

HAD en EHPAD

Création d'une unité HAD dédiée



Dr Géraldine AMBROISINE, praticien d'HAD, gériatre référent

Marion DA COSTA MARTINS, responsable IDE unité gériatrique

Conflits d'intérêt

Pas de déclaration de conflits d'intérêt

HAD en EHPAD: Création d'une unité dédiée

HAD en EHPAD : Pourquoi ?

- ❖ **Résidents en EHPAD de plus en plus complexes** : fragiles, polypathologiques, de plus en plus dépendants , très âgés lors de l'entrée en institution
- ❖ **Souhaits des EHPAD de :**
 - **Limiter, éviter ou raccourcir** l'hospitalisation des personnes âgées et leur permettre l'accès à des soins techniques dans leur lieu de vie
 - Optimiser , **sécuriser et améliorer la prise en charge de leur résident**
 - **Accompagner leurs résidents jusqu'à la fin de vie** en privilégiant leur confort de vie

MAIS

Les moyens humains et matériels alloués aux EHPAD limitent les possibilités de prise en charge des situations compliquées+++

HAD en EHPAD: Pourquoi ?

L'HAD assure des soins **non réalisables en ville car trop complexes ou trop techniques**, pour des patients (résidents) qui ont besoin de continuité des soins et d'une équipe de coordination pluridisciplinaire ou d'une expertise (pansements complexes, prise en charge palliative, chimiothérapie, traitement IV, soins de nursing lourds ...)

Sans l'HAD, le patient aurait dû être hospitalisé en établissement de santé conventionnel

L' HAD c'est :

- **Charge en soins importante**
- **Technicité hospitalière (réserve hospitalière)**
- **Complexité médico-psycho sociale**
- **Pluridisciplinarité**
- **Permanence des soins 24h/24 7j/7 avec :**
 - ❑ **1 praticien d'HAD**
 - ❑ **1 Cadre de santé**
 - ❑ **1 Pharmacien (PUI, URC)**
 - ❑ **1 Administrateur**

HAD en EHPAD/ Unité dédiée : Pourquoi ?

- ❖ **Peu de sollicitations de l'HAD par les EHPAD:** manque de connaissance , contraintes administratives
- ❖ **Manque d'anticipation des EHPAD:** intervention tardive de l'HAD :
ex: lors des fins de vie en EHPAD, si le besoin de soins techniques est rare, les délais de mise en place de l'HAD font que l'HAD arrive souvent trop tard
- ❖ **Coordination HAD et EHPAD parfois compliquée :** prise en charge non optimale
- ❖ **Equipe soignante des EHPAD peu ou pas formée à la prise en charge palliative :** besoin d'une expertise et d'un accompagnement personnalisé
- ❖ **Intervention HAD en EHPAD :** Rythme de vie du résident pas toujours respecté du fait des contraintes horaires de l'intervention des soignants de l'HAD

HAD en EHPAD/ Unité dédiée: Organisation (1)

Mai 2021 :Création d'une unité dédiée à la prise en charge des patients en EHPAD (Pôle ouest de l'HAD : Dpt :95 ouest, 78 nord , 92 nord)

