

Le rôle infirmier dans une unité de visite à domicile/ hospitalisation à domicile

1. PRÉSENTATION DE L'UNITE CMP /HAD/ VAD

1.1. Rappel législatif

Pour les CMP/VAD :

- Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales (CMP considéré comme lieu de référence des consultations et accueils)
- Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement (CMP considéré comme des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert)
- Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale (CMP perçu comme plaque tournante des soins)

Pour l'HAD :

- Circulaire du 14 mars 1986 relative à l'hospitalisation, à domicile dans les établissements publics
- Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement, article 11 « organisent des prises en charge thérapeutiques à domicile associées s'il y a lieu à des prestations d'entretien nécessitées par l'état de dépendance du patient »
- Décret du 2 octobre 1992 stipule que « les structures dites d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés.... »
- Circulaire du 30 mai 2000 relative au champ d'application de l'HAD : concept de projet thérapeutique, typologie des actes,...
- Circulaire du 4 février 2004 relative à l'HAD (aborde les modalités de prise en charge générale, notamment en psychiatrie)
- Circulaire du 1^{er} décembre 2006 relative à l'HAD (rôle spécifique de l'HAD)
- Circulaire du 14 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'HAD

1.2. Définitions

Le Centre médico-psychologique est une unité de coordination et d'accueil en milieu ouvert qui organise des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires à proximité du domicile du patient.

L'Hospitalisation à domicile (HAD) est une unité de soins d'hospitalisation temps plein accueillant des patients présentant des troubles stabilisés ou des pathologies sub-aiguës afin d'apporter des soins coordonnés d'une particulière intensité pour une période limitée qui peut être, en fonction de l'évolution de l'état de santé révisable.

Elle permet de préparer, raccourcir, prendre le relais, éviter et remplacer une hospitalisation en temps complet. Elle peut également constituer une étape dans la prise en charge de patient, avant la mise en place d'un suivi ambulatoire moins intense (CMP, VAD, HDJ...).

La visite à domicile (VAD) est un mode de prise en charge en ambulatoire de patients à domicile, présentant des troubles stabilisés ou en phase sub-aiguë, permettant d'assurer le suivi, l'évaluation de l'état psychique du patient et l'observance du traitement....

2. LA VISITE A DOMICILE (VAD)

2.1. Généralités

La visite à domicile est un soin sur prescription médicale. C'est un acte de soin qui demande l'adhésion du patient et s'inscrit dans un projet de soin individualisé. C'est un soin au domicile du patient dont la particularité essentielle est la présence de l'infirmier dans la sphère intime du patient, ce qui sous entend de se soumettre aux codes de savoir-vivre et de politesse en pénétrant chez la personne et s'adapter aux habitudes de vie du patient.

Les objectifs de la VAD peuvent être nombreux et liés aux indications. Ils dépendent du projet de soins individualisé du patient établi par l'équipe selon la PM.

Les objectifs généraux sont les suivants :

- D'évaluer le degré d'autonomie ou permettre d'en acquérir davantage
- De vérifier la bonne observance du traitement
- D'évaluer l'état de santé physique et psychique de la personne
- De repérer les prémices d'un état délirant ou la réapparition de troubles du comportement
- De mieux connaître l'environnement de vie du patient
- De permettre une consultation médicale
- De calmer une situation d'angoisse
- D'éviter l'isolement social ou maintenir le lien social
- D'articuler le partenariat avec les structures médico-sociales...

Les indications à la VAD sont multiples. L'équipe peut intervenir dans les cas suivants :

- Rupture de soins chez un patient déjà diagnostiqué et traité avec refus de soins actuel
- Clausturation insidieuse et progressive au domicile en cas d'épisode pathologique non connu (ex : 1^{er} épisode psychotique) et associé ou non à des addictions, un conflit, à une mise en danger somatique...
- Épisode psychiatrique aigu (ex : avec interpellation des forces de l'ordre...)
- Continuité des soins après une hospitalisation complète
- Prévenir une éventuelle (ré)hospitalisation

Le rôle infirmier est riche et complexe

L'infirmier est un des référents de la prise en charge, le garant de la continuité des soins, un soutien dans le quotidien du patient, un repère notamment pour les patients psychotiques.

Il doit faire preuve de :

- Respect de la personne, notamment de son intimité
- Écoute et empathie
- Authenticité, être soi
- Humilité
- Disponibilité
- Patience
- Cohésion d'équipe
- Ouverture d'esprit
- Remise en question, savoir se positionner

Son rôle consiste également à :

- Savoir instaurer un climat de confiance
- Savoir dédramatiser et réassurer
- Utiliser un vocabulaire adapté à la personne et aux situations
- Soutenir le patient vers l'autonomie
- Observer l'environnement du patient (aménagement lieu de vie, relations, activités...)
- Observer les attitudes (postures, ...)
- Éviter de se montrer intrusif et trop directif

Certaines aptitudes sont nécessaires :

- Savoir gérer ses émotions
- Savoir maintenir une distance thérapeutique
- Avoir le sens des responsabilités et être autonome
- Faire fi de ses valeurs
- S'adapter aux comportements et aux situations
- Savoir tenir compte des priorités
- Prendre des initiatives
- Gérer son temps
- Analyser les notions de transfert et contre transfert
- Éviter de se mettre en difficulté

2.2. La VAD à visée préventive et de continuité de soins

2.2.1 Objectifs

Maintenir l'autonomie du patient

Éviter les réhospitalisations

Apporter les informations nécessaires au patient pour prendre en charge son état de santé

Évaluer la compliance aux traitements

Évaluer l'intensité du déni (volontaire, délirant...)

