



MCO ET HAD :

mieux se connaître, mieux travailler ensemble, pour une meilleure continuité des parcours patients



MIEUX TRAVAILLER ENSEMBLE :
adapter les organisations
pour mieux structurer
les parcours patients



P. 1

CONTEXTE ET OBJECTIFS

P. 2

LA COLLABORATION

HAD-MCO :

FACTEUR D'AMÉLIORATION

DU PARCOURS PATIENT

P. 19

L'HAD COMME ACTEUR

ET SUJET DE RECHERCHE

CLINIQUE

P. 21

L'HAD DANS LA GESTION

D'UNE CRISE SANITAIRE :

L'OURAGAN IRMA

P. 24

EXEMPLES DE BONNES

PRATIQUES

1. CONTEXTE ET OBJECTIFS

Les établissements de santé avec hébergement sont aujourd'hui incités à réduire la durée de leurs séjours, à mieux anticiper la prise en charge de leurs patients en aval de leur hospitalisation et **à envisager la prise en charge à domicile dès que cela est possible.**

Cette incitation s'inscrit dans un contexte d'évolutions thérapeutiques et technologiques qui permettent aujourd'hui d'envisager une collaboration des établissements de santé avec hébergement avec les établissements d'hospitalisation à domicile sur des segments d'activité jusqu'alors peu développés.

La circulaire du 4 décembre 2013 incite d'ailleurs les « établissements de santé assurant l'hospitalisation avec hébergement, principaux prescripteurs de l'HAD, [à] intégrer l'HAD plus souvent, y compris sur de nouveaux segments d'activité, ou de façon plus précoce dans les parcours des patients. »

Il apparaît nécessaire d'inscrire encore davantage l'HAD au sein des filières de prise en charge, comme une étape du parcours de soins. Des partenariats intenses existent déjà entre certains services de court séjour et des établissements d'HAD afin d'intégrer les deux formes de prise en charge dans le parcours du patient.

LES OBJECTIFS

→ **FOURNIR** aux opérateurs des perspectives de coopération en s'appuyant sur des retours d'expériences de projets centrés sur le parcours patient et conjoints aux établissements MCO et HAD.

→ **ILLUSTRER** comment, dans le cadre d'une crise sanitaire, l'HAD peut constituer une ressource en matière de régulation, d'évaluation et d'orientation.

→ **PRÉSENTER** des travaux d'enseignement ou de recherche conjoints aux établissements MCO et HAD.

→ **ENCOURAGER** le développement de bonnes pratiques organisationnelles pour améliorer la connaissance réciproque des établissements et favoriser la coordination entre les équipes.

2. LA COLLABORATION HAD-MCO : FACTEUR D'AMÉLIORATION DU PARCOURS PATIENT



EXEMPLE N°1

**EXTERNALISATION ET
SÉCURISATION DE LA PRISE EN
CHARGE DES CHIMIOTHÉRAPIES
À DOMICILE POUR HÉMOPATHIES
MALIGNES**

CHU DE LIMOGES
ÉTABLISSEMENTS D'HAD DE L'EX-RÉGION LIMOUSIN

P. 3

EXEMPLE N°3

**SORTIE PRÉCOCE
DE CHIRURGIE
GYNÉCOLOGIQUE PAR
MOBILISATION DE L'HAD**

CH DE DAX
SANTÉ SERVICE DAX

P. 13

EXEMPLE N°2

**PRISE EN CHARGE EN HAD
DES PATIENTS EN
SUIVI DE POST-GREFFES
EN HÉMATOLOGIE**

SERVICE D'HÉMATOLOGIE
DU CHU DE MONTPELLIER
HAD DU CHU DE MONTPELLIER

P. 10

EXEMPLE N°1

EXTERNALISATION ET SÉCURISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES CHIMIOTHÉRAPIES À DOMICILE POUR HÉMOPATHIES MALIGNES

CHU DE LIMOGES – ÉTABLISSEMENTS D'HAD DE L'EX-RÉGION LIMOUSIN

POURQUOI ?

Les évolutions thérapeutiques permettent désormais d'administrer certaines chimiothérapies anticancéreuses injectables aux patients de manière simplifiée mais selon des cycles fréquents générant d'une part, une multiplication des séjours en hospitalisation de jour (HDJ) et une surcharge hospitalière, et d'autre part, de nombreux allers-retours pour des patients parfois éloignés du centre hospitalier, **générant une dégradation du confort de vie pour certains d'entre eux et des coûts de transport importants.**

Le réseau d'hématologie du Limousin, Hématolim, a développé le dispositif d'externalisation et de sécurisation de chimiothérapies injectables à domicile **pour les hémopathies malignes** (dit « Escadhem ») afin de permettre la **prise en charge de tous les patients** de l'ex-région Limousin, **éligibles, chez eux, dans des conditions de sécurité optimales** pour les patients et les soignants.

Un comité de pilotage, réunissant le CHU de Limoges et quatre établissements d'HAD du territoire, a ainsi rédigé et mis en place les **procédures nécessaires à l'uniformisation et à la sécurisation des pratiques sur l'ensemble de la région.**

POUR QUELLES SITUATIONS ?

- Accord du patient.
- Molécules de chimiothérapie externalisables :
 - schéma d'administration intraveineux ou sous-cutané ;
 - durée de stabilité de produit compatible avec le transport au domicile.
- Bonne tolérance de la molécule par le patient.
- Accord de l'HAD, du médecin traitant (et de l'IDE libérale si elle est en charge de l'administration).

COMMENT ?

Une convention d'établissement associé est signée entre le CHU et chacune des HAD du territoire précisant les missions de chacun des acteurs :

- prescription ;
- préparation ;
- transport ;
- réception et contrôle de la qualité des produits anticancéreux.

DÉROULEMENT DE LA PRISE EN CHARGE :

1 ▶

Administration systématique du J1 de la cure en HDJ

2 ▶

Prescription médicale par un hématologue ou médecin habilité de l'un des centres hospitaliers autorisés

3 ▶

Visite médicale de validation « OK chimio »

4 ▶

Préparation de la chimiothérapie en pharmacie hospitalière conforme à la réglementation (logiciel Chimio®)

5 ▶

Colisage

6 ▶

Délivrance de la préparation à l'HAD qui assure :

• le transport selon la réglementation

• la réception et administration au domicile

• la surveillance du patient et la traçabilité du traitement par une coordination entre médecin coordonnateur de l'HAD, médecin généraliste et IDE

• la récupération des déchets

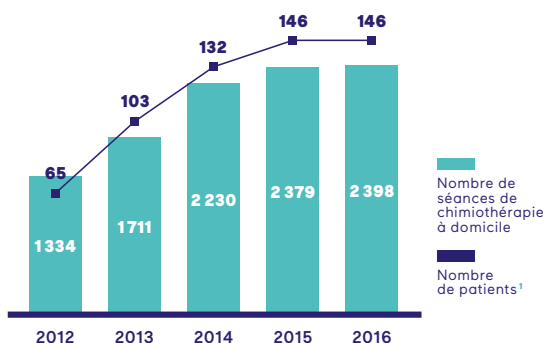
QUELS RÉSULTATS ?



LES CHIMIOTHÉRAPIES ADMINISTRÉES

Depuis sa mise en place le dispositif Escadhem a permis de prendre en charge, grâce à l'organisation des quatre HAD dans les trois départements de l'ex-région Limousin, **544 patients différents** et d'administrer **13 695 préparations de chimiothérapie** en hospitalisation à domicile.

