Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

HOSPIDOM
L'AP-HM À DOMICILE

Prise en charge pédiatrique en Hospitalisation A Domicile

Expérience Marseillaise avec HOSPIDOM

Journée régionale des HAD du mercredi 3 octobre 2018
ARS Région SUD

Docteur Didier ZANINI – Médecin chef de service HOSPIDOM /Coordonnateur HAD

Docteur Violaine BRESSON – Pédiatre coordinateur

Docteur Sarah CASTET – Pédiatre endocrinologue chargée du développement de la filière diabète

HOSPIDOM c'est ?

Un service hospitalier de l'AP-HM

2011 : projet institutionnel de réouverture d'un service d'HAD

Octobre 2011 : naissance d'HOSPIDOM avec PEC obstétrique et néonat
(filières et/ou chemin clinique ou parcours organisationnel…)

Avril 2012 : ouverture des PEC adulte

Décembre 2013 : recrutement d'un médecin Pédiatre et ouverture aux soins lourds de pédiatrie

1 périmètre d'intervention
sur l'ensemble de Marseille
et les communes environnantes(Martigues, Aix, Aubagne)

HOSPIDOM c'est aussi ?

HOSPIDOM EN CHIFFRES

Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

PLUS DE 3000 PATIENTS PRIS EN CHARGE

20 000 JOURNÉES PAR AN D'HOSPITALISATION À DOMICILE

DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR **19 JOURS**

800 PATIENTS PAR AN

UNE DIZAINE DE FEMMES ENCEINTES PAR JOUR
UNE VINGTAINE D'ENFANTS
UNE QUARANTAINE D'ADULTES

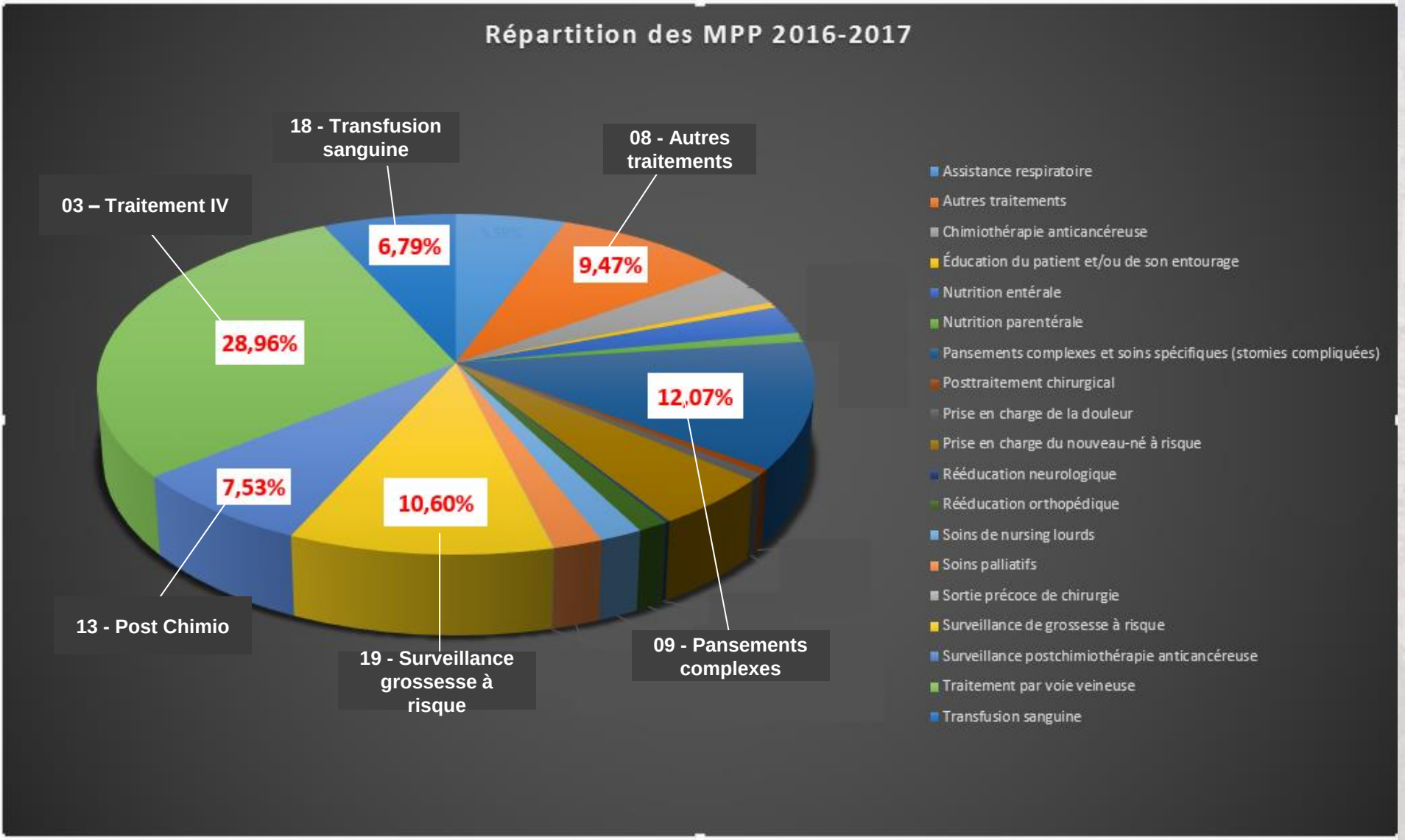
Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

