

WEBINAIRE

MARDI 4 AVRIL 2023
13H30-15H

« L'HOSPITALISATION À DOMICILE (HAD) POUR
LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP »



ars
● Agence Régionale de Santé
Bretagne

en partenariat avec
Breizh Santé Handicap

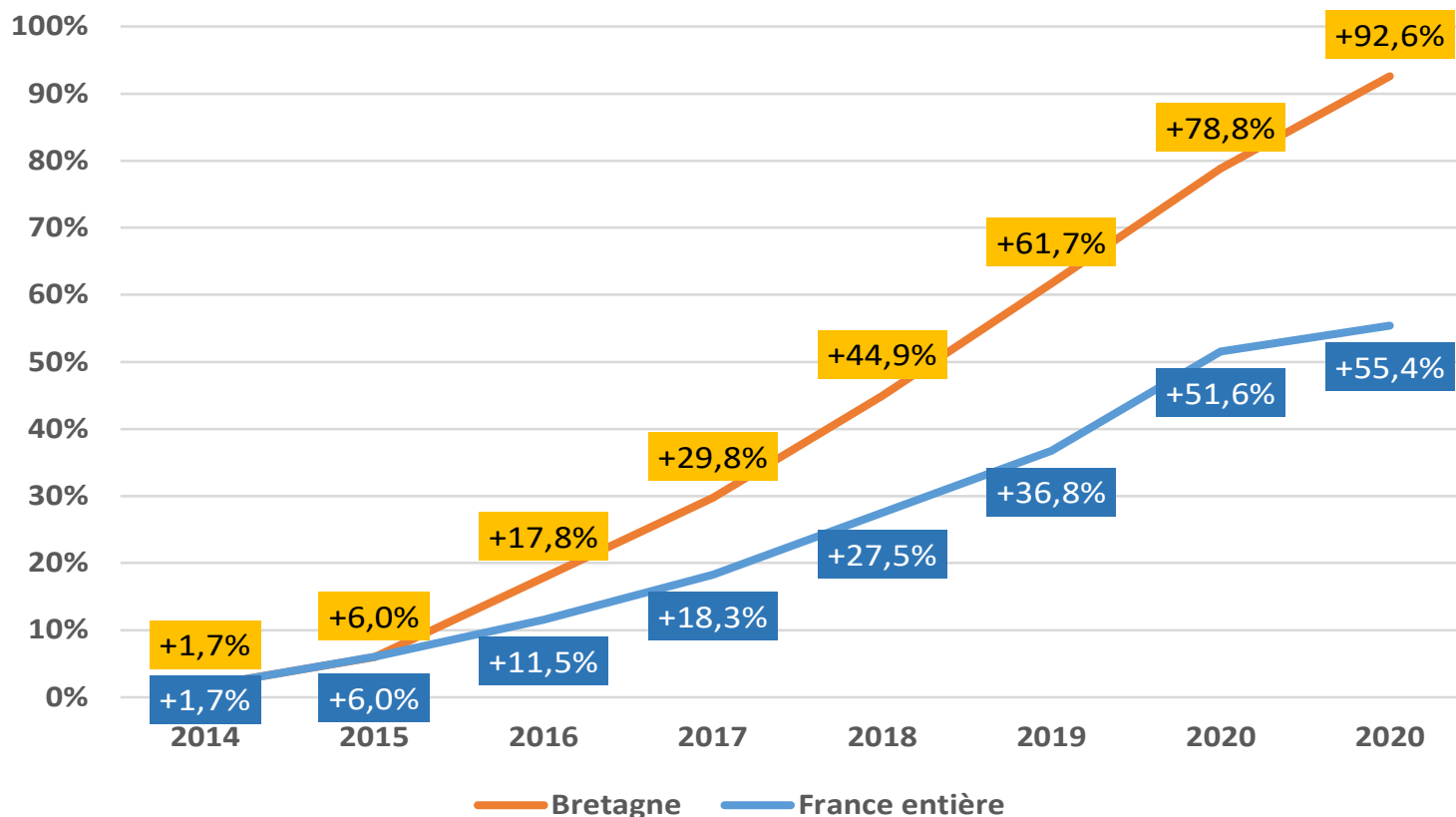
Sites HAD et aires d'intervention des structures HAD



Source : ARS Bretagne
 Réalisation ARS Bretagne, Juin 2022
 Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

