
5- Analyse des données	
6- Éthique et réglementation	
<u>RESULTATS</u>	15
1- Description de la population	
2- Données d’expérience patient en réanimation/USC	
3- Données d’expérience patient en MPU – Infectiologie	
4- Données d’expérience patient en HAD	
<u>DISCUSSION</u>	40
1- Principaux résultats de l’étude et comparaison à la littérature	
1.1. Entrée en hospitalisation	
1.2. Information et écoute du patient	
1.3. Participation aux décisions concernant les soins	
1.4. Sécurité des soins	
1.5. Transition Hôpital- HAD	
1.6. Protocole de sevrage en oxygène et suivi en HAD	
1.7. Sortie d’HAD et suivi post-hospitalisation	
1.8. Éléments inhérents à la crise sanitaire	
2- Forces et limites	
2.1. Les forces	
2.2. Les limites	
3- Perspectives	
3.1. Pour la filière de soins	
3.2. Pour l’offre de soins	
<u>CONCLUSION</u>	48
<u>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u>	49
<u>ANNEXES</u>	52
<i>Annexe 1 : Protocole de sevrage en oxygène</i>	
<i>Annexe 2 : Guide d’entretien</i>	

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

CHD : Centre Hospitalier Départemental

CPP : Comité de Protection des Personnes

DDB : Dilatation Des Bronches ou Bronchiectasies

EFR : Epreuves Fonctionnelles Respiratoires

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmièr(e) Diplômé(e) d'Etat

IDEL : Infirmièr(e) Diplômé(e) d'Etat Libérale

IOT : Intubation Oro-Trachéale

MCO : Hospitalisation Conventiionnelle ou Soins Critiques (soins continus et réanimation)

MPU : Médecine Post-Urgence

OHD : Oxygénothérapie à Haut Débit

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PREMs : Patient-Reported Experience Measures

REX ou RETEX : retours d'expérience

SAOS : Syndrome d'Apnée Obstructive du Sommeil

SSR : Soins de suite et de réadaptation

TDM : Tomodensitométrie

USC : Unité de Surveillance Continue

INTRODUCTION

L'infection à Sars-Cov2 a été qualifiée de pandémie mondiale par l'OMS le 11 mars 2020. (1). Plusieurs vagues de contaminations à SARS-COV2 et d'hospitalisations pour formes sévères de la maladie se sont succédées à partir de mars 2020, entraînant une tension hospitalière sans précédent. On dénombre notamment 48 000 hospitalisations en soins critiques du 1er janvier au 30 juin 2021 (2), plusieurs pics de plus de 1000 hospitalisations par jour en MCO d'octobre 2020 à mai 2021 (3), et plus de 12 000 nouvelles hospitalisations par semaine durant l'hiver 2021-2022. (4)

Dans ce contexte de crise sanitaire, la HAS publie en juillet 2020 un avis pour l'engagement des usagers du système de santé dans les "retours d'expérience" (RETEX). Le recours au RETEX est particulièrement utilisé en sécurité sanitaire quand il s'agit d'**évaluer, de s'interroger sur les parcours de soins et leur coordination**. La crise du COVID a été particulièrement illustrative des difficultés vécues par les usagers dans l'articulation de leur prise en charge, d'où l'intérêt des retours d'expérience "parcours" patient. (5)

En effet, l'étude de l'expérience patient est reconnue comme l'une des principales composantes de l'**évaluation de la qualité des soins en santé** (6). Il n'existe pas de définition unique de l'expérience patient, cependant l'institut français de l'expérience patient la définit comme : "l'ensemble des interactions et des situations vécues par une personne ou son entourage au cours de son parcours de santé. Ces interactions sont façonnées à la fois par l'organisation de ce parcours mais aussi par l'histoire de vie de la personne concernée." (7)

La mesure de la qualité des soins apparaît donc comme primordiale, notamment via l'étude de l'expérience patient ou les questionnaires de satisfaction (regroupés sous le terme "PREMs"). Elle permet d'évaluer les forces et les faiblesses de la prise en charge, et donc **d'améliorer significativement le parcours de soins**, notamment en ce qui concerne la communication avec le patient mais aussi la coordination des soins. (8)

En parallèle, dans ce contexte de crise sanitaire et de tension hospitalière majeure, le rôle de l'hospitalisation à domicile, qui a pour vocation de raccourcir ou d'éviter un séjour en milieu hospitalier conventionnel, a été important et défini rapidement par la HAS en réponse à la pandémie alors émergente. (9-10)

L'HAD est une hospitalisation à temps complet, au cours de laquelle les soins sont réalisés au domicile de la personne. Elle ne peut être exercée que par un établissement habilité par l'ARS de sa région d'implantation. L'HAD assure des soins non réalisables en ville car trop complexes ou techniques, pour des patients nécessitant une continuité des soins et une équipe de coordination pluridisciplinaire et médicalisée. (9-10)

De nombreuses "réponses rapides" à la prise en charge des patients atteints de la Covid-19 au domicile ont été publiées par la HAS de mars à novembre 2020. Elles définissent les modalités de surveillance des patients au domicile ainsi que les critères de gravité nécessitant une prise en charge hospitalière. (11)

Le rôle et les missions de l'HAD dans la prise en charge des patients Covid-19 ont été définis en mai 2020 par la HAS. Il convient que l'HAD peut constituer une alternative intéressante à l'hospitalisation traditionnelle pour certains patients. Ses missions comportent la surveillance des patients au domicile, l'oxygénothérapie, les soins palliatifs, et la rééducation/réadaptation. Elle valide notamment l'indication de l'HAD pour des patients sortant d'hospitalisation, en alternative notamment au SSR, qui présentent une diminution des besoins en oxygène en post Covid-19, mais nécessitent encore des soins complexes. (12).

Les conditions d'oxygénothérapie au domicile sont précisées en novembre 2020. La prise en charge est limitée aux patients sortant d'hospitalisation traditionnelle ou bien n'ayant pas d'indication à une prise en charge hospitalière, pour un débit d'oxygène inférieur à 4L/min. (13)

Concernant la prise en charge rééducative post-Covid, l'HAS définit l'objectif principal comme la reprise progressive et contrôlée d'une activité physique de faible intensité. La rééducation à domicile peut être réalisée par un kinésithérapeute ou au moyen d'exercices préalablement appris et supervisés à distance par un professionnel de rééducation. L'HAD est désignée comme un intervenant possible dans la réalisation de la rééducation au domicile. (11-14)

Ce travail de thèse a pour objectif d'évaluer la qualité du parcours de soins des patients ayant présenté une infection à SARS-COV2 sévère avec une prise en charge initiale en soins critiques au CHD de la Roche-sur-Yon et un sevrage en oxygène au domicile coordonné par l'HAD Vendée, suivant un protocole de sevrage en oxygène rédigé au préalable conjointement par les deux établissements. La qualité du parcours de soins sera évaluée via l'étude de l'expérience patient.

CONTEXTE

1. L'HAD

L'HAD Vendée a été créée en 2002. Elle prend en charge un territoire d'environ 600 000 habitants, qui se partage en cinq antennes. 1902 patients ont bénéficié d'une prise en charge à l'HAD Vendée en 2022 avec un total de 85 851 journées d'hospitalisation et une durée moyenne de séjours de 35 jours. (15)

2. Le CHD VENDEE

Le Centre Hospitalier Départemental de Vendée est un établissement de santé public, qui résulte de la fusion, le 1er janvier 2003 de trois établissements : le Centre Hospitalier Départemental de La Roche sur Yon, le Centre hospitalier de Luçon, et le Centre hospitalier de Montaigu (16). Le parcours de soins nous intéressant dans cette étude concerne les trois services suivants, situés sur le site de La Roche Sur Yon : la Réanimation, la Pneumologie, et la Médecine Post-Urgence/Infectiologie. Le service de réanimation polyvalente est doté d'une unité de réanimation de 18 lits et d'une unité d'USC de 12 lits (17). Le service de Médecine Post-Urgence et Infectiologie compte 48 lits (18). Le service de Pneumologie comporte 22 lits d'hospitalisation traditionnelle. (19)

3. Protocole de sevrage en oxygène

Le CHD et l'HAD Vendée ont rédigé conjointement un protocole de sevrage en oxygène au domicile de novembre 2020 à mai 2021 dans le contexte épidémique d'infection à Covid-19, à partir des recommandations HAS et des données connues chez le patient BPCO (20-21-22). Le but était de favoriser le sevrage en oxygène et la rééducation en hospitalisation à domicile, chez des patients stables sur le plan hémodynamique et respiratoire avec une oxygéno-requérence $<4\text{L}/\text{min}$, conforme aux recommandations de l'HAS de novembre 2020. (13)

Cette alternative à la poursuite de l'hospitalisation traditionnelle a pour but de libérer des places d'hospitalisation en médecine aiguë et SSR en contexte de forte tension hospitalière. Elle permet également au patient de poursuivre ses soins au domicile après une hospitalisation longue, souhait fréquent des patients dans ce contexte.

Le protocole est basé sur la réalisation d'un test d'effort, qui consiste à réaliser des levers de chaise de manière répétée sur 1 minute avec surveillance des constantes au repos en pré-test et post-test (à 1, 2 et 3 minutes).

Le test d'effort confirme que le débit d'oxygène en cours permet un maintien de la saturation du sang en oxygène $> 92\%$ au repos et à l'effort. Il s'assure également de l'absence de signe de gravité devant entraîner une ré-hospitalisation en secteur traditionnel. Et il permet également, selon les résultats, une adaptation des débits et un sevrage progressif en oxygène.

L'éducation du patient au protocole de soins doit être réalisée dans le service de MPU-Infectiologie ou Pneumologie avant la sortie du patient en HAD. L'apprentissage est réalisé

par l'équipe médicale ou les kinésithérapeutes du service. La sortie est autorisée en hospitalisation à domicile pour les patients en capacité de réaliser les tests d'effort (seuls ou accompagnés), ils devront les poursuivre au domicile quotidiennement, ou selon un rythme adapté par le médecin de l'HAD.

Les patients sont également éduqués à la manipulation de l'oxygène pulsée nasale au domicile (Inogen) ou de l'oxygénothérapie nasale continue.

Au domicile, les tests sont réalisés seul sous la surveillance initiale de l'IDE coordinatrice HAD (en visioconférence ou présentiel) ou bien en présence d'une IDE libérale qui transmettra ensuite les données à l'IDE coordinatrice HAD. Le patient est sous la responsabilité conjointe du médecin coordonnateur HAD et du médecin traitant.

Les modalités précises du protocole de sevrage en oxygène sont précisées en annexe. (Annexe 1).

Le parcours de soin prévoit que le patient soit convoqué en hospitalisation de jour en pneumologie 3 à 6 mois après sa sortie d'hospitalisation traditionnelle, afin d'effectuer une TDM thoracique, des EFR et de bénéficier d'une consultation avec un pneumologue. Le but de cette hospitalisation étant d'objectiver la récupération du patient, de dépister d'éventuelles séquelles ou des maladies pulmonaires sous-jacentes ayant pu favoriser une infection grave à SARS-COV2. Cette consultation peut aussi être une porte d'entrée dans un parcours de réhabilitation respiratoire si le patient le nécessite.

La convocation est réalisée directement par le CHD et est envoyée au domicile du patient sans intervention de l'HAD dans son organisation (le patient pouvant être sorti d'hospitalisation à domicile au moment de la consultation).

4. Parcours de soins et population

Le parcours de soins intéressant cette étude est un parcours de soins coordonné entre le CHD Vendée et l'HAD Vendée pour les patients atteints de forme respiratoire sévère d'infection à la Covid-19. Le parcours inclut l'hospitalisation initiale en Réanimation/USC puis le passage en service de médecine : MPU-Infectiologie ou Pneumologie, et enfin hospitalisation en HAD avec objectif de sevrage en oxygène.

58 patients atteints d'une forme respiratoire sévère d'infection à SARS COV-2 ont suivi ce parcours de début novembre 2020 à mai 2022.

- *4.1. Caractéristiques de la population :*

Trente-neuf patients sont des hommes (67.24%), 19 patients sont des femmes (32.76%)

Les patients sont âgés de 39 à 79 ans. La moyenne d'âge est de 61.89 ans, avec une médiane à 63 ans.

Concernant les antécédents des patients pris en charge : 48.28% sont hypertendus, 44.83 % sont en obésité/surpoids, 20.69% ont un antécédent de cardiopathie valvulaire/ischémique/rythmique, 25.86% sont diabétiques, 18.97% présentent un antécédent respiratoire (BPCO/DDB/asthme), 18.34% sont atteints de SAOS.

- *4.2. Caractéristiques du parcours de soin :*

100% des patients ont été pris en charge dans le service de Réanimation/USC et en HAD.

Concernant l'hospitalisation en MCO, 53 patients ont été pris en charge dans le service de Médecine Post-Urgence et Infectiologie (91.37%), 5 patients dans le service de Pneumologie (8.62%).

La durée moyenne du parcours de soins était de 46 jours, avec une médiane à 38 jours. La durée moyenne de séjour en Réanimation/USC a été de 10.7 jours (médiane 8 jours), de 8.55 jours en MCO (médiane 7 jours) et de 26.75 jours en HAD (médiane 18 jours).

Durant leur séjour en Réanimation, 14 patients ont été pris en charge par intubation oro-trachéale (IOT) (24.14%), 42 patients par oxygénothérapie à haut débit (OHD) (72.41%), 2 patients par masque à haute concentration simple (3.45%)

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Type d'étude et objectifs

Cette étude est une étude monocentrique, rétrospective, semi-qualitative. Cette approche était particulièrement adaptée pour étudier les ressentis d'une population et améliorer la compréhension d'une expérience vécue, dans notre cas l'analyse du parcours patient.

L'objectif de cette étude est d'évaluer, à partir de l'analyse de l'expérience patient, la qualité du parcours de soins des patients ayant présenté une infection à SARS-COV2 sévère et pris en charge conjointement par le CHD VENDEE, et l'HAD avec un objectif de sevrage en oxygène au domicile.

2. Période de l'étude

L'analyse se déroule sur la période d'hospitalisation de début mai 2021 à fin mai 2022. Nous débutons cette analyse à partir de mai 2021 afin de limiter le biais de mémoire lors de l'interrogatoire des patients.

3. Population

La population a été sélectionnée par échantillonnage homogène.

• 3.1. Critères d'inclusion

- Infection à SARS-COV2 ayant nécessité une prise en charge hospitalière en réanimation puis en service de médecine.
- Prise en charge HAD à la sortie d'hospitalisation traditionnelle.
- Date de début d'hospitalisation située entre début mai 2021 et fin mai 2022

• 3.2. Critères d'exclusion

- Hospitalisation en HAD avec absence d'objectif de sevrage en oxygène
- Patients de moins de 18 ans

- *3.3. Modalités pratiques du recrutement*

Au total 36 patients étaient éligibles à cette étude.

Les patients éligibles à cette étude ont été contactés par téléphone, l'objectif de l'étude leur a été expliqué ainsi que les modalités de recueil de données. Pour les patients ne répondant pas spontanément au téléphone, nous avons utilisé un message vocal stipulant le but de l'étude et le moyen de nous recontacter.

La totalité des 36 patients a été contactée. Cinq ont exprimé un refus, 16 n'ont pas donné suite, 15 ont accepté de participer à l'étude.

Après avoir obtenu l'accord du patient, une date de rendez-vous a été fixée en fonction de la disponibilité des participants.

4. Méthode de recueil des données

- *4.1. Recueil des données.*

Cette étude a été menée sous forme d'entretiens individuels, semi-dirigés, à partir d'un guide d'entretien comportant 21 questions. (Annexe 2) Certains entretiens se sont déroulés en présence de l'entourage du patient, ceci permettant de compléter le recueil de données, notamment chez les patients intubés ou sédatisés en réanimation.

Les entretiens ont été réalisés par la doctorante ainsi qu'une IDE de l'HAD, ayant auparavant exercé en réanimation mais aussi chez un prestataire d'oxygène au domicile.

Le recueil de données a été réalisé du 1er février 2023 au 4 mai 2023. Douze entretiens ont eu lieu en présentiel au domicile des patients, 2 entretiens en appel visioconférence et un entretien en appel téléphonique classique. Ils ont été enregistrés par dictaphone après accord des patients puis retranscrits dans le logiciel d'analyse "expérience patient" Vocaza, et anonymisés.

La durée moyenne des entretiens était de 34.24 minutes (médiane à 37.48 minutes).

- *4.2. Guide d'entretien*

L'entretien était organisé autour d'un guide d'entretien incluant seulement des questions ouvertes afin de permettre un recueil d'informations plus étendu et de refléter au mieux la perception du patient.

Le guide comportait au total 21 questions, réparties en trois sections correspondant aux différents séjours du parcours patient. La rédaction du guide d'entretien d'expérience patient a été réalisée à partir des questionnaires de satisfaction patient "Episode de soins", et "e-Satis" de la HAS, évaluant la qualité du parcours de soin des patients hospitalisés en chirurgie/MCO. (23-24)

La première partie du guide s'intéressait à l'expérience patient lors de son séjour en réanimation, avec un total de quatre questions :

- Qu'avez-vous compris concernant la raison de votre hospitalisation en réanimation ?
- Que pensez-vous des informations reçues sur votre état de santé de la part du personnel médical et paramédical ?
- À quel moment avez-vous pu participer aux décisions concernant vos soins ?
- Que pensez-vous de l'écoute/du soutien reçus de la part du personnel hospitalier ?

La deuxième partie du guide s'intéressait à l'expérience patient lors de son séjour en service de médecine, ainsi que lors de la transition entre son séjour à l'hôpital et son entrée en HAD. Elle comportait sept questions :

- Qu'avez-vous compris concernant la raison de votre transfert du service de réanimation vers un service de médecine ?
- Que pensez-vous des informations reçues sur votre état de santé de la part du personnel médical et paramédical ?
- À quel moment avez-vous pu participer aux décisions concernant vos soins ?
- Que pensez-vous de l'écoute/du soutien reçus de la part du personnel hospitalier ?
- Que pensez-vous de l'organisation de votre sortie d'hospitalisation ?
- Que pensez-vous de l'information reçue lors votre sortie d'hospitalisation ?
- Vous êtes-vous senti en sécurité lors de votre sortie d'hospitalisation ?

La troisième partie du guide comportait dix questions. Elle concernait l'expérience patient lors de sa prise en charge en HAD, notamment en ce qui concerne les modalités de suivi en HAD et le sevrage en oxygène. Cette partie prenait également en compte la fin du parcours patient pour son infection à SARS-COV2, soit sa sortie d'HAD et l'organisation de son suivi ultérieur :

- Qu'avez-vous compris concernant la raison et l'objectif de votre prise en charge en HAD ?
- Qu'avez-vous compris des consignes d'utilisation de l'oxygène au domicile ?
- Qu'avez-vous compris concernant l'utilité et l'objectif du test d'effort ?
- Que pensez-vous du protocole de suivi téléphonique par le personnel HAD ?
- Que pensez-vous du contact avec le médecin HAD lors de votre séjour en HAD ?
- Que pensez-vous de l'information reçue sur votre état de santé lors de votre prise en charge en HAD ?
- Vous êtes-vous senti en sécurité lors de votre prise en charge HAD ?
- Que pensez-vous de la manière dont votre sortie de l'HAD a été organisée ?
- Que pensez-vous de l'information reçue et de l'organisation concernant votre suivi médical après votre sortie d'HAD ?
- Quel est votre ressenti concernant l'hospitalisation en HAD vis-à-vis de la poursuite d'une hospitalisation traditionnelle ?

5. Analyse des données

L'étiquetage initial a été réalisé à partir des données préalablement intégrées sur le logiciel d'analyse d'"expérience patient" Vocaza. Les données ont été analysées par trois binômes comportant chacun un professionnel de santé et un qualicien : Marie POTIN-TUAL (qualicienne HAD) /Clarisse HUMEAU (doctorante en médecine générale), Stéphanie RICHOUD (qualicienne CHD) / Dr BONTEMPS, et Marine VINCELOT (qualicienne HAD)/ Dominique COSTA-GOMES (IDE HAD). Puis les données ont bénéficié d'une triangulation avec relecture et confrontation des résultats entre binômes. Enfin une dernière relecture par un qualicien et la doctorante en médecine générale a été réalisée. La mise en forme des résultats a été effectuée sur le logiciel Vocaza.

