

2 vagues COVID à Bourg-en-Bresse: exemple d'une collaboration ville-hôpital

Dr Marco A. GAMBIRASIO

Equipe Mobile d'Accompagnement,
Soins de Support et Soins Palliatifs
(EMASP)

- ***Liens d'intérêts déclarés par l'intervenant :***

absence de lien d'intérêts déclarés par l'intervenant

Le contexte:

- Une crise sanitaire nationale sans précédent
- L'apparition et la montée en charge de situations cliniques complexes et urgentes en lien avec la maladie à Sars-COV2 (COVID-19)
- Des choix éthiques très délicats et inédits
 - gestion de symptômes (restrictions dans le choix des molécules, posologies)
 - décisions de LAT (consensus autour de critères, validation de protocoles)
 - justice distributive (pénurie de lits, manque de moyens...)



Une nouvelle organisation

Les acteurs /1:

- En ville (domicile, établissements médico-sociaux):
 - Les réseaux de coordination (Vil'Hop'Ain)
 - Les professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, IDE, AS)
 - Les Ordres Professionnels
 - Les Conseils Départementaux et Régionaux
 - Les ARS

Les acteurs /2:

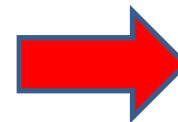
- A l'hôpital:

- Les référents administratifs (conseils de surveillances, directions)
- Les « cellules de crise » (chefs de pôle, cadres sup.)
- Les médecins (réanimateurs, infectiologues et pneumologues, urgentistes, gériatres, nutritionnistes...)
- Les soignants (IDE, AS) et les psychologues
- Les équipes transversales
 - Hygiène (EOHH), Soins Palliatifs (**EMASP**), Gériatrie (EMG) et l'Hospitalisation à domicile (**HAD**)

- **1^{ère} réaction... locale:**
 - **la réunion du 23 mars 2020, provoquée sur initiative des praticiens de la filière palliative, gériatrique et HAD, devant les premières données épidémiologiques confirmées en faveur de clusters d'infection à COVID-19, notamment en EHPAD et MAS**

- **1^{er} temps fort ... national:**

- *la circulaire du **27 mars 2020** relative aux mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire*



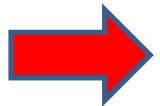
1^{ère} vague

Quel impact ?

- Des mesures extraordinaires dans le cadre d'une situation extraordinaire
- Une mobilisation générale en faveur des personnes et des structures les plus vulnérables
- Une levée de frein ... « attendue » ?
- En pratique:
 - Un nouveau paradigme → une attitude « proactive »
 - Des nouveaux dispositifs, innovants et partagés

Le constat:

- Des établissements médico-sociaux en très grande difficulté
 - Surpris par l'ampleur et la gravité des situations (mortalité +++ rapide)
 - Démunis face à la rapidité de la propagation du virus
 - Encouragés à « soigner » les résidents sur place
 - absence de thérapeutiques spécifiques, protocoles...
 - sous-dotations de moyens !



Peu demandeurs d'aide extérieure (équipes mobiles de gériatrie, soins palliatifs, HAD)

La réflexion:

- Une population âgée vulnérable
 - Décisions de LAT : par qui ? pour qui ? pourquoi ?
 - Quelle dignité, quel confort en fin de vie ?
- Un enjeu d'éthique collective et de santé publique
 - Risque de saturation des lits d'hôpitaux
 - Possibilité de « renforcer » les structures peu médicalisées
- Une mission transversale « **pro active** »
 - Une occasion de créer et/ou consolider des liens avec les EM

L'action:

- réorienter la mission de l'unité mobile de gériatrie
 - mise en place d'une **hot line gériatrique** de 8h30 à 18h 6j/7
 - mise à disposition d'un **0.4 ETP médical** gériatre en déplacement en EHPAD
- mutualiser des moyens entre l'HAD et l'EMASP pour créer un parcours spécifique COVID pour les résidents d'EMS permettant :
 - l'inclusion d'un nombre supérieur de patients (jusqu'à 2x la capacité « normale »)
 - la rapidité d'intervention : quelques heures (au lieu de quelques jours) dès réception de la demande par l'EMS
 - *l'augmentation des plages horaires du personnel **