PROGRESSION DE L'ACTIVITÉ ESCADHEM DE 2012 À 2016



TRAITEMENTS LES PLUS FRÉQUEMMENT EXTERNALISÉS DANS LE CADRE D'ESCADHEM

	Nombre de journées	Nombre moyen de cures par patient	Nombre moyen de préparations administrées par patient
VIDAZA / AZACITIDINE	7 750 journées 57%	7,17	39,54
VELCADE / BORTEZOMIB	5 453 journées 40%	6,23	16,46
LEMRADA / ALEMTUZUMAB	492 journées 4%	-	25,89

¹ Le nombre de patients correspond au nombre de patients pris en charge annuellement; un patient recevant des cures de chimiothérapies pendant plusieurs années est pris en compte chaque année.



LES MOTIFS DE RÉ-HOSPITALISATION

Aucun événement indésirable sévère n'a été déclaré au cours ou au décours des injections.

711 séjours de « ré-hospitalisations » (concernant 250 patients) vers l'hôpital référent en dehors du cycle programmé de chimiothérapie ont été comptabilisés. Les **transfusions sont le motif principal de ré-hospitalisation des patients (80 % des cas)**. Les **ré-hospitalisations** pour des complications infectieuses ont plus rarement été observées (**5 % des cas**).



ÉVALUATION DE LA SATISFACTION DES PATIENTS

Une enquête de satisfaction a été conduite (84 questionnaires envoyés ; 61 réponses soit un taux de réponse de 73 %).

Le taux de satisfaction global est de 98 % (très satisfaits 59 % et satisfaits 39 %).

Tous les patients questionnés (100 %) étaient prêts à recommander le dispositif Escadhem pour la prise en charge à domicile de leur chimiothérapie **à un autre patient**.

Les avantages décrits par les patients sont :

- le maintien dans l'environnement habituel (88 %)
- la limitation des trajets (88 %)
- l'absence d'attente dans les hôpitaux (85 %)
- la poursuite des activités quotidiennes (75 %)

91 % des patients avaient un sentiment de sécurité au domicile.

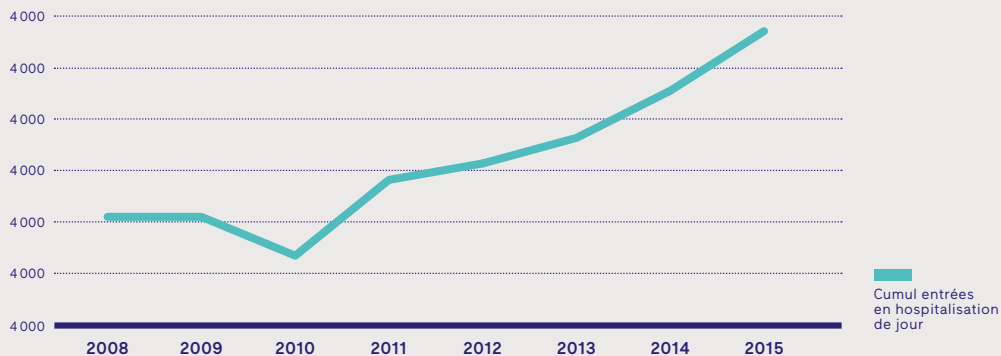
La qualité de la prise en charge par les structures d'HAD du Limousin participant au dispositif a été notée 8,7 sur 10.

IMPACTS ET PERSPECTIVES

Après une baisse de l'activité du service d'hospitalisation de jour d'hématologie suite à la mise en œuvre du dispositif Escadhem en 2009, celle-ci est en augmentation constante et très nette.

Surtout, l'externalisation des patients en HAD a permis de libérer des places en HDJ, ce qui a augmenté les capacités de prise en charge de patients avec une plus grande rotation, permettant la réalisation d'activités nouvelles.

ACTIVITÉ DU SERVICE D'HOSPITALISATION DE JOUR DU CHU DE LIMOGES²



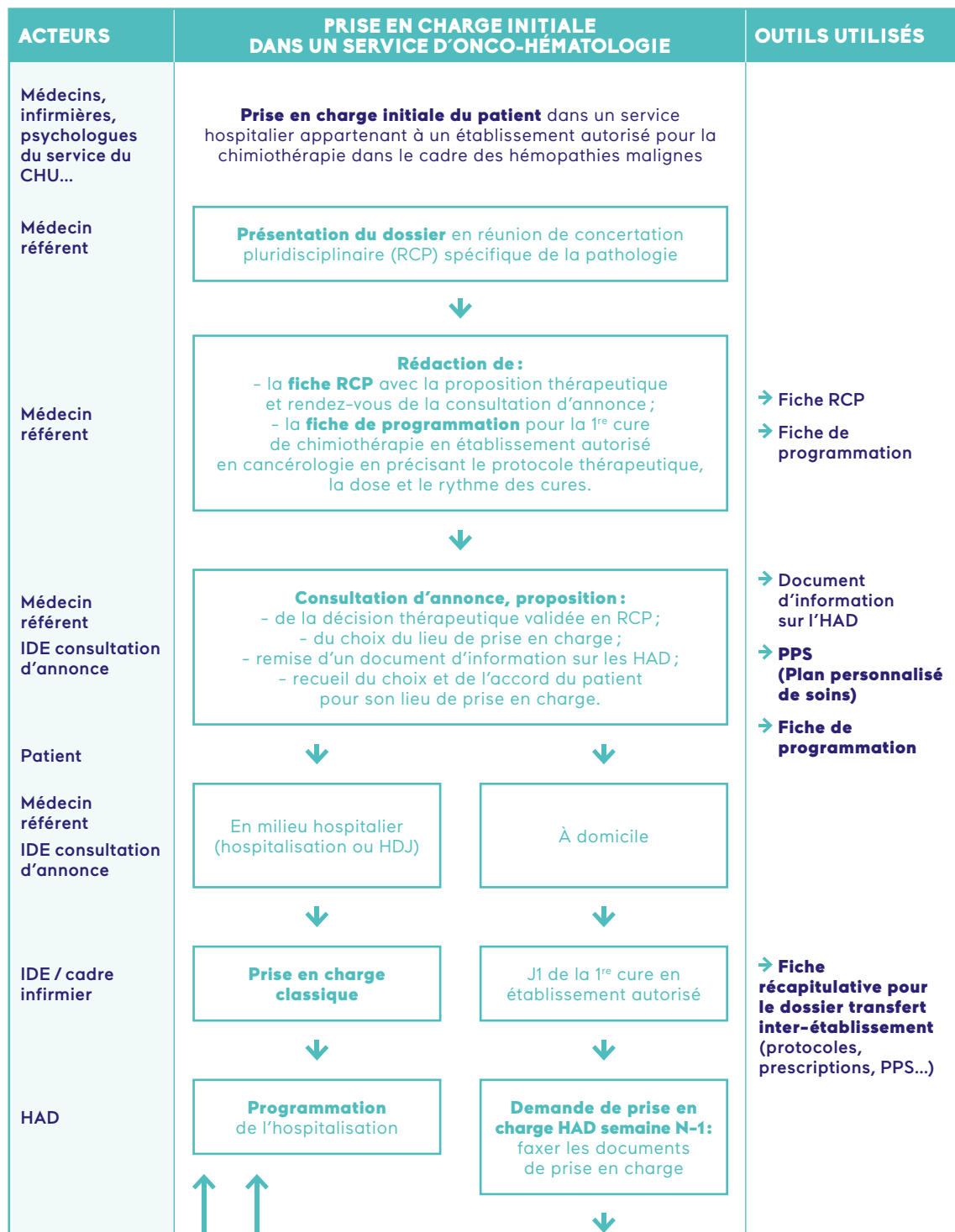
PERSPECTIVES

→ **MISE EN PLACE** d'une étude visant à calculer les coûts supplémentaires générés par l'externalisation. L'activité hospitalière de coordination n'est pas valorisée actuellement et constitue pourtant une charge supplémentaire de travail pour les services MCO ;