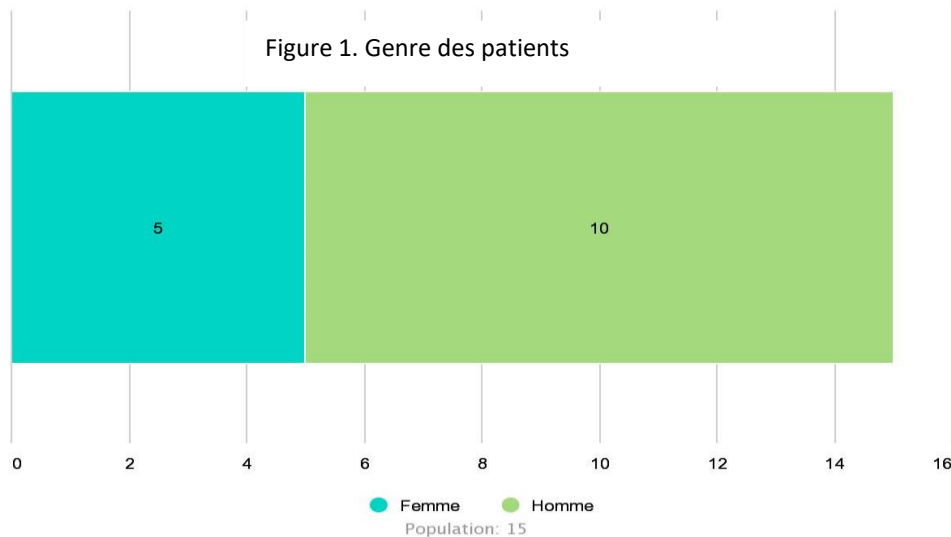
6. Ethique et réglementation

Les données ont été reportées sur le logiciel Vocaza de manière anonyme avec un numéro d'identification. Le consentement des patients a été recueilli après information orale et écrite mentionnant le protocole de l'étude, les conditions d'anonymat et de confidentialité ainsi que la potentielle communication de cette étude. Cette étude est non-interventionnelle. Selon la "Loi Jardé", l'avis du CPP n'a donc pas été nécessaire. Cette étude n'a pas bénéficié de financement.

RESULTATS

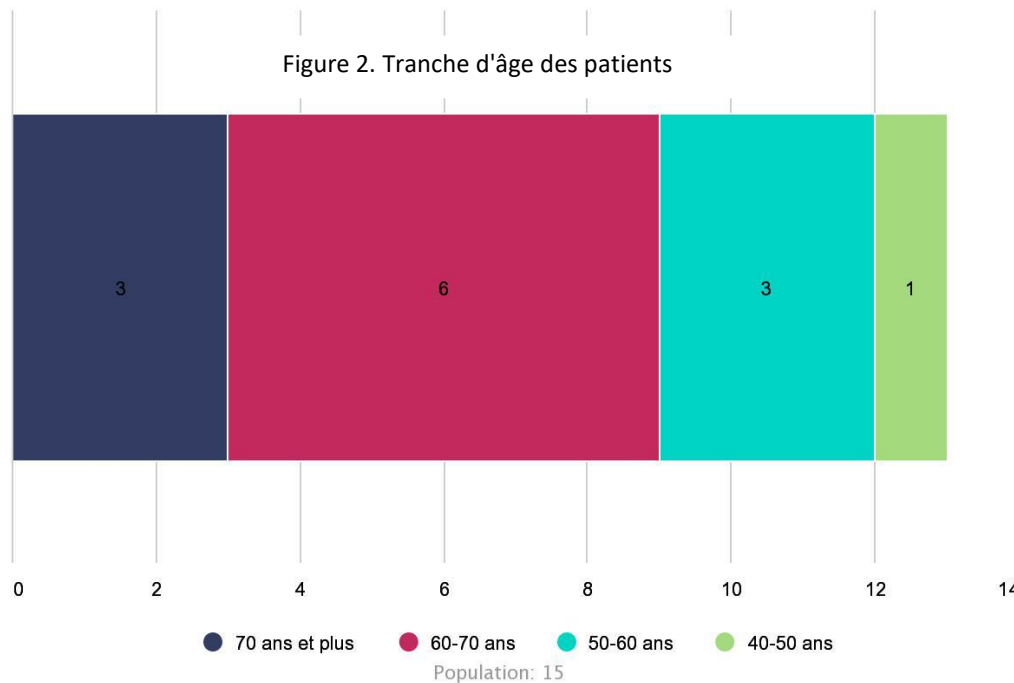
1. Description de la population

- 1.1. *Genre des patients*



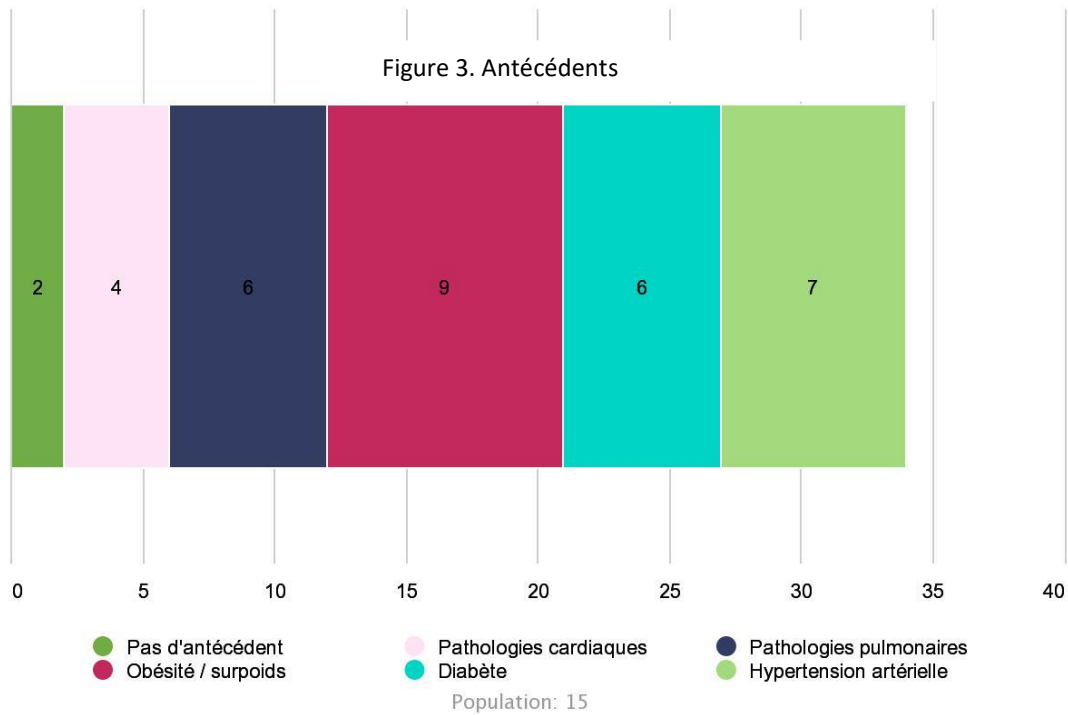
Cinq patients sont de sexe féminin, 10 patients de sexe masculin.

- 1.2. *Tranche d'âge des patients*



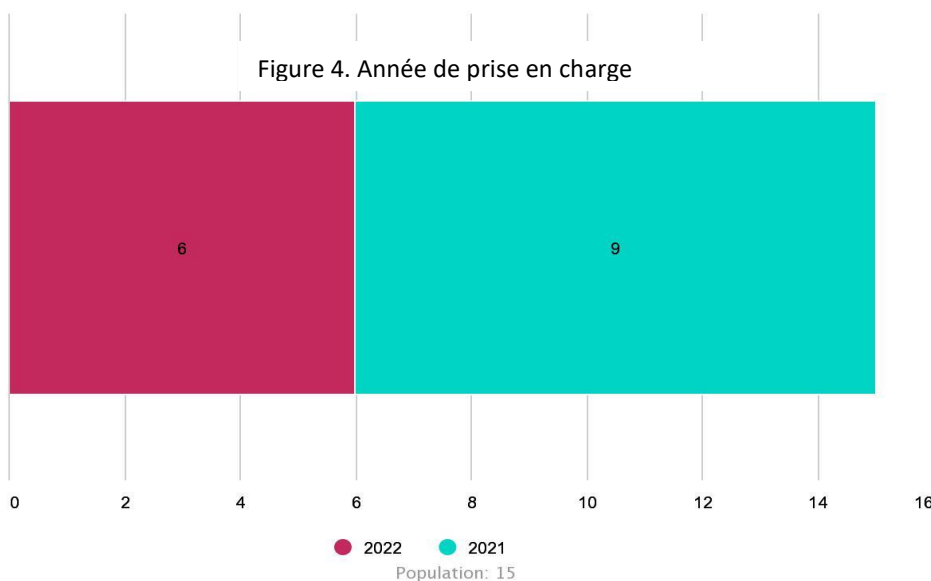
Un patient est âgé de 40 à 50 ans, 3 patients sont âgés de 50 à 60 ans, 6 patients sont âgés de 60 à 70 ans, 3 patients sont âgés de 70 ans et plus.

- 1.3. Antécédents des patients



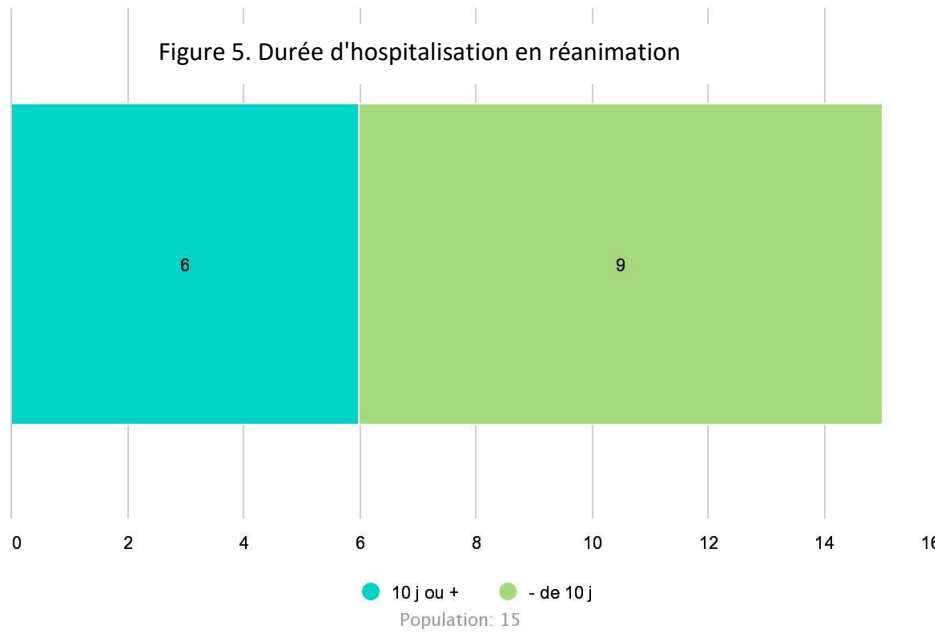
Sept patients sont atteints d'hypertension artérielle, 6 patients de diabète. Neuf patients sont en surpoids ou obésité. Six patients sont suivis pour pathologies pulmonaires (BPCO, asthme, emphysème, syndrome d'obésité-hypoventilation), 4 patients pour pathologies cardiaques (cardiopathie hypertensive/rythmique/valvulaire/ischémique). Et 2 patients n'ont aucun antécédent médical particulier.

- 1.4. Année de prise en charge pour infection à SARS-COV2 sévère

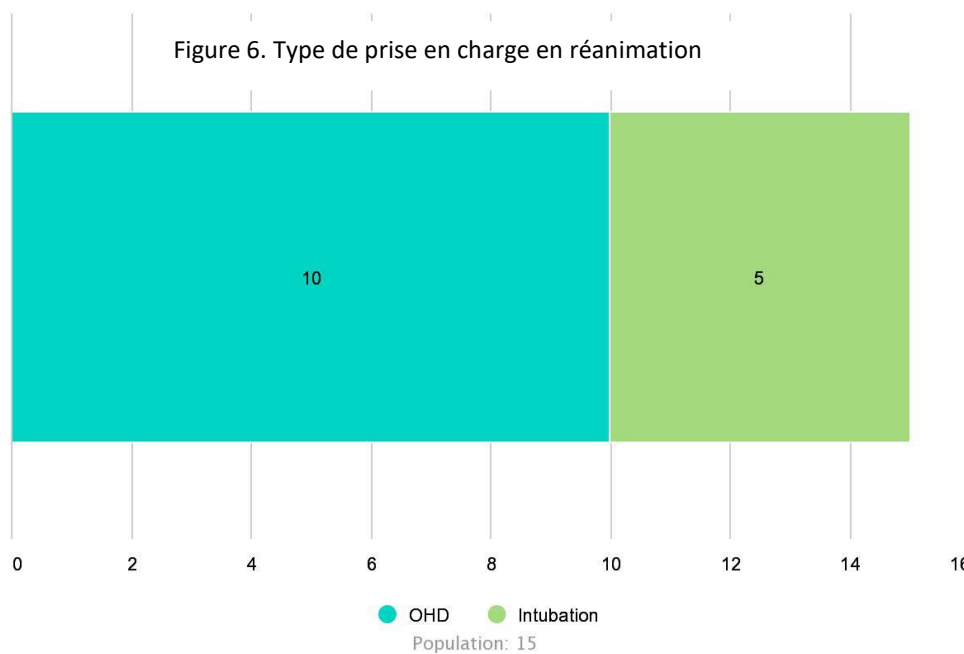


Neuf patients ont été pris en charge en 2021, 6 patients en 2022

- 1.5. Durée et type de prise en charge en réanimation/USC

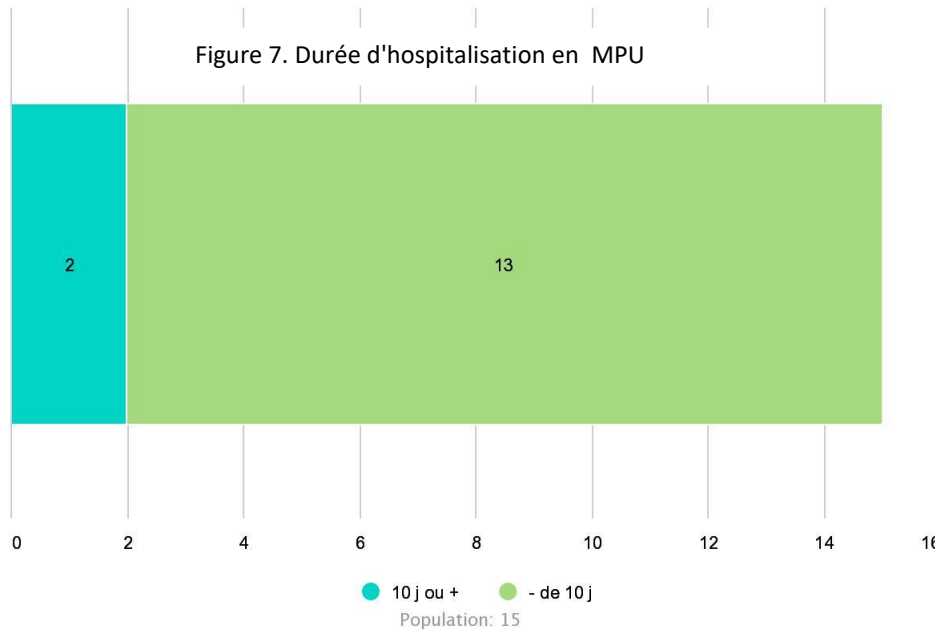


Neuf patients ont été hospitalisés moins de 10 jours dans le service de Réanimation/USC. Six patients ont été hospitalisés plus de 10 jours en Réanimation/USC.



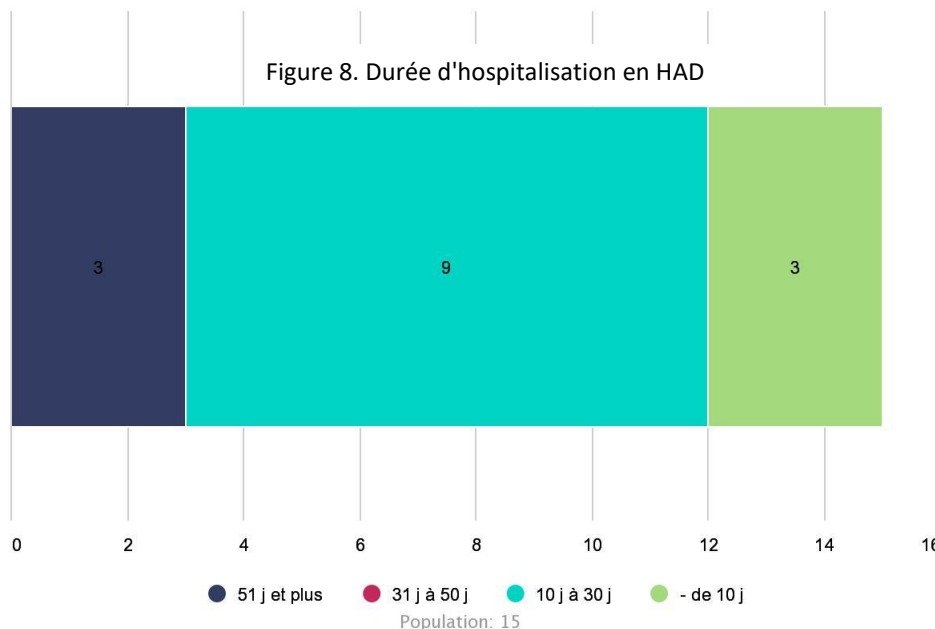
Dix patients ont été pris en charge par OHD. Cinq patients par IOT.

- 1.6. *Durée d'hospitalisation en Médecine*



La totalité des 15 patients inclus dans l'étude ont été hospitalisés dans le service de MPU-Infectiologie. Treize patients ont été hospitalisés pour une durée inférieure à 10 jours, 2 patients pour une durée supérieure à 10 jours.

- 1.7. *Durée d'hospitalisation en HAD*



Trois patients sont pris en charge moins de 10 jours en HAD pour sevrage en oxygène, 9 patients pour une durée de 10 à 30 jours, 3 patients pour une durée supérieure à 51 jours. Aucun patient n'a été pris en charge pour une durée de 30 à 50 jours.

