







— Hospitalisation à domicile et réseaux de santé en Ile-de-France

Information et partage d'expériences

15 octobre 2015

Annaïg DURAND référente administrative HAD
Magali EYMERY référente Réseaux de santé
Marina MARTINOWSKY référente médicale HAD

Ordre du jour

-  **Panorama des réseaux en Ile-de-France**
-  **Panorama de l'HAD en Ile-de-France**
-  **Rappel réglementaire sur les missions respectives et les liens entre opérateur HAD et Réseau**
-  **Retours d'expérience**
 - HAD Croix-Saint-Simon / Spes
 - HAD Santé service / Onco 94
 - HAD Centre 77 / Gospel
 - HAD Yvelines Sud / Repy

— **Ordre du jour**

- **Panorama des réseaux en Ile-de-France**
- Panorama de l'HAD en Ile-de-France
- Rappel réglementaire sur les missions respectives et les liens entre opérateur HAD et Réseau
- Retours d'expérience
 - HAD Croix-Saint-Simon / Spes
 - HAD Santé service / Onco 94
 - HAD Centre 77 / Gospel
 - HAD Yvelines Sud / Repy



— Les réseaux de santé en Île-de-France

— Restructuration des réseaux de santé

En octobre 2012, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a publié un guide méthodologique intitulé :

— Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ?

Ce guide donne un cadrage national pour accompagner l'évolution des réseaux vers des réseaux polyvalents de proximité, centrés sur la coordination des soins et au service du premier recours.

➡ Emergence d'une politique pluri-thématique : les réseaux tendent à se rapprocher pour ne former qu'une seule entité de coordination territoriale. C'est notamment le cas des réseaux **cancérologiques, gérontologiques et soins palliatifs.**

— Politique menée par l'Agence

— **1^{er} temps** : Apporter une **lisibilité** au dispositif en réalisant une :

- Harmonisation des missions et objectifs
- Harmonisation et cohérence des territoires

La restructuration des réseaux de santé :

- des réseaux de proximité pluri-thématiques ancrés sur un territoire et des réseaux thématiques
- des réseaux centres de ressources régionaux sur des thématiques ciblées

— **2^{ème} temps** : Apporter une **visibilité** au dispositif et l'**évaluer**



— Objectifs des réseaux de santé

- Organiser et planifier le parcours de santé et orienter la prise en charge du patient en situation complexe, sous la responsabilité du médecin généraliste de premier recours en lien avec les autres acteurs de la coordination
- Apporter un appui aux différents intervenants (professionnels de santé de premier recours, sociaux, médico-sociaux, familles) auprès du patient
- Favoriser la bonne articulation entre la ville et l'hôpital (entrée-sortie hôpital) et avec les intervenants des secteurs sanitaire, médico-social et social
- **Ne se substituent pas aux effecteurs dans l'acte de soins**

— Missions des réseaux de santé : coordination du parcours et des acteurs au niveau local

Missions/objectifs	Actions mises en œuvre
Coordonner le parcours de santé du patient	Evaluer les besoins (médicaux, diététiques, psychologiques, sociaux, évaluation de la douleur, accès aux soins) bilan transversal
	Rédiger, organiser et évaluer la mise en œuvre des plans personnalisés de santé (PPS)
	Offrir une réponse globale aux besoins de la personne dans une approche transversale (sanitaire, sociale, psychologique et environnementale)
	Faciliter l'accès aux soins de support / éducation thérapeutique etc..
Appui aux professionnels du premiers recours	Coopérer avec les professionnels de santé libéraux, hospitaliers, les professionnels des secteurs social et médico-social pour construire des réponses partagées aux situations complexes
	Accompagner les acteurs de proximité dans la formalisation de protocoles organisationnels ; outils de PEC
	Développer les pratiques coopératives
	Formations pluri-professionnelles et formation action au « lit du malade », échanges de pratiques ville-hôpital.

— Activités des réseaux

Accompagnement et prise en charge des personnes malades

- 1. Signalement
- 2. Inclusion
- 3. Suivi, accompagnement et coordination de la prise en charge
- 4. Fin de prise en charge

Appui et formation à destination des professionnels

- 5. Aide à la coordination, expertise et soutien auprès des prof. du 1er recours
- 6. Formations, échanges de pratiques, diffusion de recommandations...

Coordination institutionnelle et organisationnelle

- 7. Construction d'une démarche de communication au service du territoire
- 8. Organiser / renforcer le maillage institutionnel