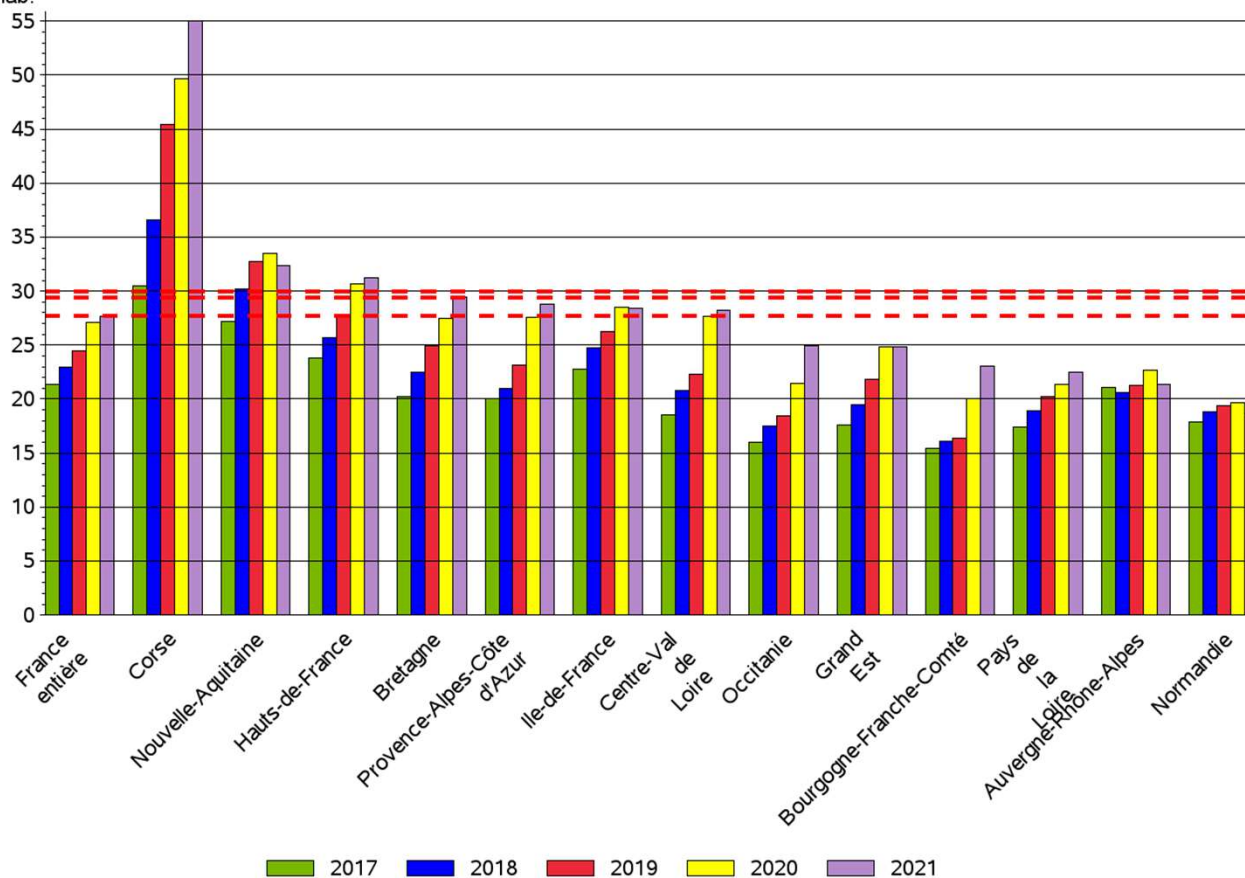
0 30 60 km

Évolutions annuelles cumulées par rapport à 2013 de l'activité des structures d'HAD bretonnes en nombre de journées entre 2014 et 2021



Taux de recours à l'HAD en France et par région 2017- 2021

Nb. patients
par jour
/100 000 hab.



Taux de recours à l'HAD en Bretagne 2022

nous avons procédé à la validation des données PIVIS HAD IVL2 2022 la semaine dernière, voici la synthèse d'activité (depuis l'extraction d'e-PIVIS):

Finess	Raison sociale	TS	Journées de présence	Evol moyenne / N-1	Pop couverte par la structure (2018)	Taux recours (nb. Pat / jour / 100 000 hab)	Evol moyenne / N-1	Nombre de patients	Evol moyenne / N-1	Dont Nombre de patients ESMS	% patients en ESMS	Evol moyenne / N-1	Nb entrées adressées MG (8-9) Tableau 1.D.2.MEMS
290036375	HAD du Ponant - Gd Large	1	33 554	-8,5%	400 558	23,0	-8,7%	1416	14,7%	585	41,3%	7,1%	747
290032838	HAD du Pays de Morlaix	1	26 035	-0,9%	153 979	46,3	-1,0%	658	0,6%	309	47,0%	-6,9%	402
290000785	HAD de Cornouaille	2	24 526	3,3%	303 953	22,1	2,8%	728	-1,0%	182	25,0%	40,0%	24
560018509	HAD de l'Aven à Etel	3	59 555	1,4%	290 730	56,1	1,1%	1191	-6,1%	215	18,1%	-6,9%	173
560000044	HAD CH de Ploërmel	4	10 683	21,3%	122 279	23,9	21,2%	437	18,4%	197	45,1%	30,5%	0
560008799	HAD Océane	4	38 818	2,3%	334 655	31,8	1,3%	1057	-0,3%	222	21,0%	11,0%	130
350042628	HAD 35	5	83 636	34,6%	893 581	25,6	33,4%	2147	26,3%	784	36,5%	40,8%	315
350044772	HAD St-Malo	6	35 017	0,6%	268 563	35,7	-0,2%	778	11,1%	189	24,3%	26,0%	188
220000103	CH Lannion	7	15 001	16,5%	123 854	33,2	16,6%	332	3,8%	42	12,7%	10,5%	114
220019616	HAD du Pays Briochin	7	26 058	-6,9%	234 685	30,4	-7,0%	660	-5,4%	116	17,6%	-14,1%	205
220020341	HAD du Pays de Guingamp	7	11 600	-3,4%	76 321	41,6	-3,3%	371	-0,5%	149	40,2%	-2,0%	154
560022188	HAD Pontivy	8	14 167	-17,1%	132 256	29,3	-17,2%	345	-1,4%	58	16,8%	52,6%	95
BRETAGNE			378 650	5,4%	3 335 414	31,1	4,9%	10120	7,0%	3048	30,1%	14,6%	2547
Total AUB			112 877	-4,5%	865 804	35,7	-4,8%	2812	1,3%	821	29,2%	1,7%	1044
350005179	CHU Rennes (MEO 15/11/2021)	5	2 072					176	780,0%	0	0,0%	-	0
BRETAGNE avec HAD CHU Rennes			380 722	6,0%	3 335 414	31,3	6,0%	10296	8,6%	3048	29,6%	14,6%	2547



Mode de Prise en charge Principal (MPP)	2020		2021		la direction/service
	Nombre de patients	Part de la file active (%)	Nombre de patients	Part de la file active (%)	
TOUS	8801	100,0%	9484	100,0%	+7,8%
04 Soins palliatifs	3100	35,2%	3298	34,8%	+6,4%
07 PEC de la douleur	2375	27,0%	2948	31,1%	+24,1%
09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1429	16,2%	1559	16,4%	+9,1%
03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	1244	14,1%	1371	14,5%	+10,2%
08 Autres traitements	963	10,9%	718	7,6%	-25,4%
12 Rééducation neurologique	284	3,2%	444	4,7%	+56,3%
06 Nutrition entérale	246	2,8%	245	2,6%	-0,4%
21 post-partum pathologique	174	2,0%	205	2,2%	+17,8%
19 Surveillance de grossesse à risque	164	1,9%	171	1,8%	+4,3%
14 Soins de nursing lourds	201	2,3%	167	1,8%	-16,9%
02 Nutrition parentérale	165	1,9%	149	1,6%	-9,7%
13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	162	1,8%	146	1,5%	-9,9%
10 Post traitement chirurgical	144	1,6%	121	1,3%	-16,0%
05 Chimiothérapie anticancéreuse	146	1,7%	117	1,2%	-19,9%
11 Rééducation orthopédique	75	0,9%	98	1,0%	+30,7%
01 Assistance respiratoire	59	0,7%	75	0,8%	+27,1%
18 Transfusion sanguine	7	0,1%	63	0,7%	+800,0%
24 Surveillance d'aplasie	11	0,1%	17	0,2%	+54,5%
22 PEC du nouveau-né à risque	2	0,0%	16	0,2%	+700,0%
17 Surveillance de radiothérapie	18	0,2%	10	0,1%	-44,4%
15 Education du patient et de son entourage	2	0,0%	3	0,0%	+50,0%
29 Sortie précoce de chirurgie	2	0,0%			-