2. Données d'expérience patient en réanimation/USC

- 2.1. *Quelle est la raison de votre hospitalisation en réanimation ?*

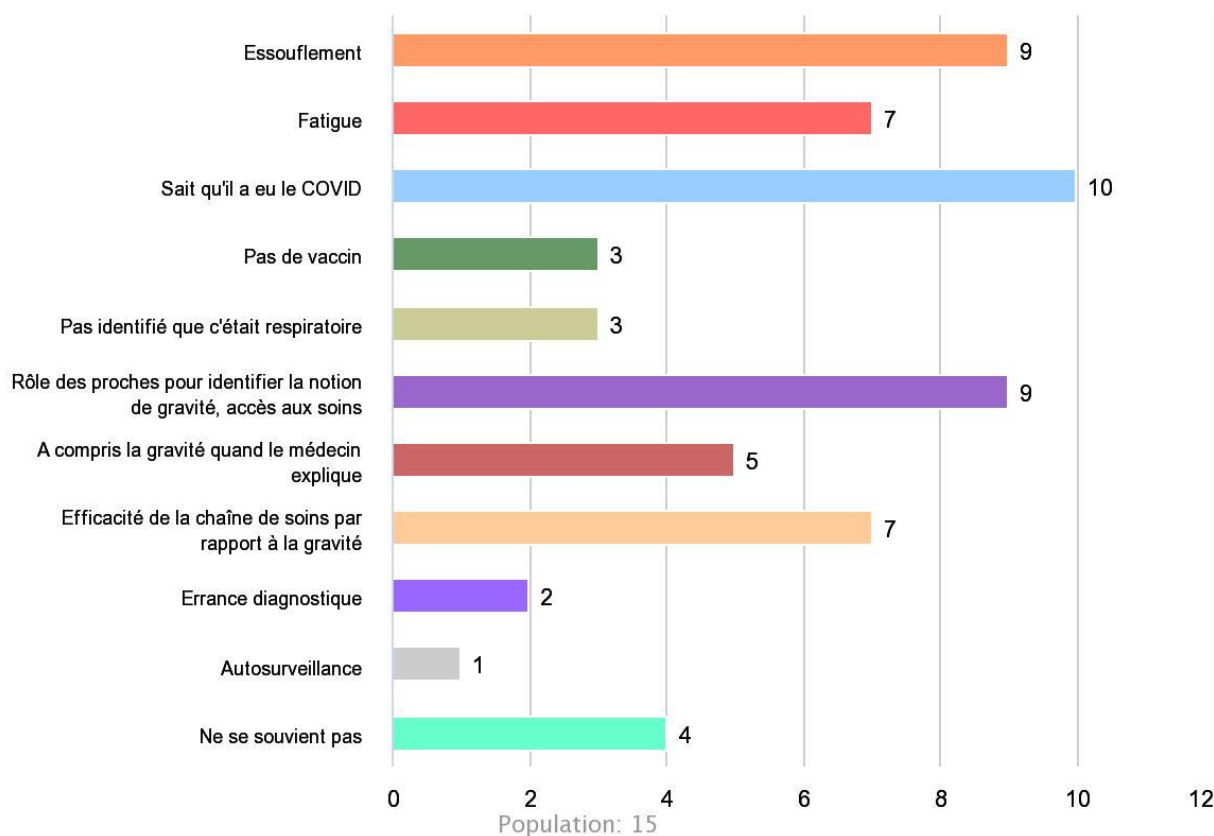


Figure 9. Raisons d'hospitalisation en réanimation

Dix patients ont identifié un essoufflement et 7 patients une asthénie intense ayant selon eux entraîné leur hospitalisation. Dix patients ont rapporté être dépistés positifs à la Covid-19 lors de leur hospitalisation. Trois patients ont souligné que le fait de ne pas être vacciné contre la Covid-19 a joué un rôle dans leur hospitalisation. Le rôle des proches dans la détection de la gravité des symptômes est rapporté pour 9 patients sur 15, et 5 patients ont décrit avoir compris la gravité de la situation lors de l'explication donnée par un médecin (médecin traitant ou médecin urgentiste). Sept patients ont trouvé la prise en charge ainsi que la chaîne de soins initiaux très efficace, notamment la transmission des informations ville-hôpital ainsi que le temps réduit passé dans le service des urgences avant leur transfert en réanimation. Deux patients ont perçu une errance diagnostique avant leur prise en charge en réanimation.

- 2.2. *Que pensez-vous des informations reçues sur votre état de santé de la part du personnel médical et paramédical ?*

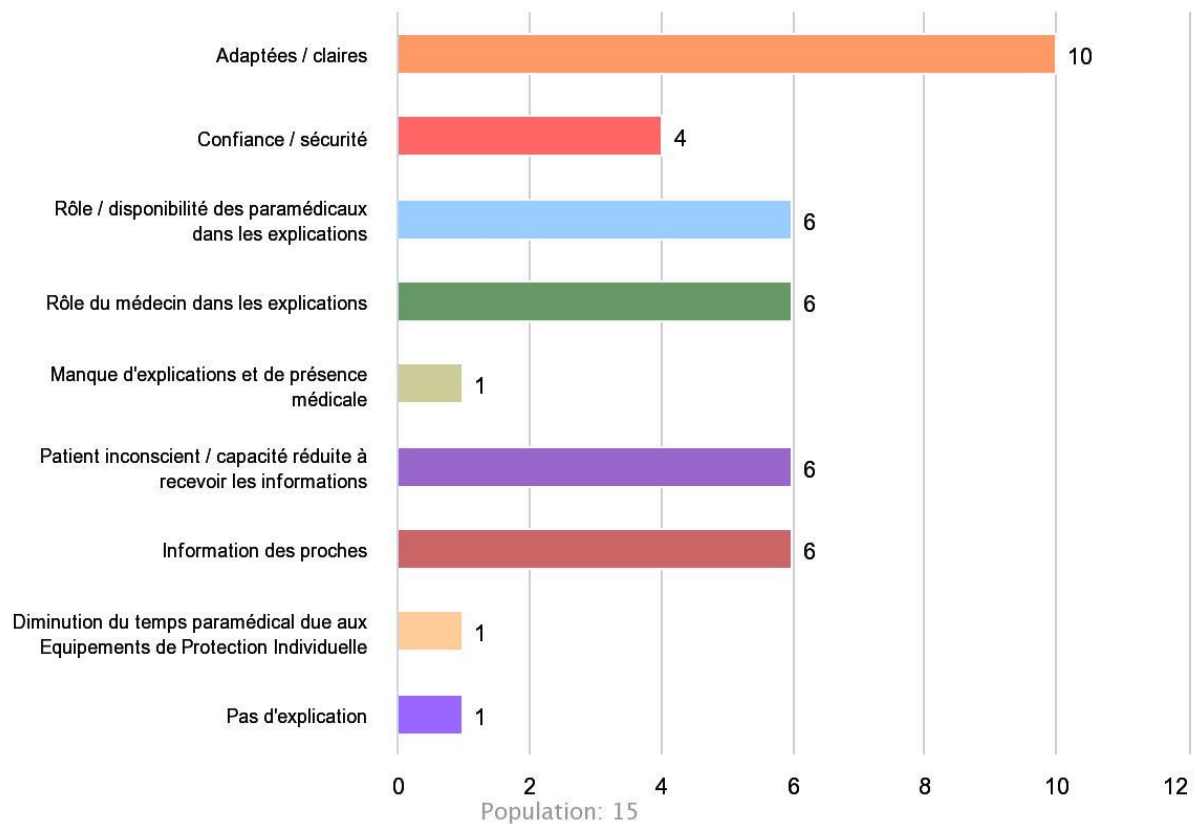


Figure 10. Information reçue en réanimation

Dix patients sur 15 ont déclaré avoir reçu des informations claires et adaptées concernant leur santé lors de leur hospitalisation en réanimation. Quatre patients ont appuyé le fait de s'être sentis en sécurité/confiance lors de leur hospitalisation. Six patients ont remarqué l'importance du personnel paramédical dans la transmission des informations et 6 autres patients l'importance du personnel médical. La qualité de l'information des proches de la famille a été rapportée par 6 patients et proches lors des entretiens, notamment pour les patients ayant été pris en charge par intubation orotrachéale. Un patient a ressenti une limitation du temps passé par le personnel paramédical auprès du patient, secondaire aux contraintes d'utilisation des équipements de protection individuelle des professionnels de santé lors de la pandémie à SARS-COV2.

- 2.3. À quel moment avez-vous pu participer aux décisions concernant vos soins ?

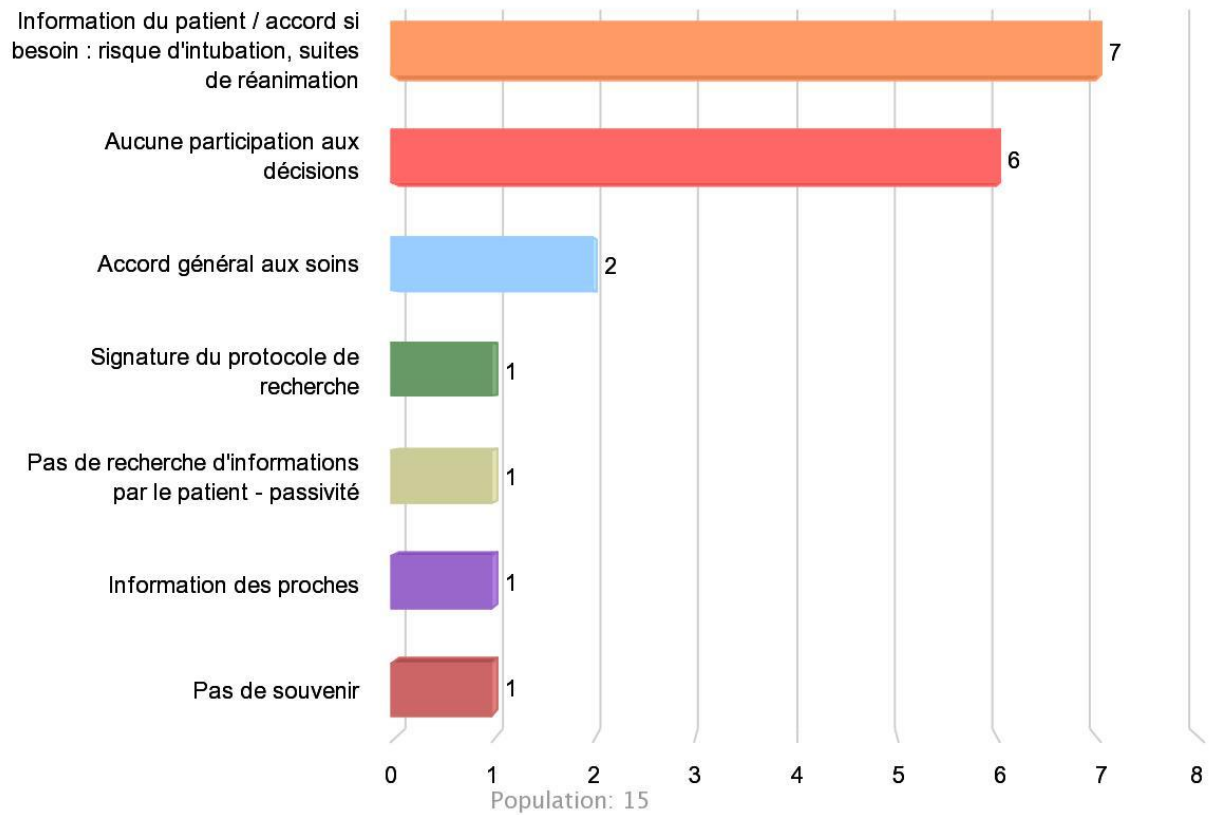


Figure 11. Participation aux décisions concernant les soins en réanimation

Sept patients déclarent avoir pu participer aux décisions concernant leur soins, notamment avoir pu donner leur accord pour une intubation orotrachéale si leur état de santé le nécessitait. Deux patients ont pu exprimer leur “accord général” aux soins : prise de sang, examens d’imagerie etc. Six patients ont déclaré ne pas avoir participé aux décisions concernant leurs soins, et un patient rapporte le fait de ne pas avoir souhaité participer aux décisions. Un patient déclare avoir signé un consentement pour inclusion dans un protocole de recherche.

- 2.4. *Que pensez-vous de l'écoute/du soutien reçu de la part du personnel hospitalier?*

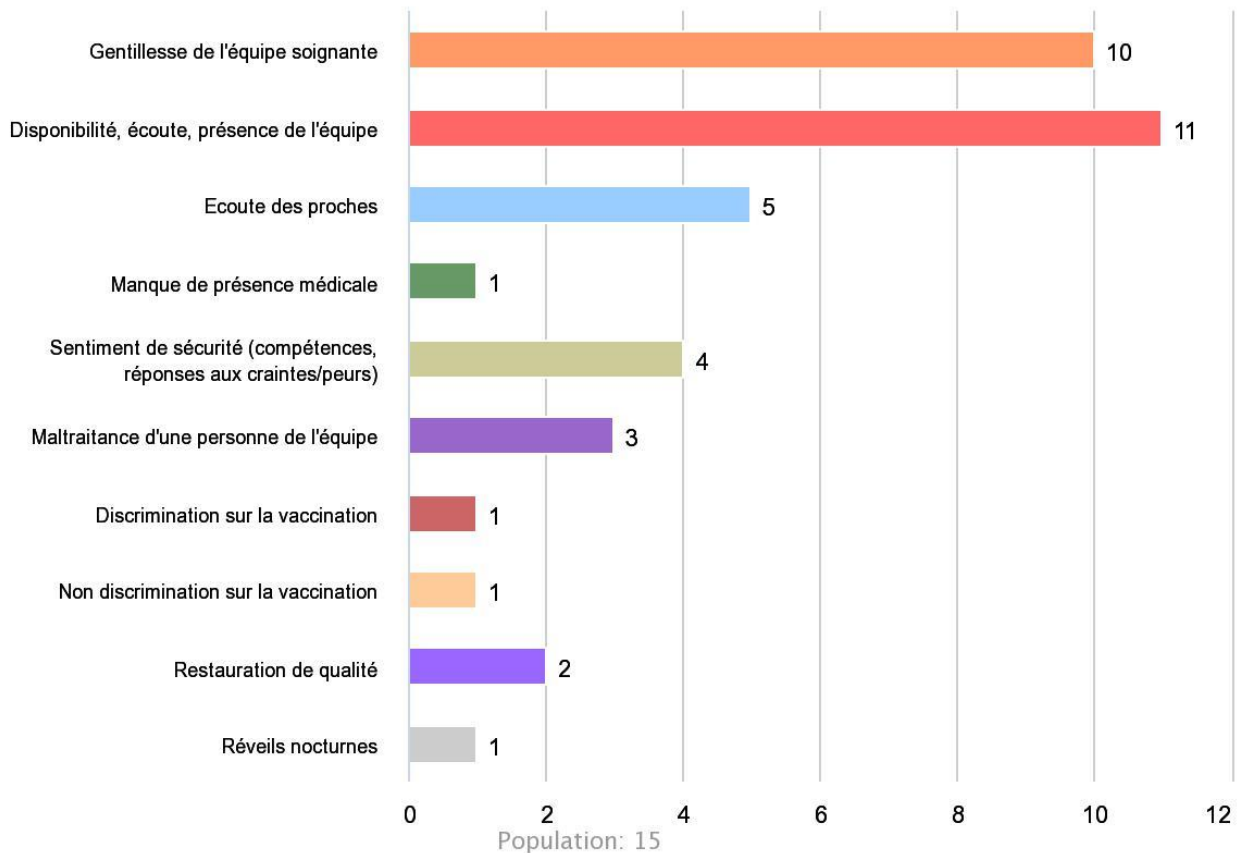


Figure 12. Ecoute/Soutien reçu de la part du personnel hospitalier en réanimation

Onze patients soulignent la disponibilité, l'écoute et la présence de l'équipe médicale et paramédicale du service de réanimation. Dix patients nomment la gentillesse de l'équipe soignante. Cinq patients relèvent la qualité d'écoute des proches par le personnel de réanimation. Trois patients ont ressenti une situation de "maltraitance" de la part du personnel de l'équipe soignante : douleur lors des soins, contrainte au sondage urinaire. Un patient a ressenti une discrimination lors de sa prise en charge, consécutive à sa non-vaccination contre la Covid-19. Un patient relève quant à lui n'avoir subi aucune discrimination malgré sa non-vaccination. Deux patients soulignent la qualité de la restauration.

3. Données d'expérience patient en MPU-Infectiologie

- 3.1. *Qu'avez-vous compris concernant la raison de votre transfert du service de réanimation vers un service de médecine ?*

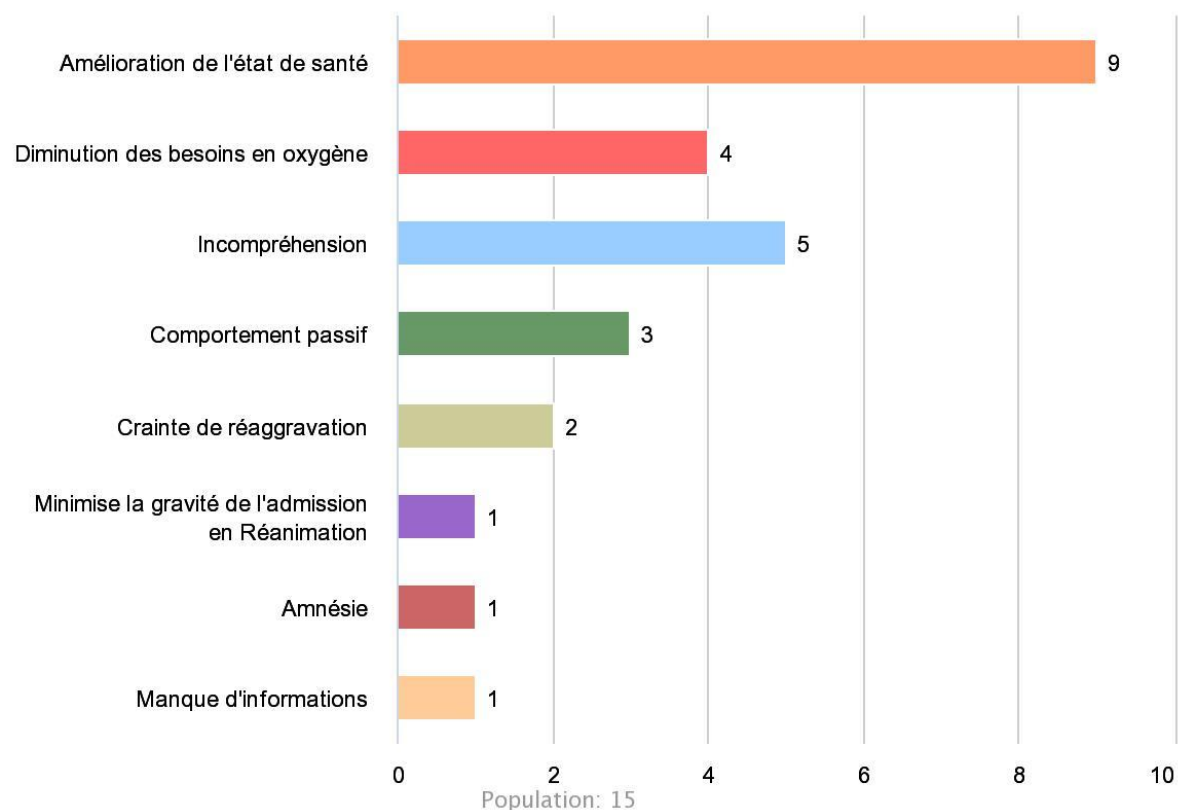


Figure 13. Compréhension du transfert en MPU-Réanimation

Neuf patients attribuent leur transfert du service de réanimation vers le service de MPU-Infectiologie à une “amélioration de leur état de santé” sur le plan général et disent : “s’être senti beaucoup mieux”, “moins fatigué”, “moins essoufflé”. Quatre patients objectivent la diminution de leur besoin en oxygène expliquant leur transfert. Cinq patients rapportent ne pas avoir compris quelle était la raison de leur transfert du service de réanimation vers le service de MPU-Infectiologie. Un patient rapporte un manque d’information.