Recherche et développement

- 9. Analyse des pratiques et démarche qualité

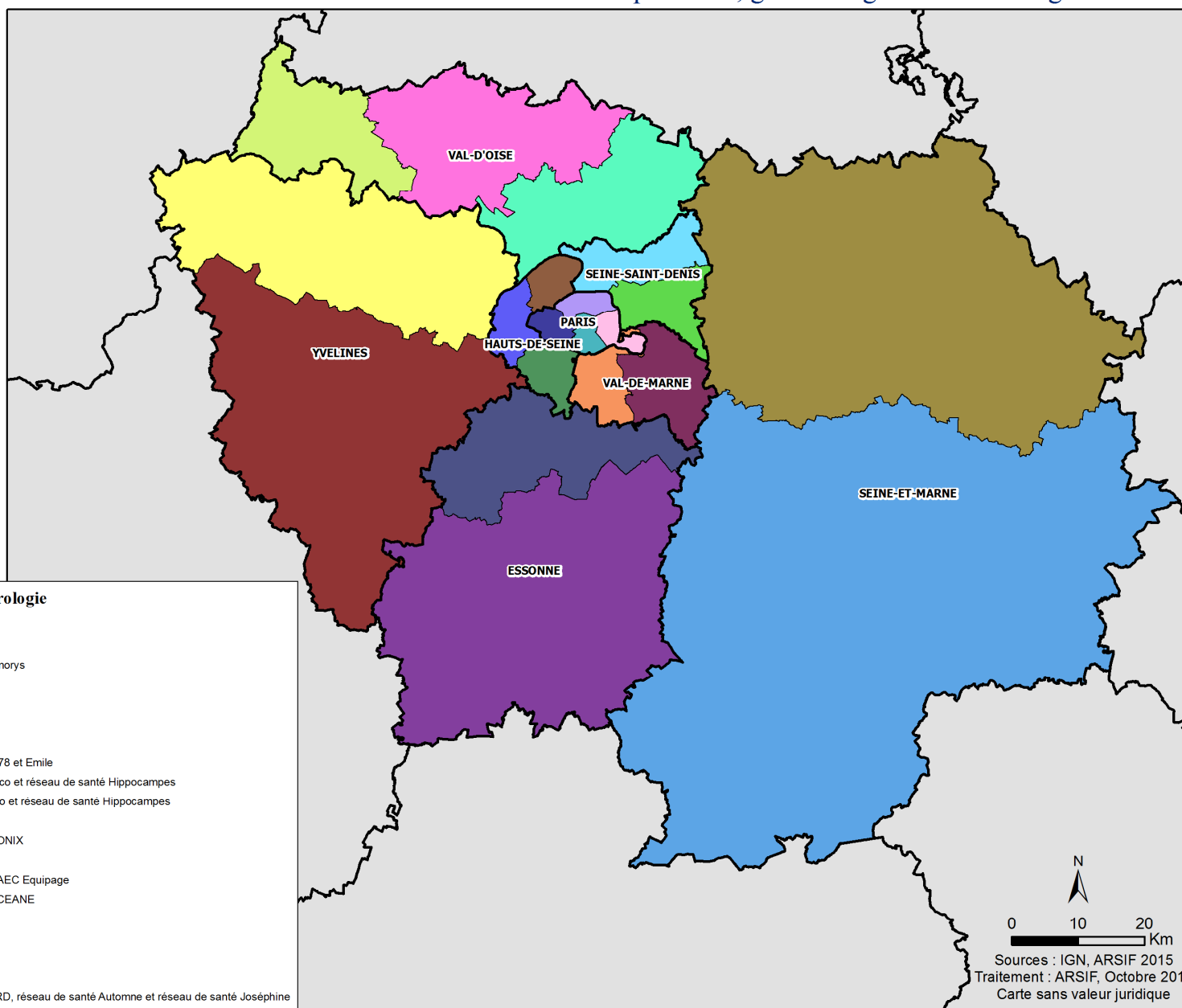
Aujourd'hui les réseaux de santé

75 000 patients en situation complexes suivis au sein des réseaux

Thématique	Nombre de réseaux en mars 2015
Périnatalité	10
Cancérologie	6
Gérontologie	10
Pluri thématique	22
Soins palliatifs	3
Diabète	4
Pathologie chronique	16
Précarité	10
Santé mentale	4
Pédiatrie	7
TOTAL	92

En 2013, le nombre de réseaux était de 103.

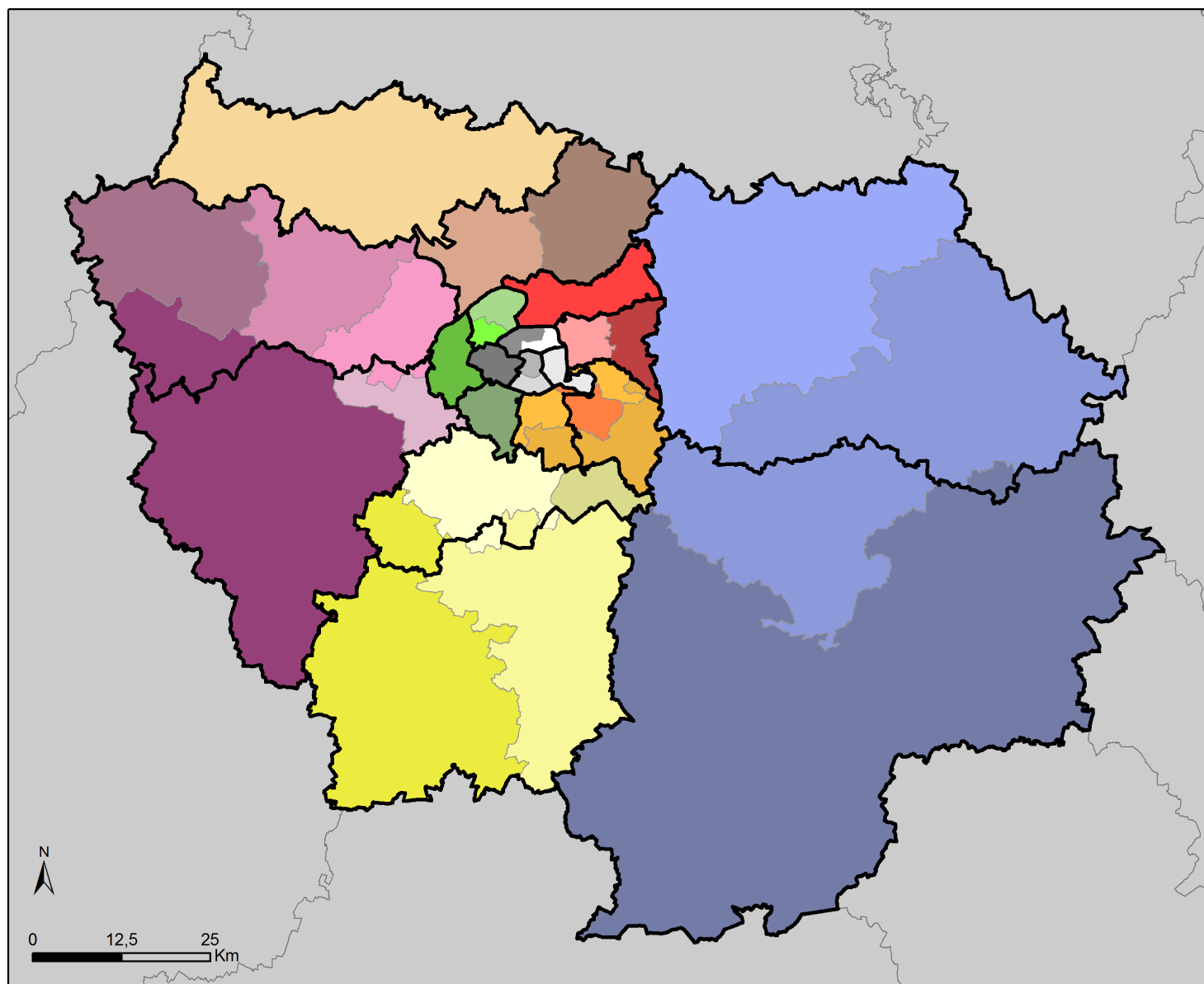
Les réseaux de santé franciliens soins palliatifs, gérontologie et cancérologie.



