

COMMENT SOIGNER UNE MALADIE GRAVE OU INSTABLE A LA MAISON ?

**UNE POSSIBILITE
POUR LE MEDECIN GENERALISTE :**

**L'HOSPITALISATION A DOMICILE
(HAD LE HAVRE – HOSPIDOMI)**

Qu'est ce que l'HAD ? ...

- **L'Hospitalisation à Domicile est une alternative à l'hospitalisation conventionnelle.**
- **Elle permet d'assurer au domicile du patient, des soins médicaux et para médicaux continus et coordonnés en associant le plus souvent médecin hospitalier, médecin traitant, et tous les professionnels para médicaux et sociaux, salariés et libéraux .**

... Qu'est ce que l'HAD ?

**Les structures d'HAD sont des
Etablissements de Santé,
au sens du code de la Santé Publique,
soumis aux mêmes obligations que les
Etablissements Hospitaliers publics et
privés avec hébergement**

L'HAD pour quels patients ?

- **L'HAD concerne des malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, souvent multiples, évolutives et / ou instables qui, en l'absence d'une telle structure, seraient hospitalisés en Etablissement de Santé conventionnel.**
- **Elle favorise les sorties précoces des hôpitaux et cliniques et évite certaines hospitalisations.**

L'HAD pour quelles pathologies ?

L'orientation en HAD ne se fait pas à priori en fonction de la pathologie mais plutôt au regard du projet thérapeutique, de la densité des soins à mettre en œuvre et du profil évolutif du patient.

Les pathologies principalement représentées sont

- La **Cancérologie**
- Les **pathologies neurologiques et musculaires**
- Les **suivis post opératoires complexes**
- Les **maladies infectieuses graves**
- Le **diabète** compliqué

En pratique, toutes les pathologies sont concernées sauf la psychiatrie, en tant que pathologie principale.

L'HAD pour quels soins ?

La plupart des PEC HAD comporte des soins associés:

- **nutrition artificielle, entérale ou parentérale**
- **Assistance respiratoire mécanisée**
- **Soins de nursing lourd, kinésithérapie...**

Ces soins mobilisent alors un ensemble de ressources humaines et techniques et s'adaptent à l'évolution de la maladie

D'autres soins peuvent justifier une HAD en tant que soins uniques, tels : Traitements par voie veineuse

- **Prise en charge de la douleur par voie injectable, avec utilisation de pompes programmables contrôlées par le patient et sécurisées.**

- **Pansements complexes**



Plaies traumatiques non suturables avec une perte de substance étendue et ou profonde, avec ou sans infection.



Exérèse chirurgicale avec perte de substance étendue et/ou profonde, avec ou sans infection.



Laparotomie



Les plaies du pied diabétique avec perte de substance étendue et/ou profonde.

Plaie avant bras



AVANT pose TPN



**Après
2 mois et 3 semaines de TPN**

ESCARRE Sacrée



AVANT pose TPN

**APRES
3 mois de TPN**



AMPUTATION PIED

01/11/2013



15/11/2013



En quoi l'offre de soins en HAD diffère-t-elle de l'offre de soins habituellement dispensée par les IDEL ?

- **La complexité des soins en terme de durée, de fréquence et de densité ainsi que la supervision par un cadre infirmier**
- **La continuité des soins 24h/24 et 7j/7 avec réévaluations systématiques, pluriquotidiennes si nécessaire et transmissions ciblées**
- **La mise en œuvre de traitements réservés à l'usage hospitalier et la disponibilité du matériel médical qui permet de répondre à des situations urgentes et peut représenter un soutien logistique pour le Médecin Généraliste**
- **La prise en charge multidisciplinaire avec staff hebdomadaire à la structure**
- **L'appui médical par le Médecin coordonnateur de l'HAD**

Comment se situe l'HAD par rapport aux autres structures de soins à domicile?

