



Hospitalisation à Domicile (HAD)

L'hospitalisation à domicile:
quelle place dans le dispositif de soins
en Belgique ?

Evaluation d'un projet pilote aux
Cliniques Saint-Luc

Ph C. Briquet et Mme V. Servais
Mr J. Desbeek

Hospitalisationadomicile-saintluc@uclouvain.be

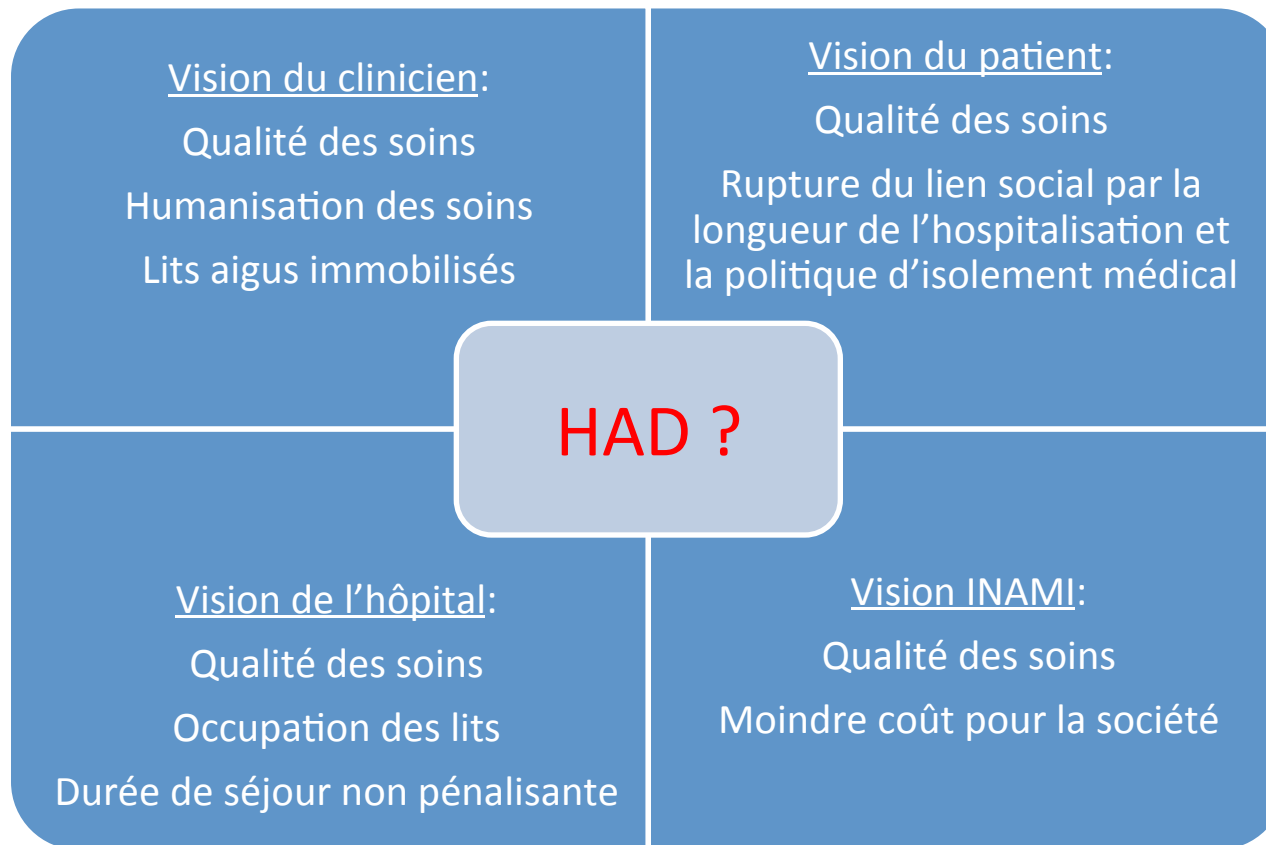


Cliniques universitaires
SAINT-LUC
UCL BRUXELLES



Hospitalisation à Domicile (HAD)

Contexte



HAD à l'étranger « OPAT » - OPIVAT - OHPAT

Outpatient Parenteral Antibiotic Therapy (OPAT)

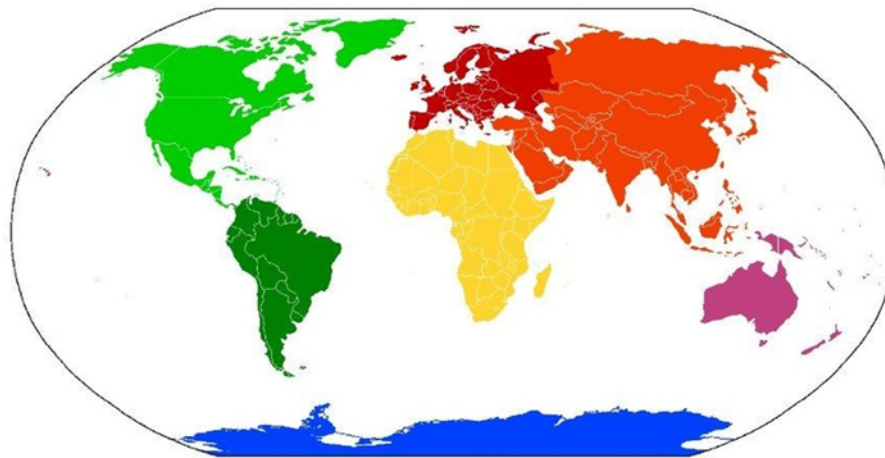
Outpatient intravenous antibiotic therapy (OPIVAT)

Outpatient and home parenteral antimicrobial therapy (OHPAT)

USA:
1988

30 ans !

Canada / Québec
1994 : 20 ans



Europe :

Angleterre : 1993

France : 1994

Allemagne : 1998

Italie : 2000

Espagne : 2005

15 - 20 ans !

