

Hospitalisation à domicile

Note de contexte

Juin 2016

Pourquoi cet état des lieux ?

Les travaux de recherche et de recherche appliquée conduits dans le cadre du site pilote de Bellecombe ont montré que, si les effluents hospitaliers présentent des concentrations plus importantes en résidus de médicaments que les effluents urbains, les flux de résidus de médicaments issus du réseau urbain sont beaucoup plus importants que ceux qui proviennent du réseau hospitalier.

Par ailleurs, de nouvelles pratiques médicales se développent, visant deux objectifs essentiels : un plus grand confort des patients et une réduction des coûts de la santé. L'hospitalisation à domicile fait partie de ces nouvelles pratiques, tout comme la médecine ambulatoire.

Enfin, spécificité intéressante dans le cadre de la démarche MediATeS, l'hospitalisation à domicile est un dispositif qui permet un lien formalisé entre médecine de ville et médecine hospitalière. Dans un contexte dans lequel, sur ce sujet spécifique de la présence de résidus de médicaments dans l'eau, il est difficile d'entrer en contact avec les professionnels de la santé, et dans lequel le site expérimental de Bellecombe permet un contact privilégié avec les médecins du CHAL, l'analyse du fonctionnement de l'hospitalisation à domicile peut ouvrir des pistes pour élargir les contacts avec les médecins de ville du territoire.

Méthodologie

Cette note est établie à partir d'une étude bibliographique, complétée d'un entretien avec un médecin du service Hospitalisation à Domicile (HAD) du Centre Hospitaliser Alpes Léman (CHAL). Dans la suite de ce document, les considérations issues de l'étude bibliographique seront donc complétées ou précisées par les pratiques en vigueur au sein du service HAD du CHAL.

Hospitalisation à domicile : de quoi parle-t-on ?

Il s'agit d'un service de l'hôpital, au même titre qu'un service pneumologie ou cardiologie, dont les patients présentent la spécificité de rester à domicile.

Les médecins et infirmiers du service assurent le suivi des patients et la coordination de l'ensemble des soins nécessaires avec les intervenants professionnels de la santé « en ville » :

- Généraliste
- Spécialiste
- Infirmier
- Kinésithérapeute

Il s'agit donc bien d'un dispositif qui, par ses multiples contacts et multiples intervenants a « un pied en médecine hospitalière, un pied en médecine de ville. »

Il diffère des services de maintien à domicile / SSIAD par la complexité et la fréquence des soins apportés au patient.

L'histoire¹

L'hospitalisation à domicile (HAD) est née au milieu du 20ème siècle aux Etats-Unis. Elle se différencie du maintien à domicile ou des prestations assurées par des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) par la complexité et la fréquence des actes médicaux dispensés au patient.

Elle permet aux patients de rester à leur domicile tout en mettant en place, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Elle s'adresse à des patients de tous âges, atteints de pathologies graves aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables.

Dans les années 1950, la France réfléchit à ce concept et un premier établissement proposant l'hospitalisation à domicile voit le jour en 1957 à Paris. C'est en 1970 que l'HAD obtient sa reconnaissance légale et en 1991, que la législation positionne l'HAD en tant qu'alternative à l'hospitalisation traditionnelle.

En octobre 2007, une circulaire autorise les établissements d'HAD à prendre en charge des patients en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou non (EHPA). Puis en 2009, la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) reconnaît l'HAD comme une hospitalisation à part entière et non plus comme une simple alternative à l'hospitalisation conventionnelle. Elle en protège l'appellation.

¹ Source : <http://www.hopital.fr/Vos-dossiers-sante/Prises-en-charge/L-hospitalisation-a-domicile>

Les grands chiffres²

En 2014, ce sont 309 établissements qui proposent à leurs patients un dispositif d'HAD (un établissement au moins dans chaque département). Ainsi, cette même année, plus de 100 000 malades ont pu en bénéficier, pour près de 4,5 millions de journées.

En 2010, le coût moyen d'une journée d'HAD est évalué à 197 euros contre 703 euros pour une journée d'hospitalisation traditionnelle, selon le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie. Le secteur concerne 0,8 % des dépenses de l'Assurance Maladie.

En 2014, l'âge moyen des patients pris en charge est de 57 ans. Parmi les patients, on compte une majorité de femmes (61,4 %)

Cette moyenne masque le fait que l'HAD concerne essentiellement des personnes âgées : si on pondère l'âge des patients par le nombre de journées, la moyenne d'âge remonte ainsi à 65 ans en 2014.

Les quatre activités les plus fréquemment traitées sont les pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées), les soins de nursing³ lourds et la nutrition entérale.

