



Place de l' Hospitalisation A Domicile (**HAD**) dans la prise en charge des infections ostéo-articulaires (**IOA**)

EXPÉRIENCE DU CH DE BOURG EN BRESSE

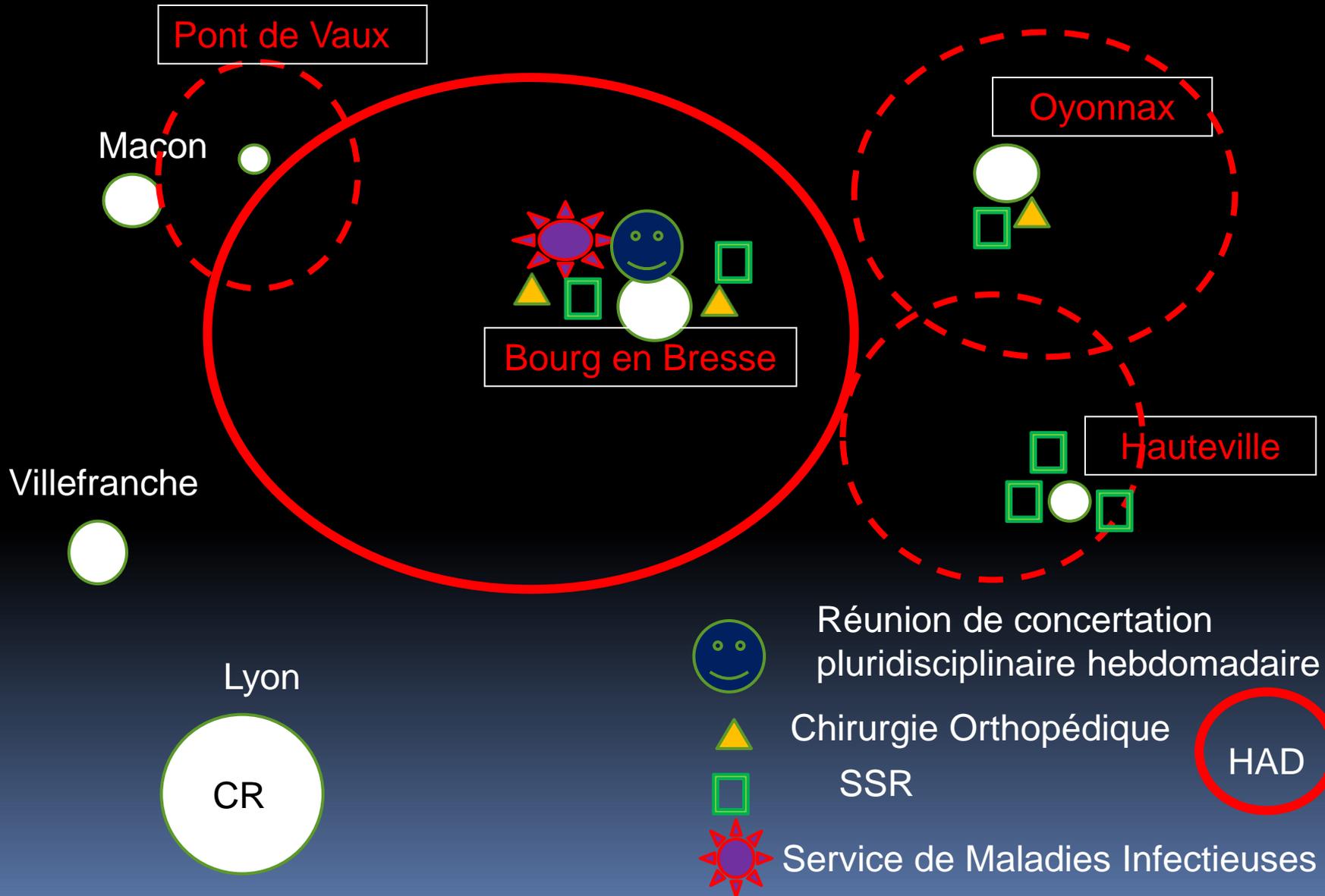
D Bouhour, C Decouchon

Lyon, le 10 avril 2013

Introduction

- Au niveau national : centres de référence et centres associés
- Dans l'Ain
 - CHB en Bresse, clinique Convert, CH d'Oyonnax, CHPH, Centre de rééducation les Arbelles, HAD CHB, Laboratoires d'analyses médicales, partenaires libéraux
 - Réunion pluridisciplinaire hebdomadaire de concertation de Prise En Charge (PEC) des **IOA**
 - **48 réunions en 2012 (défaut du quorum à une reprise)**
 - **9 participants en moyenne (5-14)**