❖ Objectifs

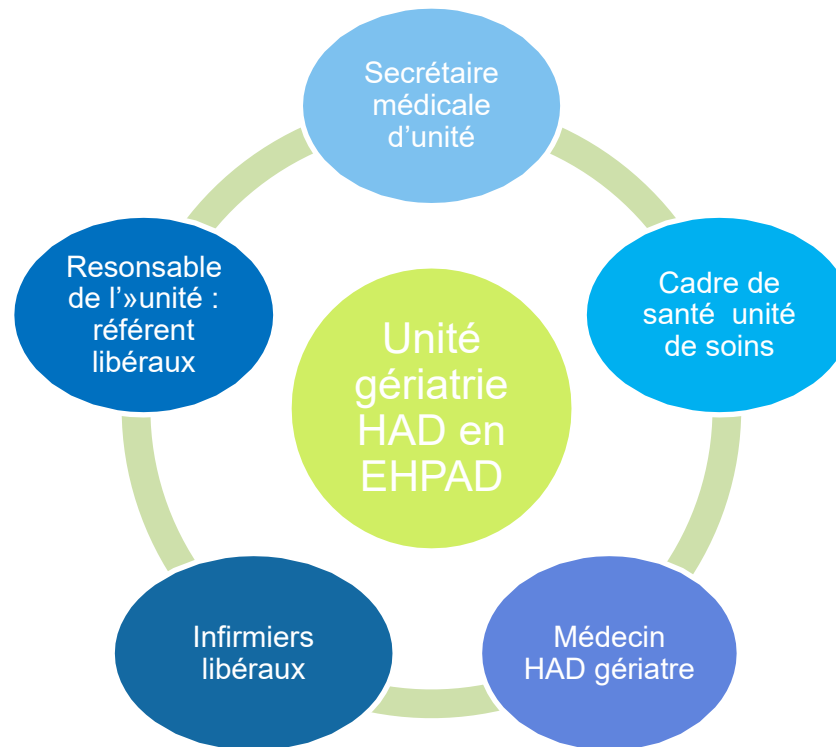
- **Anticiper les dégradations cliniques** : repérages des situations complexes (dossiers dormants)
- **Fluidifier les relations HAD-EHPAD/** meilleure coordination : **interlocuteur HAD dédié**
- **Sursoir aux hospitalisations** ou faciliter les retours précoces
- Augmenter le nombre de prise en charge

❖ Spécificités :

- **Médicalisation des admissions** : projet thérapeutique réévalué par le gériatre de l'HAD en lien avec le médecin traitant ou médecin coordonnateur de l'EHPAD, aide à la prescription et à la décision .
- **Collaboration et intervention quasi exclusive des infirmiers libéraux** (hors soins spécifiques réalisés par les IDE de l'HAD Santé Service)
- **Réactivité des admissions:** délai d'admission : 24-48h (< 24h si dossiers dormants)

HAD en EHPAD/ Unité dédiée : Organisation (2)

- ❖ **Constituée** d'une équipe spécialisée : 1 cadre de santé , 1 infirmière référente (IDE EMG) , 1 responsable d'unité , 1 secrétaire médicale et 1 gériatre
- ❖ **Fait appel aux compétences** d'une IPA plaies et cicatrisation, de l'EMAD (soins palliatifs) , stomathérapeute
- ❖ **Soins assurés par des infirmiers libéraux** ou par les soignants de l'HAD



HAD en EHPAD/Unité dédiée: Modalités (1)

Une convention de partenariat

SIGNÉE ENTRE L'HAD ET L'EHPAD AVANT LA PREMIÈRE ADMISSION



1. La demande

Prescription par le médecin traitant, le médecin coordonnateur de l'Ehpad ou par le médecin hospitalier (au sein de l'Ehpad ou après un passage aux urgences ou une hospitalisation avec hébergement)



4. Le protocole d'intervention

Précise les rôles respectifs de l'HAD et de l'Ehpad (soins techniques, toilettes...). Les soins délivrés par l'HAD s'intègrent dans le projet de vie du résident



3. Le projet thérapeutique

Établi par les équipes d'HAD et de l'Ehpad, en accord avec le médecin traitant et/ou le médecin hospitalier. Accord du patient et de son entourage

2. L'évaluation initiale

Réalisée par l'HAD (état de santé et environnement du résident)



5. L'admission

Prononcée par l'HAD en concertation avec l'Ehpad

6. Les soins

L'HAD coordonne son intervention avec celle des professionnels libéraux et de l'Ehpad. Le médecin traitant reste le médecin référent du patient



7. Réévaluation et ajustements

Tout au long de la prise en charge, lors de réunions pluridisciplinaires avec l'Ehpad