- 3.2. *Que pensez-vous des informations reçues sur votre état de santé de la part du personnel médical et paramédical ?*

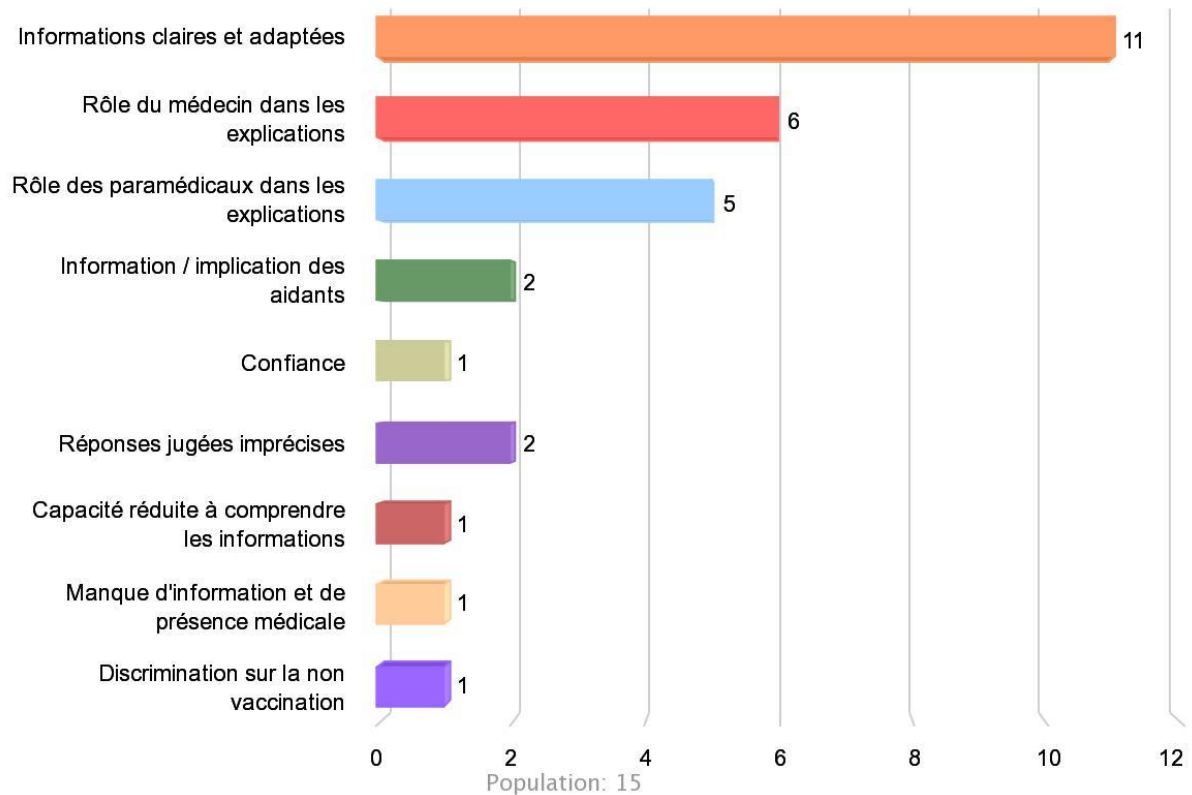


Figure 14. Information reçue en MPU-Infectiologie

Onze patients sur 15 déclarent avoir reçu une information claire et adaptée sur leur état de santé dans le service de MPU-Infectiologie. Six patients nomment le rôle des médecins dans les explications, 5 patients le rôle des paramédicaux. Deux patients déclarent que l'information de leurs proches a été réalisée et leurs aidants impliqués. Cependant 2 patients trouvent que les informations et les réponses données sur leur santé étaient imprécises, dont un patient qui déclare que ses questions n'avaient "sûrement pas encore de réponses" dans le contexte de pandémie émergente. Un patient rapporte avoir subi une discrimination par rapport à sa non-vaccination.

- 3.3. À quel moment avez-vous pu participer aux décisions concernant vos soins ?

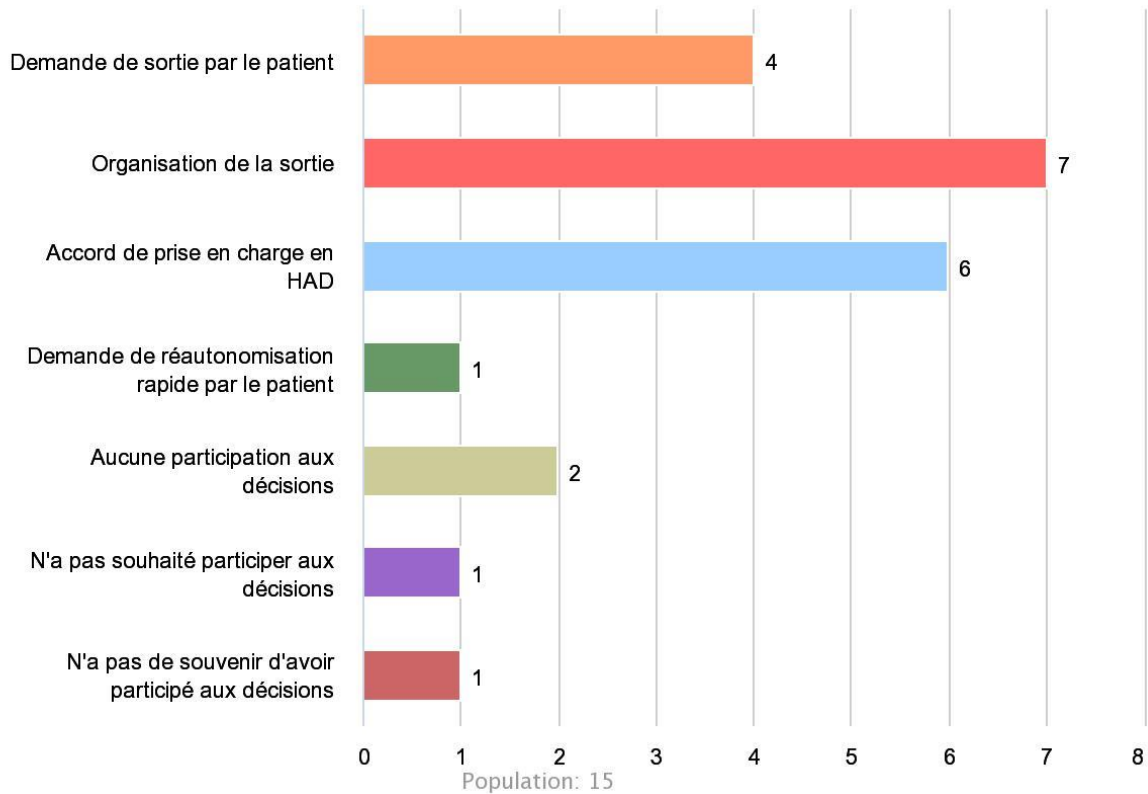


Figure 15. Participation aux décisions concernant les soins en MPU-Infectiologie

Sept patients déclarent avoir participé aux décisions concernant leurs soins lors de l'organisation de leur sortie, 4 patients ont demandé à sortir d'hospitalisation. Six patients rapportent avoir donné leur accord pour une prise en charge en HAD à leur sortie d'hospitalisation traditionnelle. Un patient déclare avoir demandé un accès rapide à la rééducation pour ré-autonomisation. Deux patients ont quant à eux déclaré ne pas avoir participé aux décisions concernant les soins. Par ailleurs un patient n'a pas souhaité participer et un patient déclare ne pas avoir de souvenirs.

- 3.4. *Que pensez-vous de l'écoute/du soutien reçu de la part du personnel hospitalier?*

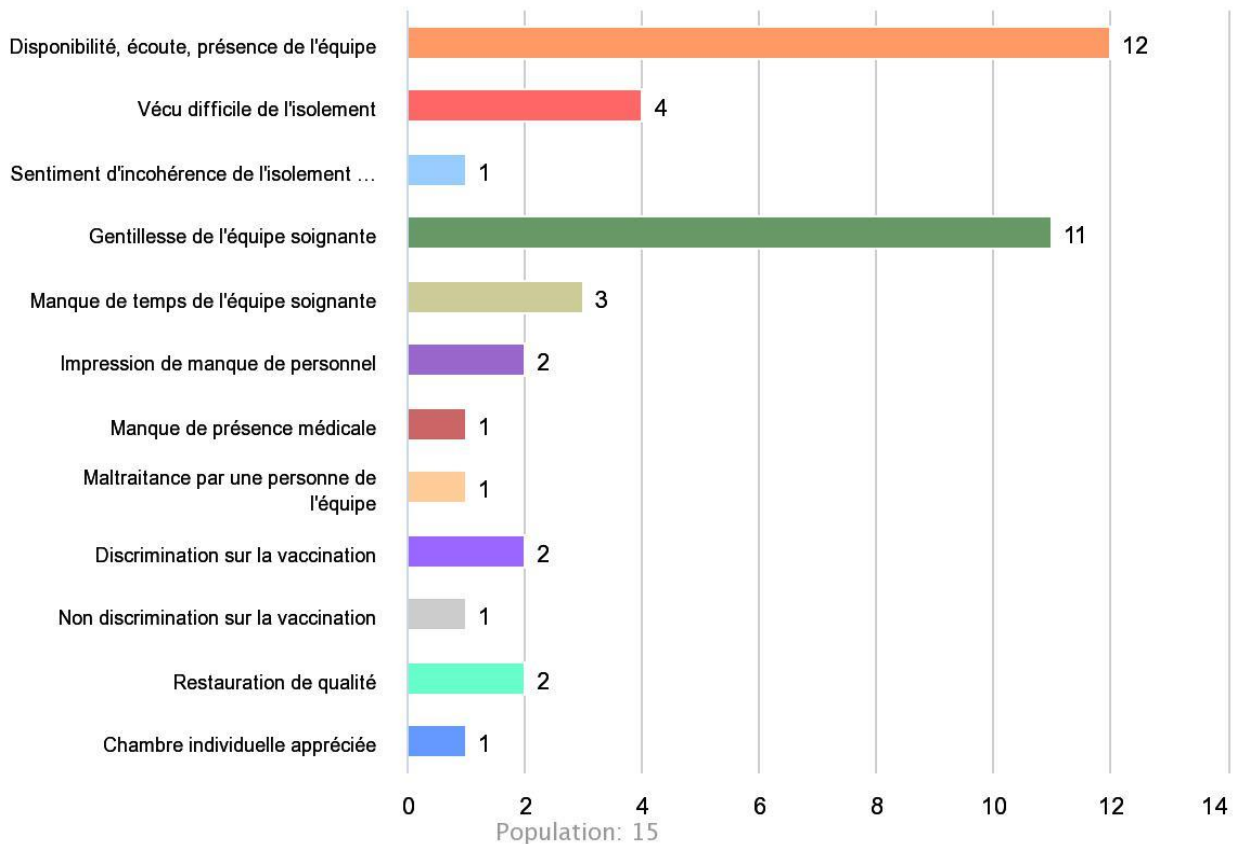


Figure 16. Ecoute/Soutien reçue en MPU-Infectiologie

Douze patients rapportent la qualité de l'écoute, la disponibilité et la présence de la part du personnel dans le service de MPU – Infectiologie. Onze patients rapportent la gentillesse de l'équipe soignante : "impeccable", "charmants", "bienveillant". Quatre patients déclarent cependant avoir difficilement vécu l'isolement en chambre, et un patient a perçu un sentiment d'incohérence par rapport à l'hospitalisation en Réanimation où les visites étaient autorisées contrairement au service de MPU-Infectiologie. Deux patients ont perçu le manque de personnel paramédical : "c'était la cavalcade pour les infirmières", "J'ai ressenti le fait qu'il manquait de personnel hospitalier. Ils faisaient ce qu'ils pouvaient". Deux patients rapportent avoir subi des discriminations concernant leur non-vaccination. Un patient rapporte ne pas avoir subi de discrimination malgré sa non-vaccination.

- 3.5. *Que pensez-vous de l'organisation de votre sortie d'hospitalisation ?*

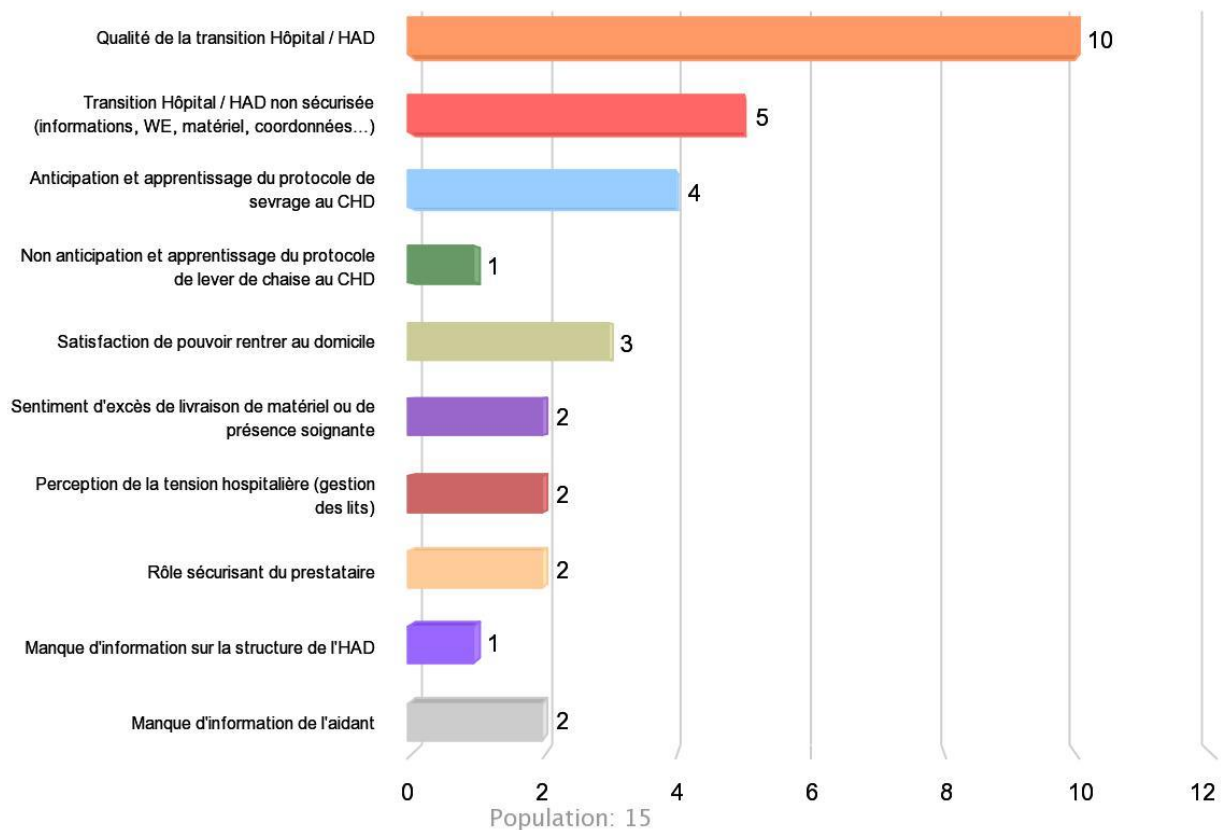


Figure 17. Organisation de la sortie d'hospitalisation traditionnelle

Dix patients rapportent une transition Hôpital-HAD de qualité : livraison du prestataire d'oxygène, réunion pluridisciplinaire au domicile du patient à l'entrée en HAD. Cinq patients déclarent une transition hôpital-HAD non sécurisée : manque de matériel d'oxygène au domicile, mauvaise explication des numéros de contact en cas d'urgence à l'HAD, mauvaise anticipation des besoins en aides humaines et matérielles au domicile.

Quatre patients déclarent avoir eu un apprentissage du test d'effort en hospitalisation en MPU-Infectiologie et un apprentissage à la gestion de l'oxygène pulsé au domicile (Inogen). Un patient déclare ne pas avoir été éduqué au protocole de sevrage.

- 3.6. *Que pensez-vous de l'information reçue lors de votre sortie d'hospitalisation ?*

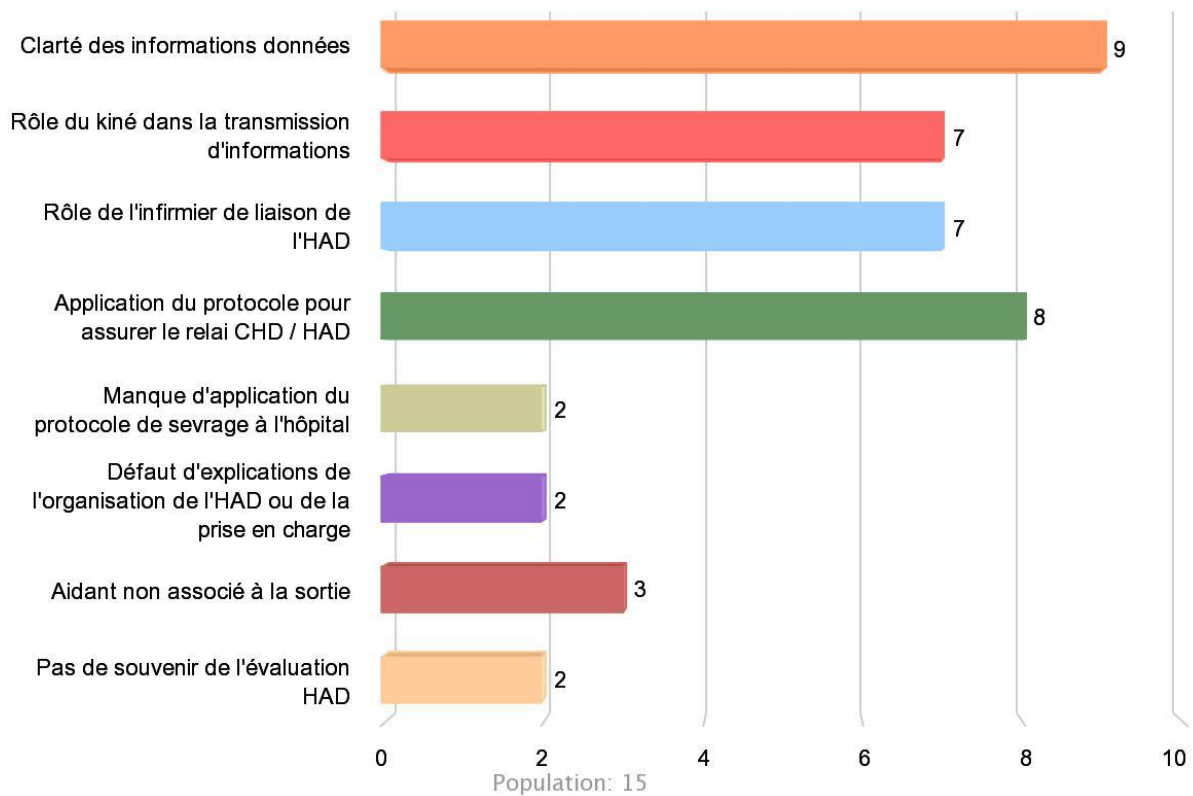


Figure 18. Information reçue à la sortie d'hospitalisation traditionnelle

Neuf patients déclarent avoir reçu une information claire lors de leur sortie d'hospitalisation traditionnelle. Sept patients nomment les kinésithérapeutes du service comme principaux transmetteurs d'information, notamment dans l'apprentissage du test d'effort et de la gestion de l'oxygène au domicile. Sept patients déclarent avoir reçu l'information de la part des infirmiers de liaison de l'HAD, notamment lors de leur venue en MPU-Infectiologie pour évaluation du patient.

Huit patients déclarent avoir été éduqués au protocole de sevrage en oxygène avant leur sortie en HAD. Deux patients déplorent un manque d'application du protocole de sevrage en MPU-Infectiologie avant leur sortie en HAD.

Deux patients retrouvent un défaut d'information de l'organisation de l'HAD ou de la prise en charge.

Il est à noter que 3 patients déclarent que leurs proches n'ont pas été associés/avertis de leur sortie d'hospitalisation.

- 3.7. Vous êtes-vous senti en sécurité lors de votre sortie d'hospitalisation ?

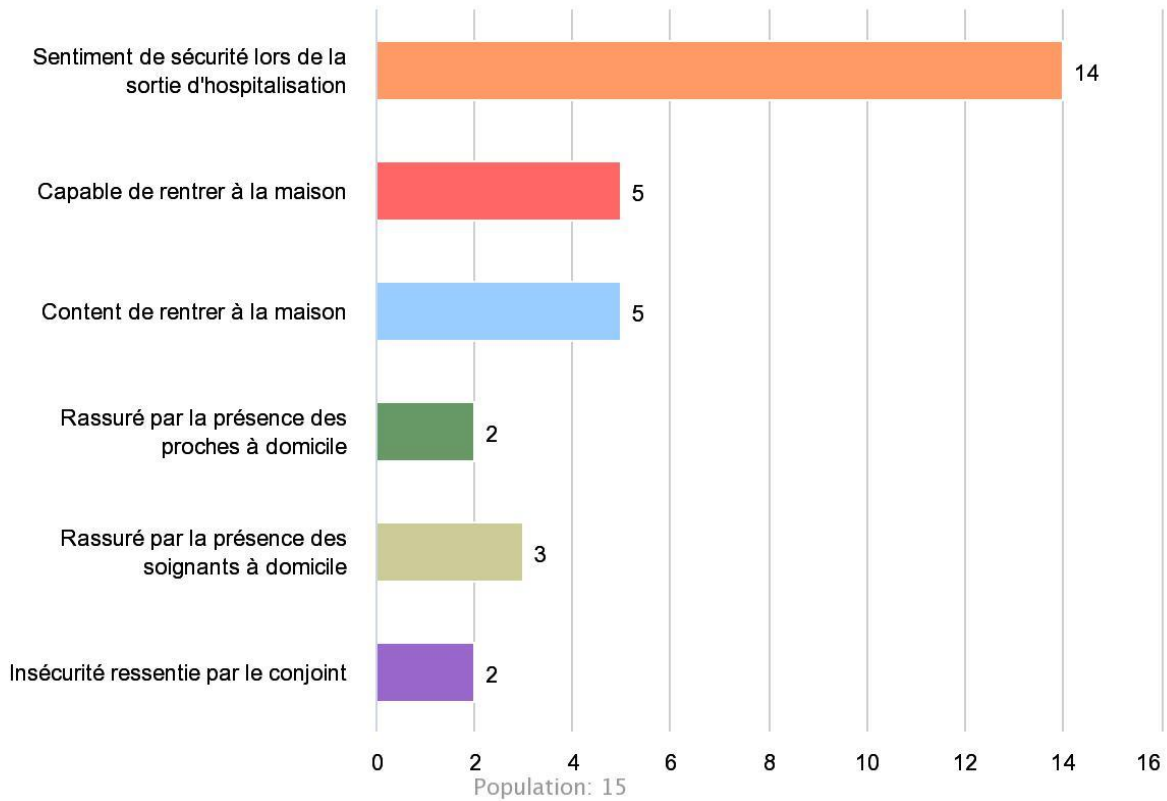


Figure 19. Evaluation de la sécurité à la sortie d'hospitalisation traditionnelle

Quatorze patients sur 15 déclarent s'être sentis en sécurité lors de leur sortie d'hospitalisation traditionnelle et de leur entrée en HAD. Deux patients sont rassurés par la présence de leur proche au domicile lors de l'HAD. Trois patients sont sécurisés par le passage des soignants libéraux au domicile. Deux patients rapportent tout de même un sentiment d'insécurité ressenti par le conjoint lors de la sortie d'hospitalisation : "ma femme était nerveuse, elle ne se sentait pas capable de s'occuper de moi à la maison" ; "Je voulais être chez moi donc je n'ai pas réfléchi aux conséquences. Je reconnais que j'étais limité en termes de capacité".