Organisation de la PEC des IOA dans l'Ain



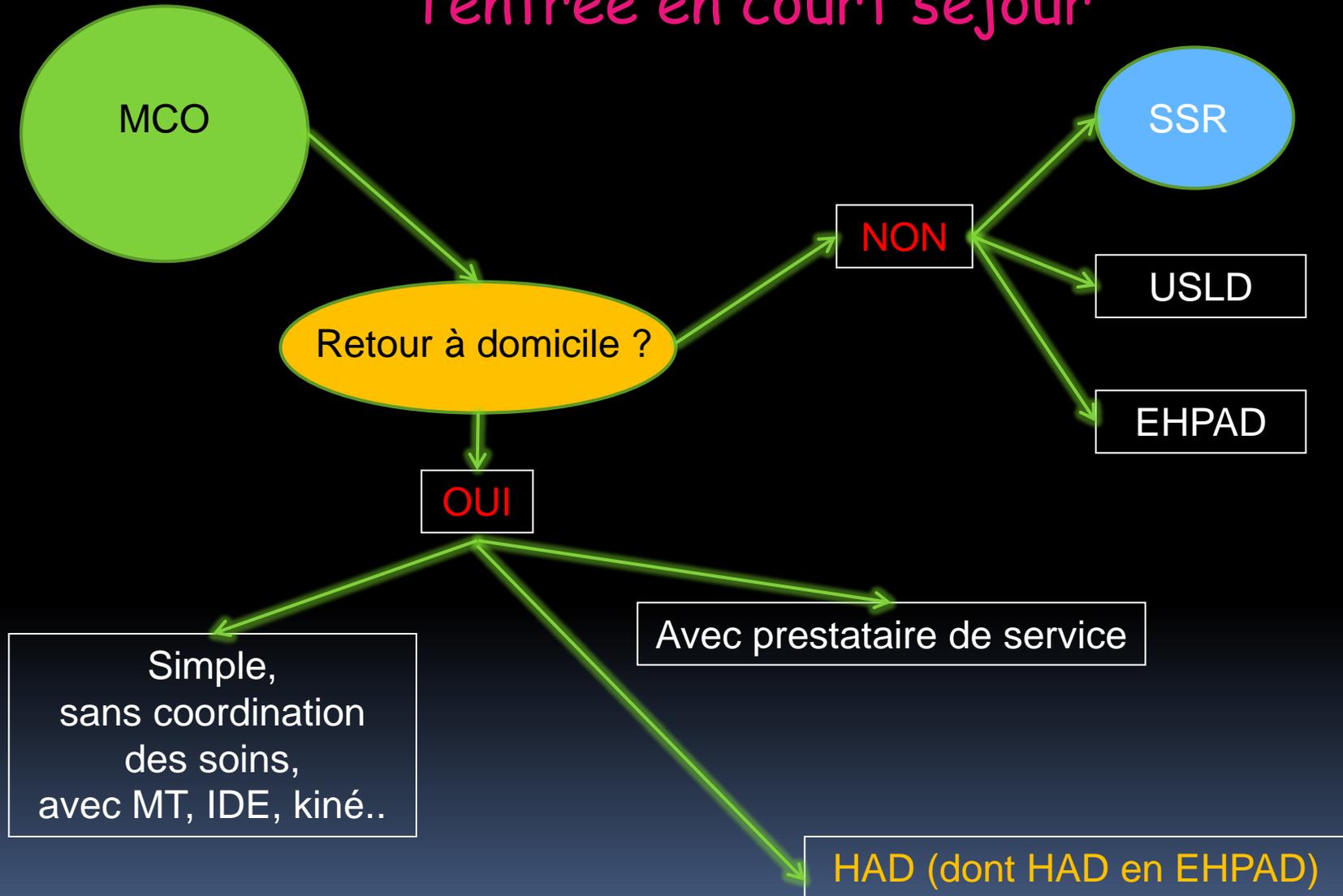
Quand demander une HAD lors de la PEC d'un patient suivi pour IOA ?

- En relais prise en charge Court Séjour (Services d'orthopédie, service de maladies infectieuses) après hospitalisations non programmées ou idéalement programmées
- En relais d'un séjour en SSR
- A la demande du médecin traitant
- Médecin coordonnateur EHPAD



HAD : alternative PEC Court séjour ou SSR

Envisager l'aval du parcours patient dès l'entrée en court séjour



HAD : Définition

L'HAD permet d'assurer :

- au domicile du malade,
- pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé,
- des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés.

Exemples de modes de prise en charge :

Assistance respiratoire (*associé à un autre mode de prise en charge*)

Nutrition parentérale (*associé à un autre mode de prise en charge*)

Traitement intra-veineux (*sauf chimiothérapie anti-cancéreuse et nutrition parentérale*)

Soins palliatifs

Chimiothérapie anti-cancéreuse

Nutrition entérale (*associé à un autre mode de prise en charge*)

Prise en charge de la douleur

Autres traitements (*traitements exceptionnels ou peu fréquents*)

Pansements complexes et soins spécifiques

Post traitement chirurgical (*surveillance sutures, pansements et/ou cicatrice après chirurgie*)

Rééducation orthopédique (*associé à un autre mode de prise en charge*)

Rééducation neurologique (*associé à un autre mode de prise en charge*)

Surveillance post-chimiothérapie

Soins de nursing lourd (*associé à un autre mode de prise en charge*)

Education du patient et entourage (pathologie cardiaque, diabète, asthme,...)