Les MAIA et les Réseaux de santé soins palliatifs, gérontologie et cancérologie

 Contour des réseaux

Les dégradés de couleur
représentent les zones des MAIA



— **Ordre du jour**

- Panorama des réseaux en Ile-de-France
- **Panorama de l'HAD en Ile-de-France**
- Rappel réglementaire sur les missions respectives et les liens entre opérateur HAD et Réseau
- Retours d'expérience
 - HAD Croix-Saint-Simon / Spes
 - HAD Santé service / Onco 94
 - HAD Centre 77 / Gospel
 - HAD Yvelines Sud / Repy



— L'HAD en Île-de-France Etat des lieux et objectifs

Marina MARTINOWSKY référente médicale HAD

15 octobre 2015

— L'HAD entre ville et hôpital

— Modalité d'hospitalisation à part entière

- Equipe pluridisciplinaire coordonnée et médicalisée pour des soins complexes et fréquents
- Tenue d'assurer la qualité, la sécurité et la continuité des soins
- Certifiée par la Haute Autorité de santé
- Trois volets clinique, psychologique et social du projet thérapeutique

— Structure intégrée au tissu sanitaire local

- Inscrite dans un processus de soins gradués entre soins à domicile et plateau technique
- Patient dans son environnement
- Intervenants médicaux et paramédicaux salariés ou libéraux
- **Conventions de partenariat avec les réseaux**, SSIAD, établissements médico-sociaux, etc

— Des acteurs hétérogènes

— Statuts juridiques différents

- Public 9
- ESPIC 3
- Lucratif 2

— Tailles très contrastées

- 3 opérateurs régionaux : Santé Service **1250**, APHP **700**, Croix Saint Simon **250**, représentent 93 % de l'activité
- 11 « petits » de 4 à 45 places (moyenne = 20)

— Orientations hétérogènes

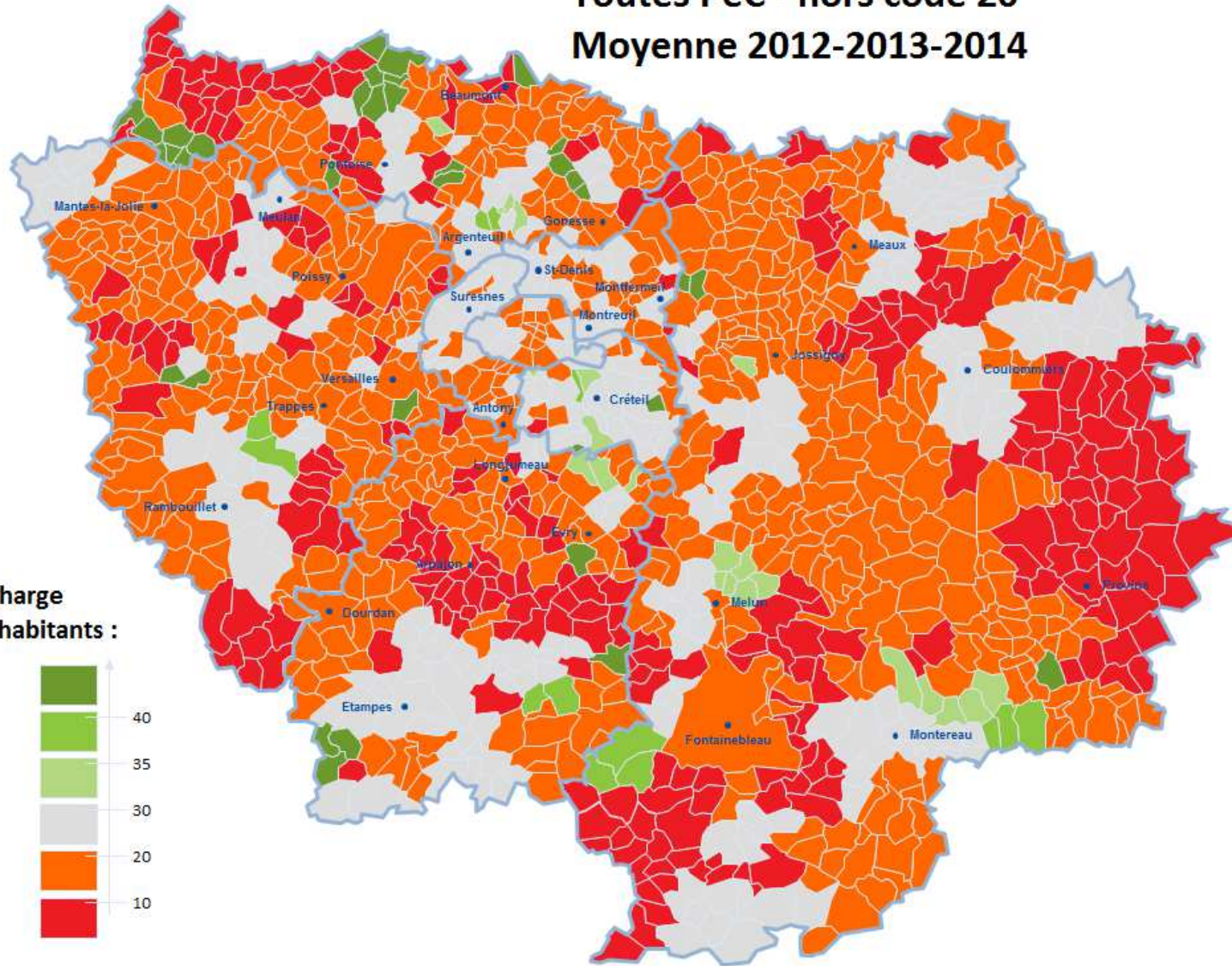
- Polyvalents
- MPR 3 pour un total de 65 places (de 15 à 30)
- Gynéco Obs 4 pour un total de 31 places (de 4 à 12)

— Zones de couverture géographiques très différentes.....