4. Données d'expérience patient HAD

- 4.1. *Qu'avez-vous compris concernant la raison et l'objectif de votre prise en charge en HAD ?*

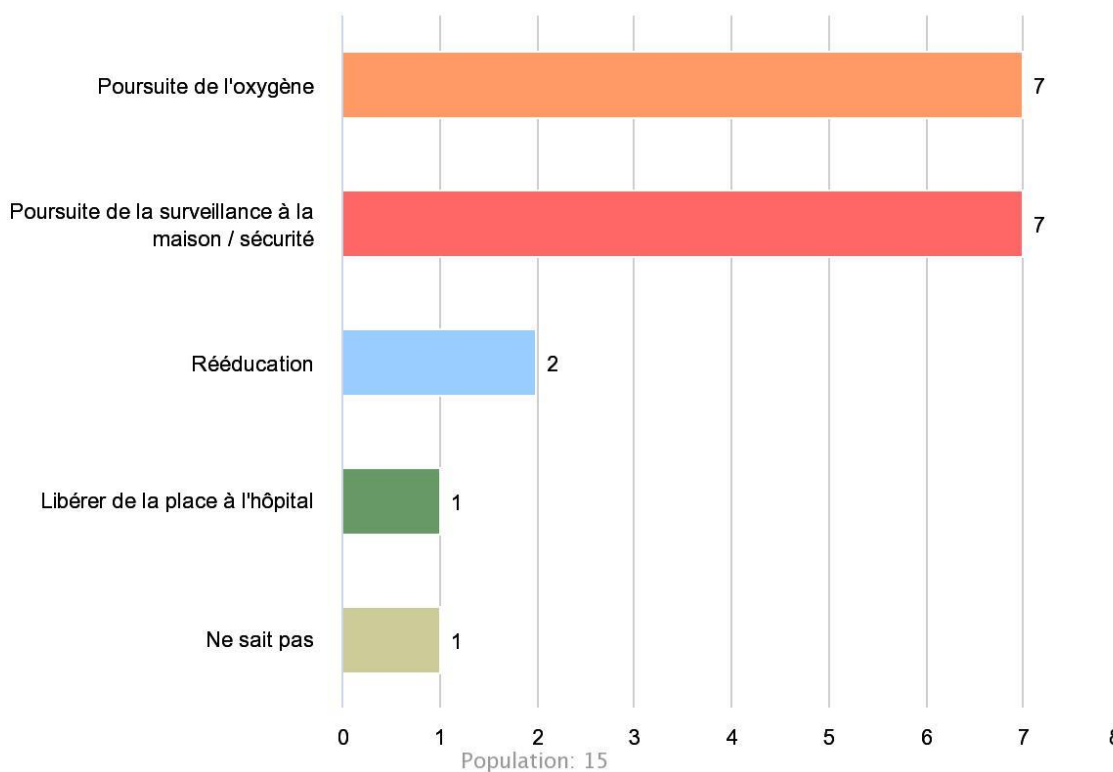


Figure 20. Compréhension des objectifs HAD

Sept patients déclarent poursuivre leur parcours de soins en HAD pour oxygénothérapie et 7 patients pour poursuivre la surveillance de leur état de santé au domicile. Deux patients indiquent une prise en charge rééducative. Enfin un patient évoque le fait de libérer des lits en hospitalisation traditionnelle en contexte de tension hospitalière.

- 4.2. *Qu'avez-vous compris des consignes d'utilisation de l'oxygène au domicile ?*

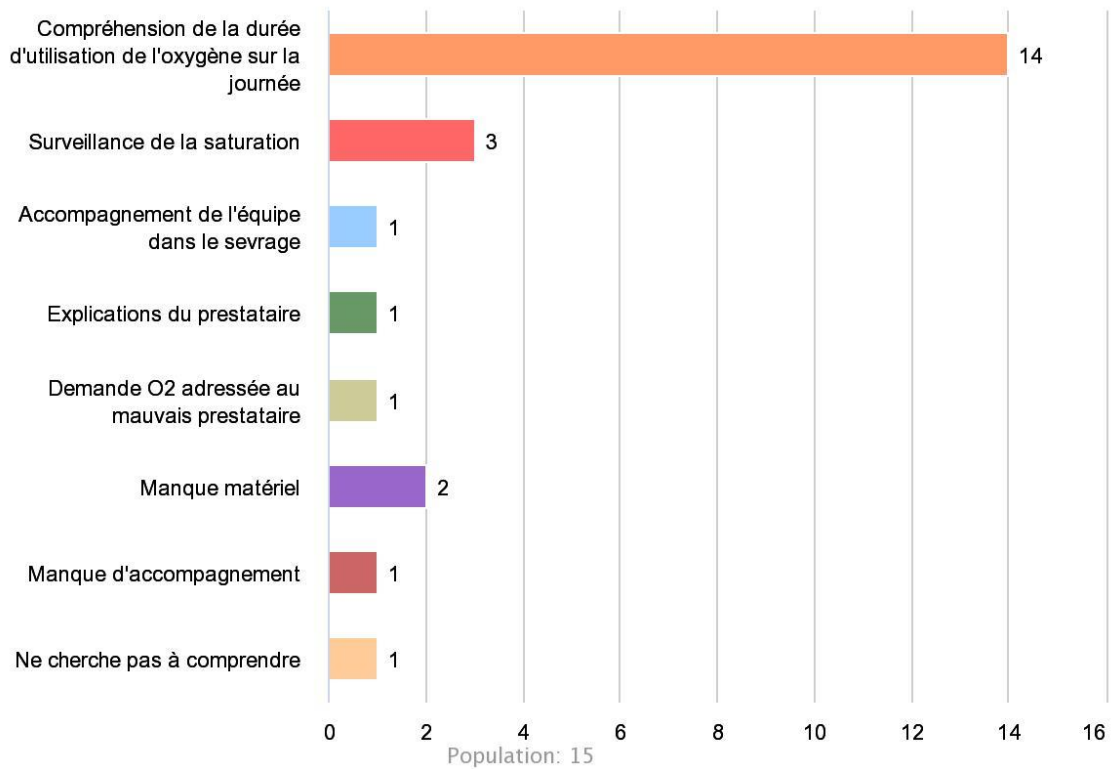


Figure 21 Compréhension des consignes d'utilisation d'oxygène au domicile

Quatorze patients déclarent avoir compris l'utilisation de l'oxygène au domicile : utilisation de l'oxygène uniquement à l'effort ou bien au repos. Trois patients indiquent qu'ils surveillaient régulièrement leur saturation au domicile de manière autonome afin de s'assurer que leur débit en oxygène était adapté. Deux patients rapportent un manque de matériel au domicile : manque d'adaptateur pour relier le concentrateur d'oxygène au matériel de PPC chez le patient atteint de SAOS, manque de bouteille d'oxygène en cas de panne d'électricité.

- 4.3. *Qu'avez-vous compris concernant l'utilité et l'objectif du test d'effort ?*

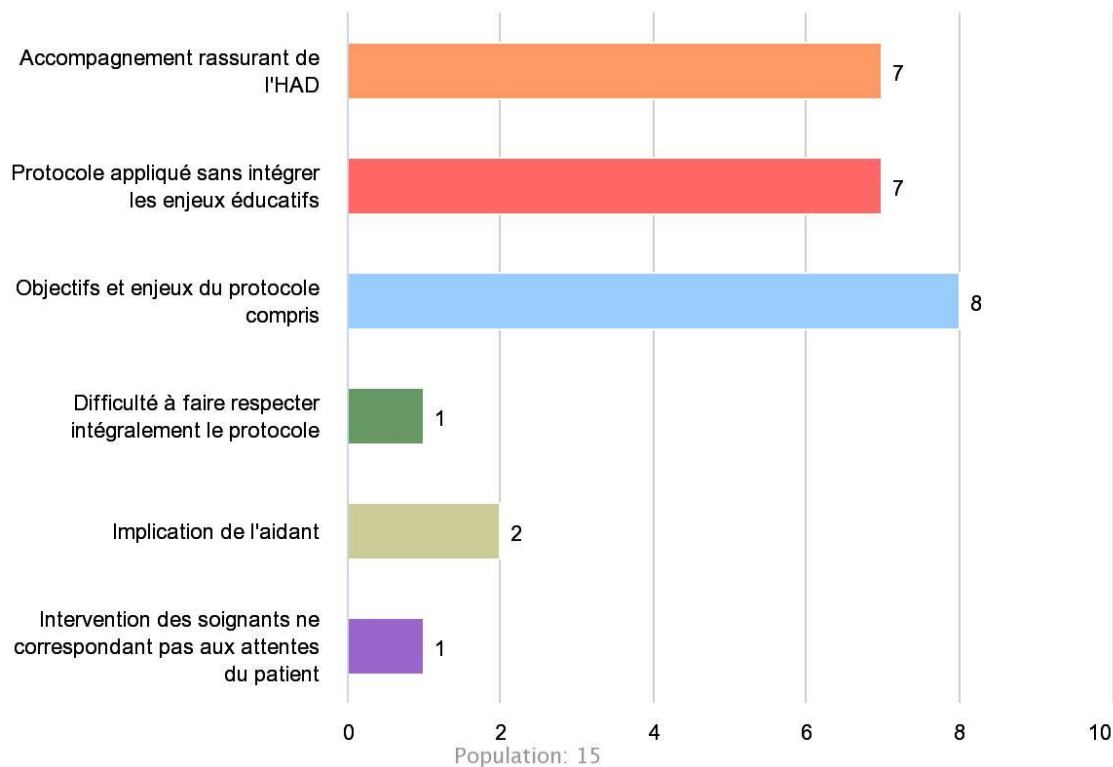


Figure 22. Compréhension des modalités et enjeux du test d'effort

Les objectifs et enjeux du protocole de sevrage sont considérés comme compris pour 8 patients, qui réalisaient le test d'effort quotidiennement au domicile, seuls ou accompagnés : "je faisais le test d'effort pour surveiller la remise en forme de l'organisme, tant sur le plan respiratoire que cardiaque", "c'était pour voir si je récupérais assez rapidement, si mes muscles revenaient, si mes poumons reprenaient leur fonction normale.". Pour 7 patients le protocole de sevrage était appliqué quotidiennement avec réalisation du test d'effort mais les enjeux n'étaient pas nécessairement compris : " je ne comprenais pas la saturation mais ma femme avait compris donc elle m'a réexpliqué par la suite", "je n'avais pas tout compris de l'utilité, mais je le réalisais tous les jours". Sept patients indiquent que l'accompagnement par l'IDE HAD était rassurant. Deux patients déclarent que leurs proches étaient impliqués dans la réalisation des tests.

- 4.4. *Que pensez-vous du protocole de suivi téléphonique par le personnel HAD ?*

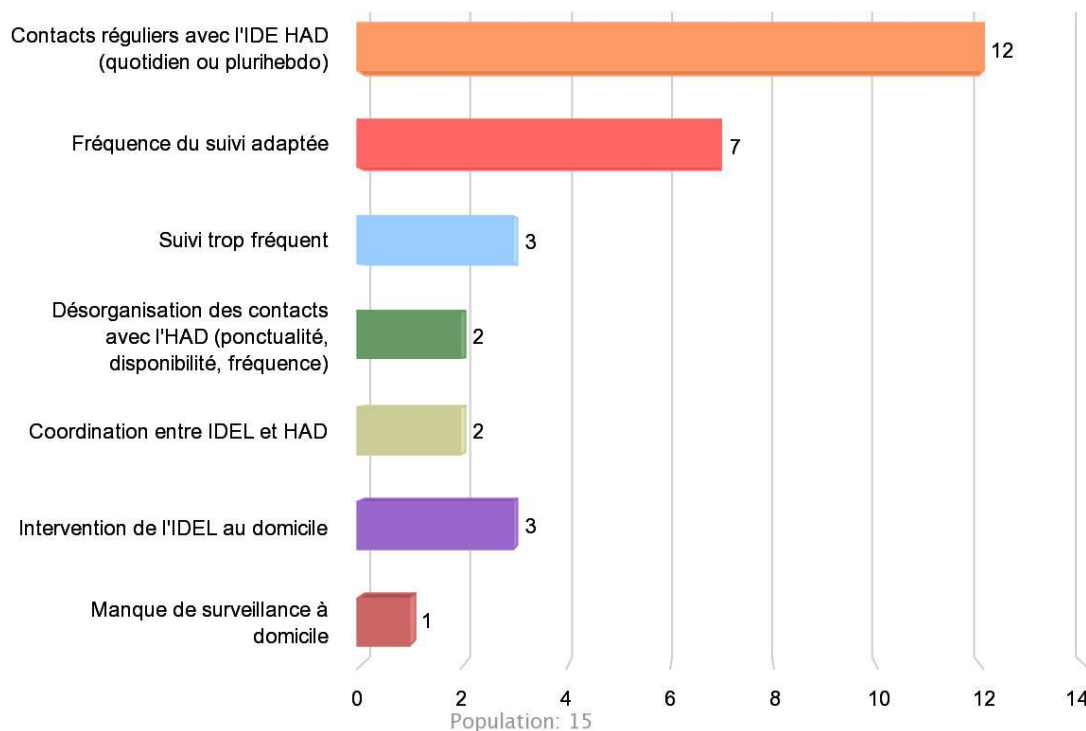


Figure 23. Fréquence et suivi téléphonique en HAD

Douze patients déclarent avoir eu un suivi téléphonique quotidien ou pluri-hebdomadaire avec les IDE HAD de coordination afin de transmettre les résultats des tests d’effort et d’adapter le débit d’oxygène. Sept patients déclarent que la fréquence du suivi était adaptée à leurs attentes. Trois patients ont trouvé leur suivi trop fréquent : “un peu surdimensionné”, “double avec les IDE libérales”.

Trois patients déclarent avoir eu un passage IDEL au domicile pour réalisation du test d’effort. Pour 2 patients la coordination des résultats était réalisée directement entre les IDE libérales intervenant au domicile et l’IDE HAD de coordination.

Un patient a ressenti un manque de surveillance au domicile : “j’aurais aimé avoir au moins peut-être une infirmière libérale, je ne sais pas si c’est possible. Mais au moins une fois par semaine, au moins au début. Que quelqu’un passe au domicile surveiller ce que je faisais et me valider si tout était correct”.

Enfin 2 patients décrivent une désorganisation du suivi avec l’IDE coordinatrice HAD : difficulté de ponctualité, de disponibilité.

- 4.5. *Que pensez-vous du contact avec le médecin HAD lors de votre séjour en HAD ?*

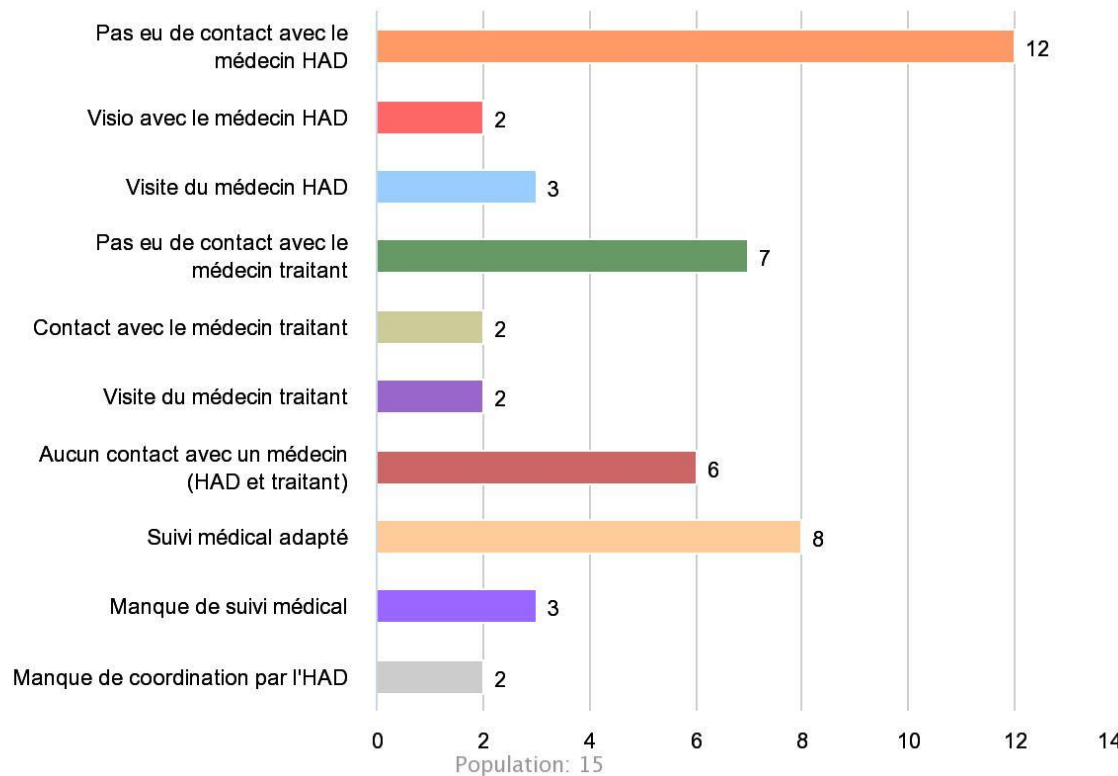


Figure 24. Contact avec le médecin HAD et le médecin traitant

Douze patients déclarent ne pas avoir eu de contact avec le médecin HAD durant leur séjour, 2 patients ont eu contact avec le médecin HAD via visioconférence et 3 patients via une visite au domicile.

Par ailleurs, deux patients ont eu un contact téléphonique avec leur médecin traitant pendant leur hospitalisation en HAD. Deux patients ont eu une consultation au domicile par leur médecin traitant pendant leur hospitalisation en HAD. Sept patients n'ont pas eu de contact avec leur médecin traitant durant leur hospitalisation.

Six patients déclarent n'avoir eu contact ni avec le médecin HAD, ni avec le médecin traitant. Huit patients sont satisfaits par leur suivi médical, 3 patients ressentent un manque de suivi médical. De plus, 2 patients indiquent un manque de coordination par l'HAD, notamment pour l'organisation de suivi/consultation avec le médecin traitant.