Radiothérapie (*associé à un autre mode de prise en charge*)

Transfusion sanguine

Surveillance d'aplasie

Prise en charge psychologique ou sociale (*en complément d'un autre mode de prise en charge*)

Critères intervenant dans le choix de la modalité de sortie du court séjour

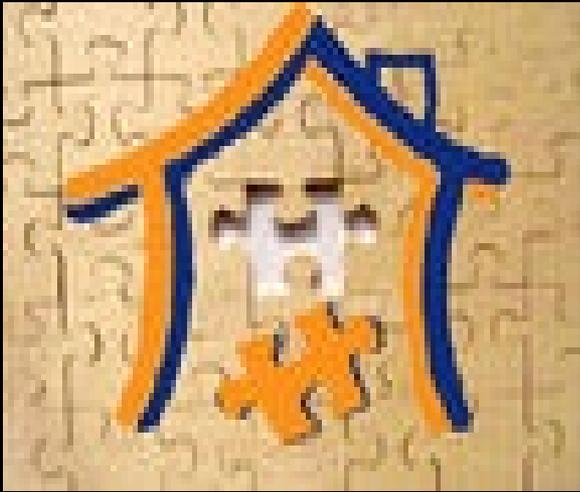
- Evaluation du patient
 - Soins : antibiothérapie (IV ? PO ? Type de molécules ? Nombre d'injections ? Voie d'abord ? Coût?), pansements...
 - Co-morbidités ?
 - Compliance aux soins, compréhension ?
 - Conduites addictives ?
 - Hygiène ?
 - Degré d'autonomie ?
 - Choix du patient ?
- Evaluation de l'entourage et du cadre de vie
 - Disponibilité de l'entourage ?
 - Désir de l'entourage ?
 - Adéquation du cadre de vie ?
 - Lieu de résidence ?
- Délais de prise en charge en SSR, type de soins acceptés, coût de la PEC
- Disponibilités des partenaires libéraux

Pré-requis pour une admission en HAD

- Accord du patient
- Accord de l'entourage et disponibilité de l'entourage
- Accord médecin traitant
- Disponibilités des partenaires libéraux
- Compatibilité avec modes de PEC autorisés en HAD

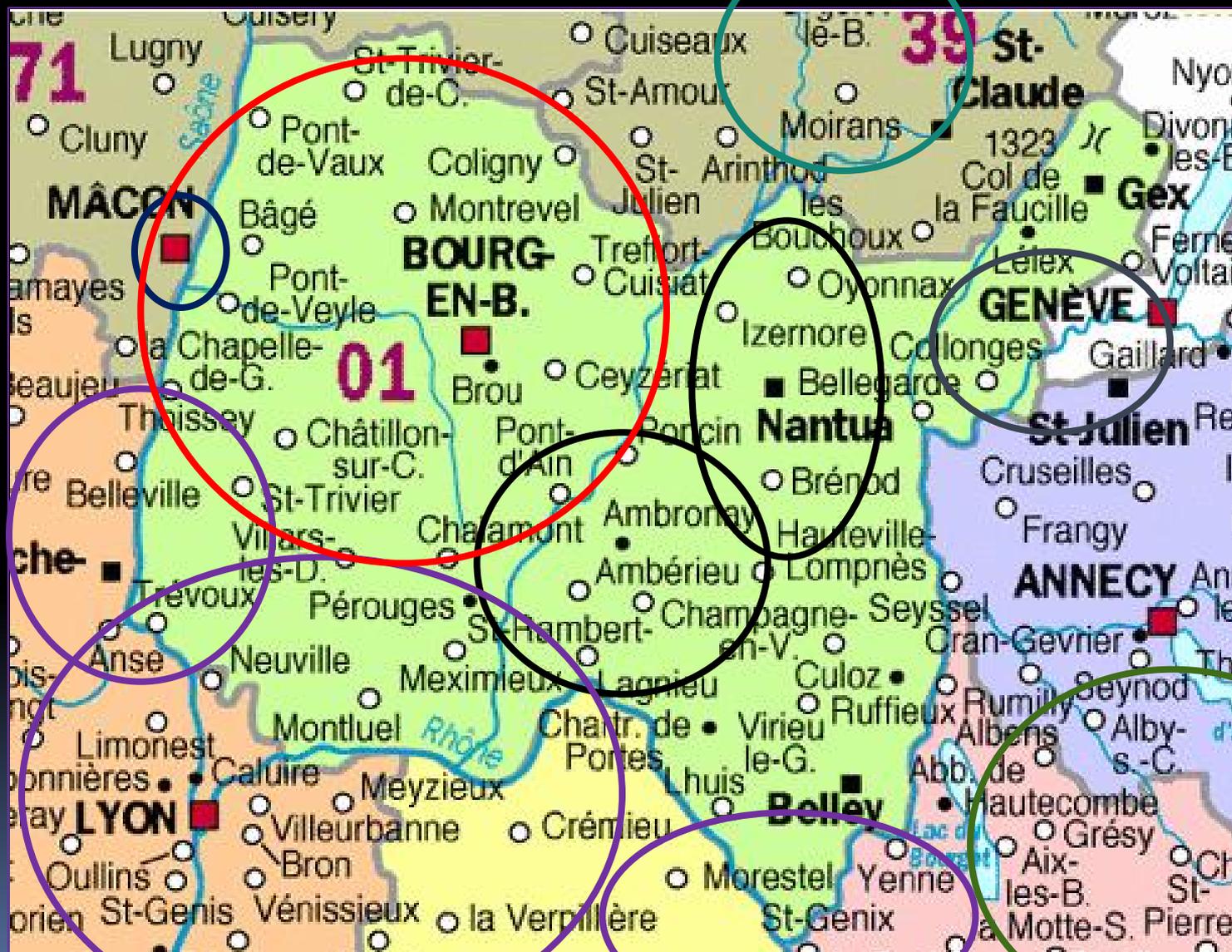
Critères compromettant une admission en HAD

- Refus du patient, de son entourage (conflits familiaux), du médecin traitant
- Mauvaise compliance aux soins
- Gestion impossible d'un abord veineux central à domicile
- Cadre de vie inadéquat
- Indisponibilité des partenaires libéraux
- Certaines antibiothérapies (ex aminosides au long cours, Fosfomycine..)



