

Critères de niveaux d'interventions auprès de patients à domicile Mai 2016

Contexte

Avec l'augmentation des pathologies chroniques, la majorité des patients souhaite rester à domicile dans la mesure du possible. Cette évolution de notre système de santé implique la mise en place d'un continuum entre une multiplicité d'acteurs indépendants (professionnels et entourage), ce qui nécessite d'une part de clarifier les critères d'interventions de chacun, d'autre part d'organiser les relais entre partenaires impliqués dans le maintien à domicile, afin de garantir un parcours de santé fluide et cohérent.

A la demande de la DGOS et de la DSS, la Haute Autorité de santé (HAS) élabore un algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en hospitalisation à domicile (HAD) à destination des médecins prescripteurs, afin de clarifier les critères de transfert comme de non transfert des patients vers l'HAD et permettre de la différencier par rapport aux autres modes de prise en charge (en particulier hospitalisation conventionnelle ou prise en charge coordonnée par des professionnels de santé libéraux).

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2637845/fr/feuille-de-route-algorithme-d-aide-a-la-decision-d-orientation-des-patients-en-hospitalisation-a-domicile-had-a-destination-des-medecins-prescripteurs?cid=r_1437747

Plusieurs travaux ont été menés par l'ARS Ile-de-France sur la thématique de la gradation des soins à domicile, notamment entre équipe de ville, service de soins à domicile (SSIAD ou SSIAD renforcé) et HAD. Ces travaux n'ont pas l'ambition de remplacer la réflexion en cours à la HAS ; ils ont permis aux représentants des acteurs du territoire de se rencontrer et de partager leurs problématiques régionales.

Préambule

La méthode d'élaboration des critères d'inclusion/d'exclusion selon les niveaux d'interventions auprès de patients à domicile est présentée en annexe 1.

Ces critères doivent respecter les principes liés aux droits et à l'intérêt du patient :

- Assurer le libre choix du patient quant aux modalités de prise en charge possibles
- Privilégier l'équipe déjà impliquée dans la prise en charge à domicile.

Le besoin de fluidifier les relais, par exemple pour apporter des répit en cas d'épuisement d'une équipe, comme la difficulté de quitter un patient auquel l'équipe s'est attachée, ont été soulignés par les professionnels participant à la réflexion.

Le rappel des modes de prise en charge en HAD est présenté en annexe 2 ; il est extrait du guide méthodologique de production des recueils d'information standardisés de l'hospitalisation à domicile ATIH. Il a été mis à jour en février 2017.

Critères d'inclusion/d'exclusion entre prises en charge par l'équipe de ville, le SSIAD, le SSIAD renforcé et l'HAD

Les critères inscrits dans une colonne inclusion/exclusion peuvent être rédigés en creux dans l'autre ; la rédaction affirmative a été privilégiée.

Equipe libérale hors structure	
Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Disponibilité en fonction de la charge de travail Organisation dans l'agenda : prise de rendez-vous Coordination entre les professionnels sur le territoire Continuité des soins variable selon les professionnels Les professionnels de l'aide à domicile jouent le rôle d'aides-soignants et peuvent assurer des gardes de jour et de nuit.	Matériel ou médicament de la réserve hospitalière

Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	
Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Toujours avec intervention d'aide-soignant (AS) Maximum 2 passages par jour	Besoin d'infirmier (IDE) seul GIR 5-6 (personnes autonomes) : orientation vers l'aide à domicile ou vers toute autre structure adaptée Besoin d'intervention ou d'astreinte la nuit (sauf SSIAD de nuit) : impossibilité de pompe Besoin de coordination Impossible en l'absence de mobilisation des autres acteurs