Taux de recours HAD Toutes PeC - hors code 20 Moyenne 2012-2013-2014

Nombre de prises en charge

 par jour pour 100 000 habitants :



— Des objectifs ambitieux

Circulaire HAD du 4 décembre 2013

- Taux de recours à l'horizon 2018
 - 30 à 35 patients / jour / 100 000 habitants
- Diversification des populations accueillies
 - Intervention en établissement d'hébergement social ou médico-social
- Diversification des modes de prise en charge
 - 3 premiers : soins palliatifs, pansements complexes et nursing lourd
 - A développer : chimiothérapie et rééducation neurologique
- Renforcement de la pertinence de l'HAD
 - Subsidiarité avec tous les acteurs du parcours de santé

— Un fort potentiel de développement

— Au niveau national : une place encore marginale (données 2013)

- 105 000 patients, 13 259 places , 4,4 millions de journées
- 859 millions d'€ de dépenses
- 1% des dépenses d'hospitalisation
- 0,5% des dépenses d'Assurance Maladie

— Au niveau régional (données 2014 ATIH)

- 14 structures, 2376 patients/j, 30 000 patients/an, 870 000 journées
- Taux brut de patients en HAD pour 100 patients en hospitalisation complète (MCO + SSR) : 1,4 % en France ; 2,3 % en Ile-de-France / Soit 4,4% des journées d'hospitalisation (4 % en France)
- Un taux de recours moyen de 20 patients / jour / 100 000 habitants (18,5 en France), avec de fortes hétérogénéités infra-régionales

Objectifs pour l'HAD en Ile-de-France

Couvrir le territoire francilien

- Ouverture d'autorisations conformément au SROS révisé 2015
- Ciblage sur les zones dont le recours est inférieur à 10 patients / jour / 100 000 habitants

D'une HAD vers des soins gradués à domicile

- Renforcer la pertinence : évaluation des besoins
- Améliorer la subsidiarité : relais avec les partenaires du maintien à domicile
- **Intégrer l'HAD dans l'orientation du parcours patient – réflexion avec les réseaux**

D'une HAD qui raccourcit à une HAD qui évite l'hospitalisation conventionnelle

- Anticiper les décompensations aiguës de maladies chroniques
- Favoriser les prescriptions directes au domicile
- Développer les interventions en ESMS

Améliorer la connaissance de l'HAD

- Stage découverte de 3 jours en HAD pour les internes
- [Rubrique HAD du site de l'ARS](#), plaquettes d'information sur l'HAD
- Réunions de partage d'expériences

— **Ordre du jour**

- Panorama des réseaux en Ile-de-France
- Panorama de l'HAD en Ile-de-France
- **Rappel réglementaire sur les missions respectives et les liens entre opérateur HAD et Réseau**
- Retours d'expérience
 - HAD Croix-Saint-Simon / Spes
 - HAD Santé service / Onco 94
 - HAD Centre 77 / Gospel
 - HAD Yvelines Sud / Repy



— HAD et réseaux Missions réglementaires

Annaïg DURAND référente administrative HAD

15 octobre 2015

HAD et Réseaux, une mission commune de coordination des soins

Article R.6121-4-1: « les établissements d'HAD (...) permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés (...)

A chaque établissement d'HAD correspond une aire géographique d'intervention.»

Circulaire DHOS /O3/2006/506 du 1^{er} décembre 2006 relative à l'HAD, précise les missions de l'HAD confirmée par la circulaire DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 pour le développement de l'HAD

- Par nature généraliste et polyvalente
- Assure des missions spécifiques (coordination, formation)
- Coordonne des acteurs spécifiques dans un environnement particulier
 - Acteurs internes à l'HAD (Médecin-Co, IDE, acteurs sociaux, psychologues)
 - Partenaires de l'HAD (Médecins traitants, professionnels médicaux et paramédicaux libéraux)
 - Structures proches de l'HAD (SSIAD, prestataires de service, réseaux de santé)

HAD et Réseaux, une mission commune de coordination des soins

- Article L.6321-1 « les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charges sanitaires (...). Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des ES, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales, ainsi qu'avec des représentants des usagers. »

- Article D.6321-4 « l'amélioration de la qualité du service rendu implique une coordination organisée entre les membres du réseau pour assurer la continuité et la globalité des interventions, pluri-professionnelles et le cas échéant interdisciplinaires. »

- Circulaire DHOS/O3/CNAMTS du 2 mars 2007
 - Objectif: prise en charge globale et découplage
 - Inscription dans l'organisation territoriale des soins
 - Appui à l'orientation pour les professionnels de 1^{er} recours, appui aux patients et aidants, simplification des démarches
 - Deux niveaux territoriaux d'organisation : de proximité / Subsidiaire

— HAD et Réseaux, en synthèse

- Une mission commune de coordination des soins
 - L'HAD dispense des soins,
 - Le réseau propose des soins, n'ayant pas vocation à les dispenser
- Une inscription commune dans une logique territoriale
- L'élaboration de documents partagés favorisant la coordination entre acteurs
 - Convention
 - Protocoles communs
- Une stratégie de coordination commune à définir
 - Avant
 - Pendant
 - Après

— **Ordre du jour**

- Panorama des réseaux en Ile-de-France
- Panorama de l'HAD en Ile-de-France
- Rappel réglementaire sur les missions respectives et les liens entre opérateur HAD et Réseau
- **Retours d'expérience**
 - **HAD Croix-Saint-Simon / Spes**
 - **HAD Santé service / Onco 94**
 - **HAD Centre 77 / Gospel**
 - **HAD Yvelines Sud / Repy**



FONDATION ŒUVRE DE
LA CROIX SAINT-SIMON

RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE LE 26 DÉCEMBRE 1922

HAD FOCSS & Réseau SPES Retour sur une collaboration naissante au sein du PASI

Jeudi 15 octobre 2015

Réseau spes

acteur local présent
en Essonne depuis
2001



HAD Croix St Simon

acteur régional
présent en Essonne
depuis 2013



au sein du
Groupement de coopération social et médico-social



une **adresse unique**:
Parc de la julienne
91830 Le Coudray Montceaux

renforcer

mutualiser

informer - former



FACILITE LA RENCONTRE entre les structures

***Comment passer d'une unité de
lieu à une collaboration
réussie?***

Retour sur la prise en charge de Me O.