8. La sortie

Décidée par l'HAD qui adresse un courrier de fin d'hospitalisation au prescripteur et au médecin traitant



HAD en EHPAD/ Unité dédiée : Modalités (2)

❖ Admission

- Admission à la demande de l'EHPAD ou des médecins hospitaliers
- **Admission directe** : demande de prise en charge immédiate
- **Admission différée** : « **dossiers dormants** » Evaluation anticipée en EHPAD qui est réalisée pour des résidents :
 - dont l'état de santé est susceptible de se dégrader à courte échéance (phase palliative ou pathologies chroniques avec risque de décompensation symptomatique)
 - qui ont émis le souhait de ne pas être transférés à l'hôpital ou pour lesquels les équipes de soins ont posé la conduite à tenir après discussion collégiale.
- ❖ **Staff hebdomadaire** : suivi des patients / réévaluation des projets thérapeutiques
- ❖ « **Petit-déjeuner rencontre** » **mensuel** : rencontre EHPAD, HAD et IDL en vue de fluidifier les relations / établir un lien de proximité

HAD en EHPAD/ Unité dédiée : Bilan (1)

- ❖ Nombre de patient pris en charge depuis Mai 2021: **330**
- ❖ Actuellement : **42 patients/j** (soit plus 20 patients/j depuis mais 2021)
- ❖ **Profil patient**
 - âge moyen: 88 ans
 - Femmes > Hommes
 - GIR moyen :1-2
- ❖ **Mode de prise en charge principaux** : pansements complexes > Soins palliatifs (quelques prises en charge pour chimiothérapie, ATB IV)
- ❖ Demande de prise en charge essentiellement dans les Groupes d'EHPAD

HAD en EHPAD/ Unité dédiée : Bilan (2)

- ❖ **Durée de prise en charge:** en moyenne 28 jours
- ❖ **Nombre de cabinets libéraux :** 33
- ❖ **% de soins non délégués aux IDL:** 40% (soit absence de formation institutionnelle, soit absence d'infirmiers libéraux sur le territoire de l'EHPAD)
- ❖ **Nombre d'EHPAD :** 61
- ❖ **Motifs d'arrêt de la prise en charge**
 - Stabilité de l'état clinique: 30%
 - Cicatrisation : 20%
 - Hospitalisation: 12%
 - Décès: 38 %

: HAD en EHPAD/ Unité dédiée : Points positifs

Réactivité des admissions

Bonne collaboration, et investissements des infirmiers libéraux

Médicalisation des admissions



Satisfaction des EHPAD : interlocuteur HAD dédié

Accompagnement, soutien aux EHPAD pour le suivi et prise en charge en cas d'AEG (sursoir aux hospitalisations, formations ...)

HAD en EHPAD/ Unité dédiée : Points négatifs

Difficultés logistiques :
lieu de stockage du
matériel et de certains
traitements (
stupéfiants),
récupération du matériel
compliquée

Difficultés pour trouver
des infirmiers libéraux
dans certains territoires
ou si soins trop longs



Certains soins non
délégables aux
infirmiers libéraux

Turn over du personnel
soignant et encadrement
dans les EHPAD : impact
sur la fluidification des
relations

Conclusion

- ❖ **L'unité gériatrique dédiée HAD en EHPAD** est un dispositif innovant, permettant l'accompagnement des établissements médico-sociaux et de leurs résidents mais favorisant également le renforcement des liens entre les acteurs du territoire
- ❖ Basée sur collaboration avec des infirmiers libéraux et repose sur une équipe spécialisée.
- ❖ Elle permet :
 - **Une rapidité d'intervention**, adaptabilité et service médical rendu aux résidents
 - **Un maintien des résidents dans leur lieu de vie** en bénéficiant de soins hospitaliers et en évitant des (ré) hospitalisations
 - **Une amélioration des relations HAD-EHPAD-infirmiers libéraux**
 - **Une valorisation de l'expertise gériatrique de l'HAD**

Merci pour votre attention