- 4.6. *Que pensez-vous de l'information reçue sur votre état de santé lors de votre prise en charge HAD ?*

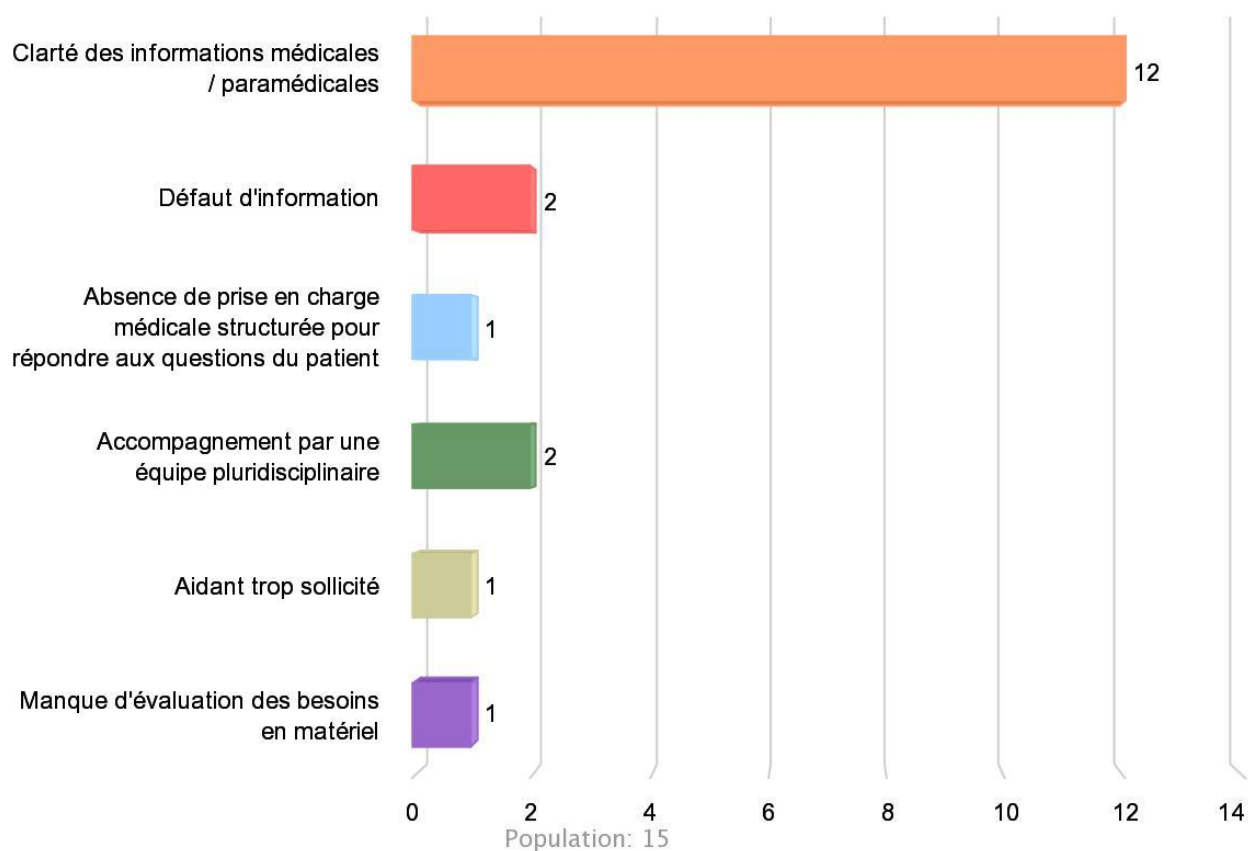


Figure 25. Information reçue en HAD

Douze patients déclarent avoir reçu une information claire lors de leur séjour HAD. Deux patients ont ressenti un manque d'information médicale.

Un patient rapporte un manque de suivi médical et un manque de coordination pour pouvoir répondre à ses attentes.

- 4.7. Vous êtes-vous senti en sécurité lors de votre prise en charge en HAD ?

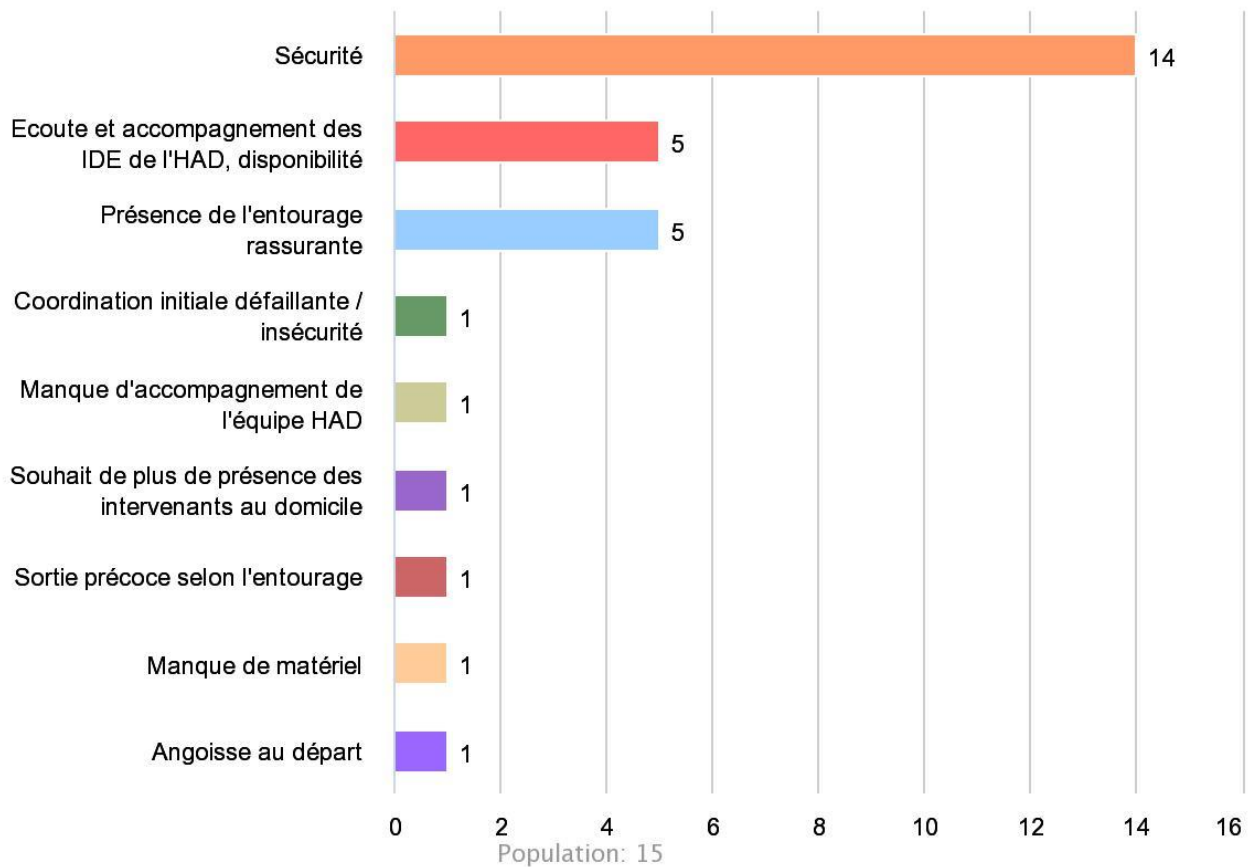


Figure 26. Sécurité perçue lors de l'hospitalisation à domicile

Quatorze patients déclarent s'être sentis en sécurité lors de leur prise en charge HAD. Cinq patients félicitent l'écoute et l'accompagnement de la part de l'IDE coordinatrice HAD. Cinq patients ont trouvé la présence de leur entourage au domicile rassurant. Par ailleurs, un patient indique une coordination initiale défailante : pas de transmission des numéros d'urgence HAD et retour aux urgences après problème technique de concentrateur d'oxygène. Un patient note un manque d'accompagnement par l'équipe HAD et un patient aurait souhaité plus d'interventions au domicile, notamment IDEL. Enfin, l'épouse d'un patient indique une sortie trop précoce selon elle et non sécurisée.

- 4.8. *Que pensez-vous de la manière dont votre sortie d'HAD a été organisée ?*

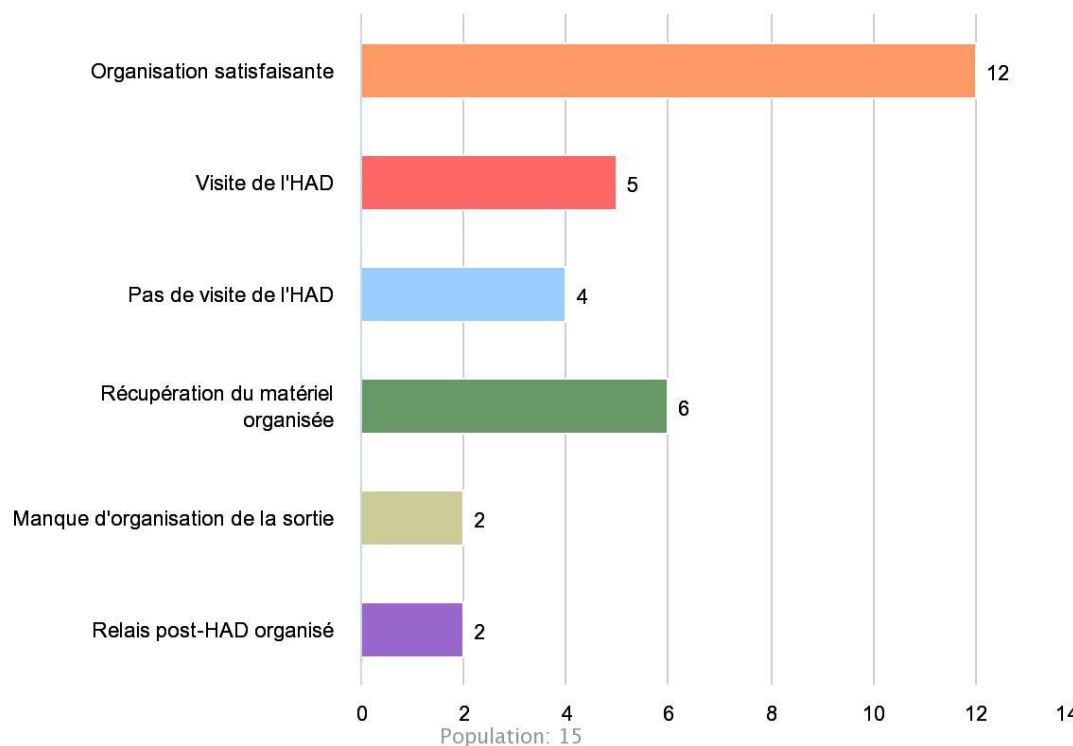


Figure 27. Organisation de la sortie d'HAD

Douze patients rapportent une organisation satisfaisante de leur sortie d'hospitalisation à domicile. Cinq patients déclarent une visite de sortie d'HAD avec passage de l'IDE coordinatrice +/- du médecin HAD. Quatre patients déclarent ne pas avoir reçu de visite HAD en fin de prise en charge. Deux patients rapportent un manque d'organisation de la sortie. Par ailleurs, 2 patients rapportent une organisation du suivi post-HAD en amont de la sortie, et 6 patients évoquent une récupération du matériel par le prestataire organisée et coordonnée par l'HAD.

- 4.9. *Que pensez-vous de l'information reçue et de l'organisation concernant votre suivi médical après votre sortie d'HAD ?*

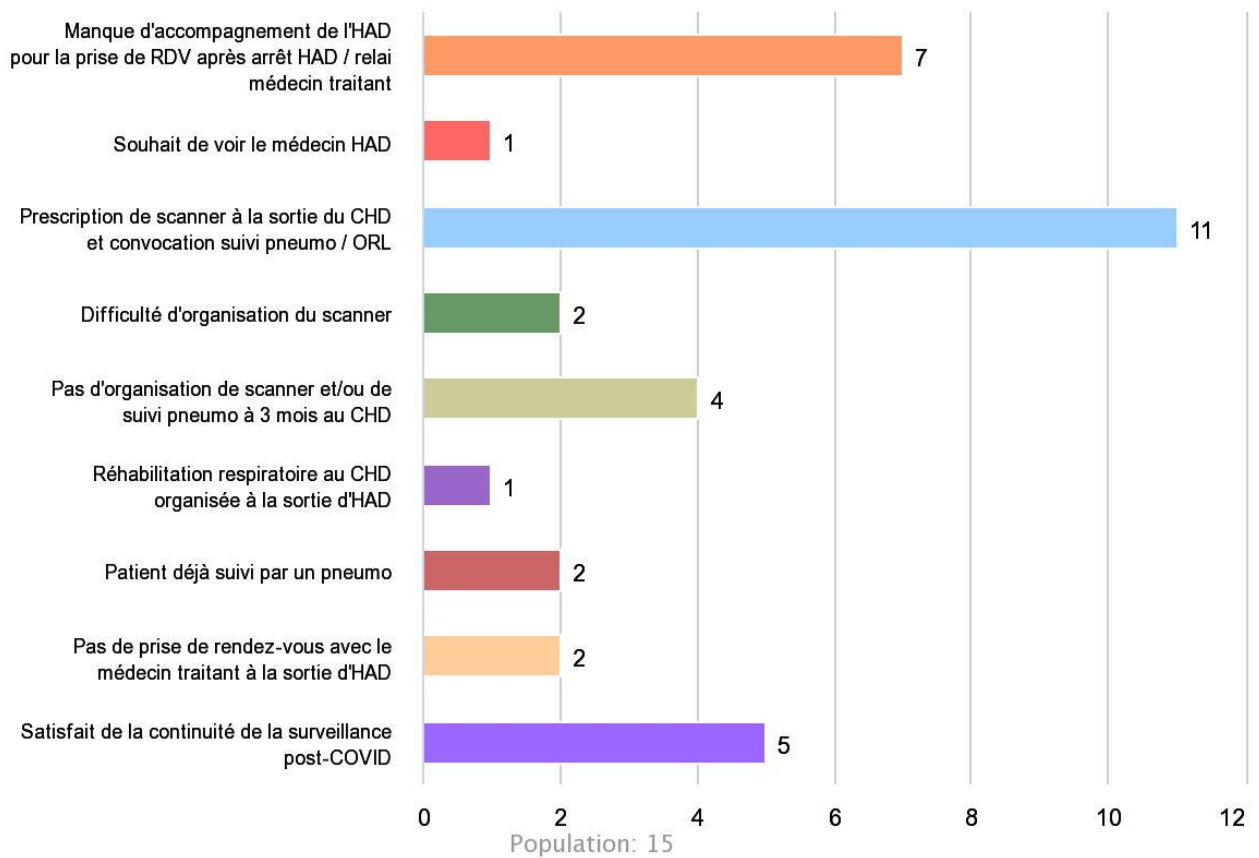


Figure 28. Information et suivi médical post-HAD

Onze patients ont bien été convoqués après leur sortie d'HAD en HDJ de pneumologie pour TDM thoracique/EFR et consultation pneumologique. Deux patients rapportent cependant des difficultés d'organisation de la TDM thoracique. Quatre patients déclarent finalement ne pas avoir été convoqués en HDJ de pneumologie.

Pour le suivi en post-hospitalisation, 5 patients déclarent être satisfaits de la prise en charge, 7 patients rapportent un manque d'accompagnement de l'HAD pour la prise de rendez-vous en post-hospitalisation et un manque de relai auprès du médecin traitant.

Deux patients ont consulté leur pneumologue habituel. Un patient a intégré un programme de réhabilitation respiratoire au CHD Vendée à la sortie d'HAD.

- 4.10. *Quel est votre ressenti concernant l'hospitalisation en HAD vis-à-vis de la poursuite d'une hospitalisation traditionnelle ?*

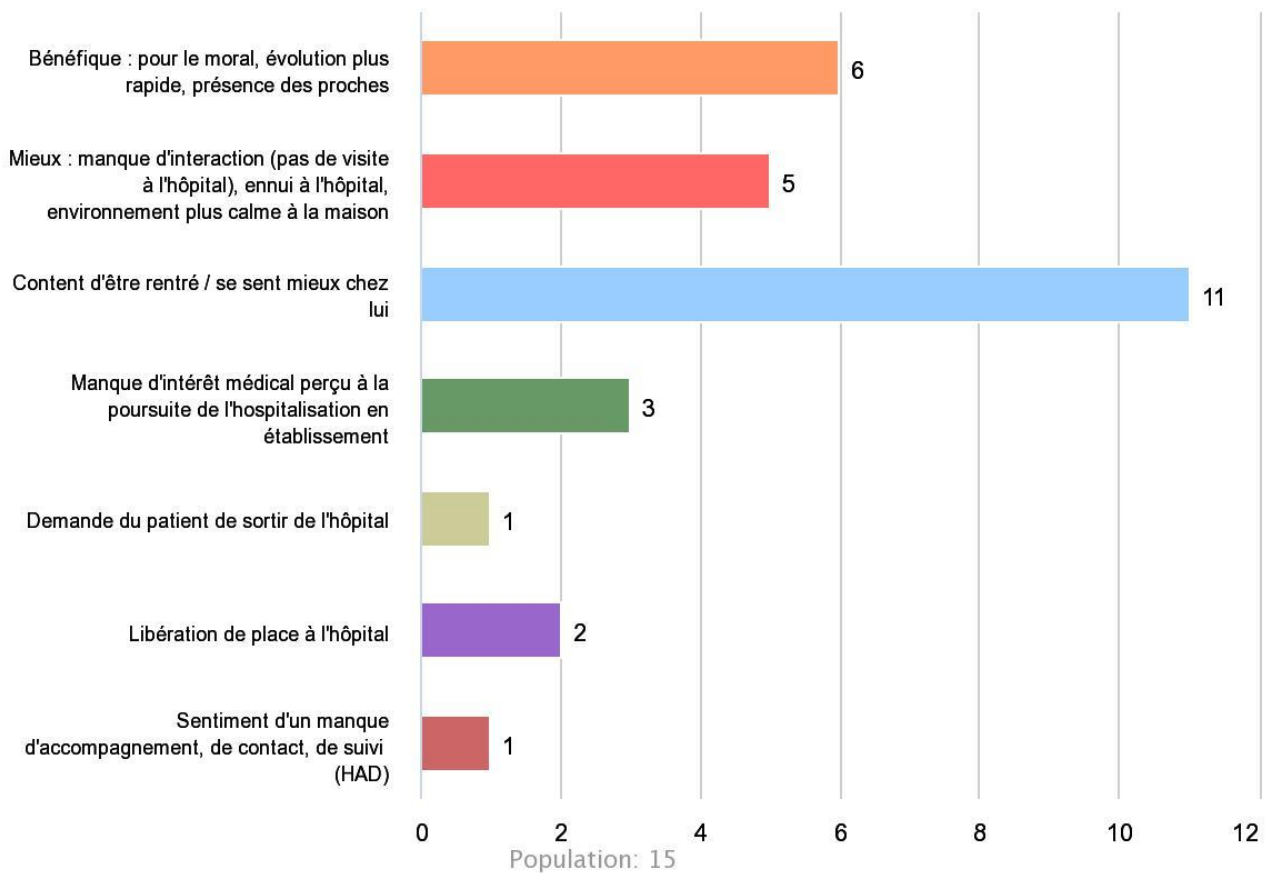


Figure 29. Evaluation de la prise en charge en HAD vis-à-vis de l'hospitalisation traditionnelle

Onze patients déclarent avoir été heureux de rentrer chez eux, se sentir mieux lors de la prise en charge au domicile. Six patients rapportent un effet bénéfique sur leur moral, sur la rapidité d'évolution notamment en termes de reprise d'autonomie. Cinq patients rapportent un ennui en hospitalisation traditionnelle.

Par ailleurs, 3 patients ne voyaient pas d'intérêt médical à la poursuite d'hospitalisation traditionnelle vis-à-vis de l'HAD. Enfin 2 patients citent la nécessité de libérer des places en établissement hospitalier.

DISCUSSION

1. Principaux résultats de l'étude et comparaison à la littérature.

La revue de la littérature n'a pas permis d'identifier une étude qualitative d'expérience patient avec un protocole semblable à celui étudié dans notre étude.

Cependant deux études analysant des protocoles partagés entre structure hospitalière et structure HAD permettent une comparaison avec nos résultats.