L'HAD du CHB

Zones d'intervention des HAD





PROFESSIONNELS INTERVENANT DANS LE CADRE DE L'HAD

Effectifs dédiés :

1,8 Médecin coordonnateur
0,8 ETP Cadre de santé
7,4 ETP IDE
0.45 ETP Assistante sociale
0.3 ETP Psychologue

Effectifs mutualisés :

Accueil Téléphonique
Plateforme téléphonique HAD-EMASP (Participation : 3,1 ETP)

Soins

EMASP (psychologue)
EMG (ergothérapeute)

Logistique médicale et non médicale
Transport (Participation : 3 véhicules)

Professionnels libéraux :

Médecins libéraux, Professionnels paramédicaux libéraux,
laboratoires de ville



Un nombre croissant de partenaires libéraux

	2009	2010	2011	2012
IDE	199	217	252	283
médecin	88	91	102	109
kiné	65	72	82	88
orthophoniste	-	-	1	1
diététicienne	-	-	1	1
Laboratoire d'analyses médicales	-	-	1	1
EHPAD	-	9	16	16



Le séjour du patient en HAD

Evaluation du patient, du cadre de vie, de l'entourage familial

Installation des équipements éventuellement nécessaires à la prise en charge

Evaluation régulière de la réalisation du projet thérapeutique

Demande d'admission en HAD
(Patient à l'hôpital ou à domicile)

Elaboration concertée du projet thérapeutique

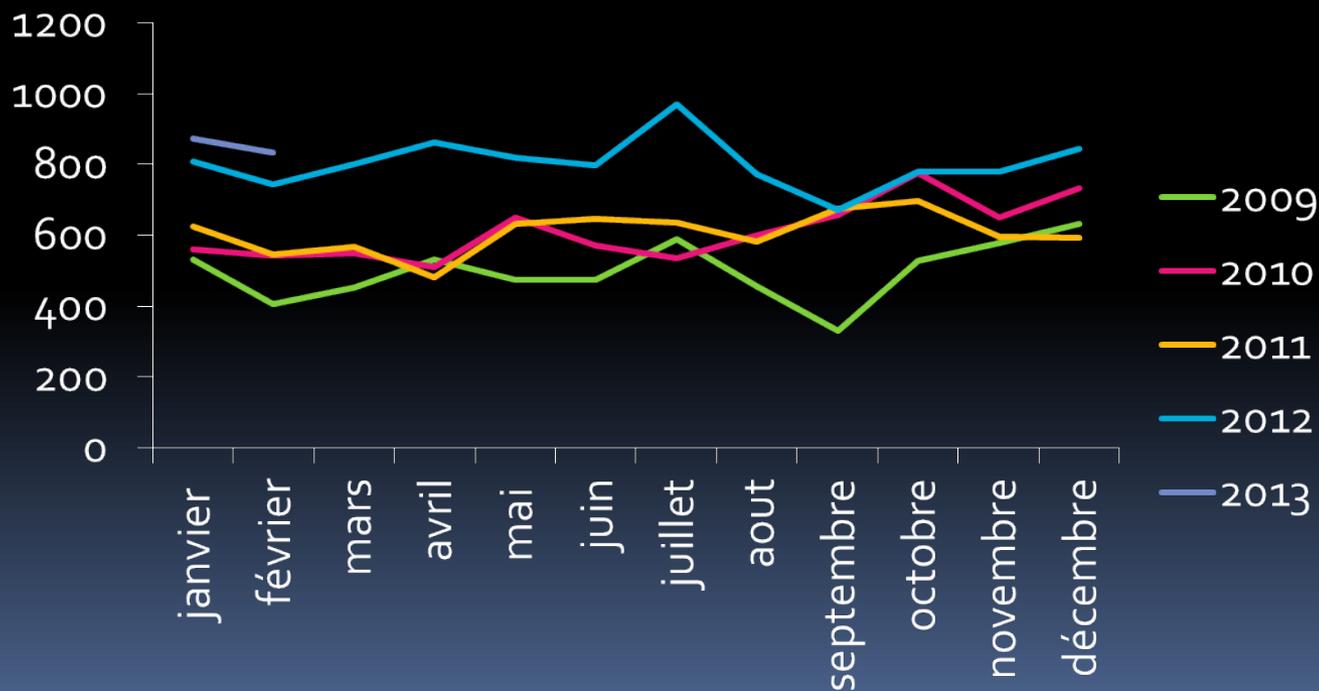
Réalisation coordonnée des soins
(permanence des soins 24 h / 24)