** Envisagée mais finalement non nécessaire*

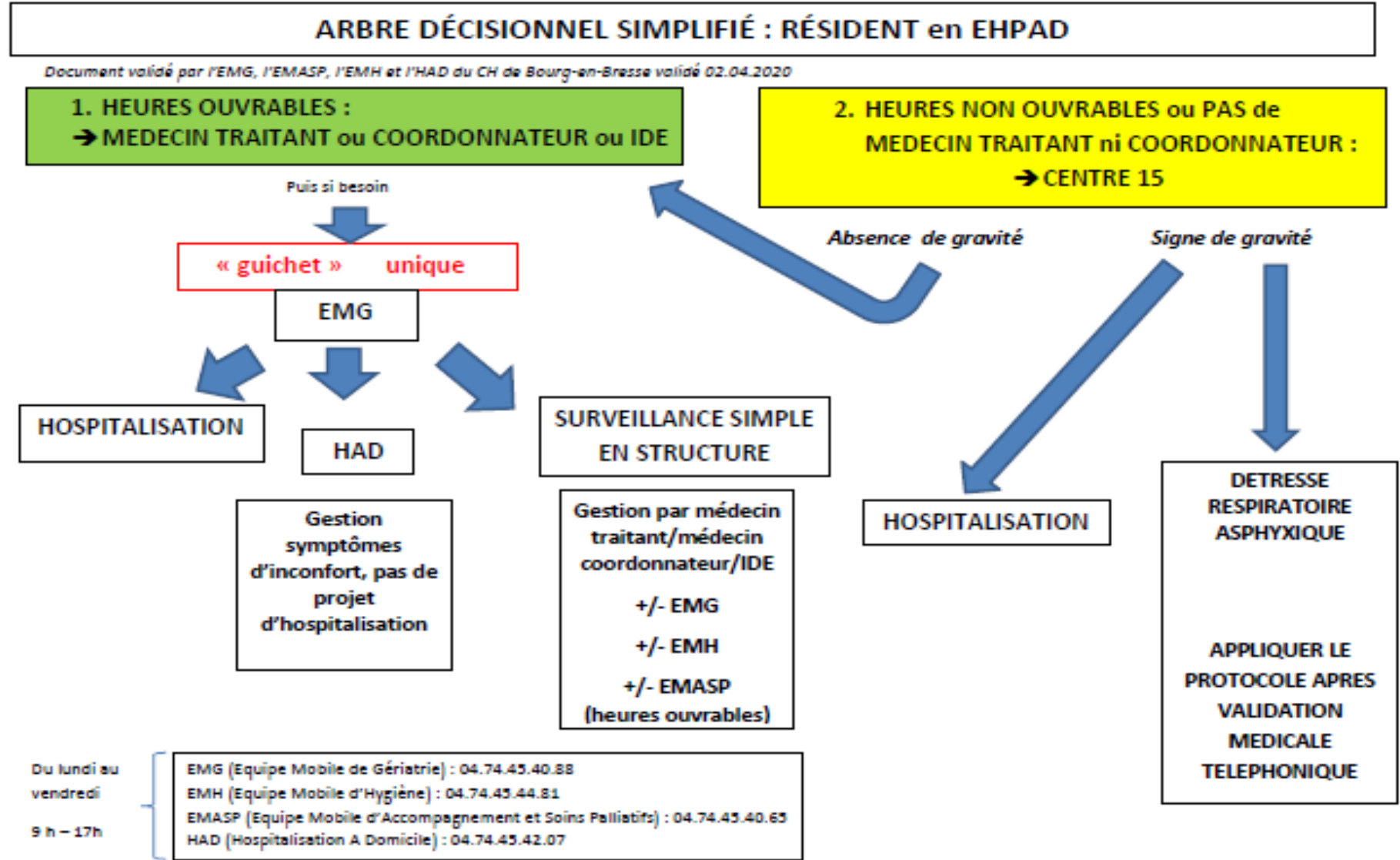
- **2^e et 3^e temps fort ... local:**
 - *la validation du nouveau dispositif en « cellule de crise »* le **02 avril 2020** → levée de frein*
 - *l'inclusion des premiers patients le 02 avril 2020 et mise au point d'un déroulement fluide (doublement de l'astreinte) **entre le 7 et le 11 avril 2020***

* sous l'égide de l'ARS

En pratique:

- Les EMS ont été contactés afin d'expliquer la démarche et recueillir les besoins de manière systématique et régulière.
- Un logigramme d'organisation sous forme d'«arbre décisionnel» a été diffusé puis actualisé selon l'évolution de la stratégie. Il comprenait :
 - coordonnées des équipes et plages horaires de contact
 - critères d'orientation possible du patient, selon son état de santé au moment de l'appel
 - différents protocoles, y compris médicamenteux

• **Déroulé du dispositif**



**DEMANDE SPECIFIQUE D'ADMISSION en HAD
 PATIENTS COVID-19 en EHPAD/FAM/MAS**
 A faxer au 04 74 45 45 01 ou envoi par mail à had@ch-bourg01.fr
 accompagnée de l'ordonnance de traitement habituel

- Fiche de renseignements**
 – volet **administratif**

Date de la demande :

ETABLISSEMENT DEMANDEUR :

Type (EHPAD/FAM/MAS...) :

Personnel de nuit : IDE – AS – Autre :

Adresse :

Tél joignable 24h/24 :

Code de l'accès Bâtiment :

Nom et Tél
 Médecin traitant :
 Médecin Coord :

STATUT VIRAL :

COVID-19 testé

COVID-19 suspecté

PATIENT

Nom :

MODALITÉ Prise En Charge HAD :

⇒ SOINS PALLIATIFS

Date de Naissance :

BESOINS SPECIFIQUES du PATIENT :

Troubles cognitifs : OUI - NON

- ⇒ Oxygène
- ⇒ Antalgie
- ⇒ Anxiolyse
- ⇒ Sédation envisagée
- ⇒ Autres besoins : conseils, soutien équipe....

GIR :

FICHE D'AIDE À LA PRISE DE DÉCISION, L'ORIENTATION THERAPEUTIQUE, LA LIMITATIONS DE SOINS DES RESIDENTS (MAS, FAM) EN PRÉVISION D'UNE CONTAMINATION COVID-19 SYMPTOMATIQUE

Ne définit pas une situation palliative ou non du patient, ne sert que durant la durée de l'épidémie au COVID-19. A pour but d'aider le Samu, les réanimateurs à définir le niveau de soins en cas de décompensation au vu du contexte épidémiologique.

• **Fiche de renseignements**
 – volet éthique

► **RÉDACTEUR(S)**

Nom(s) : Statut(s) :
 Date de la rédaction de la fiche : Tél :

► **PATIENT** : M. Mme

Nom : Prénom : Date de naissance :
 Âge :

Nom de l'EHPAD :
 Médecin traitant : Médecin coordonnateur :
 Personne de confiance :
 Discussion ou directives anticipées

Souhait de décès à domicile :

► **PROJET DE SOINS JUSTIFIÉ PAR UNE RÉFLEXION ÉTHIQUE ANTÉRIEURE :**

Avis du patient recueilli :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	non adapté/ impossible <input type="checkbox"/>
Avis de la personne de confiance recueilli :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	non adapté/ impossible <input type="checkbox"/>
Avis de la famille recueilli :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	non adapté/ impossible <input type="checkbox"/>
Avis du/de la TUTEUR/TUTRICE :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	

► **AUTONOMIE – DEPENDANCE :**

GIR : 1 à 6 au moment de la rédaction de la fiche
 Score OMS / Karnofsky:

► **PATHOLOGIES – COMORBIDITÉS** préciser la fiche (préciser l'item si remplissant la fiche)

- Patient en situation palliative exclusive/
- Troubles nutritionnels (obésité morbide)
- Troubles psycho-comportementaux :
- Démence ou pathologies neurodégénér
- Cardiovasculaires :
- Diabète compliqué :
- Insuffisance d'organe évoluée / évolutif
- Cancer ou hémopathie avancé / évolutif
- Immunodépression :

► **DÉMARCHES ANTICIPÉES SUR LE NIVEAU DES SOINS :** Transfert hospitalier +/- réanimation en cas de détresse