Expérimentation en Ile-de-France de SSIAD renforcé																	
Critères d'inclusion	Critères d'exclusion																
Possibilité de 3 à 4 passages par jour Grille d'inclusion liée à la charge en soins et à l'environnement social	Age < 60 ans en raison du financement de l'expérimentation par des crédits fléchés pour les personnes âgées (En pratique, la moitié des patients a plus de 85 ans)																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #00b050; color: white;">Items</th> <th style="background-color: #00b050; color: white;">Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tps de soins IDE/semaine</td> <td>0 à 4</td> </tr> <tr> <td>Nb passages IDE/semaine</td> <td>0 à 5</td> </tr> <tr> <td>Tps de soins AS/jour</td> <td>0 à 5</td> </tr> <tr> <td>Nb passage AS/jour</td> <td>0 à 4</td> </tr> <tr> <td>Passages en binômes fréquents</td> <td>0 à 5</td> </tr> <tr> <td>Isolement social</td> <td>0 à 4</td> </tr> <tr> <td>Score max</td> <td>27</td> </tr> </tbody> </table>	Items	Score	Tps de soins IDE/semaine	0 à 4	Nb passages IDE/semaine	0 à 5	Tps de soins AS/jour	0 à 5	Nb passage AS/jour	0 à 4	Passages en binômes fréquents	0 à 5	Isolement social	0 à 4	Score max	27	Si score < 11 = exclusion Si score compris entre 11 et 21 = inclusion Si score > 21 = exclusion
Items	Score																
Tps de soins IDE/semaine	0 à 4																
Nb passages IDE/semaine	0 à 5																
Tps de soins AS/jour	0 à 5																
Nb passage AS/jour	0 à 4																
Passages en binômes fréquents	0 à 5																
Isolement social	0 à 4																
Score max	27																

Hospitalisation à domicile (HAD)	
Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Situation complexe <ul style="list-style-type: none"> - Pansement complexe - Soins de nursing lourds Période limitée dans le temps, avec une durée moyenne de séjour autour de 20 jours (17 jours en Ile-de-France, 25 jours en France) puis organisation de relais Interventions d'IDE majoritaire par rapport à celles d'AS Besoin d'une équipe pluri-professionnelle comprenant des compétences qui ne sont pas disponibles en libéral : aides techniques, ergothérapeutes, psychomotriciens Matériel ou médicament de la réserve hospitalière Surveillance de soins durant plusieurs heures (2 heures, parfois plus) Jusqu'à 4 passages par 24h Continuité des soins avec astreinte téléphonique médicale 24h/24 et possibilité de passage d'une infirmière la nuit en cas d'urgence Coordination ville-hôpital	Pansement simple ou soins de nursing isolés orientés vers IDEL ou SSIAD Impossibilité d'accès au domicile (boite à clés) Impossibilité d'une présence 24h/24 (aidant ou garde) pour assurer la sécurité en fonction de l'état de santé du patient (possibilité d'alerte) Voir le tableau en annexe sur les limites des prises en charge à domicile et en EHPAD

Annexe 1 - Méthode d'élaboration des critères d'inclusion/d'exclusion selon les niveaux d'interventions auprès de patients à domicile

Une réunion de travail organisée en mai 2016 a permis à des représentants d'Ile-de-France de professionnels d'équipes de ville, SSIAD, SSIAD renforcés et opérateurs d'HAD, de réfléchir ensemble aux critères d'inclusion et d'exclusion des prises en charge réalisées au domicile en fonction de la charge en soins médicaux et paramédicaux que nécessite l'état de santé du patient ainsi que de ses besoins psycho-sociaux et de son environnement. Cette réunion a permis de clarifier les missions et les contraintes des uns et des autres ; elle n'a pas l'ambition de remplacer les travaux de la HAS.

Le maintien à domicile sollicite d'autres partenaires non intégrés aux travaux à ce stade (services d'aides à domicile, centres locaux d'information et de coordination (CLIC), services sociaux, réseaux de santé, gestion de cas complexe, équipes mobiles, méthode d'intégration des acteurs MAIA <http://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/maia>, etc). Les situations varient selon les territoires, qu'il s'agisse de la disponibilité des acteurs comme de leurs périmètres d'interventions.

