



Année Universitaire 2023-2024

**L'Appropriation des dossiers dormants
d'HAD par les EHPAD du Calvados**

Mme Nesma Abdallah

Diplôme Universitaire « Infirmier(ère) Référent(e) et Coordinateur(trice) en EHPAD et en SSIAD (IRCo) »

Dr Dorothée Chicot

Diplôme Inter Universitaire « Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur d'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (MC) »

Dr Maxime Prieur

Diplôme Inter Universitaire « Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur d'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (MC) »

Directeur de mémoire

Dr Morgan Beaurin

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier le docteur Morgan Beaurin d'avoir accepté d'encadrer ce mémoire.

Nous exprimons notre gratitude à tous les MEDCO et IDEC qui ont eu la gentillesse de répondre à notre questionnaire et sans lesquels rien n'aurait été possible.

Sans oublier nos familles et nos proches qui nous ont soutenu dans ce travail et accepté les contraintes de sa rédaction.

Enfin, nous remercions toute l'équipe pédagogique pour la qualité de l'enseignement qu'elle a proposé tout au long de l'année universitaire.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DU : Diplôme Universitaire

EHPAD : Établissement d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes

HAD : Hospitalisation À Domicile

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'État

IDEC : Infirmier(e) Diplômée d'État de Coordination

MEDCO : Médecin Coordonnateur

MEOPA : Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote

PCA : Patient Controlled Analgesia

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	1
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	2
INTRODUCTION.....	5
1. Contexte et historique des dossiers dormants.....	5
2. L'objectif des dossiers dormants	5
3. La mise en œuvre des dossiers dormants.....	6
4. Partages d'expérience	6
5. Objectif et problématique du mémoire	7
MATÉRIELS ET MÉTHODE	8
1. Objectif de l'étude	8
2. Etude quantitative et questionnaire.....	8
3. La population étudiée et le recrutement des EHPAD	8
4. Le déroulement de l'enquête et analyse des données	8
5. Les forces et limites de l'étude	9
6. La recherche bibliographique	9
RÉSULTATS.....	10
1. Informations générales	10
2. Connaissances et formation.....	12
3. Utilisation des dossiers dormants	13
4. Avantages et inconvénients	17
ANALYSE.....	19
1. Concernant les informations générales	19
2. Concernant les connaissances et la formation	19
3. Utilisation des dossiers dormants	20
4. Avantages et inconvénients	21
a. Avantages.....	21
b. Inconvénients.....	21
DISCUSSION.....	24
CONCLUSION.....	27
BIBLIOGRAPHIE.....	28
RÉSUMÉ.....	29

ABSTRACT	30
ANNEXES	31

INTRODUCTION

Dans le cadre de notre formation au Diplôme Universitaire (DU) d'infirmier(ère) référent(e) et coordinateur(trice) d'EHPAD et de SSIAD (IRCO) ainsi qu'au DIU de médecin coordonnateur d'EHPAD (MedCo), nous sommes amenés à rédiger un mémoire dans une démarche scientifique.

Ce mémoire collectif va développer un sujet managérial et gériatrique : la gestion des dossiers dormants d'hospitalisation à domicile (HAD) en EHPAD dans le département du Calvados.

Il s'agit en effet d'un sujet d'actualité en lien avec une forte demande des autorités sanitaires de diminuer les hospitalisations non programmées dans le cadre de soins palliatifs.

1. Contexte et historique des dossiers dormants

L'usage des dossiers dormants a été formalisé à la suite de constats d'inefficacité dans la prise en charge des soins palliatifs, notamment lors d'une étude menée en 2014 par l'HAD du Ponant en Bretagne. (1)

Ce constat a mis en évidence des demandes tardives de soins palliatifs, des transferts inappropriés aux Services d'Accueil d'Urgences (SAU) et des décès précipités, souvent mal vécus par les familles. Ainsi, des évaluations anticipées ont été mises en place pour mieux préparer les équipes soignantes et les familles à la gestion des situations critiques. (1)

Depuis 2020, un financement spécifique a été attribué à ces évaluations anticipées, facilitant et encourageant leur mise en œuvre dans les EHPAD (2).

Plusieurs désignations sont possibles pour exprimer le même concept : "évaluations anticipées", "dossier dormants", "préadmissions EHPAD", "patients en veille" (3).