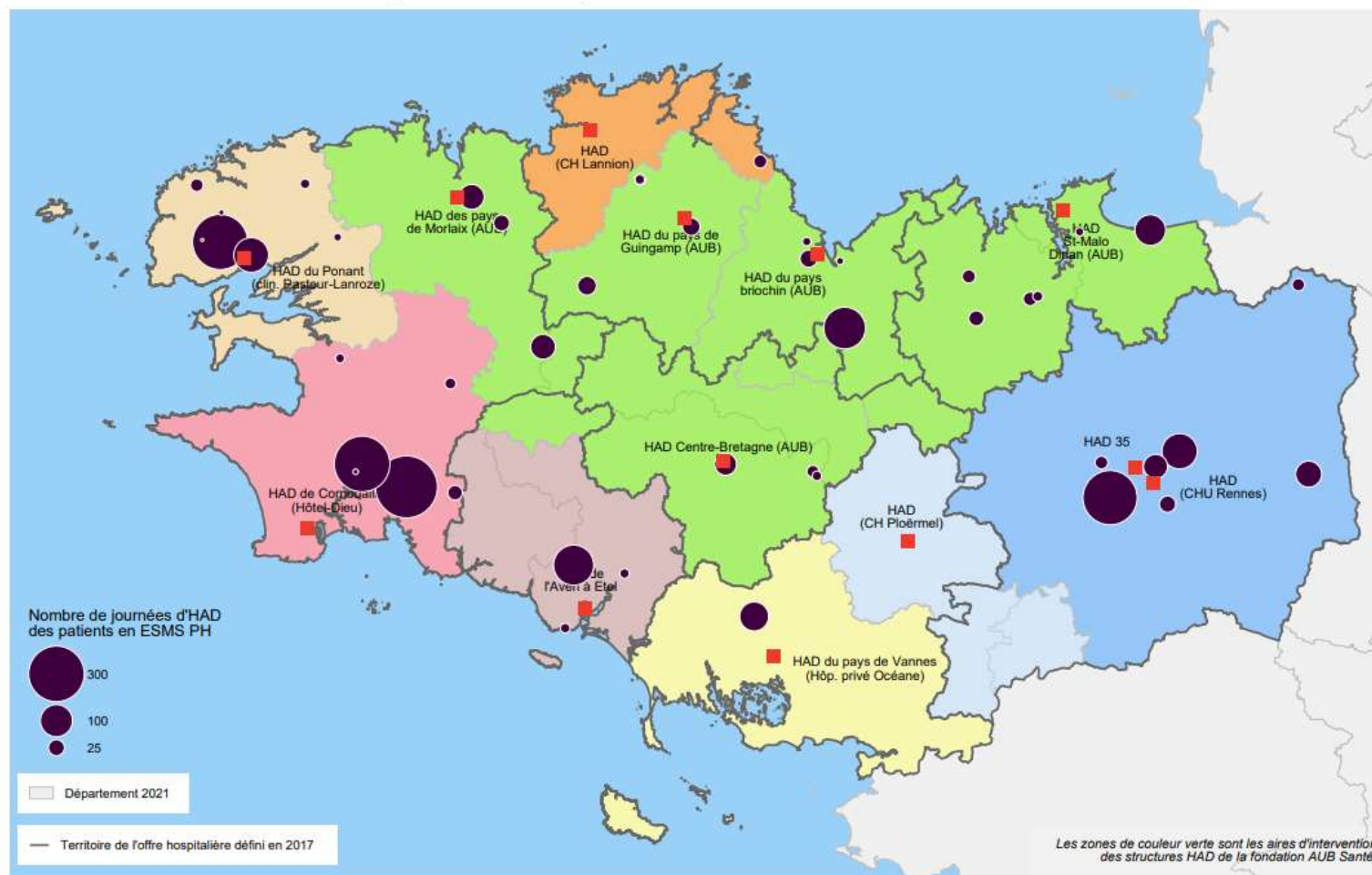
Nombre de patients pris en charge en ESMS

[illegible]

Nombre de patients pris en charge en ESMS

2						
3	CATEG_LIB_ESMS	(Plusieurs éléments)				
4						
5	FINESS_HAD	RS_HAD	TS_HAD	Somme de NB_JOURNEES	Somme de NB_PATIENTS	
6	220000103	CH LANNION	7	17	2	
7	220019616	HAD DU PAYS BRIOCHIN	7	210	5	
8	220020341	AUB - HAD DU PAYS DE GUINGAMP	7	86	5	
9	290000785	HÔTEL DIEU PONT-L'ABBE	2	719	9	
10	290032838	HAD DES PAYS DE MORLAIX	1	209	5	
11	290036375	HAD DU PONANT SITE CLINIQUE GD LARGE	1	448	9	
12	350042628	HAD 35	5	587	15	
13	350044772	HAD ST-MALO	6	166	7	
14	560008799	CLINIQUE OCEANE	4	82	1	
15	560018509	HAD DE L'AVEN À L'ETEL	3	175	3	
16	560022188	HAD DE PONTIVY	8	70	3	
17	Total général			2 769	64	
18						

Sites HAD et nombre de journées des patients en ESMS PH en 2022



Source : ARS Bretagne
 Réalisation ARS Bretagne, Mars 2023
 Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

0 30 60 km



COLLABORATIONS HAD-ESMS PH

Quelle vision pour le futur ?

RÉUNION ARS-FÉDÉRATIONS MÉDICO-SOCIALES 02 04 2023

*Dr ERIC FOSSIER, conseiller médical FNEHAD
délégué régional FNEHAD Bretagne*

LA QUALITÉ DE L'HÔPITAL, **LE CONFORT DE SA MAISON**

L'HOPITAL DE DEMAIN

I – Une modalité de collaboration ancienne : le retour après hospitalisation

II – l'HAD comme alternative à l'hospitalisation

III – l'anticipation des situations de déclin

**12 HAD = couverture régionale intégrale
sans concurrence ni zone blanche
1 territoire = 1 HAD**



I – le retour après hospitalisation : HAD renfort des équipes en place

un patient va en SSR parce qu'il ne peut pas être pris en charge à domicile

...ce qui implique une évaluation de la faisabilité !