HOSPIDOM
L'AP-HM À DOMICILE

HOSPIDOM c'est surtout ?

3 Départements: Adultes, Obstétrique, Néonat et Pédiatrique.
1 équipe pluridisciplinaire de 32 ETP

1 cellule gouvernance mutualisé: (1chef de service,1directeur administratif réfèrent,1cadre de santé) 1 secrétariat administratif, médical et standart mutualisé (2 ETP) 1 équipe logistique et aides soignants mutualisé (6AS) 1 assistance sociale et 1 cadre de santé mutualisé		
Département Adulte	Département Néotal et Pédiatrique	Département Obstétrique
0,5x2 ETP médecin CO *1 interne en médecine en attente*	0,4 ETP Médecin CO Pédiatre	3 ETP Sages Femmes
10 IDE coordination et soins	6 puéricultrices	
PEC mixte 70% Idel 30% salariés	PEC mixte 80% salariés 20% Idel	100% salariés
1 double astreinte, paramédicale et médicale mutualisée 24/24 - 7/7 – 365jrs/365jrs		


Répartition des MPP 2016-2017
18 - Transfusion sanguine
08 - Autres traitements
03 – Traitement IV
6,79%
9,47%
28,96%
12,07%
7,53%
10,60%
13 - Post Chimio
19 - Surveillance grossesse à risque
09 - Pansements complexes
Assistance respiratoire
Autres traitements
Chimiothérapie anticancéreuse
Éducation du patient et/ou de son entourage
Nutrition entérale
Nutrition parentérale
Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)
Posttraitement chirurgical
Prise en charge de la douleur
Prise en charge du nouveau-né à risque
Rééducation neurologique
Rééducation orthopédique
Soins de nursing lourds
Soins palliatifs
Sortie précoce de chirurgie
Surveillance de grossesse à risque
Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse
Traitement par voie veineuse
Transfusion sanguine

Le département pédiatrique

- Unité de lieu entre les différents départements:
  - Un bureau au sein de l'HAD

- Mutualisation des ressources
  - Logistique
  - Secrétariat
  - Assistante sociale
  - Kinésithérapeute
  - Diététicienne
  - Salle de réunion

Objectifs HAD pédiatrique

- Poursuite de **soins techniques** au domicile
- **Education** des parents dans les soins et la surveillance de leur enfant
- **Education thérapeutique**
- **Aide à la parentalité**
- **Accompagnement de fin de vie**
- Permettre à l'enfant de **réintégrer son environnement** : domicile, scolarité (soins possibles à l'école)

Pour quels patients?

- Patients atteints de pathologie aigue ou chronique nécessitant une hospitalisation
- Stabilité clinique
- Accompagnement de fin de vie
- Adhésion des parents et capacité de surveillance de leur part
- Conditions de domicile permettant les soins à domicile

Pour quels types de soins?

MODE DE PRISE EN CHARGE	DEFINITION DE LA PRISE EN CHARGE	EXEMPLES CLINIQUES
Traitement intraveineux	Antibiotiques, antiviraux,antalgiques selon protocoles/prescriptions hospitaliers,	Pyélo néphrite- IMF -traitement post-greffe au long court
Pansement complexe	Plaies complexes+/- spécifiques	Post-greffe-pansement de drain – pansement de nécrose- pst de fixateur externe- pst de voie centrale
Education de l'enfant et de son entourage	Suivi médico-infirmier et éducation visant à une autonomie,	Découverte de diabète- surveillance hémodynamique(cardiopathie)-bronchodysplasique-anorexie
Assistance respiratoire	Enfant à autonomie respiratoire limitée de manière temporaire ou définitive- suivi médico-infirmier-mise en place de l'appareillage et soins éducatifs- organisation de kiné respiratoire	BPCO- bronchodysplasique sous oxygène en cours de sevrage-bronchiolite avec aérosolthérapie et dépistage de détresse respiratoire-