En 2022, un décret relatif aux "conditions techniques de fonctionnement de l'activité d'hospitalisation à domicile" est paru. C'est dans l'article D.6124-201 qu'est mentionné la mise à disposition pour les patients, et donc par extension dans notre cas les EHPAD, une "permanence téléphonique assurée par des professionnels de santé relevant directement du titulaire de l'autorisation". (4)

2. L'objectif des dossiers dormants

Ce dispositif d'anticipation permet aux résidents, dans certaines conditions, d'être pris en charge sur l'EHPAD. Il s'agit de résidents ne souhaitant pas être adressés à l'hôpital, ou dont la décision de soins palliatifs avec maintien au domicile a été établie après discussion collégiale. L'état de santé est donc susceptible de décompenser à court terme (5).

L'anticipation de ces situations limite les passages des résidents au SAU (6) et éviter ainsi les hospitalisations non programmées (7), ainsi que des prises en charge tardives (3). Les motifs sont divers : accompagnement de fin de vie, décompensations d'organes, pansements complexes etc. (3).

3. La mise en œuvre des dossiers dormants

Certains critères sont indispensables à la mise en place d'un dossier dormant, comme cités par l'HAD de Deauville (5), ces critères sont les suivants :

- Être conforme aux critères d'éligibilité de l'HAD
- Le consentement est également indispensable : soit du résident, de sa personne de confiance, son tuteur (si référent) ou de la famille.
- Sur demande de l'EHPAD ou du médecin traitant après discussion collégiale.

Une convention doit être signée entre l'EHPAD et l'HAD précisant la possibilité d'évaluations anticipées. Un compte rendu de synthèse de l'évaluation et d'un projet de soin personnalisé doit être rédigé comprenant notamment les prescriptions anticipées. L'HAD doit créer un dossier pour le résident dans son DPI. Ce dossier doit être mis à jour régulièrement.

Enfin un dossier activé avant sept jours suivant la création du dossier n'est pas considéré comme un dossier dormant (3).

4. Partages d'expérience

Au décours de nos partages d'expériences, nous avons échangé sur trois cas concrets de patients en EHPAD ayant bénéficié d'une évaluation anticipée chacun illustrant des approches différentes de la gestion des dossiers dormants.

- Premier cas :

Mme Q, 97 ans, qui présente une insuffisance rénale terminale dont l'état s'est détérioré rapidement, a bénéficié d'une prise en charge palliative efficace avec une PCA de morphine grâce à un dossier dormant mis en place une quinzaine de jours auparavant. Cependant SOS médecins a été contacté afin de faire les prescriptions car l'HAD de secteur ne prend pas en compte les prescriptions anticipées.

- Deuxième cas :

Dans un des EHPAD, l'évaluation anticipée d'un résident de 87 ans atteint d'un cancer de la verge au stade palliatif exclusif a été réalisé par le médecin coordonnateur après discussion et accord du médecin traitant, le déclenchement a été fait par le médecin traitant, et les prescriptions anticipées ont été effectuées par le médecin coordonnateur de l'HAD. Il y avait donc trois médecins impliqués de la création à la réalisation.

- Troisième cas :

Mr D. 87 ans, présente des fausses routes à répétition entraînant des pneumopathies d'inhalation. Le médecin traitant réalise donc un dossier dormant avec les prescriptions médicales pour une antibiothérapie et oxygénothérapie en cas de pneumopathie d'inhalation.

A plusieurs reprises, devant l'apparition d'une fièvre et d'une toux, le dossier dormant a été déclenché par appel de l'infirmière sans examen médical, aucun médecin n'étant disponible pour faire un diagnostic.

5. Objectif et problématique du mémoire

Tous les trois exerçant dans le Calvados, nous nous sommes étonnés de telles variations sur notre territoire concernant la prise en charge des dossiers dormants.

Ces cas nous amènent donc à nous interroger sur la manière dont les EHPAD mettent en place les dossiers dormants d'HAD, depuis leur création jusqu'à leur déclenchement.

L'objectif et la problématique de ce travail cherche à répondre à la question suivante :

Comment les EHPAD du Calvados s'approprient les dossiers dormants HAD face à l'hétérogénéité des pratiques ?

MATÉRIELS ET MÉTHODE

1. Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'étudier les pratiques des EHPAD dans le Calvados concernant les évaluations anticipées réalisées en collaboration avec les différentes HAD du département.

2. Etude quantitative et questionnaire

Nous avons réalisé une étude quantitative observationnelle à visée descriptive à partir d'une enquête de pratique par questionnaire.