- Raccourcissement des périodes d'hospitalisation en MCO-SSR
- Des soins techniques et pluridisciplinaires variés

Post chirurgie, antibiothérapie injectable, nutrition, pansements complexes, douleur, soins palliatifs...

- HAD = effecteur de soins (en propre ou en convention avec libéraux)
≠ EMSP, EMG, équipe mobile MPR
- continuité des soins 24/24 7/7, IDE +/- médecin
- Un territoire d'intervention (et une responsabilité populationnelle..?)

- 
- ▶ Anticiper l'HAD dans le parcours de soins
 - ▶ Éviter / raccourcir une hospitalisation avec hébergement
 - ▶ Évaluer l'éligibilité d'un patient à une HAD

ADOP-HAD est un outil d'aide à la décision d'orientation des patients en hospitalisation à domicile (HAD). Son objectif est d'identifier **les patients potentiellement éligibles à une HAD**, le plus en amont possible afin d'anticiper leur orientation.

Cet outil est à destination des médecins prescripteurs d'HAD : médecins hospitaliers et médecins de ville.

Il peut être utilisé pour tous les patients quelles que soient leurs caractéristiques et leur provenance (établissement de santé, domicile, structure sociale ou médico-sociale avec hébergement).

ACCÉDER À L'OUTIL

<https://adophad.has-sante.fr/>

ADOP-HAD est différent d'une évaluation de **l'admission effective en HAD** qui relève de l'appréciation de l'équipe de l'HAD en concertation avec le médecin traitant (ou le médecin désigné par le patient) après information du patient et de son entourage.

Prendre contact avec l'HAD de votre territoire

RÉSIDENT HOSPITALISÉ ?

PROJET DE SORTIE AVEC SOINS TECHNIQUES ?

FAISABILITÉ POUR ESMS ?

ALLO HAD



L'HAD en appui des parcours de soins non programmés

L'HAD est une hospitalisation à part entière, sécurisée et coordonnée avec un avis médical possible 24h/24h. Contactez les établissements d'HAD de votre territoire !



Recours à l'HAD en 3 étapes

1

Le patient a besoin de soins hospitaliers 24h/24h ?



Le retour à domicile EST POSSIBLE !

2

Le patient peut-il rentrer chez lui avec l'HAD ?



RÉPONDEZ AU QUESTIONNAIRE AU DOS DU DOCUMENT.
Une réponse positive ?
Le patient est éligible.

3

Contactez l'HAD pour organiser son retour à domicile !

Recherchez une HAD
<https://trouversonhad.fr>



Un professionnel vous répond sur la possibilité d'admission avec l'équipe de 1^{er} recours

Une communication vers les services hospitaliers...mais...

Organisez la sortie du patient

- ▶ Le bilan est fait, le diagnostic est posé ? Appelez le praticien d'HAD.
- ▶ Le patient vit en EHPAD ou ESMS ? L'HAD permet un retour plus rapide.
- ▶ Une stabilisation est nécessaire avant la sortie ?
Trouvez facilement une structure d'accueil en proposant l'HAD dès l'entrée.



Patient aux urgences
ou hospitalisé



Contactez l'HAD
au plus tôt



Évaluation
rapide



Retour
à domicile



Des outils dédiés

QUESTIONNAIRE

Le patient peut-il rentrer chez lui avec l'HAD ?

Au moins une réponse positive, contactez l'HAD !

- 
- ✓ Le patient est **stabilisé** mais a besoin de soins hospitaliers au domicile ou en EHPAD / ESMS.
 - ✓ Le patient est **porteur d'une pathologie chronique évolutive**, un projet collégial en soins palliatifs est défini.
 - ✓ Le patient a besoin d'**au moins un des items** suivants :
 - ▶ Oxygénothérapie sous surveillance
 - ▶ Injections intraveineuses répétées ou médicaments de la réserve hospitalière
 - ▶ Soins 24h/24 et 7j/7
 - ▶ Surveillance rapprochée avec un besoin de réactivité
 - ▶ Soins de support
 - ▶ Soins pour pansements complexes
 - ✓ L'état du patient répond à **l'une des situations** suivantes :
 - ▶ Risque d'aggravation nécessitant une surveillance régulière
 - ▶ Recours réitérés à l'hospitalisation avec hébergement
 - ▶ Refus d'hospitalisation alors que des soins et une surveillance sont nécessaires
 - ▶ Complexité médico psycho-sociale

Les enseignements de la période COVID-19

- Possibilité d'intervenir « en urgence »

même sans convention avec l'ESMS

Pour les 3 premiers patients...puis régularisation

- Soutien au domicile ou ESMS des patients COVID+

Formation de l'entourage, des professionnels aux mesures barrières

Surveillance clinique renforcée, réhabilitation...

- Contribution aux astreintes territoriales de SP 24/24 7/7 en partenariat avec les EMSP

L'HOPITAL DE DEMAIN

II – l'HAD comme alternative à l'hospitalisation

II – HAD comme alternative à l'hospitalisation : les plaies chroniques

PRISE EN CHARGE DES PLAIES CHRONIQUES À DOMICILE ET EN EHPAD



La plaie s'aggrave

Le pansement dure plus de 30 minutes

Analgésie insuffisante

Nécessité avis spécialisé

- Expertise HAD
- Renfort IDEL/IDEC en ESMS
- MEOPA, pompes analgésie
- Médecin + IDE plaies HAD
- télémedecine

LES AVANTAGES DE LA TÉLÉMÉDECINE



La possibilité de **téléconsultations** entre les **infirmières de l'HAD** et le **médecin HAD**, ou avec les différents **spécialistes hospitaliers** (chirurgiens vasculaires..).

Pas de transport du patient !



II – HAD comme alternative à l'hospitalisation : les soins palliatifs

Le patient est atteint d'une maladie grave en phase avancée ou terminale mettant en jeu le pronostic vital à plus ou moins long terme. (*guide méthodologique HAD*)

➔ Pas réservé à la phase agonique !

- Prise en charge des symptômes...
- Soins de support

Assistante sociale, Psychologue, Diététicienne, Socio-esthéticienne, Kinésithérapeute

- Soutien patient, famille, entourage

Gardes malades (FNASS), Réévaluation APA

- Clarifier localement la place respective des acteurs :

- *EMG = expertise gériatrique spécialisée (extrahospitalière ?)*
- *Equipe mobile de MPR : suivi du handicap = relais vers HAD pour HAD-R ou prise en charge de soins palliatifs/pansements/nutritions...*
- *EMSP = expertise en SP, propositions thérapeutiques, soutien équipes ≠ effecteur soins*
- *HAD = effecteur de soins, soutien équipe, complexité (symptômes, famille..), continuité 24/24 7/7*

Et beaucoup d'autres situations...