Les conclusions de ces travaux ont été transmises au groupe de travail régional « Via-Trajectoire et HAD » afin d'être force de proposition pour l'évolution de l'algorithme décisionnel de cet outil d'aide à l'orientation en structures sanitaires (SSR, HAD, unités de soins de longue durée) ou médico-sociales (établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes), et bientôt les SSIAD et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD). <https://trajectoire.sante-ra.fr/trajectoire/>

Annexe 2 - Modes de prise en charge en HAD – Extraits du guide ATIH 2017

Les modes de prise en charge (PEC) en HAD

MPP = mode de prise en charge principal - MPA = mode de prise en charge associé

<http://www.atih.sante.fr/les-guides-methodologiques-had>

Mise à jour à la suite de l'abrogation par arrêté du 19 janvier 2017 de l'arrêté du 16 mars 2007 modifié qui limitait les modes de prise en charge autorisés en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA); l'HAD assure désormais les mêmes soins quel que soit le domicile.

Mode de prise en charge	DÉFINITION	TYPES DE SOINS
01 Assistance respiratoire	Patients avec autonomie respiratoire réduite le suivi médico-infirmier, maintenance des appareillages, soins éducatifs du patient et de son entourage, assistance mécanisée invasive ou non.	Coexiste habituellement avec un autre mode de PEC. Le traitement pour l'apnée par pression positive continue ne peut justifier à lui seul ce mode de prise en charge.
02 Nutrition parentérale	Concerne l'administration de solutions binaires ou ternaires. La PEC comporte le suivi médical et biologique de l'alimentation + mise en place des soins infirmiers (surveillance de la voie veineuse centrale, fourniture et maintenance des pompes).	Coexiste habituellement avec un autre mode de PEC.
03 Traitement intra-veineux	Comporte un ou plusieurs antibiotiques ou antiviraux ou autre, sur voie veineuse avec injecteur programmable. La PEC comporte : mise en œuvre du traitement + évaluation + réajustements thérapeutiques.	Exclut la chimiothérapie anti-cancéreuse et la nutrition parentérale (voir les modes de PEC spécifiques). Nécessite plusieurs passages infirmiers/jour ou chez l'enfant le passage d'une infirmière puéricultrice.
04 Soins palliatifs	PEC d'un patient et de son entourage par l'ensemble de l'équipe médicale, sociale et soignante en phase avancée d'une pathologie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital. Vise à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne et à soutenir son entourage.	Le caractère pluridisciplinaire de la prise en charge implique du personnel médical et soignant mais aussi un ou plusieurs autres intervenants (psychologue, diététicien, assistant social, kinésithérapeute, ergothérapeute, ...).
05 Chimiothérapie anti-cancéreuse	La PEC comporte : <ul style="list-style-type: none"> • Examen clinique et vérification des critères biologiques préalables à l'administration de la chimiothérapie, • Administration de la chimiothérapie, • Surveillance médico-soignante des thérapeutiques administrées, • Surveillance et gestion des effets secondaires. 	N'est pas justifiée lorsque le médicament est fourni par un établissement d'hospitalisation complète et que le branchement de la perfusion a été effectué par ce dernier ou pour un traitement isolé de chimiothérapie par voie orale.