Nouvelle Zélande 2004
10 ans
Singapour 2006



Pilotes HAD en Belgique

L'hospitalisation à la maison, un projet d'avenir

SOCIÉTÉ | vendredi 19 octobre 2012 à 13h07

Article

Image (1)

Envoyer

Imprimer

g+1

1

UCL : 2012

En Belgique ? ... 2 modèles ≠

Écoutez

Images



L'hospitalisation à domicile en projet - UCL

Mots clés

Belgique, Santé, Société, soins

Le concept d'hospitalisation à domicile existe déjà dans les pays scandinaves, en Grande Bretagne ou encore en France. Aujourd'hui, des projets pilote sont à l'étude en Belgique. Cette solution permettrait aux hôpitaux de faire de belles économies et à certains patients de trouver la sérénité de leur domicile.

Deux cas, une solution

L'un des patients du professeur Cornu, chef du service d'orthopédie des Cliniques universitaires Saint Luc à Bruxelles, est isolé depuis trois mois après avoir contracté une surinfection qu'il pourrait transmettre à d'autres. Dans ce cas, l'hospitalisation à domicile serait un vrai soulagement



Quand l'hôpital s'installe chez vous

SANTÉ A Ath, un projet pilote unique en Belgique veut assurer un autre type de soins

- Un projet pilote mené par l'hôpital Epicura depuis un an semble faire l'unanimité.
- Le confort du patient est amélioré, des lits se libèrent et les finances respirent.
- L'impact sur les maladies nosocomiales pourrait également être important.

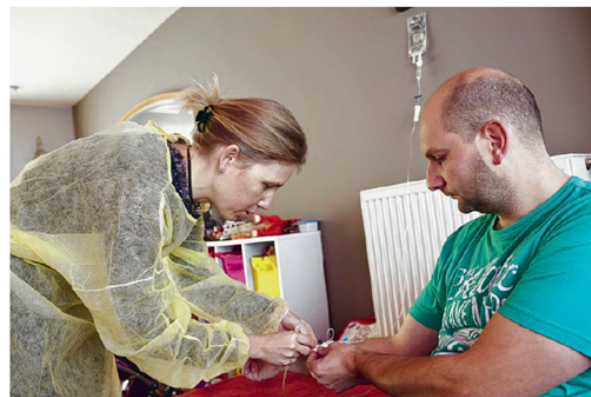
REPORTAGE

Sur le mur du salon, le cadre photo a été enlevé. Le clou qui lui servait de support est en effet bien utile pour suspendre le buste de Dimitri. Tranquillement assis dans son divan, chez lui, ce dernier regarde la télé ou lit un magazine pendant que sa perfusion d'antibiotique s'écoule silencieusement. Assisté à ses côtés, Valérie Devos, une infirmière hospitalière, surveille son bras. « Vous êtes gentille. La perfusion a dû bouger. Il va falloir repiquer », prévient-elle Dimitri, inquiet.

Rassuré par les mots de son épouse, également infirmière, Dimitri ôte son bras aux mains expertes de Valérie. Le geste est médical et jusqu'il y a peu, Dimitri aurait dû rester à l'hôpital pour bénéficier de son baster. Mais depuis un an, le site d'Ath de l'hôpital Epicura propose un service d'hospitalisation à domicile (HAD) pour les patients qui

projet, organise l'HAD de patients provenant de plusieurs hôpitaux bruxellois. « Nous avons lancé ce service pour répondre à un problème de place au sein de l'hôpital, explique le Docteur Jacob, président du conseil médical d'Epicura Ath. Ce manque de lits est la conséquence de la création des bassins de soins qui, dans la région, s'est traduite par la fermeture de sept hôpitaux. Nous avons donc réfléchi à des solutions, et nous nous sommes inspirés de l'expérience française qui organise des services d'hospitalisation à domicile depuis 10 ans maintenant, via notamment l'association Santalia. Celle-ci chapeaute d'ailleurs notre projet. »

L'hospitalisation à domicile n'a rien à voir avec les soins infirmiers à domicile tels qu'ils sont pratiqués par de nombreuses infirmières. « Les traitements qui sont prodigués aux patients à domicile sont les mêmes que ceux



Les soins hospitaliers à domicile ne sont pas en concurrence avec les soins infirmiers. Ils peuvent au contraire se compléter grâce à une bonne coordination entre thérapeutes. © AGENCE

Cheminement suivi par les cliniques Universitaires St-Luc dans la cadre du projet **HAD/OPA**

(**O**utpatient **P**arenteral **A**ntibiotherapy)

Demande des services d'orthopédie et
d'urologie



Développement du Projet

1. Choix du modèle d'HAD
2. Définition des objectifs du projet
3. Constitution d'une équipe multidisciplinaire
4. Critères d'inclusion
5. Aspect « Qualité » du projet
6. Aspects économiques



1. Choix de notre modèle d'HAD

En Belgique : actuellement, pour poursuivre l'antibiothérapie IV, 3 possibilités :

1. Hôpital de jour (hôpital ambulatoire)
2. Transfert vers un autre hôpital ou institution de revalidation
3. Retour du patient à domicile

Pompe d'antibiotiques préparées sous flux laminaire par la pharmacie de l'hôpital et délivrées au patient par cure de x jours (selon stabilité) – avec ou sans « Self administration »

Mais

Pompes : coûteuses et non remboursées en Belgique en dehors de la convention « **mucoviscidose** »

Passage d'une infirmière à domicile qui prépare et administre la perfusion au patient.

