



Journée de nutrition artificielle à domicile

Patient en HAD: interactions médecins prescripteurs et médecins de l'HAD

Dr M. MAGNET
Dr V. DELMAS

Soins et Santé Hospitalisation à domicile de Lyon
Fédération Nationale des Hospitalisations à domicile

20 juin 2014



L'HAD (1)

- Structure hospitalière à part entière
- RESPONSABILITE de la continuité des soins
- Tarification à l'activité
- Equipe hospitalière pluridisciplinaire
 - *MC, médecin DIM, cadres de santé, IDEC, assistantes sociales, diététicienne, psychologue, pharmaciens, internes*



L'HAD (2)

- Coordonne des acteurs spécifiques libéraux et salariés en collaboration avec le MG et MS dans un environnement particulier (domicile, EHPAD, MAS pour personnes handicapées)
- Concerne les patients atteints de pathologie *grave, aiguë ou chronique, évolutive ou instable*, et qui, en l'absence d'un tel service seraient maintenus dans un service hospitalier



L'HAD (3)

- Ne prend en charge que les patients en NP ayant par ailleurs une *autre charge en soins* (nursing lourd, antibiothérapie...)
- Complexité et coordination nécessaires
 - réponse 24h/24 + continuité des soins par un département médical, infirmier et une PUI
- La qualité de cette réponse s'appuie sur les *critères de certification* et sur la *collaboration avec un centre expert et/ou un CLAN*



L'HAD en chiffres

- En 2013 au plan national
 - 156 638 séjours réalisés
 - 4,4 millions de journées (13 places pour 100 000ha)

Hausse de 3,8% par rapport à 2012

35 lits /100 000 ha pour 2018? Evolution difficile actuelle
- La valorisation s'élève à 850 millions d'€
- 105 000 patients ont bénéficié d'une HAD
- Coût moyen d'une journée en HAD pour l'Assurance Maladie : 195,8€



Caractéristiques des structures d'HAD

- Vocation polyvalente généraliste
- Publiques, privées ou ESPIC
- Doivent assurer la continuité des soins 24h/24
- Disparité de couverture du territoire et de taille entre les structures
- Obéissent à des critères de certification
 - *Critères spécifiques dans le cadre de la surveillance de l'alimentation des patients*



JDP
PARIS 2014

L'HAD, les prescripteurs et la NP

- Médecin spécialiste et médecin généraliste
- En 2013 au plan national
 - 125 540 journées avec NP comme MPEC principal
 - 139 260 journées avec NP comme MPEC associé
 - 40 598 séjours avec NP comme MPEC principal à l'admission



JDP
PARIS 2014

Relation prescripteur NP - HAD

Dans notre expérience:

- 97% médecin spécialiste
 - 10% séjours adressés par centre expert avec un projet de soins précis
 - 87% séjours adressés par spécialiste essentiellement en oncologie, plus rarement en neurologie (aspect souvent moins précis de la pertinence NPAD dans le projet de soins transmis)
- 3% médecin généraliste + médecin coordonateur
 - *La prescription du MG s'appuie toujours sur un appel au MC qui, en fonction de son expertise et de la situation clinique prendra conseil auprès du centre expert*



Mise en place d'une prescription et suivi (1)

- Niveau de suivi standardisé pour l'HAD s'appuyant sur les référentiels du centre expert
- Suivi 24h/24: déplacement IDE de l'HAD, avis médical
- Pharmacie à usage intérieur
 - *Délivrance de l'ensemble des prescriptions: alimentation binaire, ternaire, électrolytes etc.*
- CBUM, qualité du suivi pharmaceutique



Mise en place d'une prescription et suivi (2)

- Information du patient, de sa famille et du MT dès la PEC des conditions du suivi et d'évaluation
- Information sur les risques d'infection sur voie centrale
- Risques infectieux pris en charge en urgence
 - *en s'appuyant sur la permanence des soins, le MC + formation du MG dans ce domaine*



Mise en place d'une prescription et suivi (3)

- Suivi continu et transmission quotidienne: biologie, données cliniques
- Suivi associé et coordonné avec la diététicienne de l'équipe, l'AS ou la psychologue
- Réévaluation régulière du rapport bénéfice-risque avec le patient, le MC et le spécialiste
 - Critères de certification: IPAQSS, formation des personnels, contractualisation avec centre expert



Aspects des SP terminaux

- Place de la NP très discutable
 - Complexité de la discussion avec le patient, son entourage, le MT et le médecin prescripteur
 - Echange précoce au domicile sur la place de la NP avec les différents intervenants
 - *Rapport bénéfice-risque à étudier ++*
 - *L'ensemble des risque est explicité*
- ***Permet souvent l'arrêt de la NP dans des conditions adaptées/appui de la diététicienne***



JDP
PARIS 2014

Propositions aux prescripteurs (1)

- Continuité des soins 24h/24, traçabilité, transmission d'informations en temps réel
- Appui coordonné sur la permanence des soins
SAMU, SOS médecins, services d'urgence
- Expertise et standardisation des pratiques en HAD appuyées sur la compétence d'une centre expert



JDP
PARIS 2014

Propositions aux prescripteurs (2)

- Une garantie par la certification des bonnes pratiques en ce domaine
- Evaluation des pratiques professionnelles
- Travail de recherche permanent de la qualité, de son évaluation et de l'élaboration de standards de soins
- Formation des professionnels libéraux



Conclusion

- HAD = structure hospitalière à part entière
 - *Critères de certification*
 - *RESPONSABILITE Continuité des soins H24*
 - *Obligation de formation permanente*
 - *Obligation de contractualisation avec des centres experts*
- Elaboration de *référentiels de pratique **au plan national*** au sein de la *FNEHAD*, en collaboration avec les *centres experts* et les *sociétés savantes* (Arrêté 18 juin 2014 JO sur NPAD, dernières recommandations SFNEP « GUIDE DE BONNES PRATIQUES DE NUTRITION ARTIFICIELLE À DOMICILE 2014 »)
- ***Au plan local***: formation des MT, soignants libéraux du domicile
- *Evaluation de la qualité des soins continue* auprès des patients



Remerciements

Dr Cécile CHAMBRIER et son équipe (médecin – UNC HCL)

Dr Bruno LAPIERRE (médecin DIM – Lyon)

Dr Anne MELARD (pharmacien HAD – Lyon)

Dr Vanessa DELMAS (médecin – HAD Lyon)

Dr Elisabeth BALLADUR (médecin – HAD APHP et
responsable groupes travail médecin FNEHAD)