Mode de prise en charge	DÉFINITION	TYPES DE SOINS
06 Nutrition entérale	Concerne des patients porteurs de sondes naso-gastriques, de gastrostomie ou de jéjunostomie. Les produits spécifiques sont fournis par l'HAD. Comporte une surveillance du patient, la maintenance des pompes et l'éducation du patient et de son entourage.	Coexiste habituellement avec un autre mode de PEC.
07 Prise en charge de la douleur	Comporte l'évaluation médico-soignante de la douleur, la mise en place du traitement, l'évaluation et les réajustements des thérapeutiques.	Mode principal si utilisation pompe PCA ou autre injecteur programmable. Sinon, mode associé
08 Autres traitements	PEC de patients nécessitant un suivi médico-soignant spécifique pour des traitements exceptionnels ou peu fréquents	
09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	Concerne les patients souffrant de plaies complexes (escarres, ulcères variqueux étendus...) et/ou multiples nécessitant une intervention de l'équipe soignante pluriquotidienne ou >30 minutes. Inclut le traitement des plaies par pression négative	La notion de stomie compliquée ne s'apprécie pas seulement sur le plan cutané et inclut notamment la compensation de pertes digestives importantes et leur surveillance clinique et/ou biologique, ou de multiples changements de supports
10 Post-traitement chirurgical	Surveillance des sutures, des pansements et/ou de la cicatrice après chirurgie. Soins nécessitant une intervention de l'équipe soignante pluriquotidienne ou >30 minutes. Inclut le traitement post-traumatologique.	Exclut les soins prodigués pour accouchement après césarienne (PEC post-partum pathologique)
11 Rééducation orthopédique	Le projet thérapeutique nécessite une forte implication de l'équipe de kinésithérapie avec élaboration d'un projet de rééducation spécifique au patient et à sa pathologie orthopédique.	Coexiste habituellement avec un autre mode de PEC. Le nombre de passages minimum du ou des acteurs de rééducation au domicile du patient est fixé à 5 par semaine pour un MPP, 3 par semaine pour un MPA.
12 Rééducation neurologique	Le projet thérapeutique nécessite une forte implication de l'équipe de kiné. avec élaboration d'un projet de rééducation spécifique au patient et à sa pathologie neurologique.	Coexiste habituellement avec un autre mode de PEC. Le nombre de passages minimum du ou des acteurs de rééducation au domicile du patient est fixé à 5 par semaine pour un MPP, 3 par semaine pour un MPA
13 Surveillance post-chimiothérapie	Comporte le diagnostic, le traitement et la surveillance médico-soignante des effets secondaires intenses à court terme d'une chimiothérapie anticancéreuse hospitalière : soins de cathéter, surveillance infectieuse, biologique, hématologique et nutritionnelle..	Le MP 13 exclut la surveillance après greffe de moelle osseuse (pour celle-ci, PEC 08 Autres traitements).

Mode de prise en charge	DÉFINITION	TYPES DE SOINS
14 Soins de nursing lourds	PEC quotidienne cumulée des intervenants de l'équipe soignante > 2h, chez des malades très dépendants (indice de Karnofsky ≤ 50%).	Coexiste habituellement avec un autre mode de PEC. Les soins engendrés par la réalisation d'aspirations trachéales ou l'utilisation d'aérosols pluriquotidiens sont inclus dans les soins de nursing lourds
15 Education du patient et/ou de son entourage	Suivi médico-soignant quasi quotidien + éducation visant à rendre le patient le plus autonome possible (pathologies cardiaques, diabète, asthme, affections respiratoires,...) formalisée sous forme d'un projet dans le dossier du patient. Inclut le changement de canule de trachéostomie lorsqu'il s'agit d'éduquer des professionnels de santé ou l'entourage du patient ou le patient lui-même à ce changement.	L'utilisation de ce MP est subordonnée à la conduite d'une réelle action d'éducation du patient et de son entourage et non d'accompagnement. Les objectifs du programme d'éducation, les actions entreprises et les résultats de l'évaluation finale doivent figurer dans le dossier du patient.
17 Surveillance de radiothérapie	Comporte le diagnostic, le traitement et la surveillance des effets secondaires à court terme d'une radiothérapie : gestion des réactions locales et surveillance nutritionnelle.	Coexiste habituellement avec un autre mode de PEC.
18 Transfusion sanguine	La transfusion sanguine est assurée directement par l'équipe médico-soignante de la structure d'HAD. Comporte la prescription médicale, le rôle infirmier dans la transfusion sanguine et la surveillance des incidents le jour de la transfusion.	Cet acte nécessite la disponibilité d'un médecin transfuseur pouvant intervenir à tout moment.
19 Surveillance de grossesse à risque	PEC de la femme enceinte à domicile dans le cadre de la surveillance d'une grossesse à risque pour éviter une hospitalisation à temps complet ou en limiter la durée. Inclut monitoring fœtal externe avec télésurveillance + passage d'une sage-femme au moins 3 fois/semaine	La HAS distingue six situations pathologiques pouvant relever d'une HAD avant l'accouchement : 1. pathologie maternelle préexistante 2. pathologie maternelle gravidique 3. facteur de risque lié aux antécédents obstétricaux 4. facteur de risque lié à la grossesse 5. problème médico-psychosocial associé à une indication médicale 6. menace d'accouchement prématuré/placenta prævia en l'absence d'offre de soins alternative.
21 Post-partum pathologique	PEC de la mère consécutive à des suites pathologiques de l'accouchement. Au moins une visite quotidienne d'un membre de l'équipe médicale ou soignante de l'HAD.	La HAS distingue quatre situations pathologiques pouvant relever d'une HAD après l'accouchement : 1. pathologie spécifique au post-partum 2. pathologie non spécifique au post-partum 3. mère en situation de vulnérabilité associée à une indication médicale 4. difficultés d'allaitement chez des femmes à risque en l'absence d'offre de soins alternative.