Pompe

Pas envisagée dans le projet car pas de personnel et de financement pour la préparation des pompes

Voie

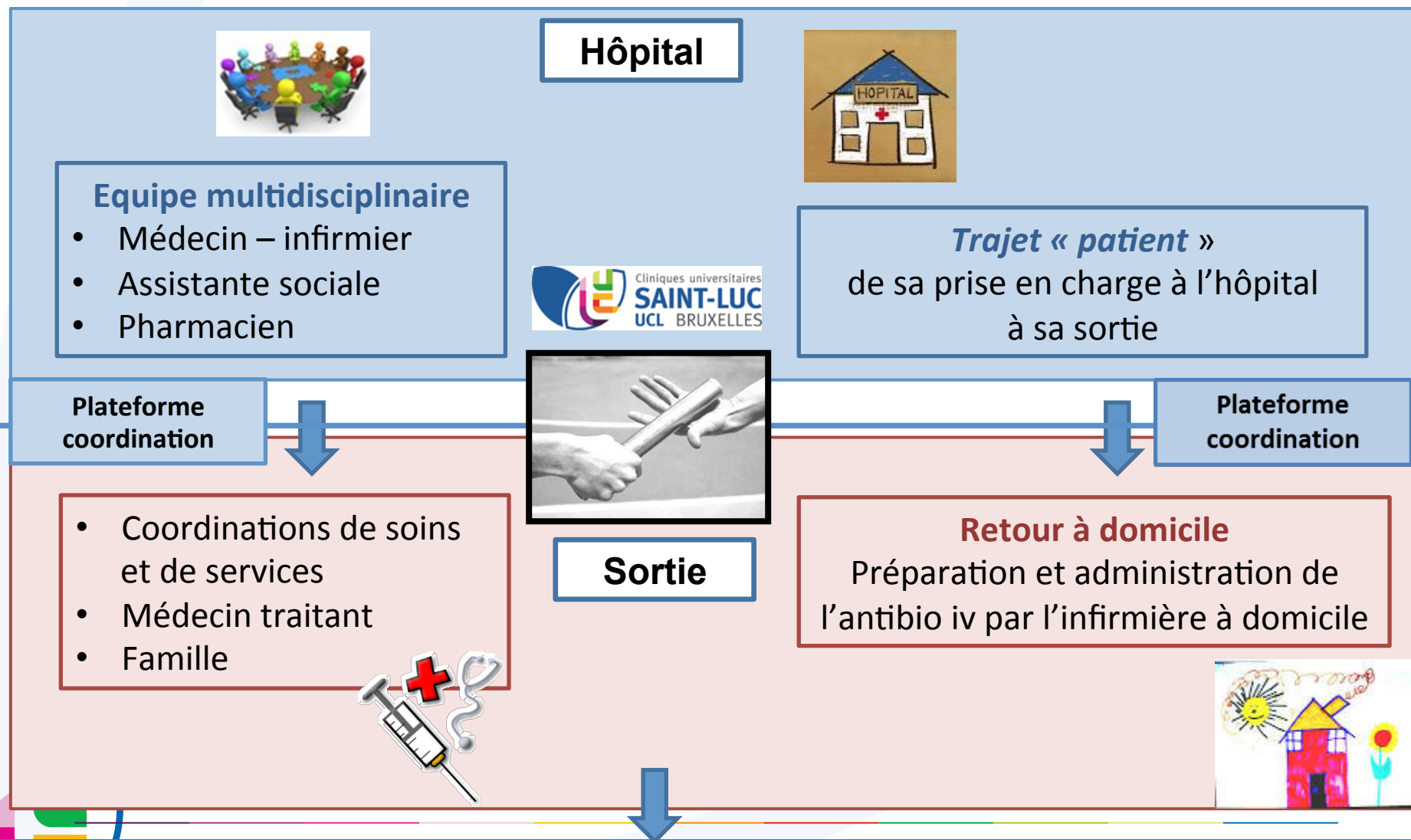
centrale

Pas assez sûr

Picc Line



Modèle de HAD choisi : Retour du patient à la **domicile** – « **HAD/OPA** » avec un relais aux partenaires extra-hospitaliers



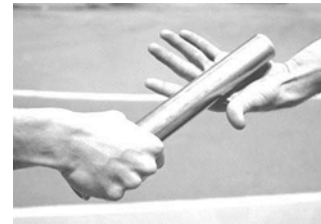
Retour St Luc : Consultation de suivi – ré-hospitalisation programmée - ...



2. Définition des **Objectifs** du projet

1. Préparation de la sortie du patient en lien **avec** les structures extra-hospitalières.

2. Passer le relais



Relais

3. Suivi à distance par échanges d'informations

« Sécurité patient »

« Trajet patient »

Coordination en **Interne ET avec l'Extérieur**





3. Créer un groupe de travail

Dans la littérature **concept** de « **Team** »



A l'hôpital

- Médecin du patient
- Médecin infectiologue
- Infirmier hospitalier
- Pharmacien
- Assistants sociaux
- Enodios : logistique et interface via hospitalisationadomicilesaintluc@uclouvain.be
- Aides ponctuelles :
 - Pers. ressources Qualité
 - Questionnaire satisfaction patient
 - Logigrammes

A l'extérieur

- Médecin traitant *
- Partenaires : 4 coordinations de Soins et de Services à domicile



* Clin Med. 2013 Oct;13(5):495-9.

“Outpatient parenteral antimicrobial therapy (OPAT) and the **general physician**.”

Ann Pharmacother. 2011 Nov;45(11):1329-37.Epub 2011 Oct 11. “Impact of a **multidisciplinary team** review of potential outpatient parenteral antimicrobial therapy prior to discharge from an academic medical center.”

4. Mayo Clin Proc. 2012 Jan;87(1):98-105. “**Practical considerations** in the use of outpatient antimicrobial therapy for musculoskeletal infections.” Marculescu CE, ..., Osmon DR. Division of Infectious Diseases, Medical University of South Carolina

22. J Antimicrob Chemother. 2009 Sep;64(3):630-4. “**Establishment** of an outpatient and home parenteral antimicrobial therapy service at a London teaching hospital: a case series.” Hitchcock J, Jepson AP, Main J, Wickens HJ. Infectious Diseases, Imperial College Healthcare NHS Trust, St Mary's Hospital, London W2 1NY, UK.