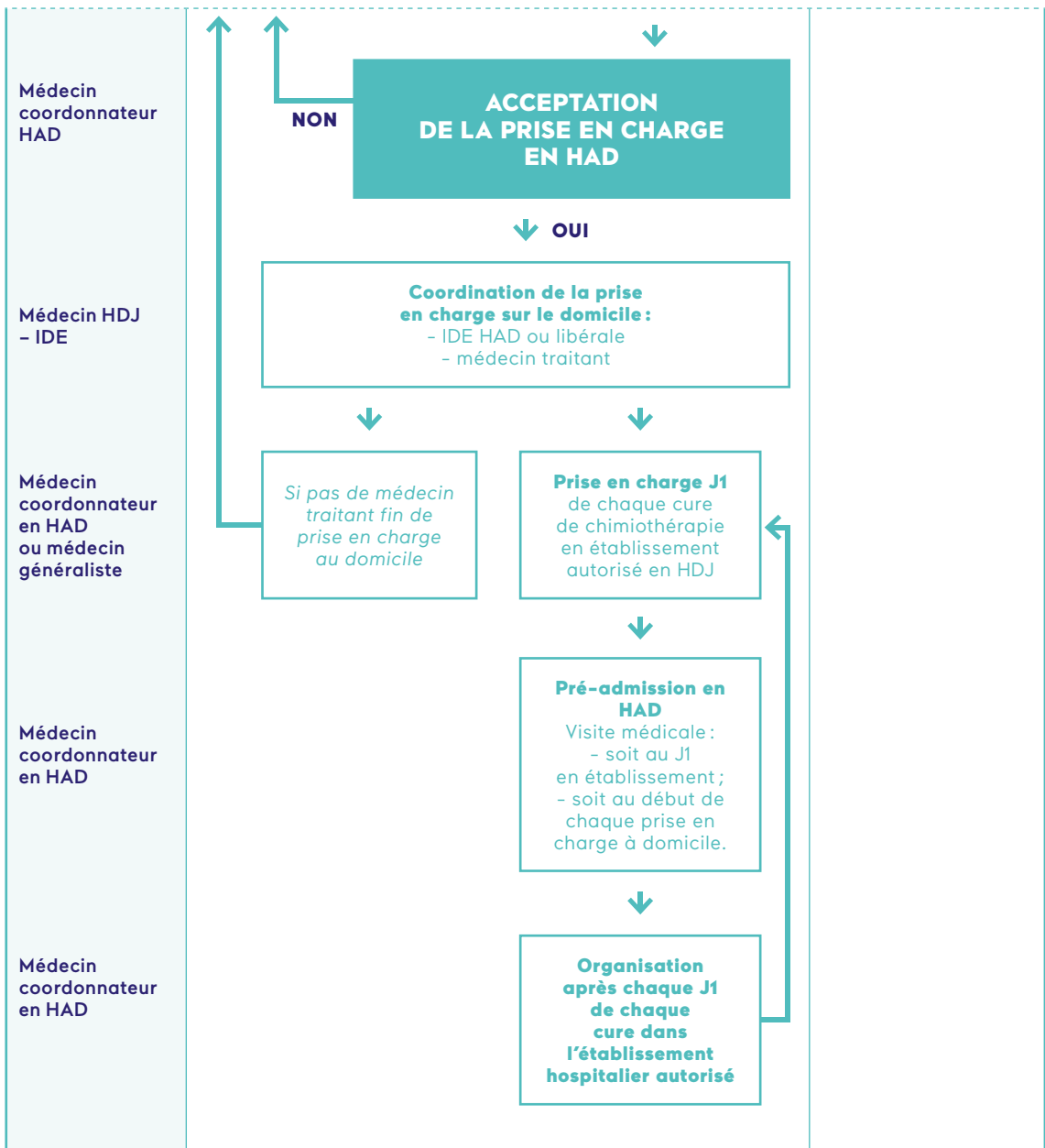
→ **MISE EN ŒUVRE** de l'externalisation en HAD de certaines molécules injectables par voie intraveineuse sous forme de perfusion de courte durée (de 10 à 60 minutes).

² Source : Dr M. Touati, CHU de Limoges.