Antibiothérapie intraveineuse

Nutrition entérale

Intensification de rééducation

Et toutes situations d'aggravation temporaire nécessitant une surveillance renforcée et continuité 24/24

L'HOPITAL DE DEMAIN

III – l'anticipation des situations de déclin

III – anticipation des situation de déclin → EVALUATIONS ANTICIPEES

CRÉATION DE FILIÈRE DE « PATIENTS DORMANTS »

- Aggravation continue de l'état de santé (maladies neuro-dégénératives, perte oralité)
- Suites d'épisodes aigus répétitifs (insuffisance cardiaque, respiratoire...)

- Évaluer en amont la stratégie en cas d'aggravation
- Avec équipe habituelle, patient, famille, spécialiste
- LATA (limitation ou arrêt des thérapeutiques actives) = quelle prise en charge ?
- Prescriptions anticipées, information équipe habituelle, entourage...
 - ➔ patient repéré, « dormant » ou « en veille »

- Aggravation = déclenchement intervention HAD délai court $\leq \frac{1}{2}$ journée
- Alternative à l'hospitalisation crédible !
- ➔ création de partenariats resserrés entre HAD et ESMS PH

III – anticipation des situation de déclin → construire partenariat

- Convention d'intervention : annexe décrivant organisation
 - Qui appelle HAD, selon quelles modalités
 - Quel suivi de la file active des patients repérés
 - Définition du périmètre (faisabilité des admissions sur horaires de permanence des soins ?)
- Aggravation = ALLO HAD → déclenchement intervention HAD délai court $\leq \frac{1}{2}$ journée
- Impact tarifaire ?
 - Un dispositif national financé (dotation HAD 180 €/intervention si patient non admis dans les 7 jours, 1 seule fois par patient par année civile)
 - Aucun impact financier pour les ESMS si HAD intervient
 - Financement HAD ajusté (-13%) si ESMS avec forfait soins

NEW → extension du dispositif aux établissements PH depuis janvier 2023

**L'hospitalisation
à domicile**

**l'hôpital
PARTOUT
OÙ VOUS
ÊTES**



L'infirmière de liaison en HAD

Rôle et activités



→ Elle est la personne ressource pour les établissements de santé dont elle est référente.

→ Elle est en capacité de répondre aux prescripteurs sur les modalités d'admissions et les modes de prise en charge proposés en HAD.

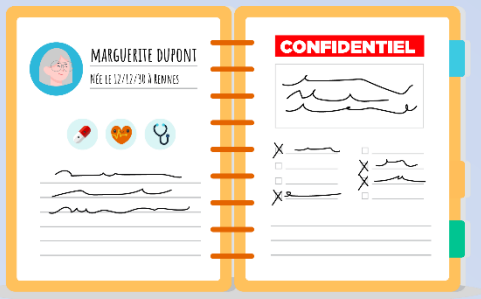
ACTIVITÉS :

- **Réception et analyse des demandes d'admissions.**
- **Organisation de la prise en charge depuis la demande jusqu'à l'entrée en HAD.**

L'IDE de liaison réalise :

L'évaluation suite à la demande d'HAD

- **En déterminant les besoins en soins**
- **En récupérant les traitements du patient**
- **En évaluant sa situation sociale**
- **En organisant les interventions des professionnels**



→ Elle évalue les besoins en soins, en matériel et organise leur mise en place.



→ Elle élabore le plan de soins tant des professionnels de l'HAD que des libéraux.



=>Elle assure l'interface entre les professionnels hospitaliers et les libéraux (IDE, kinésithérapeutes, orthophonistes...)

=> Elle apprécie aussi la nécessité d'une évaluation sociale ou d'un besoin en soins de support.

L'IDE de liaison explique au patient et à son entourage l'organisation de la prise en charge en HAD.

Les visites se font en hospitalisation et /
ou domicile du patient.

Tout le cursus de son évaluation est notifié dans le dossier du patient.



FOCUS ESMS: plus-value de l'HAD de rééducation

Accompagnement de l'équipe en place par une équipe de rééducation multi disciplinaire avec des passages à raison de cinq fois par semaine.

Proposition d'un accompagnement temporaire en ESMS pour permettre au patient de retrouver son autonomie antérieure en amenant à l'établissement davantage de technicité.

Typologie de patients

L'HAD de rééducation doit pouvoir prendre en charge des patients ayant des besoins de rééducation auxquels l'hospitalisation complète et l'hôpital de jour ne répondent pas.

Par exemple:

Handicap orthopédique et/ ou neurologique avec altération de l'état général.

Personne en situation de dépendance avec un évènement médical aigu rompant l'équilibre de vie.

L'évaluation anticipée

- ✓ Elle permet de faire une visite d'évaluation auprès du patient sans entrée de celui-ci.
- ✓ L'évaluation est alors consignée dans le dossier patient et l'entrée en HAD peut être activée rapidement sur demande de l'établissement.
- ✓ L'évaluation anticipée est actuellement réalisée auprès des EHPAD.
- ✓ Ouverture vers le secteur du handicap ?

EN CONCLUSION :

**l'IDE de liaison
est le premier maillon
de la chaîne soignante en HAD
et le dernier
avant sa prise en charge en HAD (domicile
ou hospitalisation).**



HAD – R en ESMS

Dr Duruflé
Pôle MPR Saint Hélier



MPR, SMR de quoi parle-t-on ?