Pour réaliser cette étude, nous avons fait le choix de diffuser un questionnaire aux EHPAD du Calvados. C'est une technique de collecte de données adaptée aux études quantitatives.

Il est composé d'une première partie qui reprend les informations générales sur les EHPAD participants ainsi que la fonction de celui qui répond au questionnaire au sein de l'établissement. Ensuite le questionnaire comprend une deuxième partie sur les connaissances et formations, une troisième partie sur l'utilisation des dossiers dormants et une quatrième partie sur leurs avantages et inconvénients.

Il s'agit d'un questionnaire anonyme, comportant au total 18 questions. On y retrouve des questions fermées à choix unique et multiple et quelques questions ouvertes.

Le questionnaire a été réalisé grâce à Google Forms.

Il a été validé par les trois diplômants ainsi que par le directeur de mémoire.

3. La population étudiée et le recrutement des EHPAD

La population étudiée est celle des EHPAD du Calvados (département 14). Il n'y a pas de critère d'exclusion. Une seule réponse par établissement a été demandée.

Un mail a été envoyé aux EHPAD du Calvados grâce à un document fourni par le CLIC du Calvados mis à jour en février 2024, complété par une diffusion à des connaissances personnelles de médecins coordonnateurs et d'IDEC exerçant dans des EHPAD du Calvados.

4. Le déroulement de l'enquête et analyse des données

La diffusion de l'enquête a débuté le 02/07/24 et s'est clôturée le 23/09/24.

Les données ont été extraites sur Google Form afin d'être interprétées. L'enquête a été complétée par 42 EHPAD du Calvados sachant que le Calvados compte 89 EHPAD (8).

5. Les forces et limites de l'étude

Nous avons eu 47 % de réponses ce qui est un ratio satisfaisant.

Il existe probablement un biais dans la distribution des mails car certains EHPAD n'ont pas reçu le message à cause d'une adresse électronique invalide ou non utilisée. Parmi ces derniers, quelques-uns l'ont reçu secondairement grâce à une relance des médecins coordonnateurs et des IDEC issus de nos connaissances personnelles.

Les EHPAD sans médecin coordonnateur ni IDEC sont donc défavorisés. Il n'est pas possible de savoir combien d'EHPAD ont réellement reçu le questionnaire.

Nous avons contacté l'ARS Normandie afin d'obtenir une liste de diffusion à jour qui nous aurait permis de toucher un grand nombre d'EHPAD, l'ARS n'a malheureusement pas pu accéder à notre demande.

6. La recherche bibliographique

Afin de rechercher des informations sur le sujet du mémoire, et préparer le questionnaire, des recherches ont été faites en français et en anglais. Les bases de données sur internet les plus utilisées sont : Pubmed, Google Scholar, Google et Sudoc.

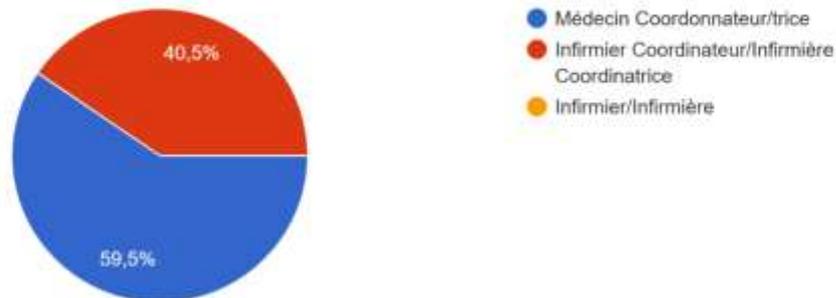
Un flyer délivré par l'HAD de Deauville a également été utilisé ainsi que des documents fournis par le directeur du mémoire.

RÉSULTATS

1. Informations générales

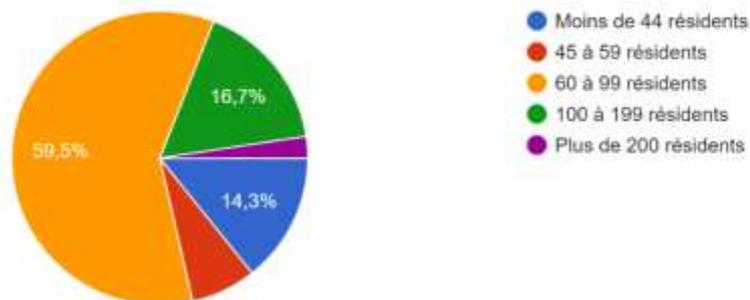
Quelle est votre fonction au sein de l'EHPAD?