27. Med Mal Infect. 2006 Mar;36(3):132-7. Epub 2006 Mar 31. “Outpatient parenteral antimicrobial therapy (OPAT) in bone and joint infections” Galpérine T, Ader F, Piriou P, Judet T, Perronne C, Bernard L.

70. Hosp Pract (Off Ed). 1993 Jun;28 Suppl 1:6-10. “Outpatient parenteral antibiotic therapy. **Management** of serious infections. Part I: Medical, socioeconomic, and legal issues. **The team concept**.” Tice AD. University of Washington School of Medicine, Seattle.

87 Rev Infect Dis. 1991 Jan-Feb;13 Suppl 2:S189-92. “**Practical guidelines** for developing an office-based program for outpatient intravenous therapy.” Green SL. Department of Medicine, Virginia.

88 Rev Infect Dis. 1991 Jan-Feb;13 Suppl 2:S184-8. “An office model of outpatient parenteral antibiotic therapy. Tice AD. Infections Limited, Physicians Medical Center, Tacoma, Washington

4. Critères d'inclusion

1. Infections prises en charge en HAD ?

- 1° Phase (accord Comité Ethique du 24 mai 2013)
 - Ortho et urologie
- 2° Phase (accord Comité d'Ethique du 23 décembre 2013)
 - = Phase 1 +
 - Chirurgie abdominale et Médecine Interne
- 3° Phase (Accord Comité Ethique 7 avril 2014)
 - = Phase 1 + 2 +
 - Pédiatrie

Pédiatrie?... dans la littérature?
c'est possible : « p-OPAT » 2015
Elle présente des spécificités propres

J. Antimicrob. Chemother., 2015 Feb;70(2):360-373. Epub 2014 Oct 19.

Good practice recommendations for paediatric outpatient parenteral antibiotic therapy (p-OPAT) in the UK: a consensus statement.

Patel S¹, Abrahamson E², Goldring S³, Green H⁴, Wickens H⁵, Laundry M⁶.

Ⓜ Author information

2. Type d'antibiotiques utilisés ?

- AB **Sans** monitoring thérapeutique (vanco exclue)
- Avec maximum 3 administrations / jour
- AB remboursé en « ambulatoire » par le système de soins de santé belge actuel (exclusion du Tygacil, de la ceftaroline)

3. Critères de sélection du patient ?

- Consentement écrit (36,79,93)
- Accompagnant – famille présent!
- Patient stable – infection contrôlée (36,45)
- Patients compliant (36,93)
- « Adequate support structure at home » (93)
- Territorialité (Région de Bruxelles Capitale => + Wallonie + Brabant Flamand)

5. Aspect « Qualité » du projet

1. Qualité du projet Pilote *

1. Patient selection = critères d'inclusion strictes et précis
2. Infectious Disease Consultation = validation du traitement par un infectiologue
3. Patient/caregiver education = education du patient et du personnel extra-muros
4. Discharge planning, = trajet patient de son entrée à sa sortie
5. Outpatient monitoring/tracking = suivi du patient pendant l'HAD
6. and OPAT program review = évaluation du projet de HAD

2. Indicateurs de qualité de l'HAD-OPA

1. Nombre de retours via les urgences
2. Nombre d'incidents lors des soins à domicile
3. Nombres d'interruption de l'HAD + raison
4. Nbre de problèmes logistiques

3. Satisfaction patient et aidant proche

1. Questionnaire de satisfaction

4. Satisfaction des partenaires

* Are We Ready for an Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy Bundle? A critical Appraisal of the Evidence. Eavan G. Muldoon, David R. Snyderman, Elizabeth C. Penland and Genevieve M. Allison



6. Aspects économiques

- Coûts pour l'hôpital
 - Coût du personnel dans la préparation de l'HAD
 - Coût de prise en charge des pathologies (Aprdrg/durée de séjour)
- Coûts pour le patient (dans le système actuel de financement)
- Coûts en fournitures pharmaceutiques
- Coûts de transport
- Coûts pour les coordinations de soins
 - Coûts de coordination
 - Coûts de prestation des soins infirmiers
 - Coût des formations continues du personnel



Contexte et préalable au projet HAD –OPA des CUSL

Processus, autorisations et principes

1) Processus de réflexion

- Contexte de redistribution des moyens (SPF Santé Publique) et réduction des durées de séjours hospitaliers
- En absence de textes légaux et financements spécifiques de l'HAD en Belgique

2) Les autorisations institutionnelles

- Accord et octroi d'une enveloppe financière pour 400 jours d'HAD-OPA par le Comité de Direction des CUSL
- Avis favorables du Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire
- Couverture d'assurances octroyées couvrant la « Responsabilité globale du promoteur »

3) Principes préalables au projet pilote

- Les soins sont confiés à des Coordinations de soins et de services extra-muros; l'hôpital reste en ses murs
- Ces coordinations de soins et de services répondent aux différentes tendances philosophiques (liens avec le système mutualiste)
- Signature d'une convention de partenariat entre les acteurs de soins extra et intra muros
- Les patients concernés partent en HAD – OPA après une hospitalisation classique



Modalités pratiques

1. Administration des antibiotiques

- via une **Picc Line**
 - plus sûre qu'une voie centrale.
- Placée avant la sortie par l'anesthésiste.
- Enlevée à domicile ou en consultation à St Luc.

Recommandations au patient porteur d'un PICC LINE.

Qu'est-ce qu'un PICC ?

« PICC » est l'abréviation de « Peripherally Inserted Central Catheter ». Le « PICC » est un long tube flexible et très fin, inséré dans une veine du bras et dont l'extrémité s'ouvre dans la veine cave supérieure.



Pourquoi placer un PICC. ?

Le PICC permet d'administrer des médicaments directement dans une grosse veine centrale. Les antibiotiques administrés peuvent être irritants pour les petites veines périphériques: en voie centrale, ils sont rapidement dilués dans le flux sanguin.

Patient : information sur le Picc Line – précautions d'usage - que faire en cas de problème.

