



HAL
open science

L'implantation du service d'hospitalisation à domicile sur le territoire du Lunévillois : l'HADALU

David Trévisan

► **To cite this version:**

David Trévisan. L'implantation du service d'hospitalisation à domicile sur le territoire du Lunévillois : l'HADALU. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. hal-01932444

HAL Id: hal-01932444

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932444v1>

Submitted on 23 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du 3^e cycle de Médecine Générale

par

David TRÉVISAN

le 19 avril 2016

**L'IMPLANTATION DU SERVICE D'HOSPITALISATION A
DOMICILE SUR LE TERRITOIRE DU LUNÉVILLOIS :
L'HADALU**

Examineurs de la thèse :

| | | |
|-------------------------|------------|------------|
| Mme C. PERRET-GUILLAUME | Professeur | Présidente |
| M. S. BRIANÇON | Professeur | Juge |
| M. C. RABAUD | Professeur | Juge |
| M. S. MALIKOV | Professeur | Juge |
| Mme E. DUFAY | Docteur | Directrice |



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUJEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER
Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT
Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN
Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Chantal KOHLER
Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP
International : Pr Jacques HUBERT

=====
DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER
Professeur Henry COUDANE

=====
PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGÉ - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE
Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET
Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE
Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER
Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET
Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT
Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU
Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN
Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL
Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND
René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC
Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT
Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET
Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeure Michèle KESSLER - Professeur Jacques LECLÈRE
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ
Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT
Professeur Jacques POUREL - Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Paul VERT
Professeur Michel VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*

Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : *(Histologie, embryologie et cytogénétique)*

Professeur Christo CHRISTOV - Professeur Bernard FOLIGUET

3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*

Professeur Gilles KARCHER - Professeur Pierre-Yves MARIE - Professeur Pierre OLIVIER

2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD

Professeur Michel CLAUDON - Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2ème sous-section : *(Physiologie)*

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4ème sous-section : *(Nutrition)*

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : *(Bactériologie - virologie ; hygiène hospitalière)*

Professeur Alain LOZNIÉWSKI - Professeure Evelyne SCHVOERER

2ème sous-section : *(Parasitologie et Mycologie)*

Professeure Marie MACHOUART

3ème sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*

Professeur François ALLA - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2ème sous-section : *(Médecine et santé au travail)*

Professeur Christophe PARIS

3ème sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*

Professeure Eliane ALBUSSON - Professeur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*

Professeur Pierre FEUGIER

2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3ème sous-section : *(Immunologie)*

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeur Gilbert FAURE

4ème sous-section : *(Génétique)*

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : (Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2ème sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3ème sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4ème sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1ère sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER
Professeure Louise TYVAERT

2ème sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS
Professeur Olivier KLEIN - Professeur Jean-Claude MARCHAL

3ème sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5ème sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE
Professeur François SIRVEAUX

3ème sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeure Annick BARBAUD - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4ème sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1ère sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET

2ème sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET
Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

3ème sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4ème sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1ère sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3ème sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4ème sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1ère sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2ème sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3ème sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET

Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2ème sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3ème sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4ème sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2ème sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE

3ème sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON - Docteure Manuela PEREZ

2ème sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER - Docteure Françoise TOUATI

3ème sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Marie ESCANYE

2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2ème sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3ème sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2ème sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2ème sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3ème sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteure Aurore PERROT

2ème sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE

4ème sous-section : (Génétique)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2ème sous-section : (Réanimation ; Médecine d'urgence)

Docteur Antoine KIMMOUN (*stagiaire*)

3ème sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4ème sous-section : (Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Nicolas GIRERD (*stagiaire*)

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3ème sous-section : (Dermato-vénérologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4ème sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3ème sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4ème sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1ère sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1ère sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Docteure Laure JOLY

3ème sous-section : (Médecine générale)

Docteure Elisabeth STEYER

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET (*stagiaire*)

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7ème Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60ème Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66ème Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON - Docteure Sophie SIEGRIST

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS :

A Madame le Professeur Christine PERRET-GUILLAUME,
Professeur de Médecine Interne.

Pour nous avoir fait l'honneur d'accepter de présider notre thèse,
Nous vous exprimons nos sincères remerciements et vous prions de croire en notre
profond respect.

A Monsieur le Professeur Serge BRIANÇON
Professeur d'Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention

Pour nous avoir fait l'honneur d'accepter de juger notre travail,
Nous vous en sommes très reconnaissants.

A Monsieur le Professeur Christian RABAUD
Professeur de Maladies Infectieuses et Tropicales

Pour nous avoir fait l'honneur d'accepter de juger notre travail,
Nous vous exprimons notre profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Sergueï MALIKOV,
Professeur de Chirurgie Vasculaire.

Pour nous avoir fait l'honneur d'accepter de participer à ce jury de thèse,
Nous vous en remercions vivement.

A Madame le Docteur Edith DUFAY,
Docteur en Pharmacie.
Chef de projet « HADALU »

Pour avoir placé ce projet sous les meilleurs auspices,
Pour m'avoir fait confiance et pour le soutien apporté à l'équipe jour après jour,
Je te suis profondément reconnaissant.

A Aurore.

A la plus belle personne qui puisse exister.

J'ai failli te perdre il y a deux ans et j'en tremble encore.

Bientôt la moitié de ma vie passée à tes côtés. J'ai l'impression de te connaître par cœur et en même temps la sensation que deux vies ne seront jamais assez.

I would come to you, I would swim the seas, For to ease your pain

Je t'aime profondément

A mes parents... pour tout. Pour m'avoir accompagné dans la vie, ni trop loin, ni trop près, avec une justesse dont je prends conscience jour après jour. Je vous aime.

A Nicolas, le plus admirable des frères que je n'ai vu que de trop loin ces dernières années.

Tu es un modèle de force et de persévérance. Je suis extrêmement fier de toi.

A mes deux belles-familles. Merci pour votre présence, votre gentillesse, votre humanisme.

Je n'aurais pas pu rêver mieux.

A ma famille et mes amis « néo-zed », qui ont fait de moi un jeune adulte. J'ai passé onze mois de rêve auprès de vous, dans le vent, la terre de feu, baigné par les cris du *Haka* (et en uniforme vert à chaussettes montantes de Westlake Boys High School)

Inoubliable it was !

A la fine équipe vosg(meus)ienne (ou l'inverse, question « d'école »), avec qui j'ai traversé ces longues années d'études à coup de babyfoot-foot-cartes-rigolades-soirées... Axel (Rachel), Elric (Angélique), Vince (Térésa), Pierre (Céline) et les amis collatéraux...
Meilleurs vœux à vous et vos p'tits loups respectifs.

A Jérôme, Dr Machouar, Kogis first fan, « la main verte »... rencontré au détour d'un tatami.

Tu es un modèle d'abnégation.

A Damien, Anthony, Pierre, Ali, Max, Seb, Jean-Seb... rencontrés sur le désormais fameux tatami, pour m'avoir fait prendre conscience (douloureusement) de l'emplacement exact des muscles, tendons, ligaments et autres os que nos chers Professeurs d'anatomie se sont tant arrachés les cheveux à nous faire apprendre.

A Ivana, Hélène et Julie, pour votre bonne humeur perpétuelle (si si), pour votre simplicité, pour m'avoir redonné le sourire si souvent et particulièrement quand Aurore était dans la tempête. Merci du fond du cœur.

A Natacha et Henri (ça y'est je l'ai dit !), **à Mamabou et l'ensemble du service de médecine A** qu'elle représente. Vous avez fait du jeune interne un médecin. Je ne l'oublierai jamais.

A toute l'équipe des Urgences du CHL (vous êtes admirables mais trop nombreux à lister), pour les merveilleux moments passés (et à passer !) ensemble. Toutefois, merci désormais de m'appeler « Docteur » !

Au Dr Nicolas ROBIN pour m'avoir accueilli durant 6 mois et m'avoir fait découvrir LA médecine générale de ville que peut-être j'exercerai un jour.

A toute ma famille et ceux que j'aurais pu oublier

A Anouk et Trix (incontournables !)

A l'ensemble de l'équipe HADALU. Votre gentillesse, votre professionnalisme, votre investissement incomparable auprès des patients m'épateront décidément chaque jour.
MERCY !

SERMENT

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

Table des matières

| | |
|--|----|
| Liste des abréviations : | 18 |
| 1 INTRODUCTION..... | 20 |
| 2 L'HOSPITALISATION A DOMICILE | 21 |
| 2.1 L'hospitalisation à domicile en France..... | 21 |
| 2.1.1 Historique..... | 21 |
| 2.1.2 Chiffres clés..... | 22 |
| 2.1.3 Analyse des modes de prise en charge principaux..... | 23 |
| 2.1.4 Analyse des trajectoires globales des patients selon leur mode d'entrée..... | 24 |
| 2.1.5 Répartition des structures d'HAD sur le territoire national | 25 |
| 2.2 L'hospitalisation à domicile en Lorraine..... | 25 |
| 3 GESTION DE PROJET | 27 |
| 3.1 Territoire Lunévillois et offre de soins | 27 |
| 3.1.1 Territoire Lunévillois..... | 27 |
| 3.1.1.1 Population générale..... | 27 |
| 3.1.1.2 Revenus, emploi et marché du travail..... | 29 |
| 3.1.2 Offre de soins sur le territoire Lunévillois | 30 |
| 3.1.2.1 Etablissements de santé publics et privés | 30 |
| 3.1.2.2 Offre de médecine générale | 31 |
| 3.1.2.3 Services de Soins Infirmiers A Domicile | 31 |
| 3.1.2.4 Réseaux de santé | 32 |
| 3.2 L'HADALU..... | 33 |
| 3.2.1 Initialisation du projet d'HAD sur le territoire Lunévillois | 33 |
| 3.2.2 Lancement du projet d'HAD propre au CHL..... | 34 |
| 3.2.3 Réunion institutionnelle de lancement et de présentation des feuilles de route... .. | 38 |
| 3.2.4 Aire géographique d'intervention | 38 |
| 3.2.5 Etude de viabilité financière et établissement du budget prévisionnel | 40 |
| 3.2.5.1 Prévision d'activité | 40 |
| 3.2.5.2 Recettes d'exploitation..... | 41 |
| 3.2.5.3 Dépenses d'exploitation..... | 41 |
| 3.2.5.3.1 Dépenses de personnel..... | 41 |
| 3.2.5.3.2 Paramédicaux libéraux | 42 |
| 3.2.5.3.3 Dépenses à caractère médical | 42 |
| 3.2.5.3.3.1 Produits pharmaceutiques..... | 42 |
| 3.2.5.3.3.2 Locations à caractère médical..... | 42 |

| | | |
|-----------|---|----|
| 3.2.5.3.3 | Biologie médicale | 43 |
| 3.2.5.3.4 | Dépenses à caractère hôtelier | 43 |
| 3.2.5.3.5 | Dépenses d'investissement | 43 |
| 3.2.5.4 | Suivi budgétaire | 44 |
| 3.2.6 | Personnel de l'HADALU | 44 |
| 3.2.6.1 | Données générales | 44 |
| 3.2.6.2 | Le médecin coordonnateur..... | 46 |
| 3.2.6.3 | L'infirmière coordonnatrice | 47 |
| 3.2.6.4 | Les infirmières de « soins » | 47 |
| 3.2.6.5 | Autres professionnels intervenant dans la prise en charge | 48 |
| 3.2.6.5.1 | Le médecin traitant : | 48 |
| 3.2.6.5.2 | Le médecin prescripteur | 48 |
| 3.2.6.5.3 | Le maïeuticien | 49 |
| 3.2.6.5.4 | L'assistant(e)social(e) | 49 |
| 3.2.6.5.5 | Le psychologue..... | 50 |
| 3.2.6.5.6 | Le kinésithérapeute..... | 50 |
| 3.2.6.5.7 | L'aide-soignant | 50 |
| 3.2.6.5.8 | Le diététicien | 50 |
| 3.2.6.6 | Entreprise prestataire de santé à domicile..... | 51 |
| 3.2.7 | Locaux de l'HADALU | 51 |
| 3.2.8 | Système informatique..... | 51 |
| 3.2.9 | Plan de communication | 53 |
| 3.2.9.1 | Identification des destinataires..... | 53 |
| 3.2.9.2 | Supports de communication..... | 54 |
| 3.2.9.3 | Planning de mise en œuvre du plan de communication..... | 54 |
| 3.2.10 | Stratégie de progression dans le recrutement | 56 |
| 3.2.11 | Formation du personnel en vue de l'ouverture du service | 56 |
| 3.2.11.1 | Formation spécifique au PMSI HAD | 56 |
| 3.2.11.2 | Immersion de l'équipe de coordination dans la structure d'HAD de Péronne les 27, 28 et 29 octobre 2014..... | 57 |
| 3.2.11.3 | Autres formations..... | 57 |
| 3.2.12 | Qualité et sécurité des soins | 58 |
| 3.2.12.1 | Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins..... | 58 |
| 3.2.12.2 | Enquêtes de satisfaction | 59 |
| 3.2.12.3 | Evènements indésirables et maltraitance | 59 |

| | | |
|-----------|---|----|
| 3.2.12.4 | Procédure de certification v2014 | 60 |
| 3.3 | Prise en charge d'un patient dans le service HADALU | 60 |
| 3.3.1 | Admission..... | 60 |
| 3.3.2 | Suivi des patients..... | 61 |
| 3.3.2.1 | Généralités et traçabilité des actes | 61 |
| 3.3.2.2 | Suivi médical | 62 |
| 3.3.2.3 | Circuit des produits de santé | 64 |
| 3.3.2.4 | Fin de prise en charge et sortie du patient..... | 65 |
| 3.3.2.5 | Permanence de soins | 65 |
| 3.3.2.5.1 | Généralités | 65 |
| 3.3.2.5.2 | Permanence paramédicale | 66 |
| 3.3.2.5.3 | Permanence médicale | 66 |
| 3.3.2.5.4 | Permanence pharmaceutique | 67 |
| 3.3.2.6 | Codage de l'activité T2A en HAD..... | 67 |
| 3.3.2.7 | Équipements..... | 67 |
| 4 | DISCUSSION | 69 |
| 4.1 | Difficultés associées à la gestion de projet d'une HAD | 69 |
| 4.1.1 | Le statut juridique de l'HADALU | 69 |
| 4.1.2 | L'incitation institutionnelle pour hospitaliser à domicile | 69 |
| 4.1.3 | Le périmètre de recrutement des patients au sein de l'HADALU | 70 |
| 4.1.4 | La stratégie de recrutement des patients à l'ouverture | 71 |
| 4.1.5 | L'étude de viabilité financière d'une structure d'HAD | 72 |
| 4.1.6 | Le soutien financier de l'ARS Lorraine au démarrage d'un projet..... | 73 |
| 4.1.7 | Les indicateurs en HAD | 73 |
| 4.1.8 | L'enchaînement des phases dans une gestion de projet..... | 74 |
| 4.1.9 | Le recrutement du personnel | 75 |
| 4.1.10 | La formation du personnel | 76 |
| 4.1.11 | L'organisation paramédicale | 76 |
| 4.1.12 | Le système documentaire | 78 |
| 4.1.13 | La téléphonie | 79 |
| 4.1.14 | Le système d'information..... | 80 |
| 4.1.15 | Les procédures d'appel d'offres | 81 |
| 4.1.16 | Les produits de santé | 81 |
| 4.1.17 | Les locaux | 82 |
| 4.1.18 | L'entretien des caisses de transport et stockage des produits de santé..... | 82 |

| | | |
|---------|---|-----|
| 4.2 | Rapport d'activité après six mois | 83 |
| 4.2.1 | Taux de recours et durée de séjour | 83 |
| 4.2.2 | Données démographiques | 83 |
| 4.2.3 | Autonomie | 83 |
| 4.2.4 | Trajectoire des patients | 84 |
| 4.2.4.1 | Admission | 84 |
| 4.2.4.2 | Sortie | 84 |
| 4.2.4.3 | Trajectoire admission-sortie | 86 |
| 4.2.5 | Principaux modes de prise en charge | 86 |
| 4.2.6 | Suivi financier à fin juin 2015 | 87 |
| 4.2.7 | Conclusion | 87 |
| 4.3 | Perspectives d'avenir | 88 |
| 4.3.1 | Relatives aux professionnels | 88 |
| 4.3.1.1 | Développement de partenariats avec les SSIAD | 88 |
| 4.3.1.2 | Développement de l'équipe salariée | 89 |
| 4.3.1.3 | Structuration d'antenne | 89 |
| 4.3.1.4 | Formation du personnel soignant | 90 |
| 4.3.2 | Relatives aux modes d'entrée en HAD | 91 |
| 4.3.2.1 | Favoriser le recours à l'HAD depuis le domicile | 91 |
| 4.3.2.2 | Favoriser le recours à l'HAD dans les ESMS | 92 |
| 4.3.2.3 | Projet de convention tripartite EHPAD-SAU-HADALU | 92 |
| 4.3.3 | Relatives aux modes de prise en charge | 93 |
| 4.3.3.1 | Chimiothérapie à domicile | 93 |
| 4.3.3.2 | Rééducation orthopédique et neurologique | 94 |
| 4.3.3.3 | Transfusion sanguine | 95 |
| 4.3.3.4 | HAD obstétricale | 95 |
| 5 | CONCLUSION | 97 |
| | Bibliographie | 98 |
| | Annexe 1 : Calendrier prévisionnel de mise en œuvre du service HADALU | 103 |
| | Annexe 2 : Feuilles de route du groupe projet HADALU | 104 |
| | Annexe 3 : Etude de viabilité financière du service HADALU | 123 |
| | Annexe 4 : Fiche de fonction médecin coordonnateur | 125 |
| | Annexe 5 : Fiche de fonction infirmier coordonnateur | 129 |
| | Annexe 6 : Fiche de tâches infirmier coordonnateur | 133 |
| | Annexe 7 : Modes de prise en charge en HAD | 137 |

| | |
|--|-----|
| Annexe 8 : Fiche de fonction infirmier de « soins » | 138 |
| Annexe 9 : Fiche de tâches infirmier de « soins » | 143 |
| Annexe 10 : Convention de partenariat Médecin Traitant - HADALU | 145 |
| Annexe 11 : Plan de communication ouverture HADALU..... | 151 |
| Annexe 12 : Supports de communication (non exhaustif)..... | 159 |
| Annexe 13 : Exemple de document de synthèse à destination des médecins exerçant en service MCO | 162 |
| Annexe 14 : Stratégie de progression dans le recrutement des patients..... | 169 |
| Annexe 15 : Fiche mémo « tenue du dossier patient en HAD » | 172 |
| Annexe 16 : Questionnaire de sortie | 174 |
| Annexe 17 : Gestion des équipements majeurs..... | 176 |
| Annexe 18 : Fiche de demande d'admission..... | 181 |
| Annexe 19 : Consentement du patient pour une HAD..... | 183 |
| Annexe 20 : Bilan psycho-social..... | 184 |
| Annexe 21 : Consentement du médecin traitant pour une HAD..... | 188 |
| Annexe 22 : Organisation de la prise en charge médicamenteuse | 189 |
| Annexe 23 : Organisation de la permanence de soins..... | 194 |
| Annexe 24 : Fiche SAMU HADALU | 199 |
| Annexe 25 : Composition de la trousse d'urgence..... | 200 |
| Annexe 26 : Indice de Karnofsky..... | 203 |
| Annexe 27 : Suivi financier HADALU à fin juin 2015 | 204 |
| Annexe 28 : Convention de partenariat SSIAD-HADALU | 208 |

Liste des abréviations :

AO : Appel d'Offres

AS : Aide-Soignant

APHP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

ARS : Agence Régionale de Santé

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

AVQ : Activités de la Vie Quotidienne

CAD : Chimiothérapie A Domicile

CHL : Centre Hospitalier de Lunéville

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CNEH : Centre National de l'Expertise Hospitalière

CREA : Compte de Résultat Analytique

CRUQ : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité

CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques

CSP : Code de Santé Publique

CTE : Comité Technique d'Etablissement

DIM : Département d'Information Médicale

EI : Evènements Indésirables

EHPA(D) : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées (Dépendantes)

ESMS : Etablissements et Services Médico-Sociaux

ETP : Équivalent Temps Plein

FEHAP : Fédération des Etablissement Hospitaliers et d'Aide à la Personne

FHF : Fédération Hospitalière de France

FNEHAD : Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GHT : Groupement Homogène de Tarif

HAD : Hospitalisation A Domicile

HADALU : Hospitalisation A Domicile sur le Lunévillois

HADAM : Hospitalisation A Domicile de l'Agglomération Messine

HADAN : Hospitalisation A Domicile de l'Agglomération Nancéienne

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IPAQSS : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

MCO : Médecine – Chirurgie – Obstétrique
MP(P) : Mode de Prise en charge (Principal)
MRSL : Maison des Réseaux de Santé du pays Lunévillois
OHS : Office d'Hygiène Sociale
PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PRADO : Programme d'Accompagnement de retour à Domicile
PRS : Projet Régional de Santé
PUI : Pharmacie à Usage Intérieur
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
T2A : Tarification A l'Activité
UH(T)CD : Unité d'Hospitalisation de (Très) Courte Durée
UNA : Union Nationale de l'Aide
USLD : Unité de Soins de Longue Durée

1 INTRODUCTION

Apparue en 1957 en France, l'hospitalisation à domicile (HAD) permet d'assurer, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés en associant le médecin traitant, le(s) médecin(s) hospitaliers et tous les professionnels paramédicaux et sociaux. Elle concerne des malades de tous âges atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissements de santé (circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'HAD).

Le schéma régional d'organisation sanitaire de 3e génération (SROS III) de mars 2006 fixait comme objectif principal le développement de structures d'HAD polyvalentes sur l'ensemble de la région Lorraine.

Le 28 décembre 2009, l'ARS autorisait l'activité d'HAD polyvalente sur le territoire Lunévillois au Groupement de Coopération Sanitaire regroupant l'Hôpital Local Intercommunal 3H Santé et la Maison Hospitalière de Baccarat.

L'implantation d'une telle structure faisant partie des priorités inscrites dans le Projet Régional de Santé 2012-2017 afin d'optimiser le maillage de l'offre de soins en Lorraine, et devant l'absence de création du service d'HAD par le GCS comme initialement prévu, l'autorisation a été cédée au Centre Hospitalier de Lunéville (centre hospitalier référent du territoire) en décembre 2011 avec confirmation d'autorisation d'exercice par l'ARS Lorraine en juin 2012.

Ce travail de thèse s'inscrit dans cet objectif, en présentant d'une part la gestion de projet ainsi que la mise en œuvre de cette structure d'HAD sur le territoire Lunévillois, et d'autre part le rapport d'activité du premier semestre de fonctionnement.

2 L'HOSPITALISATION À DOMICILE

2.1 L'hospitalisation à domicile en France

2.1.1 Historique

Dès 1791, le duc de la Rochefoucauld-Liancourt, rapporteur de plusieurs travaux à l'Assemblée Constituante notamment sur la mendicité et l'état des hôpitaux du royaume, propose le concept de poursuite de soins au domicile à l'issue d'un séjour en établissement de santé.

La première application de ce concept d'hospitalisation à domicile (« Home Care ») voit le jour aux Etats Unis en 1945 sous l'impulsion du Professeur Bluestone, et ce avec la volonté de poursuivre des soins lourds de type hospitaliers au domicile afin de désengorger les établissements de santé.

C'est en 1951 sur l'initiative du Professeur Siguier qu'ouvre le premier service d'HAD en France (hôpital Tenon à Paris). Il est suivi en 1957 et 1958 respectivement, des créations de ceux de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris et de Santé Service par la Ligue Nationale contre le cancer. Le concept initial de suivi des patients au domicile par un médecin hospitalier est progressivement complété par le recours aux médecins généralistes.

L'article 4 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière officialise l'activité d'HAD : « Les services des centres hospitaliers peuvent se prolonger à domicile, sous réserve du consentement du malade ou de sa famille, pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant ».

La Fédération National des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile (FNEHAD), ayant pour objectif de réunir et représenter les structures d'HAD auprès des pouvoirs publics, voit le jour en 1973.

A cette première phase de développement « spontané » de l'HAD, répondant à une nécessité de désengorgement des établissements, succède une longue phase de progression

lente de l'activité avec la création d'une quarantaine de structures de petites tailles sur le territoire national jusqu'au début des années 1990.

Une première circulaire du Ministère des Affaires Sanitaires et Sociales datant de 1986 étend le champ de l'HAD à tous les patients hormis ceux souffrant de pathologies psychiatriques et autorise un séjour d'HAD dans les suites d'une consultation externe (une hospitalisation préalable de 10 jours était nécessaire auparavant), cependant c'est la réforme hospitalière de 1991 et ses décrets d'application d'octobre 1992 qui officialisent véritablement l'activité d'HAD comme une alternative à l'hospitalisation conventionnelle, avec nécessité de coordination des soins (création de la fonction de médecin coordonnateur) ainsi que de continuité et de permanence de soins au même titre que toute établissement hospitalier. L'HAD intègre alors la carte sanitaire au titre des lits de « médecine » afin de réguler le système de soins.

Plusieurs circulaires et décrets se succéderont sur les deux décennies suivantes, complétant le cadre législatif et élargissant progressivement l'offre d'HAD à toute personne résidant sur le territoire y compris en établissements d'hébergement pour personnes âgées ou sociaux et médico-sociaux.

2.1.2 Chiffres clés

En 2013, selon les données fournies à l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), 311 structures d'HAD ont réalisé plus de 4 365 000 journées d'hospitalisation soit une hausse de 4.9% comparativement à l'année précédente.

La croissance spectaculaire de l'HAD principalement observée entre 2005 et 2008 (création de 108 structures, hausse de 68% du nombre de journées réalisées) s'est progressivement estompée les années suivantes [1]. L'amélioration du maillage du territoire (présence d'au moins une structure par département), mais également les difficultés inhérentes au développement de ce mode de prise en charge en milieu rural (coûts plus élevés, accès difficile, inégalité de répartition des professionnels de santé sur le territoire...), ont contribué à ce tassement.

Bien que le recours à l'HAD reste minoritaire dans le parcours de soins des patients (respectivement 3% des journées et 1% de l'ensemble de la dépense de l'hospitalisation en 2012), il était toujours noté une progression du nombre de séjours supérieure à celle des secteurs MCO en 2013 (2.3% contre 0.3%) [2]. A l'occasion de la 17^e journée nationale de l'HAD en décembre 2013, la ministre des Affaires Sociales et de la Santé a réaffirmé l'objectif d'un doublement de l'activité d'HAD d'ici 2018.

L'âge moyen des patients pris en charge en 2012 était de 62.4 ans en 2012 en excluant les prises en charge d'obstétrique et de périnatalité [1] (60.7 ans en 2011). En terme général, l'activité des établissements d'HAD concerne les patients adultes (évalué à 95.5% en 2012) dont une nette prédominance de personnes âgées de 75 ans et plus (40.2%, en progression).

L'activité d'HAD depuis 2007 est très majoritairement réalisée par des structures associatives ou privées (stable autour de 73%), dont une progression constante du secteur privé à but lucratif (de 6% en 2007 à 12% des journées en 2012 et 2013).

2.1.3 Analyse des modes de prise en charge principaux [2]

Le mode de prise en charge principal (MPP) est défini comme celui nécessitant la mobilisation la plus importante de ressources (financière, humaine...).

L'analyse des données recueillies par l'ATIH depuis 2011 indique que trois MPP concentrent à eux seuls près de 60% du nombre total de journées (pour les établissements publics comme privés) : **les soins palliatifs** (stable, 25%), **les pansements complexes et soins spécifiques** (progression constante, 24%) et **les soins de nursing lourds** (progression rapide, 10.6%). Nous observons par ailleurs une forte augmentation de l'activité concernant les chimiothérapies à domicile (+21.8% entre 2012 et 2013) en notant toutefois que ce mode de prise en charge ne représente toujours que 2% de l'ensemble des journées réalisées en HAD.

2.1.4 Analyse des trajectoires globales des patients selon leur mode d'entrée [2]

Les séjours en HAD sont dans plus de 66% des cas issus d'un transfert (ou d'une mutation) depuis un séjour en MCO (stable depuis 2009) (**Figure 1**).

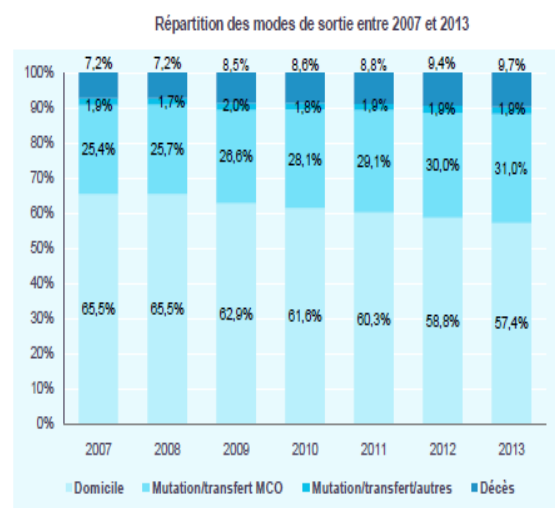
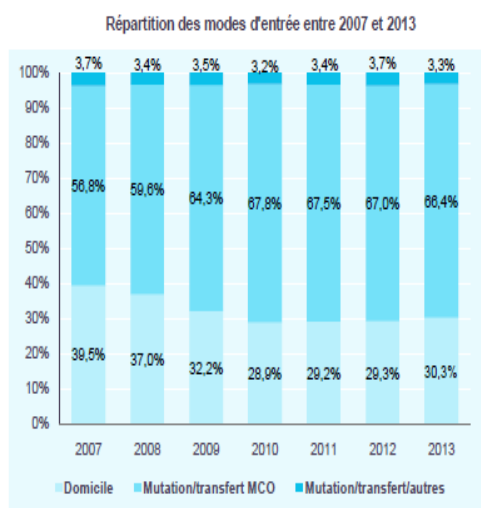
Le recours à ce mode d'hospitalisation directement depuis le domicile représentait près de 40% des séjours en 2007, mais a décliné à partir de 2009 pour se stabiliser autour de 30%.

A l'issue de ces séjours en HAD, les patients restent majoritairement à leur domicile (57,4% en 2013), mais nous observons cependant une lente mais constante diminution de ce mode de sortie depuis 2007 (noté alors à 65,5%), au profit de transferts/mutations vers des services de MCO.

Figure 1. Répartition des modes d'entrée et de sortie entre 2007 et 2013 (ATIH)

| Modes d'entrée | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|---------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Domicile | 39,5% | 37,0% | 32,2% | 28,9% | 29,2% | 29,3% | 30,3% |
| Mutation/transfert MCO | 56,8% | 59,6% | 64,3% | 67,8% | 67,5% | 67,0% | 66,4% |
| Mutation/transfert/autres | 3,7% | 3,4% | 3,5% | 3,2% | 3,4% | 3,7% | 3,3% |
| Total | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

| Modes de sortie | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|---------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Domicile | 65,5% | 65,5% | 62,9% | 61,6% | 60,3% | 58,8% | 57,4% |
| Mutation/transfert MCO | 25,4% | 25,7% | 26,6% | 28,1% | 29,1% | 30,0% | 31,0% |
| Mutation/transfert/autres | 1,9% | 1,7% | 2,0% | 1,8% | 1,9% | 1,9% | 1,9% |
| Décès | 7,2% | 7,2% | 8,5% | 8,6% | 8,8% | 9,4% | 9,7% |
| Total | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |



L'analyse de la trajectoire des patients, cette fois-ci suivant leur provenance, indique que le mode d'entrée « domicile » permet de limiter de manière conséquente les sorties vers

des séjours en établissement de santé (20.6% contre 37.3% et 56.8% respectivement pour des modes d'entrée « MCO » et « SSR »).

2.1.5 Répartition des structures d'HAD sur le territoire national

Selon le rapport d'activité 2012-2013 de la FNEHAD [1], 100% des départements français étaient couverts par au moins une structure d'HAD en 2012, avec un total de 12700 places disponibles toutefois inégalement réparties sur le territoire, 16% des places disponibles étant concentré par seulement deux structures d'Ile de France (Santé Services – 1200 places et l'HAD de l'APHP – 800 places), réalisant à elles seules près de 20% de l'activité nationale.

Cette disparité parfois importante entre les départements s'explique en partie par la ruralité de certaines zones à couvrir et la difficulté de création de structures d'HAD dédiées d'une part, du taux de recours faible aux structures existantes d'autre part (nouvellement créées ou faible implantation), mais également aux stratégies des ARS parfois différentes, certaines privilégiant le maillage territorial, d'autres le nombre de places disponibles...

2.2 L'hospitalisation à domicile en Lorraine

La première structure lorraine fut créée en 1972 à Bainville sur Madon, avec principalement une orientation de rééducation (Centre Florentin – OHS). Les deux services présentant les niveaux d'activité les plus importants depuis plusieurs années, à savoir l'HADAM et l'HADAN furent respectivement créés en 1999 et 2005.

En 2014, la région Lorraine comptait 15 structures coordinatrices (hors antennes) exerçant une activité de médecine polyvalente, couvrant une grande majorité du territoire hormis les territoires de Dieuze et Lunéville, et présentant des niveaux d'activité très différents : selon les données ATIH en 2014, 2 600 journées pour l'HAD du CH de Sarreguemines contre 20 500 pour l'HADAN.

D'après le rapport national 2012-2013 de la FNEHAD, la Lorraine apparaissait en 2012 comme la région présentant le taux le plus faible de recours à l'HAD, avec moins de 3 600 journées pour 100 000 habitants (3 584) contre 6 367 au niveau national (6 157 en métropole).

Les données 2014 relevées par l'ATIH faisait état de 4 500 journées pour 100 000 habitants (données INSEE concernant la population légale au premier janvier 2012) ce qui représenterait une croissance encourageante de près de 20%.

Tableau 1 : Activité d'HAD en Lorraine en 2014

(Données INSEE décembre 2014 concernant la population légale 2012 et relevés ATIH en décembre 2014)

| Département | Nombre de structures | Population légale | Nombre de journées | Journées pour 100000 habitants | Durée moyenne de séjour (jours) |
|---------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------------------|--|
| Meurthe et Moselle | 4 | 747 707 | 39 871 | 5 330 | 25.9 |
| Meuse | 2 | 199 315 | 11 223 | 5 639 | 21.2 |
| Moselle | 6 | 1 068 417 | 34 789 | 3 257 | 23.8 |
| Vosges | 3 | 390 787 | 15 165 | 3 878 | 24.6 |

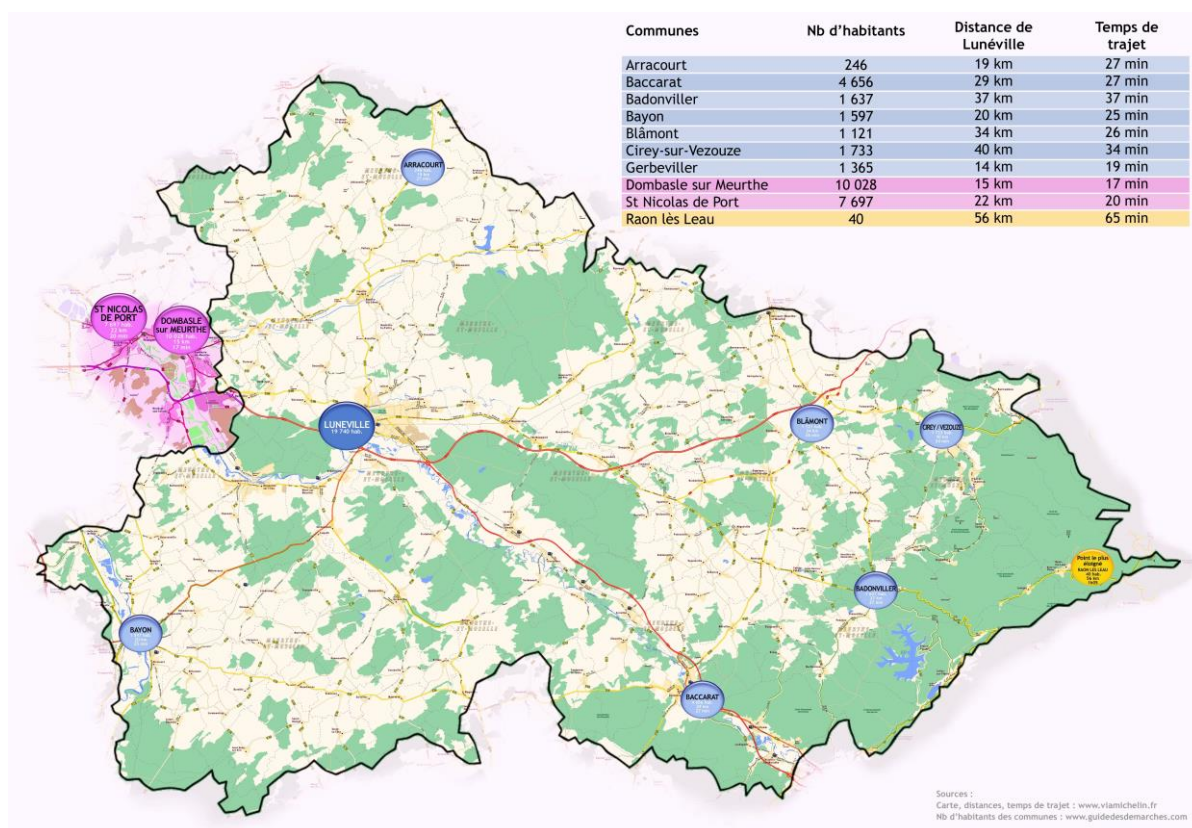
3 GESTION DE PROJET

3.1 Territoire Lunévillois et offre de soins

3.1.1 Territoire Lunévillois

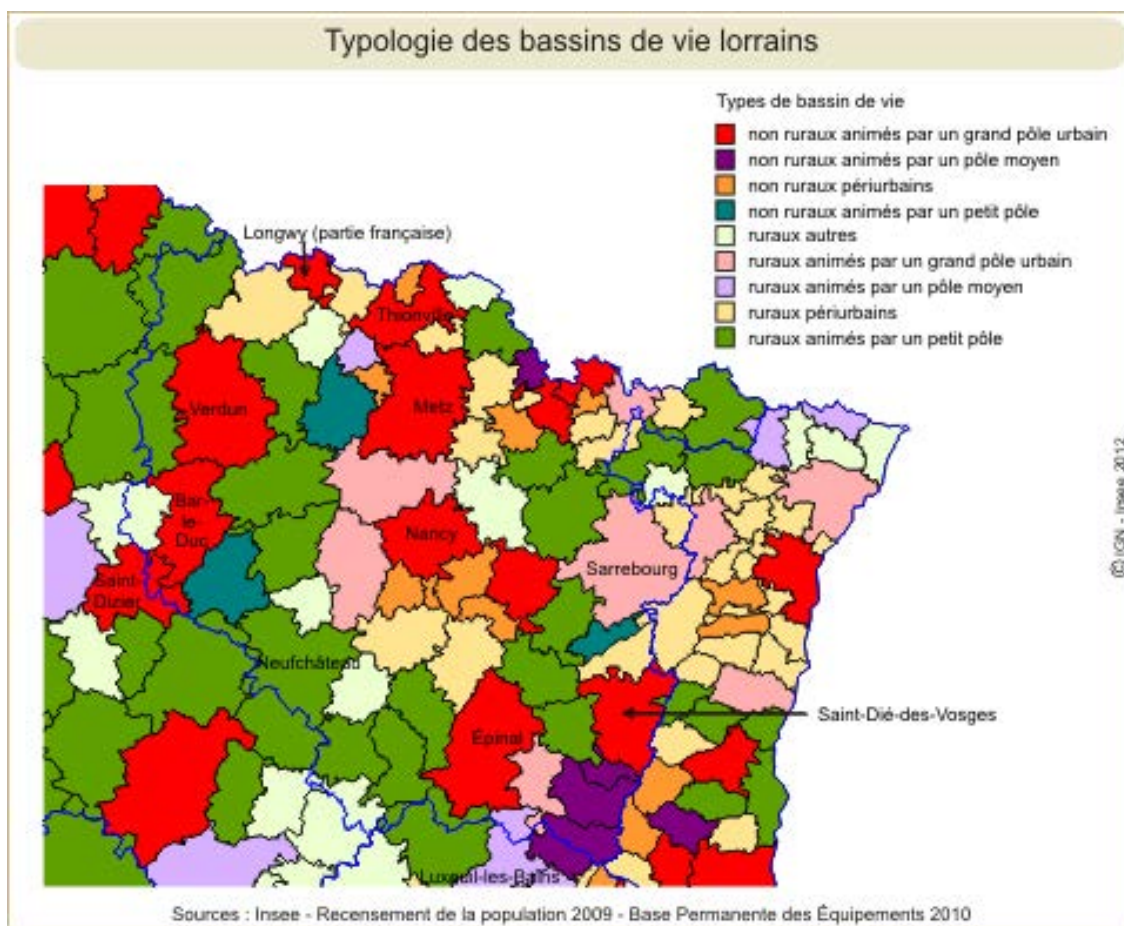
3.1.1.1 Population générale

Le territoire du Lunévillois (**Carte 1.**) est le plus vaste territoire de la Meurthe et Moselle (qui comptait 735062 habitants en 2013) mais également le moins densément peuplé (78137 habitants, 54 habitants/km²) [5]. Il s'organise autour de 163 communes réparties au sein de 9 intercommunalités et se structure essentiellement sur des pôles internes (Lunéville-Baccarat-Blainville-Damelevières) et externes avec l'agglomération nancéienne, les bassins de Saint-Dié et de Sarrebourg.



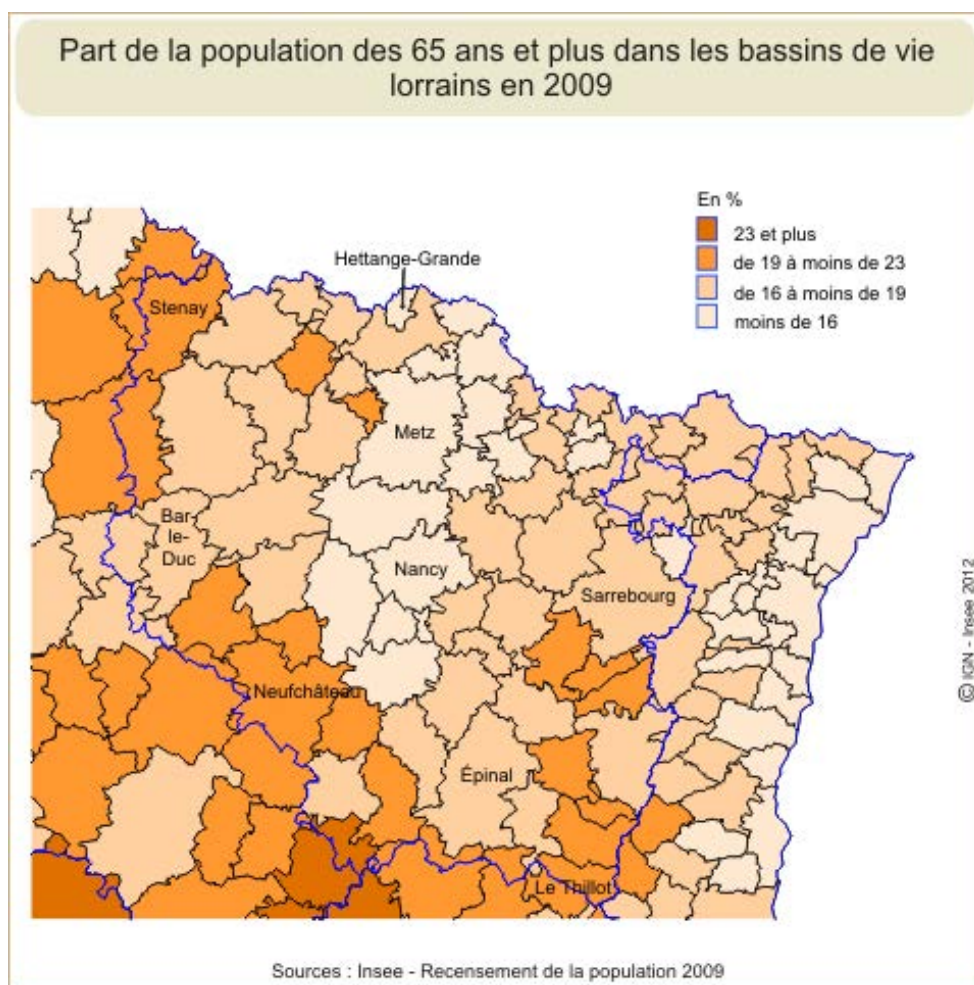
Carte 1. Le territoire du Lunévillois

Les bassins de vie du Lunévillois sont hétérogènes, avec une zone urbaine en croissance démographique centrée par la commune de Lunéville et profitant des effets d'entraînement de l'agglomération nancéienne, mais également des zones rurales présentant de grandes difficultés (communautés de communes de la Haute Vezouze, du Pays de la Vezouze et de Badonviller) (**Carte 2.**).



Carte 2. Typologie des bassins de vie lorrains

Cette partie Est est également confrontée au vieillissement de sa population (**Carte 3.**) (la Meurthe et Moselle est l'un des départements les moins âgés du Grand-Est, à l'exception de ce territoire), avec près de 29% de personnes âgées de plus de 60 ans contre 24% dans le canton de Lunéville [6].



Carte 3. Part de la population des 65 ans et plus dans les bassins de vie lorrains en 2009

3.1.1.2 Revenus, emploi et marché du travail [6] [7]

Le taux d'activité de la population est tiré vers le haut par les zones les plus proches de l'agglomération nancéienne (les actifs des cantons de Bayon, Gerbéviller et Lunéville-nord sont quotidiennement entre 25 et 45% à se rendre à Nancy pour y travailler).

Au 31 décembre 2011, le Lunévillois comptait près de 6 500 demandeurs d'emploi soit une hausse de 4% entre 2010 et 2011 comparable aux statistiques départementales, avec toutefois une inégalité de répartition territoriale et selon l'âge (près de 21% de hausse chez les 50 ans et plus).

Les ménages situés dans les trois « cantons prioritaires » définis par le SROS-PRS Lorraine (Blâmont, Badonviller, Cirey-sur-Vezouze) étaient en 2008 parmi ceux déclarant les

revenus les plus faibles dans le département (inférieurs de 1 100 euros par rapport à la médiane départementale).

3.1.2 Offre de soins sur le territoire Lunévillois

3.1.2.1 Etablissements de santé publics et privés

Le territoire Lunévillois compte deux « structures » hospitalières publiques :

- le Centre Hospitalier de Lunéville offrant 168 lits et places d'hospitalisation conventionnelle de MCO, ainsi que 258 lits et places d'EHPAD et USLD,
- le Centre Hospitalier Intercommunal 3H Santé issu de la fusion des hôpitaux locaux de Badonviller, Blâmont et Cirey sur Vezouze offrant 40 lits et places de SSR (dont 5 lits dédiés aux soins palliatifs et 12 aux patients en état végétatif persistant), ainsi que 207 lits et places d'EHPAD et USLD.

La Clinique Jeanne d'Arc localisée à Lunéville offre pour sa part 70 lits et places de chirurgie en secteur privé.

La ville de Baccarat accueille deux structures qui complètent cette offre de soins :

- la Maison Hospitalière de Baccarat (privée associative) offrant 109 lits et places d'EHPAD ainsi que 43 lits d'USLD,
- l'établissement de soins de suite Le Château (privé à but non lucratif) offrant 90 lits de SSR.

Les quatre autres EHPAD du territoire situés sur les communes de Bayon, Blainville sur l'Eau, Einville au Jard et Gerbéviller comptabilisent 313 lits.

D'après les données de l'INSEE concernant les places d'hébergement pour personnes âgées [8] ainsi que les données de recensement 2013, l'offre de places d'EHPAD sur le territoire Lunévillois (128.3 pour 1000 habitants de 75ans et plus) se situe entre les moyennes nationales et départementales, respectivement de 122.6 et 131.5/1 000.

3.1.2.2 Offre de médecine générale

D'après les données du conseil national de l'ordre des médecins en 2014, 76 médecins généralistes exercent une activité régulière sur le territoire Lunévillois soit 9.7 pour 10 000 habitants contre respectivement 9.4 et 8.5/10 000 aux niveaux départementaux et régionaux (population recensée au 1^{er} janvier 2013).

72% de ces professionnels (55) sont installés dans la moitié ouest du territoire dans les zones les plus densément peuplées proches de l'agglomération nancéienne, comptabilisant 73% de la population. Il existe cependant une inégalité de répartition au sein de ces zones avec une tendance des médecins à s'installer préférentiellement là où se concentrent déjà les praticiens (Lunéville à l'ouest, Baccarat à l'est), ce qui reflète la situation régionale [9].

Par ailleurs la démographie des médecins généralistes libéraux est animée, comme aux échelles départementales et régionales, par un vieillissement des effectifs ainsi que par une difficulté de renouvellement (1095 praticiens en Meurthe et Moselle en 2013 contre 1232 en 2007) [10].

3.1.2.3 Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD)

Les SSIAD sont des services territorialisés d'aide à domicile. Ils assurent des prestations de soins infirmiers, qu'ils soient techniques, de base ou relationnels. Les principaux objectifs de ces structures sont de retarder l'institutionnalisation d'une personne, de faciliter le retour précoce au domicile après une hospitalisation afin de limiter les risques liés à un séjour hospitalier prolongé et de préserver l'autonomie de la personne.

Les équipes sont essentiellement composées d'aides-soignants habilités à réaliser, sous responsabilité d'un infirmier coordonnateur, des actes infirmiers de soins (AIS) définis comme des actes de soins d'hygiène (prévention d'escarres, nursing...). Une prise en charge peut être complétée par des soins techniques (« actes médicaux infirmiers » ou AMI) uniquement réalisables par un infirmier. Pour ce faire, les SSIAD peuvent recourir à des infirmiers salariés ou externaliser les prestations auprès de professionnels libéraux.

Le territoire Lunévillois compte à ce jour 3 structures appartenant au réseau ADMR54 (SSIAD « des quatre Cantons », SSIAD « les trois Rivières », SSIAD « les Etangs »), offrant 163 places d'accueil soit 20.7 places pour 1 000 personnes de 75 ans et plus selon les données démographiques détaillées au premier janvier 2014 [11] (moyenne nationale de 19.6/1 000 et départementale de 17.8/1 000 [12]).

3.1.2.4 Réseaux de santé

Les réseaux de santé sont des regroupements pluridisciplinaires de professionnels de santé (médecins, infirmières) et d'autres professionnels (travailleurs sociaux, personnels administratifs...) en vue d'organiser une réponse à un besoin de santé publique identifié sur une aire géographique déterminée. Ils apportent un soutien aux patients et/ou à leurs proches, mais également aux professionnels (de santé, sociaux) en leur permettant d'accompagner des patients qu'ils ne pourraient pas continuer à suivre sans cette aide.