- *1.1. Entrée en hospitalisation.*

Les résultats d'expérience patient suggèrent une compréhension correcte des raisons de l'hospitalisation en réanimation par le patient, les motifs principaux étant la dyspnée ou l'asthénie au premier plan. Cependant l'intervention d'un tiers, soit un proche du patient ou un professionnel de santé apparaît cruciale dans l'évaluation de la gravité de la situation pour 60% des patients, le rôle des praticiens en soins primaires semble donc primordial. Le retard diagnostique déploré par 2 patients est lié à la mise en défaut de l'évaluation initiale, dans un cas lors de l'évaluation de premier recours, et dans l'autre dans un service d'urgence. L'efficacité perçue de la chaîne de soins initiale est rapportée par 46% des patients, notamment sur la durée de prise en charge très courte aux urgences avant transfert en Réanimation/ USC, témoignant d'une bonne efficacité de la chaîne de soins en amont de l'hospitalisation en Réanimation. (figure 9)

- *1.2. Information et écoute du patient*

L'étude de l'expérience patient souligne la qualité globale de la transmission d'information dans le service de Réanimation/USC et en MPU, avec un rôle partagé par l'équipe médicale et paramédicale (figures 10 et 14). De plus, la transmission d'information aux proches du patient, notamment lorsque celui-ci n'est pas en état de recevoir cette information semble qualitative selon cette étude (figure 10). De même la qualité de la transmission d'information est rapportée par 80% des patients lors de l'hospitalisation à domicile (figure 25).

Cette étude souligne également la qualité d'écoute et la disponibilité du personnel du service de Réanimation/USC et du service de MPU, y compris pour les proches des patients. Certains patients signalent une "maltraitance perçue" lors des soins de la part d'un membre du personnel soignant. Ce sentiment de maltraitance rapporté semble être dû à un défaut de prise en compte de la douleur perçue par le patient lors des soins, malgré le fait que le patient se soit exprimé sur le sujet. (figures 12,16)

- *1.3. Participation aux décisions concernant les soins*

Les résultats suggèrent que les patients ont été associés aux décisions concernant leurs soins de façon adaptée en Réanimation/USC (figure 11). En effet 45% des patients ont pu donner leur accord à une potentielle intubation oro-trachéale en cas de dégradation de leur état respiratoire. Ces résultats sont probablement sous-estimés, en effet il apparaît que la

discussion sur une potentielle intubation oro-trachéale est initiée en début d'hospitalisation le plus couramment, or lors de cette étude les patients souligneront le fait que leur mémoire en phase aigüe était altérée. De même les patients en état de détresse respiratoire majeure ayant fait l'objet d'intubation orotrachéale à l'entrée en réanimation n'ont pas pu s'exprimer sur le sujet.

Dans le service de MPU, la participation des patients aux décisions concernant leurs soins apparaît également adaptée. Les enjeux étant différents qu'en réanimation, les principaux motifs de participation concernent la sortie d'hospitalisation et son organisation (46%), ainsi que l'accord à la poursuite des soins en HAD (40%). (figure 15)

- *1.4. Sécurité des soins*

La sécurité perçue lors du parcours de soins est un élément fort de notre étude, et est présente lors de toutes les étapes du parcours de soins. En effet, 1/3 des patients évoqueront spontanément un sentiment de sécurité lors de l'hospitalisation en réanimation, qu'ils attribueront à la compétence du personnel les prenant en charge (figures 10,12). Ce sentiment n'est pas rapporté spontanément lors de l'hospitalisation en MPU, nous pouvons évoquer le fait que le service de MPU n'était pas un service "expert" en sevrage en oxygène avant la pandémie de Covid-19. Cependant la quasi-totalité des patients rapporte se sentir en sécurité à la sortie d'hospitalisation pour transfert en HAD. Ce sentiment est renforcé par la joie et la volonté d'un retour au domicile avec une hospitalisation perçue comme longue lors de nos interviews. Certains proches rapporteront tout de même avoir ressenti une certaine crainte au retour au domicile. En effet, quelques patients nous rapporteront a posteriori avoir demandé une sortie précipitée d'hospitalisation, qui n'était pas en adéquation avec leurs capacités physiques à la sortie, due à une véritable lassitude de l'isolement en chambre et de la durée d'hospitalisation perçue. De plus, en hospitalisation le patient évalue son autonomie dans sa chambre d'hôpital avec l'accès à des soignants possible à tout moment si besoin, et la prise en compte de l'aide reçue peut être sous-estimée par celui-ci. Dans ces quelques cas, les proches du patient n'avaient pas été associés à la décision de sortie d'hospitalisation. (figure 19)

Lors de la prise en charge en HAD, la sécurité perçue est dominante chez les patients, renforcée par la présence des IDEL ou IDE HAD ainsi que par la présence des proches au domicile. Cependant les quelques proches des patients ayant ressenti une insécurité lors de la sortie de MPU rapporteront soit un manque d'intervention de personnel paramédical ou d'aides au domicile, soit avoir été conforté dans leur sentiment de sortie trop précoce d'hospitalisation devant le manque d'autonomie du patient. (figure 26)

Après étude des dossiers patients, aucune ré-hospitalisation n'a eu lieu ce qui conforte la sécurité du patient lors de la prise en charge en HAD.

L'étude du programme Vaudois en 1999 sur les protocoles partagés entre entité hospitalière et HAD concorde avec nos résultats. En effet 98% des patients rapportent s'être sentis en sécurité lors de leur pris en charge. Par ailleurs, 97% des proches se sentent en sécurité. On note que 75% des proches sont contactés préalablement à la sortie d'hospitalisation, certains proches non contactés rapporteront des lacunes dans l'évaluation des besoins au domicile, "un sentiment de précipitation et de mise sur le fait accompli". (25)

- *1.5. Transition hôpital - HAD*

La transition hôpital - HAD est un point suscitant un intérêt majeur, de par son importance dans le parcours de soins. Celle-ci nécessite une coordination entre l'entité hospitalière et l'HAD afin d'évaluer les besoins du patient au domicile et de permettre un sevrage en oxygène au domicile en toute sécurité. Elle souligne le rôle crucial des kinésithérapeutes formés aux tests de lever de chaise dans l'éducation des patients au protocole avant la sortie d'hospitalisation. Le rôle des IDE HAD de liaison est lui aussi essentiel dans l'explication de la structure HAD et de son fonctionnement.

Notre étude met en évidence une qualité globale de cette transition. Cependant certains points semblent être dotés de perspective d'amélioration.

Certains patients déclarent ne pas avoir reçu de formation au test d'effort avant la sortie d'hospitalisation, ce point apparaît être un enjeu majeur d'évolution afin de sécuriser la filière.

De même, il semble qu'un perfectionnement est possible en ce qui concerne l'évaluation des besoins des patients en aides humaines ou en matériel au domicile (figure 17,18). Malgré tout, le fait que la quasi-totalité des patients rapporte s'être sentis en sécurité lors de l'entrée en HAD pondère nos propos (figure 19). L'étude Vaudoise rapporte également que le lien entre l'équipe de coordination et l'entourage s'est révélé en général faible à la sortie d'hospitalisation. Des explications complètes relatives aux modalités de l'HAD ne sont fournies aux proches avant le transfert que dans 30% des cas (25). Ces études soulignent la nécessité d'améliorer les contacts avec l'entourage du patient, en prenant en compte le fait que l'hospitalisation à domicile repose en partie sur l'aide apportée par les proches.

- *1.6. Protocole de sevrage en oxygène et suivi en HAD*

Notre étude suggère que les enjeux de la prise en charge en hospitalisation à domicile sont globalement compris (figure 20). Les consignes d'utilisation de l'oxygène au domicile sont acquises (figure 21). Le protocole de test d'effort est respecté par les patients même si 45% n'ont pas intégré l'objectif réel de ces tests de lever de chaise, témoignant d'une probable limite dans les explications données en amont de l'HAD ainsi qu'à l'entrée en HAD (figure 22). La compréhension approfondie du protocole nécessitant néanmoins des connaissances médicales, nos propos peuvent être nuancés. Il est en effet possible que l'information ait été donnée mais nécessite une "vulgarisation" afin d'être plus explicite. La fréquence des contacts avec l'IDE HAD semble adaptée selon les patients, certains d'entre eux rapportent un suivi trop fréquent ou une désorganisation des contacts avec l'HAD (figure 23). L'adaptation des contacts de l'HAD aux besoins et souhaits du patient est cependant évaluée par le médecin et l'IDE coordinatrice HAD à l'entrée du patient, nous pouvons donc suggérer que l'adaptation du protocole est limitée par l'exigence de la sécurité du patient sur le plan médical. La désorganisation des contacts avec l'HAD pourrait faire l'objet d'une étude de cause, cette étude ne nous permettant pas de conclure sur ce point.

La figure 24 nous montre que peu de patients ont eu contact avec le médecin HAD ou le médecin traitant lors de leur hospitalisation. Un tiers des patients rapportent un suivi médical adapté et n'a pas ressenti le besoin d'une consultation médicale. Cependant, 20% des patients ont tout de même ressenti un manque de suivi médical. Ces résultats soulignent avant tout le rôle de "back office" du praticien de l'HAD, l'application du protocole étant réalisée

par les IDE coordinatrices de l'HAD. La prise en charge médicale est requise si le protocole échoue pour l'objectif du sevrage ou si des complications sont suspectées. On peut souligner que la perception des patients sur ce sujet diffère selon leur personnalité et le vécu de leur hospitalisation antérieure. Une attention particulière aux attentes du patient sur le suivi médical pourrait être envisagée, afin de faciliter et de coordonner une évaluation médicale si le patient en ressent le besoin.

Enfin, le sevrage en oxygène en hospitalisation à domicile vis-à-vis d'une hospitalisation traditionnelle est rapporté comme bénéfique par la totalité des patients. Notre étude suggère un bénéfice sur le moral renforcé par la présence des proches et le retour à un environnement connu et propice à la récupération. L'étude qualitative Vaudoise retrouve également "l'importance de rester chez soi, dans son milieu" (25). On peut aussi supposer un bénéfice rééducatif, le retour au domicile obligeant à une ré-autonomisation rapide (figure 29). Une étude de 2015 comparant la réhabilitation respiratoire en centre ou à domicile chez le patient BPCO conforte nos propos et retrouve des résultats identiques en termes de rééducation à l'effort mais met en évidence un gain supérieur sur la qualité de vie perçue par le patient. (26)

- *1.7. Sortie d'HAD et suivi post-hospitalisation*

La figure 27 suggère que l'organisation de la sortie d'HAD est satisfaisante, les patients rapportent lors des interviews une récupération du matériel coordonnée par l'HAD, une bonne compréhension des raisons de fin de prise en charge. Un tiers des patients seulement déclarent avoir eu une visite de l'IDE coordinatrice de l'HAD ou du médecin HAD à la sortie d'hospitalisation. Ce résultat pourrait expliquer en partie le sentiment de manque d'accompagnement pour le suivi médical post parcours de soins rapporté par 45% des patients. (figure 28)

Par ailleurs, 73% des patients ont été convoqués par en HDJ pneumologie, 4 patients ne le seront pas par manque de moyens médicaux du service. Les préconisations initiales de bilan systématique à 3-6 mois de la fin de prise en charge apparaissent a posteriori difficilement applicables dans ce contexte.

- *1.8. Eléments inhérents à la crise sanitaire*

Plusieurs éléments rapportés par les patients nous semblent inhérents au contexte de crise sanitaire. Certains patients ont ressenti le fait que leur prise en charge soit impactée par leur statut de non-vacciné. D'autres ont relevé que leur statut de non-vaccinés n'a jamais eu de conséquence sur leur prise en charge ni fait l'objet de quelconque jugement (figures 12,14,16). Le statut vaccinal avait alors une dimension personnelle, médicale, sociale mais aussi politique. Il apparaît possible que dans ce contexte le statut vaccinal ait pu influencer la prise en charge de certains patients. Nous pondérons nos propos par le fait que ce ressenti est très limité dans la population étudiée.

Par ailleurs, lors de l'hospitalisation en MPU, il apparaît un vécu difficile de l'isolement en chambre pour un quart des patients. Ce sentiment est vécu comme une incohérence vis-à-vis de l'hospitalisation en réanimation où les visites sont autorisées, au vu du caractère sévère de l'infection à SARS-COV2 et du risque vital potentiellement engagé. En effet, les consignes

d'isolement étaient plus strictes en service de médecine afin de limiter le risque d'infections nosocomiales pour les patients du service. Lors de nos entretiens, il est apparu un manque de clarté sur les enjeux sanitaires de ces restrictions, les patients nous ont rapporté que leur vécu de cet isolement aurait probablement été différent si l'information avait été plus explicite (figure 16). Une méta-analyse de 2020 sur l'analyse des conséquences de l'isolement en chambre lors de pathologies infectieuses, démontre des aspects négatifs sur le plan psychologique pour les patients, notamment une recrudescence du risque de dépression et d'anxiété. (27)

Enfin, la tension hospitalière est un élément également perçu par les patients lors du parcours de soins. Le manque d'effectif et de temps du personnel paramédical, le manque de lits hospitaliers est mentionné à plusieurs reprises. L'utilité de l'HAD dans ce contexte afin de libérer des lits d'hospitalisation traditionnelle est mentionnée par plusieurs patients, sans connotation négative cependant (figures 16,17,20,23). La limitation du temps passé par le personnel paramédical auprès du patient, secondaire aux contraintes d'utilisation des équipements de protection individuelle des professionnels de santé lors de la pandémie à SARS-COV2 est également perçue (figure 10).

2. Forces et limites de l'étude

- *2.1 Les Forces*

2.1.1 Originalité du sujet

Très peu d'études sont disponibles concernant l'évaluation de la qualité d'un protocole de soin partagé entre une entité hospitalière traditionnelle et une structure d'hospitalisation à domicile. De plus, l'étude de la qualité des soins est majoritairement construite sur des questionnaires fermés de "satisfaction patient" mais peu d'études qualitatives d'"expérience patients" sont disponibles dans la littérature.

2.1.2 Méthode de recueil des données

Le recueil de toutes les données lors de cette analyse a été réalisé par la doctorante ainsi qu'une IDE de l'HAD, permettant ainsi une uniformisation dans la manière de mener les entretiens patients. Nous avons tenu à la réalisation d'entretiens ouverts, comme préconisé pour les travaux inspirés de la phénoménologie interprétative, méthode de recherche louée pour l'exploration d'une expérience de vie.

2.1.3. Analyse des données

L'une des forces de cette étude est l'analyse par triangulation avec trois qualitatifs experts en qualité de soins, renforçant la validité interne de cette étude.

2.1.4 Durée de l'étude

L'étude se déroule sur une période d'un an de mai 2021 à mai 2022. Il apparaît important dans le contexte de crise sanitaire où l'évolution des connaissances sur le COVID-19 a été rapide et la tension hospitalière fluctuante d'avoir un recueil étendu de l'expérience patient sur plusieurs mois.

- *2.2 Les Limites*

2.2.1 Biais de mesure

Il apparaît que certaines questions du guide d'entretien étaient proches en sens, notamment les questions concernant l'information et l'organisation lors de la sortie de MPU vers l'HAD. Certaines données se croisaient et sont donc dispersées dans l'analyse pouvant entraîner un biais de mesure.

Par ailleurs, l'inégalité des temps d'entretien patient a pu créer un biais de mesure.

2.2.2 Biais de mémoire

L'aspect déclaratif et rétrospectif de cette étude a pu être impacté par un biais de mémoire. En effet, les entretiens patients ont eu lieu de février à mai 2023 pour des dates d'hospitalisation de mai 2021 à mai 2022, soit majoritairement plus d'un an après la prise en charge des patients.

2.2.3 Statut des enquêteurs

Les entretiens patients ont été menés par une IDE de l'HAD et la doctorante, qui a exercé dans le service de MPU-Infectiologie durant son internat de novembre 2021 à mai 2022. Ces éléments ont pu influencer la manière de mener l'entretien et créer un biais d'intervention. La connaissance du statut des enquêteurs par le patient a pu entraîner un biais déclaratif.

3. Perspectives

- 3.1. *Pour la filière de soins*

Renforcer le protocole d'éducation thérapeutique en amont de la sortie de patient. Une étude de 2020 rappelle l'importance de l'éducation thérapeutique en amont de la sortie d'hospitalisation afin de rendre "efficace et opérationnelle la transition hôpital-domicile". Cela est mis en pratique par un temps d'éducation "intensif et exclusif" immédiatement avant la sortie du patient assuré par des soignants formés (28). Les kinésithérapeutes du service apparaissent comme les principaux acteurs de l'éducation au protocole dans notre étude, un engagement plus important des équipes médicales et infirmières du service dans l'explication de la pathologie et du protocole de sevrage pourrait renforcer la compréhension des enjeux par le patient et sécuriser davantage la filière. Il apparaît nécessaire que la totalité des patients soient formés au test de lever de chaise avant leur sortie en HAD.

La **mise en place de carnet d'éducation thérapeutique** expliquant la pathologie du patient, le protocole de soins et les enjeux de sa prise en charge pourrait également être un levier et permettre une meilleure information et compréhension du protocole de sevrage en oxygène par le patient.

Une meilleure collaboration entre le CHD et l'HAD dans l'**évaluation des besoins au domicile du patient** avant la sortie semble importante selon cette étude. Notamment en incluant de manière systématique le personnel paramédical hospitalier aux décisions lors de l'évaluation des besoins au domicile par l'IDE de liaison de l'HAD, afin de permettre une meilleure évaluation de l'autonomie du patient. Un lien systématique avec les proches du patient semble également indispensable afin d'évaluer la topographie du logement et la capacité d'aide des proches.

La réorganisation de l'évaluation du patient en aval du parcours de soins. Il apparaît lors de cette étude que la réévaluation systématique du patient par le service de pneumologie n'est pas applicable par manque de capacité médicale dans le service. Etablir une liste de critères précis devant amener à une consultation pneumologique et à la réalisation d'examen complémentaire pourrait permettre de cibler les patients selon leur symptomatologie. Ces critères pourraient être diffusés auprès des médecins de l'HAD et surtout du médecin traitant du patient. Néanmoins une étude de janvier 2022 étudiant les séquelles physiques et psychologiques à 6 mois des patients Covid-19 intubés, ventilés et réhabilités montre un retour à la normale des paramètres physiques (notamment EFR) chez la quasi-totalité des patients, il persiste néanmoins une dyspnée d'effort chez 72% d'entre-eux (29). Un autre article de 2022 conseille un examen clinique et un bilan minimal lors de symptômes respiratoires persistants à distance de l'infection à SARS-COV2, afin de dépister une maladie pneumologique révélée par l'infection à Covid-19 ou une potentielle séquelle (30). Dans cette étude, un médecin HAD pneumologue, exerçant au CHD à temps partiel et réalisant des tests d'effort au CHD, pouvait organiser des explorations pour les patients dont l'évolution n'était pas favorable (sevrage en O2 lent ou évènement intercurrent).

Améliorer l'inclusion du médecin traitant au parcours de soins. Cette étude montre que 45% des patients ont eu contact avec leur médecin traitant lors de leur parcours de soins. Une meilleure coordination des informations avec le médecin traitant apparaît primordiale, tant pour le patient afin de faciliter et renforcer son suivi en aval de sa sortie d'hospitalisation à domicile, que pour le médecin traitant. La diffusion des protocoles de soins auprès des médecins traitants permettrait une meilleure compréhension des enjeux par ceux-ci et un meilleur suivi du patient pendant et après son hospitalisation en HAD.

Une **visite systématique de l'IDE HAD ou bien du médecin HAD** à la sortie de l'hospitalisation à domicile permettrait d'expliquer les consignes de consultation et de suivi à prévoir par le patient, et ainsi de renforcer le sentiment d'accompagnement post-parcours de soins.

- *3.2. Pour l'offre de soins*

La rédaction de protocole partagé entre une entité hospitalière et l'HAD permet d'améliorer la qualité et la sécurité des soins en **harmonisant les pratiques et en favorisant la coordination et la transmission d'information interprofessionnelle**, comme le démontre l'étude du protocole partagé entre les services d'urologie de l'AP-HP et l'HAD. (31)

De plus, l'étude des programmes de soins partagés entre les entités hospitalière et l'HAD de Vaud en Suisse (25) rapporte des protocoles pour de **nombreuses pathologies** : insuffisance cardiaque, infection broncho-pulmonaire, thrombose veineuse profonde, lombosciatalgie, prise en charge oncologique. Il apparaît un bénéfice à la prise en charge de ces pathologies à la phase subaiguë ou à la phase de rééducation, tant sur la satisfaction des professionnels de santé que celle du patient. Ainsi, l'extension de protocoles partagés entre le CHD Vendée et l'HAD pourrait être un projet d'avenir afin de faciliter la prise en charge des patients au domicile lorsqu'ils le souhaitent, tout en garantissant la sécurité des soins. Les protocoles pourraient également être un levier permettant de **diminuer la tension hospitalière**. Deux travaux de thèse sont actuellement en cours entre le CHD et l'HAD afin de développer des protocoles communs dans les filières d'insuffisance cardiaque et de l'insuffisance rénale.