42 réponses



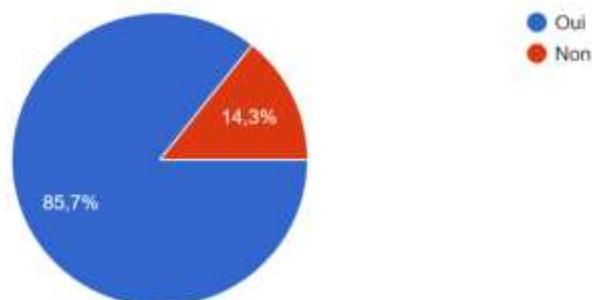
Quelle est la capacité d'accueil de votre EHPAD?

42 réponses



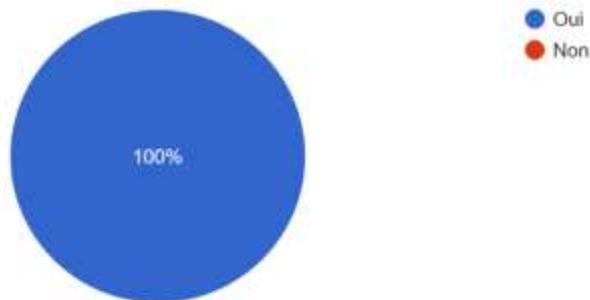
Un médecin coordonnateur(trice) est-il(elle) présent(e) dans l'EHPAD?

42 réponses



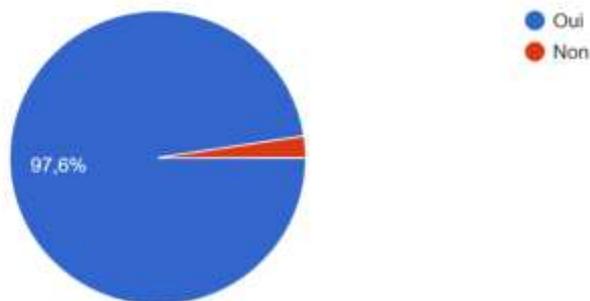
Un(une) infirmier(ère) coordinateur(trice) est-il(elle) présent(e) au sein de l'EHPAD?

42 réponses



Est-ce que vous travaillez avec une HAD?

42 réponses



Au cours de cette première partie, nous avons déterminé le profil des établissements participant à notre étude.

Nous avons eu 40.5% de réponses par les IDEC et 59.5% par les médecins coordonnateurs.

59.5% des établissements ayant participé ont une capacité d'accueil de 60 à 99 résidents, 16.7% de 100 à 199 résidents, 14.3% moins de 44 résidents et 2.4% plus de 200 résidents.

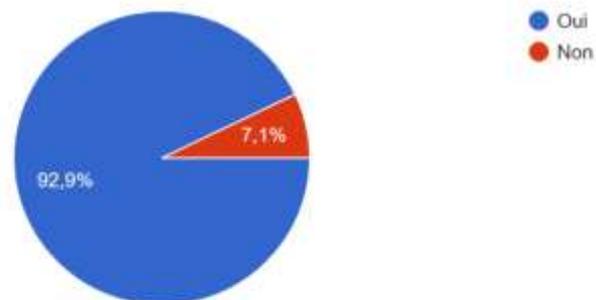
85.7% des établissements ont un médecin coordonnateur et 100% ont une IDEC.

On note également que 97.6% des établissements participants collaborent avec un établissement d'hospitalisation à domicile.

2. Connaissances et formation

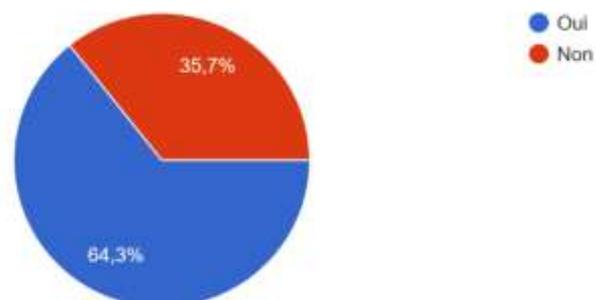
Connaissez vous le concept des dossiers dormants/évaluations anticipées?