Facteurs de décloisonnement de notre système de santé, notamment entre l'hôpital public ou privé et la ville, « les réseaux permettent la coordination de tous les intervenants, la responsabilisation de l'usager au centre de l'organisation mise en place [13]. »

Le territoire du Lunévillois bénéficie, outre la possibilité de recours aux réseaux régionaux (ONCOLOR, NEPHROLOR...), de trois principaux réseaux de santé constitués sous forme de deux associations implantées à Lunéville :

- la Maison des Réseaux de Santé du Pays Lunévillois (MRSL) née en janvier 2012 de la fusion de l'association RESEAULU (réseau de gérontologie), et de la Maison du Diabète et de la Nutrition du Pays Lunévillois (éducation thérapeutique des patients souffrant de pathologies chroniques),
- le réseau AUTREMENT (réseau de soins palliatifs intervenant sur un large territoire comprenant le Pays Lunévillois mais également le département des Vosges).

3.2 L'HADALU

3.2.1 Initialisation du projet d'HAD sur le territoire Lunévillois

Le schéma régional d'organisation sanitaire de 3^e génération (SROS III) de mars 2006 fixait comme objectif principal le développement de structures d'HAD polyvalentes et généralistes sur l'ensemble de la région Lorraine, de manière à répondre aux orientations nationales et régionales de maillage du territoire [14].

Le SROS du Projet Régional de Soins (PRS) 2012-2017 [9], faisait état en mai 2010 d'une couverture incomplète du territoire lorrain malgré 18 autorisations de structures d'HAD, principalement en raison :

- de difficultés de développement de structures existantes (créations d'antennes, évolution vers une pratique généraliste pour des HAD initialement spécifiques...)
- d'une autorisation non effective sur le territoire Lunévillois.

Cette autorisation d'activité d'HAD polyvalente initialement délivrée en décembre 2009 au GCS regroupant l'Hôpital Local Intercommunal 3H Santé et la Maison Hospitalière de Baccarat, a été cédée au CHL en décembre 2011 avec la volonté de l'adosser au centre hospitalier référent du territoire. L'autorisation d'activité de médecine sous forme d'HAD a été confirmée le 14 juin 2012 par l'ARS Lorraine.

Un premier projet de coopération entre les structures d'HAD de Nancy (HADAN, HAD de l'OHS) et de Lunéville a ainsi vu le jour, afin de mettre en œuvre l'autorisation d'activité donnée par l'ARS Lorraine au CHL.

Différentes réunions de travail courant 2013 ont initialement orienté le projet de coopération vers la constitution d'un GCS « établissement de santé » spécifique au territoire, de statut préférentiellement privé compte tenu de la participation de 2 établissements FEHAP, et dans lequel chacun des trois partenaires détiendrait une part égale de sièges. Un démarrage de l'activité était envisagé pour le 1^{er} juillet 2014 avec une montée en charge progressive, grâce à un fonctionnement « mixte » reposant tant sur du personnel salarié que libéral.

La proposition formulée par la direction du CHL en avril 2014 de constitution d'un GCS « de moyen », plus léger dans sa mise en œuvre, n'ayant pas été retenue par l'OHS, le projet de coopération fut abandonné, orientant ainsi le CHL vers la création d'une structure propre.

3.2.2 Lancement du projet d'HAD propre au CHL

« Un projet est une démarche spécifique qui permet de structurer méthodiquement et progressivement une réalité à venir (...). Il implique un objectif, des actions à entreprendre avec des ressources définies dans des délais donnés. » (AFNOR Norme X50-106)

La démarche de conduite de projet vise ainsi à orienter, organiser, évaluer, planifier et piloter le projet pour lui permettre d'atteindre les objectifs fixés, en respectant les délais et la consommation budgétaire.

Suite à la décision de création et de développement d'une structure d'HAD propre au CHL, une fiche d'instruction de projet/note de cadrage a été définie autour de différentes rubriques : les objectifs, le contexte législatif et réglementaire, les résultats attendus, l'organisation initiale du projet, le calendrier et le budget.

- Objectifs stratégiques :
 - **Répondre à la demande sociale de prise en charge au domicile** constituant pour une majorité de malades un confort moral et matériel important,
 - **Contribuer à l'efficience du système de santé par une prise en charge dans la proximité et la territorialité**, tant d'un point de vue financier que structurel.

- Objectifs opérationnels [9]:
 - **Mettre en œuvre l'autorisation d'activité d'HAD polyvalente** sur le territoire Lunévillois, et en particulier sur sa partie est,
 - **Développer les coopérations entre la structure d'HAD et les autres structures de soins à domicile** afin d'améliorer la continuité de la prise en charge,

- **Inscrire la structure d'HAD dans les filières de soins du territoire** (filières gériatriques, réseau de soins palliatifs...)

- Contexte législatif et réglementaire :

La **circulaire n°DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000** ainsi que l'**article R6121-4-1 du Code de la Santé Publique** précisent un certain nombre d'éléments dont le fait que les soins dispensés en HAD doivent être formalisés dans le cadre d'un projet thérapeutique clinique et psychosocial, incluant une évaluation médicale au moins hebdomadaire, et des soins infirmiers et/ou de kinésithérapie quasi-quotidiens. Ces soins, « continus et coordonnés », sont distingués en :

- soins ponctuels, d'une durée préalablement déterminée, mais révisable en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient
- soins continus, d'une durée non déterminée au préalable et comprenant d'autres soins plus ou moins complexes (ex : soins de nursing)
- réadaptation à domicile.

La **circulaire n°DHOS/O3/2006/506 du 1er décembre 2006** précise que « l'autorisation spécifique de structures d'hospitalisation à domicile est conjointe à celle des activités de soins concernées », les établissements de santé étant soumis au droit des autorisations en ce qui concerne l'activité de soins à domicile.

La **loi « Hôpital Patients Santé Territoire » n°2009-879 du 21 juillet 2009** stipule que :

- « les établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif délivrent les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement relevant de l'action sociale et des familles » (article L 6111-1 du code de santé publique),
- de même, selon l'article L 6125-2 : « seuls les établissements de santé exerçant une activité de soins à domicile et répondant aux conditions prévues par l'article L 6122-1 peuvent faire usage dans leur intitulé, leurs statuts, contrats, documents ou publicité, de l'appellation d'établissement d'hospitalisation à domicile. ».

Depuis le **décret n°2012-1030 du 6 septembre 2012 (article R6121-4-1 du CSP)**, les établissements d'HAD peuvent également intervenir dans un établissement social ou médico-social avec hébergement. Néanmoins « *les soins ne peuvent être délivrés à un résident que si l'état de santé de celui-ci exige une intervention technique, qui ne se substitue pas aux prestations sanitaires et médico-sociales dispensées par l'établissement, et si son admission en hospitalisation à domicile répond à des conditions de prise en charge définies par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'action sociale.* »

- Résultats attendus :
 - **Amélioration de la prise en charge des patients résidant sur le territoire** :
 - favoriser la réalisation de soins de qualité comparable aux prestations hospitalières, le tout dans un environnement habituel et familial,
 - favoriser la possibilité pour le patient de prendre une part plus active dans sa maladie, ses soins,
 - optimiser les parcours de soins des patients en situation complexe, en s'articulant étroitement avec les réseaux de santé du territoire, les SSIAD...
 - réduire la durée moyenne de séjour (ou éviter) des (ré)hospitalisations en service de court séjour ou de SSR dans les établissements de santé du territoire, [15][16][17]
 - participer à la prévention du risque de désocialisation engendré par une hospitalisation en établissement de santé,
 - **Education des aidants** à la (aux) pathologie(s) du patient et à ses composantes, (réflexion menée dans la structure d'HAD Soins et Santé à Lyon : « développement d'un programme d'éducation des aidants des patients pris en charge en HAD en oncologie »)
 - **Inclusion des aidants dans la coordination globale,**
 - **Amélioration de la coopération entre professionnels de santé** [18][19] :
 - optimiser le parcours de soins du patient,
 - développer l'exercice pluri-professionnel,
 - participer à l'amélioration de l'articulation entre secteurs hospitalier et ambulatoire,

- **Réduction des coûts des séjours** comparativement aux hospitalisations conventionnelles en secteur MCO ou SSR [20],
 - **Recentrage de l'utilisation des lits des établissements hospitaliers** sur les soins aigus médicaux et chirurgicaux [21],
- Organisation initiale du projet :
 - **Désignation du chef de projet** ayant pour rôle de :
 - animer le projet auprès des différents acteurs,
 - garantir l'atteinte des objectifs dans le respect des délais et moyens,
 - défendre le projet auprès des différentes instances,
 - **Constitution du groupe projet** ayant pour rôle de :
 - conduire le plan d'action du projet,
 - affecter les moyens nécessaires au projet,
 - garantir l'application des décisions prises,
 - **Identification des interlocuteurs pour le développement du projet** :
 - instances locorégionales : ARS Lorraine, Conseil Général, mairie
 - professionnels de santé libéraux du territoire : médecins généralistes, SOS médecins, maïeuticiens, IDE, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, prestataires de services de santé, laboratoires d'analyse de biologie médicale
 - établissements de santé du territoire : centres hospitaliers, cliniques, EHPAD, structures de SSR,
 - réseaux régionaux : réseaux gérontologiques, réseaux de soins palliatifs, GCS Télésanté Lorraine, ONCOLOR...

- Calendrier prévisionnel :

Un calendrier prévisionnel a été validé dès mai 2014 afin de structurer la mise en œuvre du projet HADALU (**Annexe 1**).

3.2.3 Réunion institutionnelle de lancement et de présentation des feuilles de route

La réunion de lancement du projet HADALU a eu lieu le 02 juillet 2014, avec comme objectif l'ouverture fonctionnelle du service au 1^{er} janvier 2015. Elle a consisté en une présentation :

- des grandes missions de l'HAD,
- du territoire d'intervention de l'HADALU,
- des membres du groupe projet,
- du budget prévisionnel,
- du calendrier de mise en œuvre du projet (**Annexe 1**),
- des feuilles de route des membres du groupe projet et des collaborateurs (**Annexe 2**).

Ultérieurement, outre les réunions de présentation aux différentes instances du CHL (CME, CTE, Directoire, CSIRMT...), plusieurs étapes d'évaluation de l'avancement du projet et de retour d'expérience ont été programmées. La principale réunion de suivi a eu lieu le 26 septembre 2014 consistant en un bilan intermédiaire à l'occasion duquel chaque collaborateur a pu préciser l'avancement de sa feuille de route et les difficultés éventuelles rencontrées, permettant un échange à la recherche de solutions, d'améliorations. Les premiers supports de communication et les grandes lignes du plan de communication y ont également été présentés.

3.2.4 Aire géographique d'intervention (Carte 4.)

La zone d'intervention de l'HADALU correspond majoritairement au territoire Lunévillois, dont la particularité est de s'étendre majoritairement à l'Est, la commune la plus éloignée étant située à une heure de route du site d'implantation de la structure (**Carte 1**).

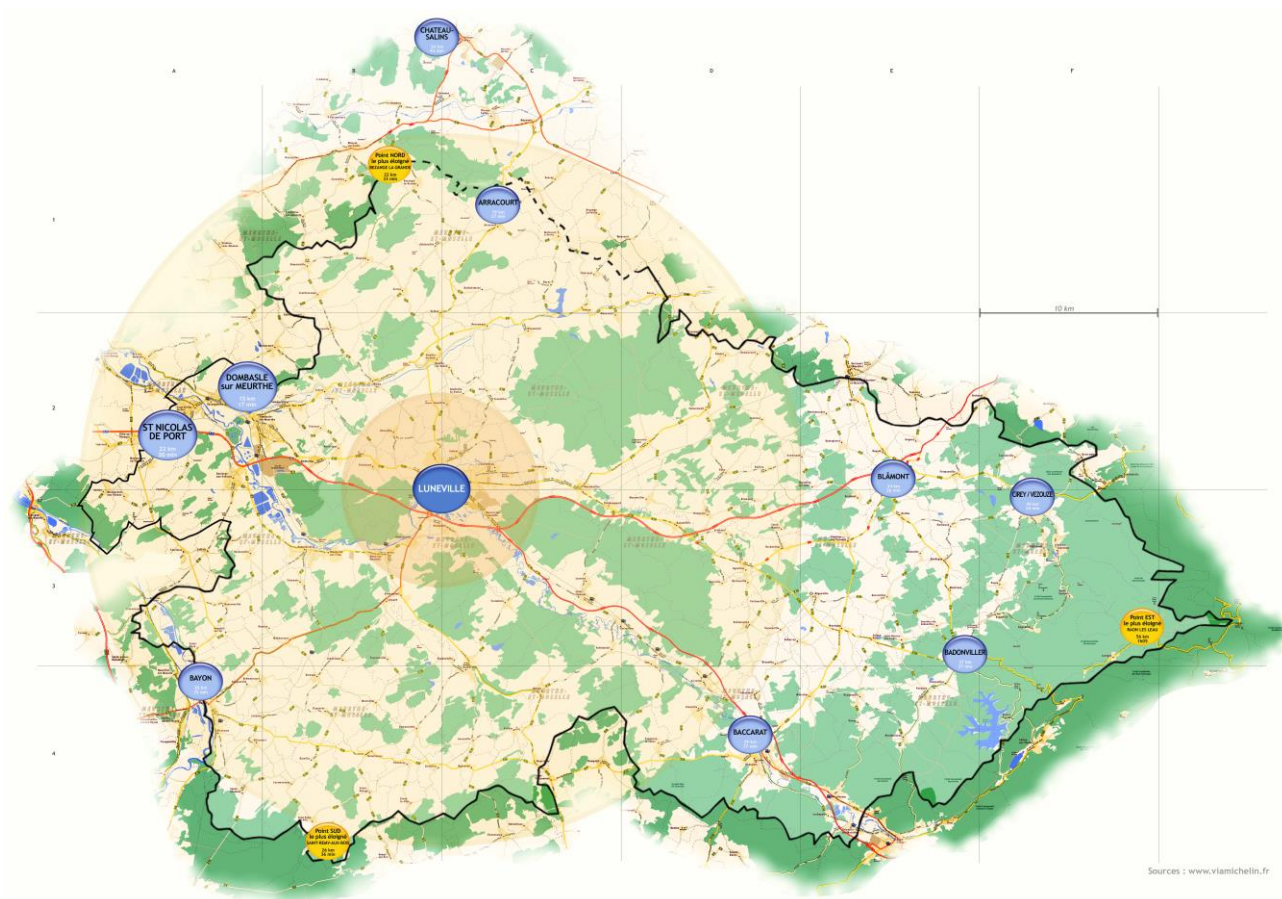
La structure interviendra également sur le territoire du Sel et du Vermois du fait :

- de la volonté de l'ARS Lorraine de ne pas imposer de sectorisation,
- de la proximité immédiate de cette zone géographique,
- du recours aux professionnels et services du CHL pour une partie des résidents de ce territoire,

- des conventions et partenariats d'ores et déjà instaurés entre le CHL et le CH de Saint Nicolas de Port,
- des recommandations ministérielles, rappelées par l'ARS Lorraine, concernant la viabilité des établissements d'HAD : préconisation d'une activité minimale de 9 000 journées/an, d'où une nécessité de recrutement de patients sur un bassin de population suffisamment conséquent [4].

Ce secteur d'intervention sera commun avec les deux structures d'HAD de l'agglomération nancéienne.

Les autres limites d'intervention initialement définies par les limites départementales (au nord et nord-est avec la Moselle, au sud et sud-est avec les Vosges), ont été révisées afin d'inclure en partie les cantons mosellans de Vic-sur-Seille et Château-Salins situés immédiatement au Nord de Lunéville. Cette décision a fait suite à une rencontre fin 2014 avec Madame le Docteur SIEGRIST et Monsieur ROMAC, représentants de l'ARS Lorraine, qui faisaient mention d'une absence de couverture de ce territoire par une structure d'HAD existante (Nancy, Metz ou Sarrebourg).



Carte 4. Territoire d'intervention du service HADALU

3.2.5 Etude de viabilité financière et établissement du budget prévisionnel

Une étude de viabilité financière interne au CHL (**Annexe 3**) a été initiée dès l'arrêt des réflexions communes avec l'HADAN et l'OHS en vue de la création d'un GCS de moyens¹, mi-2014.

Cette étape cruciale, ayant pour objectif principal un équilibre budgétaire dès la première année d'ouverture du service, s'est déclinée en plusieurs phases :

- l'établissement de différentes prévisions d'activité, basées sur les données statistiques régionales et nationales de l'ATIH,
- l'établissement des recettes relativement à l'activité projetée,
- l'établissement des dépenses d'exploitation selon les modalités organisationnelles définies pour le service.

De manière générale, les prévisions de dépenses ont été majorées et celles de recettes minorées.

3.2.5.1 Prévision d'activité

Afin d'établir des prévisions de dépenses et de recettes les plus réalistes possibles, les premières réflexions ont porté sur les perspectives d'activité du service, en termes de journées d'HAD pour 100 000 habitants mais également de valorisation moyenne de journée (Groupements Homogènes de Tarifs – GHT).

Considérant une moyenne nationale de 6 367 journées en 2013 (6 157 journées en métropole) contre seulement 3 584 journées en Lorraine [1], les premières tranches de calculs ont été indexées sur la moyenne régionale, avec élaboration d'autres scénarios plus optimistes totalisant jusqu'à 6 000 journées. Ces 3 600 journées ont été schématiquement transformées en 10 places d'HAD occupées à 100% sur une année (taille moyenne des structures d'HAD publiques hors AP-HP et Santé Services : 28 places) [1].

¹ 3.2.1 Initialisation du projet d'HAD sur le territoire Lunévillois

En 2011 et 2012, la FNEHAD estimait la valorisation moyenne (GHT moyen brut) d'une journée d'HAD à respectivement 197,6 et 196.1 € [1], sachant un nombre annuel de journées d'hospitalisation de plus de 3 millions.

3.2.5.2 Recettes d'exploitation

Au titre de la tarification à l'activité en HAD, et selon les valorisations actualisées en 2014 disponibles sur le site de l'ATIH, les recettes d'exploitations ont été élaborées en réalisant le produit d'un nombre annuel de journées d'HAD (fixé de 3600 à 6000) par un GHT de 130 € (fortement minoré afin de sous-estimer les recettes et consolider le budget prévisionnel) ou 190 € (moyenne nationale 2011-2012 : 196.85 €).

3.2.5.3 Dépenses d'exploitation

3.2.5.3.1 *Dépenses de personnel*

Les dépenses relatives au personnel ont été conditionnées par l'organisation de la structure selon la stratégie de développement et la montée en charge de l'activité¹ :

- Le médecin coordonnateur étant identifié, les prévisions de dépenses ont été facilitées. Bien qu'il soit amené à exercer initialement à 80% au sein de l'HADALU, un ETP a été retenu pour les calculs de manière à tendre vers une majoration de l'estimation des dépenses.
- L'infirmière coordonnatrice étant identifiée, les dépenses relatives à son salaire ainsi que sa grille d'avancement étaient connues.
- Les dépenses relatives aux salaires des quatre infirmières ont été calculées en se basant sur la rémunération moyenne des agents du CHL.
- Les dépenses relatives à la rémunération des médecins traitants ont été calculées sur une base de deux visites hebdomadaires.
- Les astreintes médicales s'intégrant dans le roulement d'astreinte des services de médecine, aucune dépense supplémentaire n'a été intégrée.

¹ 3.2.10 Stratégie de progression dans le recrutement

- Aucune dépense supplémentaire relative au personnel salarié n'a été comptabilisée considérant le recours complémentaire et nécessaire aux professionnels du CHL comme provisoire. Néanmoins une correction comptable sera opérée au vu des résultats réels et les CREA seront établis pour 2016.

3.2.5.3.2 *Paramédicaux libéraux*

Bien que le recours aux professionnels paramédicaux libéraux ne soit pas envisagé dans un premier temps, il a paru nécessaire de prévoir une tranche de dépense supplémentaire éventuelle concernant les actes de kinésithérapie principalement (considérant l'effectif réduit de ces professionnels au CHL, donc peu disponible pour des interventions extérieures), fixée à 0,3 ETP.

3.2.5.3.3 *Dépenses à caractère médical*

3.2.5.3.3.1 *Produits pharmaceutiques*

Les produits pharmaceutiques comprennent les traitements pharmacologiques mais également les dispositifs médicaux stériles.

Les données statistiques annuelles réalisées au sein du CHL ont permis d'identifier le service de médecine présentant les dépenses en produits pharmaceutiques les plus élevées du fait de la lourdeur des pathologies y étant traitées, en particulier dans des situations de soins palliatifs. Les données extraites ont servi de base pour le service d'HAD.

3.2.5.3.3.2 *Locations à caractère médical*

Les frais engendrés par la location de matériel à caractère médical ont été superposés à ceux enregistrés par la structure d'HAD de Gérardmer, aimablement transmis, et ce relativement à l'activité réalisée (réalisation d'environ 5500 journées d'HAD annuelles).

3.2.5.3.3 *Biologie médicale*

Les dépenses relatives aux examens de biologie médicale ont été fixées à 5€ journaliers pour chaque patient, sur les bases des dépenses moyennes constatées pour le service de médecine préalablement cité¹. Il s'agit très vraisemblablement d'une nette surestimation considérant que la structure d'HAD de Gérardmer rapportait un coût moyen journalier de 1.16 € en 2011.

3.2.5.3.4 *Dépenses à caractère hôtelier*

Ces dépenses font référence aux charges relatives aux véhicules, à la téléphonie, à la maintenance du logiciel métier, aux locaux, à la gestion des déchets, à la gestion des tenues des professionnels, ainsi qu'à diverses fournitures pour les patients (protections anatomiques en particulier).

La grande majorité de ces dépenses étaient connues car calquées sur celles d'autres services (locaux, gestion des déchets...) ou avaient fait l'objet d'études au cours de la précédente gestion de projet entre 2012 et 2014, servant ainsi de base précise pour l'élaboration du budget prévisionnel.

3.2.5.3.5 *Dépenses d'investissement*

Les dépenses d'investissement concernaient principalement le matériel bureautique et informatique, ainsi que le logiciel métier représentant la part la plus importante de ce poste.

Les premiers devis concernant le logiciel métier, élaborés par différents éditeurs entre 2012 et 2014, ont été secondairement affinés fin 2014 avec la réception des offres détaillées en réponse à l'avis de marché à procédure adaptée publié en octobre². Les dépenses concernant la maintenance de ce système informatique ont été intégrées dans les dépenses à caractère hôtelier³.

¹ 3.2.5.3.3.1 *Produits pharmaceutiques*

² 3.2.8 Système informatique

³ 3.2.5.3.4 *Dépenses à caractère hôtelier*

3.2.5.4 Suivi budgétaire

L'activité d'HAD étant nouvelle pour tous les collaborateurs ayant participé à la gestion de projet (établie « à priori » par définition), un suivi budgétaire a été programmé mensuellement par le service « finances » du CHL dès l'accueil des premiers patients afin de ne pas méconnaître des difficultés pressenties mais mal évaluées, ou non anticipées, qu'il s'agisse de dépenses ou de recettes d'exploitation. C'est à partir de ce suivi budgétaire que seront discutées les possibilités de recrutement de personnel supplémentaire pour faire face à l'accroissement d'activité.

3.2.6 Personnel de l'HADALU

3.2.6.1 Données générales

Conformément à l'article D6124-308 du CSP [22] :

- la structure doit disposer en permanence d'au moins un agent pour six patients pris en charge, agent pouvant être un auxiliaire médical ou relever des personnels de rééducation,
- l'effectif du personnel soignant (autre que les médecins), exprimé en ETP, est constitué pour moitié d'IDE,
- la structure comporte au moins un cadre infirmier pour 30 places.

Afin de procéder au recrutement du personnel de la structure, la mise en adéquation des compétences requises avec le poste s'est appuyée sur des fiches de poste et de tâches (**Annexes 4 à 9**).

Ces documents permettent d'obtenir des outils communs de gestion entre les professionnels chargés du recrutement et de l'affectation, et les candidats potentiels :

- Le profil de poste décrit et définit l'ensemble des connaissances et compétences nécessaires pour l'exercice d'un poste spécifique. Cet outil permet également d'évaluer les besoins en formation résultant de l'écart existant entre le profil requis et le profil réel des personnes appelées à exercer un tel emploi.
- La fiche de poste est une description des tâches qui incombent à l'agent et des responsabilités confiées dans le cadre du poste qu'il occupe. Ce

document est mis à disposition des professionnels pour information et renseigne sur la nature du poste vacant.

Le choix a été fait de recourir uniquement à du personnel salarié pour la mise en œuvre initiale, l'équipe se composant :

- d'un médecin coordonnateur à 0.8 ETP, avec prise de fonction effective au 03 novembre 2014,
- d'une infirmière coordonnatrice à 1 ETP, avec prise de fonction effective au 01 septembre 2014,
- de quatre infirmières de soins à 1 ETP chacune, avec prise de fonction effective au 02 janvier 2015.

Seules des infirmières ont initialement été recrutées au sein du personnel paramédical considérant la prévision de montée en charge progressive de l'activité et leur capacité à réaliser les soins infirmiers comme les soins de nursing.

Une réflexion concernant le salariat d'aide-soignant(e)s était planifiée dès l'ouverture du service, selon les principaux profils des patients pris en charge, et selon l'accroissement de l'activité.

Les autres professionnels intervenant sur demande de l'HADALU sont également salariés du CHL, partagés entre leur activité en secteur MCO/EHPAD, et l'activité d'HAD. Il s'agit :

- d'assistantes sociales,
- d'une psychologue exerçant à temps partiel au sein de l'équipe mobile de soins d'accompagnement,
- de kinésithérapeutes,
- d'aide-soignant(e)s,
- de diététiciennes,
- de pharmaciens,
- de préparateurs en pharmacie,
- de logisticiens,
- de qualitatifs,
- de professionnels exerçant au département d'information médicale,
- d'informaticiens.

3.2.6.2 Le médecin coordonnateur

Le médecin coordonnateur est recruté et salarié par le service d'HAD, ou mis à disposition de celui-ci par contrat avec un établissement de santé.

Le décret du 2 octobre 1992 requiert « la présence minimale permanente d'un médecin qualifié » durant les heures d'ouverture de la structure d'HAD [23].

Les circulaires des 30 mai 2000 [24] et du 1^{er} décembre 2006 [25] relatives à l'HAD précisent les missions du médecin coordonnateur. Il est le « responsable de la prise en charge globale du patient » tant médicalement qu'administrativement, et à ce titre :

- il est le référent médical de la structure, dans le respect des règles professionnelles et déontologiques en vigueur,
- il émet un avis médical pour toute admission d'un patient dans la structure d'HAD. Il s'appuie pour cette décision médicale sur le protocole de soins du patient, élaboré en concertation avec le médecin prescripteur et le médecin traitant. Il valide la sortie d'HAD en accord avec le médecin traitant,
- il ne prescrit pas, ne soigne pas, ne se substitue pas au médecin traitant sauf en cas d'urgence absolue (ou de la permanence de soins). Il est le garant de la bonne exécution du protocole de soins et de ses évolutions éventuelles,
- il contribue, par la mise en place de procédures formalisées, à l'échange d'informations nécessaires à une prise en charge globale et coordonnée du patient,
- il assure les contacts avec les médecins libéraux et hospitaliers impliqués dans la prise en charge du patient,
- il coopère avec les services sociaux qu'ils appartiennent à la structure ou non, afin de ne pas négliger les aspects familiaux, professionnels, financiers et sociaux d'un accompagnement personnalisé,
- il possède un rôle de formateur auprès de l'équipe soignante.

En outre, le médecin coordonnateur est responsable du fonctionnement et de l'évaluation de la structure d'HAD, ainsi que de la qualité de la saisie de l'information médicalisée dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A).

Une fiche de fonction a été établie dans le projet de création du service HADALU afin de retranscrire plus précisément les missions et responsabilités de manière individuelle.

(Annexe 4)

3.2.6.3 L'infirmière coordonnatrice

L'infirmière coordonnatrice est chargée d'établir des liens permettant l'optimisation de la prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale, en accord avec le médecin coordonnateur, le médecin traitant, le patient, la famille et les aidants avec une déclinaison selon 4 axes :

- organiser le recrutement des patients en HAD :
- organiser et coordonner la prise en charge du patient hospitalisé en HAD :
- participer à la réalisation et à la permanence des soins
- évaluer la performance des activités et prestations de l'HAD

Des fiches de fonction et de tâches ont été établies dans le projet de création de l'HADALU, en vue du recrutement d'un(e) infirmier(e) coordonnateur(trice), afin de retranscrire plus précisément les missions et responsabilités de manière individuelle. (**Annexes 5 et 6**)

3.2.6.4 Les infirmières de « soins »

L'équipe infirmière est chargée de réaliser des soins infirmiers comparables à ceux pratiqués en milieu hospitalier pour des patients souffrant de pathologies relevant des modes de prise en charge listés dans le cadre du PMSI de l'HAD (**Annexe 7**), et d'organiser la coordination des soins autour du patient nécessaires et conformes à la prise en charge prescrite.

Des fiches de fonction et de tâches ont été établies dans le projet de création de l'HADALU, en vue du recrutement de quatre infirmier(e)s, afin de retranscrire plus précisément les missions et responsabilités. (**Annexes 8 et 9**)

3.2.6.5 Autres professionnels intervenant dans la prise en charge

3.2.6.5.1 *Le médecin traitant :*

Bien que le principe d'une prise en charge en HAD reposant sur la médecine libérale ait été d'emblée établi à la création de la première structure française en 1957, le rôle du médecin traitant a évolué et été précisé avec le développement et la reconnaissance de l'HAD. La loi du 31 décembre 1970 [26] mentionne pour la première fois le rôle central du médecin traitant : « les services des centres hospitaliers peuvent se prolonger à domicile, sous réserve du consentement du malade ou de sa famille, pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant. ».

Le rôle du médecin traitant est précisé par les circulaires du 30 mai 2000 [24] et du 1^{er} décembre 2006 [25]:

- il est librement choisi par le malade,
- il peut être le prescripteur de l'HAD,
- son accord écrit est requis pour la réalisation d'une HAD,
- il est le pivot de la prise en charge du patient à domicile, et est responsable de son suivi. Il participe à l'élaboration du protocole de soins, réévalue l'état de santé du patient avec l'équipe de l'HAD, adapte les prescriptions en tant que de besoin, décide de ré-hospitalisations en établissement de santé si indiqué.

Une convention de partenariat entre les médecins traitants et l'HADALU a été établie dans le projet de création de l'HADALU, et soumise pour validation au Dr ROYAUX, médecin généraliste exerçant à Lunéville et président du Conseil régional de l'ordre des médecins. (**Annexe 10**)

3.2.6.5.2 *Le médecin prescripteur*

Le médecin prescripteur d'une HAD est le plus souvent un médecin spécialiste exerçant en établissement de santé, il :

- propose le projet thérapeutique en lien avec le médecin coordonnateur et le médecin traitant,

- assure un rôle d'expert pour certaines pathologies et participe à l'élaboration de procédures et de protocoles de soins formalisés,
- s'engage à ré-hospitaliser le patient si la situation le nécessite et à informer régulièrement le médecin coordonnateur et le médecin traitant de l'évolution,
- participe à la formation des médecins traitants et des professionnels de santé.

3.2.6.5.3 *Le maïeuticien*

Actuellement les maïeuticiens (salariés ou libéraux) peuvent, dans le cadre de l'HAD, réaliser le suivi : de grossesses à risque (MP n°19), du post-partum pathologique (MP n°21) et du nouveau-né à risque (MP n°22).

Le retour précoce à domicile après accouchement a disparu des modes de prise en charge en HAD au premier trimestre 2015, au profit, entre autres, de l'extension du programme PRADO mis en place par l'Assurance Maladie dès 2013 [27].

Dans le cadre de l'HAD, le maïeuticien :

- intervient sur demande du médecin traitant ou d'un médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique ou pédiatrie,
- assure les soins, la surveillance et l'accompagnement des parturientes, ainsi que des mères et des nouveau-nés,
- réévalue la fréquence des visites, en accord avec le coordonnateur (médecin ou sage-femme), selon l'évolution de la pathologie,
- assure un lien entre la patiente et la maternité de suivi,
- contribue à la prise en charge psychologique de la patiente et de son entourage.

3.2.6.5.4 *L'assistant(e) social(e)*

L'assistant(e) social(e) évalue la capacité du patient et/ou de l'entourage à assumer matériellement et socialement l'HAD et propose les moyens de pallier les difficultés rencontrées. Il intervient sur demande du médecin et de l'infirmière de coordination, intervient

auprès du patient et de son entourage ainsi qu'auprès des organismes concernés. Il veille également à l'accès aux droits de chacun.

3.2.6.5.5 *Le psychologue*

Le psychologue intervient sur demande du médecin et de l'infirmière de coordination, afin d'assurer un accompagnement psychologique pour le patient, sa famille et les aidants. Il peut se déplacer au domicile si la situation le nécessite, participe aux réévaluations interdisciplinaires afin de garantir une optimisation de la prise en charge globale du patient. Il apporte également un soutien psychologique à l'équipe confrontée à des situations difficiles.

3.2.6.5.6 *Le kinésithérapeute*

Le kinésithérapeute assure les soins de masso-kinésithérapie respiratoire ou dans le cadre d'une rééducation orthopédique (MP n°11) ou neurologique (MP n°12). Il intervient sur prescription du médecin traitant ou dans le cadre d'un programme de soins élaboré par une équipe spécialisée.

3.2.6.5.7 *L'aide-soignant*

L'aide-soignant intervient sur demande du médecin et de l'infirmière de coordination. Il réalise les soins d'hygiène et de confort du patient, et participe à la surveillance clinique du patient. Il contribue également à la prise en charge psychologique du patient et de son entourage.

3.2.6.5.8 *Le diététicien*

Le diététicien intervient sur demande du médecin et de l'infirmière de coordination ou sur prescription du médecin traitant. Il établit un diagnostic diététique en tenant compte des composantes médicales, psycho-affectives, sociales et culturelles, de l'évaluation des motivations et des attentes, des habitudes de vie et des consommations alimentaires du patient. Il transcrit la prescription médicale en alimentation quotidienne en tenant compte en priorité des apports nutritionnels répondant à un besoin vital et propose des solutions pour

apporter les corrections souhaitées, en utilisant parfois des supports nutritionnels (nutrition entérale, compléments oraux) Il assure la transmission et la traçabilité des éléments nécessaires relatifs au patient dans le dossier informatisé.

3.2.6.6 Entreprise prestataire de santé à domicile

Le prestataire de santé à domicile intervient sur demande du médecin et de l'infirmière de coordination selon la convention établie avec l'HADALU suite à une passation de marché. Il s'engage à mettre à la disposition du patient en fonction de ses besoins les équipements nécessaires à son confort et aux soins, et s'assure de l'assistance, de l'entretien et de la maintenance des équipements lourds. Ses prestations sont définies dans le marché contractualisé négocié en tant que de besoin par le Pôle Ressources du CHL.

3.2.7 Locaux de l'HADALU

L'emplacement au rez-de-chaussée du bâtiment Gallé du CHL a été souhaité pour l'installation de l'HADALU en raison d'une liaison directe sans dénivelé avec les trois véhicules utilitaires du service, la manutention des produits de santé et autres équipements s'en trouvant simplifié pour le personnel infirmier. Cette installation a nécessité le transfert des activités de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière et du service de médecine du travail afin de libérer la surface nécessaire à l'exercice des missions de l'HADALU. La rénovation de locaux destinés à la médecine du travail a été réalisée préalablement.

Le médecin coordonnateur et l'infirmière coordinatrice se sont installés dans ces locaux au 1^{er} novembre 2014.

3.2.8 Système informatique

Il a été décidé à l'initiation du projet d'informatiser la gestion du service d'HAD avec une mise en production dès l'ouverture en janvier 2015, et ce, avec la volonté d'améliorer la qualité de la prise en charge au domicile.

Le déploiement d'outils informatiques en HAD est vivement encouragé par la FNEHAD [28] car apportant des réponses efficaces aux principaux objectifs (et contraintes singulières) de l'HAD :

- maîtriser la qualité des soins au domicile :
 - informatisation du circuit du médicament,
 - harmonisation des modalités de prise en charge, accès facilité aux procédures et protocoles de soins, aux référentiels de bonne pratique,
 - dématérialisation du dossier patient,
 - développement de la télésurveillance.
- renforcer la coordination des soins :
 - conduite partagée du parcours du patient et du projet thérapeutique,
 - maîtrise du planning de soins et des interventions,
 - développement d'échanges sécurisés entre professionnels.
- améliorer la performance de l'HAD :
 - amélioration de la traçabilité des actes donc du recueil d'activité,
 - allègement des tâches de gestion,
 - développement des télétransmissions (e-PMSI...),
 - amélioration du pilotage médico-économique et financier.

Une informatisation au chevet du patient a été retenue afin d'optimiser l'utilisation d'un logiciel métier accessible via une plateforme internet sécurisée, les intervenants salariés de l'HADALU devant donc bénéficier d'un équipement de téléphonie mobile permettant en temps réel depuis le domicile d'intervention de :

- valider les actes de soins,
- relever les constantes,
- réaliser leurs transmissions ciblées,
- accéder au dossier médical,
- gérer les stocks de dispositifs médicaux stériles,
- intégrer au dossier médical des photographies d'ordonnances, de comptes rendus (consultation, imagerie...), de surveillance de plaies (MP n°9 - Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées))...

Un groupe de travail « SIH » a été créé en juillet 2014 regroupant des membres du service informatique, du DIM, de la pharmacie, du service économique, du bureau des entrées et de l'HADALU, afin de définir les caractéristiques nécessaires du logiciel.

Un avis de marché à procédure adaptée (MAPA) a été publié le 07 octobre 2014, aboutissant à la réception de deux offres de logiciel métier. Parallèlement, les différents intervenants du groupe « SIH » ont eu accès à une version « test » en ligne des deux logiciels.

Après analyse et notification de l'éditeur retenu le 03 novembre 2014, les réunions du groupe de travail ont porté sur les paramétrages à effectuer et les interfaces à développer :

- interface « identité et mouvement » avec le logiciel utilisé au CHL,
- interface avec le serveur de résultats d'analyse de biologie médicale (l'analyse des biologies réalisées dans le cadre de l'activité du CHL est externalisée au laboratoire St Rémy à Lunéville),
- interface « iMad » (le GCS télésanté Lorraine prévoyait initialement la mise en œuvre opérationnelle d'« iMad HAD » courant 2013 [29], reportée à fin 2015 sans toutefois de date définie précisément),
- interface avec le logiciel de gestion des stocks de dispositifs médicaux en place au CHL.

Plusieurs réunions de cadrage avec l'éditeur retenu ont été réalisées en novembre et décembre 2014 afin de préciser le plan de formation des différents acteurs ayant accès au logiciel et l'accompagnement sur site en cours de montée en charge de l'activité.

3.2.9 Plan de communication (Annexe 11)

La réussite d'un projet d'activité de soins d'HAD, outre la qualité de prise en charge, repose en partie sur les actions de communication mises en œuvre pour faire connaître la structure et permettre d'améliorer le recrutement de patients.

3.2.9.1 Identification des destinataires

La partie initiale du travail de communication a porté sur l'identification du public à sensibiliser à la création d'une structure d'HAD sur le territoire, avec pour objectif de préciser les supports de communications spécifiques à développer.

Depuis 2009, le taux de recours à l'HAD depuis les secteurs de MCO s'est stabilisé autour de 65% (30% pour le domicile)¹. Ces statistiques nationales ont servi de base de réflexion pour l'identification des principaux destinataires du plan de communication :

- médecins et cadres des établissements de santé du territoire et de proximité (CHL, CHU, cliniques, EHPAD),
- professionnels libéraux du territoire (médecins généralistes et spécialistes, kinésithérapeutes, maïeuticiens, infirmiers, orthophonistes...),
- population générale du territoire,
- organismes de tutelle administrative.

3.2.9.2 Supports de communication (**Annexe 11 et 12**)

Les outils de communication ont été définis selon quatre principaux paramètres :

- le type de destinataire,
- les supports « internes » édités par le CHL (journal interne, notes d'information, dépliants, affiches, boîtes « Domiciline 30 », site internet dédié...),
- les supports « externes » (presse écrite, télévisuelle, radiophonique),
- les supports « évènementiels » (réunions d'information, conférences, rencontres individuelles des professionnels du territoire, journées à thème...).

3.2.9.3 Planning de mise en œuvre du plan de communication

Le plan de communication a été organisé de manière à sensibiliser en premier lieu les médecins potentiellement prescripteurs d'HAD (majoritairement exerçant en établissement de santé), ainsi que les médecins traitants de par leur rôle central dans la prise en charge des patients au domicile.

Les médecins et cadres de santé du CHL ont bénéficié de plusieurs réunions d'information et d'échange visant à préciser les situations cliniques pouvant motiver une

¹ 2.1.4 Analyse des trajectoires globales des patients selon leur mode d'entrée

HAD ainsi que les démarches à entreprendre en ce sens, et ce, selon leurs disciplines respectives. En complément, des documents de synthèse (« Orientation des patients vers une HAD à partir d'un service de médecine/chirurgie... ») leurs ont été remis. (**Annexe 13**)

Le personnel paramédical du CHL a été convié aux réunions précédemment citées et a bénéficié d'une présentation spécifique du service HADALU (organisation, modes de prise en charge...) à l'occasion d'une réunion de la CSIRMT (Commission des Soins Infirmiers, Rééducation et Médico-Technique).

Les médecins généralistes et maïeuticiens du territoire Lunévillois, mais également exerçant dans le Sel et Vermois, ont été invités à deux réunions d'échange autour de l'HADALU (organisation du service, modes de prise en charge, suivi des patients, prescriptions médicamenteuses...). En parallèle de ces présentations « générales », des rencontres individuelles à leur cabinet avec le médecin coordonnateur de l'HADALU ont été initiées fin 2014, afin de préciser les modalités organisationnelles. Divers documents ont été remis à l'occasion de ces rencontres (plaquettes de présentation du service, boîte « Domiciline 30 » (**Annexe 12**)...).

Les médecins et cadres des différents établissements de santé du territoire (SSR, EHPAD) ont bénéficié au premier trimestre 2015, sur leurs sites respectifs, de réunions de présentation de l'HADALU (réalisé en novembre 2014 pour les praticiens de la Clinique Jeanne d'Arc à Lunéville).

Considérant le nombre, la taille et la diversité importante des établissements de santé nancéiens, les premiers mois d'activité d'HAD permettront d'identifier plus précisément les services susceptibles d'être amenés à avoir recours à des hospitalisations à domicile pour leurs patients. Les présentations de l'HADALU aux praticiens concernés seront ainsi plus ciblées, et pourront y être rapportées des expériences de prise en charge.

L'HADALU reposant initialement sur une équipe soignante uniquement salariée, les intervenants libéraux non médicaux (hormis les maïeuticiens) ont été sensibilisés à l'occasion de réunions d'information générale fin 2014, puis spécifiques à leur profession courant 2015 avec comme objectif la formalisation de conventions de partenariat.

3.2.10 Stratégie de progression dans le recrutement (Annexe 14)

L'HADALU étant un service nouveau du CHL, une progression de développement a été retenue de manière, d'une part, à respecter le cadre budgétaire établi, et d'autre part, à favoriser la pratique de soins de qualité en permettant à l'équipe d'acquérir une expérience solide de prise en charge de proximité avant d'étendre l'activité au reste du territoire.

Trois critères principaux ont été retenus afin de planifier ce développement :

- l'exercice du médecin prescripteur (libéral, centre hospitalier-clinique, EHPAD),
- la distance séparant le lieu de résidence des locaux de l'HADALU,
- le groupe homogène de tarif (GHT) correspondant à la combinaison des différents modes de prise en charge, du degré de dépendance du patient et de la durée de séjour.

Un groupe de travail a été créé spécifiquement, composé de praticiens du CHL (médecine, Service d'Accueil des Urgences), d'un médecin coordonnateur d'un EHPAD attaché au CHL, du médecin responsable du DIM, de la cadre supérieure de santé du CHL et de la responsable de projet HADALU. Les réunions ont permis de retenir une stratégie initiale de recrutement, réévaluée après immersion dans deux services d'HAD présentant de nombreuses caractéristiques communes avec l'HADALU¹.

3.2.11 Formation du personnel en vue de l'ouverture du service

3.2.11.1 Formation spécifique au PMSI HAD

Depuis 2005, l'activité d'HAD bénéficie d'un système de tarification à l'activité (T2A) qui, en combinant des modes de prise en charge, le degré de dépendance du patient, et la durée de séjour, permet de classer le séjour dans un GHT.

Afin d'appréhender les particularités de ce système de T2A différant fortement de celui utilisé en secteur MCO, l'infirmière coordonnatrice, le médecin coordonnateur et un

¹ 3.2.11.2 Immersion de l'équipe de coordination dans la structure d'HAD de Péronne

médecin exerçant au DIM du CHL ont bénéficié d'une formation spécifique intitulée « Optimiser le codage PMSI de votre activité HAD en T2A » les 16 et 17 octobre 2014 au Centre National de l'Expertise Hospitalière (CNEH).

3.2.11.2 Immersion de l'équipe de coordination dans la structure d'HAD de Péronne les 27, 28 et 29 octobre 2014

Les HAD des CH de Péronne, Ham et Albert en Picardie ont été créées simultanément en 2007 afin de répondre aux objectifs du SROS. Une capacité théorique de 10 places a été accordée à chaque HAD, soit un total de 30 places (pour un territoire majoritairement rural comptant 9 cantons et près de 100000 habitants). L'HAD de Péronne enregistre l'activité la plus importante des trois structures et s'est appuyée jusqu'en mai 2014 sur une activité paramédicale exclusivement salariée. Par ailleurs il est à noter que la structure affiche des résultats financiers positifs depuis son année de création.

Cette immersion au sein d'une HAD rattachée à un CH comparable au CHL en terme de profil d'activité, et s'inscrivant sur un territoire présentant de nombreuses caractéristiques communes avec le Lunévillois (ruralité, faible densité de population...) a permis à l'équipe coordinatrice de l'HADALU et à un médecin du Département d'Information Médicale du CHL d'appréhender une pratique d'HAD très proche de celle envisagée sur le Lunévillois. L'équipe de Péronne, riche de sept années d'expérience et de deux visites de certification très positives, a fortement contribué à affiner et développer le système documentaire et l'organisation de l'HADALU. Ces échanges se sont poursuivis tout au long de l'initiation de l'activité d'HAD sur le territoire Lunévillois.

L'HAD de Péronne bénéficiera ultérieurement de l'expérience de l'HADALU en ce qui concerne le SIH puisqu'un programme d'informatisation complète du dossier médical est programmé sur leurs trois sites.

3.2.11.3 Autres formations

Les quatre infirmières de « soins » ayant été identifiées au 20 octobre 2014, différentes formations ont été réalisées selon les besoins de chacune et selon les besoins de l'équipe :

- immersion dans la structure d'HAD du CH de Bar le Duc (08 et 09 décembre 2014),
- formation aux différentes fonctionnalités du logiciel métier, et en particulier à l'outil « mobilité »,
- formation à la conduite automobile en conditions difficiles,
- remise à niveau concernant les gestes et soins d'urgence (AFGSU niv. 2).

3.2.12 Qualité et sécurité des soins

3.2.12.1 Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS)

L'utilisation d'indicateurs de la qualité et de la sécurité des soins a été développée depuis 2006 sous l'impulsion de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et de la Haute Autorité de Santé (HAS), et renforcée par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Le recueil national ainsi créé poursuit un triple objectif :

- proposer aux établissements de santé de nouveaux outils et méthodes de pilotage de la qualité, dans la perspective de développer une culture de la mesure de la qualité et de renforcer l'«effet levier» sur l'amélioration de la qualité des soins,
- répondre à l'exigence de transparence et au besoin d'information sur la qualité des soins délivrés de la part des usagers du système de santé et de leurs représentants,
- améliorer la pertinence de la procédure de certification des établissements de santé.

Les structures d'HAD sont tenues depuis 2011 de transmettre à la HAS les données permettant de calculer cinq IPAQSS et de suivre leur évolution dans le temps (« tenue du dossier patient », « délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation », « suivi du poids » ou « dépistage des troubles nutritionnels », « traçabilité de l'évaluation de la douleur avec une échelle », « traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre »).

L'ensemble de l'équipe du service HADALU a bénéficié fin 2014 d'une sensibilisation à la qualité de tenue du dossier patient délivrée par le service « Qualité et Sécurité des Soins » du CHL (remise d'une fiche mémo en sus (**Annexe 15**)).

Ces IPAQSS seront évalués annuellement avec le souhait d'atteindre l'objectif national de performance fixé à 80% pour chacun d'entre eux.

3.2.12.2 Enquêtes de satisfaction

La prise en compte de la parole du patient et de son ressenti sur la qualité des différentes composantes humaines, techniques et logistiques de sa prise en charge est indispensable pour mettre en œuvre des actions d'amélioration au plus près de ses attentes, aussi, un questionnaire de « sortie d'HAD » a été adapté sur le modèle de l'indicateur I-SATIS en vigueur pour les services MCO (**Annexe 16**). Par ailleurs, la liaison avec la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de prise en charge (CRUQ) a été selon les mêmes modalités que pour les patients ayant reçu des soins dispensés par les autres services du CHL.

Une enquête de satisfaction des professionnels de santé contribuant à la prise en charge des patients en HAD devra être menée à l'issue de la première année d'activité puis annuellement. Les modalités de cette consultation (questionnaire « papier », questionnaire « en ligne », enquête téléphonique...) devront être précisées.

3.2.12.3 Evènements indésirables (EI) et maltraitance

Le signalement d'EI et de cas de maltraitance identifiés en cours de séjour HAD a été intégré à l'organisation en vigueur pour les autres services du CHL.

La singularité du service HADALU en tant que service hospitalier et interface avec la médecine de ville permettra l'organisation d'analyses rétrospectives d'EI au sein de comités de retour d'expérience (CREX) (ou de revues de morbidité-mortalité) partagés avec les professionnels libéraux.

La procédure de certification v2014 du CHL sera réalisée en 2015-2016.

Une des thématiques spécifiques d'évaluation des structures d'HAD est la « gestion des équipements et produits de santé au domicile du patient ». Un premier mode opératoire relatif à la gestion des équipements majeurs a été formalisé dans ce sens (**Annexe 17**).

L'élaboration du compte qualité du service fin 2015 permettra d'identifier/préciser et analyser les risques inhérents à cette activité d'hospitalisation particulière.

3.3 Prise en charge d'un patient dans le service HADALU

3.3.1 Admission

Chaque demande d'admission est formalisée sur une fiche dédiée (**Annexe 18**) disponible sur le site internet du CHL¹, précisant le motif de demande de prise en charge, les antécédents médico-chirurgicaux, l'histoire de la maladie, les traitements en cours, ainsi qu'un premier projet thérapeutique. Sont également nécessairement communiqués les noms et coordonnées des principaux intervenants : famille et/ou personne de confiance, médecin traitant et médecin spécialiste adresseur le cas échéant.