Organisation de la sortie HAD



Activité du service H.A.D

- Nombre total de journées d'hospitalisation :
 - 5980 en 2009
 - 7325 en 2010
 - 7270 en 2011
 - 9644 en 2012 (+ 32,7%)
- Évolution du nombre de journées d'hospitalisation mois après mois



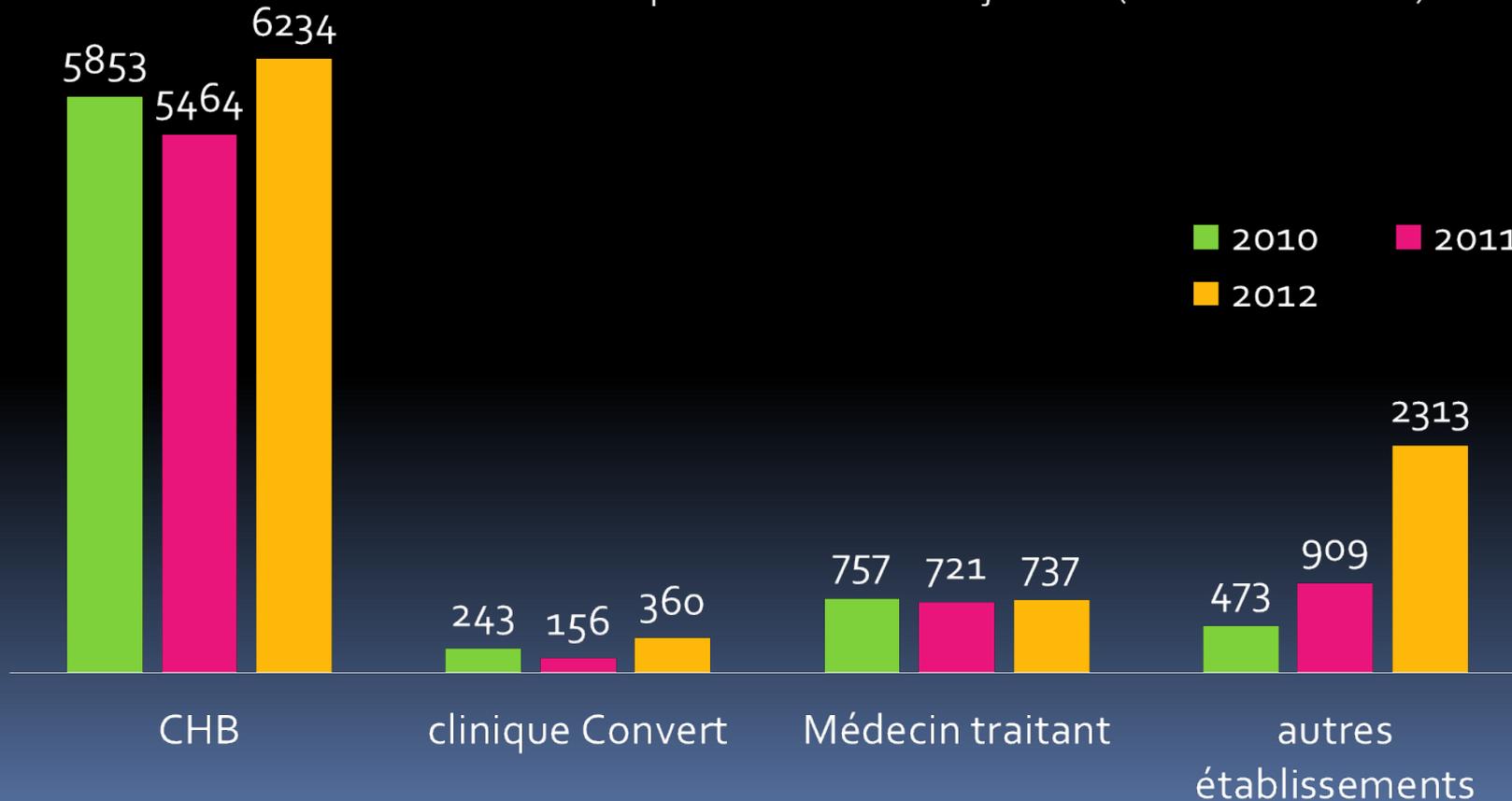
Provenance des patients

% des patients issus du CHB :