Picc Line : Pansement à refaire 1x/semaine

⇒ Prévoir la formation du personnel infirmier des coordination de soins pour l'utilisation de ce système

Managing an outpatient parenteral antibiotic therapy team: challenges and solutions
Therapeutics and Clinical Risk Management – June 2014

Formation
audio-
visuelle



Modalités pratiques

2. Pour le projet **actuel**: Délivrance par la pharmacie de St Luc

- des antibiotiques
 - du matériel pour l'administration des antibiotiques
 - prophylaxie anti-thrombotique (si nécessaire)
 - et du matériel pour le soin de plaie liée à l'infection qu'on traite
-
- Délivrance prévue par période de 7 à 15 jours pour éviter les colis trop lourds et l'accumulation de matériel et médicaments chez le patient.
 - 1ère délivrance dans l'unité par le pharmacien. Les délivrances ultérieures se font par taxi envoyé au domicile du patient.





Information du patient



Information orale du patient par les intervenants de l'hôpital

Dossier remis au patient comprenant :

- Des renseignements pratiques sur l'HAD
- De recommandations pour les porteurs de Picc line
- Des ordonnances pour soins infirmiers
- Une lettre de sortie
- Les rendez-vous médicaux de suivi



RENSEIGNEMENTS PRATIQUES

Coordonnées de l'équipe HAD

- Coordination de soins :
- Médecin traitant :
- Coordination interne à Saint-Luc : 02/764.09.99 (9h-12h30/13h30-16h)

Retour aux urgences des Cliniques Universitaires Saint-Luc

- si température > 38,5°C
- sur avis d'un professionnel de la santé

Informations sur le PICC LINE et l'antibiothérapie intraveineuse

Le PICC LINE (Cathéter Central inséré en Périphérie) permet d'injecter vos antibiotiques pour une longue durée, sans devoir piquer à chaque fois (cfr. Recommandations au patient porteur d'un PICC LINE).

Les antibiotiques dilués dans un petit **baxter** vous seront administrés 2 à 3x par jour par l'équipe infirmière du domicile.

Le reste du temps, le prolongateur du PICC LINE est obturé par un connecteur (système clos). Le pansement du PICC LINE sera changé 1x/semaine ou au besoin.

Les antibiotiques doivent être conservés à l'abri de la lumière ainsi qu'à une température inférieure à 25°C. Afin de renouveler votre stock de matériel et de médicaments, merci de respecter les heures d'ouverture de la Pharmacie de Saint-Luc, à savoir du lundi au vendredi de 7h15 à 17h.

IMPORTANT

Précautions particulières liées à votre situation médicale et au traitement intraveineux

- Règles d'hygiène

Recommandations au patient porteur d'un PICC LINE.

Qu'est-ce qu'un PICC ?



« PICC » est l'abréviation de « **P**eripherally **I**nserted Central **C**atheter ». Le « PICC » est un long tube flexible et très fin, inséré dans une veine du bras et dont l'extrémité s'ouvre dans la veine cave supérieure.



Pourquoi placer un PICC. ?

Le PICC permet d'administrer des médicaments directement dans une grosse veine centrale. Les antibiotiques administrés peuvent être irritants pour les petites veines périphériques : en voie centrale, ils sont rapidement dilués dans le flux sanguin.

les petites veines périphériques : en voie centrale, ils sont rapidement dilués dans le flux sanguin.

Comment cela se passe-t-il ?

A Saint-Luc, le PICC est placé par un anesthésiste, sous anesthésie locale et sous contrôle échographique. Il ponctionne la veine à l'aide d'un « introducteur » par lequel il introduit le cathéter ; celui-ci est remonté dans la veine, lentement, par petites poussées, jusqu'à la veine centrale. Une radioscopie permet de voir que le cathéter est bien en place.



Le cathéter est fixé par un **Statlock®** collé sur la peau. Un pansement transparent protège le tout. Une valve est placée pour obturer le cathéter et permettre la connexion des perfusions antibiotiques, sans ouvrir le circuit.



CONTENU DE LA FARDE DE SUIVI REMISE AU PATIENT EN HAD

Documents destinés au patient (de 1 à 2/2)

1. Renseignements pratiques (Doc. 1/2 – Doc.Patient)
2. Recommandations au patient porteur d'un PICC LINE (Doc. 2/2 – Doc.Patient)
3. Prescriptions de médicaments
4. Lettre de sortie
5. Rendez-vous médicaux
6. Attestation médicale à remettre aux ambulanciers dans le cadre d'un transport urgent

Documents destinés aux professionnels (de 1 à 7/7)

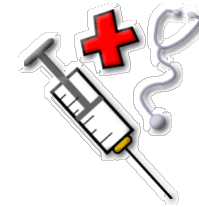
Informations, recommandations et prescriptions :

1. Macroscopie de sortie du patient
2. Fiche socio-sanitaire
3. Prescription médicale de soins infirmiers (Doc. 5/7 – Doc.Prof)
4. Recommandations générales sur l'antibiothérapie IV via un cathéter PICC LINE (Doc.6/7 – Doc.Prof)
5. Procédure imagée pour le pansement de cathéter du PICC LINE

Documents à compléter :

1. Résumé de l'HAD (Doc. 1/7 – Doc.Prof)
2. Récapitulatif des aides mises en place par la Coordination de Soins (Doc.2/7 – Doc.Prof)
3. Suivi journalier du patient (Doc.3/7 – Doc.Prof) + verso
4. Suivi hebdomadaire du patient (Doc.4/7 – Doc.Prof)
5. Relevé des contacts entre intervenants (Doc.7/7 – Doc.Prof)

Suivi du patient par les partenaires extra-muros... (inf. à domicile)



1. L'infirmier à domicile remplit :

- 1 Suivi journalier du patient
- 1 Suivi hebdomadaire envoyé 1x/sem à St Luc
- Contacts téléphoniques possibles
- Création d'une boîte mail « HAD »