LOGIGRAMME DE PRISE EN CHARGE DE LA CHIMIOTHÉRAPIE À DOMICILE

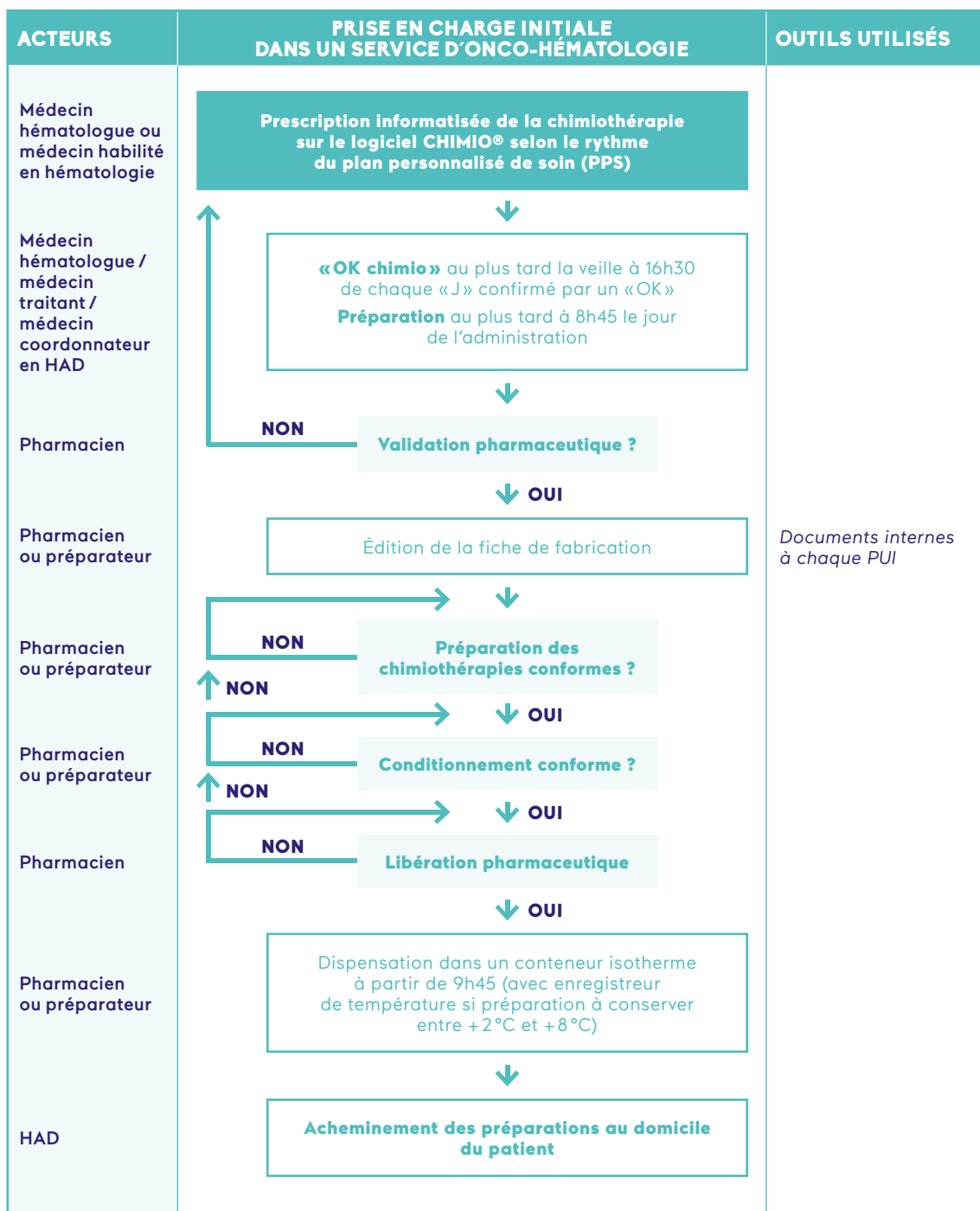


SUITE PAGE SUIVANTE



Source : Dispositif ESCADHEM, Réseau HEMATOLIM, 2014.

LOGIGRAMME DES CHIMIOTHÉRAPIES INJECTABLES DANS LE CADRE DU DISPOSITIF ESCADHEM



Source : Dispositif ESCADHEM, Réseau HEMATOLIM, 2014.

EXEMPLE N°2

PRISE EN CHARGE EN HAD DES PATIENTS EN SUIVI DE POST-GREFFES EN HÉMATOLOGIE

SERVICE D'HÉMATOLOGIE DU CHU DE MONTPELLIER - HAD DU CHU DE MONTPELLIER

POURQUOI ?

Face à l'**augmentation de l'activité d'autogreffes et d'allogreffes en hématologie**, le service d'hématologie du CHU de Montpellier a été confronté à la nécessité de **diminuer la durée moyenne de séjour**, en **repensant le parcours de patients** dans la filière hématologique.

L'HAD a été mobilisée pour **éviter aux patients les allers-retours en milieu hospitalier** et ainsi **limiter le risque d'infections** pour des patients en situation de fragilité immunitaire.

Le projet développé depuis 2014 par le service d'hématologie, en collaboration avec l'HAD, doit permettre de **sécuriser la prise en charge** des patients post-greffe à domicile, en s'appuyant sur des infirmières spécialisées en hématologie.

COMMENT ?

- Rédaction et mise en place d'un **chemin clinique**.
- **Interface rapprochée** entre le médecin coordonnateur de l'HAD et le médecin référent greffes.
- **Staff hebdomadaire** avec l'hématologue, le médecin coordonnateur de l'HAD, l'IDE de coordination de l'HAD et l'IDE spécialisée en hématologie.
- **Évaluation de la prise en charge** : suivi des indicateurs JACIE (joint accreditation committee) et indicateurs de qualité et de sécurité des soins développés par la HAS, questionnaires de satisfaction patients, professionnels de santé libéraux et médecins prescripteurs du CHU.

IMPACTS ET PERSPECTIVES

En 2016, prise en charge de :

- **14** patients en post-autogreffes
- **12** patients en post-allogreffes

PERSPECTIVES

- **MAINTIEN ET DÉVELOPPEMENT** de la prise en charge en HAD dans la filière.
- **LANCEMENT** d'une enquête de satisfaction ciblée sur les patients relevant de la filière greffe.

LE SUIVI DU PATIENT EN HAD

		SUIVI DU PATIENT EN HAD	
ÉTAPE N° 1	VISITE D'INSTALLATION AU DOMICILE	IDE libérale + IDE HAD	<p>DOUBLE OBJECTIF POUR CETTE VISITE :</p> <p>1. Accueil du patient au domicile</p> <p>2. Information du patient et de son entourage</p> <p>L'entourage du patient hospitalisé est directement impliqué. Il convient donc de l'informer et de l'associer.</p> <p><u>L'information du patient et de son entourage doit porter sur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> → l'identité, la qualification des professionnels intervenants, le rôle des professionnels et leur articulation ; → le plan personnalisé des soins et le déroulement de la prise en charge : type de soins, fréquence, horaires de passage de l'IDE à fixer en commun ; → les modalités de la permanence et des soins : accès téléphonique à un professionnel de l'HAD H24, un avis médical H24 pris par l'IDE de l'HAD. <p><u>Évaluation commune (patients + IDE) du matériel mis à disposition.</u></p> <p><u>Présentation du dossier patient (qui reste au domicile) qui comporte :</u> les numéros utiles pour la continuité de la prise en charge, les règles d'hygiène, les règles d'élimination des déchets...</p> <p><u>Formalisation de la macrocible d'entrée par les IDE.</u></p>
ÉTAPE N° 2	SUIVI DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE	Médecin généraliste	<ul style="list-style-type: none"> → <u>Le médecin traitant est le médecin référent de la prise en charge au domicile</u>, il est le garant du suivi médical du patient, en collaboration avec les médecins hématologues et le médecin coordonnateur. → <u>Il est lié à l'HAD par une convention.</u> → <u>Il réalise les prescriptions médicales</u> (si besoin) en collaboration avec les médecins hématologues et le médecin coordonnateur. Lorsque le médecin traitant n'est pas en mesure d'assurer, par une intervention au domicile ou un conseil téléphonique, la continuité des soins dans les conditions et délais requis par l'évolution de la situation du patient, <u>les médecins coordonnateurs peuvent intervenir</u> en ses lieu et place et le tiennent informé. → Pour les prescriptions en urgence, c'est l'IDE de l'HAD qui coordonne la procédure. → Il trace les informations et son passage dans le dossier patient.
		Médecin hématologue	<ul style="list-style-type: none"> → <u>Il assure la consultation de suivi hebdomadaire des patients</u>, réajuste le traitement si besoin ; un compte rendu de la consultation est envoyé au médecin coordonnateur et au médecin traitant.
		Médecin coordonnateur	<ul style="list-style-type: none"> → <u>Pour la continuité des soins</u>, en urgence le médecin hématologue de garde est consulté systématiquement par l'IDE de l'HAD. Le médecin coordonnateur doit être informé. → <u>Si une réhospitalisation est nécessaire</u>, le patient est admis directement dans un service d'hématologie selon la procédure : prise en charge des patients et des hospitalisations non programmées du département d'hématologie clinique. <u>Le SAMU est informé (via la fiche SAMU)</u> de la présence de ce patient en HAD.