Sur le plan médical, la demande est habituellement préalablement évaluée par voie téléphonique ce qui permet de rapidement préciser les possibilités de prise en charge (motif d'admission en particulier) et de fluidifier l'orientation des patients si toutefois leur situation n'impliquait pas une hospitalisation à domicile.

Les supports de communication élaborés et distribués durant la mise en œuvre du projet facilitent l'orientation des patients en ce sens qu'ils précisent les modes de prise en charge possibles, le territoire d'intervention, les modalités de contact de l'HADALU.

¹ <http://www.ch-luneville.fr/hadalu.php>

Le patient (et son entourage le cas échéant) est ensuite rencontré par l'équipe coordinatrice de l'HADALU, qu'il soit hospitalisé en établissement de santé ou qu'il soit au domicile, afin de présenter l'équipe, d'expliquer les modalités d'une HAD et de recueillir son consentement (**Annexe 19**). A cette occasion est réalisé un bilan psycho-social (**Annexe 20**) qui permet de préciser l'entourage, les intervenants habituels (médecins spécialistes, auxiliaire de vie, SSIAD, IDE, kinésithérapeute, pharmacie...), les aides sociales (ou démarches) en place, le degré de dépendance du patient (grille AVQ), le risque d'escarre (échelle de Braden), le matériel à installer au domicile pour optimiser la prise en charge...

Dans le cas d'une demande d'HAD dans les suites d'un séjour en établissement de santé, une visite préalable du domicile en compagnie d'un membre de l'entourage est habituellement réalisée afin de ne pas méconnaître d'éventuelles difficultés voire contre-indications de mise en œuvre (surface disponible pour installation de matériel insuffisante, insalubrité...).

Après s'être assuré du consentement du médecin traitant pour une HAD (oralement puis formalisé sur une fiche dédiée (**Annexe 21**)), le projet thérapeutique établi dans la demande initiale est précisé et soumis aux médecins traitants et adresseurs. Une lettre d'entrée récapitulative leur est adressée une fois l'admission en HAD validée, dont une copie est transmise à tous les autres médecins suivant le patient (spécialistes habituellement).

D'un point de vue administratif, chaque prise en charge d'un patient en HAD est référencée sous un numéro de séjour unique après obtention des données d'état civil, de sécurité sociale et de mutuelle du patient.

3.3.2 Suivi des patients

3.3.2.1 Généralités et traçabilité des actes

Le suivi et les soins quotidiens sont assurés par le personnel paramédical de l'HADALU. La traçabilité des actes/soins réalisés ainsi que du suivi repose sur deux systèmes d'information. Bien que la dématérialisation du dossier patient sous forme informatique soit prépondérante, il persiste un dossier papier « chevet » au domicile, de manière à permettre la

transmissions des informations utiles à d'autres intervenants n'ayant que peu recours à l'informatique. Ce dossier se compose de :

- un en-tête précisant les coordonnées des principaux intervenants à contacter,
- une fiche de suivi des constantes de type « pied de lit hospitalier »,
- des fiches de transmissions ciblées infirmières,
- des fiches de transmissions libres « kinésithérapeute »
- des fiches de transmissions libres « famille – HADALU »,
- de la liste des traitements en cours, actualisée en tant que de besoin, éditée à partir du dossier patient informatisé,
- d'une fiche de liaison infirmière inter-établissement vierge,
- de bons de biologie médicale,
- d'une fiche de relevé des honoraires du médecin traitant complétée à chaque visite, valant facture une fois identifiée par l'intéressé.

La traçabilité des actes est majoritairement réalisée sur la partie informatisée du dossier dans laquelle sont planifiés les soins au démarrage de la prise en charge et en cours de séjour. Les séquences de soins prédéfinies sont ainsi validées informatiquement et peuvent être complétées par des transmissions libres.

Les transmissions urgentes, utiles et nécessaires à la bonne prise en charge des patients, sont également réalisées par voie téléphonique de manière à permettre une réévaluation rapide de la situation.

3.3.2.2 Suivi médical

Le médecin traitant est le pivot de la prise en charge du patient à son domicile. Le projet thérapeutique lui est systématiquement soumis avant admission et le suivi est organisé en conséquence.

La fréquence des réévaluations au domicile est nécessairement variable selon le motif de prise en charge, raison pour laquelle aucune préconisation n'est donnée au médecin généraliste, chaque situation étant discutée lors de l'admission et en cours de suivi selon l'évolution. Par exemple, le suivi d'un pansement complexe, souvent prescrit par un médecin

spécialiste (chirurgien, dermatologue, médecin titulaire d'un diplôme de plaies et cicatrisation...), est habituellement réalisé dans le cadre de la télémédecine avec transmissions des photos au médecin prescripteur. Une réévaluation fréquente par le médecin généraliste n'a que peu de place, hormis en ce qui concerne la réévaluation de l'antalgie ou des pathologies annexes. A contrario, dans le cadre du suivi d'un patient en soins palliatifs, bien que le matériel ou les thérapeutiques utilisées puissent être très éloignés de la pratique quotidienne de ville (perfusions, molécules à délivrance/réserve hospitalière...), le médecin traitant occupe une place primordiale dans la réévaluation régulière au domicile, et la fréquence de ses interventions est plus importante.

Le médecin coordonnateur peut être amené à réévaluer certaines situations difficiles au domicile, en partenariat avec le médecin traitant, ou en cas d'impossibilité pour ce dernier de se déplacer.

En cours de séjour, une synthèse hebdomadaire pluridisciplinaire de chaque patient est réalisée, à laquelle participent le médecin et l'infirmière coordonnateurs, les infirmières « de soins » présentes, une assistante sociale, un pharmacien ou un préparateur en pharmacie, un médecin du Département d'Information Médicale (pour ce qui concerne le codage PSMI de l'activité d'HAD en T2A). En cas de situation complexes, le médecin traitant est contacté au préalable ou en cours de réunion et un document de synthèse lui est transmis. Dans le cas de prises en charge plus simples, des contacts téléphoniques occasionnels sont réalisés, non nécessairement rythmés par les réunions de synthèse hebdomadaires.

Différents médecins référents ont été identifiés au Centre Hospitalier de Lunéville, afin de faciliter les prises en charge et le recours à des avis spécialisés (chirurgien orthopédique-viscéral, urologue, cardiologue, hépato-gastro-entérologue, médecin interniste, diabétologue, gériatre, médecin de l'équipe « plaies et cicatrisation », médecin titulaire d'un diplôme d'infectiologie...).

La majorité des éléments médicaux sous forme iconographique pouvant être transmis aux médecins référents (du patient, ou identifiés comme référents au sein du CHL), sont intégrés au dossier patient informatisé, facilitant ainsi leur consultation et permettant de privilégier le maintien au domicile du patient. Si toutefois survient la nécessité d'une (ré)évaluation spécialisée en consultation, un courrier médical rédigé par le médecin

coordonnateur est transmis au praticien concerné et les transports sont organisés par le service HADALU.

Ces transports sont financés par le service HADALU selon les termes de la convention en vigueur entre le CHL et différentes entreprises de transport médical du territoire, si l'évaluation s'intègre dans un des motifs de prise en charge en HAD [30]. Dans le cas contraire, le choix du transporteur est laissé au patient qui bénéficie de la réalisation d'un bon de transport par son médecin traitant ou le médecin prescripteur de l'examen/consultation.

3.3.2.3 Circuit des produits de santé

La prise en charge médicamenteuse des patients est détaillée dans un mode opératoire spécifique (**Annexe 22**).

La délivrance des médicaments étant réalisée par la PUI du CHL (sous forme de piluliers journaliers), la liste des traitements habituels du patient ainsi que les traitements spécifiques à poursuivre (ou initier) au cours du séjour en HAD est récupérée le plus en amont possible de l'admission. Chaque patient fait ensuite l'objet d'une conciliation médicamenteuse réalisée par le service de pharmacie du CHL, précurseur dans ce domaine [31].

Le bilan médicamenteux est saisi dans le dossier patient informatisé par le médecin coordonnateur, les produits de santé étant acheminés au domicile des patients de manière hebdomadaire par le service des transports du CHL.

Les modifications de traitement en cours de séjour sont discutées avec le médecin traitant et actualisées dans le système d'information. La nouvelle liste de traitement est alors éditée et imprimée, remplaçant ainsi au domicile l'ordonnance précédente. Les compléments préparés par la PUI sont ainsi apportés en tant que de besoin au chevet du patient par l'équipe soignante.

Les dispositifs médicaux stériles bénéficient d'une délivrance nominative hebdomadaire avec reprise des produits non entamés pour une gestion des stocks optimale.

En fin de prise en charge, le patient bénéficie d'une continuité de prescription par son médecin traitant ou spécialiste traitant, sur la base du traitement actualisé et des transmissions soignantes (pansements, compléments nutritionnels...). En cas de transfert/mutation du patient vers un autre service, le courrier de transfert stipule le traitement actualisé du patient.

Dans le cas particulier d'un patient présentant une pathologie infectieuse, l'ensemble des produits de santé sont éliminés selon la filière d'élimination instaurée par le service de pharmacie du CHL. Les caisses permettant l'approvisionnement au domicile sont nettoyées de façon hebdomadaire.

3.3.2.4 Fin de prise en charge et sortie du patient

La fin de la prise en charge est ponctuée par la réalisation d'un courrier de sortie adressé à l'ensemble des praticiens participant habituellement au suivi du patient, reprenant le motif d'hospitalisation à domicile, les antécédents, l'évolution clinique et biologique en cours de séjour, les traitements de sortie et les suivis éventuellement programmés. Ce courrier est réalisé le jour de la sortie.

Dans le cas d'un transfert en établissement de santé, ou de prise en charge par d'autres professionnels (infirmier libéral, SSIAD, réseau...), le courrier de sortie est accompagné d'une fiche de liaison infirmière afin de transmettre l'ensemble des informations nécessaires à une bonne continuité des soins.

3.3.2.5 Permanence de soins (**Annexe 23**)

3.3.2.5.1 *Généralités*

Conformément à l'article D.6124-309 du CSP et à la circulaire n°DHOS/03/506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile, le service d'HAD du Centre Hospitalier de Lunéville est tenu d'assurer la permanence et la continuité des soins.

A l'occasion de l'admission d'un patient, une fiche synthétique (**Annexe 24**) est adressée au centre de régulation du SAMU 54 situé au CHU de Nancy, précisant les

coordonnées des différents intervenants (famille, HADALU, médecin traitant), la(les) pathologie(s) en cours, les principaux antécédents, les directives anticipées et le cas échéant les limitations des thérapeutiques actives, la présence d'un isolement (contact, air, gouttelettes). Le centre 15 est averti de la fin des prises en charge le jour de la sortie des patients.

3.3.2.5.2 *Permanence paramédicale*

En dehors des heures ouvrables, un(e) infirmier(e) hospitalier s'engage à assurer la continuité des soins. Il/elle assure l'accueil téléphonique des patients ou de leur famille, communique les informations nécessaires ou se déplace au domicile avec un véhicule professionnel. Le dossier « chevet » précise les coordonnées permettant de joindre l'infirmier(e) d'astreinte.

En cas de besoin, l'infirmier(e) d'astreinte fait appel à un médecin. Il dispose d'un sac d'urgence (**Annexe 25**) ainsi que de matériel de perfusion et d'aspiration bronchique utilisable à tout moment.

3.3.2.5.3 *Permanence médicale*

Le médecin traitant est le médecin de recours en première intention, sous réserve qu'il en ait exprimé le souhait lors de l'élaboration du projet de soins (**Annexe 21**).

Dans le cas contraire, l'interne de garde du centre hospitalier de Lunéville, disposant d'un accès nominatif aux dossiers informatisés des patients, assure la première ligne d'astreinte téléphonique médicale. Selon la situation, et sous la responsabilité du senior d'astreinte des services de médecine du CHL, l'interne de garde peut être amené à prescrire l'administration de thérapeutiques selon des protocoles prédéfinis (antalgie, protocoles conservatoires...). Si la situation le requiert, il présente une synthèse du dossier médical au senior d'astreinte qui se met en communication téléphonique avec l'IDE d'astreinte pour la suite de la prise en charge.

Dans le cas d'une situation clinique non maîtrisée au domicile malgré les premières thérapeutiques entreprises, le professionnel présent au domicile contacte la régulation médicale : Médigarde au 0820.33.20.20 en premier lieu, ou le SAMU 54 au 15 selon le degré

d'urgence. Le service de régulation médicale concerné assure une réponse adaptée à l'état de santé instable du patient ou l'urgence vitale de la situation (recours au système de garde médicale effectif sur le territoire de domiciliation, intervention des Sapeurs-Pompiers, transfert en ambulance, intervention SMUR...).

3.3.2.5.4 *Permanence pharmaceutique*

Le pharmacien d'astreinte du CHL assure l'astreinte pharmaceutique de l'HADALU en tant que de besoin, les nuits, week-ends et jours fériés. Il est contacté par une infirmière de l'HADALU dans les suites d'une prescription médicale (médecin traitant, médecin d'astreinte, médecin coordonnateur). Les traitements préparés sont récupérés par l'infirmière d'astreinte à la PUI du CHL.

3.3.2.6 Codage de l'activité T2A en HAD

La valorisation financière des séjours en HAD est réalisée *a priori*. Elle repose sur les données déclarées par le médecin coordonnateur et transmises par le DIM mensuellement après anonymisation à la Caisse nationale de l'assurance maladie, à savoir :

- le(s) mode(s) de prise en charge,
- le degré de dépendance du patient (indice de Karnofsky (**Annexe 26**), grille AVQ),
- la durée du séjour,
- le lieu de prise en charge (valorisation minorée de 13% en cas d'intervention en EHPAD).

Les deux premiers éléments varient éventuellement en cours de séjour, chaque modification étant renseignée par le médecin coordonnateur dans un module spécifique du dossier patient informatisé.

3.3.2.7 Équipements

Avant l'admission d'un patient, la réalisation du bilan psycho-social permet de préciser les équipements à installer au domicile selon l'autonomie du patient, le projet

thérapeutique... Le matériel déjà en place est conservé, la location étant reprise à la charge du service HADALU auprès du prestataire concerné.

En cours de séjour, si la situation clinique du patient justifie un complément de matériel, le prestataire partenaire du service HADALU est en mesure de livrer le nécessaire le jour même, ou dans les deux heures si la situation clinique le nécessite y compris en dehors des heures ouvrables (concentrateur d'oxygène, appareil pour réalisation d'aérosols, aspirateur bronchique ou digestif...) (**Annexe 17**).

Afin de limiter davantage le délai de prise en charge dans le cas de situations d'urgence, un stock « tampon » de matériel d'aspiration et de perfusion est disponible dans les locaux du service. De plus du matériel peut être installé au domicile à titre « prévisionnel » afin de favoriser et d'optimiser les soins au domicile (concentrateur d'oxygène, appareil à aérosols).

Le matériel est récupéré par le prestataire en fin de prise en charge selon les disponibilités et préférences du patient et/ou de son entourage.

4 DISCUSSION

La discussion sera traitée en trois volets développant dans un premier temps les difficultés rencontrées lors de cette gestion de projet, puis le rapport d'activité du premier semestre, et enfin les perspectives d'avenir.

4.1 Difficultés associées à la gestion de projet d'une HAD

Dans le but de favoriser le partage d'expériences, la discussion traitera des points de difficultés rencontrées. L'idée est:

- de les signaler afin de les appréhender au moment de toute gestion de projet similaire,
- de proposer une ou des solutions qui ont été mises en œuvre pour l'HAD du CHL.

4.1.1 Le statut juridique de l'HADALU

[Point à traiter lors de la gestion de projet d'une HAD](#)

Le statut juridique de l'HADALU a été mis en discussion en 2011, c'est à dire dès le transfert d'autorisation d'exercice d'une activité d'HAD des structures de 3H Santé et de la MHB vers le CHL¹. L'HADALU devait-elle être un service de soins du CHL, l'activité d'un GCS « établissement de santé » (CHL, HADAN, OHS) ou l'activité d'un GCS « de moyens » de trois établissements de santé (CHL, HADAN, OHS) ? Le projet a souffert d'une absence de définition claire jusqu'en avril 2014, ce qui a retardé d'autant la définition des modalités d'organisation de la structure.

4.1.2 L'incitation institutionnelle pour hospitaliser à domicile

[Point à traiter lors de la gestion de projet d'une HAD](#)

En 2014, la moyenne nationale annuelle des journées d'hospitalisation en HAD était de 6 000 journées/100 000 habitants. En Lorraine, elle était autour de 3 600 journées de 2009 et

¹ 3.2.1 Initialisation du projet d'HAD sur le territoire Lunévillois

2013. Elle a progressé en 2014 pour atteindre 4 500 journées/100 000 habitants. Loin de la moyenne nationale, et très loin de la taille critique préconisée¹. Ce constat souligne l'insuffisance de promotion de l'HAD en France et *a fortiori* en Lorraine. Il renvoie une grande part des établissements de santé à la gestion d'une difficulté financière annoncée. Outre le manque d'études qui permettraient de préciser l'efficacité et la pertinence de l'HAD en regard des autres modes de prises en charge coordonnées au domicile (réseaux, prestataires...), l'HAD souffre de manière chronique de la mauvaise connaissance de la part des professionnels libéraux et hospitaliers de cette forme d'hospitalisation singulière. Malgré les campagnes de communication nationales (FNEHAD) ou locorégionales (ARS, services d'HAD...), ou l'ouverture des structures aux internes de médecine générale cette mauvaise connaissance persiste. Or il est attendu, entre autres, un impact de l'HAD à type de diminution de la durée moyenne de séjour dans les hospitalisations conventionnelles.

Le plan de communication élaboré par le CHL pour l'ouverture de l'HADALU, a été récompensé en septembre 2015 par le Prix national FHF de la meilleure communication d'attractivité pour un centre hospitalier. La communication du CHL sur son activité d'HAD, aussi parfaite a-t-elle été, ne pourra à elle seule compenser une insuffisance d'incitation institutionnelle au recours à l'HAD.

4.1.3 Le périmètre de recrutement des patients au sein de l'HADALU

[Point à traiter lors de la gestion de projet d'une HAD](#)

La taille critique d'un service d'HAD n'ait jamais été précisément définie. La circulaire de décembre 2006 [25] préconisait une activité minimale de 9 000 journées annuelles pour 100 000 habitants (25 patients/jour en moyenne). La circulaire de décembre 2013 [4] l'estimait plutôt autour de 11 000 à 12 500 journées pour 100 000 habitants (30 à 35 patients/jour). La notion de 9 000 journées a été reprise en 2010 par l'IGAS [32] en tant que « seuil de rentabilité ».

Le nombre d'habitants du territoire Lunévillois se situe autour de 80 000 habitants. Par ailleurs la moyenne du nombre de journées d'HAD en Lorraine est de 4 500 journées/an². Cet ensemble de données a contribué à une prise de conscience du défi que l'HADALU devait

¹ 4.1.3 Le périmètre de recrutement des patients au sein de l'HADALU

² 2.2 L'hospitalisation à domicile en Lorraine

relever. Pour cette raison, la direction du CHL a sollicité l'ARS afin d'obtenir une extension de son territoire d'intervention. Une réponse orale a été donnée qui autorise l'établissement à exercer son activité sur les territoires du Sel et du Vermois ainsi que du Saulnois.

Par ailleurs dans le projet initial, 30 lits ont été dédiés à l'activité d'HAD par l'ARS Lorraine au CHL. Cette notion qui tendait à garantir ou préserver le recrutement de la population utile et nécessaire pour être à l'équilibre financier, n'est plus une donnée prise en compte dans l'octroi d'une autorisation d'HAD. Cela renforce le concept de taille critique d'une structure.

4.1.4 La stratégie de recrutement des patients à l'ouverture

Point à traiter lors de la gestion de projet d'une HAD

Une stratégie de recrutement de patients a été établie durant la phase projet¹. Paradoxalement elle a été principalement fondée sur des prises en charge de patients issus des établissements lunévillois (CHL, Clinique Jeanne d'Arc), peu habitués à réaliser ce type de transferts. Elle a également été fondée sur le lieu de domiciliation du patient, privilégiant dans un premier temps la proximité. En fait, une stratégie en entonnoir a été mise en place dont les conséquences ont été mal appréhendées :

- peu d'activité au démarrage malgré du personnel disponible, conduisant à accepter des patients éloignés du service (attitude positive pour l'image de l'HADALU et pour ses finances),
- un mois plus tard, refus de certaines demandes d'admission en raison d'un personnel soignant indisponible, « fortement immobilisé par les transports ».

La définition d'une stratégie de recrutement sur un territoire est un exercice délicat !

¹ 3.2.10 Stratégie de progression dans le recrutement

4.1.5 L'étude de viabilité financière d'une structure d'HAD

Point à traiter lors de la gestion de projet d'une HAD

Au démarrage du projet et avant que l'activité d'HAD ne débute au CHL, une étude sur la viabilité financière du projet a été conduite. Or il n'y a pas d'outil spécifique à l'HAD mis à disposition des professionnels de santé dans lequel sont confrontés :

- les recettes prévisionnelles en termes de journées d'hospitalisation et de coût moyen des GHT,
- les dépenses prévisionnelles qui concernent les charges de personnel, à caractère médical, à caractère hôtelier et les amortissements.

Cet outil doit également identifier les dépenses prévisionnelles non affectées directement à l'HAD et pour autant supportées par l'établissement. Il s'agit par exemple de la prestation des diététiciennes, de la pharmacie... Dans le cas de l'HADALU, la direction a programmé de les intégrer après un an d'activité pour la vérité des comptes, à l'aide des CREA.

Proposition d'une solution mise en œuvre pour l'HADALU

En conséquence, les services économiques et financiers du CHL ont formalisé avec le chef de projet un outil pour établir un premier budget prévisionnel en juin 2014. Cela leur a permis de conduire une étude pour identifier le seuil critique d'activité à atteindre pour un compte équilibré la première année. Le seuil critique d'activité pressenti a été évalué à environ 3 600 journées à 190€/jour et les dépenses ont été envisagées en regard de la recette pressentie. Ce budget prévisionnel a été affiné pour constituer le budget prévisionnel de décembre 2014 (3 600 journées à 175€/j). C'est ce dernier qui est utilisé pour la comparaison avec les dépenses et recettes réelles pour le premier semestre 2015. La démarche, pour approximative qu'elle ait été, a néanmoins pu conforter la réflexion adoptée.

Des évaluations itératives annuelles sur la base des CREA seront menées en vue de garantir soit l'équilibre financier, soit un excédent qui facilitera l'investissement et le recrutement de personnel complémentaire.

Cet outil formalisé par les services économiques et financiers du CHL sera mis à la disposition de toute équipe qui contacterait l'HADALU pour en bénéficier.

4.1.6 Le soutien financier de l'ARS Lorraine au démarrage d'un projet

[Point à traiter lors de la gestion de projet d'une HAD](#)

Le démarrage d'un projet nécessite en règle générale un budget investissement, en regard duquel sont affectées des recettes liées à l'activité. Plus le projet démarre tôt, plus les recettes viendront en atténuation des dépenses.

L'activité de l'HADALU ayant débuté en janvier 2015, le budget investissement évalué à 150 000 € sur l'année 2014 (locaux, plan de communication, équipe de coordination, véhicules, système d'information...) n'a pas bénéficié de recettes. De surcroît, malgré la demande formulée par la direction du CHL, l'ARS Lorraine n'a pas accordé de financement. Le projet a donc grevé le budget 2014 de l'établissement, déjà en difficulté, et ce à la grande contrariété de la communauté médicale. Celle-ci qui manifestait déjà une opposition à l'ouverture d'un service considéré comme déficitaire *a priori*, a longuement débattu de l'intérêt d'assumer seul cette activité.

4.1.7 Les indicateurs en HAD

[Point à traiter lors de la gestion de projet d'une HAD](#)

Un ensemble d'indicateurs a été mis en place dès l'ouverture de l'HAD et qui sont suivis de façon itérative, ou en cours de recueil de données :

- indicateurs d'activité : nombre de patients, séjours, journées, transferts et décès, DMS, répartition des GHT, modes de prise en charge,
- indicateurs anthropomorphiques : sexe, âge,
- indicateurs économiques : suivi mensualisé des recettes et dépenses, coûts moyen du GHT,
- les indicateurs qualité : IQSS (tenue du dossier patient, douleur, nutrition, risque d'escarre, compte-rendu de moins de 8 jours, consommation de solution hydro-alcoolique), enquêtes de satisfaction des patients.

Il aurait été intéressant de disposer d'indicateurs en HAD relatifs à la performance, c'est à dire au nombre d'heures cumulées de prise en charge par patient par jour et par GHT. Cette information permettrait d'affiner la charge de travail prévisionnelle par mode de prise en

charge et en conséquence faciliterait la planification des activités de soins. De surcroît, elle constituerait un argument pour adapter les ressources humaines en fonction de l'activité d'HAD qui doit prendre en compte le temps de soins mais également les temps de transport. Elle enrichirait les échanges collaboratifs médecin-direction lors des bilans d'activité.

Un autre intérêt serait d'évaluer de façon plus pertinente la T2A HAD.

4.1.8 L'enchaînement des phases dans une gestion de projet

Point à traiter lors de la gestion de projet d'une HAD

Il existe de nombreuses modalités de gestion de projet. Lorsque le projet est complexe, une démarche doit être adoptée, connue de l'ensemble des professionnels impliqués ou concernés et portée par la direction de l'établissement et le chef de projet désigné.

Les deux premières étapes sont la phase de lancement et la phase de mise en œuvre. A cette dernière doit lui succéder une phase d'extension de l'activité. Cette étape pose de façon récurrente le problème suivant : faut-il augmenter l'activité dans un contexte contraint afin d'octroyer les moyens en regard de la montée en charge ? Ou faut-il octroyer des moyens pour faciliter l'augmentation d'activité ? Cette question doit bénéficier d'une réponse avant le démarrage du projet. Dans le premier cas de figure, le risque principal est un décalage entre activité croissante et ressources insuffisantes qui crée des situations délétères tant pour les patients que le personnel. Dans le deuxième cas de figure, le risque principal est un risque financier car le décalage s'effectue dans le sens contraire (activité insuffisante pour trop de ressources). L'idéal est le juste milieu ; mais il exige la réactivité des interlocuteurs, soit acteurs de l'activité soit acteurs de l'affectation des moyens.

La gestion du risque financier a été retenue. Aussi une des conséquences à laquelle l'HADALU a été confrontée à plusieurs reprises est la non possibilité de prise en charge de patients. Cela est d'autant plus vrai que tout service d'HAD n'est plus contraint par son nombre de lits. C'est ainsi que près d'une dizaine de patients ont été récusés sur le premier semestre 2015.

Proposition d'une solution qui pourrait être mise en œuvre

La solution qui aurait pu être envisagée est l'affectation de personnel au *prorata* de l'activité à partir d'un pool de professionnels polyvalents, existant dans l'établissement pour satisfaire ce type de besoin. A ce jour ce pool n'existe pas.

4.1.9 Le recrutement du personnel

Point à traiter lors de la gestion de projet d'une HAD

La décision de développer un service d'HAD propre au CHL a été arrêtée en avril 2014. Trois mois ont été nécessaires à la constitution du groupe projet, au développement des feuilles de route et à l'élaboration du budget prévisionnel. La réunion de lancement du projet a eu lieu le 02 juillet 2014 pour une ouverture du service en janvier 2015. Les possibilités d'identification et de recrutement des membres de l'équipe de coordination ont été ralenties en raison des congés d'été, concentrant pour ces derniers une charge de travail de préparation à l'ouverture du service sur le dernier trimestre 2014. En conséquence l'identification des infirmières « de soins » a été reportée fin octobre 2014, laissant ainsi peu de temps pour les formations indispensables et les séjours d'immersion dans d'autres structures avant l'accueil des premiers patients.

Le lancement du projet a coïncidé avec une période de réorganisation profonde de la direction des ressources humaines d'un CHL en difficulté financière. Un plan de retour à l'équilibre budgétaire venait d'être élaboré, accompagné par l'ARS Lorraine, qui prévoyait une diminution de 10% des effectifs soignants sur l'ensemble de l'établissement sur 2014 et 2015 (départs en retraite non remplacés, non renouvellement de contrat à durée déterminée). Le projet HADALU a ainsi constitué une opportunité pour la direction du CHL de réaffecter du personnel infirmier dans ce nouveau service de soins afin de limiter l'impact de cette restructuration.

Proposition d'une solution mise en œuvre pour l'HADALU

Considérant le planning contraint, le groupe projet a développé des fiches de fonction et de tâches (**Annexe 4 à 9**) pour les différents corps de métier de l'HADALU, permettant à chacun des postulants d'appréhender les particularités des postes proposés et de fluidifier ainsi

les recrutements sur une courte période. Ces documents seront mis à la disposition de toute équipe qui contacterait l'HADALU pour en bénéficier.

4.1.10 La formation du personnel

[Point à traiter lors de la gestion de projet d'une HAD](#)

Les prises de fonction de l'infirmière coordinatrice et du médecin coordonnateur ont eu lieu respectivement en septembre et novembre 2014 alors que l'ouverture de l'HADALU était programmée au 2 janvier 2015. Les infirmières de soins ont quant à elles été identifiées fin octobre. L'intervalle de temps pour identifier les formations utiles et les organiser était peu important. La date d'ouverture aurait probablement dû être plus éloignée et planifiée à 1 an de la date de lancement du projet.

4.1.11 L'organisation paramédicale

[Point à traiter lors de la gestion de projet d'une HAD](#)

L'organisation paramédicale à l'ouverture du service était définie pour d'une part couvrir les soins infirmiers et de nursing pour un maximum de 10 patients, et d'autre part assurer la permanence de soins, le tout selon une stratégie de recrutement des patients.

Considérant une charge en soins techniques et de nursing plus importante le matin dans la majorité des services de soins de court séjour, l'organisation était définie comme suit :

- deux IDE en poste le matin (cependant une seule les week-ends)
- une IDE en poste l'après-midi assurant l'astreinte de nuit,
- l'infirmière de coordination présente en journée, pouvant aider aux soins si nécessaire et intégrée à part entière dans les tournées de soins en cas de congés d'autres agents.

Les premières semaines d'activité ont permis de mettre en évidence quatre principaux éléments mal évalués et ayant contribué à une charge en soins plus importante qu'estimée lors de la phase projet :

- la non possibilité de respect de la stratégie de recrutement, en particulier concernant le lieu de domiciliation des patients, et impactant lourdement sur les temps de trajets lors des tournées de soins,
- une prépondérance de prises en charge de patients en soins palliatifs, nécessitant de nombreux soins techniques mais également de soins de nursing lourds,
- une concentration des soins techniques en début et en fin de journée, et une charge en soins identique les week-ends et jours fériés,
- une activité de coordination infirmière non suffisamment couverte du fait de l'intégration de l'IDE coordinatrice dans les tournées de soins si nécessaire.

Proposition d'une solution mise en œuvre pour l'HADALU

Afin de ne pas freiner la montée en charge de l'activité, et considérant les recettes réalisées plus importantes que les recettes qu'escomptées (en raison des prises en charge de patients plus lourds¹, il a été décidé de renforcer l'équipe paramédicale tout en réorganisant les cycles de travail.

Dans un premier temps, un ETP aide-soignant et un ETP IDE ont été créés en février et mars 2015 afin de progressivement recentrer les IDE sur les soins infirmiers tout en renforçant les possibilités d'intervention en binôme pour les patients les plus dépendants, et de permettre un renfort infirmier les week-ends (deux IDE en poste de 12 heures). Par ailleurs, un cycle de travail intégrant la bascule d'une IDE travaillant le matin vers du « coupé » durant la semaine a été adapté, permettant de répondre aux soins techniques en fin de journée ainsi qu'à l'isolement de l'IDE en poste l'après-midi.

A titre informatif, le recrutement de personnel salarié s'est poursuivi courant 2015 (un ETP IDE et deux 0.5 ETP aide-soignant), en parallèle de collaboration avec les professionnels libéraux et les trois SSIAD du Lunévillois².

¹ 3.3.2.6 Codage de l'activité T2A en HAD

² 4.3.1.1 Développement de partenariats avec les SSIAD

4.1.12 Le système documentaire

Point à traiter lors de la gestion de projet d'une HAD

La documentation sur l'HAD est essentiellement synthétisée dans le rapport de l'IGAS datant de 2010, les rapports de la Cour des comptes, dans une petite partie des recommandations de bonne pratique sur la prise en charge du patient cancéreux (InCa, HAS) et dans les recommandations de bonne pratique éditées par l'HAS et relatives aux prises en charge de périnatalité/obstétrique en HAD. Pour autant, les organisations pratiques médicales, paramédicales et logistiques sont peu décrites. Il n'est pas proposé par les institutions (HAS, FNEHAD, ARS...) un modèle du système documentaire de l'HAD. Par exemple les modalités de la permanence des soins, de la prise en charge médicamenteuse du patient ou les profils de poste et de tâches de l'IDE coordinatrice..., ne sont pas disponibles et ont nécessité d'être conçus, définis, formalisés pour mise en œuvre par l'équipe de coordination de l'HADALU. Ce travail a été réalisé en collaboration avec les parties prenantes ainsi que le service qualité. Pour exemple dans le **Tableau 2** figure une liste non exhaustive des documents réalisés. Ils sont à la disposition de toute équipe qui contacterait l'HADALU pour en bénéficier.

Néanmoins, la question est posée d'un système documentaire partagé entre les HAD de la Lorraine, voire du Grand Est, qui pourrait implémenter le site lorrain www.hadlorraine.fr déjà créé [33].

Tableau 2 : Documents ayant intégré le système documentaire du CHL

| Libellé des documents | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Modèle de Consentement du patient pour HAD• Modèle de fiche de recueil écrit des souhaits du patient concernant la limitation des thérapeutiques actives (A intégrer dans le PPS)• Modèle de Consentement du médecin traitant pour HAD• Fiche recensant les critères explicites d'éligibilité à l'HAD | <ul style="list-style-type: none">• Bilan psychosocial• Demande de prise en charge médicale• Contenu du kit de soins de la trousse d'urgence et du chariot d'urgence• Fiche de transmission journalière• Modèle de compte rendu des réunions cliniques hebdomadaires• Fiche de demande de ré hospitalisation programmée• Fiche de sortie contre avis médical |

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Règlement intérieur de l'HAD • Chartres • Conventions dont convention avec les médecins traitants • Procédure et protocole de soins (déchets) et conduite à tenir en cas d'urgence • Indicateurs • Check-list de mise en œuvre de l'HAD pour un patient • Fiches de poste et de tâches • Logigrammes • Dossier patients • Livrets d'accueil du CHL en HAD • Programme des tournées (transport IDE, AS, pharmacie) • Plaquette de présentation du service • Autorisation de soins par un stagiaire | <ul style="list-style-type: none"> • Procédure administrative de constat du décès • Doc d'information aux familles sur les démarches administratives quand il y a sortie ou décès • Conduite à tenir par les soignants en cas de décès • Documents de conciliation • Livret personnalisé de sortie du patient • Plan de soin personnalisé • Liste des équipements pouvant être installés à domicile du patient et constituant une check-list pour chaque séjour HAD • Planning de présence théorique avec heures d'ouverture de l'HAD • Planning hebdomadaire • Organigrammes • Documentation pharmaceutique : livret thérapeutique, livret des DMS, livret des équivalences, protocoles d'administration |
|---|--|

4.1.13 La téléphonie

Point à traiter lors de la gestion de projet d'une HAD

La mauvaise qualité de la couverture réseau des cantons ruraux du territoire Lunévillois, a été mal estimée lors de la phase projet. Elle constitue une difficulté importante quant à la qualité de prise en charge, en particulier durant la permanence de soins.

Proposition d'une solution mise en œuvre pour l'HADALU

Afin d'améliorer la communication entre les patients ou les professionnels libéraux et le service, le numéro unique permettant de joindre l'HADALU 24h/24 (transfert d'appel durant la permanence de soins) a été complété par une possibilité d'appel au standard du CHL disposant du planning d'astreinte du service. Une solution complémentaire de type radiomessagerie est en cours de mise en œuvre.

4.1.14 Le système d'information

Point à traiter lors de la gestion de projet d'une HAD

L'informatisation des données patient est encouragée par les pouvoirs publics afin de les centraliser et d'en faciliter le partage par les professionnels gravitant autour du patient¹(e.g. outil LIGO® du GCS Télésanté Lorraine, développé pour le plan PAERPA).

En pratique, depuis l'ouverture du service le dossier patient informatisé est actualisé quasiment exclusivement par le personnel salarié, la mobilisation des professionnels libéraux s'avérant difficile en raison de l'évocation par ces derniers :

- d'un manque de temps,
- de la multiplicité des dossiers patients (systèmes d'information propres),
- de difficultés techniques liées à la connectivité.

Le manque de temps et la multiplicité des dossiers ne constituent pas en tant que tels des arguments recevables en cas d'acceptation de prises en charge d'HAD, sous réserve toutefois que les modalités de traçabilité des informations soient définies dans des conventions de partenariat. Toutefois, les difficultés techniques rencontrées en milieu rural principalement, sont un écueil majeur quant à la dématérialisation de dossier d'HAD (déconnexion lors de transmissions de données, occasionnant leur perte).

Proposition d'une solution mise en œuvre pour l'HADALU

Un mode « hors-ligne » (saisie de données au domicile sans nécessité de connexion, avant déclenchement manuel de la transmission en zone de bonne couverture réseau) permet de contourner ce problème de connectivité mais présente actuellement trop de dysfonctionnements pour une utilisation efficace. Une procédure dégradée est utilisée qui prévoit la traçabilité des actes et la réalisation de transmissions depuis un poste informatique fixe (locaux HADALU, cabinets des professionnels), cependant chronophage et source d'erreurs car réalisée *a posteriori*. La tenue du dossier papier « chevet » est quant à elle maintenue. L'éditeur est en cours de résolution des problématiques liées à ce mode « hors ligne ».

¹ 3.2.8 Système informatique

4.1.15 Les procédures d'appel d'offres

Point à traiter lors de la gestion de projet d'une HAD

Les procédures d'AO pour l'HADALU ont principalement concerné l'identification d'un prestataire de service pour la délivrance d'équipements médicaux et de nursing, l'acquisition d'un logiciel métier, l'acquisition de véhicules et du système de téléphonie mobile. Bien que réalisées dans l'urgence, les objectifs ont été atteints.

Concernant le prestataire de service, la difficulté a été :

- d'une part d'identifier les équipements dont il aurait la charge (*versus* équipements fournis par les services de pharmacie ou économiques),
- d'autre part de comparer les coûts, qui souvent étaient en réalité un ensemble de coûts - plusieurs produits et/ou prestations associés (packaging) –

Proposition d'une solution mise en œuvre pour l'HADALU

Les procédures d'AO réalisées à cette occasion pourront être mises à la disposition de toute équipe qui contacterait l'HADALU pour en bénéficier.

4.1.16 Les produits de santé

Point à traiter lors de la gestion de projet d'une HAD

Le développement d'un service d'HAD intégré aux locaux du CHL et à proximité immédiate de la PUI a orienté l'organisation du circuit des produits de santé vers une gestion des stocks en flux tendus, sans constitution d'un stock au sein même de l'HADALU¹. La lourdeur des pathologies des patients pris en charge a conduit naturellement vers des réadaptations thérapeutiques fréquentes, occasionnant une sollicitation importante de cette organisation « IDE-PUI », tant concernant les médicaments que les dispositifs médicaux stériles.

Proposition d'une solution mise en œuvre pour l'HADALU

Un stock en produits de santé a été constitué fin 2015 : il est situé au sein des locaux de l'HADALU, organisé sous forme de système « plein-vide », et comprend les médicaments

¹ 3.3.2.3 Circuit des produits de santé

et dispositifs médicaux les plus couramment utilisés ainsi que certaines spécialités de consommation plus aléatoire (exemple du kit pour ponction d'ascite).

4.1.17 Les locaux

[Point à traiter lors de la gestion de projet d'une HAD](#)

Les locaux attribués à l'HADALU sont d'une surface de 40m², comportant deux bureaux et une salle de stockage des produits de santé. Leur localisation au rez de chaussée à proximité des véhicules et de la pharmacie est un atout pour le personnel. La surface est appropriée pour initier cette activité. Au cours des transmissions ou réunions de coordination ce sont jusqu'à 8 personnes qui sont réunies pour 10 patients hospitalisés.

Nous estimons l'extension des locaux nécessaires au-delà de 20 patients compte tenu du nombre de professionnels et des stocks qui s'incrémentent. Ce point n'a pas été pris en compte au début du projet. Pour autant l'HADALU se trouve situé à proximité de locaux non occupés (50m²) et qui sont maintenant préemptés en vue de l'extension d'activité.

4.1.18 L'entretien des caisses de transport et stockage des produits de santé

[Point à traiter lors de la gestion de projet d'une HAD](#)

L'HADALU dispose d'un stock de caisses de stockage et de piluliers mis à disposition des patients et dont le turn-over est hebdomadaire. Ces caisses nécessitent un entretien régulier et plus particulièrement lors du changement de destinataire notamment s'il s'agit d'un patient infecté. La procédure d'entretien et les locaux dédiés n'ont pas été envisagés à l'initiation du projet. C'est juste avant le démarrage de l'activité en janvier 2015 que l'établissement a identifié le problème et apporté la solution.

[Proposition d'une solution mise en œuvre pour l'HADALU](#)

Afin de ne pas solliciter le personnel paramédical de l'HADALU, l'entretien des caisses a été confié au personnel du bloc opératoire qui dispose de locaux *ad hoc*. Une organisation a été réfléchie entre les cadres du bloc opératoire, du service de pharmacie et des transports, pour formaliser l'entretien hebdomadaire et en tant que de besoin des caisses.

4.2 Rapport d'activité après six mois

4.2.1 Taux de recours et durée de séjour

Durant la période du 05 janvier au 30 juin 2015, le service HADALU a pris en charge 53 patients, pour un total de 63 séjours et 1 454 journées, soit une **durée moyenne de séjour de 23.1 jours**.

En 2012 [1], la DMS nationale était **de 32.4 jours** si l'on excluait les prises en charge « courtes » (périnatalité et « séances » de chimiothérapie - transfusion sanguine).

4.2.2 Données démographiques

L'activité a concerné une nette **majorité d'hommes** (62.2% contre 34% de femmes et 3.8% d'enfants) **de 60 ans et plus** (47% de tous les patients).

L'âge moyen des patients pris en charge s'établit à 69.8 ans (62.4 ans en 2012 au niveau national en excluant les prises en charge de périnatalité [1]).

4.2.3 Autonomie

Le niveau d'autonomie des patients (retracé par l'indice de Karnofsky) est légèrement supérieur à celui mesuré au niveau national en 2012 (à l'exclusion des prises en charge de périnatalité) : **50.3%** contre 45.8%. L'évaluation de cette variable semi-quantitative est appréciée par l'équipe coordonnatrice de chaque structure.

4.2.4 Trajectoire des patients

4.2.4.1 Admission

71.5% des patients ont été admis par transfert à partir d'une hospitalisation en établissement de santé (70% au niveau national en 2012 [1]), contre **28.5% d'admission directement depuis le domicile** (EHPAD inclus).

Les admissions depuis un établissement de santé se déclinent comme suit :

- 62.2% à partir de services de médecine,
- 24.4% à partir de services de chirurgie,
- 4.4% à partir d'une unité de soins continus,
- 4.4% à partir d'une UHCD,
- 4.4% à partir de structures de SSR.

Au cours des six premiers mois d'activité, **96.7% des admissions par transfert ont concerné des patients hospitalisés au CHL**. L'analyse de ces données est difficile considérant l'ouverture très récente de l'HADALU, mais souligne d'ores et déjà l'importance du travail de communication et de présentation du service à effectuer à l'avenir dans les établissements de santé voisins.

Concernant les admissions depuis le domicile, 38.9% seulement ont été réalisées à la demande du médecin traitant (majoritairement des situations de soins palliatifs) **contre 61.1% à la demande d'un médecin spécialiste** (généralement dans les suites d'une consultation « pansement » ou de chirurgie). Cette distinction n'apparaît pas dans les données annuelles publiées par l'ATIH mais pourrait permettre de préciser l'apport de l'HAD en soutien direct aux médecins traitants des patients.

4.2.4.2 Sortie

Après six mois d'activité, les sorties d'HAD paraissaient majoritairement réalisées vers des services de court séjour hospitaliers (42.8%) contre 36.5% de sortie vers le domicile (EHPAD inclus), 19.5% de décès et 1.5% de transfert vers des structures de SSR, ce qui, comparativement aux données nationales 2012 [1], dénotait un taux de ré-hospitalisation en

MCO plus élevé (42.8 % contre 32.5%) et par conséquent un taux de maintien au domicile moindre (36.5% contre 57.3%). Le taux de décès, exprimé en nombre de séjour était pour sa part deux fois supérieur aux données nationales (19% contre 9.3%).

Une analyse plus approfondie de ces données permet d'en nuancer les résultats :

- **L'activité réalisée n'était pas lissée après seulement six mois d'ouverture du service, expliquant ainsi que les séjours de quelques patients aient pu modifier de manière importante ces premiers résultats** (exemple : multiples ré-hospitalisations programmées pour transfusion sanguine de support chez un patient fragile de 94ans présentant un syndrome myélodysplasique). Si l'on excluait les séjours de ce patient uniquement, le mode de sortie principal devenait le domicile à 40.4% contre 36.5% de ré-hospitalisations en secteur de court séjour hospitalier.
- **Seulement un tiers des transferts en établissement de santé ont fait suite à une mauvaise évolution au domicile justifiant une ré-hospitalisation rapide. Les deux tiers restant concernaient des ré-hospitalisations programmées**, majoritairement pour suite de prise en charge chirurgicale (exemple : greffe cutanée après pansement aspiratif, complément d'ostéosynthèse après antibiothérapie prolongée...). Les données nationales ATIH ne distinguent pas les ré-hospitalisations dites « programmées » de celles réalisées « en urgence ». Le renseignement de ces détails permettrait éventuellement d'affiner l'analyse de la pertinence de séjours d'HAD.
- **92% des décès au domicile ont concerné des patients en situation de prise en charge palliative** avec souhait exprimé d'un accompagnement terminal au domicile uniquement. **Un seul patient (8%) est décédé au domicile hors contexte de soins palliatifs** (toutefois situation évoluée de syndrome cardio-rénal).

4.2.4.3 Trajectoire admission-sortie

L'analyse de la trajectoire des patients au cours de ce premier semestre d'activité, bien que précoce et à nuancer, permet d'évaluer le positionnement de l'HAD :

- **Près de neuf séjours sur dix initiés à partir du domicile constituent un évitement complet d'une hospitalisation conventionnelle** (11.1% de transfert en établissement, 55% de sortie vers le domicile et 33% de décès). Le taux de décès, près de trois fois supérieur au taux national 2012 (10%), est aisément expliqué par le motif de prise en charge initial (soins palliatifs). **Tous les patients admis à la demande des médecins traitants pour prise en charge palliative terminale sont décédés au domicile.**
- **Lorsque la prise en charge en HAD est intervenue en aval d'une prise en charge en établissement, près de la moitié des séjours s'est soldée par une ré-hospitalisation (55.5% contre 34% en 2012 au niveau national), qui était programmée dans deux tiers des cas.** A nouveau, les séjours multiples d'un seul patient impactent fortement ces résultats (diminution à **48.7%** de ré-hospitalisations en excluant les séjours concernés).

4.2.5 Principaux modes de prise en charge

L'analyse des modes de prise en charges à l'admission met en évidence un dénominateur commun : **les demandes d'admissions concernent dans leur grande majorité des patients qui auraient nécessité des prises en charge prolongées ou répétées en établissement de santé.** En effet, les trois principaux MPP concernant 92.5% des séjours étaient respectivement :

- « MP4 soins palliatifs » (35%),
- « MP3 traitement intraveineux » (35% - antibiothérapies prolongées pour ostéites, infections de matériel d'ostéosynthèse...),
- « MP9 pansements complexes » (20.5% - plaies diabétiques, pansements aspiratifs...).

A titre indicatif, ces résultats sont proches de ce qui est enregistré au niveau national depuis plusieurs années, à savoir que **les trois MPP majoritaires constatés après seulement six mois d'activité du service font partie des quatre premiers MPP nationaux** (lorsque l'on exclut les prises en charges spécifiques de périnatalité).

4.2.6 Suivi financier à fin juin 2015 (Annexe 27)

Le suivi financier mensualisé du service HADALU fait état d'un équilibre budgétaire à l'issue du premier semestre 2015, et ce malgré une montée en charge progressive de l'activité durant les premiers mois et l'accroissement de l'équipe salariée (recrutement IDE et AS). Ce cadre budgétaire rigoureux servira de base de travail pour tous les projets futurs à commencer par la structuration d'une antenne¹.

4.2.7 Conclusion

Ces premiers résultats permettent de dégager plusieurs grandes tendances :

- les proportions d'admission depuis le domicile et en aval d'une hospitalisation conventionnelles sont similaires à celles enregistrées au niveau national en 2012,
- l'admission depuis le domicile contribue à près de 90% à un évitement complet d'un séjour en établissement,
- **69% des admissions ont concerné des patients hospitalisés au CHL, soulignant le très important travail de communication à mener auprès des établissements de santé voisins.**

¹ 4.2.1.3 Structuration d'antenne

4.3 Perspectives d'avenir

4.3.1 Relatives aux professionnels

4.3.1.1 Développement de partenariats avec les SSIAD

Comme développé précédemment¹, la mise en œuvre initiale a reposé exclusivement sur l'intervention de personnel salarié, afin d'éprouver et améliorer les organisations imaginées et développées dans la phase « projet » (système d'information, circuits des produits de santé, permanence de soins...) avant d'étendre les collaborations avec des partenaires extérieurs.

Les premières réflexions ont porté sur une collaboration entre SSIAD et HAD afin de permettre des interventions conjointes selon les besoins des patients et non uniquement des situations de relai de prise en charge.

Les coopérations éventuelles identifiées visent à :

- éviter une rupture de l'accompagnement médico-social organisé souvent de longue date pour des patients très dépendants,
- accompagner les patients en fin de vie et particulièrement ceux isolés socialement en multipliant les possibilités d'interventions quotidiennes,
- accompagner les patients au cours des relais de prise en charge entre les deux structures.

Une première convention de partenariat provisoire (**Annexe 28**) a été établie en avril 2015 entre les trois SSIAD du territoire lunévillois et le service HADALU, avec l'aide du responsable du pôle « Personnes Agées » du service territorial des établissements et service médico-sociaux de l'ARS Lorraine. Elle a fait l'objet d'une première réévaluation après six mois de mise en œuvre et a été reconduite pour un semestre supplémentaire.

Le rapport de l'étude commune ADMR-FNEHAD-UNA menée entre 2013 et 2014 dans cinq régions (en partenariat avec les ARS concernées), afin d'améliorer les parcours de soins des patients et de réfléchir à une évolution de la réglementation régissant les

¹ 3.2.6.1 Données générales

coopérations SSIAD-HAD, souligne l'importance de la définition d'un cadre juridique sécurisé qui permettrait la mise en place de coopérations dites « renforcées » (interventions conjointes), éventuellement sur le modèle existant pour l'intervention de structures d'HAD en EHPA(D) [34][35].