L'activité d'HAD concerne à 31% en 2014 la prise en charge de pathologies cancéreuses.

Les évolutions

On constate une croissance de l'HAD jusqu'aux années 2010 puis une stagnation, qui peut s'expliquer par la sortie progressive du post-partum physiologique des indications de l'HAD, effectif en 2014.

	NOMBRE ES	ÉVOL. EN %	NOMBRE JOURNÉES	ÉVOL. EN %	NOMBRE SÉJOURS COMPLETS	ÉVOL. EN %	NOMBRE PATIENTS	ÉVOL. EN %	VALORISATION BRUTE EN M€	ÉVOL. EN %
2005	123		1 505 814		63 666		35 017		285 071 409	
2006	166	35 %	1 948 210	29 %	80 980	27 %	46 022	31 %	385 979 339	35 %
2007	204	23 %	2 379 364	22 %	95 100	17 %	56 287	22 %	474 842 806	23 %
2008	231	13 %	2 777 900	17 %	112 591	18 %	71 743	27 %	546 062 339	15 %
2009	271	17 %	3 298 104	19 %	129 748	15 %	86 674	21 %	652 368 093	19 %
2010	292	8 %	3 629 777	10 %	142 859	10 %	97 624	13 %	714 045 440	9 %
2011	302	3 %	3 901 637	7 %	149 196	4 %	100 100	3 %	771 218 660	8 %
2012	317	5 %	4 207 177	8 %	156 318	5 %	104 960	5 %	825 049 082	7 %
2013	311	-2 %	4 366 656	3,8 %	156 638	0 %	105 144	5 %	859 148 360	4,1 %
2014	309	-1 %	4 439 494	1,7 %	156 284	0 %	NC	NC	873 806 744	1,7 %

² Source : Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile – Rapport d'activités 2014-2015

³ soins d'hygiène et de confort qui sont donnés à un malade ayant perdu son indépendance

Le déroulement d'une HAD

Admission

Réalisable uniquement avec le consentement du patient et/ou de sa famille, l'HAD relève obligatoirement d'une prescription médicale. Le patient et son entourage font alors l'objet d'une évaluation médicale, paramédicale et sociale avec visite au domicile de l'infirmière coordinatrice, éventuellement aidée par l'assistante sociale.

L'objectif est de vérifier que les conditions d'accueil du patient, les conditions de vie de l'entourage et les conditions d'intervention des professionnels de la santé pourront être garanties de façon satisfaisante.

L'admission est prononcée après avis du médecin coordonnateur, du cadre de soins et du médecin traitant.

En cas de traitement par chimiothérapie anticancéreuse, dans la mesure où les anticancéreux administrables à domicile ne sont pas déterminés de manière réglementaire, c'est le médecin prescripteur de la chimiothérapie, qui établit la faisabilité d'un HAD, en recherchant les facteurs de risque, en évaluant les risques relativement à la capacité de l'environnement médical (médecins et autres praticiens de ville) à intervenir rapidement en cas de besoin dans un contexte de soins complexe, et après information du malade sur le contexte général. L'équipe pluridisciplinaire et le malade prendront alors en compte la stabilité physico-chimique des préparations, leur toxicité immédiate et la durée de perfusion.

La coordination et le rôle des différents professionnels

Point de rencontre entre la médecine hospitalière et le secteur ambulatoire, l'HAD appuie son action sur un travail de coordination.

Trois médecins sont appelés à intervenir :

- Le médecin hospitalier qui est fréquemment à l'origine de l'hospitalisation à domicile du patient.
- Le médecin traitant qui est le responsable de la prise en charge du patient pour lequel il dispense, de manière périodique, des soins. Il assure le suivi médical.
- Le médecin coordonnateur qui est le référent médical de la structure. Il ne prescrit normalement pas mais il est le garant de la bonne exécution du protocole de soins.

Les infirmiers, les kinésithérapeutes et toute l'équipe soignante interviennent régulièrement au domicile du patient. Des libéraux peuvent également participer à l'hospitalisation à domicile. Dans ce cas, le libéral s'engage à respecter les pratiques qui s'imposent aux personnels de l'HAD.

Parmi les autres métiers, on peut citer les sages-femmes, les diététiciens, les ergothérapeutes, les orthophonistes, les logisticiens...

En Haute-Savoie, et notamment sur le territoire autour du CHAL, le secteur de la santé déplore un déficit de médecins de ville. C'est la raison pour laquelle, au contraire de la plupart des services HAD, les médecins du CHAL se déplacent fréquemment au domicile des patients pour assurer leur suivi.

Les soins

Un projet thérapeutique est élaboré et validé par le médecin traitant, le médecin coordonnateur et l'équipe soignante HAD.