SUITE PAGE SUIVANTE

SUIVI DU PATIENT EN HAD		
ÉTAPE N° 2 (SUITE)	SOINS À DOMICILE	<p>IDE libérale</p> <ul style="list-style-type: none"> → L'IDE libérale est liée au service HAD par une convention. → Elle assure les soins infirmiers, dans les limites de sa fonction, selon le programme de soins personnalisé et selon les conduites à tenir élaborées et validées par le service d'hématologie selon le Référentiel JACIE. → Les soins réalisés et les données sont tracés : fiche de transmission, fiche de surveillance. → Les examens de biologie sont prélevés par les IDEL en fonction des prescriptions médicales. L'HAD est responsable du transport de ces examens. Les résultats sont récupérés par les médecins hématologues et l'HAD qui en informe les IDEL pour le suivi de la prise en charge et ajustement si besoin. → Elle reste en collaboration étroite avec l'IDE de l'HAD qui est informée de toutes modifications de l'état du patient. → Elle participe à la réunion de synthèse pluridisciplinaire mensuelle réalisée par les hématologues du CHU. <p>Autres intervenants</p> <ul style="list-style-type: none"> → Les aides-soignants. → Les kinésithérapeutes et orthophonistes interviennent sur prescription médicale et assurent la prise en charge, conformément au plan de soins personnalisé. → La traçabilité des informations et des actes réalisés doit être effectuée régulièrement par chacun des intervenants sur des supports spécifiques.
	COORDINATION DES SOINS ET ASTREINTE	<ul style="list-style-type: none"> → Les IDE de coordination de l'HAD coordonnent la prise en charge des soins urgents 24h/24h, 7j/7j, en collaboration avec les autres professionnels libéraux. → Le médecin coordonnateur est joignable 7j/7j, 24h/24h. → Un staff, en lien avec le réseau de soins palliatifs, se tient de façon hebdomadaire.
	LES SERVICES LOGISTIQUES AU DOMICILE	<p>Le logisticien de l'HAD</p> <ul style="list-style-type: none"> → Le livreur de l'HAD intervient régulièrement au domicile du patient : pour la livraison initiale du matériel et des dispositifs prescrits, ainsi que pour la livraison programmée hebdomadaire et la récupération des bilans biologiques. → Certaines prestations sont gérées par des prestataires de service selon un cahier des charges précis avec l'HAD. → La traçabilité de ses interventions est obligatoire. Une évaluation hebdomadaire du matériel adapté aux besoins des patients est réalisée. → La maintenance peut être réalisée en urgence si besoin. Le matériel ou les dispositifs sont livrés par l'HAD (IDE ou livreur).

SORTIE PRÉCOCE DE CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE PAR MOBILISATION DE L'HAD

CH DE DAX – SANTÉ SERVICE DAX

POURQUOI ?

Dans le cadre de l'évaluation nationale du dispositif de sortie précoce de chirurgie par mobilisation de l'HAD, le service de chirurgie gynécologique du CH de Dax et l'HAD ont souhaité engager un projet conjoint pour la prise en charge des hystérectomies.

Ce projet vise à répondre à plusieurs objectifs :

- **Répondre aux attentes et besoins de patientes** relativement jeunes et désireuses d'un retour à domicile rapide ;
- **Réduire la durée moyenne des séjours pour le centre hospitalier** (de 3,2 jours actuellement avec un objectif de passage à 1 jour *in fine*) ;
- **Favoriser le retour au domicile** dans les conditions optimales de sécurité et de qualité des soins.

POUR QUELLES SITUATIONS ?

Les patientes prises en charge par le centre hospitalier pour des hystérectomies de niveaux 1 et 2, sous réserve de leur accord et de celui de leur médecin traitant.

Le partenariat a également été mis en place pour d'autres prises en charge :

- prolapsus voie basse en coelioscopie ;
- mastectomie avec reconstruction mammaire immédiate par lambeau de grand dorsal et/ou prothèse.

COMMENT ?

1. SIGNATURE DE LA CONVENTION

Les deux établissements ont signé une convention définissant les objectifs de :

- la collaboration ;
- l'organisation du parcours du patient ;
- les modalités de coordination et de transmission des informations ;
- l'évaluation du partenariat.

2. LES DOCUMENTS ÉLABORÉS

Pour chaque prise en charge, les documents essentiels et à disposition doivent être les suivants :

- **Le parcours :**
 - le parcours patient ;
 - le dispositif d'annonce ;
 - la fiche de prise en charge patient HAD, sortie précoce de chirurgie.
- **La programmation :**
 - fiche de programmation et de prescription, utilisée en consultation par la chirurgien ;
 - fiche de récapitulatif Monali et ordonnance.
- **La consultation IDEC :**
 - le parcours patient simplifié ;
 - le guide du séjour ;
 - l'attestation d'accord de prise en charge par l'établissement d'HAD ;
 - la plaquette d'information de l'établissement d'HAD ;
 - le fiche de désignation de la personne de confiance HAD.

- **La sécurisation du parcours :**
 - le chemin clinique ;
 - la check-list de surveillance HAD ;
 - la fiche d'autosurveillance des patientes ;
 - la fiche d'appel post-opératoire ;
 - la fiche contact.
- **L'harmonisation des pratiques : le protocole de chirurgie du sein**
- **Le suivi post-opératoire : le plan personnalisé post-cancer si besoin**

3. INTERVENTION DE L'HAD À J+1

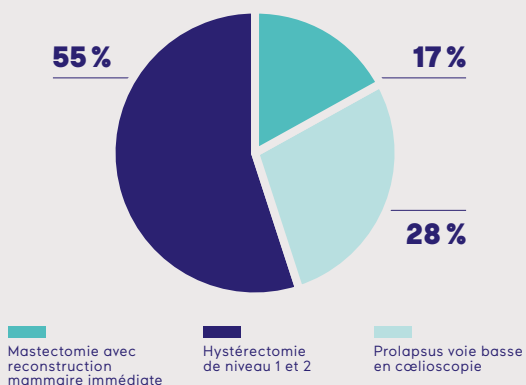
L'HAD se positionne en sortie d'intervention à J1, J2 et J3.

IMPACTS ET PERSPECTIVES

Entre novembre 2016 (démarrage du projet) et décembre 2017, **112 patientes ont été prises en charge** avec une durée moyenne de séjours en HAD de 2,6 jours (286 journées).

Un comité de pilotage a la charge de définir les méthodes de recueil et d'analyse des indicateurs en lien avec le DIM et les professionnels des services qualité et gestion des risques.