4.3.1.2 Développement de l'équipe salariée

Bien que la collaboration avec les professionnels paramédicaux libéraux du territoire soit en développement, le renforcement et la diversification de l'équipe salariée est indispensable pour d'une part permettre un accroissement du nombre de patients pris en charge, d'autre part améliorer la réactivité du service face aux demandes de prise en charge et enfin permettre une prise en charge la plus globale possible lorsque les professionnels libéraux sont en difficulté pour répondre positivement aux sollicitations émanant de l'HADALU (kinésithérapeutes en particulier).

Différentes pistes sont analysées, allant d'un accroissement de l'équipe interne, à un recrutement de professionnels mutualisés avec les autres services du CHL et affectés au service HADALU selon l'activité, l'ensemble de ces réflexions s'effectuant dans un cadre budgétaire rigoureux suivi mensuellement¹.

4.3.1.3 Structuration d'antenne

Considérant le nombre croissant des demandes d'admission dans la partie Est du territoire, éloignée de Lunéville et difficile d'accès², des réflexions concernant la création d'une antenne sur un des sites de 3H Santé sont d'ores et déjà menées afin de faciliter les prises en charge (qualité des soins, réactivité face à une demande d'admission dans ces cantons...).

Le rapprochement en 2015 du CHL avec les structures de 3H Santé (direction commune) et en particulier l'existence d'une PUI commune est un élément de qualité quant aux futures prises en charge. D'autre part, plusieurs praticiens médicaux ayant un temps de

¹ 3.2.5 Etude de viabilité financière et établissement du budget prévisionnel

² 3.1.1 Territoire Lunévillois

travail partagé entre le CHL et le SSR de Cirey sur Vezouze, ceci constitue un facteur d'amélioration de l'orientation de patients vers une éventuelle HAD.

4.3.1.4 Formation du personnel soignant

De manière cohérente avec les principaux motifs d'HAD constatés¹, les premières formations des professionnels paramédicaux concerneront les soins palliatifs (inscription aux sessions de la formation interne au CHL pour tous les soignants ne l'ayant pas suivie), ainsi que les prises en charge de plaies (une IDE ayant déjà validé un diplôme universitaire « plaies et cicatrisation », il est envisagé de faire bénéficier d'une formation similaire à deux autres).

Plusieurs autres formations ponctuelles d'une journée ou soirée sont programmées, concernant :

- l'utilisation des voies d'abord veineuses profondes (PICC Line, CCI) dont l'utilisation est quotidienne dans le service, et ce afin de minimiser les risques de bactériémie,
- les soins spécifiques des plaies cancéreuses (intervention d'un IDE spécialisé de l'Institut de Cancérologie de Lorraine).

Enfin, il est nécessaire que les IDE du service valident la formation spécifique en cancérologie délivrée par le réseau ONCOLOR avant de pouvoir envisager des prises en charge de chimiothérapie à domicile. Seules deux IDE qui exerçaient en service de médecine à orientation oncologie ont l'expérience de l'administration et de la surveillance de chimiothérapies (formation ONCOLOR validée). Ces formations seront envisagées progressivement à partir de 2016.

¹ 4.1.5 Principaux modes de prise en charge

4.3.2 Relatives aux modes d'entrée en HAD

4.3.2.1 Favoriser le recours à l'HAD depuis le domicile

A l'issue du premier semestre d'activité, 28.5% des séjours ont fait suite à une demande d'admission directe depuis le domicile, quand la moyenne nationale se situait à 27.8% en 2012. Cependant, seulement 39% de ces demandes émanaient des médecins traitants des patients¹.

L'ouverture récente du service et les interventions uniquement ponctuelles réalisées par d'autres structures d'HAD voisines auparavant expliquent en grande partie le manque d'expérience des médecins généralistes du territoire Lunévillois vis-à-vis de l'HAD, qu'il s'agisse des différents modes de prise en charge possibles ou du territoire d'intervention. En effet toutes les demandes d'admission par des médecins traitants ont concerné des situations de soins palliatifs avec refus du patient d'une hospitalisation conventionnelle. D'autre part, chacun de ces praticiens exerçait sur Lunéville et avait déjà travaillé auparavant avec une des deux structures d'HAD nancéiennes.

Afin de familiariser les médecins généralistes avec les possibilités de prises en charge en HAD, des documents généraux de présentations leur avaient été remis et plusieurs réunions avaient été organisées avant l'ouverture du service².

Les trente-cinq médecins traitants concernés par les HAD du premier semestre ont pu bénéficier d'informations plus précises en cours de séjour (et de formations pour certains : utilisation de midazolam, pansement aspiratif).

Afin de partager en petit groupe les retours d'expérience de chacun des acteurs et de préciser des pistes d'amélioration tant en terme de prise en charge (délais, besoins de formation à l'utilisation de matériel ou de molécules spécifiques...), qu'en terme d'information ou de communication, les médecins généralistes seront conviés à de nouvelles réunions locales cette fois (canton de Lunéville, canton de Badonviller...) à partir du premier trimestre 2016.

¹ 4.1.4.1 Admission

² 3.2.9.3 Planning de mise en œuvre du plan de communication

Une présentation spécifique des indications potentielles d'HAD depuis le domicile ou depuis le SAU (avec exemples de prises en charge réalisées) complètera les soirées de formation organisées par les praticiens des urgences du CHL à destination des médecins généralistes du territoire.

4.3.2.2 Favoriser le recours à l'HAD dans les ESMS

Les décrets du 6 septembre 2012 [36][37] ne restreignent pas les indications d'HAD dans les ESMS, à la différence des interventions en EHPA autorisées depuis 2007, ce qui garantit une possibilité d'accès à l'HAD à toutes les personnes « qu'elles soient handicapées, âgées, en situation de précarité ou qu'il s'agisse de mineurs pris en charge au titre de la protection, tant en matière administrative, civile que pénale ».

Plusieurs conventions de partenariat ont été signées avec différents foyers et maisons d'accueil spécialisées du territoire, ayant permis de prendre en charge deux patients en relai de services de MCO au cours du premier semestre, sans toutefois de demande d'admission directe.

Durant le 2^e semestre 2015, l'équipe de coordination du service HADALU rencontrera les médecins coordonnateurs, cadres de santé et directeurs des principaux ESMS du territoire afin de présenter les différentes possibilités d'HAD selon leurs besoins (avec exemples de quelques prises en charge réalisées). Un document similaire à ceux établis pour les services du CHL leur sera remis (**Annexe 13**).

4.3.2.3 Projet de convention tripartite EHPAD-SAU-HADALU

Ce mode de coopération entre ces trois structures a été initié par l'HADAM précurseur dans de nombreux domaines concernant l'hospitalisation à domicile et les EHPA(D) [38]. Il vise d'une part à permettre le maintien du patient âgé fragile dans son lieu de vie habituel afin de limiter les risques potentiellement engendrés par des hospitalisations conventionnelles parfois répétées ou prolongées (désocialisation, désorientation...), et d'autre part à contribuer à une optimisation du recours aux Services d'Accueil des Urgences et/ou aux lits de court séjour des centres hospitaliers. Dans l'éventualité où une HAD est mise en œuvre en

EHPA(D), le patient doit pouvoir bénéficier rapidement des moyens d'investigation et/ou d'hospitalisation spécialisée si la situation le nécessitait.

Le Centre Hospitalier de Lunéville comprend deux EHPAD géographiquement accolés, lieux idéaux d'expérimentation et d'amélioration d'une telle coopération avant un élargissement potentiel aux autres EHPA(D) du territoire. En outre, le rattachement début 2015 du service HADALU au pôle « médico-technique » incluant le SAU et l'UHTCD, sous la responsabilité du chef de service du SAU, contribuera au développement de cette collaboration.

Les premières réflexions fin 2015 porteront sur les modalités pratiques de contact de l'HADALU (en amont d'un transfert au SAU, lorsque le patient est au SAU...) afin de permettre une évaluation rapide des possibilités de mise en œuvre d'une HAD ainsi qu'une évaluation conjointe du patient par le médecin urgentiste et/ou spécialiste hospitalier (cardiologue, urologue...) ainsi que le médecin coordonnateur.

4.3.3 Relatives aux modes de prise en charge

4.3.3.1 Chimiothérapie à domicile (CAD)

Un cadre régional d'organisation des CAD a été établi par le réseau ONCOLOR sur la base de travaux des instances nationales (INCa), en accord avec l'ARS Lorraine (établissement d'une convention type et d'une charte rassemblant les procédures générales). Seul un certain nombre de molécules de chimiothérapie sont considérées compatibles avec une utilisation au domicile, ces protocoles étant regroupés au sein d'un thésaurus élaboré par le réseau régional.

Il existe une activité importante de chimiothérapie au CHL du fait de la présence d'un praticien oncologue et de la préparation des médicaments spécifiques par la PUI. L'expérience ainsi accumulée est un atout majeur dans le développement de prises en charge de CAD. Par ailleurs, le médecin oncologue du CHL étant responsable du service de médecine dans lequel exerce à temps partiel le médecin coordonnateur, la liaison entre le service HADALU et le praticien référent « chimiothérapie » n'en sera que facilitée. Cependant, avant d'envisager ce

mode de prise en charge, il paraît indispensable que l'ensemble des IDE du service ait reçu la formation spécialisée en cancérologie délivrée par le réseau ONCOLOR afin d'être en mesure d'assurer des soins de qualité optimale (soins techniques, surveillance, gestion des effets indésirables...)¹.

4.3.3.2 Rééducation orthopédique et neurologique

Les modes de prise en charge n°11 et n°12 « rééducation orthopédique » et « rééducation neurologique » nécessitent des interventions au domicile « du ou des acteurs de rééducation » trois à cinq fois par semaine minimum (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes...).

Les kinésithérapeutes exerçant sur le CHL interviennent sur demande du service HADALU, avec toutefois des possibilités limitées en terme d'horaire, de nombre de passage par semaine et de temps de trajet selon le lieu de domiciliation du patient. Les kinésithérapeutes libéraux du territoire limitent leur nombre d'interventions au domicile du fait d'une importante activité en cabinet. Ce constat est encore plus manifeste en ce qui concerne les ergothérapeutes et les orthophonistes.

Ces situations actuelles ne permettent uniquement de prendre en charge que ponctuellement des patients relevant d'une HAD dans le cadre des MP n°11 et n°12, et ce principalement en « mode de prise en charge associé » (au moins trois interventions hebdomadaires requises contre cinq en « mode de prise en charge principal »).

Les réflexions menées pour développer ces activités concernent principalement le recrutement de kinésithérapeute(s) salarié(s) sur le CHL dont une plage d'exercice serait quotidiennement affectée au service HADALU, tout en renforçant les collaborations existantes avec certains cabinets libéraux.

¹ 4.2.1.4 Formation du personnel soignant

4.3.3.3 Transfusion sanguine

Actuellement les actes transfusionnels sont pour la grande majorité réalisés en Unité de Médecine Ambulatoire (UMA) au CHL (hormis pour les patients les plus fragiles, hospitalisés en service de Médecine).

Le mode de prise en charge n°18 « transfusion sanguine » est difficile à mettre en œuvre d'une part du fait de l'organisation de la délivrance, de la conservation et du transport des produits sanguins labiles, et d'autre part de la nécessité de surveillance continue en cours de transfusion avec « disponibilité d'un médecin transfuseur pouvant intervenir à tout moment » [39].

Des réflexions seront menées en 2016 sur l'organisation à adopter pour permettre dans un premier temps la réalisation d'actes transfusionnels dans les EHPAD du CHL pour les patients les plus fragiles, avec une éventuelle extension secondaire aux patients résidents sur Lunéville.

4.3.3.4 HAD obstétricale

La circulaire DHOS/O du 4 février 2004 précise les missions et modalités de prise en charge en HAD dans le cadre de la périnatalité. Les recommandations initiales de centrage de l'activité sur l'ante- et le post-partum « pathologique » ont été complétées début 2015 par la suppression des possibilités d'HAD dans le post-partum « physiologique » (« retour précoce au domicile après accouchement »), au profit du programme « PRADO maternité » de l'Assurance Maladie [27].

Ce cadre réglementaire a été enrichi en 2011 par des recommandations de bonnes pratiques élaborées par l'HAS (consensus formalisés), avec l'objectif d'optimiser la prise en charge des patientes et nouveaux nés en HAD [40]. Ce document de référence reste à ce jour la base de travail la plus complète élaborée pour l'ensemble du spectre d'activité de l'HAD en France, regroupant de nombreuses propositions de protocoles de prise en charge/suivi, largement détaillées.

L'activité d'HAD obstétricale sur la partie Est du territoire Lunévillois est actuellement portée par l'HADAN qui intervient habituellement dans un rayon de trente minutes autour de ses locaux de Vandœuvre-lès-Nancy. Grâce au partenariat et au travail étroit mené depuis 2009 avec la Maternité Régionale, l'HADAN permet d'accompagner un nombre croissant de patientes au domicile tout en réduisant leur durée d'hospitalisation, le CHU de Nancy annonçant le suivi en HAD d'autant de patientes présentant une grossesse à risque qu'en service pré natal [41].

L'orientation initiale du service HADALU vers une activité principale de médecine adulte s'est rapidement imposée compte tenu de l'expérience respective de chacun des professionnels médicaux et paramédicaux ayant pris part à l'élaboration du projet. Il a cependant paru d'emblée indispensable de rencontrer et d'échanger avec les maïeuticiens du territoire, acteurs pivots des prises en charge de périnatalité au domicile¹, afin d'envisager de futurs partenariats « ville-hôpital ». Par ailleurs un partenariat avec les deux acteurs référents que sont la Maternité Régionale et l'HADAN est indispensable pour le développement d'une activité d'HAD obstétricale de qualité et pérenne.

Les premières réflexions relatives à ces prises en charge de périnatalité débiteront en 2016 selon l'accroissement de l'activité principale de médecine adulte, et feront l'objet d'une gestion de projet spécifique.

¹ 3.2.6.5.3 *Le maïeuticien*

5 CONCLUSION

La mise en œuvre effective d'une structure d'HAD polyvalente sur le territoire Lunévillois constituait une des mesures prioritaires, relatives à l'activité d'HAD, énoncées dans le SROS-PRS Lorraine 2012-2017.

La gestion de ce projet menée principalement sur l'année 2014 et synthétisée dans la première partie de ce travail de thèse, s'est concrétisée par la couverture de l'ensemble de ce vaste territoire par le service HADALU, et l'accueil des premiers patients en janvier 2015.

Le rapport d'activité établi à l'issue du premier semestre, bien que précoce, révèle la rapide implantation de la structure dans l'offre de soins locale, le tout dans le strict respect d'un cadre budgétaire rigoureux. La cohérence des données recueillies avec les statistiques nationales annuelles souligne la pertinence du recours à l'HAD dans les parcours de soins, tout en illustrant une nouvelle fois la dépendance de cette forme d'hospitalisation à un essentiel travail de communication, sans cesse à renouveler.

A vocation généraliste, la structure n'en demeure pas moins portée sur l'avenir et le développement d'activités plus spécifiques de chimiothérapie, rééducation et périnatalité. Pour autant, la structuration de filières de soins ainsi que le positionnement de l'HAD comme offre d'hospitalisation à part entière et non comme simple « alternative » resteront les priorités du service HADALU.

Bibliographie

- [1] FNEHAD. Rapport d'activité de la FENHAD 2012-2013 : un nouveau départ. 90p. [Internet] Disponible sur : <http://www.fnehad.fr>
- [2] ATIH. Analyse de l'activité hospitalière 2013, l'essentiel. 114p. [Internet] Disponible sur : <http://www.atih.sante.fr>
- [3] FNEHAD. Chiffres clés : l'hospitalisation à domicile en 2014. [Internet] Disponible sur : <http://www.fnehad.fr>
- [4] MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Circulaire N°DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile.
- [5] INSEE. Estimation de la population au 1^{er} janvier 2013 par région, département, sexe et âge. 14 janvier 2014.
- [6] INSEE. Les bassins de vie en Lorraine en 2012 : un accès inégal aux équipements. [Internet] Disponible sur : <http://www.insee.fr>
- [7] INSEE. Ecoscopie de la Meurthe et Moselle. Territoire Lunévillois. 2008. [Internet] Disponible sur : <http://www.insee.fr/fr>
- [8] INSEE. Taux d'équipement en hébergement pour personnes âgées au 1^{er} janvier 2013. [Internet] Disponible sur : <http://www.insee.fr/fr>
- [9] ARS Lorraine. Schéma Régional d'Organisation des Soins « SROS-PRS » - janvier 2012. 1609p.
- [10] ORDRE NATIONAL DES MEDECINS. La démographie médicale en région Lorraine – Situation en 2013. [Internet] Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr>
- [11] INSEE. EPCI au 1^{er} janvier 2014. . [Internet] Disponible sur : <http://www.insee.fr>

[12] INSEE. Taux d'équipement en Services de Soins Infirmiers A Domicile au 1^{er} janvier 2013. [Internet] Disponible sur : <http://www.insee.fr>

[13] ORDRE NATIONAL DES MEDECINS – Conseil départemental de Meurthe et Moselle. Les réseaux de santé. [Internet] Disponible sur : <http://www.ordre-medecins.org>

[14] ARH LORRAINE. Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de 3^e génération. Mars 2006. 420p.

[15] HAS. Points clés & Solutions. Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées ? Juin 2013. [Internet] Disponible sur : <http://www.has-sante.fr>

[16] LEGRAIN S., TUBACH F., BONNET-ZAMPONI D., LEMAIRE A., PAILLAUD E., TAILLANDIER-HERICHE E., THOMAS C., VERNY M., PASQUET B., MOUTET AL., LIEBERHERR D., LACAILLE S. A new multimodal geriatric discharge-planning intervention to prevent emergency visits and re-hospitalizations of older adults. The optimization of medication in aged multicenter randomized controlled trial. Journal of the American Geriatric Society, 2011, 59, 11, 2017-2028

[17] IRDES. L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients. Questions d'économie de la santé n°140. Mars 2009.

[18] OVAGUIMIAN O. Intégration de l'hospitalisation à domicile dans les parcours de soins. Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. Décembre 2012. 75p.

[19] ADMR-FNEHAD-UNA. Rapport de l'étude sur les coopérations SSIAD-HAD : favoriser les coopérations SSIAD-HAD pour améliorer les parcours des patients. Mai 2015. 56p.

[20] COUR DES COMPTES. Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité Sociale - Chapitre IX – L'hospitalisation à domicile. 17 septembre 2013.

[21] SECURITE SOCIALE. Indicateur n°4-10 : Recentrage des lits hospitaliers sur les soins aigus : évolution de la durée moyenne de séjour pour les séjours en médecine et en chirurgie

- suivis d'un séjour en soins de suite et de réadaptation ou en hospitalisation à domicile.
[Internet] Disponible sur : <http://www.securite-sociale.fr>
- [22] CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. Article D 6124-308, relatif aux conditions techniques de fonctionnement pour les établissements d'hospitalisation à domicile. [Internet] Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>
- [23] REPUBLIQUE FRANCAISE. Décret n° 92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation. JO, 08 octobre 1992, p13991
- [24] MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile.
- [25] MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Circulaire DHOS/O3 n° 2006-506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile.
- [26] REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière JO, 03 janvier 1971, 67p.
- [27] HAS. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveaux-nés. Recommandation de bonne pratique. Mars 2014. 58p.
- [28] FNEHAD. Le livre blanc des systèmes d'information en hospitalisation à domicile. 2009. 143p.
- [29] 2^{èmes} RENCONTRES REGIONALES IMAD. Perspectives iMad : vers un « guichet unique ». Novembre 2014. [Internet] Disponible sur : <http://www.ars.lorraine.sante.fr>
- [30] MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Circulaire N°DGOS/R2/DSS/1A/CNAMTS/2013/262 du 27 juin 2013 relative à la diffusion du guide de prise en charge des frais de transport de patients.

[31] DOERPER S., MORICE S., PINEY D., DONY A., BAUM T., PERRIN F., GUILLAUME V., VIDAL A., FERRY O., PETER N., AZIZI Y., VOUAUX V., ROSA D., DUFAY E. La conciliation des traitements médicamenteux : logigramme d'une démarche efficace pour prévenir ou intercepter les erreurs médicamenteuses à l'admission du patient hospitalisé. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*, 2013, 48, 3, 153-160.

[32] IGAS. Hospitalisation à domicile (HAD). Rapport définitif – Tome 1. Novembre 2010. 268p.

[33] HOFFMANN Muriel. Profil des médecins généralistes utilisant l'hospitalisation à domicile en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. 145p. Th : Méd. : Université de Lorraine : 2012.

[34] ADMR-FNEHAD-UNA. Rapport de l'étude sur les coopérations SSIAD-HAD : favoriser les coopérations SSIAD-HAD pour améliorer les parcours des patients. Mai 2015. 56p.

[35] QUENNEVILLE D. HAD et SSIAD, un duo gagnant. *Le Lien*, 2015, 730, 10.

[36] REPUBLIQUE FRANCAISE. Décret n°2012-1030 relatif à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile au sein des établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement. 6 septembre 2012.

[37] REPUBLIQUE FRANCAISE. Décret n° 2012-1031 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile intervenant dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement. 6 septembre 2012.

[38] WUST Jean-Sébastien. L'hospitalisation à domicile en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Convention tripartite HAD-SAU-EHPAD messines. 108p. Th : Méd. : Université de Lorraine : 2013.

[39] ATIH. Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisées de l'hospitalisation à domicile. Février 2015.

[40] HAS. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveaux-nés. Recommandation de bonne pratique. Mars 2014. 58p.

[41] CHU NANCY. Les réorganisations médico économiques à la Maternité Régionale Universitaire. [Internet] Disponible sur <http://www.chu-nancy.fr>

Annexe 1 : Calendrier prévisionnel de mise en œuvre du service HADALU

Centre Hospitalier de Lunéville

CALENDRIER PREVISIONNEL DE MISE EN ŒUVRE DU SERVICE HADALU

Mai 2014

| Déroulement du projet | Mai 14 | Juin 14 Constitution du groupe projet | Juil. 14 | Août 14 | Sept. 14 | Oct. 14 | Nov. 14 | Déc. 14 | Janv. 15 05/01 : accueil des premiers patients | Fév.15 |
|---|--|--|---|--------------------------|--|---|---|---|--|--|
| Réunions institutionnelles | 25/05/2014 Présentation du projet au Directoire | | 02/07/14 Réunion de lancement du projet HADALU | | 26/09/14 Réunion avancement des feuilles de route | 08/10/14 : CTE 17/10/2014 : CME | 14/11/14 Réunion avec ARS Lorraine 24/11/14 : COPS | | Réunion de clôture du projet | |
| Chantier 1 : Budget | Etude et validation de la viabilité financière | | Tableaux mensuels des dépenses de l'HADALU | | | | | | Tableaux mensuels des dépenses et des recettes prévisionnelles | |
| Chantier 2 : Personnel | Formalisation des fiches de fonction-tâches et profil de compétence médecin-IDEC-IDE-AS Recrutement de l'équipe de coordination (médecin et infirmier(e)) Recrutement des infirmier(e)s (octobre 2014) Développement des modalités de recours aux autres professionnels du CHL (kiné., diét., as.sociale....) | | | | | | | | Recrutement des AS | Réunion de travail – partenariat avec SSIAD(s) |
| Chantier 3 : Système d'information | Conception et développement du système documentaire. Documents formalisés pour le démarrage de l'activité au 05/01/15 | | | | | | | | | |
| | | | | | 07/10/14 MAPA logiciel métier | 03/11/14 : Choix du logiciel métier Installation du logiciel – formations des différents intervenants par l'éditeur Fonctionnalités de base opérationnelles au démarrage de l'activité 05/01/15 | | | | |
| Chantier 4 : Locaux | Rénovation des locaux (cloître) Signalétique du service Commande équipements bureautiques | | | Arrivée IDEC dans locaux | | Arrivée MedCo dans locaux | | 01/01/15 Arrivée IDEs dans locaux | 01/02/15 Arrivée AS dans locaux | |
| Chantier 5 : Communication | Mise en œuvre du plan de communication Conception/réalisation/identification des destinataires des supports de communication (dépliants, affiches...) Livret d'accueil HADALU et annexe livret accueil CHL, page internet dédiée sur le site du CHL Presse : écrite, radiophonique, télévisuelle | | | | | | | | | |
| Réunions d'échange et de présentation du service (CHL) | | | | | | 27/11/14 Médecins-cadres | 12/12/14 Médecins-cadres | 19/12/14 CSIRMT | | |
| Réunions d'échange et de présentation du service (partenaires extérieurs) | | | | | 16/10/14 Réseau de Soins Palliatifs - Autrement 24/10/14 Maison des Réseaux - Lunéville | 13/11/14 CME Clinique Jeanne Arc 26/11/14 Médecins généralistes – maïeuticiens libéraux | 02/12/14 Médecins généralistes – maïeuticiens libéraux | | | |
| | Rencontres individuelles d'échange et de présentation médecins généralistes-MedCo | | | | | | | | | |
| Chantier 6 : Formation | | | | | | 27-28-29/10/14 : Immersion HAD Péronne | 20/11/2014 : Immersion HAD Metz | 08-09/12/14 : Immersion HAD Bar-le-Duc | | |

Annexe 2 : Feuilles de route du groupe projet HADALU

Service HAD du CHL – Démarrage au 1er janvier 2015

Feuille de route pour lancement du projet

Domaine : COMMUNICATION

| CODE : COM 1 MN | | |
|--|---------------------------|---|
| Responsable: | Date de réalisation | Commentaires |
| Magali NEIGE 1 Réaliser : - la carte de la Lorraine pour affichage avec les établissements de santé et les EHPAD pour affichage et la liste de leurs coordonnées, - la liste des établissements médico-sociaux avec coordonnées pour analyse par le Dr Trévisan - la liste des HAD de la Lorraine et Alsace - la carte du territoire Lunéville/Dombasle/ St Nicolas du Port avec communes pour affichage - la liste des communes du territoire HAD-CHL avec nombre d'habitants et distances en km et temps à identifier sur carte + document | 1 ^{er} sept 2014 | Collaborateurs J Goeminne, Mairie Interlocuteurs DRIRE, DDE, ARS Lorraine, POLITI, Modalités d'action Identifier et sélectionner les Etab. Médico-sociaux Tri par le Dr Trévisan Difficultés Recours Décision |
| 2 Etablir : - un annuaire des médecins traitants du territoire HAD-CHL avec leur messagerie Apicript - un annuaire des interlocuteurs pour le recrutement des patients en HAD - compléter par un annuaire des interlocuteurs contribuant à l'organisation de l'HAD Etablir un publipostage pour adresser des courriers modèles | 1 ^{er} sept 2014 | Collaborateurs : S Doerper, D Piney, D Trévisan, IDEC, D Rosa, A Kuta Interlocuteurs : CROM, CROP, URPS Modalités d'action Difficultés Recours Décision |
| 3 Formaliser et mettre en œuvre pour informer de la création de l'HAD un plan de communication sur l'HAD en identifiant par type de destinataires le support de communication Traiter comme sujet - La création - Le fonctionnement - Le rôle, les missions - Le bilan | 1 ^{er} sept 2014 | Collaborateurs : J Goeminne, D Piney D Trévisan, M.About Interlocuteurs : Presse, Mairies, Etablissements de santé et médico-sociaux, EHPAD, Professionnels du territoire (TOUS), Modalités d'action : Groupe de travail, Documents, Articles presse, Réunion professionnelle, Livret d'accueil, Annuaire de téléphone, Site Internet CHL et ARS Lorraine Difficultés Recours Décision |
| 4 Formaliser et mettre en œuvre pour informer de la création de l'HAD : - une réunion avec les médecins traitants du territoire HAD pour information - une réunion avec TOUS les professionnels de santé du territoire Traiter comme sujet - La création - Le fonctionnement - Le rôle, les missions - Le bilan | 1 ^{er} déc 2014 | Collaborateurs : J Goeminne D Piney D Trévisan, M.About Interlocuteurs : Presse, Mairies, Etablissements de santé et médico-sociaux, EHPAD, Professionnels du territoire (TOUS), associations de maintien à domicile, réseaux Modalités d'action : Groupe de travail, Documents, Articles presse, Réunion professionnelle, Livret d'accueil, Annuaire de téléphone, Site Internet CHL et ARS Lorraine Difficultés Recours Décision |
| 5 Signaler l'organisation par l'HAD-CHL de réunions d'information semestrielles Signaler l'organisation par l'HAD-CHL de réunions de bilan clinique hebdomadaires | 1 ^{er} sept 2014 | Collaborateurs : D Trévisan, IDEC Interlocuteurs : Modalités d'action : Difficultés Recours Décision |

Feuille de route pour lancement du projet

Domaine : ORGANISATION (1)

| CODE : ORG 1 DJ Responsable: Dominique JELSKI | Date de réalisation | Commentaires |
|--|------------------------------|---|
| 1 Réaliser : - le cahier des charges relatif à la rénovation des locaux, ex-bureau du Dr Malige : peinture, réfection des sols, chauffage, prise électrique, prise téléphonique, prise informatique, serrures - la liste des équipements des locaux : bureau, armoires ordinateurs téléphones, cartes de territoire, tableaux Veleda, liège, volets | 1 ^{er} juillet 2014 | Collaborateurs : D Trévisan, IDEC, P Bouc, L Hertz Interlocuteurs Modalités d'action Difficultés Recours Décision |
| 2 Formaliser et diffuser le nouvel organigramme du Pôle Génie médical Communiquer l'organigramme du service d'HAD CHL | 1 ^{er} Sept 2014 | Collaborateurs : D Trévisan, IDEC, A Chardin Interlocuteurs : J Goeminne Modalités d'action Difficultés Recours Décision |
| 3 Commander les tenues vestimentaires de l'HAD Organiser et gérer la dotation et l'approvisionnement en tenues vestimentaires | 1 ^{er} Oct 2014 | Collaborateurs : IDEC, P Bouc Interlocuteurs Modalités d'action Difficultés Recours Décision |
| 4 Enregistrer auprès de l'administration la mise du personnel soignant du pôle, sous responsabilité du chef de Pôle Génie médical | 1 ^{er} Sept 2014 | Collaborateurs : E Dufay, D Trevisan Interlocuteurs : P Bouc, J Goeminne Modalités d'action Difficultés Recours Décision |
| 5 Rédiger les fiches de postes en précisant les missions, le temps de travail, les interrelations avec les professionnels de santé | 1 ^{er} Oct 2014 | Collaborateurs : E Dufay, D Trevisan, M About Interlocuteurs : P Bouc, J Goeminne Modalités d'action Difficultés Recours Décision |
| 6 Organiser la messagerie sécurisée de l'HAD, l'ouverture des comptes informatiques et organiser les fichiers „HAD sur Mercure“ | 1 ^{er} sept 2014 | Collaborateurs : E Dufay, C Dupont, D Trévisan, IDEC Interlocuteurs : Modalités d'action Difficultés Recours Décision |
| 7 Formaliser et mettre en œuvre la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences en HAD | 2015 | Collaborateurs : E Dufay, D Trévisan, IDEC Interlocuteurs : P Bouc, M About, C Lefever Modalités d'action Difficultés Recours Décision |
| 8 Assurer la formation de l'IDEC à la planification des tâches et la gestion du personnel | Sept 2014 | Collaborateurs : D Trévisan, M About, IDEC Interlocuteurs : P Bouc, C Lefever Modalités d'action Difficultés Recours Décision |

Feuille de route pour lancement du projet

Domaine : ORGANISATION (2)

| CODE : ORG2 LH | | |
|--|---------------------------|---|
| Responsable: Laurent HERTZ | Date de réalisation | Commentaires |
| 1 Réaliser : - la rénovation des locaux ex-bureau du Dr Malige : peinture, réfection des sols, chauffage, prise électrique, prise téléphonique, prise informatique, serrures - équipement des locaux : bureau, ordinateurs téléphones, cartes de territoire, tableaux Veleda, liège, volets | 1 ^{er} Sept 2014 | Collaborateurs : D Trévisan, IDEC, D Jelski, C Dupont, P Bouc Interlocuteurs Modalités d'action Difficultés Recours Décision |
| 2 Mettre en place la signalétique de l'HAD dans l'établissement | 1 ^{er} Déc 2014 | Collaborateurs : D Trévisan, IDEC, D Jelski, P Bouc, M Neige Interlocuteurs Modalités d'action Difficultés Recours Décision |

Feuille de route pour lancement du projet

Domaine : ORGANISATION (3)

| Code : ORG3 DP | | |
|---|---------------------------------|---|
| Responsable: David PINEY – Président de CME | Date de réalisation | Commentaires |
| 1 Identifier les médecins et les pharmaciens référents du CHL pour le recrutement de patients et l'organisation des prestations contribuant à la prise en charge des patients en HAD | 1^{er} sept 2014 | Collaborateurs : chefs de pôles, responsables de services, M About, D Trévisan, IDEC, Présidente des internes Interlocuteurs : M Neige Modalités d'action Difficultés Recours Décision Pharmacie : A Dony suppléé par G Barboza |
| 2 Organiser le remplacement du médecin coordonnateur de l'HAD | 1^{er} oct 2014 | Collaborateurs : E Dufay et autres chefs de pôles Interlocuteurs : V Mervelay Modalités d'action Difficultés Recours Décision |
| 3 Formaliser : <ul style="list-style-type: none"> - le modèle de convention CHL- médecins traitants - le modèle de convention CHL - EHPAD - le modèle de convention CHL - ES - le modèle de convention CHL - SMUR | 1^{er} nov 2014 | Collaborateurs : J Goeminne, E Dufay, D Trevisan, C Lavial, D Rosa Interlocuteurs : Médecins traitants, EHPAD, ES, Etablissements médico-sociaux Modalités d'action Difficultés Recours Décision |

Feuille de route pour lancement du projet

Domaine : ORGANISATION (4)

| CODE : ORG4 AD | | |
|---|--------------------------|---|
| Responsable: Alexandre DONY | Date de réalisation | Commentaires |
| <p>1</p> <p>Définir, formaliser et mettre en œuvre l'accès aux produits de santé en dehors de la dispensation à délivrance nominative des médicaments</p> <p>Doter le service d'HAD de piluliers en nombre adéquat et de trousse d'urgence</p> <p>Organiser l'absence de stock de produits de santé en HAD</p> <p>Rédiger la procédure <i>ad hoc</i> pour insertion dans le système documentaire du CHL</p> | 1 ^{er} Oct 2014 | <p>Collaborateurs : D Trévisan, IDEC, D Jelski, G Barboza, M About, D Rosa, P Zanon, M Dubrugeaud, A Chardin</p> <p>Interlocuteurs</p> <p>Modalités d'action Difficultés Recours Décision</p> |
| <p>2</p> <p>Définir, formaliser et mettre en œuvre la dispensation à délivrance nominative des médicaments et la délivrance de tous les autres produits de santé avec les transports au domicile des patients en différenciant les médicaments à prise systématique et ceux à prise conditionnelle (si besoin)</p> <p>Rédiger la procédure <i>ad hoc</i> pour insertion dans le système documentaire du CHL</p> <p>Procéder aux achats des équipements pour la délivrance des produits de santé</p> | 1 ^{er} Oct 2014 | <p>Collaborateurs : D Trévisan, IDEC, A Chardin, D Jelski, S Thomas</p> <p>Interlocuteurs Modalités d'action Difficultés Recours Décision</p> |
| <p>3</p> <p>Organiser la permanence pharmaceutique pour l'HAD</p> <p>Rédiger la procédure <i>ad hoc</i> pour insertion dans le système documentaire du CHL</p> | 1 ^{er} Déc 2014 | <p>Collaborateurs : Les pharmaciens, D Trévisan, IDEC, D Jelski</p> <p>Interlocuteurs Modalités d'action Difficultés Recours Décision</p> |
| <p>4</p> <p>Organiser le retour des produits de santé non consommés</p> <p>Rédiger la procédure <i>ad hoc</i> pour insertion dans le système documentaire du CHL</p> | 1 ^{er} Déc 2014 | <p>Collaborateurs : D Trévisan, IDEC, A Chardin, D Jelski, G Barboza, S Thomas, M Dubrugeaud</p> <p>Interlocuteurs Modalités d'action Difficultés Recours Décision</p> |
| <p>5</p> <p>Organiser le retour des DASRI et leur intégration dans les circuits d'élimination en vigueur au CHL</p> <p>Rédiger la procédure <i>ad hoc</i> pour insertion dans le système documentaire du CHL</p> | 1 ^{er} Déc 2014 | <p>Collaborateurs : D Trévisan, IDEC, A Chardin, D Jelski, G Barboza, S Thomas, M Dubrugeaud</p> <p>Interlocuteurs Modalités d'action Difficultés Recours Décision</p> |
| <p>6</p> <p>Organiser la conciliation médicamenteuse à l'admission, lors du transfert et à la sortie d'HAD</p> | 1 ^{er} oct 2014 | <p>Collaborateurs : D Trévisan, IDEC, A Chardin, D Jelski, S Doerper, Interne et assistant en pharmacie</p> <p>Interlocuteurs Modalités d'action Difficultés Recours Décision</p> |

| CODE : ORG4 AD | | |
|---|--------------------------|---|
| Responsable: Alexandre DONY | Date de réalisation | Commentaires |
| 7 Communiquer aux prestataires qui assurent les dispositifs médicaux et les équipements lourds à domicile, le livret des dispositifs médicaux du CHL | 1 ^{er} oct 2014 | Collaborateurs : D Trévisan, IDEC, G Barboza, D Jelski Interlocuteurs Modalités d'action Difficultés Recours Décision |
| 8 Evaluer la charge de travail liée aux modifications de prescriptions | 2015 | Collaborateurs : D Trévisan, IDEC, G Barboza, D Jelski, A Chardin, M Dubrugeaud Interlocuteurs Modalités d'action Difficultés Recours Décision |

Feuille de route pour lancement du projet

Domaine : ORGANISATION (5)

| CODE : ORG5 N De Abreu Responsable: IDEC | Date de réalisation | Commentaires |
|---|--------------------------|--|
| <p>1</p> <p>Organiser la planification des réunions pluri-professionnelles hebdomadaires et semestrielles Identifier le lieu de réunion Analyser l'intérêt de réunion en visio-conférence</p> | 1 ^{er} Déc 2014 | Collaborateurs : D Trévisan, D Jelski, C Dupont, P Bouc, L Herz Interlocuteurs Modalités d'action Difficultés Recours Décision |
| <p>2</p> <p>Définir, formaliser et mettre en œuvre l'ensemble des circuits logistiques et en particulier le transport des produits de santé</p> | 1 ^{er} Oct 2014 | Collaborateurs : A Dony, D Jelski, S Thomas, P Bouc, D Trevisan, G Barboza Interlocuteurs Modalités d'action Difficultés Recours Décision |
| <p>3</p> <p>Formaliser le système documentaire de l'HAD qui comporte outre les procédures, modes op qui sont à élaborer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modèle de Consentement du patient pour HAD - Modèle de fiche de recueil écrit des souhaits du patient concernant la limitation des thérapeutiques actives (A intégrer dans le PPS) - - Modèle de Consentement du médecin traitant pour HAD - Fiche recensant les critères explicites d'éligibilité à l'HAD - Règlement intérieur de l'HAD - Chartres - Conventions dont convention avec les médecins traitants - Procédure et protocole de soins (déchets) et conduite à tenir en cas d'urgence - Indicateurs - Chek-list de mise en œuvre de l'HAD pour un patient - Fiches de poste et de tâches - Logigrammes - Dossier patients - Livrets d'accueil du CHL en HAD - Programme des tournées (transport IDE, AS, pharmacie) - Plaquette de présentation du service - Autorisation de soins par un stagiaire - Bilan psychosocial - Demande de prise en charge médicale - Contenu du kit de soins de la trousse d'urgence et du chariot d'urgence - Fiche de transmission journalière - Modèle de compte rendu des réunions cliniques hebdomadaires - Fiche de demande de ré hospitalisation programmée - Fiche de sortie contre avis médical | 1 ^{er} Déc 2014 | Collaborateurs : D Trévisan, D Jelski, T Baum, N Perot, Interlocuteurs Modalités d'action Difficultés Recours Décision |

| CODE : ORG5 N De Abreu Responsable: IDEC | Date de réalisation | Commentaires |
|---|--------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Procédure administrative de constat du décès - Doc d'information aux familles sur les démarches administratives quand il y a sortie ou décès - Conduite à tenir par les soignants en cas de décès - Documents de conciliation - Livret personnalisé de sortie du patient - Plan de soin personnalisé - Liste des équipements pouvant être installés à domicile du patient et constituant une check liste pour chaque séjour HAD - Planning de présence théorique avec heures d'ouverture de l'HAD - Planning hebdomadaire - Organigrammes - Documentation pharmaceutique : livret thérapeutique, livret des DMS, livret des équivalences, protocoles d'administration | 1 ^{er} Déc 2014 | Collaborateurs : D Trévisan, D Jelski, T Baum, N Perot, Interlocuteurs Modalités d'action Difficultés Recours Décision |
| 4 Définir, formaliser et mettre en œuvre l'organisation des transmissions entre soignants | 1 ^{er} Déc 2014 | Collaborateurs : D Trévisan, M About, C Dupont, Interlocuteurs : IDE et aide-soignantes Modalités d'action Difficultés Recours Décision |
| 5 Organiser le remplacement de l'IDEC | 1 ^{er} Oct 2014 | Collaborateurs : D Trévisan, M About, D Jelski Interlocuteurs : IDE du service d'HAD Modalités d'action Difficultés Recours Décision |
| 6 Organiser la collaboration avec les services assurant du soin au patient en HAD : <ul style="list-style-type: none"> - Service social et assistantes sociales - Kinésithérapeutes - Diététiciennes - Psychologues | 1 ^{er} Nov 2014 | Collaborateurs : D Trévisan, S Navarro, A Schaeffer, E Prudont, V Morel Interlocuteurs : IDE et aide-soignantes Modalités d'action Difficultés Recours Décision |
| 7 Réaliser un annuaire des personnels du service HAD et des collaborateurs directs: transport, pharmacie, services économiques, pôle Ressources, Médecins dont urgentistes | 1 ^{er} Oct 2014 | Collaborateurs : D Trévisan, D Jelski, M Neige Interlocuteurs Modalités d'action Difficultés Recours Décision |
| 8 Établir la liste des intervenants dans la prise en charge psycho-sociale des patients pour l'HAD | 1 ^{er} Oct 2014 | Collaborateurs : D Trévisan, D Jelski, M Neige, A Kuta, V Morel, S Navarro Interlocuteurs Modalités d'action Difficultés Recours Décision |
| 9 Établir la liste des médecins du CHL intervenants pour les patients de l'HAD (médecin coordonnateur, remplaçant, urgentistes, internes, etc) | 1 ^{er} Oct 2014 | Collaborateurs : D Trévisan, D Jelski, D Piney, chefs de pôle Interlocuteurs : M Neige Modalités d'action Difficultés Recours Décision |

Feuille de route pour lancement du projet

Domaine : ORGANISATION (6)

| Code : ORG6 DT Responsable: David TREVISAN | Date de réalisation | Commentaires |
|--|-----------------------------------|---|
| 1 Formaliser les logigrammes qui schématisent les organisations de l'admission du patient en HAD à partir: - du domicile - du CHL - d'un établissement de santé ou médico-social pour une prise en charge HAD du patient : - à son domicile - en EHPAD | 1 ^{er} oct 2014 | Collaborateurs : IDEC, M About, A Dony, O Ferry, E Seidl, D Jelski Interlocuteurs : EHPAD, Professionnels médicaux Modalités d'action Difficultés Recours Décision |
| 2 Formaliser les check-lists recensant les documents qui facilitent le suivi du patient aux différentes étapes de sa prise en charge en HAD, de l'admission à sa sortie | 1 ^{er} Nov 2014 | Collaborateurs : IDEC, M About, A Dony, O Ferry, E Seidl Interlocuteurs : EHPAD, Professionnels médicaux Modalités d'action Difficultés Recours Décision |
| 3 Définir et formaliser les modalités d'appel à l'expertise médicale ou soignante du CHL ou autres structures Organiser la consultation auprès de spécialistes | 1 ^{er} déc 2014 | Collaborateurs : IDEC, M About, O Ferry, E Seidl, A Kuta, V Mervelay Interlocuteurs : Spécialistes Modalités d'action Difficultés Recours Décision |
| 4 Définir et formaliser l'organisation de la permanence des soins et garantir la continuité des soins en HAD, en diffusant et communiquant les modalités d'astreinte du personnel médical et soignant à tous les interlocuteurs et bénéficiaires de l'HAD - COPS - IDE - Prestataires de service | 1 ^{er} oct 2014 | Collaborateurs : IDEC, E Dufay, M About, D Piney, D Rosa, J Goeminne Interlocuteurs : EHPAD, Professionnels médicaux, Etablissements de santé ou médico-sociaux, Prestataires de service Modalités d'action Difficultés Recours Décision |
| 5 Conduire une gestion de projet pour évaluer la nécessité de faire intervenir les cabinets d'IDE libérales et établir d'éventuelles conventions | Avant 1 ^{er} oct 2017 | Collaborateurs : E Dufay, IDEC, D Jelski, D Lautel, M About Interlocuteurs : J Goeminne, D Piney Modalités d'action : Difficultés Recours Décision |
| 6 Conduire une gestion de projet pour évaluer la nécessité de structurer des antennes dans les établissements de santé périphériques au CHL | Avant 1 ^{er} oct 2017 | Collaborateurs : E Dufay, IDEC, D Jelski, D Lautel, M About Interlocuteurs : J Goeminne, D Piney Modalités d'action : Difficultés Recours Décision |
| 7 Formaliser et produire le rapport d'activité et le bilan financier du service d'HAD | Début 2016 | Collaborateurs : E Dufay, IDEC, D Jelski, D Lautel Interlocuteurs : J Goeminne, D Piney Modalités d'action : présentation des données de la FNEHAD Difficultés Recours Décision |
| 8 Définir la composition du plan personnalisé de soins et son utilisation par les différents métiers de la santé | 1 ^{er} oct 2014 | Collaborateurs : IDEC, A Dony, A Chardin, C Dupont, O Ferry, E Seidl, A Kuta, V Mervelay Interlocuteurs Modalités d'action Difficultés Recours Décision |

| Code : ORG6 DT Responsable: David TREVISAN | Date de réalisation | Commentaires |
|--|--|--|
| 9 Conduire une gestion de projet pour impliquer dans l'organisation de l'HAD des prestations fournies par le SSIAD et l'ADMR | Avant 1 ^{er} oct 2017 | Collaborateurs : IDEC, M About, O Ferry, E Seidl, E Dufay, A Kuta, V Mervelay Interlocuteurs Modalités d'action Difficultés Recours Décision |
| 10 Conduire une évaluation sur la pertinence des besoins en personnels au regard de l'activité en HAD, avec mise en place des mesures d'amélioration | 2015 | Collaborateurs : IDEC, D Jelski, E Dufay, P Bouc Interlocuteurs : J Goeminne, D Piney Modalités d'action Difficultés Recours Décision |
| 11 Lister les prises en charges (nature et critères) qui relèvent de l'HAD : - Pathologies aiguës - Pathologies chroniques - Celles qui ne relèvent pas de l'HAD et qui sont en limite d'éligibilité - Les coûts des GHT de l'HAD | 1 ^{er} oct 2014 | Collaborateurs : IDEC, O Ferry, D Rosa, M About, V Mervelay, A Kuta, C Laval, Chefs de services, autres HAD Interlocuteurs : médecins et cadres de santé recruteurs Modalités d'action Difficultés Recours Décision |
| 12 Organiser la liaison de l'HAD avec la CRUQ | 1 ^{er} oct 2014 | Collaborateurs : IDEC, T Baum Interlocuteurs : J Goeminne, D Piney Modalités d'action Difficultés Recours Décision |
| 13 Organiser, mettre en œuvre et évaluer la formation du médecin et de l'IDE coordinateurs de l'HAD Organiser, mettre en œuvre et évaluer la formation du personnel en HAD | 1 ^{er} juillet 2014 2015 2016 | Collaborateurs : IDEC, D Jelski, E Dufay, Interlocuteurs : P Bouc, O Ferry, C Lefever Modalités d'action Difficultés Recours Décision |
| 14 Former les médecins traitants à la pratique des prescriptions en HAD et à l'utilisation du livret thérapeutique et du livret des dispositifs médicaux stériles du CHL | 1 ^{er} janv 2015 | Collaborateurs : IDEC, A Dony, O Ferry, E Seidl Interlocuteurs : P Bouc, C Lefever Modalités d'action Difficultés Recours Décision |
| 15 Valider les propositions d'organisation déjà formalisées qui concernent : - La prise en charge médicamenteuse du patient - Le transport des produits de santé à domicile - Le circuit des déchets de soins | 1 ^{er} sept 2014 | Collaborateurs : IDEC, D Jelski, E Dufay, S Thomas Interlocuteurs Modalités d'action Difficultés Recours Décision |
| 16 Rencontrer les médecins traitants du territoire du Lunévillois avec remise de documents | 2014 – 2015 | Collaborateurs : IDEC, M Neige Interlocuteurs : Médecins traitants Modalités d'action Difficultés Recours Décision |
| 17 Recrutement de l'IDEC Recrutement de l'équipe infirmière (4) | Juillet & sept 2014 | Collaborateurs : M About, D Jelski Interlocuteurs : Modalités d'action : 2 appels à candidature internes Difficultés Recours Décision |
| 18 Recueillir, synthétiser et rendre disponibles auprès des médecins traitants intervenants les référentiels de bonne pratique réalisés et/ou utilisés au CHL (ie Nutriguide, Antibioguide...) | 2014-2015 | Collaborateurs : Chefs de services, Interlocuteurs : Modalités d'action : Difficultés Recours Décision |
| 19 Utilisation de Google map pour le calcul des trajets efficaces | Déc 2014 | Collaborateurs : C Dupont, S Thomas Interlocuteurs : Modalités d'action : Difficultés Recours Décision |