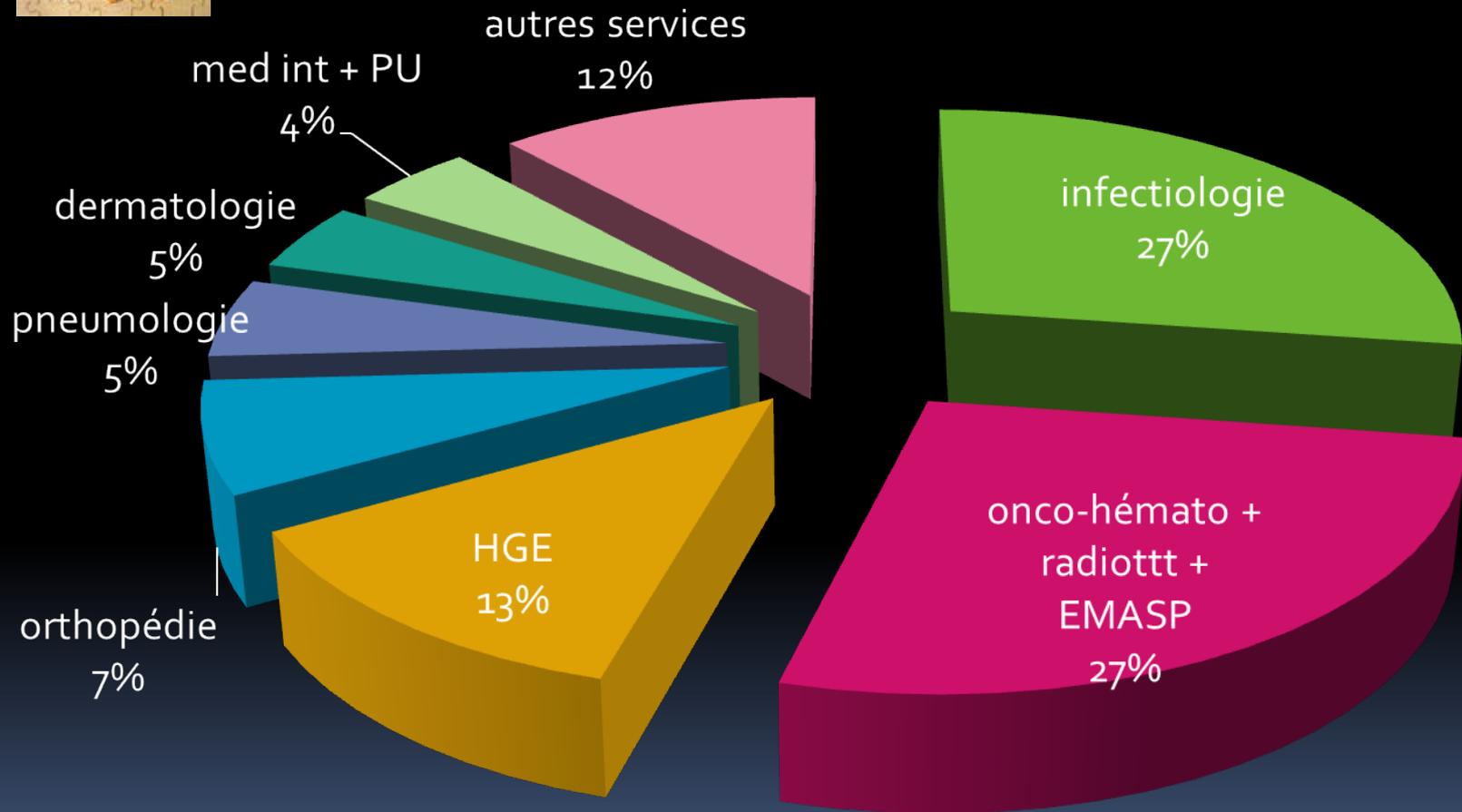
- 85% en 2008
- 80% en 2009 et 2010
- 75% en 2011
- 66,5 % en 2012

Provenance des patients en nombre de journées (2010 vs 2011 vs 2012)



Provenance des patients issus du CHB

(en % des 6234 journées réalisées)