Hospitalisationadomicile-saintluc@uclouvain.be

SUIVI JOURNALIER DU PATIENT

NAD :		Initiales (P+N) :		Coordination de soins :					
Début de l'HAD :		Fin de l'HAD :		Durée de l'HAD : jours					
Jour	T°	o PICC LINE o VOIE PERIPHERIQUE		PLAIE CHIRURGICALE		EVENEMENTS (détails au verso si nécessaire)		Durée de la visite minutes	Paraphes du prestataire
		Point de ponction	Perméabilité	Aspect	Exsudat : quantité	Exsudat : aspect	Citer l'événement		
Codes et Précisions		RAS = ok R = rouge	RAS = ok P = problème R = reflux	I = inflammatoire F = Fibrine OCD = œdème, chaleur, douleur	0 = Aucun + = Faible ++ = Modéré +++ = Important	S = Saignement Sa = Saignement P = Purulent	VC déconnectée, VC arrachée, chute, escars, aléas, ...	Appels, soins réalisés, transfert, ...	
JOUR N°1 le									
Matin								1.	
Midi								2.	
Soir								3.	
Passage suppl.									
JOUR N°2 le									
Matin								1.	
Midi								2.	
Soir								3.	
Passage suppl.									
JOUR N°3 le									
Matin								1.	
Midi								2.	
Soir								3.	
Passage suppl.									

SUIVI HEBDOMADAIRE DU PATIENT

A transmettre au secrétariat du Service Social, avant le tour infectieux des médecins (jeudi).

NAD :	Initiales (P+N) :	Date de naissance : / /
Coordination de Soins :		
Prestataire de soins :		
Compte rendu de la semaine n°1 - 2 - 3 - 4 : du : / / au : / /		

SOINS/TRAITEMENTS	PRECISIONS	REMARQUES
ETAT GENERAL		
PICC LINE OU VOIE PERIPHERIQUE	Point de ponction : Perméabilité :	
TOLERANCE AUX ANTIBIOTIQUES		
PLAIE	Evolution de la plaie :	
SOINS ANNEXES EVENTUELS		
EVENEMENTS INDESIRABLES	Chute, escarre, ... :	

COMPLIANCE DU PATIENT	
Traitement médicamenteux lié à l'HAD	
Soins et prises de paramètres	
Consignes spécifiques à l'HAD (voir recommandations du patient)	

Validé par le Coordonnateur de l'HAD : Signature :



Suivi du patient par les partenaires extra-muros et l'hôpital

2. **Suivi par le médecin généraliste**: visites chez le patient dont la fréquence dépend : de l'infection - du type de patient et en accord avec le médecin généraliste.

* Clin Med. 2013 Oct;13(5):495-9.

"Outpatient parenteral antimicrobial therapy (OPAT) and the **general physician**."

3. **Suivi « à distance » par l'hôpital**

- Retour des rapports hebdomadaires
- Contacts téléphoniques
- Consultation(s) de suivi post HAD
- Adresse mail
- Suivi des retours aux urgences
- Indice de satisfaction du patient et l'aidant proche (questionnaire)



Résultats préliminaires du projet HAD-OPA

Projet HAD-OPA



Cliniques universitaires
SAINT-LUC
UCL BRUXELLES

Bilan du projet pilote HAD *arrêté au 25 juin 2015*

Au 25 juin 2015

79 patients « médicalement » éligibles

- 31 inclus
- 48 non inclus dont 31 domiciliés hors de la Région Bruxelles Capitale

Eligibles Inclus



25



6



Age médian (hors enfant) = 63 ans

Chirurgie
Orthopédique
(5 pats)

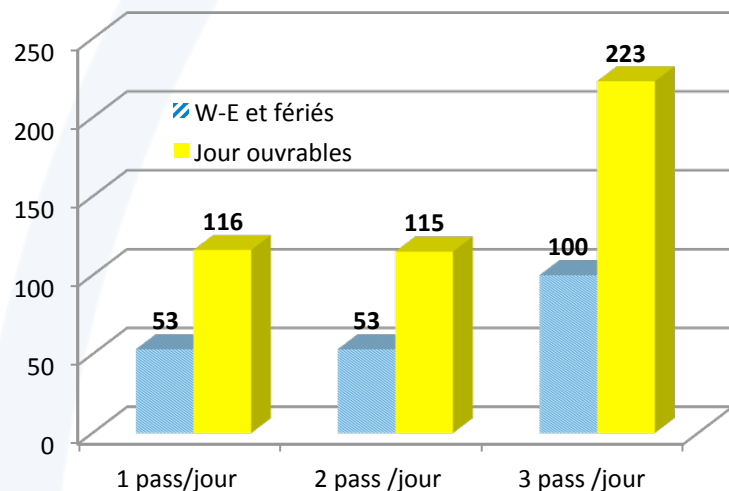
Médecine interne
(16 pats)

Chirurgie autre
(7 pats)