MODE DE PRISE EN CHARGE	DEFINITION DE LA PRISE EN CHARGE	EXEMPLES CLINIQUES
Nutrition parentérale	Administration de soluté de nutrition prescrite par pédiatre hospitalier- suivi médical et biologique de l'alimentation- mise en place de pompe -surveillance et entretien de voie veineuse centrale	Alimentation parentérale- prise en charge diététique- Education et formation des parents
Nutrition Entérale	Enfant porteur d'une SNG, d'une gastrostomie/bouton de mickey- suivi médical et orthophonie- mise en place de pompe-	Alimentation entérale par pompe ou tulipe - troubles de l'oralité- soins de sonde- éducation et formation des parents : pose de SNG/surveillance/vérification, soins de gastrostomie, utilisation de la pompe,,,
Prise en charge orthopédique	Mise en place de rééducation au domicile- suivi infirmier- surveillance du dispositif- mise en place du matériel	Mise en traction et surveillance- soins et surveillance de fixateurs externes - psts complexes
Prise en charge neurologique	Surveillance neurologique et administration traitement spécifique- suivi médical	Surveillance état neurologique et éducation parents- administration traitement IV/per os
Prise en charge de la douleur	Évaluation médico-infirmière de la douleur-mise en place d'un traitement, évaluation et réajustement thérapeutique	Administration traitement per os/ PCA/patch/IV- évaluation selon échelle de douleur adaptée à l'âge et l'état de l'enfant- collaboration avec l'unité pédiatrique de palliatif- mise en place d'une prise en charge psychologique

MODE DE PRISE EN CHARGE	DEFINITION DE LA PRISE EN CHARGE	EXEMPLES CLINIQUES
Prise en charge du nourrisson /sortie précoce de maternité	Sortie précocément de maternité d'un nouveau-né- surveillance général et biologique d'un enfant à risque d'ictère(facteurs favorisant)- Évaluation de l'état général de l'enfant, de la relation parents-enfant- mise en place d'un relais en ville	Surveillance alimentation/soutien allaitement et croissance pondérale- prévention MSN/Epidémie- soutien à la parentalité- Education des parents aux soins courants- surveillance de l'ictère- liaison PMI/pédiatre de ville/unité mère enfant

Mise en place de filières

- Filières avec la néonatalogie
  - IMF (traitement intraveineux)
  - Dysplasie bronchopulmonaire (oxygène/ventilation)
  - Autonomisation alimentaire (nutrition entérale)
  - Ictère sévère (surveillance ; bilan ; nutrition)

- Filières avec l'orthopédie
  - Traction
  - Antibiothérapie prolongée

Mise en place de filières

- Filières Nutrition
  - Nutrition entérale
  - Nutrition parentérale
- Filière VAC thérapie
- Filières avec la pneumologie
  - Mucoviscidose (antibiothérapie)
  - IRC (Ventilation lourde/traitement IV)

Mise en place de filières

- Filière Soins palliatifs
- Filière SOLIRIS
- Filière Diabète

Bénéfices et Limites de l'HAD

Bénéfices

• Domicile : préserve la qualité de vie en permettant de conserver :

- Les repères spatiaux (lit, chambre)
- Le rythme de vie (repas, nuit, sieste)
- L'environnement (développement psychomoteur, jeux, école)
- Le lien familial

Limites

• Domicile :entraîne des délais plus longs :

- La disponibilité des IDE
- La visite de la pédiatre
- Les besoins en matériel

• Installation souvent moins ergonomique

Bénéfices

- Horaires et soins : Liberté dans la vie quotidienne
- Equipe limitée
  - Favorise les échanges
- PEC personnalisée, de qualité et centralisée
- Equipe pluridisciplinaire spécifique au domicile
- Diminution des infections nosocomiales
- Intérêts pour le système de soins : coûts, DMS, places de lit

Limites

- Parents = partenaires
  - Responsabilité parfois difficile
- Contraintes géographiques, d'horaires et de soins
- Limites soignants/soignés parfois difficiles
- Restriction parfois dans le temps
- Nécessité d'un logement décent

Perspectives et Réflexions

- Certification V2014: Ni obligation ni recommandation d'amélioration
- Augmentation du nombre de patients
- Augmentation du nombre de filières
- Elargissement de la prise en charge pédiatrique sur le plan régional
- Amélioration de la communication et des publications

« L'HAD est la forme la plus humanisée des soins »

- Une nouvelle offre de soins qui déplace l'AP- HM au domicile du patient,
- Un visage nouveau, des équipes nouvelles et un partenariat avec les services AP-HM,
- Des soins efficients et des moyens hospitaliers,
- Un respect de la volonté du patient et des aidants…,
- Une aide pour les services : soulagement des tensions, diminution des DMS,
- Une fluidification du parcours patient et une collaboration avec les différents acteurs de santé (réseaux, libéraux..).

Témoignages…