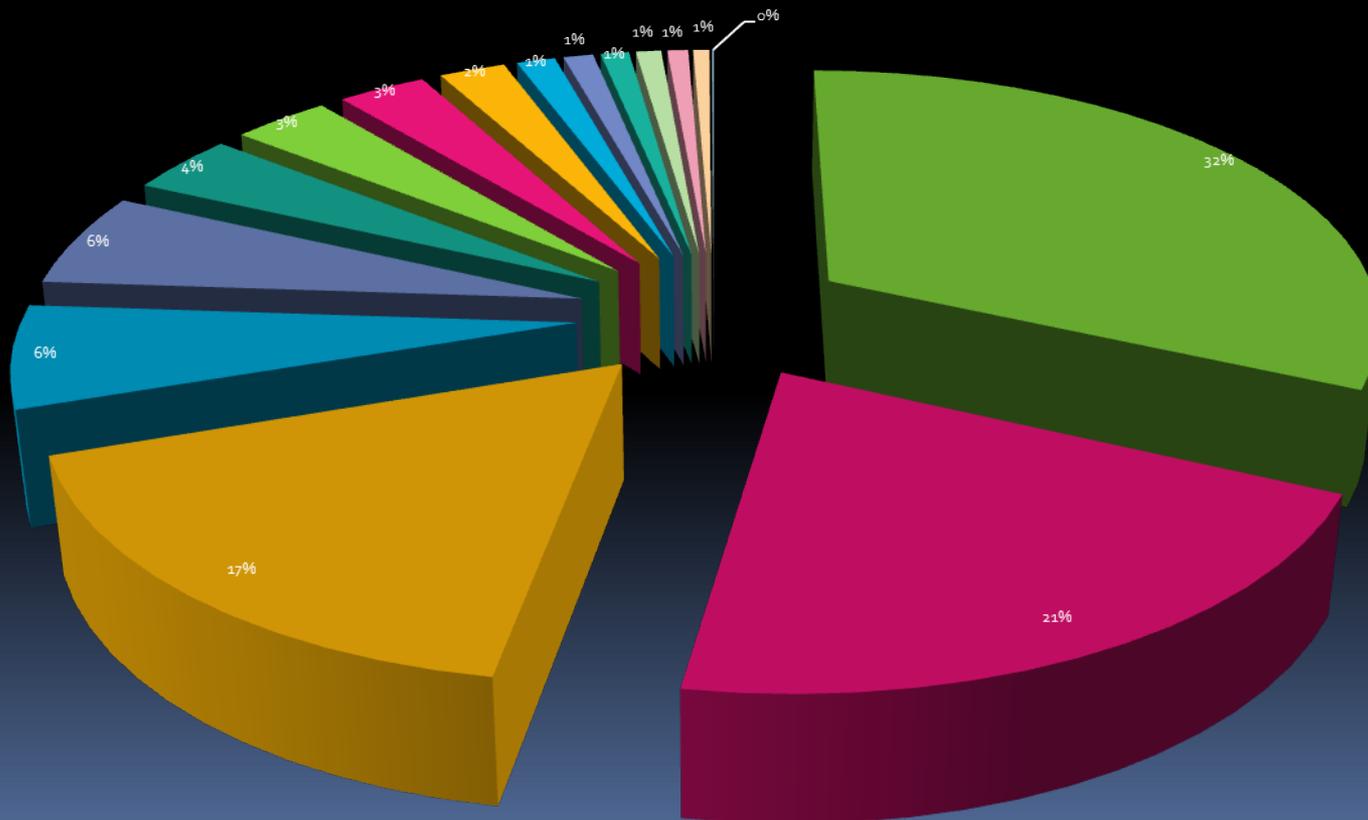




Modes de prise en charge des patients par nombre de journées réalisées : 9644 en 2012

modes de PEC

- soins palliatifs
- pansements complexes
- traitement intra-veineux
- chimiothérapie anticancéreuse
- nutrition parentérale
- surveillance post-chimio
- soins de nursing lourds
- nutrition entérale
- post ttt chirurgical
- prise en charge de la douleur
- surveillance radiothérapie
- éducation thérapeutique
- assistance respiratoire
- rééducation orthopédique
- surveillance d'aplasie
- rééducation neurologique





PEC IOA - HAD CHB en 2012



PEC IOA - HAD CHB en 2012

- Méthologie :
 - Etude de cohorte descriptive rétrospective
 - Croisement des données Unité de concertation hebdomadaire pluridisciplinaire de PEC IOA et des données HAD (dossier médical informatisé Athome consultable via liaison internet sécurisée), permettant d'intégrer des patients présentés en UC sur d'autres départements (Rhône)
 - Exclusion des IOA des mains et des pieds (pieds diabétiques en particulier)
- 70 patients colligés : 23/70 (32,85%) ont été pris en charge en HAD (22 adressés par les services participant à la réunion de concertation en IOA dans l'Ain + 1 adressé par le Val Rosay)

Infections OA sur matériel : orientations post -court séjour

n = 55	Décès n = 1	MCO n = 1	HAD n = 15	Domicile n = 17	SSR n = 18	Psychiatrie n = 1	USLD n = 2
PTG n = 10			3	2	5		
PTH n = 23			3	11 (4 EHPAD)	8		1
PTE n = 2			2				
OS cotyle n = 1			1				
OS plaque Fémorale n = 3	1			1		1	
clous γ n=3				1	1		1
OS jambe et cheville n = 10			5*	2	4*		
OS vertébrales n = 2			1		1		
OS sternale n = 1		1					

Infections OA sans matériel : orientations post -court séjour

n = 15	Décès n = 0	MCO n = 0	HAD n = 8	Domicile n = 4	SSR n = 3	Psychiatrie n = 0	USLD n = 0
Arthrite genou (5)			3	1	1		
Arthrite hanche (1)					1		
SDI (7)			3	3	1		
ostéite pubienne (1)			1				
Ostéite tibiale (1)			1				

Infections OA : orientations post -court séjour

n = 70	Décès n = 1	MCO n = 1	HAD n = 23	Domicile n = 21	SSR n = 21	Psychiatrie n = 1	USLD n = 2
--------	----------------	--------------	---------------	--------------------	---------------	----------------------	---------------

- Etablissements et Services adressant des patients en HAD :
 - CHB : 18
 - Maladies infectieuses : 11
 - Orthopédie: 6
 - Pédiatrie: 1
 - Clinique Convert : 4
 - Val Rosay : 1
- Moyenne d'âge : **58 ans** (8-82)
- **14/23** hommes (60,86%)
- Durée moyenne de prise en charge en HAD : **39 j** (8-84), 3 patients ayant fait des séjours itératifs
- Délai entre demande HAD et PEC : **5,5 jours** (1-12); 1 HAD programmée
- **DMS en MCO** : avant HAD 12,8j; avant RAD 15,1 j; avant SSR 31,6 j

Mode de Prise en Charge Principal des patients pris en charge en HAD (27 séjours)

- Antibiothérapie IV : 23
 - 14 ATBttt continue (Baxter), 9 ATBttt discontinuée
 - 21/23 présence d'un abord veineux central
 - 13 VVC
 - 3 Picc- Line
 - 5 CIP
- Pansement complexe : 1
- Autres : 3
 - Soins de nursing lourds
 - pec de la douleur
 - rééducation orthopédique
 - surveillance post-opératoire...