Feuille de route pour lancement du projet

Domaine : QUALITE ET SECURITE DES SOINS

| Code : QUA1 TB | | |
|--|--------------------------------|--|
| Responsable: Thomas BAUM | Date de réalisation | Commentaires |
| <p>1</p> <p>Organiser le Développement professionnel continu du service d'HAD</p> | <p>1^{er} déc 2014</p> | <p>Collaborateurs : D Trévisan, IDEC, V Mervelay, D Jelski,</p> <p>Interlocuteurs : IDE, aide-soignantes,</p> <p>Modalités d'action Difficultés Recours Décision :</p> |
| <p>2</p> <p>Intégrer le système documentaire de l'HAD aux systèmes documentaire du CHL. Il comporte outre les procédures, modes op qui sont à élaborer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modèle de Consentement du patient pour HAD - Modèle de fiche de recueil écrit des souhaits du patient concernant la limitation des thérapeutiques actives (A intégrer dans le PPS) - Modèle de Consentement du médecin traitant pour HAD - Fiche recensant les critères explicites d'éligibilité à l'HAD - Règlement intérieur de l'HAD - Charte - Convention dont convention avec les médecins traitants - Procédure et protocole de soins (déchets) et conduite à tenir en cas d'urgence - Indicateurs - Check-list de mise en œuvre de l'HAD - Fiches de poste - Logigramme - Dossier patients - Livret d'accueil - Programme des tournées (transport IDE, AS, pharmacie) - Plaquette de présentation du service - Autorisation de soins par un stagiaire - Bilan psychosocial - Feuille de consentement du médecin - Feuille du consentement du patient - Demande de prise en charge médicale - Contenu du kit de soins de la trousse d'urgence et du chariot d'urgence - Fiche de transmission journalière - Modèle de compte rendu des réunions cliniques hebdomadaires - Fiche de demande de ré hospitalisation programmée - Fiche de sortie contre avis médicale - Procédure administrative de constat du décès - Doc d'information aux familles sur les démarches administratives quand il y a sortie ou décès - Conduite à tenir par les soignants en cas de décès | <p>1^{er} déc 2014</p> | <p>Collaborateurs : D Trevisan, IDEC, N Perot</p> <p>Interlocuteurs :</p> <p>Modalités d'action Difficultés Recours Décision :</p> |

| Code : QUA1 TB | | |
|--|--------------------------|---|
| Responsable: Thomas BAUM | Date de réalisation | Commentaires |
| <ul style="list-style-type: none"> - Document de conciliation - Livret personnalisé de sortie du patient - Liste des équipements pouvant être installés à domicile du patient et constituant une check liste pour chaque séjour HAD - Planning de présence théorique avec heures d'ouverture de l'HAD - Planning hebdomadaire - Organigrammes - Documentation pharmaceutique : livret thérapeutique, livret des DMS, livret des équivalences, protocoles d'administration | 1 ^{er} déc 2014 | Collaborateurs : D Trevisan, IDEC, N Perot Interlocuteurs : Modalités d'action Difficultés Recours Décision : |
| 3 Mettre en place le recueil des données et le calcul des indicateurs qualité de l'HAD | 1 ^{er} déc 2014 | Collaborateurs : D Trevisan, IDEC, D Jelski Interlocuteurs : Modalités d'action Difficultés Recours Décision : |
| 4 Structurer et mettre en place les enquêtes de satisfactions : <ul style="list-style-type: none"> - Du patient et de son entourage (et notamment la délivrance de l'information au patient) - Des professionnels de santé contribuant à la prise en charge en HAD - Des professionnels de santé contribuant au recrutement des patients en HAD | 2015 | Collaborateurs : D Trevisan, IDEC, Patient, CRUQ, Spécialiste par type d'intervention Interlocuteurs : Modalités d'action Difficultés Recours Décision |
| 5 Organiser le signalement des événements indésirables et systématiser les revues de morbidité mortalité en cas de décès | 1 ^{er} déc 2014 | Collaborateurs : D Trevisan, IDEC, N Perot, A Ribes Interlocuteurs : Modalités d'action Difficultés Recours Décision : |
| 6 Formaliser la liaison entre les usagers et la CRUQ, | 1 ^{er} dec 2014 | Collaborateurs : D Trevisan, IDEC, Patient, CRUQ Interlocuteurs : Modalités d'action Difficultés Recours Décision |
| 7 Réaliser une EPP sur la bientraitance en HAD | 2015 | Collaborateurs : D Trevisan, IDEC, M Bristot, M About, C Morel Interlocuteurs : Modalités d'action Difficultés Recours Décision : |
| 8 Organiser les vigilances en HAD | 1 ^{er} déc 2014 | Collaborateurs : D Trevisan, IDEC, E Divoux Interlocuteurs : Modalités d'action Difficultés Recours Décision : |
| 9 Organiser et évaluer la procédure de certification et la mise en place du compte qualité de IHAD | 1 ^{er} déc 2014 | Collaborateurs : D Trevisan, IDEC, N Perot, A Ribes Interlocuteurs : |

Feuille de route pour lancement du projet

Domaine : SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER (1)

| Code : SIH1 CD | | |
|---|--------------------------|--|
| Responsable: Cédric DUPONT | Date de réalisation | Commentaires |
| <p>1</p> <p>Acquérir et installer un logiciel d'HAD pour la gestion du Dossier patient, le PMSI, les prescriptions médicales, les facturations diverses</p> <p>Acquérir et installer le logiciel IMAD pour la gestion territoriale du recrutement des patients</p> <p>Assurer la mise en œuvre des interfaces en tant que de besoin</p> | 1 ^{er} oct 2014 | <p>Collaborateurs : D Trévisan, IDEC, I Berquand, V Mervelay, A Dony, P Bouc, J Goeminne, D Lautel</p> <p>Interlocuteurs : Antadyne, Imad</p> <p>Modalités d'action Difficultés Recours Décision</p> |
| <p>2</p> <p>Garantir la réalisation des réunions pluri-professionnelles en visioconférence</p> | 1 ^{er} déc 2014 | <p>Collaborateurs : D Trévisan, IDEC, P Bouc, L Hertz</p> <p>Interlocuteurs : Télésanté Lorraine</p> <p>Modalités d'action Difficultés Recours Décision</p> |
| <p>3</p> <p>Définir, formaliser, mettre en œuvre et évaluer les modalités informatisées de communication entre le domicile des patients, et l'équipe de l'HAD</p> | 1 ^{er} déc 2014 | <p>Collaborateurs : D Trévisan, IDEC, P Bouc, L Hertz</p> <p>Interlocuteurs Modalités d'action Difficultés Recours Décision</p> |
| <p>4</p> <p>Ouvrir HAD sur Mercure et donner les droits</p> | 1 ^{er} déc 2014 | <p>Collaborateurs : E Dufay D Jelski</p> <p>Interlocuteurs Modalités d'action Difficultés Recours Décision</p> |

Feuille de route pour lancement du projet

Domaine : SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER (2)

| Code : SIH2 IB | | |
|--|--------------------------------|---|
| Responsable: Isabelle BERQUAND | Date de réalisation | Commentaires |
| 1 Formaliser : <ul style="list-style-type: none"> - Le dossier de soins du patient et son SI - Le dossier du patient unique comportant les différents volets utiles et nécessaires | 1^{er} déc 2014 | Collaborateurs : D Trévisan, IDEC, D Dupont, V Mervelay, A Dony Interlocuteurs : M About, Professionnels de santé du TL, E Prudont, A Schaeffer, S Navarro, V Morel, D Piney Modalités d'action Difficultés Recours Décision |
| 2 Organiser la tarification à l'activité de l'HAD | 1^{er} déc 2014 | Collaborateurs : D Trévisan, V Mervelay, IDEC, C Dupont, I Berquand Interlocuteurs Modalités d'action Difficultés Recours Décision |
| 3 Evaluer les pertes financières du CHL associées au transfert des patients en HAD | 2016 | Collaborateurs : D Trévisan, V Mervelay Interlocuteurs : J Goeminne Modalités d'action Difficultés Recours Décision |

Feuille de route pour lancement du projet

Domaine : SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER (3)

| Code : SIH3 DT | | |
|--|--------------------------|--|
| Responsable: David TREVISAN | Date de réalisation | Commentaires |
| <p>1</p> <p>Formaliser les modalités de saisie par les médecins des observations médicales au domicile du patient et leur intégration dans le DPU informatisé</p> <p>Rédiger la procédure <i>ad hoc</i> pour insertion dans le système documentaire du CHL</p> | 1 ^{er} déc 2014 | <p>Collaborateurs : Professionnels médicaux, IDEC, D Dupont, V Mervelay, T Baum</p> <p>Interlocuteurs : CROM, URPS, M About,</p> <p>Modalités d'action Difficultés Recours Décision :</p> |
| <p>2</p> <p>Conduire une gestion de projet relatif à la saisie informatique des administrations de médicaments en temps réel dont les stupéfiants</p> | 2015 | <p>Collaborateurs : IDEC, A Dony, A Chardin, C Dupont, P Bouc, M About</p> <p>Interlocuteurs Modalités d'action Difficultés Recours Décision</p> |
| <p>3</p> <p>Construire et valider les indicateurs d'activité, de qualité, économiques et financiers,</p> <ul style="list-style-type: none"> - nbre de visites complémentaires des soignants - nbre d'HAD à partir des urgences - nbre d'interventions par professionnels ou prestataires - % de recrutement sur le territoire lunévillois - nbre de journées d'HAD - taux d'occupation en regard d'un nbre de lits potentiel - <p>Formaliser le tableau de bord annuel des indicateurs HAD</p> | 1 ^{er} déc 2014 | <p>Collaborateurs : T Baum, I Berquand, V Mervelay, A Vidal, IDEC, D Jelski, D Lautel</p> <p>Interlocuteurs : J Goeminne, D Piney</p> <p>Modalités d'action Difficultés Recours Décision</p> |
| <p>4</p> <p>Conduire une gestion de projet pour formaliser, mettre en œuvre et évaluer la numérisation des données cliniques du patient par le patient</p> | 2015 | <p>Collaborateurs : T Baum, I Berquand, V Mervelay,, A Dony, JF Pierre, C Dupont</p> <p>Interlocuteurs : J Goeminne, D Piney</p> <p>Modalités d'action Difficultés Recours Décision</p> |

Feuille de route pour lancement du projet**Domaine : STRATEGIE (1)**

| Code : SRAT1 ED Responsable: Edith DUFAY | Date de réalisation | Commentaires |
|---|---|---|
| 1 Obtenir la définition du périmètre officiel de l'HAD CHL Identifier et communiquer sur le périmètre territorial relevant de l'HAD – CHL Obtenir les données relatives aux fuites (par analogie à l'hospitalisation en MCO) | 1 ^{er} sept 2014 Fin 2015 | Collaborateurs J Goeminne, I Berquand, V Mervelay Interlocuteurs : ARS Lorraine Modalités d'action : mail, analyse documentaire Difficultés : absence de données de l'ARSL Absence de sectorisation décidée Recours : aucun car ils ne disposent pas eux-mêmes des données |
| 2 Identifier la stratégie de recrutement en HAD du territoire lunévillois Etablir le seuil de viabilité financière, calculé en regard des dépenses incompressibles | 15 juin 2014 | Collaborateurs D Lautel MH Bossat, D Rosa, M About, A Dony, Interlocuteurs : J Goeminne, Directoire Modalités d'action : analyse documentaire FNEHAD, IGAS, réunions, |
| 3 Définir et communiquer les horaires d'ouverture du service d'HAD Définir, formaliser et communiquer les modalités d'astreinte du service d'HAD | 1 ^{er} sept 2014 | Collaborateurs D Trévisan, IDEC, M About, O Ferry, E Seidl, D Rosa, D Piney Laviale, M About Interlocuteurs : Professionnels médicaux, groupe Com du CHL, Modalités d'action : réunion GT Difficultés Recours Décision |
| 4 Formaliser la fiche de poste de l'IDE Coordinatrice. Inclure dans ses missions le recrutement des patients en HAD | 1 ^{er} juillet 2014 | Collaborateurs D Trévisan, M About Interlocuteurs : P Bouc, JGoeminne Modalités d'action : Rapport 2011 HAD, Réunion, Correction MA et DT |
| 5 Formaliser la fiche de poste du médecin coordonnateur | 1 ^{er} juillet 2014 | Collaborateurs D Trévisan, M About, O Ferry, D Rosa, D Piney Interlocuteurs : 0 Modalités d'action : mail, réunion, rapport 2011 HAD/CHL, Correction MA et DT |
| 6 Mettre en œuvre la création du service d'HAD <ul style="list-style-type: none"> - Identification de l'UF - Affectation du personnel et constitution de l'équipe de soins - Désignation du responsable du service - Rattachement à un Pôle d'activité - Locaux, équipements, signalétique, SIH | 1 ^{er} oct 2014 | Collaborateurs D Trévisan, IDEC, D Lautel, M About, D Jelski, M Halter Interlocuteurs J Goeminne, D Piney Modalités d'action : Mail Appel à candidature, Note de service, Réunion Interview des candidats Difficultés : Décision de ne pas refaire les sols Recours : aucun |
| 7 Définir la stratégie d'extension de l'HAD sur le territoire <ul style="list-style-type: none"> - Selon le nbre de lits par an - Selon le périmètre territorial Déterminer le cercle de progression et calendrier en fonction du besoin en personnel soignant supplémentaire | 1 ^{er} août 2014 | Collaborateurs D Trévisan, IDEC, J Goeminne, D Piney, directoire I Berquand,, D Rosa C Laviale, M About, O Ferry Interlocuteurs : J Goeminne Directoire M Neige Modalités d'action : réunion, analyse des données du DIM, règlement intérieur |

Feuille de route pour lancement du projet

Domaine : STRATEGIE (2)

| Code : SRAT2 JG | | |
|--|------------------------------|--|
| Responsable: Jérôme Goeminne | Date de réalisation | Commentaires |
| <p>1</p> <p>Obtenir la définition du périmètre officiel de l'HAD – CHL et les données relatives aux fuites (par analogie à l'hospitalisation en MCO)</p> | 1 ^{er} sept 2014 | <p>Collaborateurs : D Trévisan, IDEC, M About, D Piney, E Dufay</p> <p>Interlocuteurs : ARS Lorraine – Dr SIEGRIST Sophie responsable de l'HAD et de sa sectorisation</p> <p>Modalités d'action Difficultés Recours Décision :</p> |
| <p>2</p> <p>Organiser la 2^{ème} réunion avec un représentant des patient avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etat d'avancement du projet - Plan de communication - Equipe de l'HADALU <p>Identifier et informer le représentant des patients</p> | Fin sept Début oct | <p>Collaborateurs : D Trévisan, IDEC, M About, D Piney, E Dufay</p> <p>Interlocuteurs :</p> <p>Modalités d'action Difficultés Recours Décision :</p> |
| <p>3</p> <p>Formaliser les conventions avec les prestataires</p> <ul style="list-style-type: none"> - fluides médicaux - équipements lourds - dispositifs médicaux - portage des repas à domicile - SSIAD - ADMR | 1 ^{er} nov 2014 | <p>Collaborateurs : D Trévisan, IDEC, M About, D Piney, E Dufay</p> <p>Interlocuteurs : ARS Lorraine</p> <p>Modalités d'action Difficultés Recours Décision :</p> |
| <p>4</p> <p>Valider et communiquer les horaires d'ouverture du service d'HAD</p> <p>Valider et communiquer les modalités d'astreinte du service d'HAD</p> | 1 ^{er} sept 2014 | <p>Collaborateurs : D Trévisan, IDEC, M About, O Ferry, E Seidl, D Rosa, D Piney</p> <p>Interlocuteurs : Professionnels médicaux, groupe Com du CHL</p> <p>Modalités d'action Difficultés Recours Décision</p> |
| <p>5</p> <p>Valider la fiche de poste de l'IDE Coordinatrice.</p> <p>Inclure dans ses missions le recrutement des patients en HAD</p> | 1 ^{er} juillet 2014 | <p>Collaborateurs : D Trévisan, IDEC, M About, P Bouc</p> <p>Interlocuteurs : P Bouc</p> <p>Modalités d'action Difficultés Recours Décision :</p> |
| <p>6</p> <p>Formaliser la fiche de poste du médecin coordonnateur</p> | 1 ^{er} juillet 2014 | <p>Collaborateurs : D Trévisan, IDEC, M About, O Ferry, E Seidl, D Rosa, D Piney, P Bouc</p> <p>Interlocuteurs : Professionnels médicaux, groupe Com du CHL</p> <p>Modalités d'action Difficultés Recours Décision</p> |
| <p>7</p> <p>Mettre en œuvre la création du service d'HAD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identification de l'UF - Affectation du personnel et constitution de l'équipe de soins - Désignation du responsable du service | 1 ^{er} oct 2014 | <p>Collaborateurs : D Trévisan, IDEC, D Lautel</p> <p>Interlocuteurs : J Goeminne, D Piney</p> <p>Modalités d'action Difficultés Recours Décision :</p> |

| Code : SRAT2 JG | | |
|---|--------------------------|--|
| Responsable: Jérôme Goeminne | Date de réalisation | Commentaires |
| <ul style="list-style-type: none"> - Rattachement à un Pôle d'activité - Locaux, équipements, signalétique, SIH | 1 ^{er} oct 2014 | Collaborateurs D Trévisan, IDEC, D Lautel Interlocuteurs J Goeminne, D Piney Modalités d'action Difficultés Recours Décision : |
| 7 Définir la stratégie d'extension de l'HAD sur le territoire <ul style="list-style-type: none"> - Selon le nbre de lits par an - Selon le périmètre territorial Déterminer le cercle de progression et calendrier en fonction du besoin en personnel soignant supplémentaire | 1 ^{er} oct 2014 | Collaborateurs D Trévisan, IDEC, J Goeminne, D Piney, directoire Interlocuteurs Modalités d'action Difficultés Recours Décision |

Feuille de route pour lancement du projet

Domaine : STRATEGIE (3)

| Code : SRAT3 DL Responsable: Daniela LAUTEL | Date de réalisation | Commentaires |
|--|---------------------------|--|
| 1 Etablir un budget prévisionnel de l'HAD | 1 ^{er} sept 2014 | Collaborateurs : J Goeminne, D Trevisan, E Dufay, D Piney Interlocuteurs : ARS Lorraine, directoire Modalités d'action Difficultés Recours Décision : |
| 2 Organiser les comptes, tableaux de bord et CREA de l'HAD | 2014 - 2015 | Collaborateurs : D Lautel Interlocuteurs : J Goeminne Modalités d'action Difficultés Recours Décision : |
| 3 Définir et formaliser les modalités de rémunérations des prestataires <ul style="list-style-type: none"> - fluides médicaux - équipements lourds - dispositifs médicaux - portage des repas à domicile - autres..... - SSIAD - ADMR | 1 ^{er} oct 2014 | Collaborateurs : D Trévisan, IDEC, J Goeminne, D Piney, directoire Interlocuteurs Modalités d'action Difficultés Recours Décision : |
| 4 Organiser la rémunération des actes médicaux des médecins traitants | 1 ^{er} nov 2014 | Collaborateurs : D Trévisan ? IDEC, M About, D Piney, E Dufay Interlocuteurs : ARS Lorraine Modalités d'action Difficultés Recours Décision : |
| 5 Déterminer les modalités de facturation liées à la consommation des produits pharmaceutiques dont les médicaments hors T2A | 1 ^{er} oct 2014 | Collaborateurs : D Trévisan, IDEC, D Jelski, Aubry A Dony, I Berquand Interlocuteurs Modalités d'action Difficultés Recours Décision : |
| 6 Organiser la gestion des dossiers administratifs des patients du service de HAD qui seront à la source de la création des dossiers dans tous les logiciels | 1 ^{er} nov 2014 | Collaborateurs : D Trévisan, IDEC, S Aubry, D Jelski, C Dupont, I Berquand Interlocuteurs Modalités d'action Difficultés Recours Décision : |
| 7 obtenir l'enregistrement du service HADALU auprès des caisses d'assurances maladies | | |

Annexe 3 : Etude de viabilité financière du service HADALU

Centre hospitalier de Lunéville - Pôle du Génie Médical

juin 2014

Étude de viabilité financière de l' HADALU – Juin 2014

RECETTES

| | 3600 | 3600 | 4000 | 4000 | 5000 | 6000 |
|--|-----------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|--------------------|
| Nombre de journées réalisées/an | 3600 | 3600 | 4000 | 4000 | 5000 | 6000 |
| Nombre de patients | 10 | 10 | 11 | 11 | 14 | 16 |
| Recette : Tarif GHM par jour Estimation haute = 190€ Estimation moyenne = 130€ | Cf art. CREDES Juin 2003 | 130 | 190 | 130 | 190 | 190 |
| Recettes estimées | 468 000 € | 684 000 € | 520 000 € | 760 000 € | 950 000 € | 1 140 000 € |

DEPENSES ANNUELLES

| | Unité d'œuvre (UO) | Coût de l'UO | Coût annuel | Commentaire |
|-----------------------------------|--------------------|--------------|------------------|--|
| Personnel | | | | |
| Médecin coordonnateur | 1,0 | 40 000 | 40 000 | +20% en méd A, évoluera vers 1 PH ETP dont 0,5 en HAD et 0,5 en gériatrie ou soins palliatifs |
| Médecin libéraux | 1026 | 33 | 33850 | 2 visites / semaine |
| Médecin hospitalier | 0,0 | 100 000 | 0 | Recours à l'expertise du CHL |
| Médecin spécialiste consultation | | | | |
| Médecin remplacement et astreinte | 0,0 | 0 | 0 | Hypothèse de travail : Organiser PS avec la COPS : interne sur place ? Organiser PS avec les médecins traitants ? Conventionner avec le SMUR |
| IDE coordonnatrice | 1,0 | 47 000 | 47 000 | 1 ETP à la coordination et aux soins [+ astreinte] 30€/h charges comprises |
| IDE soins | 4,0 | 47 000 | 188 000 | IDE soins techniques et nursing : pas d'AS au démarrage Amplitude effective couverte : 7h – 20h soit 13h (54% de 24H) 1 ETP permanent 8h30 – 16h30 soit 7h30 (31%) = 1,7 postes 1 ETP 7h – 12h30 16h30 – 20h soit 6h (38%) = 2,1 postes Soit 3,8 postes = 4 IDE 1 astreinte IDE de 20h à 7h assurée par l'ensemble des IDE + IDEC |
| IDE astreinte | | | 21 000 | 12 appels SMUR du CHL par an à raison de 1 appel/mois 750€/ 30min = 2250€ pour 1 déplacement 1 astreinte IDE de 20h à 7h assurée par l'ensemble des IDE + IDEC 1 déplacement par nuit de 11H = [7000€ + 14 000€] |
| AS | 0,0 | 40 000 | 0 | Absence d'AS. Si montée en charge (supérieure à 12 patients nursing) → Faire appel au SSIAD |
| Assistante sociale | 0,0 | 39 100 | 0 | 1 ^{er} temps : 0,2 par redéploiement sur le pool existant 2 ^{ème} temps : recrutement de 0,3 selon montée en charge |
| Pharmacien hospitalier | 0,2 | 100 000 | 0 | CHL |
| Pharmacien astreinte | 0,0 | 0 | 0 | CHL |
| Préparateur en pharmacie | 0,2 | 45 000 | 0 | CHL |
| Kiné | 0,3 | 50 000 | 0 | CHL |
| Dietéticienne | 0,1 | 44 000 | 0 | CHL |
| Psychologue | 0,1 | 38 000 | 0 | EMSSA |
| Ergothérapeute | 0,1 | 50 000 | 0 | CHL |
| Administratif | 0,1 | 0 | 0 | CHL |
| Total dépenses personnel | | | 329 850 € | |
| Arrondi | | | 330 000 € | |

Transport

| | | | | |
|-----------------------------------|------------|-------|-----------------|---|
| Nombre de véhicules | | | 3 | 1 véhicule par personne réalisant les soins |
| Kilomètres | | | 108 000 | 30 km/patient/jour de l'année |
| Facteur de temporisation 0,5 | | | 54 000 | |
| Véhicules location | / véhicule | 3 875 | 11 625 | |
| Carburant – 7L/100km (1,4€/litre) | /100 km | 9,80 | 5 292 | |
| Assurance | / véhicule | 1 248 | 3 744 | |
| Cloison vitrée | / véhicule | 204 | 612 | |
| Entretien | / véhicule | 1718 | 5 154 | |
| Total dépenses transport | | | 26 427 € | |
| Arrondi | | | 26 500 € | |

Patient

| | | | | |
|--------------------------|----------------|----|--------|--|
| Dépenses de soins | | | | |
| Produits pharmaceutiques | €/jour/patient | 15 | 54 000 | |


| | | | | |
|--|----------------|------|------------------|--|
| Petit matériel médical | €/jour/patient | 11 | 39 600 | Coussins, matelas, etc... Gaz médicaux inclus [10,65€] |
| Laboratoire | €/j d'hospit. | 5 | 18 000 | Cf DL – Basé sur dépense Médecine A |
| Traitement des déchets liés aux soins | €/j d'hospit. | 1 | 3 600 | Cf DL |
| Produits diététiques | €/jour/3 | 5 | 6 000 | 5€/jour pour 1/3 des patients, donc 1/3 des JH |
| Protections d'hygiène | €/j d'hospit. | 0,75 | 2 700 | Cf DL – Pas d'obligation, mais à prendre en charge |
| Ambulances | | | | |
| Équipement hôtelier | | | | |
| Lit + table lit + lève malade | €/jour/patient | 3 | 10 800 | Cf MH |
| Total dépenses patient | | | 134 700 € | |
| Arrondi | | | 135 000 € | |
| Informatique et téléphonie | | | | |
| Imprimante, fax, scanner – Location | | 1 | 1400 | 1 400 |
| Maintenance logiciel HAD avec PMSI | | 1 | 2600 | 2 600 |
| Internet | | 0 | 0 | 0 Pas de supplément |
| Coût communications tél. portable | | 5 | 120 | 600 |
| Coût comm. tél. fixe + affranchissement | €/lit | | 222 | 2 190 |
| Total dépenses informatique et téléphonie | | | 6 790 € | |
| Arrondi | | | 6 800 € | |
| Autres | | | | |
| Blanchisserie | /tenue/j | 0,84 | 1 533 | Cf DL – 4 IDE + 0,5 IDEC + 0,5 MEDC = 5 agents |
| Entretien | | | 0 | 0 CHL |
| Eau électricité | | | 0 | 0 CHL |
| Fourniture de bureau | | | 2 300 | Cf DL – Basé sur conso Médecine A |
| Formations | | | 0 | Reporté dans demande de subvention ARS [8 800€] A évaluer pour les années suivantes |
| Documentation | | | 0 | 0 CHL |
| Total dépenses autres | | | 3 833 € | |
| Arrondi | | | 3 900 € | |
| Total dépenses annuelles | | | 502 200 € | |

DEPENSES D'INVESTISSEMENT

Cf Document « Dépenses associées au démarrage du projet HADALU »

| | Unité d'œuvre (UO) | Coût de l'UO | Coût total | Commentaire |
|--|--------------------|--------------|-----------------|--|
| Informatique et téléphonie | | | | |
| Ordinateurs fixe | 2 | 800 | 1 600 | med co, ide co, ide soins si besoin Inclus antivirus et abonnement (cf mail de CD) |
| Ordinateur portable | 1 | 1 000 | 1 000 | |
| Logiciel HAD avec PMSI | 1 | 21 000 | 21 000 | Proposition de prix suite à appel d'offre pour HADALU |
| Borne wifi | 1 | | 0 | |
| Téléphones portables | 5 | 200 | 1 000 | |
| Téléphones fixes | 0 | 50 | 0 | |
| Scanners portables | 3 | 150 | 450 | Pour scanner ordo au domicile du patient – Mail de CD |
| Équipement Mobilier | | | | |
| Chaises, bureaux, armoires, lampes | 3 | 2 000 | 6 000 | |
| Personnel | | | | |
| Prime pour contrat assistant sur 4 ans | | | 10 700 | Prime de 10700€ à verser en une fois, au départ |
| Autres équipements | | | | |
| Tenues professionnelles | 25 | 40 | 1 000 | |
| Armoire | 1 | 200 | 200 | |
| Trousse d'urgence | 1 | 100 | 100 | |
| DDN = chariot | 1 | 1 600 | 1 600 | |
| DDN = piluliers | 15 | 100 | 1 500 | |
| Caisse de transport | 2 | | 0 | |
| Total dépenses d'investissement | | | 46 150 € | |

Annexe 4 : Fiche de fonction médecin coordonnateur

| | | |
|---|--|--|
|  | FICHE DE FONCTION | Réf. : GRH0019M Indice : 00 Page 1/4 |
| | MÉDECIN COORDONNATEUR RESPONSABLE DU SERVICE HADALU | |

Identification du salarié :

Service : HADALU

Horaires du service : 7h00 - 20h00

Présence dans la fonction : 10 demi-journées

Date de création : juin 2014

Mise à jour :

Version : 1

PRÉSENTATION DE LA FONCTION

Intitulé de la fonction

Médecin coordonnateur du service d'HAD du centre hospitalier
Responsable du service HADALU


Position dans la structure

Liaison hiérarchique

- sous l'autorité fonctionnelle du chef de pôle de rattachement

Liaisons fonctionnelles

- collaborateur du pôle de rattachement
- personnels de l'HADALU : médecin coordonnateur de l'HADALU, IDE de l'HADALU, autres personnels de l'HADALU
- personnels du CHL : internes, médecins des services, cadres de santé, IDE, pharmaciens et préparateurs, kinésithérapeutes, psychologue, diététiciennes, service social, plateau médico-technique du CHL, services techniques, services administratifs
- personnels hors CHL : médecins traitants, fournisseurs, professionnels libéraux non médicaux (kinésithérapeutes, IDE...), prestataires funéraires, ambulanciers, réseaux de soin tel que RESEAULU, SSIAD, ADMR, laboratoires d'analyses médicales
- établissements adresseurs : centres hospitaliers périphériques, cliniques, EHPAD, établissements médico-sociaux

| | | |
|---|--|--|
|  | FICHE DE FONCTION | Réf. : GRH0019M Indice : 00 Page 2/4 |
| | MÉDECIN COORDONNATEUR RESPONSABLE DU SERVICE HADALU | |

- organismes de formation

Environnement de la fonction

- locaux dédiés à l'HADALU
- les services de soins du CHL
- le territoire du Lunévillois complété des territoires de Saint Nicolas de Port et Dombasle

MISSIONS

Mission générale


Le médecin coordonnateur est le référent médical de l'HAD. Il est le garant des critères d'admission, de maintien et de sortie du patient en HAD. Il est chargé d'établir des liens permettant l'optimisation de la prise en charge sanitaire, sociale et médico sociale en accord avec le médecin traitant, le patient, la famille et les aidants. Sa mission se décline selon 4 axes :

- définir et organiser le recrutement des patients en HAD
- organiser et coordonner la prise en charge du patient hospitalisé en HAD
- participer à la réalisation des soins et à la permanence des soins
- évaluer la performance des activités et prestations de l'HAD

Le médecin coordonnateur fait bénéficier le malade et ses proches de ses avis et conseils pour que la prise en charge thérapeutique à domicile soit la meilleure possible. Il participe à la formation de l'équipe soignante pour qu'elle puisse faire face à toutes les situations rencontrées. Il ne prescrit pas, ne soigne pas, ne se substitue pas au médecin traitant sauf en cas d'urgence.

Missions permanentes

- émet un avis médical signé pour toute admission d'un patient en s'appuyant sur le protocole de soins élaboré et validé en concertation avec l'équipe soignante, le médecin prescripteur et le médecin traitant et au regard de l'enquête médicosociale
- assure le suivi de la prise en charge en HAD
- signe la sortie du patient de la structure HADALU après décision prise conjointement avec le médecin traitant
- élabore, avec le médecin prescripteur et le médecin traitant des protocoles de soins en vue de coordonner l'activité des divers intervenants
- contribue par la mise en place de procédures formalisées à l'échange d'informations nécessaires à une prise en charge globale et coordonnée du patient
- garantit la mise en œuvre des protocoles de soins, dont, en qualité de signataire, il est responsable de leur élaboration et leurs évolutions éventuelles.
- a un rôle de formateur auprès de l'équipe soignante
- assure les contacts avec les médecins hospitaliers, des structures d'hébergement et libéraux impliqués dans le traitement du malade, et les informe de tout élément pouvant leur être utile
- coopère avec les services sociaux qu'ils appartiennent à la structure ou non, afin de ne pas négliger les aspects familiaux, professionnels, financiers et sociaux d'un accompagnement personnalisé

| | | |
|---|--|--|
|  | FICHE DE FONCTION | Réf. : GRH0019M Indice : 00 Page 3/4 |
| | MÉDECIN COORDONNATEUR RESPONSABLE DU SERVICE HADALU | |

- prend en compte le projet de vie et les besoins d'aide à domicile supplémentaires telle que aide ménagère, portage des repas, garde-malade,....
- assure le suivi permanent de l'activité de l'HAD
- est responsable de la qualité de la saisie de l'information médicale dans le cadre de la T2A
- assurer une traçabilité des activités dans le dossier patient
- active, le cas échéant, l'intervention de réseaux experts: soins palliatifs, gériatologiques...
- participe à l'évaluation de la qualité
- participe aux décisions stratégiques de la structure d'HAD

Rôle du médecin coordonnateur auprès du malade

- analyse le dossier médical de chaque patient afin d'appliquer la thérapeutique prescrite en garantissant la qualité des protocoles de soins établis par le médecin prescripteur
- analyse le contexte médico-social, avant toute admission
- assure les actions de suivi et de contrôle au domicile du patient

Rôle du médecin coordonnateur auprès de ses confrères

- est attentif aux règles et usages en vigueur dans la profession l'éthique et la confraternité
- ne se substitue pas au médecin traitant, le médecin coordonnateur n'est pas prescripteur
- est un élément ressources au service du médecin généraliste pour les traitements spécifiques: douleurs, réhydratation

Missions ponctuelles ou spécifiques


- réalise un bilan d'activité annuel
- assure un lien entre le service, les patients et/ou leur entourage et la Commission des Relations avec les Usagers (CRU)
- anime au moins de façon hebdomadaire et en collaboration avec l'IDE Co, les réunions d'évaluation médicale et soignante du projet thérapeutique
- anime les réunions trimestrielles de suivi de projet et d'activité

PARTICULARITÉS DE LA FONCTION

Risques professionnels liés à l'activité

- risques liés à la circulation et aux déplacements

Mesures de prévention prises face à ces risques

| | | |
|---|---|--|
|  | FICHE DE FONCTION | Réf. : GRH0019M Indice : 00 Page 4/4 |
| | MÉDECIN COORDONNATEUR RESPONSABLE DU SERVICE HADALU | |

- aucune

| |
|---------------------|
| COMMENTAIRES |
|---------------------|

Le médecin coordonnateur participe à la permanence des soins du centre hospitalier de Lunéville. Il organise son remplacement en tant que de besoin en collaboration avec les médecins de l'établissement.


La confidentialité et le respect du secret professionnel sont réglementaires.

Les comportements et les soins sont en adéquation avec les principes de bientraitance.

La gestion de l'équipe des professionnels du service HADALU suit les principes de management par les compétences.

| | |
|--|---|
| Signature du responsable hiérarchique | Signature du médecin coordonnateur |
|--|---|

Annexe 5 : Fiche de fonction infirmier coordonnateur

| | | |
|---|--|--------------------------------|
|  | FICHE DE FONCTION | Réf. : GRH0020M Indice : 00 |
| | INFIRMIER COORDINATEUR [IDEC] DU SERVICE HADALU | |

Identification du salarié :

Service : HADALU

Horaires du service : 9h00 à 13h00 – 14h00 à 17h00

Amplitude horaires : 7h30 à 20h00

Base de 35h/semaine avec travail de week end

Astreintes de 20h à 7h30 par roulement

Date de création : Juin 2014

Mise à jour : -

Version : 1

PRÉSENTATION DE LA FONCTION

Intitulé de la fonction

Infirmier(ière) coordonnateur (trice) du service d'HAD du Centre hospitalier de Lunéville


Position dans la structure

Liaisons hiérarchiques

- chef du Pôle de rattachement de l'HADALU
- médecin responsable de l'HADALU
- collaborateur du pôle de rattachement de l'HADALU

Liaisons fonctionnelles

- personnels de l'HADALU : médecin coordonnateur de l'HADALU, IDE de l'HADALU, autres personnels de l'HADALU
- personnels du CHL : internes, médecins des services, cadres de santé, pharmaciens et préparateurs, kinésithérapeutes, psychologue, diététiciennes, service social, plateau médico-technique du CHL, services techniques, services administratifs
- personnels hors CHL : médecins traitants, fournisseurs, professionnels libéraux non médicaux (kinésithérapeutes, IDE...), prestataires funéraires, ambulanciers, réseaux de soin tel que RESEALU, SSIAD, ADMR, laboratoires d'analyses médicales
- établissements adresseurs : centres hospitaliers périphériques, cliniques, EHPAD, établissements médico-sociaux
- organismes de formation

| | | |
|---|--|--|
|  | FICHE DE FONCTION | Réf. : GRH0020M Indice : 00 Page 2/4 |
| | INFIRMIER COORDINATEUR [IDEC] DU SERVICE HADALU | |

Environnement de la fonction

- locaux dédiés à l'HADALU
- les services de soins du CHL
- le territoire du Lunévillois complété des territoires de Saint Nicolas de Port et Dombasle

MISSIONS

Mission générale

Chargé d'établir des liens permettant l'optimisation de la PEC sanitaire, sociale et médico sociale, en accord avec le médecin coordonnateur, le médecin traitant, le patient, la famille et les aidants avec une déclinaison selon 4 axes :

- organiser le recrutement des patients en HAD
- organiser et coordonner la prise en charge du patient hospitalisé en HAD
- participer à la réalisation des soins et à la permanence des soins
- évaluer la performance des activités et prestations de l'HAD

Missions permanentes

- encadrer le personnel placé sous sa responsabilité
- mettre en œuvre et systématiser le recrutement des patients en HAD en collaboration avec le médecin coordonnateur
- évaluer la situation en collaboration avec le médecin coordonnateur lors de l'hospitalisation du patient en HAD
- participer à l'élaboration du projet thérapeutique des personnes prises en charge et s'assurer de sa mise en œuvre
- coordonner les différents acteurs de soins autour des patients hospitalisées en HAD et organiser les circuits logistiques
- assurer le lien entre médecin coordonnateur et le médecin traitant ainsi qu'avec tout autre acteur contributeur de la prise en charge du patient en HAD
- planifier l'approvisionnement en matériel, médicaments et DMS, fluides médicaux, produits diététiques
- organiser la mise en place des équipements nécessaires à l'HAD au domicile du patient
- formaliser le diagnostic infirmier et initier les soins relevant de son initiative et ceux sur prescription
- identifier les situations d'urgence et y faire face
- assurer la gestion du système d'information infirmier associé au dossier patient ainsi que du système documentaire de l'HADALU
- organiser les transmissions infirmières en tant que de besoin
- assurer les remplacements et adopter les horaires des IDE durant les congés



FICHE DE FONCTION

Réf. : GRH0020M

Indice : 00

Page 3/4

INFIRMIER COORDINATEUR [IDEC] DU SERVICE HADALU

- communiquer avec l'ensemble des partenaires et organiser les réunions pluri-professionnelles
- participer aux instances
- suivre en lien avec le médecin coordinateur, la rentabilité financière des prises en charge au fur et à mesure des inclusions

Missions complémentaires

- participer à la mise en oeuvre des soins à domicile des patients en HAD
- participer à la permanence des soins de l'HAD
- participer à la certification de l'HAD
- rédiger le bilan d'activité en collaboration avec le med coordonnateur
- accueillir et encadrer d'un point de vue pédagogique les étudiants et stagiaires
- évaluation de la satisfaction du patient et du DPU
- contribuer à la gestion des risques, l'évaluation et la qualité des soins
- élaborer les protocoles de soins entrant dans le champ de compétences infirmier
- participer aux appels d'offres en lien avec les services économiques et le service de pharmacie

PARTICULARITÉS DE LA FONCTION

Risques professionnels liés à l'activité


- utilisation de matériel piquant ou tranchant potentiellement infecté (AES...)
- contact avec les produits dangereux (chimiothérapies anticancéreuses, produits chimiques...)
- manutention physique et manuelle, notamment des malades
- contact avec des agents infectieux
- stress liée à la charge générée par certaines situations
- déplacements aux domiciles des patients

Mesures de prévention prises face à ces risques

- Respect des procédures d'élimination des déchets
- Respect des protocoles liés à l'utilisation des produits dangereux
- Formation à la manutention des malades
- Occupations permettant de se ressourcer en extra hospitalier

COMMENTAIRES

Les heures supplémentaires générées seront récupérées en fonction de l'activité de l'HAD.
La confidentialité et le respect du secret professionnel sont réglementaires.

| | | |
|---|---|--|
|  | FICHE DE FONCTION | Réf. : GRH0020M Indice : 00 Page 4/4 |
| | INFIRMIER COORDINATEUR [IDEC] DU SERVICE HADALU | |

Les comportements et soins sont en adéquation avec les principes de bienveillance.

| | |
|--|------------------------------|
| Signature du responsable hiérarchique : | Signature de l'agent: |
| | |

Annexe 6 : Fiche de tâches infirmier coordonnateur



| | |
|--|--------------------------------|
| FICHE DE TÂCHES | Réf. : GRH0014M Indice : 00 |
| Page 1/4 | |
| INFIRMIER COORDINATEUR [IDEC] DU SERVICE HADALU | |

Identification du salarié :

Service : HADALU

Horaires du service : 9h00 à 13h00 – 14h00 à 17h00

Amplitude horaires : 7h30 à 20h00

Plages d'exercice : 7h30 à 15h00 ou 8h30 à 16h00 ou 12h30 à 20h00

Selon l'activité une coupure de 3h00 peut être instaurée

Base de 35h/semaine avec travail de week end

Astreintes de 20h à 7h30 par roulement

Date de création : Juillet 2014

Mise à jour :

Version : 1

JOURNEE TYPE

Intitulé de la fonction

Infirmier(ère) coordinateur(trice) du service d'HADALU du CHL

| Matin | Après - midi |
|---|--|
| Recrutement des patients & Insertion des patients en HAD | Organisation des soins par le personnel du CHL & Organisation des prestations externes |
| <ul style="list-style-type: none">- assurer le recrutement des patients en collaboration avec le médecin coordonnateur- gérer les lits disponibles et l'activité d'HAD- évaluer systématiquement la situation des patients en collaboration avec le médecin coordonnateur lors de l'hospitalisation en HAD- assurer le contact téléphonique et le déplacement sur le lieu de vie des patients bénéficiant de l'HAD- évaluer la faisabilité de la mise en place de l'HAD au domicile (architecture du logement, aidants...)- participer à l'élaboration du projet thérapeutique des patients et s'assurer de sa mise en œuvre | <ul style="list-style-type: none">- informer le patient et les aidants du projet thérapeutique et de l'organisation des soins proposés- planifier les interventions des paramédicaux en cohérence avec les aidants- planifier l'approvisionnement en matériel, médicaments et DMS, fluides médicaux, produits diététiques- organiser la mise en place des équipements nécessaires à l'HAD au domicile du patient- élaborer les plannings de travail- évaluer et réajuster le cas échéant, le plan de soins et d'intervention- organiser l'astreinte médicale et infirmière |
| <ul style="list-style-type: none">- identifier les situations d'urgence et y faire face | |



| | |
|--|--------------------------------|
| FICHE DE TACHES | Réf. : GRH0014M Indice : 00 |
| INFIRMIER COORDINATEUR [IDEC] DU SERVICE HADALU | |

Page 2/4

- activités listées ci-après en tant que de besoin

Management

- participe au recrutement des agents constituant l'équipe de l'HADALU
- encadre les agents placés sous sa responsabilité
- participe à l'évaluation des membres de l'équipe non médicale
- annuellement pour les titulaires
 - en tant que de besoin pour les contractuels
- évalue et recense les besoins en formation
- élabore les plannings de travail, les astreintes et les balances horaires
- élabore, met en place et s'assure que l'organisation des soins est respectée
- contrôle la qualité des soins réalisés
- impulse le projet de service
- prépare et anime les réunions semestrielles élargies de service et les réunions hebdomadaires de coordination
- supervise l'accueil et l'encadrement et l'évaluation des stagiaires et étudiants

Coordination

- évalue la situation et la dépendance du patient en collaboration avec le médecin coordonnateur lors de la visite d'inclusion
- évalue la faisabilité de la mise en place de l'HAD au domicile (architecture du logement, aidants...)
- élabore le projet personnalisé de soins avec le médecin coordonnateur
- planifie les interventions des paramédicaux en cohérence avec les aidants
- planifie l'approvisionnement en équipements, DM et médicaments
- anticipe l'acheminement au domicile du patient des équipements, fluides médicaux et tout autre prestation nécessaires
- évalue et réajuste le cas échéant, le plan de soins et d'intervention
- planifie les réunions de coordination hebdomadaires avec l'ensemble des intervenants
- gère les flux de produits de santé

Activités de soins

- s'implique dans la qualité des soins en termes de gestion du risque infectieux et de la prise en charge de la douleur
- participe à la dispensation des soins, notamment durant la montée en charge de l'HADALU et en période de congés dans la limite de ses possibilités
- supervise la tenue du DPU et de la qualité des transmissions écrites et orales



| | |
|--|--|
| FICHE DE TACHES | Réf. : GRH0014M Indice : 00 Page 3/4 |
| INFIRMIER COORDINATEUR [IDEC] DU SERVICE HADALU | |

Gestion administrative et financière

- assure le recrutement des patients en HADALU selon la stratégie de recrutement définie par le médecin coordonnateur
- gère les lits disponibles et l'activité d'HAD
- élabore le rapport d'activité et les tableaux de bord en lien avec l'analyse de gestion
- participe au suivi de la facturation T2A et de la cotation PMSI des différents acteurs
- assure la gestion des équipements et des dispositifs d'urgence renfermant des produits de santé
- gère le système documentaire de l'HAD et sa réactualisation

Relation et communication

- assure le contact téléphonique et le déplacement sur le lieu de vie du patient bénéficiant de l'HADALU
- maintient une relation étroite entre la famille, les aidants et favorise l'information et l'accompagnement du patient
- informe le patient et les aidants du projet thérapeutique et de l'organisation des soins proposés
- écoute, conseille dans le champ médico-social
- développe un climat de concertation entre les différents intervenants et les établissements du secteur afin d'améliorer le suivi du patient

Formation, recherche en soins et évaluation

- collabore avec les instituts de formation
- utilise les connaissances acquises et les partage avec l'équipe
- participe à l'élaboration du plan de formation
- élabore et participe à la rédaction des protocoles de soins et organisationnels
- évalue la satisfaction des usagers
- évalue la qualité de la tenue du DPU
- élabore un plan d'amélioration de la qualité à partir des résultats d'enquête
- participe à la certification de l'HAD



| | |
|--|--|
| FICHE DE TACHES | Réf. : GRH0014M Indice : 00 Page 4/4 |
| INFIRMIER COORDINATEUR [IDEC] DU SERVICE HADALU | |


| | |
|---|--|
| Date Signature du Responsable hiérarchique | Date Signature de l'agent |
|---|--|

Annexe 7 : Modes de prise en charge en HAD (n°20 supprimé depuis mars

| Code | Libellé des MP [Ancien libellé avant 2012]* | MPP | MPA |
|------|---|-----|-----|
| 00 | Pas de mode de prise en charge associé [Pas de protocole associé]** | - | X |
| 01 | Assistance respiratoire | X | X |
| 02 | Nutrition parentérale | X | X |
| 03 | Traitement intraveineux | X | X |
| 04 | Soins palliatifs | X | X |
| 05 | Chimiothérapie anticancéreuse [Chimiothérapie]* | X | X |
| 06 | Nutrition entérale | X | X |
| 07 | Prise en charge de la douleur | X | X |
| 08 | Autres traitements | X | X |
| 09 | Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) [Pansements complexes et soins spécifiques]* | X | X |
| 10 | Post traitement chirurgical | X | X |
| 11 | Rééducation orthopédique | X | X |
| 12 | Rééducation neurologique | X | X |
| 13 | Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse [Surveillance post chimiothérapie]* | X | X |
| 14 | Soins de nursing lourds | X | X |
| 15 | Education du patient et de son entourage | X | X |
| 17 | Surveillance de radiothérapie [Radiothérapie]* | X | X |
| 18 | Transfusion sanguine | X | X |
| 19 | Surveillance de grossesse à risque | X | X |
| 20 | Retour précoce à domicile après accouchement (RPDA) [Post partum physiologique]* | X | X |
| 21 | Post partum pathologique | X | X |
| 22 | Prise en charge du nouveau-né à risque [Prise en charge du nouveau-né]* | X | - |
| 24 | Surveillance d'aplasie | X | X |
| 25 | Prise en charge psychologique et/ou sociale | - | X |
| 26 | Traitement intraveineux, un seul passage quotidien | - | - |
| 27 | Éducation du patient ou de son entourage chez un enfant ou un adolescent de moins 18 ans | - | - |
| 28 | Prise en charge psychologique ou sociale chez les patients de moins de 18 ans | - | - |

2015)

Annexe 8 : Fiche de fonction infirmier de « soins »

| | | |
|---|------------------------------------|---------------------------|
|  | FICHE DE FONCTION | Réf. : GRH Indice : 00 |
| | INFIRMIER DU SERVICE HADALU | |

Identification du salarié :

Service : HADALU

Horaires du service : 9h00 à 13h00 – 14h00 à 17h00

Amplitude horaires : 7h30 à 20h00

Plages d'exercice : 7h30 à 15h00 ou 8h30 à 16h00 ou 12h30 à 20h00
selon l'activité une coupure de 3h00 peut être instaurée
Base de 35h/semaine avec travail de week end
Astreintes de 20h à 7h30 par roulement

Date de création : Août 2014

Mise à jour : -

Version : 1

PRÉSENTATION DE LA FONCTION

Intitulé de la fonction

Infirmier(ière) du service d'HAD du Centre hospitalier de Lunéville


Position dans la structure

Liaisons hiérarchiques

- chef du Pôle de rattachement de l'HADALU
- médecin coordonnateur responsable de l'HADALU
- collaborateur du pôle de rattachement de l'HADALU
- infirmier coordonnateur de l'HADALU

Liaisons fonctionnelles

- personnels de l'HADALU : médecin coordonnateur de l'HADALU, IDEC de l'HADALU, autres personnels de l'HADALU
- personnels du CHL : internes, médecins des services, cadres de santé, pharmaciens et préparateurs, kinésithérapeutes, psychologue, diététiciennes, service social, plateau médico-technique du CHL, services techniques, services administratifs, DIM, GREQ
- personnels hors CHL : médecins traitants, fournisseurs, professionnels libéraux non médicaux (kinésithérapeutes, IDE...), prestataires funéraires, ambulanciers, réseaux de santé tel que la Maison des Réseaux du Lunévillois, SSIAD, ADMR, laboratoires d'analyses médicales

| | | |
|---|------------------------------------|--|
|  | FICHE DE FONCTION | Réf. : GRH0020M Indice : 00 Page 2/5 |
| | INFIRMIER DU SERVICE HADALU | |

- entourage des patients
- SAMU 54

Environnement de la fonction

- locaux dédiés à l'HADALU
- domicile des patients sur le territoire du Lunévillois complété des territoires de Saint Nicolas de Port et Dombasle
- les établissements d'hébergement pour personnes âgées
- les foyers et maisons d'accueil spécialisés

Exercice professionnel

L'astreinte est une activité de permanence de nuit de 20h à 7h et de week-end. Elle impose:

- d'être joignable en permanence sur le portable dédié
- d'être en capacité de se rendre chez le patient appelant, chaque fois que nécessaire
- de signaler systématiquement au médecin coordinateur l'éventuelle visite en astreinte dès l'ouverture du service HADALU
- de tracer en temps réel les appels dans le système d'information de l'HADALU

MISSIONS

Mission générale

Chargé de réaliser des soins infirmiers comparables à ceux pratiqués en milieu hospitalier pour des patients souffrant de pathologies relevant des 25 modes de prise en charge principaux listés dans le cadre du PMSI de l'HAD et d'organiser la coordination des soins autour du patient nécessaires et conformes à la prise en charge prescrite.