- L'activité de soins médicaux et de réadaptation a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, déficiences et limitations d'activité, soit dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, soit en amont ou dans les suites d'épisodes de soins aigus, que ces conséquences soient physiques, cognitives, psychologiques ou sociales. Cette activité comprend des actes à visée diagnostique et thérapeutique et des actions à visée préventive et d'éducation thérapeutique et de réinsertion dans le cadre du projet thérapeutique du patient.
- Vise à donner toutes les chances aux patients de récupérer le plus rapidement possible un maximum d'autonomie, de l'autonomie personnelle la plus basique (déplacement, toilette, habillage, sphinctérienne, marche, préhension, communication..) À l'autonomie la plus élaborée (autonomie pour les actes de la vie familiale et sociale, loisirs, profession)
- Vise ainsi à minimiser les conséquences de l'accident ou de la maladie, tant sur le plan fonctionnel et physique que psychologique et social, afin de réintégrer le patient à la place socio-familiale et professionnelle qui lui convient le mieux et/ou de lui conserver sa place
- Elle s'inscrit dans un contexte pluridisciplinaire : médecin, IDE, AS, kiné, ergo, neuropsych, ortho, ass social, psycho, diet, orthopsie



De 1950

A nos jours



Ce que l'on peut attendre de l'HAD - R

- Améliorer l'efficience des parcours patients par l'augmentation de l'offre de soins en MPR
- Garantir une équité de prise en charge pour les patients dont l'état de santé ne permet pas l'accès à un plateau technique spécialisé, ou dans l'attente de cet accès.
- Favoriser la diminution des durées moyennes de séjours à la sortie du MCO ou du SMR par le recours à une HAD - R.
- Contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients du secteur médico-social par l'intervention organisée de l'HAD - R.
- Faciliter le projet de réadaptation par une meilleure connaissance de l'environnement du patient.
- Intégrer le médecin traitant ainsi que les professionnels libéraux dans la PEC rééducative et réadaptative à chaque fois que cela est possible.



Provenance et typologie des patients

Services de MCO, services SMR, secteur Médico-Social (EHPAD, FAM, SAMSAH...), équipe mobile du PSH, HAD polyvalent, secteur libéral



- A la sortie des services de soins aigus pour le domicile ou une structure d'hébergement médico-sociale (foyer de vie, EHPAD..) : l'HAD R a pour objectif alors de diminuer le temps d'hospitalisation conventionnelle en offrant à domicile ou en institution des conditions de qualité et de sécurité de soins.
- A domicile lorsque la situation se dégrade à domicile ou en structure d'hébergement (majoration du handicap, isolement familial brutal, « burn out » des aidants ...) : l'HAD R a alors pour vocation la prise en charge de personnes qui, en l'absence d'un tel service et lorsque la situation le permet, seraient hospitalisés en établissement de santé.
- Pathologies neurologiques ou secondaires à des affections de l'appareil locomoteur



Enjeux pour les HAD - R

- Offrir une équipe pluridisciplinaire coordonnée
- Garantir un parcours de soin fluide entre la ville et l'hôpital à double sens
- S'appuyer sur les compétences et l'expertise de l'HAD de territoire et du centre MPR auquel elle s'adosse pour cette activité spécialisée.
- Etre bien inséré dans le territoire de santé en créant des partenariats avec les établissements sanitaires/médico sociaux et avec les acteurs de la ville
- Avoir un modèle économique équilibré



Rôle des structures

- **HAD** : support de coordination, logistique, réalisation des soins généraux
- **Structure de MPR :**
 - **Pôle Saint-Hélier :**
 - mise à disposition de professionnels formés et spécialisés dans la prise en charge rééducative des personnes en situation de handicap : médecins MPR, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophoniste, neuropsychologue ...
 - **Autres structures partenaires : CHU Rennes**

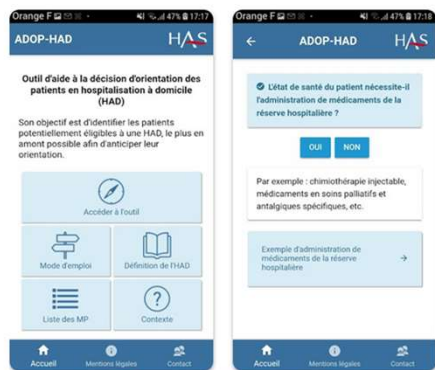
Début activité septembre 2017
Montée en charge progressive
avec 50 places aujourd'hui



PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT EN HAD DE RÉADAPTATION



Eligibilité des patients



<http://adophad.has-sante.fr>

Critères MPR

- Rééducation
- Réadaptation
- Réinsertion

Critères HAD

- Adhésion patient et entourage au projet
- Evaluation des besoins en soins, besoins sociaux et environnementaux
- Projet médical autre surajouté?

Domicile

- Visite systématique du domicile
- En lien avec ergo si besoin

Organisation du séjour

DEMANDE

- Demande de prise en charge via ORIS (logiciel d'orientation)

PRE ADM

- Evaluation systématique du domicile
- Evaluation et validation médicale commune (PSH, HAD) : sur lieu d'hospitalisation ou domicile (en téléconsultation si besoin)
- Rédaction projet thérapeutique commun incluant une durée de séjour cible
- Courrier d'entrée commun

SEJOUR

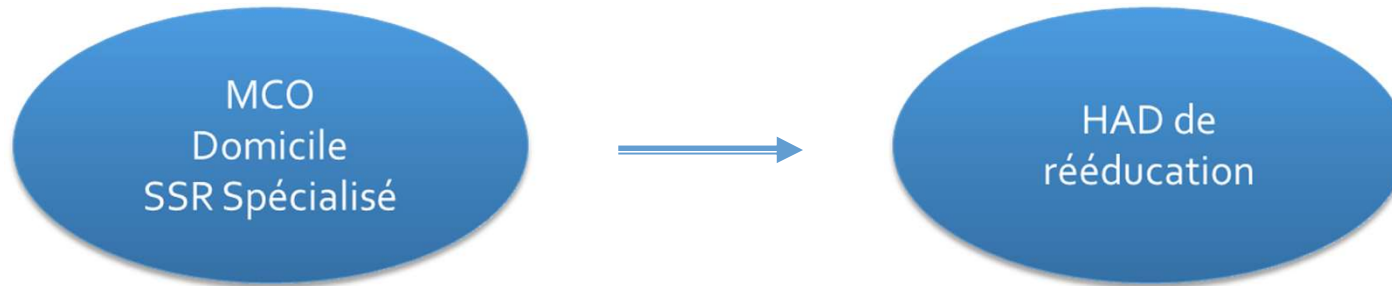
- Suivi de la PEC : staff commun hebdomadaire

SORTIE

- Fin de PEC validée conjointement
- Relais des soins de rééducation si nécessaires
- Courrier de sortie commun



EXEMPLES DE PARCOURS DE SOINS



- AVC léger ou lourd sans nécessité d'accès à un plateau technique spécialisé
- Maladies neurodégénératives en perte d'autonomie.
- Tumeurs cérébrales
- Orthopédie : PTG ou PTH complexes sans nécessité d'accès à un plateau technique spécialisé
- Cathéters périnerveux