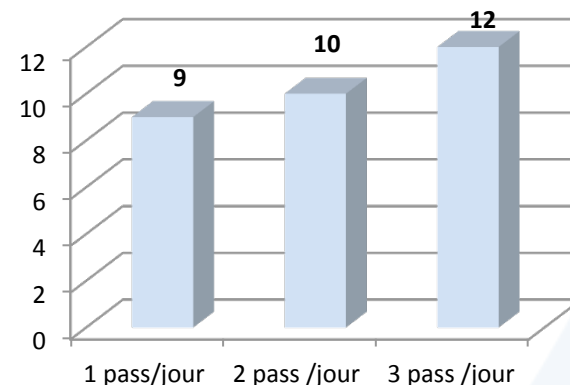


Bilan du projet pilote HAD *arrêté au 25 juin 2015*

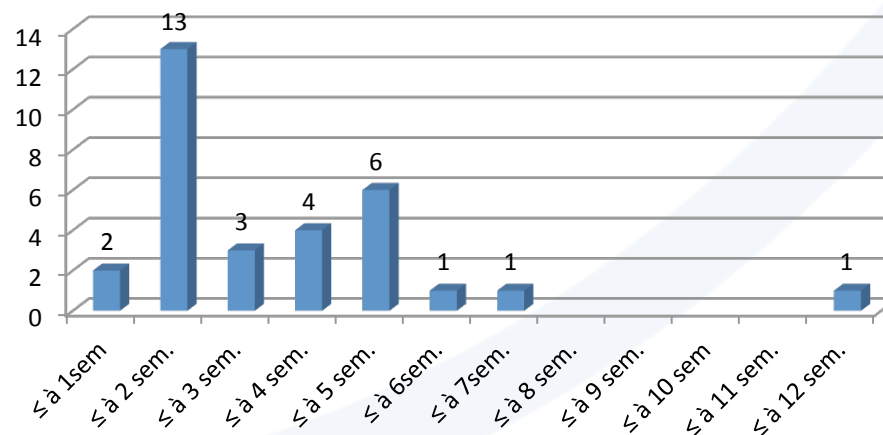
Nombre de jours d'HAD par fréquence de passage
Jours ouvrables et Weekend & jours fériés



Nombre de patients par fréquence de passage journalier

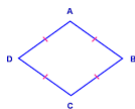


Nombre de patients par durée d'HAD-OPA

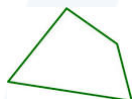


Bilan du projet pilote HAD *arrêté au 25 juin 2015*

Préalables aux analyses économiques futures



Pendre en compte les interrogations des différents acteurs du quadrilatère pour éviter des distorsions d'intérêts



- **Les coordinations de soins et de services et autres acteurs** (ex : les 31 patients = 1643 passages à domicile , Sans l'apport financier du projet pilote, cela eut été impossible dans le cadre des nomenclatures existantes).
- **L'institution hospitalière** (ex : le temps requis en pré/per/post HAD au service des acteurs de soins externes-internes du patient et de son aidant proche (cfr tableau ci-dessous), calcul de rentabilité économique par secteurs médicaux ,...)
- **Le patient et son aidant proche** (assurance privée, congés spécifiques, besoins liés à « l'hôtellerie »...)
- **Le budget de la sécurité sociale** (via le SPF Santé Publique, INAMI)

Temps minimum moyen par profession pour les phases Pré-per-post HAD-OPA

Personnel	Temps moyen /patient	Coût personnel /patient	Evaluation sur base de 100 patients/an
Médecin	2h/patient	€ 176,8	€ 17.684
Pharmacien	3,2h/patient	€ 175,9	€ 17.590
Encodeuse - Facturation	5 min/patient	€ 2,2	€ 221
Service Social y compris coord. Adm	15h/patient	€ 397,0	€ 39.700
Equipe Infirmier	1h/patient	€ 33,0	€ 3.304
Anesthésiste pose Picc Line	0,5h/patient	€ 50,9	€ 5.091
Total	+/- 22 heures	€ 835,9	€ 83.590
Calcul des coûts :			
coût de février 2015 (évol sal), 20 jours ouvrables, 7h36/jour			



Réflexions - Conclusion

A partir de notre projet HAD-OPA



Cliniques universitaires
SAINT-LUC
UCL BRUXELLES

Réflexions – Conclusion

L'HAD-OPA répond à plusieurs demandes

1. Certains patients

1. Retour du patient stable dans son environnement familial alors que seul l'AB IV le retient à l'hôpital
 - Autonomie
 - Diminue le risque d'infections nosocomiales du patient et des autres patients
2. Retour du patient longuement hospitalisé dans une phase moins critique de sa prise en charge.

2. De certains services d'hospitalisation

Libération de lits pour accueillir des patients « aigus »

3. Du système de sécurité sociale

Réduction des coûts (?)



Réflexions – Conclusion

1. Prérequis

- L'HAD nécessite un **travail interdisciplinaire important au sein de l'hôpital** :
Médecin, infirmier, assistante sociale, pharmacien,...
 - L'HAD consomme x ETP hospitalier (pendant et même au-delà de la sortie du patient)
 - Un financement futur de l'HAD doit obligatoirement inclure un financement de l'hôpital.
- L'HAD nécessite un **lien permanent et fiable avec les coordinations de soins et de service et le médecin traitant**:
 - pouvoir se donner les moyens pour gérer ce point crucial « Le patient ne peut être jeté dehors sans suivi »
 - Envisager une accréditation des coordinations de soins et de service

2. Dérives à éviter

- Même si l'HAD peut réduire les durées d'hospitalisation, cela ne doit **pas** devenir l'objectif visé.
 - Sortie prématurée de patients non « stables »,
 - Situation trop difficile à gérer par la famille et l'aidant proche
 - Ré-hospitalisation



Réflexions – Conclusion

3. L'HAD – OPA vers d'autres HAD

- Notre expérience s'est limitée à l'antibiothérapie intraveineuse (AB IV) à domicile mais d'autres traitements sont certainement possibles...
Mais attention :
 - à la généralisation du système!!
 - Chaque HAD a ses propres spécificités pas de transposition automatique du modèle
- Exemples de spécificité au sein du projet
 - Type d'infections et d'AB iv
 - Type d'AB, durée, suivi, monitoring, patient alité ou pas,...
 - Type de patient
 - Pédiatrie :
 - Plus de manipulations
 - Plus de matériel
 - Formation spécifique du personnel :
 - » Approche du patient
 - » Manipulations spécifiques à l'enfant
 - Gestion différente des déchets : flacons antibiotiques non vides – sensibilisation du personnel et de la famille à cette problématique + prévoir un circuit facile

Préparation de pompes,
perfusions



Réflexions – Conclusion

4. Prise en charge de tous les aspects L'HAD –OPA vers d'autres HAD

- Protection du personnel extra-muros et de la famille face à des produits teratogènes – toxiques
- Elimination correcte des déchets : sensibilisation des soignants et des familles
- Transports des fournitures pharmaceutiques
 - Relais par hôpitaux plus proches du patient
 - Relais par officine
- Définir la triangulaire : hôpital + médecin traitant + coordination de soins
- Formation continue du personnel de soins avec accréditation spécifique des coordinations de soins et de service
-



Annexes



Cliniques universitaires
SAINT-LUC
UCL BRUXELLES

1. Quel modèle d'HAD choisir?

Selon les pays, différentes options sont possibles (USA – Canada – Italie....)