RÉPARTITION DES PRISES EN CHARGE

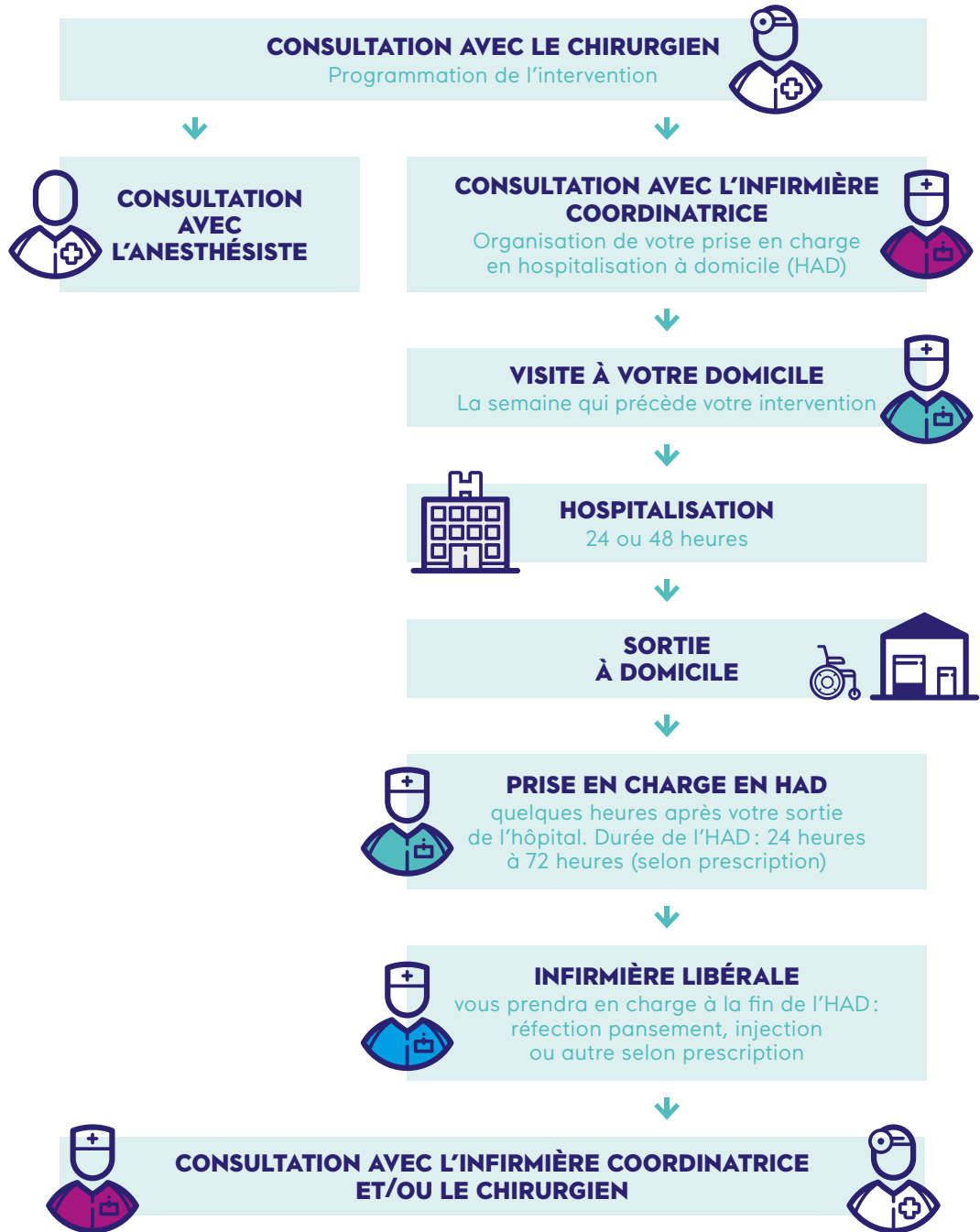


EXEMPLES D'INDICATEURS ENVISAGÉS

- Nombre de patientes transférées en HAD pour les prises en charge ciblées.
- Taux de ré-hospitalisation pendant la prise en charge HAD et identification des complications post-opératoires.
- DMS moyenne MCO et HAD afin de vérifier l'atteinte des objectifs opérationnels et analyse des non conformités/écarts.
- Taux de satisfaction des patientes.

PARCOURS DE SOIN MODÉLISÉ POUR LES PATIENTES

SORTIE PRÉCOCE DE CHIRURGIE



Source : CH de Dax - Santé Service DAX

CHEMIN CLINIQUE POUR LA PRISE EN CHARGE DES HYSTÉRECTOMIES PAR VOIE HAUTE

RISQUES	INTERVENTIONS DE SOINS	POST-OPÉRATOIRE						
		J-1	J0 avant bloc	J0 retour bloc	J+1	J+2	J+3 sortie	
Hémorragiques	Réaliser ou vérifier les examens sanguins complémentaires : TP, TCA, plaquettes, groupe sanguin et RAI (obligatoire sauf si spécificité sur fiche de consultation anesthésie)		→ plus lit/DDP					
	Si la patiente est sous AVK ou aspirine, vérifier l'arrêt du traitement selon protocole, réaliser bilan biologique de contrôle		→					
	Surveillance TA, pouls, pansement, drain, redon toutes les heures pendant 4h puis toutes les 2h ; surveiller les pertes vaginales			→ diagr ST				
	Surveiller TA, pouls, pansement et pertes vaginales 2 fois par jour				→ diagr ST			
	Ablation du redon ou drain sur prescription médicale					→ fiche presc/ diagr ST		
	Réalisation du pansement				→ fiche pansement		→ fiche pansement	
	Surveiller l'apparition d'un hématome				→ fiche pansement			
	Surveiller les saignements au niveau de la plaie				→ fiche pansement / diagr ST			
	Effectuer le bilan post-opératoire (NFS + plaquettes)				→ fiche presc/ diagr ST			
Infectieux	Appliquer la procédure de préparation locale (dépilation, douche, tenue de bloc)		→ GED/DDP/ fiche de liaison bloc					
	Surveiller la température 2 fois/jour (à domicile, 1 fois/passage ou 1 fois/jour par patiente)				→ diagr ST			
	Surveiller plaie (rougeur, douleur, écoulements)				→ fiche pansement			
	Réalisation du pansement				→ fiche panst/ diagr ST			→
	Ablation du redon ou drain sur prescription médicale					→ diagr ST		
	Donner les consignes pour les douches et les bains						→ guide séjour/ diag SRE	
	Surveiller les points de ponction (VVP)				→ diagr ST			
	Ablation stérilstrip / points de suture / agrafes							→
	Ablation voie veineuse périphérique					→ fiche presc/ diagr ST		

RISQUES	INTERVENTIONS DE SOINS	J-1	J0 avant bloc	POST-OPÉATOIRE				
				J0 retour bloc	J+1	J+2	J+3 sortie	
Rétention urinaire	Surveiller la diurèse horaire et l'aspect des urines			diagr ST →				
	Ablation de la SV				diagr ST →			
	Contrôle de la première miction				diagr ST →			
	Contrôle Bladder Scan				diagr ST →			
	Vérifier que la miction soit indolore, sans effort avec une vidange complète de la vessie					diagr ST →		
Difficultés à la mobilisation physique	Évaluer le degré de mobilité physique et adapter les soins de la préparation locale	fiche autonomie avant hospit →						
	Veiller à une bonne installation dans le lit			diagr SB →				
	Effectuer le premier lever				diagr SB →			
	Aide à la toilette				diagr SB →			
	Favoriser les petits déplacements dans la chambre				diagr SB →			
	Encourager la patiente				diagr SRE →			
	Autonomiser la patiente						diagr SRE →	
Thrombo-emboliques	Administrer systématiquement un anticoagulant à dose préventive sauf contre-indication				fiche presc/fiche administration →		→
	Donner des bas antithrombose, mis en préopératoire	diagr SB →						
	Stimuler à la mobilisation			diagr SB →				
	Aide au premier lever				diagr SB →			
	Aider la patiente à mettre ses bas de contention				diagr SB →			
	Vérifier le port du bas de contention			diagr SB →				
	Informar la patiente sur l'intérêt des anticoagulants et du lever précoce				diagr SRE →			
	Surveiller les plaquettes 2 fois/semaine si indication médicale				fiche presc/ diagr ST →		→
	Repérer les signes évocateurs de phlébite : douleur, œdème, rougeur, chaleur, des membres inférieurs				diagr ST →			
	Dépister dissociation pouls/ température : fréquence normale et hyperthermie				diagr ST →			