Éviter l'isolement social

2.2.2 Rôle infirmier

Coordonner les soins et le suivi entre les différents acteurs de la prise en charge (Médecin, ..)

Assurer le partenariat avec les différents secteurs et les travailleurs sociaux (tuteurs,...)

Évaluer les troubles et leurs persistances

Évaluer l'environnement et les ressources ayant un impact sur l'évolution de l'état de santé

Évaluer les effets secondaires incitant la rupture thérapeutique (prise de poids, libido, ...)

Évaluer le degré d'autonomie

Proposer des prises en charge autre que thérapeutiques, en fonction de ses capacités et de ses choix.

L'inciter à réaliser les actes de la vie quotidienne

L'inciter à se récréer en tenant compte de ses centres d'intérêt

2.2.3 Population ciblée

Indications :

Patient connu du secteur et/ou service ou sortant d'une hospitalisation complète

Toutes pathologies confondues dont addictions avec stabilisation des symptômes majeurs

Contre- indications:

Mélancolie et risque suicidaire élevé

Recrudescence aiguë des troubles du comportement (délire...)

Hétéroagressivité

2.3. La VAD à visée curative

2.3.1 Objectifs

Appliquer la prescription médicamenteuse (PM)

Évaluer la prise effective du traitement

Faire respecter le cadre de soins (fréquence, injection retard...)

2.3.2 Rôle infirmier

Coordonner les soins et le suivi entre les différents acteurs de la prise en charge (Médecin...)

Réaliser les actes thérapeutiques sur PM

Encadrer les patients dans la réfection de leur semainier

Surveiller l'observance du traitement

Réajuster le cadre de la PEC (refus de TTT, oubli de RDV, oubli renouvellement de la PM, ...)

Réajuster les modalités de prise de traitement selon le contexte

Réaliser des soins éducatifs (hygiène de vie, équilibre alimentaire...)

2.3.3 Population ciblée

Indications :

Patient connu du secteur et/ou service ou sortant d'une hospitalisation complète

Toutes pathologies confondues dont addictions avec stabilisation des symptômes majeurs

Contre- indications:

Mélancolie et risque suicidaire élevé

Recrudescence aiguë des troubles du comportement (délire...)

Hétéroagressivité

2.4. La VAD à visée d'évaluation

2.4.1 Objectifs

Évaluer l'état psychique de la personne et le contexte de survenue des troubles (sur PM)

2.4.2 Rôle infirmier

S'assurer de la transmission d'information sur le patient et sa situation :

- Évaluer le degré d'urgence au regard des informations
- Recueillir les données suffisantes à la PEC et à la relation

Convenir d'un RDV à domicile pour l'évaluation

Répondre aux objectifs de la demande médicale et transmettre les données au prescripteur

Proposer des orientations pour le soin en fonction du contexte, du discours...au prescripteur et selon possibilités de service et à la réalité de terrain

2.4.3 Population ciblée

Indications :

Patient non connu du service mais avec un suivi sur CMP ou autre unité de soins

Contre- indications :

Notion de dangerosité et/ ou hétéroagressivité

2.5. La VAD d'urgences

2.5.1 Objectifs

Répondre à une situation d'urgence c'est-à-dire intervenir sur une situation de crise aiguë

2.5.2 Rôle infirmier

S'assurer de la transmission d'information sur le patient et le contexte

- Évaluer le degré de dangerosité au regard des informations pour lui-même et autrui
- Évaluer le risque de passage à l'acte

Coordonner avec CDS, médecin, police... l'intervention au domicile

Gérer la situation d'urgence en mobilisant ses compétences relationnelles

Transmettre les informations au service d'accueil (urgences, EPAULE...)

2.5.3 Population ciblée

Indication :

- Patient connu récemment ou anciennement de l'unité ou de l'EPSMA mais ayant ou ayant eu un suivi CMP ou sur une autre unité de l'EPSMA

Contre- indication:

- Patient jamais pris en charge par l'EPSMA
- Notion d'armes à domicile par rapport à la pathologie

3. L'HOSPITALISATION À DOMICILE (HAD)

3.1. Généralités

Les soins réalisés en HAD se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes qui nécessite une prise en charge régulière et intensive (au moins quotidienne, voire pluriquotidienne et 7j/7).