The infusion center : a model for outpatient parenteral antibiotic therapy. Poretz DM. The large infusion center described here is headed by physicians who specialize in infectious diseases and occupies a free-standing building where the pharmacy, laboratory, physicians' offices, examination rooms, and finance departments are centralized for efficiency, flexibility, and convenience. Each patient is seen by a physician, pharmacist, and nurse; these health care professionals share data about the patient and offer 24-hour coverage of questions and emergencies. Costs in the center run between 50% and 60% lower than those in the hospital. Reimbursement, although difficult in the past, has improved considerably, but some third-party payers, including Medicare, have not, reimbursed for outpatient intravenous antibiotic therapy.	USA ⁹¹ -1991
Outpatient parenteral antibiotic therapy. Management of serious infections. Part II: Amenable infections and models for delivery. Infusion center, office, and home.	USA ⁶⁹ -1993
In 1994, an advisory committee was created in Canada to provide guidelines for home intravenous therapy. Of the 3 models that were defined (the visiting nurse model, the infusion centre model and the self-administration model), the OPAT self-administration model offers considerable cost savings and is probably largely utilised in a number of countries	Italie ⁴⁵ -2000
Delivery of OPAT may occur in physicians' offices, hospital clinics, specialized infusion centers, and currently most often, patient's homes, often self-administered	USA ¹¹ -2010
(1) treatment in hospital with intravenous antibiotics (HospIV); (2) early discharge after 48 h in-patient observation, followed by oral outpatient treatment (EarlyDC); (3) outpatient management with IV antibiotics (HomeIV); and (4) outpatient management with oral antibiotics (HomePO). CCI : HomePO was cost saving (\$3470 vs \$4183), but less effective (0.65 QAFNE vs 0.72 QAFNE) than HomeIV. INTERPRETATION: For adult cancer patients with an episode of low-risk FN, treatment in hospital is more expensive and less effective than outpatient strategies.	Canada ⁷ -2011
Delivery of outpatient parenteral antimicrobial therapy (OPAT) may occur in physicians' offices, ambulatory infusion centers, or hospital clinics but most frequently is done in patients' homes, often by the patients themselves.	USA ⁴ -2012

1. Infusion Center
2. Office (maison médicale)
3. Home :
 - Visiting nurse model
 - Self administration model

1. Physicians' offices
2. Ambulatory infusion centers
3. Hospital clinics

5. Aspect « Assurance de Qualité »

Hosp Pract (Off Ed). 1993 Jun;28 Suppl 1:33-8.

“Outpatient parenteral antibiotic therapy. Management of serious infections. Part I: Medical, socioeconomic, and legal issues. **Quality assurance**”. Kunkel MJ. Yale University, New Haven, CT. Connecticut – USA

“At present, **there are no accepted guidelines for quality assurance** in the outpatient setting, although they are being developed. Greater emphasis is being placed on ongoing rather than retrospective improvement of quality, as measured by the care-giving process and outcome. Thus, programs need to incorporate **sound methods for teamwork, communication, and documentation of services.**”

INVITED ARTICLE

CLINICAL PRACTICE

Ellie J. C. Goldstein, Section Editor

2013

Are We Ready for an Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy Bundle? A Critical Appraisal of the Evidence

Eavan G. Muldoon, David R. Snyderman, Elizabeth C. Penland, and Genevieve M. Allison

Clinical Infectious Diseases 2013;57(3):419–24

Division of Geographic Medicine and Infectious Diseases, Tufts Medical Center, Boston, Massachusetts

Bundles: based on the « 1+1=3 effect ». Total completion of bundle of items for each patient is more effective than overall mean performance by item



OPAT Bundle proposé

6 composants clés (OPAT Bundle)

Clinical Infectious Diseases 2013 ;57(3):419–24

Table 1. Proposed Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy Bundle

Main Bundle Components	Key Aspects of Component
Patient identification/selection	- Fully aware of risks/benefits - Appropriate home environment/adequate support - No clinical contraindications to discharge from hospital - Willingness to comply with follow-up plan - Insurance/copayment issues resolved
ID consultation	- Prior to intravenous access - Prior to discharge home
Patient/family education	- Vascular access education/sterile technique/teach-back method - Emergency contact numbers for patients - Physician responsible until patient seen in clinic - Side effects of medication - Potential complications
Care transition	- ID appointment handed to patient prior to discharge - Clear communication between inpatient and outpatient services - ID/OPAT plan documented in discharge summary - Safety labs ordered as part of discharge plan
Outpatient monitoring	- Safety labs: identifying missing labs, addressing lab abnormalities, adjust medications as needed (dose, duration, medication change) - PICC line care and removal at end of therapy - Change in management: communication between ID and infusion company/rehabilitation facility - Monitoring of microbiological cure, laboratory cure
OPAT program measures	- Patient satisfaction - Readmission rates - Program improvements, audit

Enthusiasm for OPAT must be **tempered** by the understanding that the administration is complex, potentially toxic, and involves many members of the healthcare team.

“We have reviewed 6 components that we believe comprise an OPAT “bundle,” and the evidence supporting each:

1. Patient selection,
2. Infectious Disease Consultation,
3. Patient/caregiver education,
4. Discharge planning, = trajet patient
5. Outpatient monitoring/tracking,
6. and OPAT program review.

Given the lack of evidence base in a number of key areas, we cannot yet recommend implementation of an OPAT bundle as an evidence-based intervention.

While the evidence base is poor in each of the 6 identified components, knowledge is particularly lacking in the areas of patient education and care transition.

However, in the interim, it is reasonable to consider the use and assessment of a checklist based on the proposed bundle as has been utilized successfully in other medical disciplines.