- **L' IDEL** : Elle intervient en amont, en aval ou elle collabore avec l'HAD (60% des patients restent au domicile à l'issue d'une HAD et pour la plupart bénéficient d'un relais IDEL ou SSIAD).
- **Le réseau de soins palliatifs RESEAU RESPECT** :
Il prend en charge l'évaluation, l'accompagnement du patient et de sa famille ainsi que le soutien et la formation des équipes soignantes. Il ne pratique pas d'acte de soins mais vient en appui des acteurs de terrain.
- **Les organismes prestataires de matériel** : Ils interviennent pour la fourniture de matériel nécessaire à la médicalisation du domicile, à la charge financière de l'HAD.

En pratique, l'HAD : Quand ?

- A la suite d'une hospitalisation
 - Après une consultation hospitalière ou libérale
 - Sur demande du Médecin Généraliste
 - Après un passage aux Urgences
- Dans tous les cas la prise en charge fait l'objet d'une prescription obligatoire par un Médecin hospitalier ou de ville.
- Cette prescription a une durée limitée dans le temps mais est ré-évaluable en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient

En pratique, l'HAD : COMMENT ?

- Sur appel téléphonique à un N° unique
- Le Médecin prescripteur réalise une présentation orale du dossier : diagnostic, projet thérapeutique et protocole de soins
- Puis une Evaluation est réalisée par l'Infirmière Cadre Coordinatrice
- Enfin le projet de soins est validé par le Médecin Coordonnateur

L'admission est subordonnée

- à la prescription médicale,
- à l'accord écrit du patient /ou de son représentant, à l'accord du Médecin traitant et
- à l'accord du responsable de l'établissement de l'HAD

Ce qui ne relève pas de l'HAD

- **Les patients qui relèvent uniquement de soins à l'acte** (IDEL)
- **Les patients atteints de pathologies stables et d'invalidité chronique qui relèvent uniquement de soins d'aide à la personne** - (SSIAD – associations d'aide aux personnes)
- **Les patients qui relèvent de soins permanents, humains et techniques ou dont la ou les pathologies ne sont pas diagnostiquées** - (hospitalisation avec hébergement)
- **Les patients dépendants isolés** (par absence ou refus de l'entourage – contre-indication relative)
- **Les patients dont l'habitat n'est pas adapté** (contre-indication relative)
- **Les patients dont le Médecin traitant refuse la PEC en HAD**
- **Les patients dont la pathologie principale est psychiatrique**

HAD : Rôle du Médecin traitant ?

- Le Médecin traitant **peut être prescripteur** de la PEC en HAD
- Il **peut également refuser cette PEC** à partir de sa connaissance particulière du dossier (patient,entourage, disponibilité ...)
- Le Médecin traitant **assure le suivi médical au domicile** en restant le principal prescripteur en relation avec les confrères hospitaliers et / ou le Médecin Coordonnateur si nécessaire.
- Il **programme la fréquence de ses réévaluations médicales** au domicile en fonction des besoins du patient et de l'entourage.
- Il **informe et accompagne le patient et sa famille** au cours de l'évolution de la maladie.
- Il **participe à la décision de fin de PEC** du patient en HAD (relais, réhospitalisation,...)
- Il **utilise l'HAD en tant que soutien logistique** de nature hospitalière

HAD : Rôle du Médecin Coordonnateur ?

- **Le Médecin Coordonnateur organise le fonctionnement médical du service d'HAD dans le respect des règles professionnelles et déontologiques en vigueur**
- **Il veille à l'adéquation et à la permanence des prestations fournies au patient ainsi qu'à la transmission des informations médicales nécessaires à la continuité des soins**
- **Il donne son avis au responsable de l'HAD avant toute admission ou décision de sortie d'un patient**
- **Il ne prescrit pas, ne soigne pas, ne se substitue pas au Médecin Traitant sauf en cas d'urgence, ou avec son accord, ou à sa demande ou dans le cadre de la continuité des soins.**