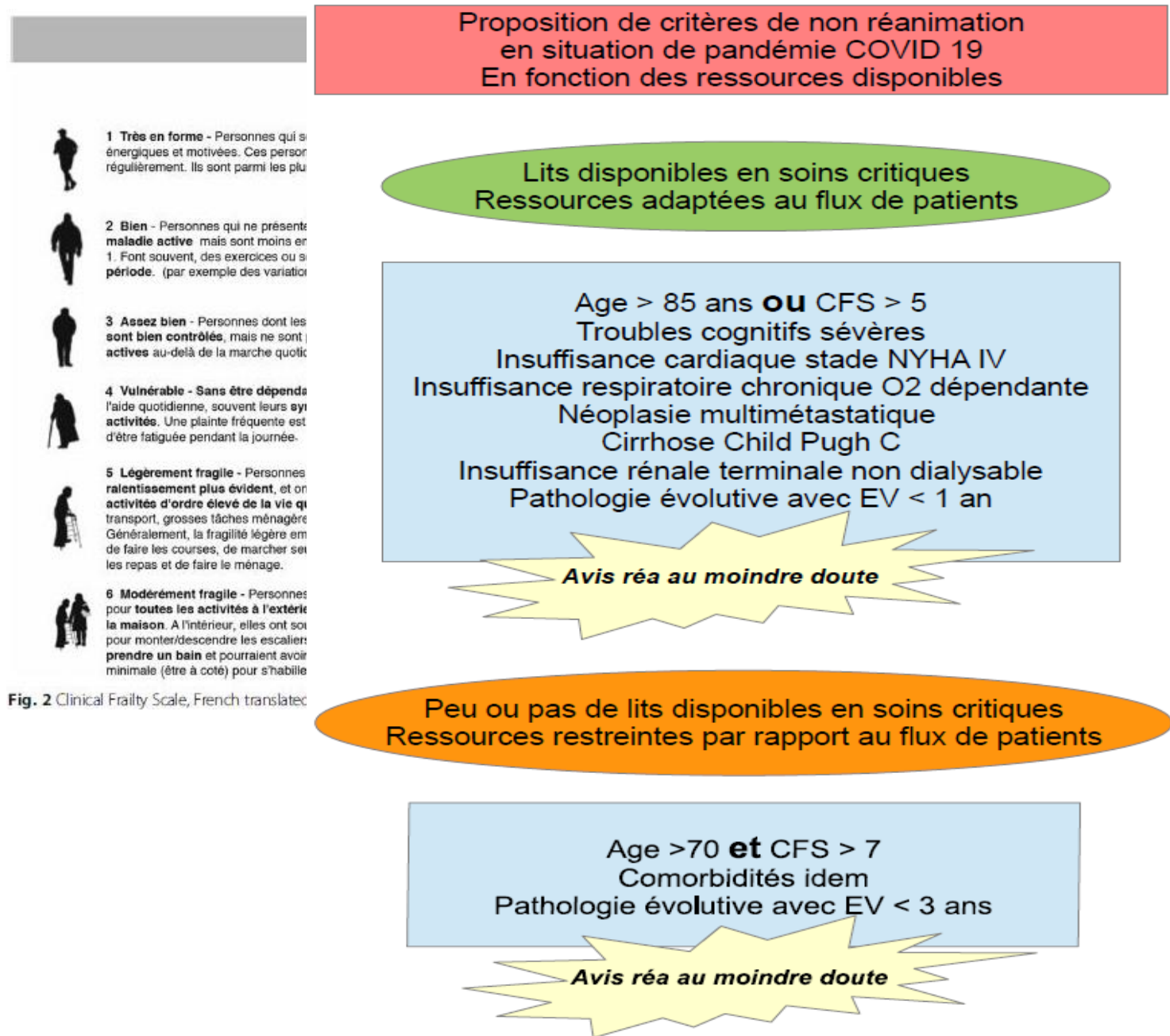
- OUI : contacter SAMU
- NON DECIDÉ : contacter SAMU
- NON : maintien de la personne au domicile ou en structure pour des traitements/soins proportionnés en s'aidant d'une discussion collégiale ou des prescriptions anticipées

Patient informé de la démarche :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	non adapté/ impossible <input type="checkbox"/>
Personne de confiance informée :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	non adapté/ impossible <input type="checkbox"/>
Famille /proche informés :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	non adapté/ impossible <input type="checkbox"/>
TUTEUR/TUTRICE informés :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	non adapté/ impossible <input type="checkbox"/>

Signature :