RISQUES	INTERVENTIONS DE SOINS	POST-OPÉRATOIRE						
		J-1	J0 avant bloc	J0 retour bloc	J+1	J+2	J+3 sortie	
Troubles du transit	Effectuer un lever précoce			diagr SB →				
	Surveiller la reprise du transit (gaz)			diagr SB →				
	Évaluer la consommation de morphine			fiche presc/ administration →				
	Favoriser les déplacements				diagr SB →			
	Favoriser une alimentation adaptée (à jeun, légère...)				diagr SB →			
	Surveillance du transit				diagr SB →			
Douleurs	Expliquer la prise en charge de la douleur et l'échelle numérique	diagr SRE →						
	Évaluer la douleur à l'entrée puis une fois par équipe	diagr ST →				diagr ST →		
	Évaluer la douleur en utilisant l'échelle numérique toutes les heures pendant 4 heures puis toutes les 2 heures			diag surveillance post op →				
	Administrer le traitement antalgique IV			fiche presc/ administration →				
	Administrer le traitement antalgique Per Os				fiche presc/ administration →		→
	Évaluer le comportement de la patiente et son expression verbale			diag surveillance post op →				
	Vérifier l'efficacité du traitement				diagr ST →			
	Surveiller les effets secondaires des médicaments				diagr ST →			
Anxiété	Écouter attentivement la patiente, reformuler ses questions, sa compréhension sur l'intervention	diagr SRE →						
	Répondre aux questions			diagr SRE →				
	Expliquer le déroulement de l'hospitalisation : déroulement de la journée de bloc, la prise en charge de la douleur, les possibilités d'un suivi psychologique	diagr SRE →						
	Créer un climat de confiance			diagr SRE →				
	Administrer un anxiolytique ou administrer la prémédication 1 à 2 heures avant le bloc selon le protocole de l'anesthésiste		fiche anesth/ administ →					
	Donner un rendez-vous post-opératoire avec le chirurgien en vue de connaître les résultats d'anapath						macro cible de sortie →	

3. L'HAD COMME ACTEUR ET SUJET DE RECHERCHE CLINIQUE

Les établissements d'hospitalisation à domicile sont d'ores et déjà mobilisés dans des projets de recherche, en lien avec des centres hospitaliers universitaires.

QUELQUES EXEMPLES DE PROJETS DE RECHERCHE :

ÉTABLISSEMENT	AP-HP (HAD)
NOM DU PORTEUR	Dr Bénédicte MITTAINE-MARZAC (Pharmacien HAD AP-HP)
DOMAINE DE RECHERCHE	Onco-hématologie
ÉTAT D'AVANCEMENT	En cours
NATURE DU PROJET	PREPS
RÉSUMÉ DU PROJET	<p>Recherche sur les impacts de la prise en charge en HAD des patients âgés atteints de myélome multiple sur l'état de santé et l'utilisation des ressources entre HDJ et HAD.</p> <p>300 patients à inclure au sein de 10 centres investigateurs de l'AP-HP :</p> <ul style="list-style-type: none">→ 3 centres uniquement HDJ (150 patients)→ 7 centres HDJ puis HAD (150 patients) <p>HYPOTHÈSES TESTÉES :</p> <ul style="list-style-type: none">→ La prise en charge en HAD permet d'améliorer la qualité de vie perçue des patients sans dégradation des paramètres de santé et de la sécurité des soins→ La prise en charge en HAD permet de réduire l'utilisation des ressources en soins sans augmentation de la charge des aidants

ÉTABLISSEMENT	AP-HP (Henri Mondor)
NOM DES PORTEURS	Pr Thibaud DAMY (CHU H. Mondor AP-HP) Dr Mathieu DE STAMPA (HAD AP-HP)
DOMAINE DE RECHERCHE	Cardiologie
ÉTAT D'AVANCEMENT	Inclusion des patients : mars 2017 – février 2018 / 60 patients 10 patients inclus, 80 screenés
NATURE DU PROJET	Essai clinique randomisé multicentrique en ouvert
RÉSUMÉ DU PROJET	<p>OBJECTIF PRINCIPAL : Évaluer et valider scientifiquement la prise en charge en HAD versus hospitalisation conventionnelle des décompensations cardiaques globales des patients insuffisants cardiaques chroniques.</p> <p>ESSAI PILOTE RANDOMISÉ ET MULTICENTRIQUE : Évaluation de l'efficacité, de la sécurité et des coûts comparés à 3 mois et 12 mois entre l'hospitalisation à domicile et l'hospitalisation conventionnelle chez les patients en insuffisance cardiaque chronique avec décompensations cardiaques itératives.</p> <p>HYPOTHÈSE DE TRAVAIL : → L'HAD améliore la qualité de vie et diminue les coûts de prise en charge.</p> <p>Étude réalisée en collaboration avec l'HAD de l'AP-HP et le service de cardiologie du CHU Henri Mondor à Créteil, promue par la Société française de cardiologie et financée par l'ARS Île-de-France.</p>
DOCUMENTS	ClinicalTrials.gov : SAFETy and Efficacy of HOME-based Hospitalization Versus Inpatient Care for Patients With Acute Heart Failure in Chronic Heart Failure. (SAFE HOME AHF)

ÉTABLISSEMENT	CHU Bordeaux
NOM DU PORTEUR	Pr Alain RAVAUD (CHU Bordeaux)
DOMAINE DE RECHERCHE	Cancérologie / organisation
NATURE DU PROJET	PREPS
RÉSUMÉ DU PROJET	<p>Étude pilote observationnelle et analytique des nouveaux métiers de la coordination en cancérologie (EPOCK).</p> <p>→ Bibliographie internationale / benchmark.</p> <p>→ Analyse de terrain (focus groupes, entretiens individuels, enquêtes quantitatives au sein de 10 centres, dont l'HAD de Bagatelle).</p> <p>→ Confrontation des données de terrain au modèle conceptuel.</p>

4. L'HAD DANS LA GESTION D'UNE CRISE SANITAIRE : L'OURAGAN IRMA

En septembre 2017, l'ouragan de catégorie 5, Irma, a touché les Îles du Nord (Saint-Martin et Saint-Barthélemy), détruisant une grande partie de l'habitat et notamment l'hôpital de Saint-Martin, réduit à 20 % de sa capacité et restreignant l'effectif médical sur les deux établissements de santé.

POURQUOI ?

L'enjeu des autorités sanitaires et des opérateurs était, alors que les infrastructures routières et les moyens de télécommunication étaient partiellement détruits, de réaliser une évaluation rapide des besoins afin d'anticiper les moyens d'accueil adaptés: trouver un moyen de **prendre en charge un nombre indéterminé de patients de typologie indéfinie, dans un délai inconnu.**

La mise à disposition de lits d'hospitalisation complète au sein d'établissements avec hébergement situés en Guadeloupe, sans connaître les réels besoins qualitatifs et quantitatifs, est apparue inefficace et de nature à désorganiser le fonctionnement de ces établissements au détriment de la qualité et de la sécurité des soins des patients hospitalisés ou programmés.

L'HAD est apparue comme une solution adaptée pour répondre à ces besoins en ce qu'elle constitue un mode d'hospitalisation « hors les murs ». N'ayant pas à assurer l'hébergement des patients, elle **concentre son expertise sur la coordination médicale et paramédicale** avec l'ensemble des acteurs de la prise en charge.

Il s'agit par ailleurs d'**une offre souple, réactive et capable d'une montée en charge rapide pour effectuer les soins**, pouvant contribuer à la gestion d'une crise sanitaire par :

- une prise en charge des patients à leur **domicile** ;
- une prise en charge de patients dans des **hébergements collectifs** mis à disposition ;
- une évaluation de l'état des patients et **l'orientation** vers l'opérateur le plus adapté selon une **offre graduée**.

COMMENT ?

L'action de l'HAD s'est située à deux niveaux :

- **Sur la Guadeloupe**, base arrière des îles du Nord avec les établissements de la Clinique de Choisy, et principalement la structure HAD ;
- **Sur les îles du Nord**, en contribuant à organiser, en lien avec les professionnels libéraux restés sur place et l'équipe HAD encore opérationnelle, une plateforme sanitaire ambulatoire facilitant le recentrage de l'hôpital sur l'accueil des patients plus lourds.