Le contexte

Patiente de + de 90 ans
Oncogériatrie
Ne souhaite plus de traitement invasif
Asymptomatique

Vit au domicile en couple
Conjoint très investi dans l'accompagnement de sa femme
Entourage présent avec existence tension

Pec au domicile: Idel

La demande

Réseau spes sollicité par le fils sur les conseils du médecin traitant = expert local connu et reconnu

Son objectif

Anticiper la dégradation des symptômes
Mettre en place la logistique au domicile
Etre accompagné et « soulagé »

EVALUATION N°1



spes

Med traitant

Décision: HAD

EVALUATION N°2



spes



FONDATION ŒUVRE DE
LA CROIX SAINT-SIMON
RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE LE 20 DÉCEMBRE 1933

HOSPITALISATION À DOMICILE

PRISE EN CHARGE CONJOINTE AU DOMICILE



L'acteur du quotidien

Réalise les soins au quotidien

Suivi des démarches sociales par
l'assistante sociale
Suivi psychologique proposé

Echange sur la pec avec les acteurs
de réseau grâce à une confiance
établie



L'acteur en appui - facilitateur

L'introduction de l'HAD par le réseau
« adoucit » sa mise en place

Appui aux professionnels en tant
qu'expert des soins palliatifs
(médecin traitant, soignant HAD...)

Facilitateur (prescriptions anticipées,
demande d'usp)

COMMUNICATION & CONNAISSANCE FACILITÉES PAR LA PROXIMITÉ PHYSIQUE DES ÉQUIPES



FACILITE LA RENCONTRE entre les structures

Les leviers

L'unité de lieu facilite la communication et la rencontre des professionnels (échange informel, staff...)

Spes= acteur local connu et reconnu par les professionnels du territoire facilite l'implantation de l'antenne 91 de l'HAD

La culture du soin palliatif = culture commune

Les axes à développer

Partager un outil commun

Clarifier les interventions et le rôle de l'HAD et du réseau pour les patients et leurs entourages = travailler sur la lisibilité

Augmenter les prises en charge communes pour mieux se connaître

Contacts

Danila PERRET

Infirmière coordinatrice Réseau SPES

01 64 99 08 59

reseau.spes@wanadoo.fr



Marianne WATEL

Cadre de santé HAD Croix Saint-Simon

06 64 67 04 88

m.watel@croix-saint-simon.org



Anne-Sophie LE SCOUARNEC

Directrice adjointe HAD Croix Saint-Simon

06 64 66 24 65

as.lescuarneac@croix-saint-simon.org

7j/7 - 24h/24

 N°Vert 0 800 009 839

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

www.croix-saint-simon.org

Collaboration HAD /Réseaux



Dr Marie LEFLOCH Médecin Réseau ONCO 94

Dr Nicolas GANDRILLE Médecin HAD Fondation Santé Service



Présentation des deux structures

Fondation Santé Service HAD

- Créée en 1958 par l'IGR et la ligue contre le cancer
- HAD polyvalente
- Territoire : toute l'Ile de France
- 1300 patients/jour en IDF

Réseau ONCO 94

- Association 1901 créée en 1998
- Réseau tri-thématique
 - Oncologie depuis 1998
 - Soins palliatifs depuis 2006
 - Gériatrie depuis 2012
- Territoire : Ouest du 94
- File active , nb patients /an

Nb patients commun réseau /HAD ??

Réseau ONCO 94 Ouest

- Coprésidence ville / hôpital
 - Dr Bernard ORTOLAN Médecin généraliste L'HAY LES ROSES
 - Dr Mario DI PALMA Médecin hospitaliser Gustave Roussy
- Trois HAD régionales représentées au conseil d'administration (membres de droit)
- Un membre de l'HAD élu au bureau
 - Dr Nicolas GANDRILLE Fondation Santé Service

Comité soins palliatifs hebdomadaires

- Une réunion hebdomadaire autour des soins palliatifs :
 - EMASP IGR
 - HAD Santé Service
 - Réseau ONCO 94

- Partage des listes patients en cours
- Echanges sur les situations complexes

- Double inclusion: Réseau/HAD



Un territoire « lisible » = un atout

- Un seul réseau tri thématique sur le territoire
- Les trois HAD régionales sur l'ensemble du territoire d'ONCO 94 (pas de zone non couverte) travaillant en complémentarité.
- HAD Santé Service : concordance avec une seule équipe de soins ; une seule équipe de soin / un seul réseau

Un recours accru de l'HAD au réseau libéral

- Difficultés anciennes relations HAD /IDEL
- Amélioration en cours pour meilleure insertion dans le parcours
 - HAD de 10% des soins par IDL à 30 % des soins par IDL en 2 ans
 - Réflexion sur la gradation des soins (Quand et pourquoi une HAD ??)
- Objectif : éviter les ruptures dans la gradation des soins notamment en soins palliatifs



Organisation des prises en charge commune

- Réseau : Présence possible tout au long du parcours
- HAD : Intervention limitée dans le temps / complexité de la situation

- Trois situations différentes (organisé selon reco 2009 RESPALIF)
 - Le réseau contacte l'HAD pour admission
 - L'HAD contacte le réseau pour inclusion
 - Double inclusion via hôpital : cela reste compliqué pour une bonne articulation !!!