L'HAD au HAVRE

L'HAD du HAVRE s'inscrit dans le SROS

Personnel dédié à l'HAD	Personnel partagé avec HPE
1 Médecin Coordonnateur Dr Pierre HAMARD	1 Médecin DIM 1 Responsable Qualité et son équipe 1 Pharmacien et les préparatrices
2 Cadres IDE Coordinatrices Nathalie LARCHER Frédérique BAUDU	1 Onco-Psychologue 1 Psychologue
1 Secrétaire Assistante Nathalie GERNIGON	1 Assistante Sociale
1 Secrétaire Réceptionniste Sylvie CHAMILLARD	1 IDE Hygiéniste
9 Infirmières (1 IDE avec DU Douleur et 1 IDE en cours de DU Soins Palliatifs)	1 IDE Responsable Douleur
1 Aide-soignante Dany WEBER	1 IDE Stomathérapeute – Responsable pansements

Personnel intervenant par convention :

l'ensemble des collaborateurs libéraux

HAD : Organisation de la continuité des soins

- Un numéro de téléphone unique pour les patients et les médecins avec renvoi d'appel vers l'astreinte infirmière pour les heures non ouvrées
- Un dossier patient au domicile et informatique à la structure avec accès internet
- Des transmissions écrites à chaque soin
- Une astreinte infirmière 24h/24 - 7J/7 qui permet , sur appel du patient, une évaluation téléphonique puis clinique au domicile, suivies de transmissions à L'IDE Coordinatrice / Médecin traitant / coordonnateur ou régulateur si nécessaire
- Une astreinte cadre infirmier ou médecin coordonnateur également organisée 24h/24 7j/7
- La rédaction de prescriptions anticipées (établies au cours du staff hebdomadaire)
- La disponibilité de la pharmacie à usage interne
- Des conventions permettant la réhospitalisation dans l'établissement de référence du patient, de préférence, directement dans le service de provenance

Quelles prestations sont incluses dans le prix de journée ?

Toutes sauf les transports prescrits par l'établissement de santé et les honoraires des praticiens.

- Les prestations de soins des paramédicaux salariés ou libéraux (IDEL, psychologues, kiné, orthophonistes...)
- La totalité du coût des traitements médicamenteux et des consommables
- Les examens biologiques
- Les services procurés par les prestataires de matériel et les prestataires de gestion de déchets
- Les transports prescrits par le médecin traitant ou l'HAD

Combien coûte une HAD et qui finance?

- L'HAD est prise en charge par **l'assurance maladie et les mutuelles** dans les mêmes conditions qu'une hospitalisation classique.
- La facturation est conforme à la **tarification à l'activité** déterminée au niveau national
- **Le coût journalier** tient compte de la nature des soins prodigués, pondéré par l'état de dépendance du patient et **dégressif** selon la durée de la prise en charge.
- **En 2012 en FRANCE**
 - le coût moyen journalier est de 196.10€
 - Moins de 1% des dépenses d'hospitalisation
 - 0,4 % des dépenses d'assurance maladie.

QUELQUES CHIFFRES 2012 – HAD du HAVRE

- **Nb de patients pris en charge** : 191 - **soit 17,5 patients/j**
 - 61% (116) relèvent de polypathologie
 - 39% (75) de cancérologie
- **Moyenne d'âge: 54,8 ans**
 - - de 40 ans : 28,7% (55 patients)
 - De 40 à 60 ans : 28,1% (56 patients)
 - De 60 à 75 ans : 26,2% (50 patients)
 - + de 75 ans : 17% (32 patients)
- **60% des patients sont très dépendants**
- **Durée Moyenne de Séjour** : **34,17j** tous séjours confondus
- **Sortie au domicile avec ou sans relais IDEL ou SSIAD** : **60%** (115 patients)
- **Décès 30%** soit 58 patients dont **24 au domicile**
et 34 dans les 48 à 72h de la ré-hospitalisation