• **Algothmes décisionnels**



- 1 Très en forme** - Personnes qui si énergiques et motivées. Ces personnes régulièrement. Ils sont parmi les plus
- 2 Bien** - Personnes qui ne présentent **maladie active** mais sont moins en 1. Font souvent, des exercices ou si **période**. (par exemple des variatio
- 3 Assez bien** - Personnes dont les **sont bien contrôlés**, mais ne sont **actives** au-delà de la marche quoti
- 4 Vulnérable** - **Sans être dépende** l'aide quotidienne, souvent leurs **syi** **activités**. Une plainte fréquente est d'être fatiguée pendant la journée.
- 5 Légèrement fragile** - Personnes **ralentissement plus évident**, et on **activités d'ordre élevé de la vie q** transport, grosses tâches ménagère. Généralement, la fragilité légère em de faire les courses, de marcher se les repas et de faire le ménage.
- 6 Modérément fragile** - Personnes pour **toutes les activités à l'extérie** **la maison**. A l'intérieur, elles ont so pour monter/descendre les escalier: **prendre un bain** et pourraient avoir minimale (être à côté) pour s'habille

Fig. 2 Clinical Frailty Scale, French translated

soins critiques sans condition thérapeutique posée a priori
avec d'emblée une limitation thérapeutique indispensable entre critiques et le médecin référent
Ne doit pas être réalisé Intubation trachéale
Réanimation d'un arrêt cardiaque Epuration extra-rénale
soins et traitements optimisés dans le service
Ne doit pas être réalisé Cathécholamines Intubation trachéale Epuration extra-rénale Réanimation d'un arrêt cardiaque
en soins critiques : confort actifs et non invasifs
de fin de vie



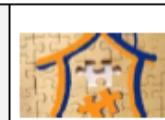
PROTOCOLE DÉTRESSE RESPIRATOIRE AIGUE

Document validé par : SAMU 01, services du centre hospitalier de Bourg-en-Bresse : urgences, services de gériatrie (MOC, SSR), Equipe Mobile de Gériatrie (EMG), Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (EMASP), et HAD
 SOURCE : http://www.sfap.org/system/files/fiche_conseil_prise_en_charge_palliative_detresse_respiratoire_terminale_covid.pdf



PRISE EN CHARGE PALLIATIVE EMASP

PATIENT COVID-19 +



• Protocoles...

ORIENTATION PALLIATIVE CLAIRE, TRACÉE → LAT « C » ou « D »

PATIENT NON REANIMATOIRE : Récusé de manœuvres de massage cardiaque, IOT, amines vaso-actives

