

HAD
*Hospitalisation
à domicile*

COVID-19

MOBILISATION DE L'HAD
*EN PÉRIODE
DE TENSION HOSPITALIÈRE
DANS LE CONTEXTE
DE COVID-19*

L'hospitalisation à domicile (HAD) permet d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement. Elle assure au domicile du malade, y compris dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) avec hébergement (EHPAD, MAS, FAM...), des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés.

En période de tension hospitalière, les HAD peuvent participer à fluidifier les files actives hospitalières et/ou soutenir les ESMS en tension organisationnelle ou avec cluster.

Le rebond épidémique de COVID-19 peut générer des tensions hospitalières.

L'expérience de la première vague, durant laquelle les HAD ont joué un rôle déterminant d'appui, nous amène à vous rappeler un certain nombre de parcours patients pour lesquels vous pourriez solliciter l'établissement d'HAD intervenant dans le secteur de résidence du patient.

Comment intervient l'HAD ?



Au domicile



*En ESMS, EHPAD
MAS, FAM*



*En aval
de l'hôpital*



Patients COVID-19



Surveillance à domicile renforcée

Exemple : un patient à risque testé COVID+ pris en charge à domicile pour des soins nécessitant une surveillance renforcée, présentant un risque de décompensation et vivant avec d'autres personnes au domicile dites « contacts à risque ».



Au-delà de la prise en charge d'un résident, l'HAD comme soutien organisationnel :

- Aide à la sectorisation, appui au médecin coordonnateur et/ou au médecin traitant pour identifier les résidents à risque
- Accompagnement à la démarche collégiale et prise en charge palliative et de fin de vie

Exemple : la prise en charge de 4 résidents dans un « EHPAD cluster », avec 2 cas positifs de retour de médecine sous antibiothérapie IV et soins de nursing lourd et 2 accompagnements en fin de vie après démarche collégiale.



Soins médico-techniques importants chez un patient stabilisé, sortie précoce de réanimation

Exemple : la réadaptation motrice au domicile d'un patient resté alité, avec prise en charge respiratoire à la suite d'une sortie de réanimation.

Fluidification des parcours de soins en cas de « tension hospitalière », sortie précoce de MCO / SSR

Exemple : un patient stabilisé avec soins médico-techniques importants (soins complexes et coordonnés nécessitant une surveillance rapprochée)



Patients NON COVID-19



Prise en charge de patients chroniques stabilisés en alternative d'une hospitalisation

Exemple : un patient sous surveillance post-chirurgie (prise en charge de la douleur, antibiothérapie, surveillance d'aplasie, alimentation parentérale et entérale, pansement complexe, chimiothérapie, soins palliatifs).



Au domicile



Accompagnement de sortie précoce d'hospitalisation / retour des urgences, soins médico-techniques importants en collaboration avec les équipes de l'ESMS

Exemple : les ressources mobilisables en période d'astreinte (traitement IV, oxygénothérapie, aspirations régulières, kinésithérapie respiratoire).



*En ESMS, EHPAD
MAS, FAM*



Prise en charge de traitements spécialisés habituellement réalisés en hospitalisation de jour

Exemples : immunoglobuline Clayrig°, Privigen°, chimiothérapie Vidaza°, Velcade°, Herceptine°, Aracetine°, Gemzar°, Taxol°, Blinatumomab°, pour maladie hématologique ou en oncologie, transfusion sanguine, fer injectable



*En aval
de l'hôpital*

Injection IV/ SC en seringue électrique, en PCA, surveillance rapprochée, rééducation fonctionnelle et neurologique, éducation thérapeutique

Exemple : une sortie précoce post-AVC, prise en charge nutritionnelle, accompagnement et soins de confort...

Ce document a été réalisé conjointement par l'ARS Occitanie et la FNEHAD (fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile)



Référent HAD ARS Hauts-de-France :
Marie-Alexandra DIVANDARY
ars-hdf-dos-dets-de-sante@ars.sante.fr

Ne pas jeter sur la voie publique

Crédit photo : @BvMed_Bundesverb., Medizintechnik

Focus EHPAD

Les plateformes « personnes âgées et soins palliatifs » travaillent en collaboration avec les HAD de chaque territoire. Dans ce contexte, les HAD contribuent à soutenir les organisations en tension par renfort de professionnels de santé. Chaque EHPAD peut, par anticipation, contacter l'HAD de son territoire afin de mettre au point des « parcours patients » et connaître ses possibilités.

Rappel

Si une HAD ne peut assurer certains soins (dont les chimiothérapies), elle peut indiquer au prescripteur les cordonnées de l'HAD à même d'assurer cette prise en charge.

L'outil Trajectoire doit être renseigné pour toute demande mais dans le contexte actuel, il ne peut constituer un obstacle à une prise en charge.

ADOP-HAD, outil proposé par la HAS pour l'aide à la décision d'orientation des patients en HAD, peut également être utilisé. www.adophad.has-sante.fr

Dérogations

Depuis le 1^{er} avril 2020, certaines démarches ont été simplifiées :

- L'entrée en HAD d'un résident peut se faire sans prescription médicale si l'urgence de la prise en charge le justifie.
- L'entrée en HAD d'un résident peut se faire sans accord du médecin traitant si ce dernier est indisponible ou si l'urgence de la situation le justifie.
- Le médecin traitant est tenu informé de l'admission du patient et il reste le médecin référent dans la prise en charge du patient. Néanmoins, en cas d'indisponibilité, le médecin coordonnateur peut être nommé médecin référent du patient.
- En SSIAD, le délai de 7 jours avant la mise en œuvre d'une intervention conjointe est suspendu. La mise en place du protocole personnalisé de soins avec répartition des actes reste inchangée.
- Les dérogations n'ont pas d'impact sur les minorations tarifaires applicables à l'HAD qui demeurent de 13% pour l'intervention en EHPAD et de 7% en cas d'intervention conjointe HAD/SSIAD.