Les freins à l'utilisation de l'HAD

- ✓ **Mauvaise connaissance du mode de fonctionnement**
- ✓ **Rôle mal défini du Médecin traitant du patient, pris en charge en HAD**
- ✓ **Peur de perdre son rôle décisionnel de Médecin Généraliste**
- ✓ **Peur de ne pas être au niveau des compétences requises**
- ✓ **Activité chronophage et augmentation du nombre de visites**
- ✓ **Manque d'intérêt vis-à-vis de l'HAD, le Médecin ayant déjà son propre réseau paramédical local ou sentiment de participer à un détournement de patientèle vis-à-vis des infirmières libérales du patient**
- ✓ **Peur d'un surcoût pour la collectivité que représenterait l'HAD par rapport à une prise en charge IDE libérale**
- ✓ **Sensation que l'hôpital se décharge de ses responsabilités sur le Médecin généraliste**

Quelle aide peut apporter l'HAD au Médecin généraliste dans le suivi d'un malade en fin de vie au domicile ? (1)

1) Analgesie contrôlée par le patient (PCA)

- Indications
- La prescription et l'éducation du patient et de son entourage
- La surveillance
- Les réadaptations de posologie
- Les contre-indications

Quelle aide peut apporter l'HAD au Médecin généraliste dans le suivi d'un malade en fin de vie au domicile ? (2)

Relais morphine orale LP/ fentanyl transcutané

Le relais doit tenir compte de la forme galénique du traitement morphinique déjà en place, pour éviter les surdosages :

- En relais d'un morphinique oral LP : la PCA (débit continu et bolus) est mise en route 12h après la dernière prise orale.
- En relais du fentanyl transdermique :
 - Retrait du patch et utilisation de la PCA en mode bolus seul sans débit continu
 - 12h plus tard (h12) : instauration du débit continu à 2/3 de la dose équi-analgésique.
 - 12h plus tard (h24) : adaptation de la dose du débit continu en fonction des bolus reçus.

Quelle aide peut apporter l'HAD au Médecin généraliste dans le suivi d'un malade en fin de vie au domicile ? (3)

2) Mise à disposition du Midazolam administrable par PCA (Hypnovel - Versed)

- **Propriétés**
- **Indications**
- **Objectif** : anxiolyse complète ou partielle en fin de vie chez un patient complètement éveillé et orienté (niveau 1 - 2 sur l' échelle de vigilance)
- **Délivrance et utilisation**
- **Précautions**

Quelle aide peut apporter l'HAD au Médecin généraliste dans le suivi d'un malade en fin de vie au domicile ? (4)

MIDAZOLAM : Objectif anxiolyse (www.sfap.org) En perfusion Sous Cutanée ou Intra Veineuse continue (Seringue électrique) sur 24 heures

- Débuter par 0,1 mg/Kg/Jour (soit 6 mg/jour pour un patient de 60 kg)
- Puis augmenter si nécessaire par palier de 5 mg en 5 mg toutes les 12 heures jusqu'à l'obtention de l'effet recherché.

- Si anxiété seulement nocturne et/ou insomnie
 - Prescrire le midazolam (Hypnovel®) la nuit sur 10 à 12 heures en débutant à la dose de 0,05 mg/kg à 0,1mg/kg (soit 3 à 6mg pour un patient de 60 kg)
 - Enfin augmenter si nécessaire par palier de 5 mg en 5 mg toutes les 12 heures jusqu'à l'obtention de l'effet recherché

- Si traitement continu avec nécessité de majoration nocturne
 - Prescrire une dose de base en journée selon le principe décrit ci-dessus avec augmentation de 30 à 50% de la dose de journée pour la nuit

**MERCI DE VOTRE ATTENTION
ET
DE VOTRE COLLABORATION**

Notre téléphone actuel le 02 35 55 16 16

A partir du 4/02/2014 le 02 76 89 96 26