42 réponses



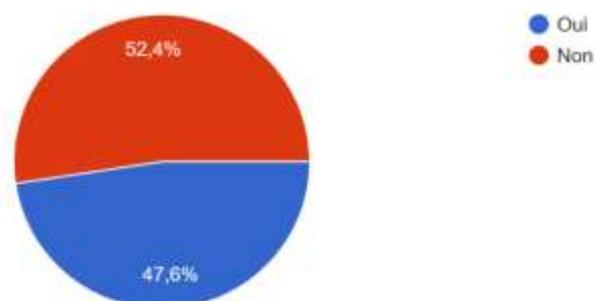
Si Oui, avez vous reçu (vous, ou un professionnel de l'EHPAD ou médecin traitant) une formation ou sensibilisation quant à la réalisation d'un dossier dormant/évaluation anticipées?

42 réponses



Existe-t-il un protocole/une procédure en lien avec la HAD concernant la réalisation et mise en place des dossiers dormants?

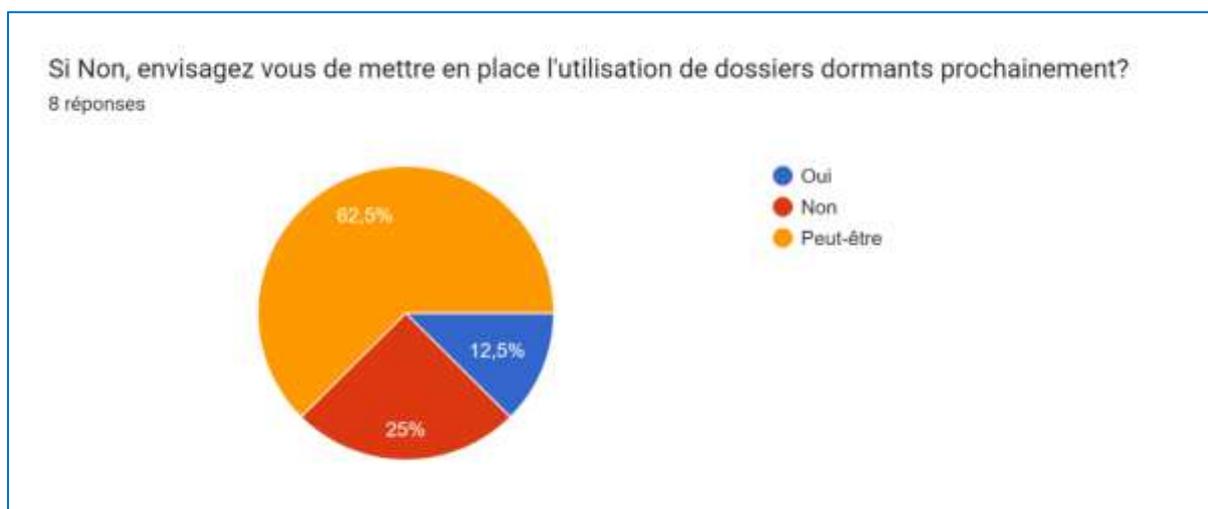
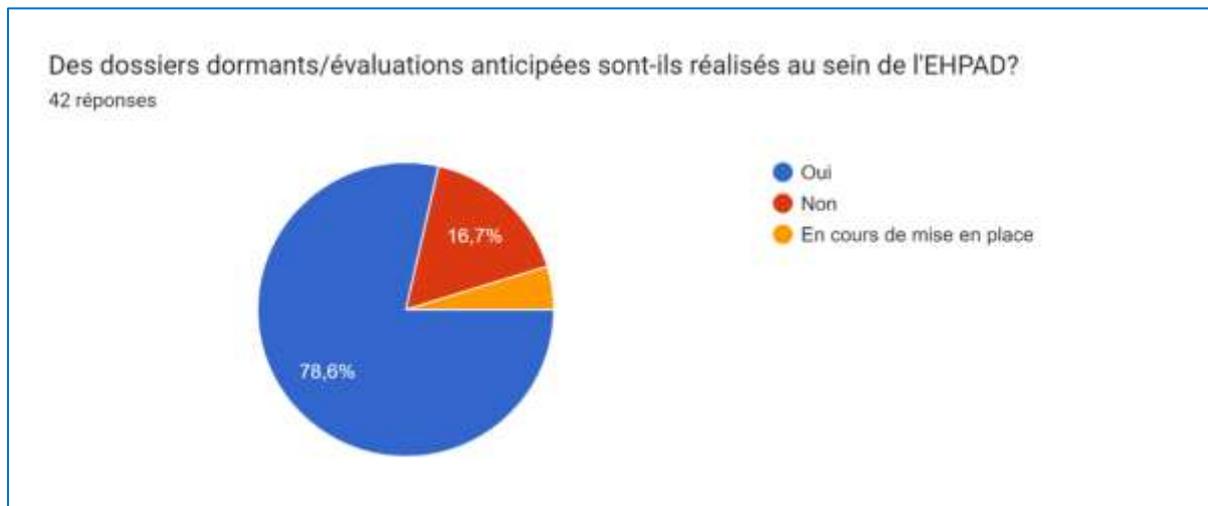
42 réponses