On peut supposer un bénéfice économique à la création de protocoles partagés, le coût moyen d'une journée d'hospitalisation en HAD étant moindre que celui d'une journée en hospitalisation traditionnelle. (32)

Enfin, une étude de 2017 retrouve que 3 français sur 4 seraient prêts à envisager une hospitalisation à domicile pour eux ou pour l'un de leur proches si leur état de santé le nécessitait. Ces résultats incitent donc au développement de filières de soins d'hospitalisation à domicile. (33)

CONCLUSION

L'analyse de l'expérience patient est une méthode d'évaluation de la qualité des soins. Notre étude montre une qualité globale du parcours de soins des patients ayant présenté une infection à SARS-COV2 sévère avec sevrage en oxygène en hospitalisation à domicile. La qualité de l'information du patient, la sécurité perçue, le bénéfice psychologique et physique au retour au domicile sont les éléments forts de cette étude.

La rédaction d'un protocole partagé de soins entre le CHD Vendée et l'HAD Vendée a permis d'accéder au souhait de sortie du patient, sans mettre en jeu sa sécurité, et sans perte de chance par rapport à la prolongation du séjour hospitalier. Le bénéfice secondaire est la diminution de la tension hospitalière en période de crise sanitaire. Il persiste néanmoins des perspectives d'amélioration, avec la nécessité d'une meilleure coordination lors de la transition Hôpital-HAD et de réorganisation de la filière en aval de la sortie du patient d'hospitalisation à domicile.

La création de protocoles partagés entre une entité hospitalière et une hospitalisation à domicile pourrait être un moyen de diminution de la tension hospitalière, tout en permettant d'améliorer la qualité et la sécurité des soins à la sortie d'hospitalisation du patient, en harmonisant les pratiques et en favorisant la coordination et la transmission d'informations entre professionnels de santé.


REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Organisation Mondiale de la Santé - COVID-19 – Chronologie de l’action de l’OMS [Internet]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19> ;
2. DRESS (Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques). Article - Les travaux de la DREES liés à la crise sanitaire du Covid-19. 25.01.2023. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/article/les-travaux-de-la-drees-lies-la-crise-sanitaire-du-covid-19> ;
3. DELTOUR, Q. (DREES/OSAM/LABSANTE). Parcours hospitaliers des patients atteints du Covid-19 lors des troisièmes et quatrièmes vagues épidémiques. 2021 ;
4. Santé Publique France. Covid-19- Point épidémiologique - Bulletin National N°97-98-99-00-101-102-103. 2021-2022. Disponible sur <https://www.santepubliquefrance.fr/recherche/#search=COVID%2019%20%20%20point%20epidemiologique&publications=donn%C3%A9es®ions=National&sort=date> ;
5. HAS (Haute Autorité de Santé). COVID-19 - Engagement des usagers dans les retours d’expériences - Avis n° 2/2020 du Conseil pour l’engagement des usagers. 16/07/2020 ;
6. DUBÉ-LINTEAU, A. Institut De La Statistique Du Québec. Mesure de l’expérience patient par enquête : des concepts aux bonnes pratiques. 11/2017 ;
7. Institut Français de l’Expérience Patient [Internet]. L’expérience patient. Disponible sur : <https://experiencepatie>. Disponible sur : <https://experiencepatient.fr/experience-patient> ;
8. Cong-Tri T. HAS (Haute Autorité de Santé) Qualité des soins perçue par le patient – Indicateurs PROMs et PREM. 01/07/2021 ;
9. DGOS. Ministère de la Santé et de la Prévention. L’hospitalisation à domicile. 2023. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had-10951/had> ;
10. Hospitalisation à domicile - Définition et présentation [Internet]. HAD FRANCE. Disponible sur : <https://www.hadfrance.fr/hospitalisation-a-domicile> ;
11. HAS (Haute Autorité de Santé) - Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Prise en charge des patients COVID-19, sans indication d’hospitalisation, isolés et surveillés à domicile. Avril 2020 ;
12. Ministère des Solidarités et de la Santé. Annexe 2 Prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD). 05/2020. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/prise-en-charge-had-covid-19.pdf> ;
13. LE GOASTER, L. HAS. Réponses rapides dans le cadre de la Covid-19 – Prise en charge à domicile des patients atteints de la Covid-19 et requérant une oxygénothérapie. 2020 ;

14. HAS (Haute Autorité de santé) - Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Prise en charge des patients post-COVID-19 en Médecine Physique et de Réadaptation (MPR), en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et retour à domicile, méthode de réponse rapide, 16 avril 2020
15. HAD Vendée - Hospitalisation à domicile - Notre aventure [Internet]. Disponible sur : <https://www.hadvendee.com/notre-aventure/#notre-histoire> ;
16. Présentation - CHD Vendée - GHT85 [Internet]. Disponible sur : <https://www.chd-vendee.fr/pr%C3%A9sentation> ;
17. Réanimation polyvalente - CHD Vendée - GHT85 [Internet]. Disponible sur : <https://www.chd-vendee.fr/r%C3%A9animation-polyvalente>
18. Médecine post-urgence (MPU) - Maladies infectieuses - CHD Vendée - GHT85 [Internet]. Disponible sur : <https://www.chd-vendee.fr/m%C3%A9decine-post-urgence-mpu-maladies-infectieuses> ;
19. Pneumologie - CHD Vendée - GHT85 [Internet]. Disponible sur : <https://www.chd-vendee.fr/pneumologie> ;
20. LE GOASTER, L. HAS. La dyspnée au cours des symptômes prolongés de la Covid-19. 2021;
21. Puhan MA, Siebeling L, Zoller M, Muggensturm P, Ter Riet G. Simple functional performance tests and mortality in COPD. Eur Respir J. octobre 2013 ;
22. HAS (Haute Autorité de Santé). Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Mesures et précautions essentielles pour le Masseur-Kinésithérapeute auprès des patients à domicile, méthode de réponse rapide, 16 avril 2020
23. HAS (Haute Autorité de Santé). Questionnaire d'expérience patient « Episodes de soins » (EDS). 01/07/2021 ;
24. HAS (Haute Autorité de Santé). Questionnaire e-Satis +48h MCO, 01/08/2022 ;
25. Brigie San fos-Eggimann, Anne Dubois, Nicole Chavaz, Jean- Yves Blanc, Laurence Peer, Ali Najda. EVALUATION DU PROGRAMME VAUDOIS D'HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD) - Rapport final de l'évaluation médicale. 1999 ;
26. Debeaumont D, Dupuis J, Viacroze C, Demangeon S, Muir JF, Tardif C. Comparaison de la réhabilitation respiratoire de patients atteints de BPCO en centre et à domicile. Revue des Maladies Respiratoires. 1 nov 2015;32(9):913-20 ;
27. Purssell E, Gould D, Chudleigh J. Impact of isolation on hospitalised patients who are infectious: systematic review with meta-analysis. BMJ Open. 1 févr 2020;10(2):e030371 ;
28. D'Ivernois JF, Gagnayre R, Morsa M. L'ETP précédant la sortie du patient, une nouvelle frontière pour l'ETP. Educ Ther Patient/Ther Patient Educ. 1 juin 2017;9(1):10001 ;

29. Al Chikhanie Y, Veale D, Vergès S, Hérengrt F. Suivi à 6 mois de patients post-COVID19 réanimés, intubés et réhabilités. *Revue des Maladies Respiratoires Actualités*. 1 janv 2022;14(1):181 ;
30. Basille D, Jounieaux V, Andrejak C. Perspectives post-COVID-19 : le point de vue des pneumologues. *Anesthésie & Réanimation*. 1 mai 2022;8(3):236-40 ;
31. Louise Bernardette Jeanne Chevalier, Odile Marquestaut, Bertrand Lukacs, Matthieu de Stampa. Impacts sur les pratiques professionnelles d'un protocole de soins mis en place entre l'hospitalisation avec hébergement et l'hospitalisation à domicile. 2015 ;
32. HAD Vendée - Hospitalisation à domicile – Comprendre-had [Internet]. Disponible sur : <https://www.hadvendee.com/comprendre-had> ;
33. FNEHAD (Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation à domicile) - L'hospitalisation à domicile Perceptions et niveau de connaissance du grand public et des professionnels de santé. 2017.

ANNEXES

	Surveillance et Prévention du Risque Infectieux	Référence	SPI PT 64
	SEVRAGE EN O2 D'UN PATIENT COVID	Page	1/2
		Version	B
		Création	25/11/20
		Validation Direction	11/05/21

1 – OBJET et BUTS	Ce protocole a pour objet de décrire les modalités de sevrage en O2 chez un patient COVID.
2 - DOMAINE D'APPLICATION	Ce protocole s'applique lors du sevrage en O2 d'un patient COVID.
3 – PERSONNES CONCERNEES	Ce protocole s'applique au kinésithérapeute, au médecin coordonnateur HAD et à l'IDEC HAD qui accompagnent le patient.
4 – DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE	
5 – DOCUMENTS ASSOCIES	SPI EN 64.00.01 Surveillance du sevrage en O2 d'un patient COVID SPI EN 64.00.02 Information au patient sur l'organisation du sevrage en O2 – test de lever de chaise SPI EN 64.00.03 Livret d'information aux professionnels pour la rééducation d'un patient COVID
6 – TERMINOLOGIE, ABREVIATIONS ET DÉFINITIONS	O2 = Oxygène

Le sevrage de l'O2 en continu sera réalisé en l'absence de désaturation au repos ($SpO_2 \geq 92\%$).
S'il existe une désaturation à l'effort (même borne de 92%), on réalisera le sevrage en évaluant le patient à l'effort.
Un test d'effort à réaliser biquotidiennement par le patient est prescrit par le médecin coordonnateur HAD référent COVID. Le patient est formé par un kinésithérapeute ou un médecin lors de la réalisation des premiers tests, dans le service hospitalier ou à domicile, dans le cadre de l'HAD.
Le patient réalisera ensuite ces tests seul, sous la surveillance (en visio ou en présentiel) de l'IDE coordinatrice HAD, et sous la responsabilité du médecin coordonnateur HAD.

A- Surveillances et conduite à tenir avant, pendant et après le test de lever de chaise :

1- 5 minutes avant le test :

- Si le patient est sevré en O2 au repos, **brancher l'O2**, avec un débit pour un objectif de saturation en oxygène : $SpO_2 \geq 95\%$.
- Si le patient est sous O2 au repos, **ajuster le débit** pour un objectif de saturation en oxygène : $SpO_2 \geq 95\%$.

2- Avant le test, au repos :

- Prendre la fréquence respiratoire, la Tension artérielle et la fréquence cardiaque :
Si FR ≥ 25 ou Si TA ≥ 18 ou TA ≤ 10 ou Si FC ≥ 110 ou FC ≤ 50
On ne fera pas de test ! Prévenir le médecin référent COVID.

3- Réaliser le test de lever de chaise : (voir p2.)


- Prendre la saturation en O2 et la fréquence cardiaque à **1 puis 2 puis 3 min.**
Si désaturation $\leq 85\%$ ou épuisement du patient = Arrêt du test ! Reprendre le test le lendemain au même débit d'oxygène et modifier la durée du test selon les recommandations (voir B2 verso du doc)
Si tachycardie ≥ 120 /min ou bradycardie ≤ 50 /min = Arrêt du test !
Prévenir le médecin coordonnateur référent COVID pour adapter la conduite à tenir et le traitement.

4- Évolution du débit en O2 suivant les progrès du patient

Si $SpO_2 \geq 92\%$ à chacune des mesures

- Diminuer l'O2 par palier d'1 l/min à chaque test jusqu'à 1 l/min, puis à 0.5 l/min, puis arrêter l'Oxygène.
Par exemple pour un débit initial de 4 l/min : voici les débits d'oxygène pendant chaque test d'effort :
O2 = 4 l/min...3 l/mn...2 l/mn... 1 l/mn... Puis, 0,5 l/ mn... 0 l/ mn... 0 l/min
(soit 2 contrôles en air ambiant à 24 h d'intervalle).

Annexe 1 : protocole de sevrage en O2

	Surveillance et Prévention du Risque Infectieux	Référence	SPI PT 64
	SEVRAGE EN O2 D'UN PATIENT COVID	Page	2/2
		Version	B
		Création	25/11/20
		Validation Direction	11/05/21

5- À la fin du test :

- Remettre le patient sous le débit d'O2 initial avant le test ou l'arrêter si le patient était sevré au repos avant.
- L'augmentation du débit d'oxygène de repos ne sera indiquée que sur la base de la SpO2 de repos (à valider par le médecin).

Le sevrage en Oxygène est acté si toutes les mesures de Sp O2 en air ambiant sont $\geq 92\%$, au repos, à 1,2 et 3 min, 2 jours consécutifs.

B-Modification possible de la durée du test de lever de chaise

- **Exceptionnellement, pour un patient jeune ou sportif**, réalisant sans souci et sans effet sur les paramètres physiologiques (FC, SpO2) le test d'une minute, le test de lever de chaise peut être prolongé à 1 mn, 2 et 3 mn.
- **A la suite de l'Arrêt du test si désaturation $\leq 85\%$ ou épuisement du patient.**
Dans ce cas le test du lendemain sera réalisé avec le nombre de levers observé lors de l'arrêt, et non sur une minute.
Si le patient s'interrompt pour fatigue ou épuisement, on compte le nombre de levers de chaise réalisé et on réalise les tests de lever de chaise ultérieurs en ciblant le nombre effectué, sauf si la tolérance clinique au moment où ce nombre est atteint permet de poursuivre le test pour atteindre une minute.
- **Si le patient s'améliore cliniquement** (fatigue et dyspnée et baisse de l'O2) on lui demandera de réaliser sous le même débit d'oxygène 2 ou 3 exercices de lever de chaise identiques à visée de rééducation

C-Réalisation du test de lever de chaise :

- Prévoir un chronomètre.
- Prévoir une chaise standard, sans accoudoir.
- Positionner la chaise contre un mur pour la stabiliser.
- Faire asseoir le patient au milieu de l'assise, sans toucher le dossier de la chaise.
- Lui demander de garder les mains sur ses hanches ou croisées sur la poitrine, ses bras ne doivent pas l'aider dans l'exercice.
- Lui demander de garder les pieds bien appuyés et toujours en contact avec le sol.
- Faire un essai de lever de chaise avant le test pour familiariser le patient à la méthode.
- Au départ du chronomètre, au « GO » du kinésithérapeute ou de l'infirmier, compter le nombre de levers de chaise en 1 mn, sans désaturation ni épuisement (saturomètre au bout du doigt).

Rédaction et validation				
	NOM	FONCTION	DATE	SIGNATURE
Rédaction	F BONTEMPS	Médecin coordonnateur	25/11/20	Signé
Vérification	M BENETEAU	Cadre de santé		
Validation	F BONTEMPS	Médecin coordonnateur	11/05/21	Signé
	M BENETEAU	Cadre de santé		
Modification				
N°	Date de création ou d'actualisation	Motif de la modification		
1	25/11/2020	Création du protocole.		
2	11/05/2021	Actualisation du protocole (paragraphe introductif suite remarque du CO kiné)		
3				

Annexe 1 : protocole de sevrage en O2

ANNEXE 2

Guide d'entretien :

Séjour en réanimation :

- 1/ Qu'avez-vous compris concernant la raison de votre hospitalisation en réanimation ?
- 2/ Que pensez-vous des informations reçues sur votre état de santé de la part du personnel médical et paramédical ?
- 3/ A quel moment avez-vous pu participer aux décisions concernant vos soins ?
- 4/ Que pensez-vous de l'écoute/du soutien reçu de la part du personnel hospitalier ?

Séjour en médecine

- 5/ Qu'avez-vous compris concernant la raison de votre transfert du service de réanimation vers un service de médecine ?
- 6/ Que pensez-vous des informations reçues sur votre état de santé de la part du personnel médical et paramédical ?
- 7/ A quel moment avez-vous pu participer aux décisions concernant vos soins ?
- 8/ Que pensez-vous de l'écoute/du soutien reçu de la part du personnel hospitalier ?
- 9/ Que pensez-vous de l'organisation de votre sortie d'hospitalisation ?
- 10/ Que pensez-vous de l'information reçue lors votre sortie d'hospitalisation ?
- 11/ Vous êtes-vous senti en sécurité lors de votre sortie d'hospitalisation ?

Séjour HAD

- 13/ Qu'avez-vous compris concernant la raison et l'objectif de votre prise en charge en HAD ?
- 14/ Qu'avez-vous compris des consignes d'utilisation de l'oxygène au domicile ?
- 15/ Qu'avez-vous compris concernant l'utilité et l'objectif du test d'effort ?
- 16/ Que pensez-vous du protocole de suivi téléphonique par le personnel HAD ?
- 17/ Que pensez-vous du contact avec le médecin HAD lors de votre séjour en HAD ?
- 18/ Que pensez-vous de l'information reçue sur votre état de santé lors de votre prise en charge HAD ?
- 19/ Vous êtes-vous senti en sécurité lors de votre prise en charge HAD ?
- 20/ Que pensez-vous de la manière dont votre sortie de l'HAD a été organisée ?
- 21/ Que pensez-vous de l'information reçue et de l'organisation concernant sur votre suivi médical après votre sortie d'HAD ?
- 22/ Quel est votre ressenti concernant l'hospitalisation en HAD vis-à-vis de la poursuite d'une hospitalisation traditionnelle ?

Vu, le Président du Jury,
Pr Jean-Pascal FOURNIER

Vu, le Directeur de Thèse,
Dr Frédéric BONTEMPS

Vu, le Doyen de la Faculté,

NOM : HUMEAU

PRENOM : Clarisse

Titre de Thèse : ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DU PARCOURS DE SOINS RÉANIMATION/MPU/HAD DES PATIENTS HOSPITALISÉS POUR UNE INFECTION À COVID-19 AVEC FORME RESPIRATOIRE GRAVE. ÉTUDE DE L'EXPÉRIENCE PATIENT.

RESUME

Introduction : Le rôle de l'hospitalisation à domicile a été important et défini rapidement par la HAS dans le contexte crise sanitaire et de tension hospitalière majeure secondaire à la pandémie d'infection à SARS-COV2. Le CHD Vendée et l'HAD Vendée ont rédigé un protocole conjoint de sevrage en oxygène au domicile. Ce protocole concerne les patients ayant présenté une infection à Covid-19 sévère. L'objectif de cette étude est d'analyser la qualité du parcours de soins des patients hospitalisés en Réanimation puis en MPU-Infectiologie et pris en charge en HAD pour poursuite du sevrage en oxygène. La mesure de la qualité des soins est réalisée via l'étude de l'expérience patient.

Méthode : Cette étude est une étude semi-qualitative. 15 entretiens patients semi-dirigés sont réalisés sur la base d'un guide d'entretien à questions ouvertes.

Résultats : La qualité de l'information du patient, la sécurité perçue lors du parcours de soins, et le bénéfice psychologique et physique au retour au domicile pour la poursuite du sevrage en oxygène sont les éléments forts de cette étude. Il existe néanmoins des perspectives d'amélioration, avec la nécessité d'une meilleure coordination lors de la transition Hôpital-HAD et de réorganisation de la filière en aval de la sortie du patient d'hospitalisation à domicile.

Discussion : La rédaction d'un protocole partagé de soins entre le CHD Vendée et l'HAD Vendée a permis d'accéder au souhait de sortie du patient, sans mettre en jeu sa sécurité, et sans perte de chance par rapport à la prolongation du séjour hospitalier. La création de protocoles partagés entre une entité hospitalière et l'HAD pourrait être un moyen de diminuer la tension hospitalière, tout en permettant d'améliorer la qualité et la sécurité des soins à la sortie d'hospitalisation du patient.

MOTS-CLES

Qualité des soins, expérience patient, protocole de soins partagé, hospitalisation à domicile, sevrage en oxygène.