L'HAD permet de faire des soins ponctuels parfois itératifs comme des chimiothérapies, de la surveillance infectieuse, de l'immunothérapie. Elle permet aussi des soins continus concernant des pathologies évolutives. Citons la nutrition entérale, les pansements complexes (escarres...), les perfusions, le traitement contre la douleur...

Une pièce au domicile du patient est dédiée à l'HAD. Pour cela, le service logistique de l'établissement d'HAD procède à l'aménagement nécessaire.

Les soins délivrés sont certes médicaux mais ils peuvent être aussi paramédicaux (kinésithérapie) et peuvent être accompagnés d'une prise en charge psychologique et sociale du patient et de ses proches.

HAD et juste dose

D'une manière générale, en médecine, la « juste dose » n'est aujourd'hui une réalité que pour la chimiothérapie, où on tient compte, pour calculer la dose administrée, du poids du patient, de son sexe, de son âge.

Dans tous les autres traitements, au départ, le médecin suit en général les recommandations du laboratoire, puis les adapte, au regard du contexte : âge du patient, autres pathologies, autres traitements, évolution de l'état de santé. Il y a ainsi une réelle attention à ajuster les doses de médicaments administrés pour une meilleure efficacité et pour le bien-être du patient. Ce dernier, dans le cadre de l'HAD est d'ailleurs largement impliqué dans la prescription, dans le sens où il peut joindre en permanence une infirmière qui relaiera les informations pour une adaptation du traitement.

Le service HAD se réunit tous les jours pour une « Revue des patients », qui permet notamment d'entériner les adaptations des traitements.

HAD et observance

L'HAD tendrait à améliorer l'observance en ce qu'elle améliore généralement le confort de vie du patient. Par ailleurs, les contacts quotidiens et individualisés permettent aux professionnels de santé d'échanger régulièrement avec les patients sur leur traitement, sur l'intérêt de respecter les ordonnances, sur la conduite à tenir en cas d'inconfort provoqué par les médicaments, sur les solutions alternatives.

HAD et gestion des déchets⁴

Le service HAD est responsable de l'élimination des déchets produits au domicile du patient.

Les déchets doivent être triés dès leur production.

Les DASRI doivent être éliminés dans des emballages spécifiques. L'HAD est soumise aux mêmes obligations que tout établissement de santé concernant la filière d'élimination des DASRI.

La production diffuse chez les patients génère une différence de pratiques au niveau de la collecte par :

- une fréquence variable en raison du faible volume de production des déchets,
- le mode de ramassage qui peut être réalisé par un prestataire ou par le service HAD.

Lors du recours à un prestataire de service pour l'élimination, le service HAD reste responsable et doit exiger une convention écrite, ainsi qu'un bordereau de suivi et de retour du bordereau.

D'un point de vue concret le CHAL par exemple, prépare les semainiers des patients : ces derniers n'ont pas de boîtes à domicile ; le service HAD fournit les containers à déchets (coupants / tranchants / déchets à risque infectieux) et les éventuels médicaments non utilisés lui sont retournés.

HAD et rejets dans l'eau

En médecine nucléaire notamment, lorsque les patients sont hospitalisés de manière classique, les urines sont recueillies dans des cuves de décroissance.

On pourrait imaginer mettre en place des systèmes équivalents pour les patients qui suivent des traitements potentiellement à risque pour l'environnement (scléroses en plaque, traitements hormonaux, cancers par exemple), à l'hôpital comme à domicile.

A notre connaissance, aujourd'hui, ce type d'expérimentation n'a pas été mis en place. Néanmoins, les médecins et cadres de santé du service HAD du CHAL se disent intéressés par une telle démarche pour des patients dont les traitements présentent un risque pour l'environnement.

⁴ Source : HygièneS – Revue officielle de la société française d'hygiène hospitalière – Prévention des infections associées aux soins en hospitalisation à domicile - Recommandations du CCLIN (Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales) sud-est - Novembre 2012

Pistes de travail

La démarche amorcée dans le cadre du site pilote de Bellecombe pourrait se prolonger par un travail approfondi sur la substitution d'un traitement par un autre, avec une même efficacité thérapeutique et des effets moindres sur l'environnement (indice PBT), notamment autour des maladies chroniques : SEP, traitements hormonaux

Au-delà du service HAD, il pourrait être intéressant d'impliquer également les services de soins en ambulatoire, dont les patients rentrent chez eux le soir.

Enfin, il serait pertinent de profiter de l'interaction forte avec la médecine de ville pour diffuser la démarche auprès des généralistes et spécialistes du territoire, peu informés aujourd'hui.