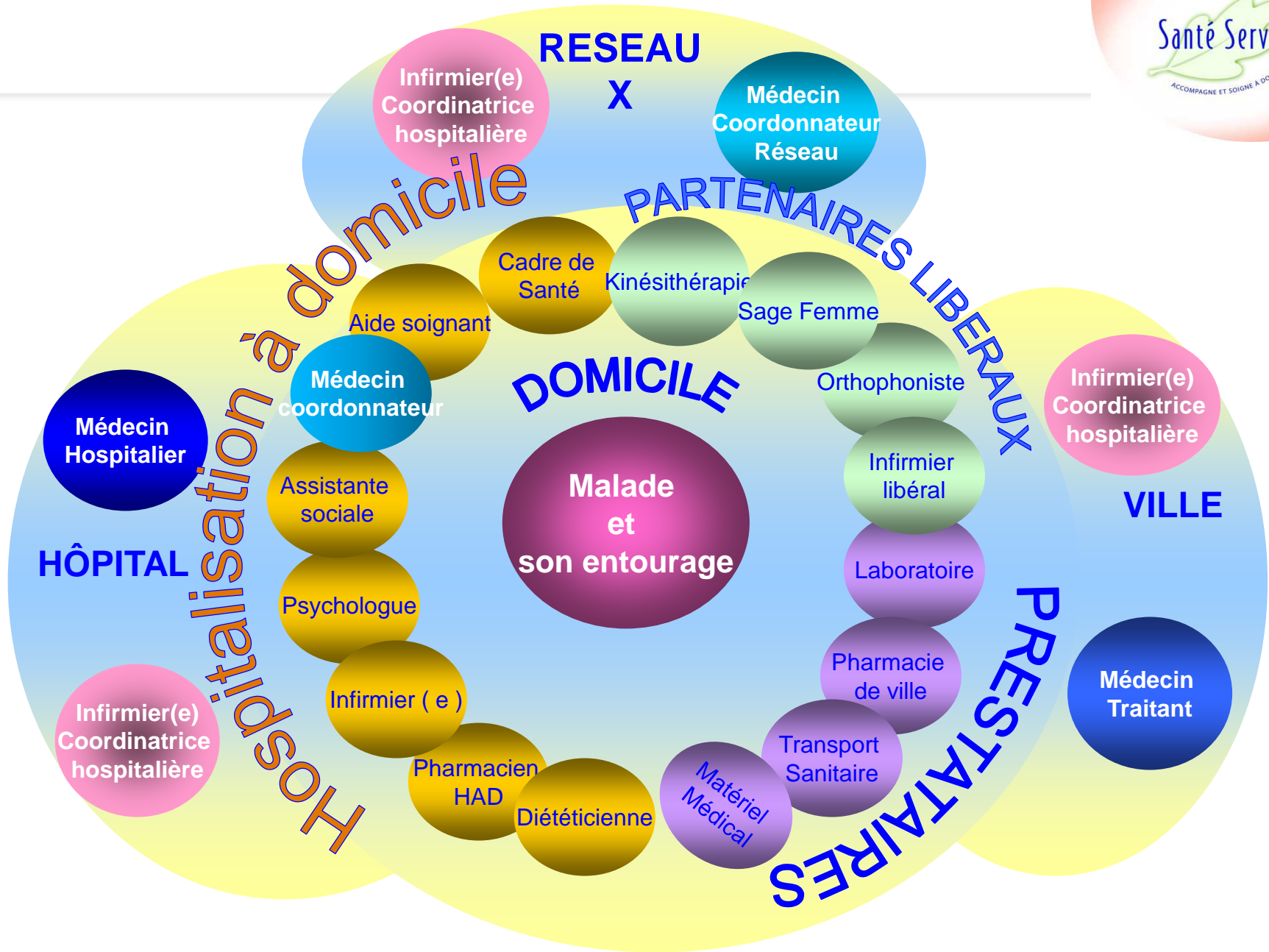
Répartition des tâches : exemples

- Coordination : répartition au cas par cas en fonction
 - HAD : coordination « matérielle »
 - Réseau : compagnonnage médecin traitant + appui spécialisé
 - Suivi psychologique :
 - Patient : plutôt l'HAD
 - Entourage : plutôt le réseau
- La double coordination reste un exercice difficile , à adapter en fonction de chaque situation en respectant l'équipe investie par le patient



Des points à améliorer

- Reste une double coordination avec organisation toujours au cas par cas
- Poursuite des liens HAD/IDEL
- Hôpital très centralisé toujours peu ouvert vers la ville



Réussir le retour à domicile d'un patient c'est :

Orienter

Évaluer

Le contexte de vie

- Implication d'un proche ou d'une personne ressource dans le projet ?
- Accord du médecin traitant pour le retour et pour se déplacer au domicile ?
- Existence de professionnels connus au domicile ?
- Existence de directives anticipées ? (loi Léonetti)
- Existence d'une personne de confiance ?

Le contexte social

En phase palliative, les situations changent rapidement. L'assistant(e) social(e) du service assure l'évaluation sociale afin d'anticiper les besoins et les moyens :

- Couverture sociale et mutuelle complémentaire
- Prestations légales (revenus, APA, FNASS, ...)
- Aides humaines

La charge en soins

Pour les soins infirmiers et le nursing, sans oublier les autres soins (kiné, psy...). Cf. *tableau d'évaluation au dos*

Pour une situation complexe

=> contacter l'Equipe Mobile

Anticiper

Pourquoi ?

- Assurer la continuité des soins par les moyens humains et matériels
- Optimiser les conditions de confort et de sécurité au domicile
- Prévenir les situations difficiles à l'aide de l'équipe mobile de soins palliatifs par ex : risque de décompensation inopinée à domicile...
- Prévenir, les besoins médicaux : prescription anticipée et demande anticipée d'USP.

Quand ?

- Dès l'entrée dans le service

Comment ?