DYSPNÉE/DOULEUR	ANXIÉTÉ, AGITATION	DÉTRESSE RESPIRATOIRE ASPHYXIQUE (SDRA)	FIÈVRE/DOULEUR	ENCOMBREMENT
<p>Morphine PO :</p> <ul style="list-style-type: none"> ORAMORPH sol buv 20mg/ml = 4 à 8 gtt soit 5 à 10 mg en sublingual ou dans le creux de la joue Admin successives : 2 à 6 h d'intervalle <p>Morphine SC :</p> <ul style="list-style-type: none"> 2,5 à 5 mg par inj directe, période réfractaire de 1 à 4 heures Dose de fond de départ : 15 mg/24h avec « bolus » si besoin <p>Morphine IV :</p> <ul style="list-style-type: none"> 2 à 3mg par inj directe, période réfractaire de 1 à 4 heures Dose de fond de départ : 10 mg/24h avec « bolus » si besoin 	<p>Valium ou Lysanxia PO :</p> <ul style="list-style-type: none"> VALIUM 1% sol buv 10 mg/ml = 15 à 30 gtt soit 5 à 10 mg PO ou en sublingual. LYSANXIA sol buv 15 mg/ml = 10 à 20 gtt soit 5 à 10 mg PO ou en sublingual. <p>Admin successives : 4 à 8 h d'intervalle</p> <p>Valium SC :</p> <ul style="list-style-type: none"> Sol inj 10 mg/2ml : 5 à 10 mg SC Admin successives : 6 à 12h d'intervalle <p>Midazolam SC/IV (HAD) :</p> <ul style="list-style-type: none"> Sol inj 5mg/5ml : 0,5 à 1 mg. Admin successives : 1 à 4h d'intervalle Dose de fond de départ : 0.5 à 1 mg/h au PSE 	<p>RIVOTRIL IV/SC :</p> <ul style="list-style-type: none"> 0.5 à 1 mg par inj dir. Admin successives : 5 à 10 min. <p>Midazolam IV (HAD) : titration</p> <ul style="list-style-type: none"> Sol inj 5mg/5ml : 1 à 2 mg par inj dir. Admin successives : 2 à 5 min d'intervalle <p>Midazolam SC (HAD) : titration</p> <ul style="list-style-type: none"> Sol inj 5mg/5ml : 2,5 à 5 mg par inj dir. Admin successives : 15 à 30 min d'intervalle <p>Dose de fond d'entretien = sol inj 50mg/50ml : 1 à 2 mg/h au PSE</p> <p>Si inefficace : Largactil : bolus de 12.5 mg puis perfusion continue 25- 50 mg/24h OU Nozinan : bolus 0.5 ampoule puis perfusion continue 0.5 amp/24h avec augmentation possible au bout d'1h à 1amp/24h</p>	<p>Paracétamol (Perfalgan) :</p> <p>500 mg à 1 g jusqu'à 3 ou 4 fois (selon poids) par jour par voie PO</p> <p>Si voie PO impossible :</p> <p>500 mg en SC avec perfusion sur 30 min</p> <p>500 mg à 1 g IV jusqu'à 3 ou 4 fois (selon poids) par jour avec perfusion sur 30 min</p>	<p>Scopolamine transdermique :</p> <ul style="list-style-type: none"> Patch de 1 mg à changer toutes les 72h, maximum 3 patch soit 3 mg/72h <p>Scopolamine SC :</p> <ul style="list-style-type: none"> Bolus de 0.5 à 1 amp soit 0.25 à 0.5 mg, intervalle minimum de 2h, posologie maximale de 9 amp/24h soit 4.5 mg

Globalement:

- Un nombre de 42 patients ont été inclus du 02/04/2021 au 14/05/2021, date de « fin du dispositif ».
 - Le nombre d'interventions réalisées sur les plages horaires de l'astreinte HAD a été de 21 (soit + 75% p.r. à la moyenne).
 - Le nombre d'heures d'activité IDE a été de 56% supérieur à la moyenne)
- Parmi ces patients:
 - 16 sont décédés, soit 38% (dont 16 en EMS)
 - 1 patient a été muté en court-séjour gériatrique
 - aucun patient n'a été transféré aux urgences, ni orienté vers l'USP

Réflexions et analyse de la situation/1 :

- Il s'agit d'un travail de concertation entre équipes mobiles territoriales → vocation fédératrice
- Un véritable levier pour améliorer la qualité et la fluidité du parcours de soins du patient → partage d'outils et d'expérience.
- Un enthousiasme « mitigé » par deux constats:
 - Une démarche « lourde » (vue du côté des EMS) → charge de travail supplémentaire
 - Un travail de sensibilisation et d'anticipation (vu du côté des équipes mobiles) peu fructueux → le « tabou » des LAT

Réflexions et analyse de la situation /2 :

- La Crise « COVID-19 » a été révélatrice des difficultés des établissements médico-sociaux
- Nous rejoignons l'avis du Collège National de Gériatres*, selon lesquels *« les moyens médicaux se confirment insuffisants face à toute la fragilité de la population vieillissante et désormais médicalisée : cela impose une réflexion ample et stratégique qui aura besoin de la participation de tous les acteurs du terrain et d'un pilotage responsable de la part des tutelles »*.

- * mai 2021

- **4^{ème} temps fort ... local:**
 - **Les indicateurs en hausse, à la *mi-octobre 2020* préfigurent la réorganisation du système et de l'offre de soins, en attendant des nouvelles mesures d'urgence sanitaire**

 **2^{ème} vague**

2 « phases »:

- PHASE 1 → mi-octobre / début novembre
 - Un taux d'incidence plus important (« haut » de la vague atteint + rapidement)
 - Un recours aux urgences massif (>> 1^{ère} vague) avec **tilt** du « centre 15 » local
 - Une difficulté d'accès à l'imagerie (TDM, IRM)
 - Une saturation « précoce » des lits de réanimation
 - L'apparition de nouveaux « variants »
 - Le choix d'un confinement « allégé »
 - Une nouvelle épidémiologie : des patients plus jeunes