Mode de prise en charge	DÉFINITION	TYPES DE SOINS
22 Prise en charge du nouveau-né à risque (<28 jours)	<p>Exemples d'indications de PEC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sortie précoce de nouveau-nés hypotrophes • Retour au domicile en cas de grossesse multiple • Maladie génétique ou métabolique nécessitant une PEC spécifique 	<p>Seulement MPP</p> <p>Par convention, l'indice de Karnofsky du nouveau-né à risque est coté 100 %.</p>
24 Surveillance d'aplasie	<p>L'aplasie chronique est définie comme l'atteinte des 3 lignées agranulocytose + anémie + thrombopénie.</p> <p>Surveillance médico-soignante de l'aplasie médullaire sur le plan biologique et clinique + Surveillance et gestion des effets secondaires (antibiothérapie...).</p>	<p>La PEC 24 s'applique également aux cytopénies temporaires lorsque deux des trois lignées sont simultanément atteintes (PNN < 1.5 G/l, Plq < 100 G/l, HB < 80 g/l) ou dans le cas d'atteinte sévère de l'une de ces trois lignées (PNN < 0.5 G/l ou Plq < 50 G/l ou Hb < 80 g/l)</p>
25 Prise en charge psychologique ou sociale	<p>Soutien psychologique ou social du patient et de son entourage par une PEC par des professionnels spécialisés (psychologues et/ou assistants sociaux).</p> <p>Concerne les situations de raccourcissement de séjours longs de chirurgie conventionnelle nécessitant une intervention soignante au minimum deux fois par jour ou supérieure à 30 minutes par jour.</p>	<p>Seulement MPA (toujours associée à un MPP).</p>
29 Sortie précoce de chirurgie	<p>Chirurgie gynécologique : hystérectomies pour tumeurs malignes ou pathologies bénignes</p> <p>Chirurgie digestive : résections rectales + interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon</p> <p>Chirurgie orthopédique : fractures du fémur chez la personne âgée comportant une fracture proximale du fémur (col, trochanter ou sous trochanter) + chirurgie de la scoliose chez l'enfant + prothèse totale du genou</p>	<p>Seulement MPP</p> <p>Ne peut pas être associé avec le MPA 10 Post traitement chirurgical</p> <p>cf. Instruction N° DGOS/R4/R3/2016/185 en date du 6 juin 2016</p>