- Souhait du patient et / ou de son entourage
- Accord du médecin traitant
- Equilibration des symptômes : si besoin contacter l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP)
- Concertation de l'équipe soignante hospitalière (médecin, IDE, AS...) avec l'entourage
- Identification de la personne ressource au domicile
- Identification des éventuelles limites au maintien à domicile

L'évaluation avec le patient



Communiquer

- Informer le patient
- Echanger avec votre équipe
- Prendre contact avec l'équipe mobile
- Informer le médecin traitant et les professionnels du domicile

Orienter

Les acteurs du soin

- HAD
 - SSIAD
 - IDE libéraux
- Cf. *tableau d'évaluation au dos*

Les réseaux de soins palliatifs

Quand il existe un besoin accru de coordination et d'expertise médico-psycho-sociale pour les acteurs du soin déjà en place.

Si l'HAD + le réseau sont nécessaires
=> contacter en premier l'HAD



Hospitalisation à Domicile AP-HP

Phase palliative : les objectifs de traitements sont la prise en compte de la qualité de vie et, chaque fois que possible, la durée de vie si l'obtention d'une réponse tumorale est encore possible, malgré l'impossibilité d'une guérison.

Phase terminale : Le décès est inévitable et proche, l'objectif des soins est alors uniquement la qualité de vie.

(Définition du groupe soins de support DHOS 2004)

Evaluer

Anticiper

Communiquer

A chaque structure ses missions...

Réseau de soins palliatifs

Equipe d'appui et de coordination

- Equipe médico-psycho-sociale
- Expertise douleur, soins palliatifs
- Soutien des professionnels
- Accompagnement du patient et de l'entourage
- Astreinte médicale téléphonique 24h/24 et 7/7

HAD (Hospitalisation à Domicile)

Equipe de soins

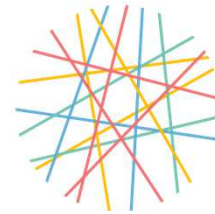
- Réalisation et coordination des soins
- Qualité des soins de niveau hospitalier Hygiène et Technicité
- Accès à des ressources spécialisées (diététiciens, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, psychologues, assistants sociaux...)
- Permanence des soins 24h/24 et 7/7

Tableau indicatif d'évaluation de la charge en soins

Tout maintien à domicile en soins palliatifs requiert un passage infirmier régulier au moins pour l'évaluation des symptômes et la surveillance		
Privilégier les intervenants habituels du domicile		
	+ Pas de soins infirmiers techniques - Pas de complexité particulière	Soins infirmiers légers : Injections, pansements non compliqués, alimentation entérale, stomies simples, soins de trachéotomie
Absence d'aide à la toilette	IDE	IDE ou HAD
Aide à la toilette	IDE + AVS ou SSIAD avec passages IDE	IDE +/- AVS ou SSIAD ou HAD +/-
Toilette complète	SSIAD AVEC passages IDE ou HAD +/-	IDE (si d'accord) ou SSIAD ou HAD
<small>AVS : Auxiliaire de vie sociale - IDE : Infirmier(ère) diplômé(e) d'Etat - HAD : Hospitalisation à domicile - SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile</small>		
En cas de situation complexe clinique et/ou sociale et/ou psychologique, privilégier l'HAD par rapport au SSIAD		

HAD Réseaux de santé

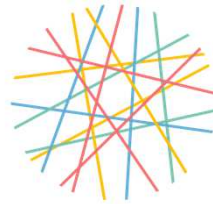
Retour d'expérience



G O S P E L

Gérontologie, Oncologie, Soins Palliatifs
& Expertises Liées

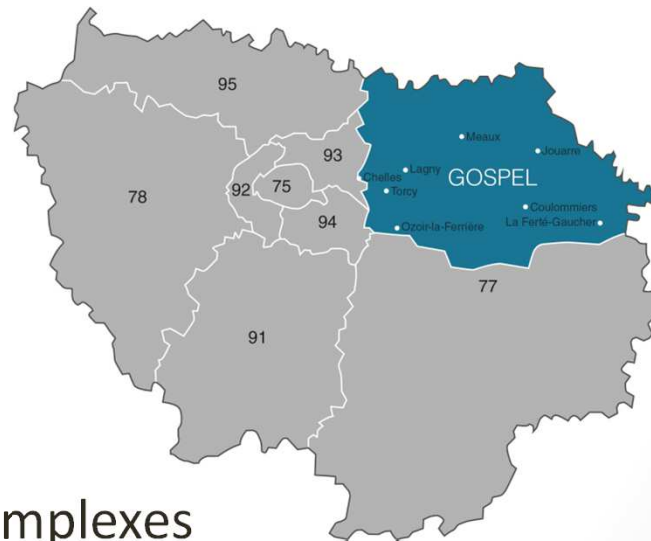
ARS Ile de France 15 octobre 2015



GOSPEL

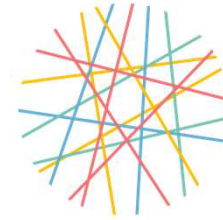
Gérontologie, Oncologie, Soins Palliatifs
& Expertises Liées

- Réseau tri thématique du nord Seine et Marne
- Créé en 2014
- Oncologie
- Soins palliatifs
- Gérontologie
- Prise en charge des situations complexes



- Association loi 1901
- 1 Directeur (1 ETP)
- 2 Médecins (1,5 ETP)
- 5 infirmières (4,1 ETP)
- 2 psychologues (1 ETP)
- 1 Assistante sociale (1 ETP)
- 1 Assistante de direction (1 ETP)
- 1 Secrétaire médicale (1 ETP)

- 900 patients pris en charge/an



G O S P E L

Gérontologie, Oncologie, Soins Palliatifs
& Expertises Liées



- Ouvert en octobre 2008
- 35 places
- Modes de prise en charges principaux
 - Soins palliatifs
 - Pansements complexes
 - Nutrition parentérale/entérale
 - Nursing lourd
- Demandes directes de ville : 18%

Enfant 7ans 1/2



- Leucodystrophie métachromatique
- Dépendance totale et alimentation entérale
- Vit au domicile avec ses parents, sa sœur et ses deux frères
- Suivi réseau depuis juillet 2012
- Intervenants hospitaliers (CHG Meaux - CH Kremlin Bicêtre)
- Intervenants libéraux : IDE, Kiné, Médecin traitant
- Prise en charge HAD en mai 2014
- Mise en place d'aides à domicile