Missions permanentes

Ces missions sont mise en œuvre dans le respect des droits du patient conformément aux lois du 4 mars 2002 et 22 avril 2005 et à la réglementation en vigueur.

Les missions suivantes sont exercées en ambulatoire au domicile du patient ou en EHPAD :

- mettre en œuvre le projet personnalisé de soins et participer à sa réévaluation
- assurer les actes contribuant au diagnostic infirmier
- assurer les actes médicaux délégués : prélèvements pour examens biologiques, surveillance d'évolution de patients, conseils...
- assurer les actes médico-infirmiers quotidiens de première intention
- mettre en application les traitements et le suivi prescrits concernant :



| | |
|------------------------------------|--------------------------------|
| FICHE DE FONCTION | Réf. : GRH0020M Indice : 00 |
| INFIRMIER DU SERVICE HADALU | |
| Page 3/5 | |

- les pathologies aiguës itératives : protocoles d'antibiothérapie simples ou complexes, pansements simples ou complexes, réhydratation, antalgie...
- les pathologies chroniques et éducation des patients et de leur entourage pour leur permettre une socialisation correcte et une qualité de vie : diabète, HTA, pathologies vasculaires dégénératives, dermatologie, plaies chroniques...
- la chimiothérapie anticancéreuse à domicile, les soins palliatifs, l'évaluation et la prise en charge de la douleur, la nutrition parentérale et entérale
- recueillir les données cliniques, les besoins et les attentes de la personne soignée et de son entourage et leur traçabilité
- informer et rechercher le consentement aux soins auprès du malade en adéquation avec les soins infirmiers
- identifier les situations d'urgence et appliquer les mesures anticipées et/ou des mesures d'urgence
- accompagner et mettre en œuvre la relation d'aide pour les malades en fin de vie et leur famille
- coordonner les différents acteurs de soins autour des patients hospitalisés en HAD et organiser les circuits logistiques
- vérifier la mise en œuvre effective des prestations de service autour du patient
- assurer le lien entre médecin coordonnateur et le médecin traitant ainsi qu'avec tout autre acteur contributeur de la prise en charge du patient en HAD
- planifier l'approvisionnement en matériel, médicaments et DMS, fluides médicaux, produits diététiques
- organiser la mise en place des équipements nécessaires à l'HAD au domicile du patient
- travailler en pluridisciplinarité et en équipe
- utiliser les protocoles de soins entrant dans le champ de compétences infirmier
- appliquer les protocoles thérapeutiques sur prescription
- gérer et contrôler les produits, matériels, médicaments et dispositifs médicaux
- mettre en œuvre les procédures d'élimination des déchets de soins
- évaluer la qualité des pratiques et les résultats en matière de soins infirmiers
- assurer les premiers soins nécessaires en cas d'appel du patient/entourage au cours de l'astreinte

Missions ponctuelles ou spécifiques

- accueillir et encadrer les étudiants et stagiaires
- élaborer, en collaboration avec l'ensemble de l'équipe les protocoles de soins infirmiers
- participer à la certification du service d'HAD
- participer à l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)
- participer occasionnellement et temporairement à l'activité infirmière des services MCO en cas de baisse d'activité du service HADALU



FICHE DE FONCTION

Réf. : GRH0020M
Indice : 00

Page 4/5

INFIRMIER DU SERVICE HADALU

PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION

A spécifier selon le projet professionnel de l'agent.
Contribuer à la fonction d'IDE coordonnatrice de l'HADALU
Acquérir les compétences et qualifications d'infirmier clinicien

PARTICULARITÉS DE LA FONCTION

Risques professionnels liés à l'activité

- utilisation de matériels piquants ou tranchants potentiellement infectés avec risque d'Accident Exposant aux Risques Biologiques (AES)
- contact avec les produits dangereux : chimiothérapies anticancéreuses, produits chimiques...
- manutention physique et manuelle des malades à domicile
- contact avec des agents infectieux
- stress lié à la charge générée par certaines situations
- déplacements aux domiciles des patients

Mesures de prévention prises face à ces risques

- respect des procédures d'élimination des déchets
- respect des protocoles liés à l'utilisation des produits dangereux
- formation à la manutention des malades
- non exposition d'une infirmière enceinte aux produits cytotoxiques
- respect du code de la route sachant que toute infraction liée à son non respect est à la charge du professionnel concerné
- évaluation des pratiques professionnelles de type audit de pratique

COMMENTAIRES

Les heures supplémentaires générées seront récupérées en fonction de l'activité de l'HAD.
La confidentialité et le respect du secret professionnel sont réglementaires.
Les comportements et soins sont en adéquation avec les principes de bientraitance.
Les formations requises sur le profil de poste sont intégrées au projet de service et seront suivies, dans la mesure du possible, dans les 2 années qui suivent la prise de fonction au sein du service d'HAD.



FICHE DE FONCTION

Réf. : GRH0020M
Indice : 00

Page 5/5

INFIRMIER DU SERVICE HADALU

Signature du responsable hiérarchique :

Signature de l'agent:

Annexe 9 : Fiche de tâches infirmier de « soins »



| | |
|------------------------------------|--|
| FICHE DE TÂCHES | Réf. : GRH0014M Indice : 00 Page 1/2 |
| INFIRMIER DU SERVICE HADALU | |

Identification du salarié :

Service : HADALU

Horaires du service : 9h00 à 13h00 – 14h00 à 17h00

Amplitude horaires : 7h30 à 20h00

Plages d'exercice : 7h30 à 15h00 ou 8h30 à 16h00 ou 12h30 à 20h00

selon l'activité une coupure de 3h00 peut être instaurée

Base de 35h/semaine avec travail de week end

Astreintes de 20h à 7h30 par roulement

Date de création : Juillet 2014

Mise à jour :

Version : 1

JOURNÉE TYPE

Intitulé de la fonction

Infirmer(e) du service d'HAD du Centre hospitalier de Lunéville.

Le matin, avant de partir en tournée

- prendre connaissance des patients attribués et planifiés ainsi que des soins à réaliser
- vérifier les caisses de médicaments et DMS étiquetés au nom du patient en regard de la liste des patients planifiés
- assurer le transport des produits de santé au domicile du patient si besoin
- vérifier quotidiennement le contenu de la mallette de soins et la mallette des urgences
- réapprovisionner si besoin les mallettes auprès du service de pharmacie
- s'assurer que les prestations de soins complémentaires ont été planifiées, sinon signaler/enregistrer la nécessité de mise en œuvre.

Au domicile des patients

- mettre en œuvre le projet personnalisé de soins
- mesures des paramètres, bilans des entrées/sorties, évaluation de la douleur, poids selon le rythme de surveillance défini dans le projet de soins et surveillance nutritionnelle, application des prescriptions médicales, réalisation des soins prescrits et relevant du rôle propre infirmier, contrôle du bon fonctionnement du matériel médical en place : PCA, pompes à insuline...,
- signaler tout dysfonctionnement à l'IDEC et au patient
 - vérifier la conformité des modalités de stockage et d'élimination des déchets de soins au domicile
 - valider les administrations de produits de santé et les soins
 - tracer dans le dossier papier au domicile du patient les actes et données de soins



| | |
|------------------------------------|--|
| FICHE DE TÂCHES | Réf. : GRH0014M Indice : 00 Page 2/2 |
| INFIRMIER DU SERVICE HADALU | |

- transmettre à distance à la pharmacie les modifications de traitements pour enregistrement
- contacter le médecin coordinateur et/ou l'IDEC en cas de besoin et/ou d'urgence, voire faire appel au médecin traitant et/ou appeler le 15 si besoin et assurer les gestes de premiers secours le cas échéant selon la fiche d'instruction en cours
- répondre aux sollicitations des aidants et des patients en terme d'informations et de conseils
- signaler tout besoin ayant évolué à l'IDEC : matériel, soins, social, aide psychologique
- participer à l'organisation de la sortie du patient, en assurant un relais, le cas échéant, entre les acteurs libéraux, le malade et son entourage
- assurer les soins en cohérence avec les autres intervenants : SSIAD, kinésithérapeute, prestataire
- vérifier auprès du patient/entourage le caractère effectif des prestations de soins et d'accompagnement autour du patient
- sinon, mettre en œuvre les prestations de soins et d'accompagnement complémentaires en veillant à leur coordination.

Au sein de la structure

- mettre à jour le dossier patient informatisé, transmissions et traçabilité
- composer avec les préparateurs en pharmacie les stocks de produits de santé manquant au domicile du patient
- organiser le réapprovisionnement de tout autre produit manquant
- assurer le suivi des péremptions des matériels et médicaments stockés dans les trousse d'urgences
- participer activement aux réunions de synthèses hebdomadaires
- veiller au maintien de la propreté intérieure du véhicule de fonction et signaler toute défaillance technique
- assurer un rapport constant à l'équipe sur les problèmes ou dysfonctionnements rencontrés et/ou les solutions apportées.

Cette fiche de tâches sera revue et complétée après le démarrage de l'activité d'HADALU.

| | |
|--|-------------------------------------|
| Date et signature du responsable hiérarchique | Date et signature de l'agent |
| | |

Annexe 10 : Convention de partenariat Médecin Traitant - HADALU

CHL – HADALU

Octobre 2014



ENTRE

D'une part,

le Centre hospitalier de Lunéville représenté par son Directeur
et sis 6, rue Girardet 54300 Lunéville,

Et d'autre part,

le Dr

et sis1

Il est convenu par cette convention un partenariat défini comme suit :

Article 1. Définition de l'objet du partenariat

L'HADALU est un service de soins du centre hospitalier de Lunéville. Il accueille en hospitalisation à domicile les patients du médecin signataire de la présente convention sur son consentement. Les patients bénéficient de l'organisation particulière de l'HADALU pour que leur soient dispensés à domicile des soins médicaux et paramédicaux continus coordonnés et d'une intensité adaptée sur une période limitée, révisable en fonction de son état de santé.

Que l'indication d'hospitalisation à domicile soit posée par un médecin d'établissement de santé ou par un médecin traitant, la prise en charge en HADALU ne peut être proposée au patient qu'après discussion et accord entre le médecin traitant, le médecin prescripteur et le médecin coordonateur.

Cette hospitalisation à domicile est sous la responsabilité du médecin traitant. Dans ce cadre, l'HADALU, en tant que structure hospitalière de soins, apporte au médecin signataire de la présente convention un soutien technique et un support pour gérer l'intervention de professionnels de santé, faire le lien avec les aides à domicile et pour réaliser les démarches sociales.

L'HADALU garantit au médecin signataire de la présente convention de :

- prendre en charge des situations complexes de manière coordonnée et continue dans de réelles conditions de sécurité, de simplicité et de confort, pour lui comme pour le patient, conformément aux modes principaux de prise en charge de l'hospitalisation à domicile,
- répondre aux souhaits de ses patients, c'est-à-dire de rester à leur domicile et de continuer à être suivis par leurs soignants habituels sous réserve d'être conventionnés avec le Centre hospitalier de Lunéville,
- et par conséquent valoriser leurs compétences professionnelles et leur rôles auprès des patients.

L'articulation entre l'HADALU et les médecins traitants est telle qu'elle permet de concilier le mode d'exercice libéral et les contraintes d'un établissement de santé par la mise en oeuvre d'un travail d'équipe qui prend en compte la traçabilité des interventions, les démarches de la qualité et de la sécurité des soins, la gestion des risques et la tarification à l'activité.

Article 2 - Projet thérapeutique du patient

Le patient est admis en HADALU sur prescription soit d'un médecin exerçant en établissement de santé, soit du médecin traitant exerçant en libéral qui est signataire de la présente convention .

Le projet thérapeutique est formalisé en coopération tripartite entre le médecin coordonnateur de l'HADALU, le médecin traitant et le médecin prescripteur. Il comprend les données relatives aux besoins médicaux du patient dont le motif d'hospitalisation à domicile, le diagnostic principal et les diagnostics associés, les prescriptions d'actes relatifs au traitement médical, à la surveillance et à la prévention. Pour établir le projet au plus juste des intérêts du patient et du service de l'HADALU toute aide complémentaire peut être apportée sur demande de l'un des deux partenaires. Les prescriptions du médecin signataire de la présente convention sont intégrées par le médecin coordonnateur de l'HADALU au système d'information du centre hospitalier pour permettre leur exécution en tant que de besoin. Le médecin traitant peut les y intégrer lui-même tout en veillant à en informer l'équipe HADALU. Ces modalités d'intégration sont précisées par le médecin coordonnateur de l'HADALU au médecin signataire de la présente convention, à l'occasion de la première prise en charge commune d'un patient.

Le projet de soins infirmiers est formalisé par l'équipe infirmière de l'HADALU. Il comprend l'analyse de la situation du patient dans son environnement, la détermination des objectifs de soins infirmiers et actions de soins qui en découlent, ainsi qu'éventuellement l'organisation de la complémentarité entre soins infirmiers et interventions d'aide à la vie quotidienne réalisées par l'entourage ou les tierces personnes qui s'y substituent.

Le projet thérapeutique médicamenteux rend le pharmacien gérant du centre hospitalier de Lunéville

responsable des approvisionnements en produits de santé pour garantir la continuité des soins du patient durant son séjour en HADALU. La prescription en médicaments et dispositifs médicaux stériles utiles à la réalisation des soins s'appuie sur les livrets thérapeutiques validés par la Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) du centre hospitalier de Lunéville. A défaut, une alternative thérapeutique sera proposée par le pharmacien hospitalier ou le médecin coordonnateur au médecin prescripteur, en s'appuyant sur le livret des équivalences thérapeutiques validé par la COMEDIMS du Centre hospitalier de Lunéville. La dispensation des médicaments et la délivrance des dispositifs médicaux stériles par le personnel du service de pharmacie du CHL suivent les recommandations de pratiques professionnelles mises en oeuvre dans l'établissement.

En regard des interventions prévues, sont précisés et tracés dans le système d'information du centre hospitalier de Lunéville :

- les objectifs et les modalités de la prise en charge
- les professionnels responsables
- la nature et la fréquence des interventions du médecin traitant et des autres professionnels libéraux sollicités.

L'HADALU a en charge de formaliser le projet thérapeutique et le projet de soins infirmiers lors de la procédure d'admission du patient. Le médecin coordonnateur de l'HADALU s'engage à contacter le médecin signataire de la présente convention pour recueillir son avis et sa validation explicite du projet thérapeutique. Le médecin traitant s'approprie le projet thérapeutique dont il est responsable sur le plan médical.

Article 3 – Communication du projet thérapeutique du patient

Les professionnels de santé impliqués dans la mise en oeuvre du projet thérapeutique -les assistantes sociales, les diététiciennes, les infirmières, les kinésithérapeutes, les pharmaciens, les préparateurs en pharmacie et les psychologues- et sollicités pour intervenir auprès du patient sont informés du projet thérapeutique et s'approprient les objectifs de soins qui les concernent.

A cette fin, l'HADALU fait part du projet thérapeutique ainsi que le projet de soins infirmiers lors de la procédure d'admission.

L'infirmière coordinatrice les contacte pour recueillir leur avis et leur demande de valider explicitement les objectifs et actions de soins les concernant.

Article 4 - Modification du projet thérapeutique du patient

Tous les professionnels de santé sont concernés par les modifications du projet thérapeutique, du projet de soins infirmiers ou des objectifs de soins, et dans lesquels ils sont éventuellement impliqués. A ce titre, l'HADALU ou le médecin signataire de la présente convention font des propositions de modifications, notamment lors de la ré-évaluation des besoins du patient.

A charge pour le médecin coordonnateur ou l'infirmière coordinatrice de l'HADALU de les contacter pour recueillir leur avis et leur demander de valider explicitement les objectifs et actions de soins les concernant.

Article 5 - Réunion de coordination pluri-professionnelle

Une réunion de coordination hebdomadaire est organisée par l'HADALU, à laquelle participent obligatoirement le médecin coordonnateur et l'infirmière coordinatrice du service et à l'occasion de laquelle est contacté le médecin traitant.

Cette réunion a un double objectif :

- préciser le projet thérapeutique, analyser et réévaluer la pertinence des objectifs poursuivis, des actions de soins mises en oeuvre, remédier aux éventuelles difficultés de prise en charge rencontrées et s'assurer de la pérennisation de la cohérence de la complémentarité sanitaire et sociale.
- renforcer la connaissance mutuelle des intervenants et faciliter leurs relations professionnelles.

Article 6 - Dossier patient

Le médecin traitant indique dans le dossier de soins fourni par l'HADALU et qui se trouve au domicile du patient, la nature de ses interventions et notamment :

- le motif de sa visite
- les traitements prescrits
- les consultations auprès de médecins spécialistes dont il juge le recours nécessaire
- les examens demandés
- les observations particulières utiles aux autres professionnels de santé intervenant au domicile

Article 7 - Continuité des soins

Lors de l'admission du patient, le médecin coordonnateur et le médecin traitant déterminent les modalités de la permanence médicale concernant au minimum les situations suivantes :

- les absences de courte durée (formation...) et longue durée (congés...)
- la permanence des soins
- la fermeture du cabinet la nuit et le week-end
- l'impossibilité de répondre à une demande de visite durant les heures de consultation
- la signature du certificat de décès

Article 8 - Rémunération du médecin traitant

L'HADALU est responsables vis-à-vis des Caisses d'assurance maladie, de l'imputabilité de la rémunération des visites au domicile du patient hospitalisé en HADALU du médecin traitant .

Le médecin traitant facture à l'acte. Il s'appuie sur le document "relevé des visites à domicile du médecin traitant" mis à disposition par l'HADALU au domicile du patient; y figure le montant de ses honoraires établi dans le respect de la nomenclature générale des actes professionnels ou de la CNAM selon le cas.

Ce document a valeur de facture une fois le praticien identifié (cachet, date, signature), il est transmis mensuellement au Pôle Technique et Logistique du Centre hospitalier de Lunéville, dans le cas de prise en charges longues. Dans le cas contraire, le document est transmis dès la fin de la prise en charge en HAD, quelle que soit sa durée.

Articles 9 – Réglementation propre à l'HADALU

Le médecin signataire de la présente convention est informé que l'HADALU, en tant que service de soins d'un établissement de santé, est assujéti aux dispositions législatives et réglementaires appliquées aux établissements de santé et notamment à la démarche de certification des établissements de santé de la Haute autorité de santé.

Les activités de l'HADALU, service de soins du centre hospitalier de Lunéville relève du Code de la Santé Publique.

A ce titre, le médecin signataire de la présente convention accepte de participer, dans la limite de ses disponibilités et de ses responsabilité à la conception, l'élaboration et l'évaluation des règles de "bonnes pratiques" à domicile. La Commission de la qualité et de la sécurité des soins du centre hospitalier de Lunéville a la charge d'animer cette démarche.

Article 10 - Durée de la convention

La convention est annuelle. Elle peut être renouvelée par tacite reconduction sauf dénonciation

d'une des parties par lettre recommandée avec accusé de réception, adressée au plus tard trois mois avant la date d'échéance par l'une des parties à l'autre partie.

En cas d'hospitalisation en cours d'un patient au moment de la dénonciation, le médecin traitant assure la continuité des soins de ce patient pendant toute la durée de cette hospitalisation.

Article 11. Cadre établi avec le Conseil régional de l'ordre des médecins

Cette convention a fait l'objet d'une convention cadre rédigée dans les mêmes termes, approuvée par le Conseil régional de l'ordre des médecins. Après signature des parties, elles lui est transmise.

| | |
|---|-----------------------|
| Fait à Lunéville | Fait à |
| Le | Le |
| Signature du représentant du Centre hospitalier de Lunéville | Signature du Dr |

Annexe 11 : Plan de communication ouverture HADALU

PLAN DE COMMUNICATION OUVERTURE DE L'HAD

SITUATION

Le CH de Lunéville est le premier acteur de santé de l'Est de la Meurthe et Moselle, avec 28% de part de marché. Le territoire se compose de 77 000 habitants, 98 000 si on y ajoute la Communauté de Communes des Pays du Sel et du Vermois (Dombasle sur Meurthe, St Nicolas de Port...)

En 2009 l'ARS a autorisé 30 lits d'HAD sur l'Est de la Meurthe et Moselle, qui ont été affectés aux CHL fin 2011.

Ceci doit permettre d'organiser les soins autour du patient, de répondre à une attente énoncée dans la Stratégie nationale de santé et le SROS Lorraine, de compléter la filière de soins hospitaliers sur le Lunévillois, de diminuer la DMS des secteurs MCO du CHL, et de rendre plus pertinentes les hospitalisations en secteur de MCO.

L'ouverture de l'HADALU aura lieu au 1^{er} janvier 2015. Les prévisions budgétaires prévoient, à terme, une situation excédentaire, mais la réussite du projet passera notamment par les actions de communications mises en œuvre pour faire connaître l'activité et recruter la patientèle.

OBJECTIFS DE COMMUNICATION DU PROJET

- Faire connaître l'HADALU
- Faciliter le recrutement des patients
- Créer un réseau de professionnels de santé qui alimentent l'HADALU et contribuent aux soins
- Satisfaire un besoin exprimé par les patients

PARTIES IMPLIQUEES

Médecins CHL
Personnel du CHL
Médecins et Personnel de la Clinique Jeanne d'Arc
Médecin et cadres des ES St Nicolas
Médecin et cadres des ES Nancy
Usagers du CHL
Patients HAD

Établissements de santé
EHPAD – Maisons de Retraite
Etablissements médico-sociaux

Médecins libéraux + Maïeuticiens
Infirmiers libéraux
Kinésithérapeutes
Pharmacies

Population – Grand public du territoire HADALU
Tutelles
Autres : Prestataires de service (ADMR, SSIAD, oxygénothérapie, Reseaulu, IPSanté Domicile...)

OUTILS DE COMMUNICATION DISPONIBLES

| Outils | Périodicité | Cibles | + Intérêts / - Risques |
|--|----------------------|--|---|
| SUPPORTS INTERNES (sur lesquels on a la main) | | | |
| Journal Hôpital@ctu (2 Pages dédiées) | Tous les 2 mois | Personnel CHL Médecins libéraux Pharmacies ARS Mairie Directeurs d'établissement | + Donne beaucoup d'informations + Contrôle total du contenu + Établit un lien avec le destinataire - Faire coïncider fraîcheur d'information et date de parution |
| Note jointe aux fiches de paie | Tous les mois | Personnel CHL | + Distribution personnelle et rapide - Nécessite une présentation attrayante pour ne pas être jeté sans avoir été lu |
| Notes d'information (dédiée HADALU) | Libre | Personnel CHL | + Idéal pour information officielle + Rédaction et diffusion rapide - Noyé dans la masse des mails - Message impersonnel - Tout le personnel n'a pas accès |
| Courrier / Lettre | Libre | Tutelles Professionnels de Santé Directeurs d'établissement | + Possibilité de personnaliser le message en fonction du type de destinataire - Peu attrayant - Rôle informatif |
| Flyer, brochure (Flyer dédié + Boîte Domiciliné) | Libre | Patients CHL Patients HAD Patientèle des médecins libéraux Professionnels de santé Autres établissements | + Se conserve facilement (durée de vie plus longue) + Va à l'essentiel - en concurrence avec de nombreux autres supports de même type |
| Livret d'accueil HADALU (livret dédié) | Libre | Patients HADALU | + obligatoire + dédié à la prise en charge HADALU |
| Annexe au Livret d'accueil général hôpital | Libre | Patients hospitalisés au CHL | + Vu par tous les hospitalisés - Déjà 12 annexes jointes au livret |
| Chiffres clés (ajout chiffres HADALU) | Mise à jour annuelle | Tutelles, directeurs d'établissements de santé Professionnels de santé | + Impact + Document officiel régulier - Ne contiendra des chiffres HAD que pour les chiffres 2015 donc parution 2016 - Peu d'informations |
| Affiches (Affiche dédiée) | Libre | Personnel du CHL Patients Visiteurs du CHL | + Grand format, donc grande visibilité - Nécessite de la place - Information très brève devant être complétée par d'autres outils |
| Site Web (Page dédiée) | Permanent | Grand public Accessible à tous | + Longue durée de vie de l'information + Large distribution + Actualisation rapide - Ne touche pas les non initiés |
| Cartes de visite (Dédiées HADALU, Medec et Idéc) | Permanent | Professionnels de santé Patients potentiels | + Facilement transportable + Laisse une trace de passage - Peu d'informations - S'oublie facilement |
| Intranet | Permanent | Personnel du CHL | + Quantité d'information illimitée |

| | | | |
|--|---------------|--|--|
| (espace dédié HADALU) | | | - Impact incertain |
| Marquage véhicule (véhicule HADALU) | Permanent | Population du territoire HADALU | + Facile + Permanent - Impact ? |
| Ecran et chaîne télé dédiée CHL (à prévoir au marché de renouvellement de l'offre, juin 2015) | Installation | | + diffusion sur toutes les TV (chambres, salles d'attente, hall...) + ludique + Impact - Information volatile |
| OUTILS EXTERNES (sur lesquels on n'a pas la main) | | | |
| Vidéo (réalisée par la mairie) | / | Grand public (Visiteurs du Site Web du CHL) | + Image de modernité + Ludique - Exige un travail important et soigné - Dépend de la disponibilité de la Ville |
| Télévision locale (FR3, M6) | / | Grand public (Editions Nancy) | + Source d'information importante + Force de l'image - Information volatile - Pas de contrôle du montage final |
| Radio | / | Grand public | + Liberté d'expression + Média intimiste permettant l'échange, la conversation - Information volatile |
| Journal Lunéville à Lire | Tous les mois | Population de Lunéville | + Outil qui rentre dans l'intimité de la population de Lunéville (reçu à domicile) + Se conserve facilement (durée de vie plus longue) - Être en phase avec les délais imposés par la Ville |
| Presse locale écrite (Est Républicain) | / | Population Lunévilloise | + Informations conservables facilement + Média local assez lu - Fondu dans la masse des autres contenus |
| Presse Nationale HAS | / | Professionnels de santé en France | + Image du CHL - impact local |
| ÉVÉNEMENTIEL | | | |
| Réunions d'information / Conférence (Diaporama de présentation) | Libre | Professionnels de santé | + Mobilise + Permet les échanges - Chronophage |
| Rencontres individuelles (Dr Trevisan / Médecins libéraux) | Libre | Médecins libéraux | + Crée des liens avec les médecins + Information personnalisée + Permet les échanges et la remise de documents - Très chronophage |
| Journées à thème | À définir | Grand public | + Permet un échange entre intervenants HAD et public - Requiert la disponibilité des intervenants sur une journée complète + préparation |

PROPOSITION D'ACTIONS DE COMMUNICATION

| CIBLES | OUTILS | Détails Composition | QUAND |
|------------------|--|--|---|
| Médecins CHL | Hôpital@ctu (N°5 – Déc 2014 sur les Coopérations : 2 pages intérieures HAD) (Rédaction MS, suite à échanges avec DT et ED) | Rôle HADALU, Équipe, fonctionnement, prescripteurs, avantages pour les patients | Réal. : oct. 2014 Diff. : 1er déc. 2014 |
| | Présentation en Comité Médical d'Étb / Diaporama (par ED et DT) | Fonctionnement HADALU, rôle corps médical, procédure pour adresser patient | 17 oct 2014 |
| | Réunion de présentation et d'échange sur l'HADALU + Diaporama (par ED et DT) (salle polyvalente pré-reservée aux 4 dates restants dispos en novembre) | Explications fonctionnement HADALU Leur rôle dans le recrutement de la patientèle Échange avec l'ensemble du personnel | 14,17,21 ou 27 nov. 2014 (2 dates à fixer) |
| | Note d'information de la Direction (par JG) | Informations générales HADALU avant son ouverture officielle (responsabilités, missions, calendrier...) | Dec. 2014 |
| | Chiffres clés 2015 (par MS et DL) | Nb de places, nb de patients pris en charge, nombre de journées, DMS | parution 2016 |
| | Intranet : dossier dédié HADALU (par membres HADALU) | Regroupera les différents supports de présentation existants sur l'HADALU | |
| | Boîte Domiciline (réalisation MS, après échanges avec DT et ED) | Objectifs/Missions HADALU, équipe, pathologies concernées, déroulement prise en charge, territoire, coordonnées, avantages orienter vos patients vers HADALU | |
| Personnel du CHL | Invitations des cadres et médecins, qui peuvent proposer à leur personnel de les accompagner à la réunion. Réunion de présentation et d'échange sur l'HADALU + Diaporama (par ED et DT) (salle polyvalente pré-reservée aux 4 dates restants dispo en novembre) | Explications fonctionnement HADALU Leur rôle auprès des patients (information, détection patient potentiel...) Échange avec l'ensemble du personnel | 14,17,21 ou 27 nov. 2014 (2 dates à fixer) |
| | Note d'information de la Direction (par JG) | Informations générales HADALU avant son ouverture officielle (responsabilités, missions, calendrier...) | Dec. 2014 |
| | Hôpital@ctu (N°5 – Déc 2014 sur les Coopérations : 2 pages intérieures HAD) (Rédaction MS, suite à échanges avec DT et ED) | Rôle HAD, Équipe, fonctionnement, prescripteurs, avantages pour les patients | Réal. : oct. 2014 Diff. : 1er déc. 2014 |
| | Intranet : dossier dédié HADALU (par membres HADALU) | Regroupera les différents supports de présentation existants sur l'HADALU | Permanent |
| | Présentation en CTE, CHSCT / Diaporama (par ED et DT) | Fonctionnement HADALU | 2 et 9 octobre |

| | | | |
|---|---|---|--|
| Usagers du CHL Hospitalisés | Annexe au livret d'accueil (Réalisation MS, après échanges avec DT et ED) | Présentation succincte de l'HADALU Missions, pathologies prise en charge <i>Si vous pensez entrer dans les critères, parlez-en à votre médecin</i> | Diff : 1er janvier 2015 (attention délai entre assemblage livret par le standard et distribution dans les services) |
| | Chaîne TV CHL dans les chambres (sous réserve installation) (Alimentée par MS) | Vidéo HADALU : Reportage sur un patient pris en charge en HADALU, femme enceinte par exemple (réalisée par la Mairie sous réserve acceptation demande) | Juill 2015 |
| Usagers du CHL Consultants / Visiteurs | Dépliant dans les salles d'attente et lieux d'accueil (Réalisation MS, après échanges avec DT et ED) | Qu'est ce que l'HAD, qui peut en bénéficier, qui prescrit, déroulement prise en charge, coordonnées | (Dépliants imprimés pour le 30 oct. 2014) Diffusion 1er janvier |
| | Affiche 40 x 60 dans les salles d'attente et lieux d'accueil (Réalisation MS, après échanges avec DT et ED) | Informé de l'existence de la prise en charge en HADALU (pas de détails sur fonctionnement, doit juste susciter l'intérêt de se renseigner) | Janv 2015 |
| Patients HADALU | Livret d'accueil du patient HADALU + pochette (Réalisation MS, après échanges avec DT et ED) <i>Étudier circuit : diffusion livret et récupération questionnaire</i> | Comment va se passer leur prise en charge Présentation HADALU, déroulement séjour, intervenants, droits, charte, questionnaire satisfaction, coordonnées, territoire couvert (+ éléments obligatoires, voir arrêté relatif aux livrets d'accueil) | (Dépliants imprimés pour le 30 oct. 2014) Diffusion 1er janvier |
| | Cartes de Visite (Réalisation MS, après échanges avec DT) | Coordonnées interlocuteurs HADALU | Oct 2014 |
| | Marquage véhicules (x3) (par MS après validation ED et DT) | Identité visuelle pour reconnaître le véhicule qui se présente à domicile | Déc 2014 |
| Médecins CJA + soignants | Réunion de présentation HADALU (par Dr Trevisan) à la Clinique (Pot ?) | Fonctionnement HADALU, rôle corps médical et soignants, procédure pour adresser patient | Semaine 47 ou 48 Nov 2014 |
| | Courrier invitation (par JG et DP) | Invitation réunion de présentation HADALU | (envoi invit. 3 nov) |
| | Dépliant (joint au courrier ci dessus) + remis main propre réunion de présentation (Réalisation MS, après échanges avec DT et ED) | Qu'est ce que l'HAD, qui peut en bénéficier, qui prescrit, déroulement prise en charge, coordonnées | (envoi invit. 3 nov) |
| | Boîte Domiciliné (remis en main propre lors de la réunion de présentation) (réalisation MS, après échanges avec DT et ED) | Objectifs/Missions HADALU, équipe, pathologies concernées, déroulement prise en charge, territoire, coordonnées, avantages orienter vos patients vers | Nov 2014 |

| | | | |
|---|---|--|--|
| | | HAD | |
| | Carte de Visite (distribuées lors de la réunion) (Réalisation MS, après échanges avec DT) | Coordonnées interlocuteurs HAD | Nov 2014 |
| Médecins ES St Nicolas de Port + soignants | Réunion de présentation HAD (par Dr Trevisan) à St Nicolas de Port (pot ?) | Fonctionnement HAD, rôle corps médical et soignants, procédure pour adresser patient | Début Avril 2015 |
| | Courrier invitation (par JG et DP) | Invitation réunion de présentation HADALU | Mars.2015 |
| | Dépliant (joint au courrier ci dessus) + remis main propre réunion de présentation (Réalisation MS, après échanges avec DT et ED) | Qu'est ce que l'HAD, qui peut en bénéficier, qui prescrit, déroulement prise en charge, coordonnées | Mars.2015 |
| | Boite Domiciliné (remis en main propre lors de la réunion de présentation) (réalisation MS, après échanges avec DT et ED) | Objectifs/Missions HADALU, équipe, pathologies concernées, déroulement prise en charge, territoire, coordonnées, avantages orienter vos patients vers HAD | Début Avril 2015 |
| | Carte de Visite (distribuées lors de la réunion) (Réalisation MS, après échanges avec DT) | Coordonnées interlocuteurs HAD | Début Avril 2015 |
| Établissements de santé (Directeurs et PCME Territoire HAD) | Courrier (par JG et DP) | Annonce ouverture HAD | 1er dec 2015 |
| | Dépliant (joint au courrier ci dessus) (Réalisation MS, après échanges avec DT et ED) | Qu'est ce que l'HAD, qui peut en bénéficier, qui prescrit, déroulement prise en charge, coordonnées | 1er dec 2015 |
| | Courrier (par JG et DP) | Peuvent adresser leurs patients en HAD, comment s'y prendre | 2016 |
| | Boite Domiciliné (joint au courrier ci dessus) (réalisation MS, après échanges avec DT et ED) | Objectifs/Missions HADALU, équipe, pathologies concernées, déroulement prise en charge, territoire, coordonnées, avantages orienter vos patients vers HAD | 2016 |
| | Chiffres clés 2015 (par MS et DL) | Nb de places, nb de patients pris en charge, nombre de journées, DMS | Parution 2016 |
| | Hôpital@ctu (N°5 – Déc 2014 sur les Coopérations : 2 pages intérieures HAD) (Rédaction MS, suite à échanges avec DT et ED) | Rôle HAD, Équipe, fonctionnement, prescripteurs, avantages pour les patients | Réal. : oct. 2014 Diff. : 1er déc. 2014 |
| EHPAD – Maisons de Retraite Établissements médico-sociaux (Directeurs des établissements) | Courrier (par JG et DP) | Annonce ouverture HAD | 1er dec 2015 |
| | Dépliant (joint au courrier ci dessus) (Réalisation MS, après échanges avec DT et ED) | Qu'est ce que l'HAD, qui peut en bénéficier, qui prescrit, déroulement prise en charge, coordonnées | 1er dec 2015 |

| | | | |
|--|---|---|--|
| | Courrier (par JG et DP) | Peuvent adresser leurs patients en HAD, comment s'y prendre | 2017 |
| | Boite Domiciliné (joint au courrier ci-dessus) (réalisation MS, après échanges avec DT et ED) | Objectifs/Missions HADALU, équipe, pathologies concernées, déroulement prise en charge, territoire, coordonnées, avantages orienter vos patients vers HAD | 2017 |
| Médecins libéraux et Maïeuticiens du territoire HADALU | Courrier (par JG et DP) | Annonce l'ouverture d'une HAD et invite aux réunions d'information | 3 nov 2014 |
| | Dépliant (joint au courrier ci-dessus) + distribué lors des réunions de présentation et des rencontres individuelles) (Réalisation MS, après échanges avec DT et ED) | Qu'est ce que l'HAD, qui peut en bénéficier, qui prescrit, déroulement prise en charge, coordonnées | 3 nov 2014 |
| | Réunion d'information (Salon des Halles) (par JG, DP, ED, DT, Demander s'il souhaitent prendre la parole : ARS, Maire) | Peuvent adresser leurs patients en HAD, comment s'y prendre Peuvent être sollicités pour se rendre en consultation chez les patients | Jeudi 27 nov 19h Mardi 2 décembre 19h |
| | Boîtes Domiciliné (distribuées lors des réunions de présentation et des rencontres individuelles) (réalisation MS, après échanges avec DT et ED) | Objectifs/Missions HADALU, équipe, pathologies concernées, déroulement prise en charge, territoire, coordonnées, avantages orienter vos patients vers HAD | |
| | Rencontres individuelles avec les Médecins libéraux - maïeuticiens, à leur cabinet (par DT) | Présenter l'HAD et inciter à adresser des patients | 1er trimestre 2015 |
| | Cartes de visite (distribuées aux rencontres) (Réalisation MS, après échanges avec DT) | Coordonnées interlocuteurs HAD | |
| | Chiffres clés 2015 (par MS et DL) | Nb de places, nb de patients pris en charge, nombre de journées, DMS | Parution 2016 |
| | Hôpital@ctu (N°5 – Déc 2014 sur les Coopérations : 2 pages intérieures HAD) Médecins libéraux uniquement dans liste de diff actuelle (Rédaction MS, suite à échanges avec DT et ED) | Rôle HAD, Équipe, fonctionnement, prescripteurs, avantages pour les patients | Réal. : oct. 2014 Diff. : 1er déc. 2014 |
| Pharmacies du territoire HADALU | Courrier (par JG et DP) | Annonce ouverture HAD | Nov 2014 |
| | Dépliant (joint au courrier ci-dessus) (Réalisation MS, après échanges avec DT et ED) | Qu'est ce que l'HAD, qui peut en bénéficier, qui prescrit, déroulement prise en charge, coordonnées | |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | Chiffres clés 2015 (par MS et DL) pour les pharmacies uniquement (dans la liste d'envoi actuelle) | Nb de places, nb de patients pris en charge, nombre de journées, DMS | Parution 2016 |
| | Hôpital@ctu (N°5 – Déc 2014 sur les Coopérations : 2 pages intérieures HAD) (Rédaction MS, suite à échanges avec DT et ED) | Rôle HAD, Équipe, fonctionnement, prescripteurs, avantages pour les patients | Réal. : oct. 2014 Diff. : 1er déc. 2014 |
| Infirmiers , Kinés, du territoire HADALU | Courrier (par JG et DP) | Annnonce ouverture HAD | Nov 2014 |
| | Dépliant (joint au courrier ci-dessus) (Réalisation MS, après échanges avec DT et ED) | Qu'est ce que l'HAD, qui peut en bénéficier, qui prescrit, déroulement prise en charge, coordonnées | |
| Population du territoire HADALU | Page dédiée sur Site Web CHL (Réalisation MS, après échanges avec DT et ED) | News : Annonce ouverture Page dédiée : Présentation de l'activité Page d'accueil : Vidéo (réalisée par la Ville) | Nov 14 |
| Grand public | Article dans la presse locale (Interview ED DT par Est Républicain) | Annnonce ouverture Présentation de l'activité | Janv 2015 |
| | Article dans Lunéville à Lire (Interview ED DT par Journaliste Mairie) | Annnonce ouverture, missions, coordonnées | Dec 2014 |
| | Article Presse nationale HAS (Interview JG, DP, DT) | Avantages de l'HAD Cas particulier du CHL | 2e semestre 2015 |
| | Marquage véhicules x3 (par MS après validation ED et DT) | Identité visuelle HADALU, informe de son existence | Janv 2015 |
| | Encart de présentation (envoyé aux mairies avoisinantes pour diffusion dans le journal de la commune) (Réalisation MS, après échanges avec DT et ED) | Annnonce ouverture, missions, coordonnées | Janv 2015 |
| | Radios (Interview DT) | Interview DT pour présenter l'HADALU | 1er semestre 2015 |
| | Télévision Locale (Interview JG, DT, patient HAD) | Interview JG (politique établissement HAD) et DT pour présenter l'HADALU + Reportage patient | 1er semestre 2015 |
| Tutelles (ARH, ARS, HAS, Mairie, Sous préf., Représ. Usagers à définir ..) et autres (partenaires de service : ADMR, SSIAD, IPSanté Domicile, oxygénothérapie, Maison des Réseaux..... à définir ..) | Courrier rédigé (par JG) | Annnonce ouverture | Déc 2014 |
| | Dépliant (joint au courrier ci-dessus) (Réalisation MS, après échanges avec DT et ED) | Qu'est ce que l'HAD, qui peut en bénéficier, qui prescrit, déroulement prise en charge, coordonnées | Déc 2014 |

Annexe 12 : Supports de communication (non exhaustif)

Outils de Communication HADALU

Boîte " Domiciline 30 "

Pour les médecins et maéuticiens libéraux et des autres établissements de santé

The image displays a variety of communication tools for Domiciline 30. On the left, there is a pink and orange box with a QR code and the HADALU logo. Below it is a larger box with the text "Domiciline 30" and "INDICATIONS". To the right, there is a patient information leaflet titled "Domiciline 30" and a form with a header "Domiciline 30" and a section "Médicament à usage oral". A cluster of red, white, and blue capsules is shown to the right of the form. At the bottom right, there is a grid of four informational cards with titles "Efficacité", "Médicament", "Médicament de prescription", and "Avantages".

Outils de Communication HADALU

Dépliant HADALU Grand public et professionnels

HADALU
des réponses pour vous

- une assistance et des renseignements la consultation de l'hôpital en charge du patient
- des spécialistes (généraliste, cardiologue, pneumologue, gastroentérologue, diabétologue, pédiatre) en permanence, disponibles à domicile
- une équipe pluriprofessionnelle (médecin et infirmière) régulièrement formés de soins de patients professionnels ainsi que nos médecins hospitaliers

des réponses pour vous

- une proximité avec l'entourage familial
- des soins personnalisés dans le confort de votre domicile
- une permanence des soins
- une prise en charge personnalisée et adaptée de l'accompagnement médical
- une coordination efficace de tous les intervenants autour du patient

HADALU
Hospitaller à Domicile du Languedoc
Centre Hospitalier de Lunelville
1 Rue Condal
34 500 LUNELVILLE
Tel : 03 83 76 14 13
Fax : 03 83 76 14 17

HADALU
Soigner à Domicile

L'hôpital à la maison

Que est-ce que l'HADALU ?

Le Centre Hospitalier de Lunelville propose un service innovant de soins à domicile pour ses patients. Ce service est destiné à accompagner les personnes souffrant de maladies chroniques, à domicile, afin d'améliorer leur qualité de vie et de leur permettre de rester à domicile.

Pour nous contacter

Forme de téléphone
24h/24 et 7j/7
03 83 76 14 13
Fax : 03 83 76 14 17
Courriel : hadalu@ch-lunelville.fr

Soigner à la maison
à l'hôpital à la maison
des réponses pour vous

Qui intervient ?

Le service HADALU est composé de deux équipes de spécialistes, à savoir les médecins et les infirmières, les pharmaciens et les aides-soignants.

Qui peut en bénéficier ?

Le service HADALU est destiné aux patients souffrant de maladies chroniques, à domicile, afin d'améliorer leur qualité de vie et de leur permettre de rester à domicile.

Qui prescrit ?

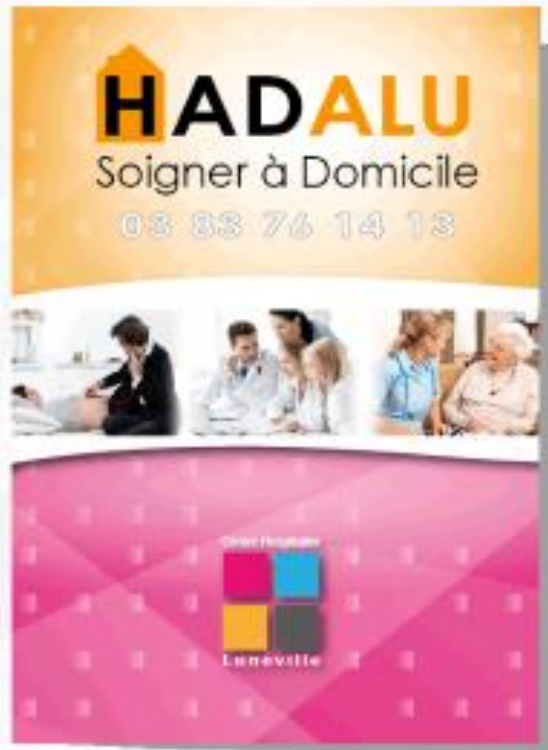
Le service HADALU est destiné aux patients souffrant de maladies chroniques, à domicile, afin d'améliorer leur qualité de vie et de leur permettre de rester à domicile.



Outils de Communication HADALU

Pochette et Livret d'accueil patient HADALU

Patients HADALU



Annexe 13 : Exemple de document de synthèse à destination des médecins exerçant en service MCO

| | |
|---|---|
| CHL - HADALU | 01 décembre 2014 |
|  | Orientation des patients vers une hospitalisation à domicile à partir d'un service de Médecine |

1. Critères d'inclusion :

- a. Accord formel du patient et/ou de son entourage
- b. Consentement du médecin traitant pour une prise en charge en HAD
- c. Motif d'HAD conforme aux **modes de prise en charge** définis par l'HAS
- d. Entourage présent afin de remplir les conditions de sécurité et de confort de la prise en charge
- e. Logement présentant le minimum technique préalable à une HAD
- f. Patient résidant sur le territoire d'intervention de l'HADALU

2. Critères d'exclusion

- a. Non-respect des critères cités ci-dessus
- b. Patient instables, nécessitant une surveillance continue en hospitalisation conventionnelle
- c. Traitement par molécules onéreuses non remboursées en sus de la T2A (relatif)
(Apokinon®, Foscavir®, Afinitor®...)

3. Modes de prise en charge (MP) : généralités

| Code | Libellé des MP [Ancien libellé avant 2012]* | MPP | MPA |
|------|---|-----|-----|
| 00 | Pas de mode de prise en charge associé [Pas de protocole associé]** | - | X |
| 01 | Assistance respiratoire | X | X |
| 02 | Nutrition parentérale | X | X |
| 03 | Traitement intraveineux | X | X |
| 04 | Soins palliatifs | X | X |
| 05 | Chimiothérapie anticancéreuse [Chimiothérapie]* | X | X |
| 06 | Nutrition entérale | X | X |
| 07 | Prise en charge de la douleur | X | X |
| 08 | Autres traitements | X | X |
| 09 | Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) [Pansements complexes et soins spécifiques]* | X | X |
| 10 | Post traitement chirurgical | X | X |
| 11 | Rééducation orthopédique | X | X |
| 12 | Rééducation neurologique | X | X |
| 13 | Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse [Surveillance post chimiothérapie]* | X | X |
| 14 | Soins de nursing lourds | X | X |
| 15 | Education du patient et de son entourage | X | X |
| 17 | Surveillance de radiothérapie [Radiothérapie]* | X | X |
| 18 | Transfusion sanguine | X | X |
| 19 | Surveillance de grossesse à risque | X | X |
| 20 | Retour précoce à domicile après accouchement (RPDA) [Post partum physiologique]* | X | X |
| 21 | Post partum pathologique | X | X |
| 22 | Prise en charge du nouveau-né à risque [Prise en charge du nouveau-né]* | X | - |
| 24 | Surveillance d'aplasie | X | X |
| 25 | Prise en charge psychologique et/ou sociale | - | X |
| 26 | Traitement intraveineux, un seul passage quotidien | - | - |
| 27 | Éducation du patient ou de son entourage chez un enfant ou un adolescent de moins 18 ans | - | - |
| 28 | Prise en charge psychologique ou sociale chez les patients de moins de 18 ans | - | - |

4. Modes de prise en charge (MP) : orientation dans un service de Médecine

a. MP pouvant justifier une HAD à eux seuls :

- **Assistance respiratoire :**
 - Oxygénothérapie, aérosols (nécessite un motif associé)
 - Ventilation mécanisée (ne concerne pas les appareillages CPAP) :
 - Exacerbation sévère BPCO avec échec sevrage VNI
 - Overlap syndrome (BPCO + SAOS = hypercapnie = VNI plutôt que PPC)
 - Muccovicirose (hypoventilation nocturne, attente transplantation...)
 - Maladies neuromusculaires

- **Traitement intraveineux** (nécessite plusieurs passages infirmiers quotidiens)
 - Antibiothérapie, en particulier chez patients avec comorbidités (patients âgés, insuffisants rénaux, diabétiques...)
 - Antiviraux systémiques (HSV chez patient immunodéprimé, fin de traitement d'une méningo-encéphalite herpétique...)

- **Soins palliatifs**
 - Idéalement document attestant de la prise en charge palliative (RCP, CR spécialiste, LATA, directives anticipées...)
 - Nécessite un minimum de soins techniques, ou une association avec un autre MP (sinon relève plutôt d'un réseau de SP) : nursing, oxygénothérapie, antalgiques IV, Hypnovel®...

- **Prise en charge de la douleur**
 - Si seul motif d'HAD, **nécessite un injecteur programmable** (S.A.P, PCA)
 - Voie IV (périphérique ou centrale), péri nerveuse (bloc sensitif), péri-médullaire
 - EX : - Pancréatite aiguë non compliquée sous Acupan® IVSE
- PCA morphine, Oxynorm®

- **Pansements complexes**
 - Intervention **pluriquotidienne ou >30min journalière**
 - Thérapie par pression négative (Renasy® , PICO®)
 - EX : escarres, ulcères variqueux étendus ou multiples, complications de stomies, kystes pilonidaux...

- **Autres traitements**
 - Ponctions d'ascite
 - Drainages pleuraux (cathéters tunnelisés, PleurX®)

- **Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse**
 - Diagnostic, traitement et surveillance des **effets secondaires inhabituels et intenses à court terme** d'une chimiothérapie anticancéreuse hospitalière
 - Soins de cathéters, surveillance infectieuse, nutritionnelle...