2 « phases »:

- PHASE 2 → novembre et décembre 2020
 - Création d'un dispositif « standard » en aide aux EHPAD = au besoin, à distance
 - Diminution des délais de prise en charge HAD, augmentation de la « file active »
 - Une action « ciblée » vers le domicile avec coordination d'une filière COVID en HAD, du diagnostic aux thérapeutiques
 - astreinte médicale 24/24h 7/7j opérationnelle, élargie aux médecins traitants
 - situations palliatives **et** ... curatives (en cas de saturation hospitalière)
 - Court-circuiter le « 15 » → rationaliser les ressources « en amont »
 - Limiter les hospitalisations aux situations « graves »
 - Appliquer les protocoles désormais bien connus
 - Répéter le dispositif « HAD/EHPAD » ... à domicile !

• **Pré requis**

Niveau
1

Transfert du patient en soins critiques sans condition
 PAS DE LIMITATION thérapeutique posée a priori

Niveau
2

Discuter le transfert en soins critiques avec d'emblée une limitation thérapeutique
Discussion préalable indispensable entre le médecin de l'unité de soins critiques et le médecin référent

Peut être réalisé	Ne doit pas être réalisé
Remplissage vasculaire Catécholamines	Intubation trachéale
Ventilation non invasive Antibiothérapie	Réanimation d'un arrêt cardiaque
Transfusion	Epuration extra-rénale

Niveau
3

Pas de transfert en soins critiques : Soins et traitements optimisés dans le service

Peut être réalisé	Ne doit pas être réalisé
Remplissage vasculaire (si bénéfique symptomatique)	Cathécholamines Intubation trachéale
Transfusion (si bénéfique symptomatique)	Epuration extra-rénale
Antibiothérapie	Réanimation d'un arrêt cardiaque

Niveau
4

Pas de transfert en soins critiques :
 Soins et traitements de confort actifs et non invasifs
 Situation de fin de vie

Aide à l'orientation des patients covid en ville

• **Pré requis**

	LAT A	LAT B	LAT C	LAT D
Forme pauci-asymptomatique/sans facteur de risque	Suivi ville			
Forme pauci-asympto avec facteur de risque	Stratégie de prise en charge des patients covid en ville avec HAD			
Forme modérée	Ville (HAD)			
Forme grave	Hospit (HAD)			
	hospitalisation			

En 1^{ère} intention l'HAD peut être in
 Les patients avec LAT A et B ayant u
 nécessitent plutôt une hospitalisati
 décompensation brutale.

	LAT A	LAT B	LAT C	LAT D
Définition LAT	Réanimation Massage cardiaque Intubation/VNI	Réanimation Amines Intubation/VNI	Ttt médicaux O2	Ttt de confort O2 confort
1 ^{ère} intention	Forme pauci-asymptomatique : - Surveillance - Paracétamol si fièvre			- O2 confort - Anxiolytique - Antalgique - Antipyrétique - +/- HBPM
	Forme modérée : - Hospitalisation (anticoagulation, O2, dexaméthasone)		Forme modérée : - Anticoagulant préventif - O2 si besoin - Dexaméthasone si O2	
Si aggravation	Soins continus/réanimation		Passage LAT D	Sédation

- **Déroulé du dispositif**

Adhésion MT au dispositif

Mise à dispo au cabinet médical

- fiche de demande spécifique
- kit palliatif (si souhaité)
- protocoles du dispositif
- ordo pré-remplies
- documents patient...

Mise à disposition au cabinet IDEL

- Kits LAT C : dexta, lovenox, EPI ..
- Kits LAT D : lovenox, EPI ...

Demande d'HAD par MT

Coordination téléphonique HAD-IDELE + HAD-patient

PEC HAD du patient

- Surveillance IDEL x2/j -> fiche spécifique
- Suivi médical partagé MT – HAD avec évaluation physique à J6-8
- Réapprovisionnement matériel et ttt par HAD ...
- Fin d'HAD à J14 max



DEMANDE SPECIFIQUE D'ADMISSION
Dispositif COVID-19 en ville avec HAD
 A faxer au 04 74 45 45 01 ou envoi par mail à had@ch-bourg01.fr

Date de la demande :/...../.....