Enfant 7ans 1/2

- Maman très investie pour les soins. A du mal à lâcher prise
- Souffrance familiale
- Hospitalisations à répétition
- Aggravation de l'état de l'enfant
 - Gestion de la douleur
 - Encombrement bronchique
 - Risque de choc septique



Prise en charge globale et personnalisée
Gestion des situations d'urgences
Accompagnement familial



Evaluation au domicile
Suivi médico-psycho-social
Acceptation de la maman pour passer le relai pour les soins



GOSPEL
Gérontologie, Oncologie, Soins Palliatifs
& Expertises Liées

Concertation sur la prise en charge
Clarification du projet
Soutien
Choix des parents pour le décès a domicile

Attentes de l'HAD

- Expertise médico psychologique au domicile
- Soutien et accompagnement des équipes à domicile
- Formations
- Coordination/partage du parcours de santé
- Lien étroit avec le médecin traitant
- Concertation pour la prise en charge
- Echanges d'informations
- Réflexion éthique concertée



Attentes du réseau

- Partenariat
- Grande réactivité
- Inclusion des acteurs libéraux
- Echanges et partage d'informations
- Relais pour les aidants ou les services d'aide à domicile
- Moments de recul et de réflexions



G O S P E L

Gérontologie, Oncologie, Soins Palliatifs
& Expertises Liées

Forces et points de réflexion

- Forces
 - Prise en charge globale et pluri professionnelle
 - Intervention en binôme au domicile
 - Personnalisation valorisée de la prise en charge
 - Soutien des intervenants médicaux et paramédicaux
- Points de réflexion
 - Intervenants multiples au domicile pour le patient et l'entourage
 - Double demande hospitalière HAD/Réseau
 - 2 classeurs de suivi
 - Organisation de l'astreinte



JEUDI 15 OCTOBRE 2015

HAD YVELINES SUD - GCS REPY

**Retour d'expérience : facteurs de réussite,
difficultés, orientation intégrée**

CONTEXTE ACTUEL

HAD Yvelines Sud en 2014 :

- Territoire : Sud Yvelines hormis secteur de Versailles
- 16 618 journées
- Modes de prise en charge principaux :
 - Soins palliatifs : 47,4%
 - Pansement complexes : 24,2%
 - Soins de nursing lourds : 9%
- DMS : 45 jours
- Age moyen : 70,5 ans

GCS REPY :

- Regroupement de 3 réseaux de santé : RYSC, Epsilon et Pallium gérontologie-cancérologie-soins palliatifs
- Territoire Yvelines-sud 132 communes
- Objectif 2015 : 900 patients suivis
- 600 professionnels libéraux dont 350 médecins généralistes signataires de la charte en 2014
- 50 structures sanitaires partenaires

COLLABORATION ACTUELLE

- EN 2015 : 16 SITUATIONS COMMUNES
- 13 pour lesquelles HAD Yvelines Sud mise en place sur les conseils du réseau dont 3 en USP et 2 en maison de retraite (Kalinox)
- 3 situations où HAD Yvelines Sud déjà présente avant l'inclusion du patient dans le réseau

ADMISSION DES PATIENTS

- Pour l'HAD , essentiellement en provenance de l'hôpital (plus grande visibilité, prescription directe de l'acteur qui fera les soins à domicile)
- Pour le réseau REPY, essentiellement en provenance des médecins de ville (plus grande légitimité)

A développer :

- Synergie à promouvoir pour améliorer la lisibilité de chacun vis-à-vis des professionnels

VISITE D'ÉVALUATION

- Nécessaire par les 2 équipes
- Actuellement asynchrone car signalements rarement conjoints
- Identification forte de chacune des structures par des acteurs de terrain différents

A développer :

- Les admissions communes avec la première visite ensemble
- Lisibilité : créer un support écrit en commun pour expliciter le rôle de chacun

CONTINUITE DES SOINS

- L'HAD assure une astreinte soignante et médicale téléphonique 24h/24
- Le réseau REPY assure une astreinte 24h/24 pour les soins palliatifs : plateforme médicale téléphonique la nuit entre les réseaux des Yvelines
- Une IDE de l'HAD se déplace au domicile sur appel du patient ou demande du réseau REPY
- Dans ce cadre, 2 référents médicaux : le médecin de l'HAD et celui du réseau

A développer :

- Système d'information commun pour avoir un suivi en temps réel des patients
- Organisation commune sur les astreintes médicales

REEVALUATION

- Aujourd'hui : peu de visites conjointes
- Régulière par les équipes de l'HAD et par celles du réseau REPY
- Contacts téléphoniques entre les structures
- Accompagnement du MT s'il le désire
- Visites communes de suivi si nécessaire

A développer :

- Visites conjointes au domicile
- Participation du réseau au staff de l'HAD pour parler des patients en commun



— HAD et réseaux Conclusion

— Comment travailler ensemble ?

- Pour un parcours du patient cohérent
- Grâce à un partenariat opérationnel construit ensemble
- Afin d'aboutir à un travail en équipe

- Articuler les missions
- Partager l'information
- Anticiper et gérer les urgences
- Rendre lisibles les rôles auprès des patients, de leurs familles et des professionnels

- Utiliser les travaux antérieurs
 - du groupe de travail HAD-Réseaux de soins palliatifs FNEHAD-RESPALIF
 - du groupe de travail Périnatalité et HAD issu du Copil HAD

— Proposition de groupe de travail mixte HAD - Réseaux

— Objectifs

- Identifier les freins / leviers / propositions d'actions pour un partenariat réussi
- Charte opérationnelle générique
- Document d'information des familles à personnaliser pour chaque binôme HAD / réseau

— Appel à volontaires

— 2 pilotes HAD / réseaux

— Réunion de cadrage

- Février 2016
- Modalités du projet : livrables, calendrier, groupes techniques (charte, périnatalité, etc)
- Remue-méninges