Description des 7 infections sur matériel d'ostéosynthèse

	Type infection	germe	Type chirurgie	antibiothérapie	évolution
Infection sur matériel jambe	retardée	SAMS	Dépose matériel	ATBttt IV (orbenine) puis PO	poursuite PEC sur Lyon
Infection sur matériel cheville	retardée	SAMS	Dépose matériel	ATBttt IV (orbenine) puis PO 6 semaines	RC avec séquelles
Infection sur matériel cheville	retardée	SAMS	Dépose matériel	ATBttt IV(orbenine) puis PO 6 semaines	RC
Infection sur matériel cheville	Retardée	Pseudomonas	Dépose matériel	Fortum IV	Nouvelle fracture jambe; RC
Infection sur matériel de jambe	tardive	Streptocoque dysgalactiae	Dépose matériel (partielle)	ATBttt IV(dalacine) puis PO 3 mois	RC
Infection sur ostéosynthèse vertébrale	Précoce	SAMS	lavage	ATBttt IV (Orbenine) Puis PO 3mois	RC
Infection sur ostéosynthèse de cotyle	précoce	E Coli multi R SCN X R	Dépose matériel; implantation secondaire d'une PTH	Invanz + Vancomycine	RC (?) avec séquelles

Description des 8 infections sur prothèses articulaires

	Type infection	germe	Type chirurgie	antibiothérapie	évolution
Infection sur PTG	tardive	SAMS	Lavage	IV(orbenine) puis PO 6 mois	RC ?
Infection sur PTG	précoce	<i>Pepto-streptococcus</i>	lavage	IV(dalacine) puis PO 3 mois	Nouveau sepsis À SAMS
Infection sur PTG	précoce	<i>pseudomonas</i>	lavage	IV (fortum) puis PO 3 mois	RC
Dermo-hypodermite Suspicion sepsis sur PTH	précoce	?	aucune	IV (amoxicilline) puis PO 3 mois	RC
Infection sur PTH	précoce	Streptocoque dygalactiae	lavage	IV (amoxicilline) puis PO 3 mois	RC
Infection sur PTH	précoce	SAMS	lavage	IV(orbenine) puis PO 3 mois	RC
Infection sur prothèse épaule	tardive	SAMS	Dépose prothèse	IV puis PO	RC avec séquelles
Suspicion sepsis sur prothèse épaule	tardive	?	Changement prothèse en 1 temps	IV(dalacine) puis PO	RC

Description des 8 infections OA sans matériel

	Type infection	germe	Type chirurgie	antibiothérapie	évolution
Endocardite + spondylodiscite	aiguë	Streptocoque oralis		Antibiothérapie IV (amoxicilline) puis per os 3 mois	RC avec séquelles
Endocardite + suspicion spondylodiscite	aiguë	Streptocoque mitis		Antibiothérapie IV (amoxicilline) 6 semaines	RC
spondylodiscite	aiguë	Streptocoque gordonii		Antibiothérapie IV (amoxicilline) puis per os	RC
Arthrite genou	aiguë	Streptocoque B	lavage	Antibiothérapie IV (amoxicilline) puis per os	RC avec séquelles
Arthrite genou	aiguë	Streptocoque A	lavage	Antibiothérapie Iv (amoxicilline) puis per os	RC avec séquelles
Arthrite genou	aiguë	Non trouvé	lavage	Antibiothérapie IV (tazocilline)	RC
Ostéoarthrite symphyse pubienne	aiguë	Enterocoque faecalis	lavage	Antibiothérapie IV (tazocilline)	Nouveau sepsis
Ostéite tibia	chronique	Enterobacter cloacae + enterocoque faecalis		Antibiothérapie Iv (tazocilline)	Poursuite pec (curetage + greffe de derme artificiel)

Discussion

- HAD = 1 PEC possible pour les IOA
- Biais importants :
 - le médecin responsable de l'HAD est infectiologue
 - les présidents des CME du CHB et de la Clinique Convert sont orthopédistes...
- Intérêts multiples d'une PEC en HAD:
 - Patient
 - Structures hospitalières
 - Tutelles

Attente des patients

- La meilleure prise en charge possible
- La moins contraignante possible
- A qualité égale de PEC, être soigné, si possible, dans son lieu de vie habituel - Partenaires :
 - Médecin traitant
 - IDEL, kinésithérapeutes libéraux
 - Prestataires de service
 - HAD

Attente du CHB, de la clinique Convert, du CH d'Oyonnax

- Mettre en application la loi HPST
- Améliorer la fluidité du parcours patient:
 - par une régulation en amont
 - éviter des passages au SU, des hospitalisations peut-être inutiles
 - favoriser le programmé
 - en aval (patients en attente de PEC en SSR, retour du patient en EHPAD avec le support de l'HAD...)

Attente des Tutelles

- Améliorer la qualité de la prise en charge des patients
- Optimiser l'utilisation des ressources sanitaires
- Diminuer le recours aux transports sanitaires
- Diminuer le coût des PEC (d'un tiers à la moitié)



La DGOS souhaite voir doubler la capacité d'accueil des structures HAD en 5 ans (objectif : 30 places pour 100 000 habitants)

PERSPECTIVES

- Etude régionale sur les filières de PEC des IOA
- Enquête nationale auprès des établissements d'HAD, évaluant la prise en charge des IOA en HAD