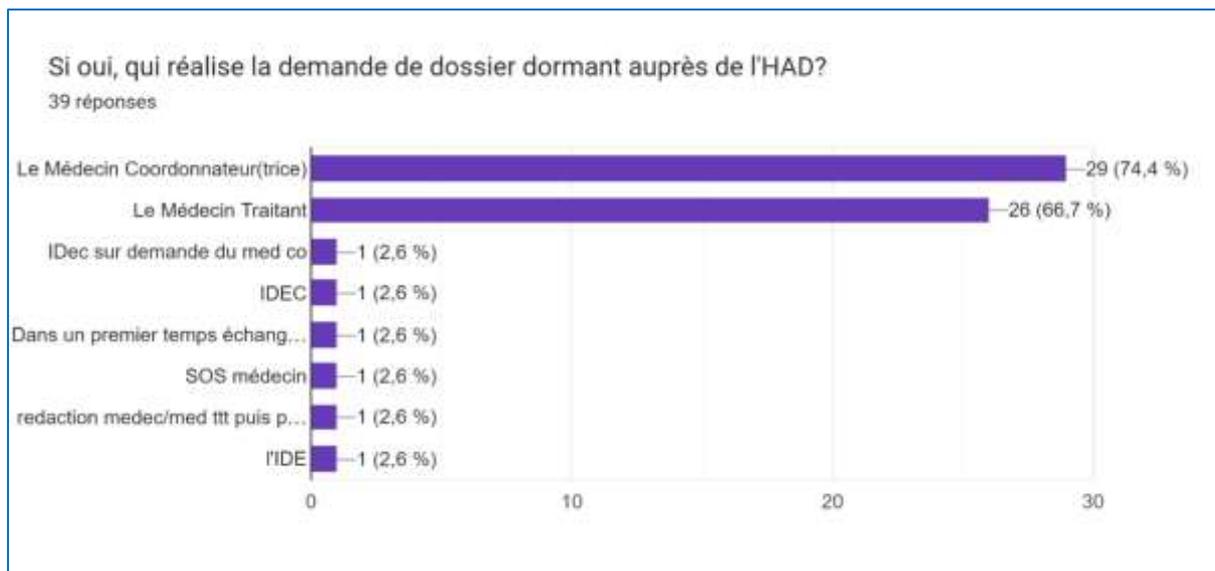


La seconde partie de ce questionnaire permet d'établir un état des lieux de la collaboration entre les EHPAD du Calvados et les HAD.

Il s'avère que 92.9% des EHPAD connaissent le concept des dossiers dormants ou évaluations anticipées. Parmi eux 64.3% ont reçu une formation quant à la réalisation de cette évaluation et 47.6% possèdent une procédure ou un protocole concernant la réalisation et mise en place des dossiers dormants en lien avec les établissements d'HAD.