- **Surveillance d'aplasie**
 - Diagnostic, traitement et surveillance des pathologies induites, infectieuses en particulier

b. MP nécessairement associés

- **Assistance respiratoire :**
 - Oxygénothérapie, aérosols

- **Nutrition parentérale et entérale**
 - Nutrition parentérale :
 - sur VVC et pompe programmable
 - débutée en établissement de santé
 - prescription initiale pour durée ≥ 14 jours

 - Nutrition entérale avec éducation du patient et de son entourage

- **Soins de nursing lourds**
 - Définis comme des **soins de nursing quotidiens $\geq 2h$**

 - Comprend les éventuels aérosols (comptabilisé comme 15min de nursing chacun)

 - Comprend les éventuelles aspirations trachéales

- **Prise en charge de la douleur**
 - MP associé en l'absence d'un injecteur programmable

- **Surveillance de radiothérapie**
 - Surveillance des effets secondaires immédiats (dermites, mucites, troubles hématologiques, antalgie...)

 - Surveillance nutritionnelle

c. Cas particuliers

- **Chimiothérapie anticancéreuse :**
 - Examens cliniques, biologiques, **préalables** à la chimiothérapie
 - Administration et surveillance **au domicile**
 - Voie PO autorisée pour les traitements réservés à l'usage hospitalier
 - Surveillance et traitement des effets secondaires durant l'administration
- **Transfusion sanguine**
 - Exceptionnel, nécessite la « disponibilité d'un médecin transfuseur pouvant intervenir à tout moment »
 - A envisager ultérieurement dans les EHPAD dépendant du CHL?
- **Rééducation neurologique (et orthopédique)**
 - Prise en charge de kinésithérapie (principalement), ergothérapie, orthophonie, psychologie...
 - **Projet thérapeutique spécifique** élaboré par l'équipe prescriptrice
 - Ex : post-AVC, poussée (ou évolution) d'une SEP...
 - Reste habituellement dans les suites d'une structure type MPR ou SSR

d. Cas particulier des patients provenant d'un EHPAD

Seuls les modes de prise en charge suivants justifient à eux seuls une HAD en EHPAD (les autres devant être associés) :

- **Traitement intraveineux**
- **Soins palliatifs**
- **Prise en charge de la douleur**
- « **Autres traitements** » : généralement ponction ascite
- **Autres** : chimiothérapie, transfusion sanguine, surveillance d'aplasie

5. En pratique

- La sortie en HAD est idéalement programmée 48-72h avant la sortie du patient (elle peut être programmée en amont de l'hospitalisation)
- Le praticien hospitalier est le médecin prescripteur de l'HAD.
- Le médecin prescripteur s'engage à favoriser la réhospitalisation du patient dans le service si la situation au domicile le nécessitait (sous réserve de troubles pouvant être pris en charge dans ce service)
- Recueillir l'accord du patient/entourage et du médecin traitant pour une éventuelle HAD (anticiper et prévenir la famille que nécessité de visite rapide du domicile)
- Contacter l'HADALU jusqu'à 17h au :
03.83.76.14.13 (IDEC)
03.83.76.14.34 ou 06.35.23.11.77 (Med.Co)
- Remplir la fiche de demande d'admission à faxer au 03.83.76.13.55 (ou à remettre lors du passage de l'équipe HADALU dans votre service)
- Visite au chevet du patient et précision du projet thérapeutique avec l'équipe prescriptrice
- Visite du domicile avec la famille
- Installation du matériel nécessaire au domicile en prévision de la sortie

NB : - La saisie du plan de soins dans le logiciel **anthADine** (soins infirmiers, nursing, kiné...) ainsi que des prescriptions médicamenteuses est réalisée par l'équipe HADALU

- La commande du matériel nécessaire au domicile est réalisée par l'équipe HADALU

Annexe 14 : Stratégie de progression dans le recrutement des patients

STRATÉGIE DE PROGRESSION DANS LE RECRUTEMENT DES PATIENTS EN HADALU

Réunion du 06 août 2014 – Salle des Pavots

Présents

D Trévisan, M About, I Berquand, C Laviaille, O Ferry, E Dufay
D Rosa : excusé

La règle adoptée

Un objectif : le respect du cadre budgétaire établi

Un préalable : patients éligibles à l'HAD selon les critères d'éligibilité qui correspondent aux 31 modes de prise en charge principaux (MPP) de l'HAD

Sont retenus 3 critères pour organiser la progression dans le recrutement :

- le mode de recrutement décliné en prenant en compte la source de prescription :
 - ES = médecins des établissements de santé
 - MédLib = médecins libéraux et les maïeuticiens
 - EHPAD = médecins des établissements pour hébergement de personnes âgées dépendantes
- le lieu de résidence du patient décliné en :

| | | |
|--------------------|-------------|--------------------|
| - Baccarat | Badonviller | Blamont |
| - Blainville | Bayon | Cirey |
| - Dombasle | Einville | Gerbeviller |
| - Lunéville | Rosières | St Nicolas du Port |
| - p-LU:< 5km | P-LU:<20 km | PP-LU: >20 km |
- l'appartenance à un Groupe homogène de tarification (GHT) avec répartition en 3 classes :
 - Classe A GHT 15 [280,57€] à GHT 31 [538,84€]
 - Classe B GHT 10 [199,85€] à GHT 14 [264,40€]
 - Classe C GHT 1 [54,41€] à GHT 9 [183,64€]
 - Il existe des GHT * : ils correspondent à des GHT ayant un rapport recettes/dépenses très favorable. Ces GHT* sont à privilégier dans le recrutement (cf liste)

L'objectif est d'obtenir 552 000€ de recettes (502 200€ de dépenses + 10% de marge de sécurité) qui pourraient se répartir comme suit (une orientation et non un requis) :

- | | |
|---|----------|
| - 30% de GHT de classe A soit 1200JH à 280€ = | 336 000€ |
| - 30% de GHT de classe B soit 1200JH à 200€ = | 240 000€ |
| - 30% de GHT de classe C soit 1200JH à 54€ = | 64 800€ |
- soit un total minimum de 576 000€ avec un taux d'occupation de 60% - en recrutant parmi les classes A B qui représentent à elles deux, les 2/3 des GHT
 - soit un total minimum de 640 800€ avec un taux d'occupation de 100% - A B C

Le tableau ci-après proposé à la réflexion du groupe de travail, a permis de déterminer la stratégie de recrutement avec un consensus médical.

La stratégie sera soumise pour validation au Directeur du CHL.

| N° | Période | Mode de recrutement | Lieu de résidence | Classe |
|---|---|--|--|--------|
| 1 | 1er janvier 2015 au 29 février 2015 | ES Lunéville | LU - pLU | A B |
| <p>L> Démarrer au plus facile avec les médecins du CHL et CJA pour des patients de très haute proximité pour s'approprier l'organisation de la prise en charge des patients en HAD</p> | | | | |
| 2 | 1er mars 2015 au 30 avril 2015 | ES Lunéville MedLib Lunéville MedLib p-Lunéville | LU - pLU | A B |
| <p>L> Intégrer les médecins libéraux pour s'approprier un nouveau mode de recrutement A partir du point 3, le calendrier peut s'accélérer car l'organisation est acquise et/ou parce qu'il faut augmenter le recrutement de patients pour maîtrise du budget</p> <p><i>Engager la réflexion sur la contractualisation de prestation de nursing avec l'HADALU</i></p> | | | | |
| 3 | 1er mai 2015 au 30 sept 2015 | Point 2 + ES St Nicolas MedLib St Nicolas MedLib Dombasle MedLib Varangéville | LU - pLU – SNP- pSNP – DOM – pDOM | A B C |
| <p>L> Etendre le processus à plus de médecins (libéraux et de l'ES St Nicolas de Port) et aux maieuticiens ainsi que le type de prise en charge (extension à la classe C) pour lisser le travail et éviter la surcharge de travail associées aux types A et B avec extension ciblée du territoire</p> <p>Cibler un territoire au plus proche et au plus peuplé (≈ 50 000 habitants) et d'accès facilité par le réseau routier avec un nombre réduit de médecins limité à ceux exerçant dans les ES</p> <p><i>Engager la réflexion sur l'accroissement du personnel de l'HADALU secrétaire et aide-soignantes</i></p> | | | | |
| 4 | 1er janvier 2016 au 29 février 2016 | Point 3 + ES Nancy | LU - pLU – SNP- pSNP – DOM – pDOM PLU | A B C |
| <p>L> Etendre le processus aux ES de Nancy qui représentent 50% de l'hospitalisation des Lunévillois CHU de Nancy, Pasteur, ILC, E Gallé, Maternité, Majorelle, Gentilly, etc... tout en accroissant le territoire dans un rayon de moins de 20km autour de Lunéville soit Arracourt, Bayon, Gerbeviller, Varangeville</p> <p><i>Engager la réflexion sur la contractualisation de prestation de soins infirmiers avec l'HADALU</i></p> | | | | |
| 5 | 1er mars 2016 au 30 avril 2016 | Point 4 + MedLib Sommerviller Einville, Mont, Blainville, Bayon, Damelevières, Gerbeviller, St Clément Bénaménil | LU - pLU – SNP- pSNP – DOM – pDOM PLU | A B C |
| <p>L> Etendre le processus à plus de médecins libéraux dans un rayon de moins de 20km ce qui se fait sans extension du territoire</p> <p><i>Intégrer les MedLib au plus près en termes de délai du point 4</i> <i>Engager la réflexion sur le déploiement de l'HAD et évaluer l'impact financier</i></p> | | | | |
| | | | | |

| | | | | |
|--|-------------------------------------|---------------------------------------|--|-------|
| | | | | |
| 6 | 1er sept 2016 | Tous les ES Tous les MedLib | Lu – pLU – PLU - PPLU | A B C |
| <p>L> <i>Etendre le processus à tous les ES et les médecins libéraux et maieuticiens sur tout le territoire identifié pour l'HADALU</i></p> <p><i>Engager la réflexion sur le déploiement de l'HAD en EHPAD et évaluer l'impact financier</i></p> | | | | |
| 7 | 1er janvier 2017 ou plus tard | Point 6 + EHPAD du GHÉL | Lu – pLU – PLU - PPLU | A B |
| <p>L> <i>Etendre le processus aux EHPAD du Groupe Hospitalier de l'Est Lorraine soit St Charles et Stanislas de Lunéville et les Ehpads de 3HSanté</i></p> <p><i>Engager la réflexion sur l'intérêt des antennes d'HAD</i></p> | | | | |
| 8 | 2017 | Point 7 + Tous les EHPAD | Lu – pLU – PLU - PPLU | A B |
| <p>L> <i>Etendre le processus à tous les EHPAD</i></p> <p><i>Engager impérativement les enquêtes de satisfaction pour prévoir le point 9</i></p> | | | | |
| 9 | 2017 | Point 8 + ES MedLib EHPAD | Lu – pLU – PLU – PPLU Et hors territoire du Lunévillois | A B C |
| <p>L> <i>Prospecter hors territoire du Lunévillois puisqu'il n'existe pas de sectorisation de l'HAD</i></p> | | | | |

Annexe 15 : Fiche mémo « tenue du dossier patient en HAD »



Bonne tenue du dossier patient selon la Haute autorité de santé

- Document médical justifiant l'admission en HAD
- Éléments relatifs à la pré-admission renseignés : ATCD, pathologie à l'origine de la PEC, évaluation de la dépendance, évaluation sociale
- Demande de PEC en HAD faite par le médecin traitant ou l'accord du médecin traitant pour la PEC en HAD
- Accord du patient ou de son entourage pour sa prise en charge en HAD
- Les intervenants sont tracés dans le projet de soins (IDE, Kiné...) avec les interventions à réaliser, ainsi que la fréquence ou le nombre d'interventions
- Prescriptions médicamenteuses nécessaires au démarrage de la prise en charge datées de moins de 48h ou trace que le patient n'a pas de traitement
- Prescriptions médicamenteuses pendant le séjour : identité du patient, date de prescription, signature du médecin, médicaments (dénomination, dosage, posologie, voie d'administration, durée)
- Responsable(s) de la préparation des médicaments identifié(s) et tracé(s)
- Responsable(s) de l'administration des médicaments identifié(s) et tracé(s)
- Évaluation de la dépendance par une échelle détaillée réalisée dans les 7 jours
- Trace d'au moins une réunion pluri-professionnelle au cours du séjour
- Transmission des informations assurant la continuité des soins à la sortie en cas de transfert ou de mutation (fiche de liaison IDE)
- Courrier ou compte-rendu d'hospitalisation complet : identité du médecin destinataire, dates de séjour, synthèse du séjour et daté de moins de 8 jours après la sortie
- Dépistage des troubles nutritionnels réalisé par une mesure du poids entre la pré admission jusqu'aux 7 jours, une autre mesure du poids dans les 15 jours suivant la 1ère mesure et mention de variation du poids avant l'admission notés dans le dossier
- Évaluation de la douleur au moyen d'une échelle et notée dans le dossier (1 fois pour le patient non algique, au moins 2 fois pour le patient algique)
- Traçabilité du risque d'escarres : évaluation réalisée entre la pré admission jusqu'aux 7 jours suivant l'admission au moyen d'une échelle ou d'un jugement clinique et notée dans le dossier

Annexe 16 : Questionnaire de sortie



HADALU
Soigner à Domicile

QUESTIONNAIRE DE SORTIE

Hospitalisation à Domicile

Améliorons ensemble la qualité de votre séjour

Le Centre Hospitalier de Lunéville vous remercie de prendre quelques minutes pour remplir ce questionnaire à remettre ensuite à l'équipe soignante HADALU ou à nous retourner par courrier à cette adresse :
Centre Hospitalier de Lunéville - Service de la GREQ - 6 rue Girardet - BP 30 206 - 54 300 LUNEVILLE

VOTRE PRÉSENTATION

Cochez la case correspondant à votre situation

Quel âge avez-vous ?

- Moins de 35 ans 35 à 40 ans 41 à 50 ans 51 à 60 ans 61 à 70 ans 71 ans et plus

Votre sexe ?

- Féminin Masculin

Questionnaire renseigné par :

- Le patient Le représentant légal L'entourage

ACCUEIL

Cochez la case correspondant à votre degré de satisfaction



Comment évaluez-vous les points suivants ?

À améliorer

Satisfaisant

Le délai entre votre admission en HADALU et le début de votre prise en charge

L'aide apportée par l'HADALU pour les formalités administratives

INFORMATIONS ET DROITS



Comment évaluez-vous les points suivants ?

À améliorer

Satisfaisant

Les informations relatives au fonctionnement et l'organisation du service d'HADALU

Les informations médicales que vous avez reçues sur votre pathologie au cours de la prise en charge

Les informations données sur votre traitement et vos soins

Les informations données sur l'utilisation du matériel mis à votre disposition

Le respect de vos habitudes de vie

Le respect de votre intimité

Le respect de la confidentialité (secret professionnel)

Tournez la page S.V.P. >

SOINS

Cochez la case correspondant à votre degré de satisfaction

Vos soins à domicile sont-ils assurés par :

- Les infirmières de l'HADALU L'infirmière libérale Les deux



Comment évaluez-vous les points suivants ?

À améliorer

Satisfaisant

Non
concerné

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| L'installation du matériel d'hospitalisation à votre domicile | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Livraison des médicaments à votre domicile | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les soins infirmiers | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'amabilité de l'équipe HADALU | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leur disponibilité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leur réponse à vos questions | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leur écoute et leur soutien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La prise en charge de votre douleur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les relations avec l'assistante sociale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'intervention de l'aide ménagère | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'organisation des consultations spécialisées | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La coordination des différents intervenants | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La qualité de la collecte des déchets de soins (aiguilles, pansements...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SORTIE



Comment évaluez-vous les points suivants ?

À améliorer

Satisfaisant

| | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Les informations et les documents donnés lors de la fin de la prise en charge ou de votre transfert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'information donnée sur les médicaments que vous devez prendre à la fin de votre prise en charge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La préparation de votre sortie sur le plan médical et sur les soins à poursuivre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

APPRÉCIATION GLOBALE

Quelle est votre impression générale sur votre prise en charge par l'HADALU ?


- Pas du tout satisfaisant Peu satisfaisant Satisfaisant Très satisfaisant

Feriez-vous à nouveau appel aux services de l'HADALU ?

- Non Oui

Nous vous remercions d'avoir répondu à ce questionnaire
Service d'Hospitalisation à Domicile sur le Lunévillois

Annexe 17 : Gestion des équipements majeurs

| | | |
|--|--|---|
|  Centre Hospitalier Lunéville | MODE OPÉRATOIRE | Réf. : XXX0000 Indice : 00 Page 1/5 |
| | GESTION DES ÉQUIPEMENTS MAJEURS EN HADALU | |

Mots clés : HADALU, équipements, risque, domicile

| | |
|--|--|
| Version : <input checked="" type="checkbox"/> création <input type="checkbox"/> remplacement réf. : | Date de mise en application : Durée de validité : Date de fin de validité : |
|--|--|

1. OBJET

Cette fiche d'instruction vise à préciser la gestion des équipements majeurs (susceptibles de mettre en danger la vie des patients en cas de dysfonctionnement) en hospitalisation à domicile

2. DOMAINE D'APPLICATION

Service d'HADALU du CH de Lunéville

3. DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- Article D.6124-309 du Code de la Santé Publique
- Circulaire n°DHOS/03/506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile
- Circulaire DGS/DUS n° 2009-217 du 16 juillet 2009 rappelant les actions à mettre en œuvre au niveau local pour la prise en charge des personnes à haut risque vital et des personnes hospitalisées à domicile en cas d'événements climatiques extrême

4. PERSONNES CONCERNÉES


Personnels de l'HADALU

Internes, médecins et pharmaciens participant à la permanence des soins de l'établissement

Chefs de Pôles et Responsables de services

Prestataires de santé à domicile

| RÉDACTEUR | VÉRIFICATEUR | APPROBATEUR |
|--|---|--|
| Date : Nom : TREVISAN D. Fonction : Médecin coordonnateur HADALU Signature : | Date : Nom : LOUIS I. Fonction : Cadre de santé HADALU Signature : | Date : Nom : BAUM T. Fonction : Coordonnateur gestion des risques liés aux soins Signature : |

| | | |
|---|---|--|
|  <p>Centre Hospitalier Lunéville</p> | <p>MODE OPÉRATOIRE</p> | <p>Réf. : XXX0000 Indice : 00 Page 2/5</p> |
| | <p>GESTION DES ÉQUIPEMENTS MAJEURS EN HADALU</p> | |

5. ABRÉVIATIONS ET DÉFINITIONS

ATCD : antécédents

ARS : Agence régionale de santé

CHL : centre hospitalier de Lunéville

HADALU : hospitalisation à domicile du lunévillois

IDE : infirmier diplômé d'état

EDF : Électricité de France

OLD : oxygénothérapie longue durée

6. DESCRIPTIF

6.1 IDENTIFICATION DES ÉQUIPEMENTS À RISQUE

- Matériel de ventilation mécanique
- Matériel de nutrition parentérale chez l'enfant
- Matériel d'oxygénothérapie inhalée
- Matériel de perfusion intraveineuse continue en cas d'administration de médicaments à risque (en cas de surdosage)

6.2 SIGNALEMENT DE L'UTILISATION D'ÉQUIPEMENTS À RISQUE À DOMICILE

6.2.1 signalement des patients à haut risque vital

Selon les directives de la circulaire DGS/DUS n° 2009-217 du 16 juillet 2009, **les patients à haut risque vital (nécessitant une ventilation mécanisée - invasive ou non - plus de 20h par jour et les enfants bénéficiant d'une nutrition parentérale)** doivent faire l'objet d'un signalement à EDF ainsi qu'à l'ARS.

Dans le cas d'un premier signalement, le formulaire CERFA dédié n°10402*01 est rempli par le patient ou son représentant légal, avec l'aide du service social du CHL si nécessaire, puis transmis à l'ARS accompagné d'un certificat médical attestant l'appartenance du patient à l'une ou l'autre des catégories sus-mentionnées. L'ARS informe EDF après étude de la demande. Le dispositif est activé pour une durée d'un an, renouvelable selon les mêmes modalités.

| | | |
|---|-------------------------------|--|
|  <p>Centre Hospitalier Lunéville</p> | <p>MODE OPÉRATOIRE</p> | <p>Réf. : XXX0000 Indice : 00 Page 3/5</p> |
| <p>GESTION DES ÉQUIPEMENTS MAJEURS EN HADALU</p> | | |

Lors de l'inclusion d'un patient à haut risque vital en HAD, le service HADALU s'assure de la date du dernier signalement et accompagne si nécessaire le patient dans la demande de renouvellement du dispositif.

6.2.2 Signalement au SAMU 54

Chaque patient admis en HAD fait l'objet d'un signalement par une fiche dédiée à la régulation du SAMU 54, précisant les coordonnées du patient et de son médecin traitant, le motif de prise en charge, les ATCD principaux, ainsi que l'utilisation d'équipements à risque (ventilation mécanique et alimentation parentérale chez l'enfant, comme précédemment décrit, mais également la nécessité d'oxygénothérapie). Ces informations sont une aide à la régulation médicale durant la permanence de soins.

6.2.3 Signalement dans le dossier patient


La permanence de soins reposant sur le système de garde (internes, médecins seniors) des services du CHL, l'utilisation d'équipements à risque est précisée dans le dossier patient informatisé (projet thérapeutique d'admission, observations médicales et paramédicales actualisées e cours de séjour).

6.3 GESTION DES ÉQUIPEMENTS À RISQUE EN CAS DE DYSFONCTIONNEMENT

6.3.1 Patients à haut risque vital

En cas de ventilation mécanique supérieure ou égale à 20h par jour ou de nutrition parentérale chez l'enfant, le prestataire de santé de l'HADALU fournit un second appareillage identique et préréglé ainsi qu'un jeu de batterie de rechange pour chacun des deux équipements.

Par extension, en cas d'OLD plus de 20h par jour, le prestataire de santé de l'HADALU installe au domicile une bouteille d'oxygène de secours, d'une capacité différente selon le débit nécessaire.

| | | |
|---|--|---|
|  <p>Centre Hospitalier Lunéville</p> | MODE OPÉRATOIRE | Réf. : XXX0000 Indice : 00 Page 4/5 |
| | GESTION DES ÉQUIPEMENTS MAJEURS EN HADALU | |

En cas d'interruption d'électricité imprévue, la patient/son entourage ou les professionnels du service HADALU peuvent contacter EDF via un numéro de téléphone dédié afin de connaître la durée estimée de coupure.


6.3.2 Modalités de gestion d'un dysfonctionnement

En cas de dysfonctionnement, l'équipe infirmière du service HADALU est contactée par le patient, son entourage, ou d'autres professionnels intervenant dans la prise en charge, par l'intermédiaire d'un numéro unique 24h/24, 7j/7. Après constatation et précision du dysfonctionnement, l'IDE peut :

- remplacer l'équipement en cause par un appareil de suppléance disponible au domicile (cas des patients à haut risque vital)
- remplacer l'équipement en cause par un appareil de suppléance disponible dans le stock tampon du service HADALU (3 pompes à perfusion intraveineuse ou nutrition parentérale – 2 poussettes seringues électriques – 1 pompe de nutrition entérale – 3 aspirateurs bronchiques)

Quelque soit le matériel de suppléance disponible, le prestataire de santé s'engage à intervenir 24h/24, 7j/7 en cas de dysfonctionnement, afin de procéder au remplacement et à la maintenance des équipements. Par ailleurs chaque livraison de matériel au domicile du patient inclut une explication de son fonctionnement au patient/membres de l'entourage ainsi que des consignes de sécurité. Ces mêmes équipements ont fait l'objet d'explications de fonctionnement aux professionnels du service.

En cas d'interruption d'électricité imprévue, la patient/son entourage ou les professionnels du service HADALU peuvent contacter EDF via un numéro de téléphone dédié afin de connaître la durée estimée de coupure.

| | | |
|---|--|---|
|  | MODE OPÉRATOIRE | Réf. : XXX0000 Indice : 00 Page 5/5 |
| | GESTION DES ÉQUIPEMENTS MAJEURS EN HADALU | |

6.3.3 Modalités de réhospitalisation en établissement

En cas de dysfonctionnement persistant (ou transitoire mais compliqué d'une altération de l'état général du patient) ou de coupure d'électricité prolongée, une réhospitalisation du patient est possible sur le CHL, ou en heure ouvrables dans un autre établissement (service prescripteur initial de l'HAD, SSR...) après discussion entre le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur avec les praticiens concernés.

Dans le cadre de la permanence de soins, le moyen de transport du patient est laissé à l'appréciation du médecin régulateur du SAMU (ambulance, transport paramédicalisé, transport médicalisé).

Annexe 18 : Fiche de demande d'admission

CHL - HADALU

Octobre 2014

| | | |
|---|--|----------------------|
|  | DEMANDE D'ADMISSION en hospitalisation à domicile à l'HADALU par le médecin prescripteur Document confidentiel | Étiquette du patient |
|---|--|----------------------|

Merci d'adresser cette demande par fax : 03 83 76 13 55 ou par mail : hadalu@ch-luneville.fr

| | |
|--|--|
| <p>Je soussigné(e), Dr certifie que l'état de :</p> <p>Mme / M. / l'enfant Nom : Prénom : Nom d'épouse : Né(e) le : Demeurant (adresse précise) :</p> <p style="text-align: center;">Nécessite une admission dans le service de l'HADALU du CHL</p> <p>Selon le type de soins, la durée de prise en charge devrait être de :</p> <p>Médecin hospitalier référent : Dr Le patient sera suivi à domicile par le Dr Son entrée à HADALU est souhaitée le :</p> <p>Je patient vient du service de..... de l'hôpital de</p> <p>La famille a été informée de la demande d'hospitalisation à domicile : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Si oui, coordonnées de la personne à contacter :</p> <p>D'autres demandes d'orientations sanitaires et sociales sont en cours : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Si oui lesquelles :</p> <p>Cachet Le médecin prescripteur Date et signature</p> <p style="text-align: right;">Tournez la page S.V.P</p> | |
|--|--|

Motif d'hospitalisation / diagnostic(s)

Joindre **IMPERATIVEMENT** un compte-rendu médical signé par le médecin prescripteur de l'HAD (assistant, praticien hospitalier, médecin traitant).

Il relate l'histoire clinique du patient, le motif de son hospitalisation et le projet thérapeutique.

Indice de Kamofsky (IK) : %
 Motif d'hospitalisation en HADALU :
 Diagnostic(s):

Antécédents et facteurs de risque**Bilan infectieux**

En cas d'identification de bactéries :

- Type : BMR : oui non
- Origine : urinaire respiratoire cutanée autre, laquelle :
- Mesure d'isolement : oui non
- Bactériologie en cours : oui non Si oui lesquelles :


Projet thérapeutique

Objectifs de la prise en charge en HADALU :

- Injections : IM IV S/C PAC
 perfusion SAP PCA chimiothérapie
- Alimentation : normale parentérale entérale
- variation du poids avant entrée en HAD :Kg
- Particularités : stomie sonde vésicale étui pénien
- Autres : surveillance de l'état général nursing pansement
- Contention : non si oui, préciser : barrière ceinture harnais
 autre :
- Kinésithérapie : non si oui, préciser : fréquence :
- Nécessite une prise en charge sociale : oui non
- Nécessite une prise en charge psychologique : oui non
- Thérapeutiques :

En cas de traitement à délivrance hospitalière, joindre l'ordonnance pour la commande des médicaments

Annexe 19 : Consentement du patient pour une HAD

| | |
|---|--|
|  | FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PATIENT POUR UNE HOSPITALISATION A DOMICILE DANS LE SERVICE DE L'HADALU |
|---|--|

Je soussigné(e) Mme Mlle M

- Le patient
- La famille (préciser lien de parenté).....
- Le représentant légal du patient(e).....
- Le détenteur(trice) de l'autorité parentale de l'enfant.....
né(e) le

reconnais avoir pris connaissance des différents documents et du règlement intérieur qui m'ont été remis et en accepte les conditions.

- J'autorise l'HADALU à inscrire mon nom dans le dossier informatisé du patient du CHL
- J'accepte l'hospitalisation à domicile et les soins infirmiers prescrits par le médecin traitant.
- J'accepte le passage de stagiaire Infirmier (e) ou aide-soignant(e) accompagnant temporairement le personnel soignant de l' HADALU.
- J'accepte le prélèvement sanguin pour analyse en cas d'exposition au risque viral.
- J'accepte la photographie de mes plaies par le personnel soignant de l' HADALU dans le cadre d'un suivi de l'impact des soins qui me sont délivrés
- J'accepte la présence visible des véhicules de l'HADALU aux alentours immédiats de mon domicile
- Je m'engage à ne pas aller chercher à ma pharmacie habituelle les traitements prescrits par mon médecin traitant lors de ma prise en charge en HAD


Le médecin traitant que j'ai choisi est le Docteur

La personne de confiance que j'ai désignée est M.....

Écrire la mention "Lu et approuvé", dater et signer le document.

| | | |
|---------|------|---|
| Mention | Date | Signature du patient ou Signature de la famille |
| | | |

Annexe 20 : Bilan psycho-social

| | | |
|--|----------------------------|----------------------|
|  HADALU Soigner à Domicile | BILAN PSYCHO-SOCIAL | Étiquette du patient |
|--|----------------------------|----------------------|

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

En date du.....
Origine de la demande

Reçu à l'HADALU par

Bilan établi par

COORDONNÉES DU PATIENT

Adresse :

Code postal :

Commune :

Téléphone :/...../.....

PROTECTION SOCIALE

CPAM
autre Caisse :

Numéro de sécurité social :

Mutuelle :

AIDES HUMAINES EXISTANTES

| Professionnels | Nom du professionnel | Adresse | Téléphone/Fax | A prévoir |
|---------------------|----------------------|---------|---------------|-------------------|
| Médecin traitant | | | | |
| Médecin hospitalier | | | | |
| Infirmier libéral | | | | |
| Pharmacien de ville | | | | |
| Aide à domicile | | | | Nombre d'heures : |
| SSIAD | | | | |
| Portage des repas | | | | |
| Télé-assistance | | | | |
| Assistante sociale | | | | |
| autres | | | | |

AIDES FINANCIERES

- APA en cours A prévoir
 PCH en cours A prévoir
 FNASS en cours A prévoir

CADRE DE VIE

- Lieu de vie : urbain rural isolé
- Logement : appartement maison autre.....
- Accès à l'étage : escalier ascenseur rampe d'accès plain pied
- Accès au logement : accessible difficile, préciser.....

ENTOURAGE, SOUTIEN SOCIAL, VIE SOCIALE

- Situation matrimoniale :
- Nombre d'enfants :
- La personne vit : Seule En couple
- Personne présente H 24 : Oui Non
- Personne de confiance désignée par le patient :
- Une personne qui peut aider quotidiennement si besoin : Oui Non

Si oui, qui ?

- La personne a un animal de compagnie : Oui Non
- Liste et coordonnées des personnes référentes, famille ou entourage :

| Nom Prénom | Lien de parenté | Adresse CP Ville | N° de téléphone |
|------------|-----------------|------------------|-----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRE :

Faites-vous l'objet d'une mesure de protection juridique : Oui Non

- sauvegarde de justice tutelle curatelle

nom et adresse du tuteur ou de l'association :

ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS

Vérification de la prise correcte des médicaments par :

- la personne elle-même une autre personne ou un professionnel
 Qui ?.....

Périodicité de la vérification

- Plusieurs fois /jour une fois /jour une fois /semaine

DEPENDANCES :

le patient a besoin d'aides :

· pour réaliser ses transferts(assis, debout,coucher) Oui Non
 précision :

· pour les déplacements à l'intérieur Oui Non
 risque de chutes :

· pour la toilette autonome Oui Non
 aide toilette Oui Non
 toilette complète Oui Non

· pour l'hygiène de l'élimination urinaire Oui Non
 fécale Oui Non

· pour l'habillement Oui Non

· pour l'alimentation Oui Non

· pour gérer sa sécurité(alerter) Oui Non

· pour ses déplacements extérieurs Oui Non

· la personne a besoin d aide pour s'orienter dans le temps Oui Non
 dans l'espace Oui Non

· la personne maîtrise son comportement dans ses relations avec autrui

confuse Oui Non somnolente Oui Non comas Oui Non

bonne communication Oui Non communication difficile Oui Non

ne communique pas

surdité Oui Non

Cécité Oui Non

port de lunettes prothèse auditive appareil dentaire

· état cutané

sain rougeur escarre

Localisation :


| | | | | | | | | |
|------------------------|---|---------------------|---|-------------------------|---|-------------------------|---|-------------------|
| Perception sensorielle | 1 | Complètement limité | 2 | Très limité | 3 | Légèrement diminuée | 4 | Aucune diminution |
| humidité | 1 | Constamment mouillé | 2 | humide | 3 | Humidité occasionnelle | 4 | Rarement humide |
| activité | 1 | alidité | 2 | Au fauteuil | 3 | Marche occasionnelle | 4 | Marche fréquente |
| mobilité | 1 | Immobilité complète | 2 | Très limité | 3 | Légèrement limitée | 4 | Aucune limitation |
| nutrition | 1 | Très pauvre | 2 | Probablement inadéquate | 3 | adéquate | 4 | excellente |
| Friction/cisaillément | 1 | problème | 2 | Problème potentiel | 3 | Aucun problème apparent | 4 | |

score de Braden :

REMARQUES :

| | |
|---------------------------|--|
| Validation HADALU Date | |
|---------------------------|--|

Annexe 21 : Consentement du médecin traitant pour une HAD

| | |
|---|---|
|  | <p>FORMULAIRE DE CONSENTEMENT MÉDICAL</p> <p>DU MÉDECIN TRAITANT</p> <p>POUR UNE HOSPITALISATION À DOMICILE DE SON PATIENT</p> |
|---|---|

Je soussigné Dr

Accepte la prise en charge en hospitalisation à domicile dans le service de l'HADALU du Centre hospitalier de Lunéville

de M/Mme/Mlle.....

Accepte d'intervenir en tant que médecin traitant dans le cadre de l'hospitalisation à domicile à partir du.....

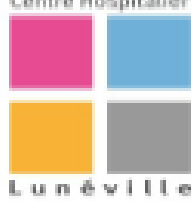
Accepte d'être contacté en tant que premier interlocuteur médical afin d'assurer la permanence de soin (week-ends, jours fériés, nuits) oui non

Reconnaît avoir pris connaissances des différents documents remis par HADALU dont le règlement intérieur.

Date

Signature et cachet du médecin traitant

Annexe 22 : Organisation de la prise en charge médicamenteuse

| | | |
|---|--|--|
|  <p>Centre Hospitalier Lunéville</p> | MODE OPERATOIRE | Réf. : Indice : Page 1/5 |
| | PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DES PATIENTS DE L'HADALU | |
| Mots clés : | | |
| Version : <input checked="" type="checkbox"/> création <input type="checkbox"/> remplacement réf. : | Date de mise en application : 1 ^{er} janvier 2015 Durée de validité : 1an Date de fin de validité : 31 décembre 2015 | |

1. OBJET

Cette procédure définit les modalités de prise en charge médicamenteuse des patients en hospitalisés à domicile.

2. DOMAINE D'APPLICATION

Cette procédure définit les modalités de prescription, conciliation, dispensation, administration des médicaments pour les patients de l'HADALU

3. VALIDATION

COMEDIMS du :

4. RESPONSABILITÉS D'APPLICATION

Médecin coordonnateur de l'HADALU, Infirmière coordonnatrice de l'HADALU, médecins prescripteurs d'une hospitalisation à domicile, médecins traitants et pharmaciens hospitaliers

5. DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

Article R5132-3 du CSP relatif à la rédaction des prescriptions médicales
 Manuel de certification V2010, ref 20
 Article R4235-48 du CSP relatif à l'exercice du métier de pharmacien
 Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse
 Article 12 de l'arrêté du 1^{er} juin 2001 relatif au transport des marchandises dangereuses par route

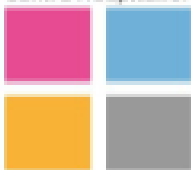
6. PERSONNES CONCERNÉES

Médecins, Internes en médecine et pharmacie, pharmaciens, infirmiers, préparateurs en pharmacie hospitalière, externes en pharmacie

7. ABRÉVIATIONS ET DÉFINITIONS

HADALU : Hospitalisation à domicile du Lunévillois
 IDE : Infirmier diplômé d'état
 IDEC : Infirmière coordonnatrice de l'HADALU
 MEDEC : Médecin coordonnateur de l'HADALU
 PPH : Préparateur en pharmacie hospitalière
 PUI : Pharmacie à usage Intérieur
 SI : Système d'information

| | | |
|--------------------------|--|-------------------------------------|
| REDACTEUR | VERIFICATEUR | APPROBATEUR |
| Date : 11/11/2014 | Date : 11/11/2014 | Date : 11/11/2014 |
| Nom : Dony A ; Barboza G | Nom : Dufay E ; Trevisan D ; De Abreu N | Nom : Baum T |
| Fonction : Pharmaciens | Fonction : Responsable service pharmacie ; Médecin et infirmière coordonnateurs HADALU | Fonction : Responsable service GREQ |
| Visa : | Visa : | Visa : |

| | | |
|--|---|--|
| <p>Centre Hospitalier</p>  <p>Lunéville</p> | <p>MODE OPERATOIRE</p> | <p>Réf. : Indice : Page 2/5</p> |
| | <p>PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DES PATIENTS DE L'HADALU</p> | |

8. PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE

La conciliation médicamenteuse à l'admission, la prescription et la 1^{re} dispensation sont réalisées avant l'admission du patient en HAD.

1. CONCILIATION

1. A l'admission en HADALU

- Recherche de la liste des traitements pris à domicile lors de la visite de l'IDEC ± MEDEC à son inclusion par consultation d'au moins 4 sources d'info (le patient, sa pharmacie personnelle, les ordonnances du domicile et de l'hospitalisation, autres)
- Les Informations sont enregistrées dans le dossier patient, onglet "Gestion documentaire" du SI de l'HADALU par l'IDEC
- Conciliation des traitements médicamenteux par le personnel pharmaceutique
 - renforcer la recherche des traitements pris à domicile (3 sources d'informations complémentaires = DP, pharmacien d'officine et médecin hospitalier) pour établir le bilan médicamenteux
 - analyse pharmaceutique du traitement
- Saisie du bilan médicamenteux dans le SI de l'HADALU par MEDEC

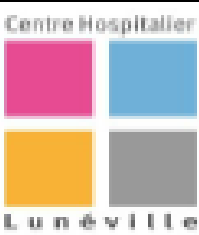
2. En sortie d'HADALU

- Conciliation de sortie réalisée, que le patient reste à domicile ou qu'il soit hospitalisé dans un autre établissement, et lors du transfert dans un autre service du CHL
- Communication de la fiche de conciliation, de l'ordonnance de sortie et de la fiche d'information sur les médicaments en tant que de besoin aux patients.

2. PRESCRIPTION

1. A l'admission en HADALU

- Le médecin traitant est le responsable de la prise en charge médicale du patient durant l'hospitalisation à domicile. Il rédige la prescription en prenant en compte le bilan médicamenteux qui lui a été transmis
- Il formalise les prescriptions dans son propre système d'information ce qui suppose de transposer ses prescriptions dans le SI de l'HADALU.
- Le MEDEC saisie la prescription du médecin traitant dans le logiciel ANTHADINE
- Envoi de l'ordonnance Informatique Imprimée non signée au médecin traitant qui la retourne en même temps que l'accord écrit de prise en charge en HADALU (annexe 2) avec un message type "Voici la liste des traitements de votre patient. Elle constitue la première ordonnance pour son séjour en l'HAD. Nous vous prions de la signer et de nous la retourner."

| | | |
|---|--|------------------------------------|
|  | MODE OPERATOIRE | Réf. : Indice : Page 3/5 |
| | PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DES PATIENTS DE L'HADALU | |

2. En cours d'hospitalisation en HADALU

- Modification en tant que de besoin de l'ordonnance Informatisée Imprimée se trouvant au domicile du patient par le médecin traitant. Le médecin traitant, la famille ou le patient contacte l'IDEC pour l'informer de la modification de prescription.
- Transmission de l'ordonnance scannée ou photographiée au MEDEC et au pharmacien par l'IDE de l'HADALU.
- Saisie des changements dans le logiciel du SI de l'HADALU
- Impression de la nouvelle ordonnance Informatisée et du support de traçabilité des administrations par la PUI et envoi au domicile du patient avec les traitements si possible. Sinon elle est acheminée au domicile dans les meilleurs délais.
- En dehors des horaires d'ouverture de l'HADALU et du service de pharmacie : se référer à la procédure relative à la permanence pharmaceutique des soins

3. En sortie de l'HADALU

En cas de transfert vers un établissement de santé une fiche de transfert est complétée par le MEDEC.

Lorsque la prise en charge hospitalière s'arrête pour un patient restant à domicile le médecin traitant assure habituellement la transition. En cas d'impossibilité/absence, le médecin coordonnateur assure la continuité de prise en charge médicamenteuse en rédigeant les ordonnances de sortie.

3. DISPENSATION

La PUI du CHL dispense pour le service d'HAD les médicaments hors fluides médicaux et les DMS hors DMS captifs fournis par le prestataire de service de l'HADALU.

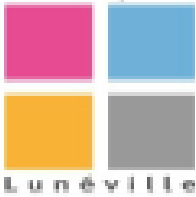
L'IDEC informe le service de pharmacie de toute nouvelle inclusion de patient. Elle communique l'identité du patient et la durée prévisionnelle de séjour si elle est définie par e-mail à l'adresse service-pharmacie@ch-luneville.fr

1. Analyse pharmaceutique des prescriptions

- Analyse pharmaceutique des prescriptions a lieu en tant que de besoin lors de chaque modification d'ordonnance.
- Substitution des médicaments prescrits hors du livret thérapeutique par le pharmacien
- Contact entre le pharmacien hospitalier et le médecin traitant si nécessaire. A défaut contact entre le pharmacien hospitalier et le médecin coordonnateur. Les avis pharmaceutiques sont consignés dans une base de données Informatisée
- Si besoin, saisie des modifications de traitement par le pharmacien selon une procédure préalablement rédigée

2. Fabrication des médicaments

Les médicaments nécessitant une étape de préparation galénique sont fabriqués en pharmacotechnie au CHL, de même pour les médicaments qui nécessitent un conditionnement unitaire.

| | | |
|--|-------------------------------|--|
| <p>Centre Hospitalier</p>  <p>Lunéville</p> | <p>MODE OPERATOIRE</p> | <p>Réf. : Indice : Page 4/5</p> |
| <p>PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DES PATIENTS DE L'HADALU</p> | | |

Les chimiothérapies anticancéreuses intraveineuses et les cassettes d'administration par pompe à perfusion de médicaments stupéfiants sont fabriquées par la PUI en tant que de besoin.

3. Délivrance des médicaments

- Délivrance nominative en pilulier journalier réalisée par un PPH selon un rythme hebdomadaire en tant que de besoin
- Contrôle des médicaments préparés réalisé par un tiers

a. Délivrance à l'admission

La première délivrance couvre une période allant jusqu'au prochain jour planifié inclus de délivrance pour l'HADALU. Les médicaments sont transportés au domicile du patient par l'IDE qui réalise l'admission.

b. Délivrance hebdomadaire

Une délivrance nominative avec répartition des doses par moment de prise est organisée pour le service HADALU. Les piluliers sont préparés le jeudi après-midi pour 7 jours. La première prise préparée est celle du lendemain midi, soit le vendredi midi.

Les piluliers sont stockés dans une armoire fermée à clés.

La livraison est réalisée le vendredi matin par le service Transport du CHL. Les piluliers sont placés dans une caisse nominative pour transport. Les caisses sont placées dans la zone de chargement/déchargement des DMS.

c. Délivrance des modifications de traitement en cours de séjour

La nouvelle ordonnance est scannée ou photographiée. Elle est transmise au pharmacien et au MEDEC. Les changements sont saisis dans le SI de l'HADALU. Les médicaments sont délivrés pour une période allant jusqu'au prochain jour planifié inclus de délivrance pour l'HADALU. Le PPH imprime l'ordonnance du patient et la place dans le sachet de médicament. Les médicaments sont transportés jusqu'au domicile du patient par une IDE du service ou par un transporteur du CHL en cas de besoin. L'IDE complète les piluliers au domicile du patient.

En cas de modification de traitement en dehors des horaires d'ouverture de la PUI, l'IDE contacte le pharmacien d'astreinte pour délivrance des médicaments prescrits. L'IDE transporte le médicament de la PUI au domicile du patient.

d. Médicaments soumis à la chaîne du froid

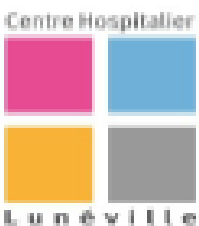
Les médicaments soumis à la chaîne du froid sont préparés dans des sachets nominatifs. Ils sont transportés au domicile des patients dans une glacière dédiée.

e. Médicaments stupéfiants

Les médicaments stupéfiants sont délivrés dans les piluliers des patients.

f. Médicaments prescrits sous condition

Les médicaments prescrits de manière conditionnelle sont emballés dans un sachet plastique mentionnant le caractère conditionnelle de l'administration. La traçabilité de l'administration est réalisée grâce au SI de l'HADALU. Une vérification des administrations au regard des prescriptions et des retours de médicament est réalisée par un PPH avant toute nouvelle délivrance de médicaments stupéfiants. En cas de défaut de traçabilité la nouvelle délivrance est mise en attente jusqu'à régularisation de la situation.

| | | |
|---|--|------------------------------------|
|  <p>Centre Hospitalier Lunéville</p> | MODE OPERATOIRE | Réf. : Indice : Page 5/5 |
| | PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DES PATIENTS DE L'HADALU | |

g. Mallette d'urgence

L'HADALU est dotée de 3 mallettes d'urgence dont la composition est définie par le MEDEC et validée par un pharmacien. Le réassort de même que la gestion des médicaments périmés est sous la responsabilité de l'IDEC et du MEDEC. Une commande informatique est réalisée par l'IDE pour réapprovisionner les médicaments de la mallette d'urgence. L'administration des médicaments stupéfiants contenus dans la mallette est tracée sur les bordereaux roses dédiés se trouvant dans la mallette. En cas de défaut de traçabilité aucune nouvelle délivrance de médicament stupéfiant ne sera réalisée jusqu'à régularisation de la situation.

4. Délivrance des DMS et des solutés massifs

La PUI délivre les DM, DMS, solutés et produits diététiques.

Elle détient un stock tampon de DM non stériles et de produits diététiques du magasin, ainsi que de tubulures captives des pompes à perfusion et nutrition entérale fournies par le prestataire fournisseur de matériel médical.

Pour chaque patient, les IDE ou IDEC commandent les DM, solutés et produits diététiques nécessaires jusqu'au prochain jour de délivrance. La commande est réalisée par l'intermédiaire du logiciel ANTHADINE® via un panel prédéfini.

Les commandes sont passées le jeudi, au plus tard à 13h30, pour 4 jours, pour une livraison au domicile par le service transport le vendredi matin.

Les commandes sont préparées pour une utilisation à partir du lendemain midi.

Pour toute commande en dehors de ces horaires, les IDE préviennent la pharmacie au poste 1223.

Les DM, DMS, produits diététiques et solutés sont disposés dans des caisses de transport nominatives scellées. Ces caisses sont stockées à la pharmacie, au secteur DMS, en attente de leur enlèvement.


5. Gestion des produits de santé non utilisés et des déchets

- Réintégration en stock des produits de santé qui n'ont pas été déconditionnés
- Élimination des autres produits de santé par la filière appropriée de déchets
- Retour à la PUI des médicaments stupéfiants non administrés par les IDE dans des enveloppes nominatives.
- Collecte des piluliers et des DASRI par le transporteur lors de chaque livraison de produit de santé au domicile du patient

4. ADMINISTRATION

- Préparation des médicaments injectables selon le thésaurus des protocoles d'administration infirmier. La préparation est extemporanée, respecte les données de stabilité des médicaments et le rythme défini par la posologie prescrite par le médecin.
- Administration des médicaments intra-veineux par l'IDE. L'administration des autres médicaments dont les médicaments per os est réalisée par une IDE, le patient lui-même, l'entourage ou les aidants lorsque c'est possible.
- Traçabilité de l'administration effectuée manuellement par le patient, sa famille et l'infirmière sur le formulaire dédié ou sur l'application mobile en lien avec le SI de l'HADALU.
- Vérification de l'administration des médicaments et de sa traçabilité par l'IDE si administration réalisée par patient/aidant/famille. L'heure de vérification des administrations est tracée. L'IDE rédige un commentaire sur les causes de la non administration des médicaments si nécessaire.

Annexe 23 : Organisation de la permanence de soins

| | | |
|--|--|--|
|  | MODE OPERATOIRE | Réf. : OPC0253M Indice : 00 Page 1/5 |
| | Dispositions relatives à la permanence et à la continuité des soins pour les patients en HADALU | |
| Mots clés : permanence – continuité – soins – HADALU | | |
| Version : <input checked="" type="checkbox"/> création <input type="checkbox"/> remplacement réf. : | Date de mise en application : Décembre 2014 Durée de validité : 5 ans Date de fin de validité : Décembre 2019 | |

1. OBJET

L'objectif est de définir les modalités d'intervention de la permanence des soins pour les patients pris en charge à l'HADALU.

2. PERSONNES CONCERNÉES

Personnels de l'HADALU

Internes en médecine

Médecins et pharmaciens participant à la permanence des soins de l'établissement


Chefs de Pôles et Responsables de services

3. DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

La permanence des soins a pour objet d'assurer la sécurité des malades hospitalisés chaque nuit, samedi après-midi, dimanche ou jour férié.

Conformément à l'article D.6124-309 du Code de la Santé Publique et à la circulaire n°DHOS/03/506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile, le service d'HAD du Centre Hospitalier de Lunéville est tenu d'assurer la permanence et la continuité des soins.

| REDACTEUR | VERIFICATEUR | APPROBATEUR |
|--|---|---|
| Date : Nom : Dr TREVISAN Fonction : Médecin coordonnateur de l'HADALU Signature : | Date : Nom : Dr ROSA Fonction : Président de la COPS Signature : | Date : Nom : Dr PINEY Fonction : Président de la CME Signature : |

| | | |
|---|--|--|
|  | MODE OPERATOIRE | Réf. : OPC0253M Indice : 00 Page 2/5 |
| | Dispositions relatives à la permanence et à la continuité des soins pour les patients en HADALU | |

4. DESCRIPTIF

4.1. Organisation de la permanence des soins

Astreinte paramédicale

En dehors des heures ouvrables, un(e) infirmier(e) hospitalier s'engage à assurer la continuité des soins. Il/elle assure l'accueil téléphonique des patients ou de leur famille, communique les informations nécessaires ou se déplace au domicile.

Le dossier médical déposée au lit du malade précise les coordonnées permettant de joindre l'infirmier(e) hospitalier(e) d'astreinte (03.83.76.14.13).