LE MÉDECIN "RÉGULATEUR"

Relai quotidien avec des médecins hospitaliers et traitants dans le cadre de l'HAD, un médecin coordonnateur de l'HAD a été désigné médecin « régulateur ».

Son rôle a été de :

→ **COORDONNER LES FLUX D'ENTRÉES-SORTIES** de patients en fonction de deux paramètres :

- Une évaluation en trois volets faite directement au CHU au chevet du patient :
 - médical : définition de la pathologie principale, du niveau de gravité, du degré d'instabilité pour une orientation dans le service le plus adapté ;
 - social : habitat, couverture sociale, entourage ;
 - projet de vie : retour sur Saint-Martin, Saint-Barthélemy, métropole, Guadeloupe...
- Les disponibilités en lits des établissements.

→ **OPTIMISER LA GESTION des lits de l'établissement** en programmant des sorties anticipées en concertation avec les médecins des services concernés.

→ **GÉRER LA PERTINENCE DES SOINS ET DE L'HOSPITALISATION**

en fonction de la pathologie principale et de la gravité ; adéquation des moyens techniques et humains du service concerné pour optimiser le parcours de soins du patient et ainsi éviter des retours vers le CHU entraînant :

- une perte de chance pour le patient ;
- une sur-embolisation du CHU ;
- des surcoûts.

IMPACTS ET PERSPECTIVES

L'HAD a contribué à offrir une réponse adaptée aux besoins sanitaires suite au passage de l'ouragan Irma en :

- évaluant les besoins sanitaires de la population ;
- **permettant une réponse adaptée et graduée** et garantissant ainsi la pertinence des soins et de l'hébergement hospitalier ;
- assurant son rôle d'établissement de santé et en garantissant la prise en charge des patients éligibles à l'HAD.

L'ensemble de l'action menée par l'HAD pendant la crise sanitaire a été financé selon le modèle économique propre à cette activité, sans qu'aucun crédit supplémentaire ne soit alloué.

Suite au passage de l'ouragan Irma :

- L'HAD de la Clinique de Choisy, située en Guadeloupe, a ainsi pris en charge **plus d'une dizaine de patients** provenant soit d'un service du CHU, soit d'un service des établissements du domaine de Choisy, afin de libérer des lits pour les patients provenant des îles du Nord.
- Un hébergement collectif a été mis à disposition de l'HAD à Saint-Barthélémy afin de prendre en charge **quatre patients en HAD**.

AINSI, 10% DE LA FILE ACTIVE DU CHU PROVENANT DES ÎLES DU NORD SUITE AU PASSAGE DE L'OURAGAN IRMA A ÉTÉ PRIS EN CHARGE PAR L'HAD.

Le dispositif ainsi conçu, et notamment du fait de son volet hébergement collectif, démontre qu'il **aurait été à même de permettre une prise en charge quantitativement bien supérieure** si le besoin s'en était fait ressentir.

Un mois après le passage de l'ouragan, sur l'ensemble des patients pris en charge dans le cadre de cette organisation, au sein d'un établissement MCO de la clinique de Choisy ou dans le cadre d'une HAD :

- un seul patient a dû être rapatrié vers le CHU du fait de l'aggravation de son état (liée à l'histoire naturelle de sa pathologie) ;
- un patient a présenté initialement des difficultés de couverture sociale qui ont finalement trouvé une solution ;
- l'ensemble des solutions d'aval envisagées avant la prise en charge dans nos établissements ont pu être respectées (retour vers Saint-Martin, retour vers la métropole).

Cette organisation en plateforme d'aval, avec une régulation médicale HAD, a permis d'apporter une contribution efficiente. Alors que la situation de crise aurait pu justifier une gestion du « faire au mieux », le dispositif mis en place a, au contraire, assuré la pertinence de l'hébergement et de la mobilisation de chaque acteur : **le CHU a ainsi pu se recentrer sur l'accueil des urgences**, et adresser les patients dans des conditions optimisées de sécurité et de pertinence des soins, positionnant **« le patient dans le bon lit, au bon moment »**.

PERSPECTIVES

Ce dispositif a été mobilisé dans un temps record dans un contexte de gestion de crise suite à une catastrophe naturelle. L'opportunité d'envisager des organisations semblables dans d'autres contextes de crise (épidémies, attentats...) pourraient être également examinée.

5. EXEMPLES DE BONNES PRATIQUES

Deux monographies ont déjà été publiées visant à :

- identifier et suivre le potentiel d'adressage des établissements MCO vers l'HAD³ ;
- apporter une réponse globale aux besoins des établissements de santé pour organiser les sorties complexes⁴.

En complément, d'autres pratiques peuvent être envisagées de manière systématique pour renforcer le dialogue entre équipes MCO et HAD et développer une politique institutionnelle de recours à l'HAD.

► PARTICIPATION DES HAD AUX STAFFS DES SERVICES MCO

La participation d'un médecin coordonnateur ou d'une infirmière de liaison de l'HAD aux staffs médicaux des services de l'établissement MCO permet de faciliter l'identification des patients susceptibles de bénéficier immédiatement ou à plus long terme d'une prise en charge en HAD.

► PRÉSENTATION DE L'HAD LORS DES RÉUNIONS D'ACCUEIL DES INTERNES

Les internes constituent des interlocuteurs privilégiés des HAD au sein des services des établissements MCO. Le renouvellement des internes à chaque semestre constitue donc un moment critique pour assurer la pérennité des organisations mises en place.

Aussi, une **présentation systématique de l'HAD aux nouveaux internes** facilite l'appropriation de cette prise en charge et des modalités d'adressage.

► PRÉSENTATION EN CME

Les réunions de la CME de l'établissement MCO constituent des temps d'échanges privilégiés entre soignants. Il apparaît opportun de prévoir un **temps d'échange relatif** à l'HAD de manière régulière afin de sensibiliser et mobiliser les prescripteurs autour de cette forme de prise en charge, de présenter les éventuels projets déjà mis en œuvre et leurs résultats et de développer les partenariats.

³ *Mieux se connaître : identifier et suivre le potentiel d'adressage des établissements MCO vers l'HAD. Volume 1, décembre 2017.*

⁴ *Mieux travailler ensemble : apporter une réponse globale aux besoins des établissements de santé pour organiser les sorties complexes. Volume 1, décembre 2017.*

► PRISE EN COMPTE DE L'HAD DANS LES GHT

L'ensemble des établissements d'HAD situés sur le territoire d'un GHT doivent être associés à l'élaboration du projet médical partagé, et plus largement, lors de ses évolutions.

L'HAD peut être mobilisée dans une filière dédiée et/ou transversalement au sein de chacune des filières du PMP.

► RENCONTRES RÉGULIÈRES ENTRE LES ÉQUIPES DE DIRECTION DES ÉTABLISSEMENTS MCO ET HAD

Des rencontres régulières entre les équipes de direction des établissements MCO et HAD et les responsables médicaux des services sont de nature à favoriser le dialogue et identifier les perspectives de développement des partenariats. La mobilisation d'indicateurs partagés⁴ doit permettre d'objectiver les situations et de faciliter l'évaluation des organisations mises en place.

Par ailleurs, l'identification d'un interlocuteur privilégié pour l'HAD au sein de la direction de l'établissement MCO facilite également les échanges.



TÉLÉCHARGEZ LES
PUBLICATIONS SUR
WWW.FNEHAD.FR