EXEMPLES DE PARCOURS DE SOINS



- Vasculaire: amputés récents avec moignons ouverts : préparation à l'appareillage
- Polytraumatisé en attente de reprise d'appui
- Affection neurologique chez un patient fatigable



Situation

- Handicap congénital avec une aggravation progressive chez un patient qui a peu à peu perdu en autonomie avec une motricité possible mais limitée par les déformations Neuro – orthopédiques
- Chirurgie récente sur le membre inférieur droit incluant : *phénolisation de la branche antérieure et postérieure du nerf obturateur associé à une ténotomie percutanée du long adducteur (abduction de hanche à 15°) ténotomie du droit interne du demi-tendineux associée à une ténotomie du biceps fémoral avec en fin d'intervention un angle poplité à 90 + 0 et Phénolisation du muscle iliaque par voie percutanée avec un flessum résiduel de hanche d'environ 30° en fin de procédure.*
- Vit en foyer de vie depuis mars 2021, entouré de frères et sœurs, sous tutelle

Objectifs de prise en charge

- Maintien des amplitudes articulaires obtenues en peropératoire,
- Travail sur les transferts et mise à disposition du matériel nécessaire

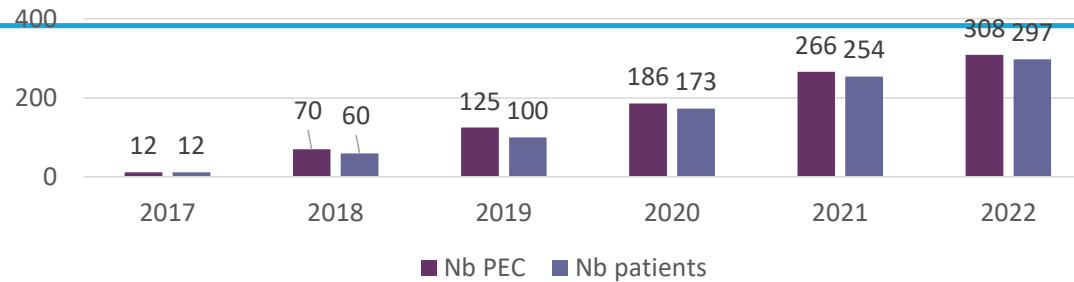
Modalités du séjour

- Prise en charge pluridisciplinaire rééducative.
- Durée prévisionnelle : six semaines
- Plan de soins MPR :
Kinésithérapie à raison de 2 à 3 fois par semaine pour travail de mobilisation des membres inférieurs avec un objectif de maintien des amplitudes articulaires obtenues en peropératoire, travail des transferts, travail de la marche si possible
Ergothérapie à raison de deux fois par semaine pour travail de l'autonomie, des transferts, installation au fauteuil et installation au lit
APA à raison de une fois par semaine pour ré entraînement à l'effort

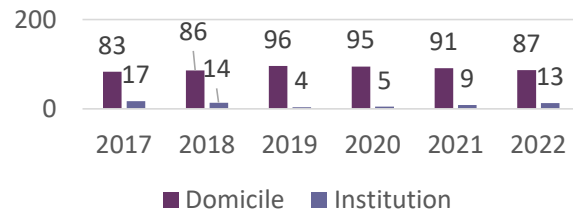
Bilan à la sortie

- Maintien des amplitudes articulaires peropératoires
- Livraison installation de nuit et de jour
- Matériel en place pour faciliter transferts
- Relai en équipe mobile pour suivi des préconisations sur le versant réadaptatif