Ultérieurement, selon l'évolution et le développement du service d'HAD, dans le cas d'une prise en charge d'un(e) patient par un infirmier(e) libéral(e) acceptant de participer à la permanence des soins, celui-ci/celle-ci s'engage, par l'accord de partenariat avec le service d'HAD, à être joignable 24h/24, 7j/7 par le malade, sa famille, le médecin traitant ou le Centre 15.

L'infirmier(e) a accès depuis le domicile au dossier médical informatisé du patient.

Un tableau des astreintes sera mis à jour par l'infirmier(e) coordonnateur du service d'hospitalisation à domicile.

En cas de besoin, l'infirmier(e) d'astreinte fait appel à un médecin.

Astreinte médicale

Le médecin traitant est le médecin de recours en première intention, sous réserve qu'il en ait exprimé le souhait lors de l'élaboration du projet de soins (fig 1.)


Dans le cas contraire, l'interne de garde du centre hospitalier de Lunéville assure la première ligne d'astreinte téléphonique médicale (fig.2).

Selon la situation, et sous la responsabilité du senior d'astreinte des services de médecine du CHL, l'interne de garde peut être amené à prescrire par voie téléphonique l'administration de thérapeutiques selon des protocoles pré-définis (antalgie, protocoles conservatoires...).

Si la situation le requiert, il présente une synthèse du dossier médical au senior d'astreinte qui se met en communication téléphonique avec l'IDE d'astreinte pour la suite de la prise en charge.

Dans le cas d'une situation clinique non maîtrisée au domicile malgré les premières thérapeutiques entreprises sur prescription médicale téléphonique, le professionnel présent au domicile contacte la régulation médicale : Médigarde au 0820.33.20.20 en premier lieu, ou le SAMU au 15 selon le degré d'urgence.

Le service de régulation médicale concerné assure une réponse adaptée à l'état de santé instable du patient ou l'urgence vitale de la situation (recours au système de garde médicale effectif sur le territoire de domiciliation, intervention des Sapeurs Pompiers, transfert en ambulance, intervention SMUR...).

| | | |
|--|-------------------------------|---|
| <p>Centre Hospitalier</p>  <p>Lunéville</p> | <p>MODE OPERATOIRE</p> | <p>Réf. : OPC0253M Indice : 00</p> <p>Page 3/5</p> |
| <p>Dispositions relatives à la permanence et à la continuité des soins pour les patients en HADALU</p> | | |

Interventions des services de régulation médicale (Médigarde/SAMU) et des urgences dans la permanence des soins de l'HAD

Le Centre 15 et Médigarde recevront une fiche patient personnalisée le premier jour de la prise en charge en HAD d'un patient, précisant les coordonnées des différents intervenants (famille, HADALU, médecin traitant), la (les) pathologie(s) en cours, et le cas échéant, les limitations des thérapeutiques actives.

Le Centre 15 peut être appelé :

- Directement par l'infirmier(e) d'astreinte en cas d'arrêt cardiorespiratoire non attendu.
- Par l'infirmier(e) d'astreinte après avis téléphonique du senior d'astreinte.
- Par le médecin de garde de médecine générale après évaluation de l'état de santé du patient sur place, s'il s'avère instable ou relever de l'urgence vitale.

Lors de l'appel par l'infirmier(e) ou le médecin d'astreinte, le Centre 15 doit apporter une réponse adaptée liée à l'état de santé instable du patient ou l'urgence vitale de la situation.

En cas d'appel direct de la famille ou du patient, le Centre 15 régule l'appel et apporte une réponse adaptée suivant l'urgence estimée en privilégiant une prise en charge au domicile.


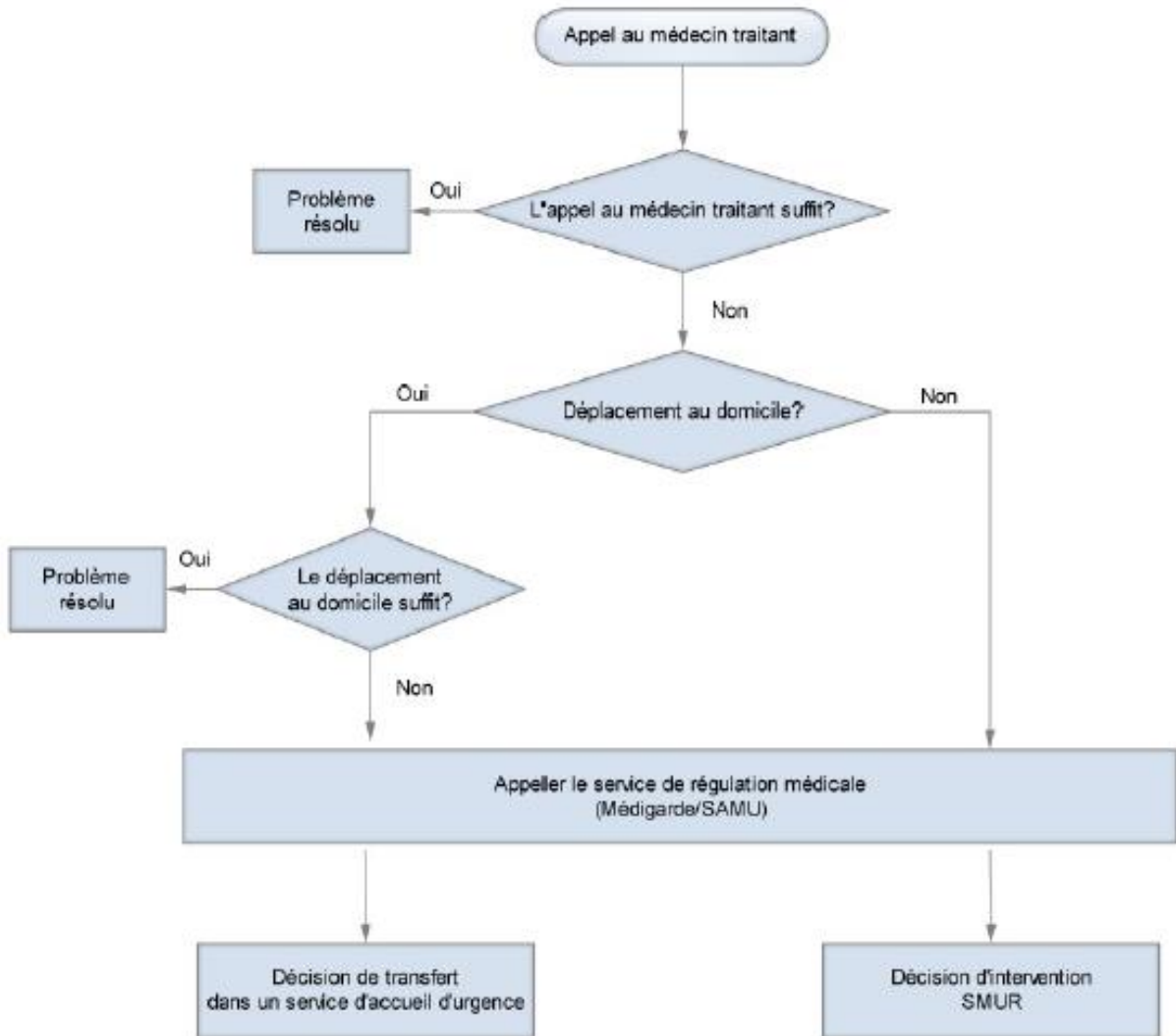
| | | |
|--|-------------------------------|---|
| <p>Centre Hospitalier</p>  <p>Lunéville</p> | <p>MODE OPERATOIRE</p> | <p>Réf. : OPC0253M Indice : 00 Page 4/5</p> |
| <p>Dispositions relatives à la permanence et à la continuité des soins pour les patients en HADALU</p> | | |

Fig.1 Recours au médecin traitant dans la permanence de soins




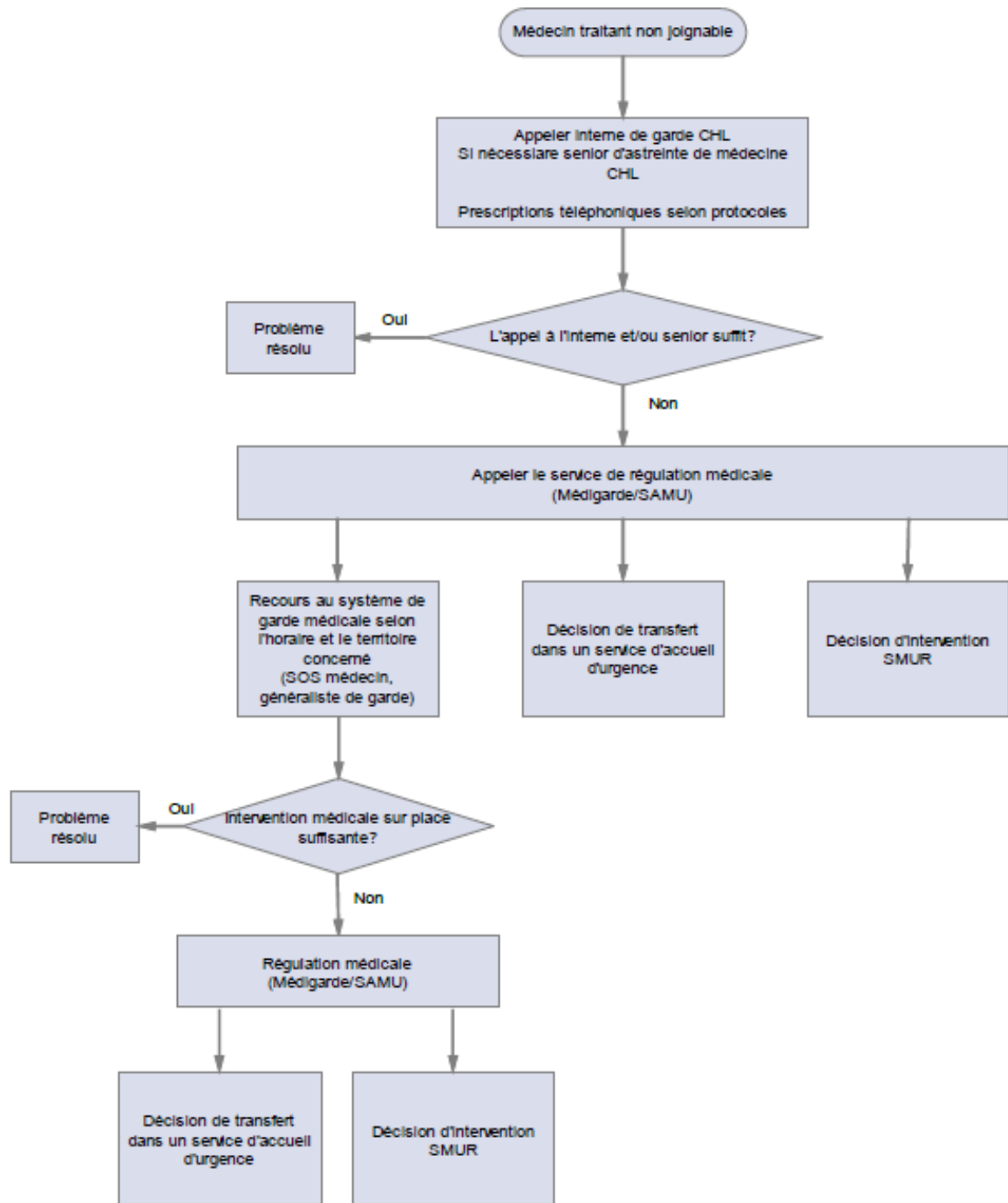
| | | |
|--|---|---|
| <p>Centre Hospitalier</p>  <p>Lunéville</p> | <p>MODE OPERATOIRE</p> | <p>Réf. : OPC0253M Indice : 00</p> <p>Page 5/5</p> |
| | <p>Dispositions relatives à la permanence et à la continuité des soins pour les patients en HADALU</p> | |


Fig.2 Organisation de la permanence de soins en cas d'absence ou de non recours au médecin traitant



Annexe 24 : Fiche SAMU HADALU

CHL – HADALU

Décembre 2014

| | | |
|---|---|---------------------------------|
|  | <p>Service HAD CH Lunéville FICHE DE LIAISON SAMU Service HADALU - IDE astreinte 03.83.76.14.13</p> | <p>Etiquette patient</p> |
|---|---|---------------------------------|

AVIS DE PRISE EN CHARGE EN HAD

NOM et Prénom :

NOM de jeune fille :

Né(e) le :

Adresse :

Téléphone :

Est hospitalisé(e) à domicile depuis le :

Diagnostic principal :

ATCD principaux :

Dispositif à haut risque vital : Oxygénothérapie
 Alimentation entérale chez l'enfant

Soins palliatifs : Oui Non

Directives anticipées / LATA (si réflexion déjà engagée) :

Isolement contact : Oui Non

En cas d'appel le ou la concernant, privilégier un traitement à domicile et ne l'hospitaliser qu'en cas d'urgence. Merci

Médecin traitant :

Téléphone :

Transmis au SAMU le :

Annexe 25 : Composition de la trousse d'urgence

| | |
|---|---|
|  | <h3>Composition de la trousse d'urgence HADALU</h3> |
|---|---|

| Matériel | | |
|---|-----------------------------------|--------------------------|
| Dénomination des produits | Quantités | Approvisionnement |
| Aiguilles oranges 25G BD Microlance | 3 | Pharmacie |
| Aiguilles vertes 21G BD Microlance | 3 | Pharmacie |
| Aiguilles crèmes 20G BD Microlance | 3 | Pharmacie |
| Cathéters Roses sécurisés | 4 | Pharmacie |
| Cathéters Bleus sécurisés | 2 | Pharmacie |
| Cathéters Verts sécurisés | 2 | Pharmacie |
| Cathéter Gris sécurisé | 1 | Pharmacie |
| Bouchons obturateurs : - pour cathéter sécurisés rose - pour cathéter sécurisés bleus - pour cathéter sécurisés vert | 2 2 2 | Pharmacie |
| Seringues 2ml 2p | 5 | Pharmacie |
| Seringues 5ml 2p | 5 | Pharmacie |
| Seringues 10ml 2p | 2 | Pharmacie |
| Seringues 20ml 2p | 2 | Pharmacie |
| Seringues 60 ml pour PSE | 2 | Pharmacie |
| Seringues à gaz du sang | 2 | Pharmacie |
| Perfuseur avec robinet 3V sans prise d'air 37.3154 | 2 | Pharmacie |
| Robinet 3 voies | 2 | Pharmacie |
| Prolongateur 1mmx2m pour S.A.P | 2 | Pharmacie |
| Tegaderm 10mmx12mm | 4 | Pharmacie |
| Compresse stériles 10/10 sachet de 5 | 10 | Pharmacie |
| Bandes Nylex 5cm | 2 | Pharmacie |
| Sparadrap microporeux | 1 | Pharmacie |
| | | |
| Sonde d'aspiration buccale | 1 | Pharmacie |
| Sonde d'aspiration endotrachéale | 1 bleue-1orange- 1rouge-1verte | Pharmacie |
| Sondes vésicales lubrifiées avec sac de recueil | 2 | Pharmacie |
| Canules de Guedel | 1 n°1 – 1 n°2 – 1 n°3 – 1 n°4 | Pharmacie |
| Gants d'intervention stériles | 2 paires taille 7 | Pharmacie |
| Plombs à sceller | 10 | Cadre de santé SAU-USC |
| | | |

| Solutés | | |
|---|------------------|--|
| Dénomination des produits | Quantités | Approvisionnement |
| NaCL 0,9% 500ml | 1 | Pharmacie |
| NaCL 0,9% 50ml inj | 4 | Pharmacie |
| Glucosé 5% 500ml | 1 | Pharmacie |
| Glucosé 10% 500ml | 1 | Pharmacie |
| Restorvol 6% 500ml | 1 | Pharmacie |
| Antiseptiques | | |
| Dénomination des produits | Quantités | Approvisionnement |
| Bétadine dermique unidoses | 3 | Pharmacie |
| Bétadine scrub 125ml sol. ext. | 1 | Pharmacie |
| Biseptine flacons unidoses | 2 | Pharmacie |
| Dakin 60ml sol. ext. | 1 | Pharmacie |
| NaCL 9% 50ml sol. versable | 3 | Pharmacie |
| Matériel Pansements | | |
| Dénomination des produits | Quantités | Approvisionnement |
| Coalgan mèches hémostatiques | 3 | Pharmacie |
| Steri-strips 75mmx6mm | 1 | Pharmacie |
| Tegadem pad 9mmx15mm | 3 | Pharmacie |
| Ciseaux bout mousse | 1 | Pharmacie |
| Médicaments injectables et aérosols | | |
| Dénomination des produits | Quantités | Utilisation - Préparation |
| Adrénaline 1mg/1ml sol inj | 2 | ACR enfant – 1 amp dans 10ml – 0,1mg/10kg Réaction allergique grave (cf protocole) - - voie IV : 1 amp dans 10ml = 0,1mg/1ml - aérosol : 1 amp dans 4ml = aéro 15 min |
| Adrénaline 5mg/1ml sol inj | 2 | ACR adulte - 1 amp dans 5ml = 1mg/1ml 1mg IVD sur demande médecin régulateur |
| Amoxicilline/ac clavulanique 1g/200mg sol inj | 2 | |
| Atropine 0,5mg/1ml sol inj | 2 | Antispasmodique/antisécrétoire 0,25 à 1mg SC maximum 2mg/24h |
| Ceftriaxone 1g sol inj | 1 | |
| Contramal 100mg/2ml sol inj | 2 | |
| Exacyl 0,5g/5ml sol inj | 3 | Hémorragies : 1 à 3 amp IVL/8h |
| Flumazenil 0,5mg/5ml sol inj | 2 | Surdosage en BZD – IVL 2ml (soit 0,2mg) Si inefficacité après 1min, 1ml/min 2mg maximum |
| Glucose 30% 3g/10ml sol inj | 2 | |
| Haldol 5mg/1ml sol inj | 2 | Syndrome confusionnel aigu Hoquet – Nausées /Vomissements 0,5 à 1 mg x3/j en SC |
| Héparine 25000Ui/5ml pdr inj | 1 | |

| | | |
|---|----|---|
| Ipratropium 0,5mg/1ml dose aéro. | 2 | |
| Lasilix 20mg sol inj | 4 | Oedème pulmonaire – 0,5mg/kg IVD |
| Lasilix 250 mg sol inj | 1 | |
| Midazolam 5mg/5ml sol. inj | 3 | |
| Morphine 10mg/1ml sol. inj. | 5 | |
| Naloxone 0,4mg/1ml sol inj | 5 | Surdosage en opiacés – 1amp dans 9ml 1ml/minute en IVL |
| Nefopam 20mg/2ml sol inj | 4 | |
| Paracétamol 1g poche inj | 2 | |
| Primperan 10mg/2ml sol inj | 2 | |
| Profenid 100mg pdr inj | 2 | |
| Rivotril 1mg/1ml sol inj | 2 | Epilepsie : ¼ à 1 amp IVL voie SC ou intrarectale OK en soins palliatifs |
| Salbutamol 5mg/2,5ml dose aéro. | 3 | |
| Scopolamine 0,5mg/2ml sol inj | 3 | Antisécrétoire – 0,25 à 0,5mg/8h voie SC (ou IVSE) |
| Solumedrol 40mg pdr inj | 2 | |
| Solumedrol 120mg pdr inj | 1 | |
| Valium 10mg/2ml sol inj | 2 | |
| Médicaments Per Os - Sublinguaux | | |
| Bi-profenid LP 100mg | 2 | |
| Célestène 0,5mg/ml 30ml sol buv | 1 | Laryngite : 20 gttes/kg PO |
| Contramal 50mg | 4 | |
| Doliprane oro 500mg | 10 | |
| Haldol 2mg/ml 15ml sol buv | 1 | Vomissements post chimio / post radiothérapie 2mg 6 à 8 fois par jour |
| Oxynormoro 5mg | 4 | |
| Tercian 4% 30ml sol buv (40mg/ml) | 1 | |
| | | |
| Nastispray 0,15mg spray | 1 | |
| | | |
| | | |
| | | |

Annexe 26 : Indice de Karnofsky

| | | |
|--|-------|---|
| Capable de mener une activité normale | 100 % | normal, pas de signe de maladie |
| | 90 % | peut mener une activité normale, symptômes mineurs de la maladie, totalement autonome |
| | 80 % | peut mener une activité normale, mais avec effort, symptômes ou signes mineurs, totalement autonome |
| Incapable de travailler, capable de vivre chez lui et d'assumer ses besoins personnels, une assistance variable est nécessaire | 70 % | peut se prendre en charge, incapable de mener une activité normale, autonome mais à stimuler |
| | 60 % | nécessite une aide occasionnelle mais peut prendre en charge la plupart des besoins, semi-autonome |
| | 50 % | nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents, semi-autonome |
| | 40 % | handicapé, nécessite une aide et des soins particuliers |
| Incapable de s'occuper de lui-même, nécessite des soins hospitaliers ou l'équivalent | 30 % | sévèrement handicapé, dépendant |
| | 20 % | très malade soutien actif, absence totale d'autonomie |
| | 10 % | moribond, processus fatal progressant rapidement |

Annexe 27 : Suivi financier HADALU à fin juin 2015

SUIVI FINANCIER HADALU JANVIER A JUIN 2015

| DEPENSES | PRÉVISIONNEL | | | RÉALISÉ | | | | | | TOTAL | ECART Budget prévisionnel mensuel-dépenses |
|---|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------|-------------------------|----------------|--|
| | Budget prévisionnel annuel | Budget prévisionnel période | Budget prévisionnel mensuel | Janvier (réalisé + engagé) | Février (réalisé + engagé) | Mars (réalisé + engagé) | Avril (réalisé + engagé) | Mai (réalisé + engagé) | Juin (réalisé + engagé) | | |
| TITRE 1 - CHARGES D'EXPLOITATION RELATIVES AU PERSONNEL | 393 500 | 196 750 | 32 792 | 23 305 | 30 904 | 33 514 | 36 746 | 32 845 | 48 128 | 205 443 | 8 693 |
| TITRE 2 - CHARGES A CARACTERE MEDICAL | 187 460 | 93 730 | 15 622 | 6 028 | 12 241 | 7 725 | 10 923 | 11 074 | 17 737 | 65 728 | -28 002 |
| TITRE 3 - CHARGES D'EXPLOITATION A CARACTERE HOTELIER ET GENERAL | 44 210 | 22 105 | 3 684 | 4 190 | 5 634 | 4 267 | 4 444 | 4 600 | 4 683 | 27 818 | 5 713 |
| TITRE 4 - CHARGES D'AMORTISSEMENTS DE PROVISIONS ET DEPRECIATIONS, FINANCIERES ET EXCEPTIONNELLES | 0 | 0 | 0 | 228 | 228 | 228 | 228 | 228 | 228 | 1 368 | 1 368 |
| TOTAL DEPENSES | 625 170 | 312 585 | 52 100 | 33 751 | 49 008 | 45 735 | 52 341 | 48 747 | 70 776 | 300 357 | -12 228 |

| RECETTES | Budget prévisionnel annuel | Budget prévisionnel période | Budget prévisionnel mensuel | RÉALISÉ | | | | | | TOTAL | ECART Budget prévisionnel mensuel-dépenses |
|--|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------|-------------------------|----------------|--|
| | | | | Janvier (réalisé + engagé) | Février (réalisé + engagé) | Mars (réalisé + engagé) | Avril (réalisé + engagé) | Mai (réalisé + engagé) | Juin (réalisé + engagé) | | |
| TITRE 1 - Produits versées par l'assurance maladie | 625 000 | 312 500 | 52 083 | 24 570 | 54 993 | 46 129 | 49 284 | 59 235 | 67 679 | 301 890 | -10 610 |
| TITRE 2 - Autres produits de l'activité hospitalière | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | 0 | 0 |
| TITRE 3 - Autres produits | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | 0 | 0 |
| TOTAL RECETTES | 625 000 | 312 500 | 52 083 | 24 570 | 54 993 | 46 129 | 49 284 | 59 235 | 67 679 | 301 890 | -10 610 |
| RESULTATS | -170 | -85 | -17 | -9 181 | 5 985 | 394 | -3 057 | 10 488 | -3 097 | 1 533 | 1 618 |

| ACTIVITE | Budget prévisionnel annuel | Budget prévisionnel période | Budget prévisionnel mensuel | RÉALISÉ | | | | | | TOTAL | ECART Budget prévisionnel mensuel-dépenses |
|------------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------|---------|--------|--------|--------|--------|---------|--|
| | | | | Janvier | Février | mars | avril | mai | juin | | |
| Nombre de journées | 3 600 | 1 800 | 300 | 116 | 240 | 213 | 228 | 284 | 340 | 1 421 | -379 |
| valorisation activité à 100% | 625 000 | 312 500 | 52 083 | 24 570 | 54 993 | 46 129 | 49 284 | 59 235 | 67 679 | 301 890 | -10 610 |
| tarif moyen | 174 | | | 212 | 229 | 217 | 216 | 209 | 199 | 212 | |

Soit nbre de patients pris en charge/JOUR **10** **4,30** **8,57** **6,87** **7,60** **9,16** **11,33** **8,03**

| ETP | Budget prévisionnel annuel | Budget prévisionnel période | Budget prévisionnel mensuel | RÉALISÉ | | | | | | TOTAL | ECART Budget prévisionnel mensuel-dépenses |
|------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------|---------|------|-------|------|------|-------|--|
| | | | | Janvier | Février | mars | avril | mai | juin | | |
| Médecins interne | 1,0 | | | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | | 0,00 |
| IDE | 5,0 | | | 5,0 | 6,0 | 6,0 | 6,00 | 5,55 | 6,50 | | 0,84 |
| AS | 0,0 | | | 0,0 | 1,0 | 1,0 | 1,23 | 1,55 | 2,08 | | 1,14 |

BUDGET PREVISIONNEL HAD-ANNEE 2015

période d'analyse: janvier à JUIN'

| Budget prévisionnel annuel | Budget prévisionnel période | Budget prévisionnel mensuel | Janvier (réalisé + engagé) | Février (réalisé + engagé) | Mars (réalisé + engagé) | Avril (réalisé + engagé) | Mai (réalisé + engagé) | Juin (réalisé + engagé) | ECART Budget prévisionnel mensuel- dépenses | Observations methodo |
|----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------|-------------------------|---|----------------------|
| a | c- (nb mois*b) + prime annuelle/2 | b | d | | | | | | e-d-c | |

TITRE 1 - CHARGES D'EXPLOITATION RELATIVES AU PERSONNEL

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|----------------|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|--|
| PM | 57 080 | 28 530 | 4 755 | 2 525 | 2 517 | 2 508 | 2 521 | 2 508 | 3 801 | -12 149 | 100% salaire imputé HAD |
| Paramédical (IDE) | 336 440 | 168 220 | 28 037 | 20 780 | 25 017 | 27 457 | 30 033 | 25 194 | 36 133 | -3 607 | recrutement 1 IDE en juin) + prime de service payée en juin |
| AS | | | | | 3 370 | 3 549 | 4 192 | 5 143 | 8 194 | 24 449 | recrutement 0,5 AS en juin) + prime de service payée en juin |
| | | | | | | | | | | | |
| Sous-Total Titre 1 | 393 500 | 196 750 | 32 792 | 23 305 | 30 904 | 33 514 | 36 746 | 32 845 | 48 128 | 8 693 | |

TITRE 2 - CHARGES A CARACTERE MEDICAL

| | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|---|---------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|---------------|---------------|----------------|---------|--|
| 6021 | Produits pharmaceutiques & produits à usage médical (pharma) | 50 000 | 25 000 | 4 167 | 1 480 | 3 119 | 2 262 | 2 859 | 2 434 | 5 605 | -7 242 | consommations |
| 6022 | Fourniture et petit matériel médical et médico-techn (pharma) | 9 500 | 4 750 | 792 | 1 977 | 2 341 | 2 224 | 3 141 | 3 253 | 3 656 | 11 843 | consommations |
| 6068 | Fournitures médicales | | 0 | | | 79 | 0 | | | 552 | 631 | |
| 61111 | Kinésithérapie | 15 750 | 7 875 | 1 313 | 0 | 0 | 0 | 229 | 734 | | -6 912 | |
| 61112 | Imagerie | | 0 | 0 | | 0 | | | | | 0 | |
| 61113 | Laboratoires | 18 000 | 9 000 | 1 500 | 194 | 531 | 787 | 927 | 818 | 1 225 | -4 517 | |
| 61115 | consultations spécialisées (médecins libéraux) | 33 850 | 16 925 | 2 821 | 174 | 590 | 45 | 813 | 142 | 265 | -14 896 | |
| 61118 | Autres prestations paramédicales (IDE libérales,SSIAD) | | 0 | 0 | | 340 | | 530 | 576 | 3 272 | 4 718 | |
| 613151 | Location informatique médicale | 1 200 | 600 | 100 | | | | | | | -800 | |
| 613152 | Location équipements médicaux | | | | | | 730 | | | | 730 | location console Renasys |
| 613158 | Locations à caractère médical | 50 400 | 25 200 | 4 200 | 2 182 | 5 221 | 1 658 | 2 403 | 3 097 | 3 142 | -7 496 | |
| 615161 | Maintenance informatique médicale | 8 760 | 4 380 | 730 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | -4 280 | Licence annuelle (abonnement medecin) 240€ |
| Sous-Total Titre 2 ... | 187 460 | 93 730 | 15 622 | 6 028 | 12 241 | 7 725 | 10 923 | 11 074 | 17 737 | -28 002 | | |

BUDGET PREVISIONNEL HAD-ANNEE 2015

période d'analyse: janvier à JUIN

| Budget prévisionnel annuel | Budget prévisionnel période | Budget prévisionnel mensuel | Janvier (réalisé + engagé) | Février (réalisé + engagé) | Mars (réalisé + engagé) | Avril (réalisé + engagé) | Mai (réalisé + engagé) | Juin (réalisé + engagé) | ECART Budget prévisionnel mensuel- dépenses | Observations methodo |
|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------|-------------------------|---|----------------------|
|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------|-------------------------|---|----------------------|

TITRE 3 - CHARGES D'EXPLOITATION A CARACTERE HOTELIER ET GENERAL

| | | | | | | | | | | | | |
|---------|---|--------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|---|
| 60236 | produits diététiques | 6 000 | 3 000 | 500 | 234 | 10 | 10 | 25 | 22 | 30 | -2 669 | consommations |
| 60262 | produits d'entretien | 0 | 0 | 0 | 23 | 55 | 23 | 55 | 31 | 56 | 243 | consommations |
| 60263 | Fournitures ateliers et biomedical | 0 | 0 | 0 | 203 | | 128 | | 12 | 32 | 375 | consommations |
| 60265 | Fournitures de bureau et informatique (stockées) | 7 590 | 3 795 | 633 | 76 | 110 | 0 | | | 56 | -3 653 | consommations |
| 602661 | Couches alésés pdts absorbants | 2 700 | 1 350 | 225 | 7 | 37 | 7 | 70 | 36 | 97 | -1 096 | consommations |
| 602662 | petit matériel hotelier | | 0 | | | 1 414 | 0 | | | | 1 414 | consommations (pilluliers) |
| 6026630 | linge et habillement | | | | | | | | 29 | | 29 | |
| 6026631 | Divers textiles à usage unique | 1 530 | 765 | 128 | 7 | 26 | 16 | 32 | 12 | 35 | -636 | consommations |
| 602668 | Autres fournitures hotelières | | 0 | 0 | | | 0 | | | | 0 | consommations |
| 60268 | Autres fournitures consommables | | | | | | | | 7 | | 7 | consommations |
| 6061 | Fournitures non stockables eau EDF chauffage | | 0 | 0 | 206 | 198 | 183 | 149 | 101 | 94 | 931 | EDF réel chauffage réel répartition LH eau (0,23€/m³). (estimations DL) |
| 60621 | Combustible et carburant | 5 300 | 2 650 | 442 | 264 | 378 | 363 | 422 | 494 | 500 | -228 | |
| 60625 | Fournitures de bureau et informatique | | 0 | 0 | | | | | | | 0 | |
| 606262 | Petit matériel hotelier | | 0 | 0 | | | | | | | 0 | |
| 6068 | Autres achats non stockés | | 0 | 0 | 102 | | | | | | 102 | |
| 613151 | maintenance progiciel PMSI HAD | | 0 | 0 | | | | | | | 0 | |
| 61322 | Locations immobilières | | 0 | 0 | | | | | | | 0 | loyer dans charges indirectes de structure |
| 613252 | Location équipements (copieurs) | 740 | 370 | 62 | 373 | 373 | 373 | 373 | 373 | 373 | 1 868 | facture mensuelle |
| 613253 | Locations matériel de transport | 9 650 | 4 825 | 804 | 957 | 957 | 957 | 957 | 957 | 957 | 916 | |
| 613258 | Autres locations mobilières (antenne) | | 0 | 0 | | | | | | | 0 | |
| 615252 | Entretien matériel de transport | 0 | 0 | 0 | 373 | 382 | 373 | 406 | 594 | 382 | 2 510 | |
| 615261 | Maintenance informatique | 0 | 0 | 0 | 105 | 105 | 105 | 105 | 105 | 105 | 630 | disct 1258 par an |
| 6152681 | MAINTENANCE BATIMENTS P2-P3 | | | | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 14 | |
| 6161 | Primes d'assurance multirisque/RC | | 0 | 0 | | | | | | | 0 | |
| 6163 | Assurance transport | 3 910 | 1 955 | 326 | 335 | 335 | 335 | 335 | 335 | 335 | 55 | (4016,4 par an) |
| 6166 | Assurance matériel | | 0 | 0 | | | | | | | 0 | |
| 6181 | Documentation générale | | 0 | 0 | | | | | | | 0 | |
| 6183 | documentation technique | | 0 | 0 | | | | | | | 0 | |
| 62268 | Honoraires autres | | | | | 68 | 68 | 68 | 68 | 68 | 272 | adhésion FNEHAD 820 euros annuel |
| 6241 | transport sur achats | | | | | | | | 20 | 24 | 44 | |
| 6245 | Transport d'usagers | 400 | 200 | 33 | 331 | 440 | 548 | 500 | 500 | 500 | 2 620 | |
| | dont nbre de transports | | | | 4 | 9 | | | | | 13 | |
| 625 | Déplacements missions réceptions hors formation | | 0 | 0 | | | | | | | 0 | |
| 626 | Frais postaux et frais de télécommunication et liaison informatique | 2 790 | 1 395 | 233 | 280 | 337 | 321 | 327 | 360 | 402 | 631 | estimation affranchissement |
| 62880 | traitement déchets | 3 600 | 1 800 | 300 | 116 | 240 | 213 | 228 | 284 | 340 | -379 | 1€/j hospit |
| 6281 | tenues (blanchiss et location) | | 0 | 0 | 130 | 165 | 182 | 189 | 202 | 227 | 1 095 | 0,84€/tenue/jour |
| 6283 | nettoyage extérieur | | 0 | 0 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 365 | |
| 6358 | autres impôts taxes et vers assimilés | | 0 | | | | | | | | 0 | |
| 6588 | Autres charges diverses de gestion courante | | 0 | | | | | | | | 0 | |
| | 87238 exercice ntérieur | | | | | | 139 | | | | 139 | rappel assurance |
| | Sous-Total Titre 3 ... | 44 210 | 22 105 | 3 684 | 4 190 | 5 634 | 4 267 | 4 444 | 4 600 | 4 683 | 5 713 | |

TITRE 4 - CHARGES D'AMORTISSEMENTS DE PROVISIONS ET DEPRECIATIONS, FINANCIERES ET EXCEPTIONNELLES

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|-------------|
| Frais financiers et dotations aux amortissements | | 0 | 0 | 228 | 228 | 228 | 228 | 228 | 228 | 1 368 | amort 2 730 |
|--|--|---|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|-------------|

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|----------------|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|--|
| TOTAL DEPENSES DIRECTES | 625 170 | 312 585 | 52 098 | 33 751 | 49 008 | 45 735 | 52 341 | 48 747 | 70 776 | -12 227 | |
|--------------------------------|----------------|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|--|

| | | Budget prévisionnel annuel | Budget prévisionnel période | Budget prévisionnel mensuel | Janvier (réalisé + engagé) | Février (réalisé + engagé) | Mars (réalisé + engagé) | Avril (réalisé + engagé) | mai (réalisé + engagé) | Juin (réalisé + engagé) | ECART Budget prévisionnel mensuel- dépenses | Observations methodo |
|-----------------------|--|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------|-------------------------|---|----------------------|
| Titre 1: | Produits versées par l'assurance maladie valorisation 100% | 625 000 | 312 500 | 52 083 | 24 570 | 54 993 | 46 129 | 49 284 | 59 235 | 67 679 | -10 610 | réel 100% |
| Titre 2: | Autres produits de l'activité hospitalière | | 0 | 0 | 0 | | | | | | 0 | |
| Titre 3: | Autres produits | | 0 | 0 | 0 | | | | | | 0 | |
| TOTAL RECETTES | | 625 000 | 312 500 | 52 083 | 24 570 | 54 993 | 46 129 | 49 284 | 59 235 | 67 679 | -10 610 | |

Annexe 28 : Convention de partenariat SSIAD-HADALU



Convention cadre de partenariat HAD entre le Centre Hospitalier de Lunéville et les SSIAD du Lunévillois

P. 1/6

Entre d'une part,

**Le Centre Hospitalier de Lunéville
Service HADALU**

Adresse : 6 rue Girardet – BP 30206 – 54300 LUNEVILLE
Représenté par : Monsieur Jérôme GOEMINNE- Directeur
Numéro FINESS juridique : 540000080

Ci-après dénommé « Centre Hospitalier de Lunéville – Service HADALU »

Et d'autre part,

**Le SSIAD des 4 Cantons
Le SSIAD les 3 Rivières
Le SSIAD des Etangs
Service de Soins Infirmiers à Domicile**

Adresse : 11 bis rue des Moulins – 54120 BACCARAT
Représenté par : Madame Jacqueline THIERY - Présidente
Numéro FINESS juridique : 540001914

Adresse : 1 rue du Presbytère – BP 08 – 54360 BLAINVILLE SUR L'EAU
Représenté par : Monsieur Jean RENAUD - Président
Numéro FINESS juridique : 540002045

Adresse : 7 Place de la Fontaine – 54370 EINVILLE AU JARD
Représenté par : Monsieur Yves BALAND - Président
Numéro FINESS juridique : 540002110

Ci-après dénommés « SSIAD »

Il est convenu et arrêté ce qui suit :

PREAMBULE

La présente convention a pour objectif de prendre en compte :

- La nécessité pour le patient de bénéficier d'une prise en charge de qualité, selon la spécificité et la technicité des soins à prodiguer, telles que définies par le prescripteur,
- L'optimisation nécessaire des ressources humaines sur tous les territoires de santé où qu'ils soient.

Considérant, que la prise en charge en Hospitalisation A Domicile (HAD) répond à la définition du Code de la Santé Publique (art. R.6121-4) disposant que :

« Les structures d'HAD permettent d'assurer au domicile du malade, sur prescription médicale, 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, 24h/24 et 7j/7 ».

Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes ».

Considérant :

- Qu'il est essentiel de garantir la continuité de la prise en charge à domicile des patients quel que soit le stade de la pathologie,
- Qu'une action coordonnée et structurée des SSIAD et du Centre Hospitalier de Lunéville – Service HADALU est de nature à créer la complémentarité nécessaire à des soins de qualité,
- Qu'elle permet, en outre, d'assurer le respect des droits fondamentaux des malades désirant rester à leur domicile.

La prise en charge en Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) répond à la définition de l'article D312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles disposant que les services de soins à domicile assurent, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base relationnels, auprès :

- de personnes, malades ou dépendantes,
- de personnes adultes présentant un handicap,
- de personnes adultes atteintes de pathologies chroniques mentionnées au 7° du I de l'article L.312-1 ou présentant une affection mentionnée au 3° et 4° de l'article L.322-3 du code de la sécurité sociale.

Vu la circulaire n° DGAS/2C/2005/111 du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, ainsi que des modifications des conditions de fonctionnement prévues par le décret n°2005-1135 du 7 septembre 2005.

Considérant que la circulaire DHOS/n°44 du 4 février 2004 relative à l'HAD (partie I - paragraphe V) recommande de développer et de formaliser les complémentarités entre les différents acteurs de la prise en charge au domicile, notamment les structures d'HAD et les SSIAD.

La présente convention a donc pour but de fixer les conditions dans lesquelles les deux parties collaborent aux soins dispensés auprès des patients du Centre Hospitalier de Lunéville pris en charge par le Centre Hospitalier de Lunéville – Service HADALU.

Convention cadre de partenariat HAD entre le Centre Hospitalier de Lunéville et les SSIAD du Lunévillois

P. 3/6

Article 1 : La prise en charge des patients

Dans le cadre de la prise en charge conjointe, le SSIAD assure les soins de confort et d'hygiène à l'aide des matériels et fournitures mis à disposition par le Centre Hospitalier de Lunéville – Service HADALU. Il s'agit de soins habituellement dévolus au personnel aide-soignant tels que définis à l'article D312-2 du code de l'action sociale et des familles.

L'aide-soignante, sous la responsabilité de l'infirmière coordinatrice du SSIAD, travaille en collaboration avec des professionnels de santé délégués par l'HAD dans le cadre du projet de soins conduit par l'infirmier coordonnateur du Centre Hospitalier de Lunéville – Service HADALU et élaboré par le médecin coordonnateur du Centre Hospitalier de Lunéville – Service HADALU.

Tous les autres soins et actes de coordination nécessaires au maintien à domicile du patient incombent au Centre Hospitalier de Lunéville – Service HADALU.

La prise en charge des patients du Centre Hospitalier de Lunéville – Service HADALU s'effectue entre 8 h et 14 h mais ces horaires sont à adapter au cas par cas en fonction des besoins du patient.

Il est convenu entre le Centre Hospitalier de Lunéville – Service HADALU et le SSIAD que les soins du soir seront assurés par le personnel HAD.

Il est également convenu que c'est l'IDE du Centre Hospitalier de Lunéville – Service HADALU qui a compétence à intervenir au domicile du patient en cas d'urgence ou de besoin (astreinte de nuit) sur appel du patient, de sa famille ou du médecin traitant.

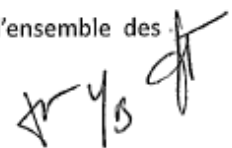
Aucun lien de subordination direct n'existe entre les personnels du SSIAD et le Centre Hospitalier de Lunéville – Service HADALU. Ils restent salariés du SSIAD et relèvent juridiquement de ce dernier.

Pour les dommages causés aux patients lors d'une prise en charge conjointe, les parties s'en réfèrent au droit commun de la responsabilité civile.

Chacune des parties prend en charge, pour ce qui la concerne, la couverture de ses personnels affectés aux activités communes conformément à la législation applicable au régime des accidents du travail et des maladies professionnelles dans le domaine de la sécurité sociale.

Chacune des parties est responsable, dans les conditions du droit commun, des dommages que son personnel pourrait causer aux tiers à l'occasion de l'exécution de la présente convention, y compris les dommages résultant de l'utilisation de matériels et d'équipements appartenant aux autres organismes et mis à la disposition de ce personnel.

Les deux parties s'engagent à assurer auprès des prestataires de leur choix l'ensemble des activités faisant l'objet de cette convention.



Le Centre Hospitalier de Lunéville – Service HADALU est assuré pour son activité hospitalière, en particulier pour son implication dans l'organisation et la continuité des soins de la structure HAD.

Les personnels du SSIAD utilisent exclusivement leur véhicule personnel (en fonction des modalités en vigueur dans le SSIAD) pour les déplacements professionnels.

Le SSIAD se conforme aux dispositions édictées par le règlement intérieur du Centre Hospitalier de Lunéville – Service HADALU pendant la durée de prise en charge conjointe, ainsi qu'au protocole de soins intégrant les modalités spécifiques de prise en charge.

Le SSIAD et le Centre Hospitalier de Lunéville – Service HADALU s'engagent à remplir informatiquement le dossier de soins HAD se trouvant au domicile du patient. Ils y mentionnent les actes et/ou soins effectués.

Chaque professionnel de santé du SSIAD ou du Centre Hospitalier de Lunéville – Service HADALU mentionne à chaque passage, sur une feuille d'émargement, les actes effectués.

En cas de difficultés dans l'exercice de la prestation, le professionnel de santé du SSIAD doit contacter dans les meilleurs délais le médecin coordonnateur du Centre Hospitalier de Lunéville – Service HADALU, ou le médecin traitant, ou l'infirmière coordinatrice ainsi que son supérieur hiérarchique selon la nature des difficultés.

Durant leurs interventions, les professionnels de santé du SSIAD seront invités à participer aux évaluations du ou des patients concernés, effectuées par l'équipe du Centre Hospitalier de Lunéville – Service HADALU et le médecin coordonnateur, et éventuellement à participer aux réunions d'informations ou de formations organisées par la structure.

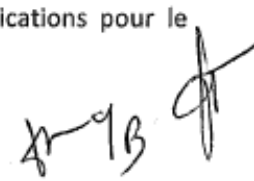
Article 2 : Le forfait soins

Le SSIAD établira une facture mensuelle sur laquelle seront mentionnés le nombre de journées effectuées.

Il est préalablement convenu entre les deux parties qu'un forfait jour de 36 € est appliqué.

La facturation sera établie sur la base des jours d'intervention de l'aide-soignante auprès d'un patient du Centre Hospitalier de Lunéville – Service HADALU, avec visa de l'infirmière coordinatrice du SSIAD pour règlement, en conformité avec la prise en charge du patient selon la lettre de mission.

Il est convenu que le forfait soins est révisable en fonction de l'évolution de la convention collective pour la valeur du point (rémunération), de l'indemnité kilométrique mais aussi en fonction de l'évolution des cotisations sociales et fiscales imposées par l'Etat. Si ces éléments évoluent, ils seront opposables au forfait soins actuel. Le Centre Hospitalier de Lunéville – Service HADALU en sera avisé et s'engage à prendre en compte ces modifications pour le paiement.



Convention cadre de partenariat HAD entre le Centre Hospitalier de Lunéville et les SSIAD du Lunévillois

P. 5/6

Le Centre Hospitalier de Lunéville – Service HADALU s’engage à régler les factures correspondant aux interventions effectuées par le SSIAD dans un délai de 30 jours.

Le SSIAD s’engage à transmettre chaque année à l’ARS, joint à son budget prévisionnel, un document clair et précis retraçant l’activité liée à la prise en charge conjointe de l’année précédente.

Les patients concernés sont recensés à part dans l’activité du SSIAD. La recette qu’ils génèrent, apportée par le Centre Hospitalier de Lunéville – Service HADALU, est indépendante du financement « assurance maladie » du SSIAD. Elle apparaît dans un compte isolé en recettes : « recettes autres structures ».

Article 3 : Modalités d’intervention du SSIAD

Le SSIAD, sollicité par le Centre Hospitalier de Lunéville – Service HADALU, prend en charge des patients relevant de l’HAD dans sa zone géographique d’intervention.

Le Centre Hospitalier de Lunéville – Service HADALU exprime sa demande de prise en charge conjointe sur support précisant les objectifs de la prise en charge (Annexe n°1 jointe).

Il est convenu que l’admission en semaine des patients du Centre Hospitalier de Lunéville – Service HADALU par le SSIAD est possible dès le lendemain de la demande, si celle-ci est effectuée la veille, avant midi.

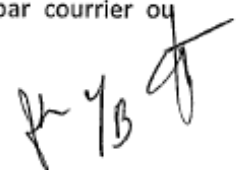
Si la demande est effectuée après midi, cela décale d’un jour la possibilité de prise en charge par le SSIAD. Dans l’intervalle, c’est le Centre Hospitalier de Lunéville – Service HADALU qui traite les besoins du patient concerné.

Une demande du Centre Hospitalier de Lunéville – Service HADALU pour une prise en charge par le SSIAD effectuée le vendredi matin pourra voir la prise en charge effective à compter du lundi matin. Si elle est effectuée le vendredi après-midi, c’est le personnel du Centre Hospitalier de Lunéville – Service HADALU (IDE) qui assurera le 1^{er} jour de prise en charge et le SSIAD interviendra à compter du mardi.

Il est convenu par le Centre Hospitalier de Lunéville – Service HADALU qu’il n’y aura pas de sortie le weekend.

Exception : une sortie le WE et possible pour un patient déjà connu du SSIAD car celui-ci dispose des paramètres essentiels pour assurer la prise en charge.

Le SSIAD peut accepter ou refuser la prise en charge proposée. En cas de refus, il fait connaître sa décision motivée au Centre Hospitalier de Lunéville – Service HADALU par courrier ou courriel dans les meilleurs délais (maximum 24h).



Article 4 : Evaluation du partenariat

L'évaluation de ce partenariat sera faite en présence d'un ou plusieurs membres de chaque partie. Pour une bonne coopération, il se réunira au moins une fois par an ou sur demande de l'une ou l'autre partie.

Article 5 : Durée et résiliation

La présente convention est conclue pour une période transitoire de 6 mois, à compter du 1^{er} mai 2015. A ce terme, elle pourra faire l'objet d'une révision. La nouvelle convention pourra ensuite être reconduite, puis deviendra renouvelable par tacite reconduction, sauf dénonciation expresse par l'une des parties par lettre recommandée avec accusé de réception avec un préavis de 1 mois.

Les deux parties s'engagent, préalablement à tout courrier de dénonciation, à se réunir lors d'une réunion de conciliation afin d'envisager une solution à tout différend. Cependant, en cas de persistance d'un désaccord, les parties devront s'entendre sur les modalités permettant d'assurer la continuité de la prise en charge des patients et devront informer l'ARS de ces modalités.

La présente convention est établie en 3 exemplaires originaux.

1 pour le SSIAD, 1 pour l'ARS, 1 pour le Centre Hospitalier de Lunéville – Service HADALU

Fait à Lunéville, le 30 avril 2015

Pour le Centre Hospitalier
Jérôme GOEMINNE
Directeur



Pour le SSIAD
Jacqueline THIERY
Présidente



Jean RENAUD
Président



Yves BALAND
Président



4

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Le développement de l'activité d'HAD permet d'accompagner la progression des prises en charge de proximité, en alliant les exigences de soins hospitaliers et le confort du domicile.

Le souhait affiché par les pouvoirs publics d'un accroissement de l'activité d'HAD et du maillage territorial a conduit l'ARS Lorraine à prioriser l'implantation de structures sur les territoires non pourvus, dont le territoire Lunévillois.

Ce travail de thèse synthétise la gestion de projet ayant abouti à l'ouverture en janvier 2015 du service HADALU du Centre Hospitalier de Lunéville, et développe sa mise en œuvre, les difficultés rencontrées, les premiers résultats d'activité ainsi que les perspectives d'avenir.

TITRE EN ANGLAIS

Home health care service creation on the Lunéville area : HADALU

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2016

MOTS CLÉS :

Hospitalisation à domicile ; HAD ; implantation ; Lorraine ; Lunéville ; gestion de projet ; communication ; système d'information ; produits de santé ; permanence de soins ; rapport d'activité ;

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54 505 VANDOEUVRE LES NANCY