L'HAD assure une prise en charge globale du patient par une équipe pluridisciplinaire(médicale, paramédicale, sociale et administrative...)et recouvre l'ensemble des soins psychiatriques délivrés au domicile du patient , suffisamment stabilisé pour pouvoir rester et vivre chez lui, en respectant la qualité et le cadre de vie du patient(ses habitudes et rythmes de vie...). Ce contexte environnemental (affectif et social) est déterminant pour l'évolution de l'état psychique du patient.

L'HAD peut donc être proposée :

- En amont de l'hospitalisation : en cas de décompensation débutante, risque de décompensation (à titre préventif)
- En alternative à l'hospitalisation : en cas de refus d'hospitalisation complète, impossibilité de quitter son domicile...
- En aval d'une hospitalisation : pour faciliter le retour à domicile et éventuellement coordonner d'autres soins...(à titre de suite d'hospitalisation)

L'HAD doit rendre le patient acteur de ses soins dans son environnement familial. Il existe trois phases de l'HAD :

- L'instauration de la relation
- L'élaboration du projet individuel
- La mise en œuvre de la PEC

Les limites de l'HAD sont le fait que le patient remette en cause l'HAD, ressente un sentiment d'intrusion.

3.2. Missions du service

L'objectif principal est d'apporter des soins individualisés, d'assurer le maintien ou le développement de l'autonomie, son insertion ou sa réinsertion sociale.

L'HAD permet aussi :

- d'améliorer l'alliance thérapeutique à court, moyen et long terme
- d'améliorer l'observance du traitement
- d'éviter ou réduire la durée de l'hospitalisation en temps plein
- d'assurer la continuité des soins
- de conforter la stabilisation de l'état mental
- le responsabiliser dans sa PEC
- de faciliter la transition entre l'hôpital et le milieu de vie
- de préserver le patient dans son milieu de vie pendant les troubles et évaluer son adaptation
- de développer sa capacité à appréhender les difficultés de la vie
- de mettre en place un soutien adapté à la famille et à l'entourage du patient
- de constituer une étape dans la PEC du patient avant une prise en charge moins intense

3.3. Population ciblée

L'HAD concerne aussi bien des patients déjà suivis par le secteur que des patients ayant pour la première fois recours à la psychiatrie.

La proposition d'admission est émise par un psychiatre lors d'une consultation CMP, en fin d'hospitalisation ou à partir d'une unité de soins extrahospitalière (HDJ, Urgences psy...).

Les soins somatiques sont suivis par le médecin généraliste, et éventuellement réalisés par IDEL.

Les patients nécessitent des soins complexes, formalisés dans un projet de soins individualisé thérapeutique comportant des aspects cliniques et psychosociaux

Les critères d'admission sont :

- Souffrir d'une pathologie mentale
- Avoir des symptômes ne justifiant pas d'une hospitalisation en temps complet
- Avoir besoin d'une PEC quotidienne et de courte durée
- Obtenir l'assentiment des patients en SPDT ou SPDRE
- Obtenir le consentement du patient en SPL (notamment l'acceptation de recevoir les infirmiers à son domicile)

3.4. Rôle infirmier

L'infirmier est l'interlocuteur privilégié du patient dans la PEC. Il est le témoin de la vie quotidienne du patient mais aussi l'interlocuteur de son entourage dans l'expression de la souffrance, des difficultés rencontrées...

Ses missions sont multiples :

- Dispenser et vérifier la bonne observance des thérapeutiques
- Favoriser l'alliance thérapeutique
- Réaliser des entretiens infirmiers afin d'évaluer l'état psychique du patient et répondre aux objectifs de soins
- Dispenser des soins de qualités individualisés et adaptés à chaque patient en fonction de ses troubles
- Garantir la continuité des soins
- Apporter des réponses claires et ajustées aux questions de l'entourage afin de favoriser leur implication dans la PEC
- Assurer l'éducation du patient / à son état de santé, ainsi que celle de l'entourage
- Contribuer aux démarches d'accompagnement avec les différents acteurs sanitaires et sociaux
- Favoriser la réinsertion sociale
- Assurer le travail de liaison avec le médecin de l'HAD et les différents partenaires (structures d'hospitalisation complète, HDJ...)

Exemples d'actions infirmières :

Par rapport à la stabilisation de l'état psychique dans la PEC:

- traitement : - vérification et distribution du TTT
 - s'assurer de la prise
 - donner des explications si nécessaire sur l'intérêt du TTT, les ES potentiels,
 - évaluer le discours par rapport à l'adhésion au TTT..
- contexte : si difficultés sociales, familiales...
 - gérer la dynamique sociale...
- pathologie et symptomatologie : surveillance spécifique
 - psychoses (évaluation des propos et du comportement)
 - troubles bipolaires (évaluation de la thymie, des labilités...)
- addictions (évaluation des propos, des ressentis, du non verbal...)

Par rapport au développement de son autonomie et évaluation de son adaptation dans son milieu de vie

- accompagnement dans les actes de la vie quotidienne
- éducation au TTT, à l'hygiène...
- aide à la gestion du TTT
- observer et évaluer son environnement, ses capacités à
- l'orienter vers les partenaires sociaux
- l'aider à développer ou à trouver des ressources dans son entourage...
- l'amener à développer des habilités sociales

.