MEDECIN TRAITANT/REFERENT du PATIENT :

NOM : _____
 Tel cabinet : _____
 Fax : _____

LAT : <input type="checkbox"/> C (pas réa, ttt med) <input type="checkbox"/> D (ttt confort)		Famille/patient prévenus du LAT : OUI - NON
Faxer <u>Document médical de synthèse + ordonnance ttt habituel</u> ou remplir ci-dessous		
ATCD :	HDM/symptômes Covid :	
Ttt actuel :		

PATIENT

Nom : _____
 Date de naissance : _____
 Adresse : _____
 Cabinet infirmier : _____

->>>> Date de début des symptômes = ___/___/___ Date du test + = ___/___/___

- Oxygène : OUI NON
- Protocole : Dexa-lovenox Confort +/- lovenox
- Ordo HAD donnée au patient : OUI NON -> la faxer à l'HAD avec cette demande.

- **Fiche de renseignements**
 – volet administratif

• Protocoles...

ORDONNANCE

- PARACETAMOL orodispersible 1g :
1 gramme jusqu'à 3-4 fois par jour si douleur ou
- ORAMORPH 20 mg/ml flacon :
4 à 8 gouttes maximum 6 fois par jour (minimum
- VALIUM 1% sol buv 10 mg/ml :
10 à 20 gouttes maximum 3 fois par jour (minimum
- LOVENOX *fourni par l'HAD, ne pas d*
.....UI voie sous cutanée x..../jour

Faire réaliser par IDEL à domicile puis LAM :

- Sur demande médicale :
NFS, TP, TCA
Ionogramme, urée, créat, calcémie, protidém

Le patient est pris en charge en HAD suite à la

Pour la pharmacie : Afin d'obtenir une ordonnance à l'HAD en précisant le numéro d HAD.

Pour le laboratoire : Merci de faxer les rés facturation HAD.

QSP 14 jours

ORDONNANCE

- PARACETAMOL 1g :
1 gramme jusqu'à 3-4 fois par jour si douleur ou fièvre.
- LOVENOX *fourni par l'HAD, ne pas délivrer*
.....UI voie sous cutanée x..../jour
- DEXAMETHASONE *fourni par l'HAD, ne pas délivrer*
.....mg IVL en 5 min x/ jour
Ou
- CORTANCYL 20 mg :
... cp matin et cp midi durant 10 jours.
- compléments alimentaires hyperprotéinés : x1 à 2/jour

Faire réaliser par IDEL à domicile puis LAM :

- 2 fois par semaine :
NFS, TP, TCA
- 1 fois par semaine :
Ionogramme, urée, créat, calcémie, protidémie, phosphorémie, CRP, glycémie à jeun
- Sur le premier bilan uniquement :
D-Dimères

Le patient est pris en charge dans le dispositif « covid en ville avec HAD » suite à la demande du médecin traitant.

Pour la pharmacie : Merci de faxer cette ordonnance à l'HAD et de faire une facturation HAD.

Pour le laboratoire : Merci de faxer les résultats au médecin traitant et à l'HAD + faire une facturation HAD.

QSP 14 jours

Tampon + signature médecin :

Globalement:

- 1 seul patient a été inclus en novembre 2021 (décédé à domicile).
 - La durée moyenne de séjour a été de 28 jours
- Cette prise en charge n'a eu aucun impact significatif sur l'activité globale de l'astreinte HAD.

Réflexions et analyse de la situation :

- Un dispositif peu « saisi » par les médecins généralistes
 - le frein de l’astreinte 24/24h 7/7j
 - la démographie médicale locale → département sinistré ++
- Un enthousiasme ... non partagé!
- Des leçons à en tirer:
 - lien ville-hôpital complexe → logistiques différentes
 - travail de longue haleine, « hors » situation de crise

Le mot de la fin:

- Peu de symptômes par rapport à ce qui était attendu (SDRA... désat < 75%) surtout chez les sujets âgés (protocoles, dosages... surdimensionnés?)
- Peu de démarches d'appel à l'aide par rapport aux besoins exprimés et aux difficultés constatés (EMS, ville)
- Beaucoup de travail et peu de retour dans l'immédiat.....

« ne juge pas chaque jour à la récolte que tu fais mais aux graines que tu sèmes »

RL Stevenson

***merci** pour votre attention*