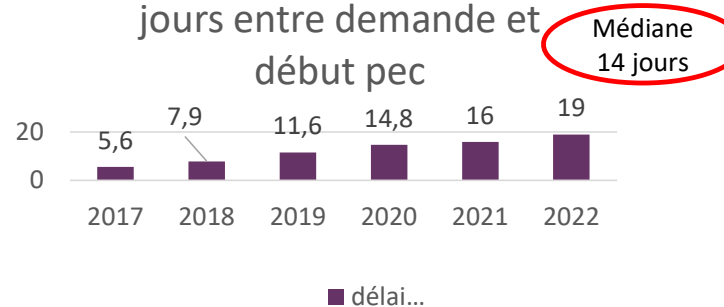
Quelques chiffres



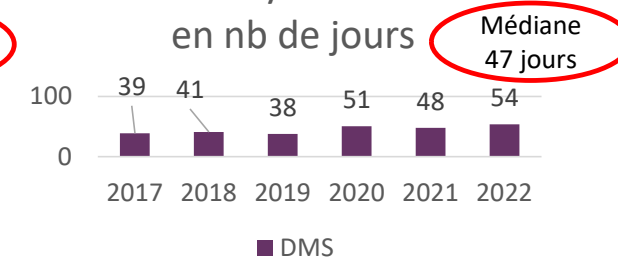
Lieu d'intervention en %



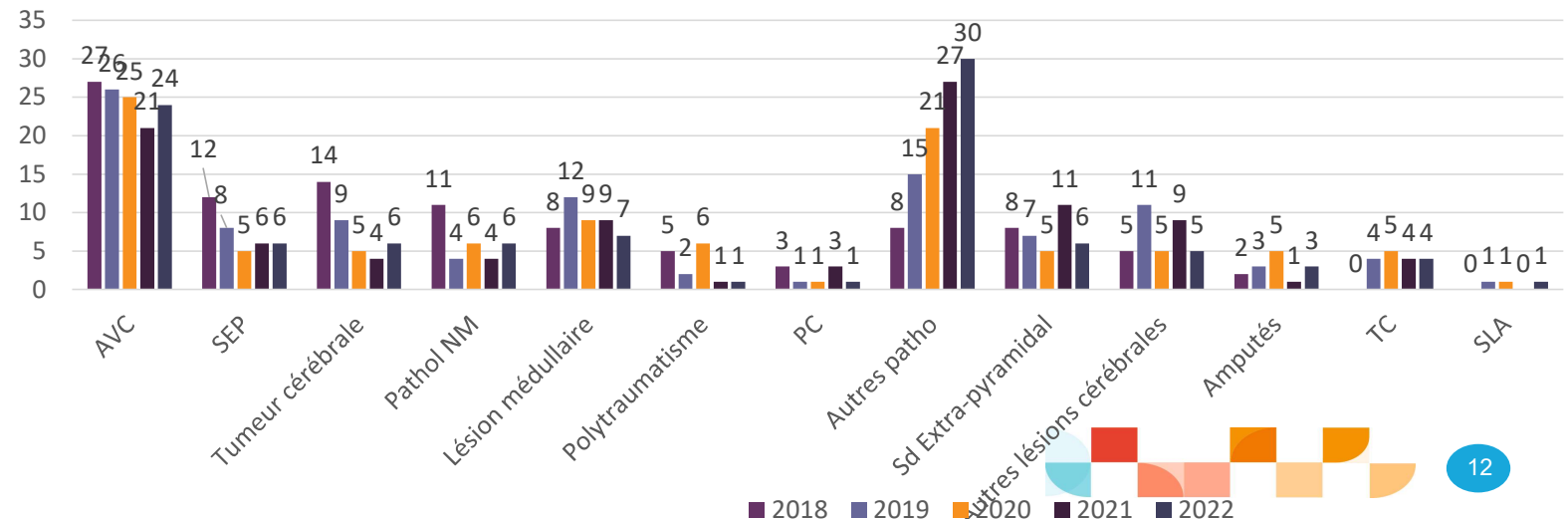
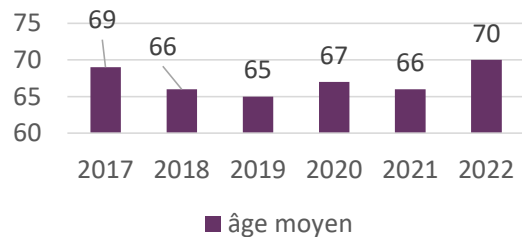
Délai d'intervention en nb de jours entre demande et début pec



Durée moyenne de PEC en nb de jours



Age moyen



En résumé, L'HAD-R



- **Quand nous contacter ?**

- pour une **prise en charge rééducative globale et coordonnée**, pour des personnes avec handicap neurologique ou de l'appareil locomoteur, **à domicile**
- **alternative** aux prises en charges conventionnelles en rééducation permettant un « éventail » et une graduation dans l'offre de soins en fonction du projet de soins de la personne
- un accès aux soins de MPR de « phénotypes » de patients différents : fatigabilité, pronostic vital parfois engagé, besoins rééducatifs différents

- **Quelle est la population concernée ?**

- Toute **personne adulte en situation de handicap** et justifiant d'une prise en charge rééducative pluridisciplinaire , à domicile ou en structure médico-sociale
- Lieu de vie : Rennes et sa métropole (25 kms autour de Rennes) , 20 kms autour de Fougères, 20 kms autour de Redon



En résumé, L'HAD-R



- **Qui peut nous solliciter ?**

- Tous professionnels de santé (libéral, hospitalier, structures médico-sociales ...)

- **Quels sont les intervenants ?**

- **un partenariat innovant / des outils de fonctionnement communs avec l'HAD 35 et de Ploërmel**

- PSH : mise à disposition de professionnels formés et spécialisés dans la prise en charge rééducative des personnes en situation de handicap : médecin MPR, kinésithérapeute, ergothérapeutes, orthophoniste, neuropsychologue
- HAD 35 / HAD Ploërmel : médecin, soins IDE, nursing, planification soins, logiciel patient, permanence des soins ...

- **Comment nous contacter ?**

- Tél. 02-99-411-433 HAD 35 / 02 97 73 22 57 HAD Ploërmel
- Fax. 02-99-774-688 HAD 35 / 02 97 73 22 69 HAD Ploërmel
- ORIS avec demande HAD - R sur HAD 35 ou Ploërmel et Pôle Saint Hélier





RENNES

SOINS MÉDICAUX ET
DE RÉADAPTATION

RÉSIDENCE EHPAD
CENTRE DE SANTÉ
HANDIACCÈS 35

MERCI DE
VOTRE
ATTENTION



RECHERCHE
& INNOVATION
MAISON EHPAD
CENTRE DE SANTÉ



SAINT-JACUT-LES-PINS

ACCUEIL DE JOUR



Evaluation anticipées HAD en ESMS: définition

- Aussi appelées: « préadmission ESMS », « patients en veille » ou encore « dossiers dormants »
- Réalisée pour des résidents en ESMS dont l'état de santé est susceptible de se dégrader à courte échéance (phase palliative ou pathologies chroniques avec risque de décompensation symptomatique) et qui ont émis le souhait de ne pas être transférés à l'hôpital ou pour lesquels les équipes de soins ont posé la conduite à tenir après discussion collégiale
- **GRATUITES** pour les ESMS PH car prises en charge dans le financement des HAD
- Dispositif évite des prises en charge trop tardives et des transferts en service d'urgence
 - le projet d'hospitalisation correspond aux critères d'éligibilité d'une prise en charge en HAD
 - L'évaluation anticipée est réalisée sur demande de l'ESMS et après décision collégiale (médecin traitant, médecin coordonnateur de l'ESMS, et médecin praticien de l'HAD)
 - Le consentement du résident, de la personne de confiance, de la famille ou du référent a été recueilli.
- Lorsque le résident présente une dégradation, sur demande de l'ESMS, **l'HAD peut se mettre en place rapidement et organiser la prise en charge.**

Evaluation anticipées en HAD: étapes indispensables

- Signature d'une **convention entre l'HAD et l'ESMS** (ou d'un avenant si la convention existe déjà) qui doit prévoir:
 - La réalisation possible d'évaluations anticipées par l'HAD
 - Les engagements réciproques de chacune des parties pour la bonne réalisation des évaluations (exemple: l'ESMS s'engage à informer régulièrement l'HAD de l'état de santé des résidents ayant fait l'objet d'une évaluation anticipée, l'HAD s'engage à intervenir dans un délai d'une demi-journée lors d'une demande d'intervention)
- **Coordination** entre les équipes HAD et de l'ESMS: réalisation d'un compte-rendu de synthèse de l'évaluation et d'un projet de soins personnalisé
- Création du **dossier patient dans le DPI de l'HAD**
- Réalisation des **prescriptions anticipées personnalisées**
- Les équipes de l'ESMS et de l'HAD poursuivent des échanges réguliers afin d'actualiser le projet thérapeutique et tiennent informés le médecin traitant de l'évolution de l'état de santé des patients

En résumé:

- HAD : modalité de prise en charge utile à développer pour les personnes en situation de handicap en ESMS
- Contacter l' HAD de votre territoire 😊
- Webinair en REPLAY sur le site: **www.breizh-sante-handicap.fr**

Merci de votre attention!