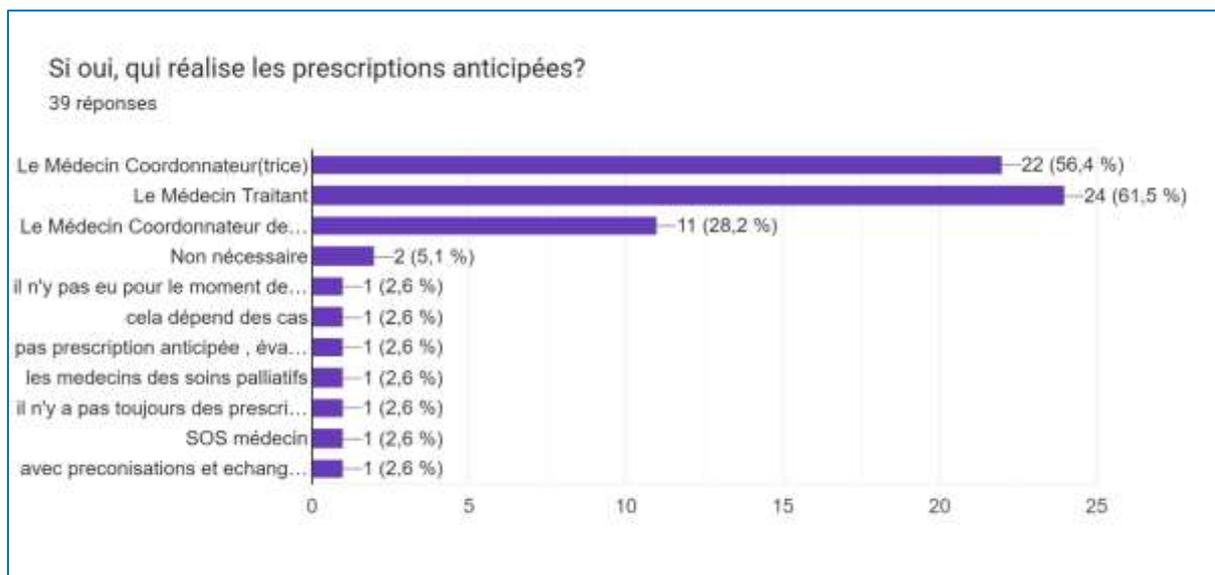
3. Utilisation des dossiers dormants





* “Dans un premier temps échange en équipe pluridisciplinaire dans un 2nd temps évoqué par l'équipe IDE, IDEC au médecin traitant”

* “Rédaction médcó/médecin traitant puis partage HAD/SAMU/SOS méd/ équipe / intervenants par IDEC”



* “Le Médecin Coordonnateur de l'HAD”

* “il n'y pas eu pour le moment de prescription anticipé”

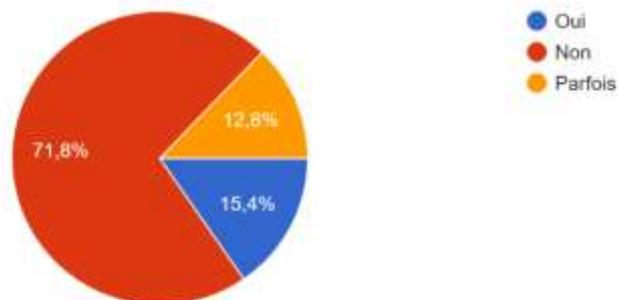
* “pas prescription anticipée, évaluation régulière”

* “il n'y a pas toujours des prescriptions anticipées médicamenteuses”

* “avec preconisations et échanges parfois avec équipe mobile pallia”

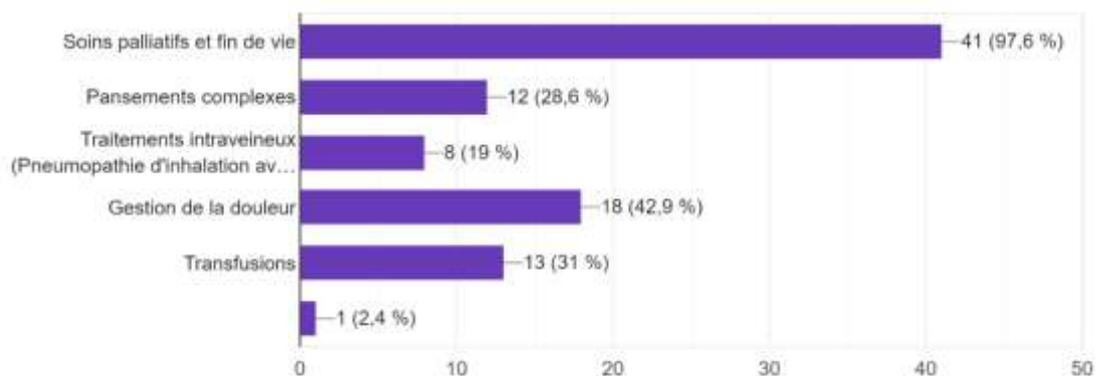
Si Oui, une visite de préadmission est-elle réalisée par l'HAD?

39 réponses

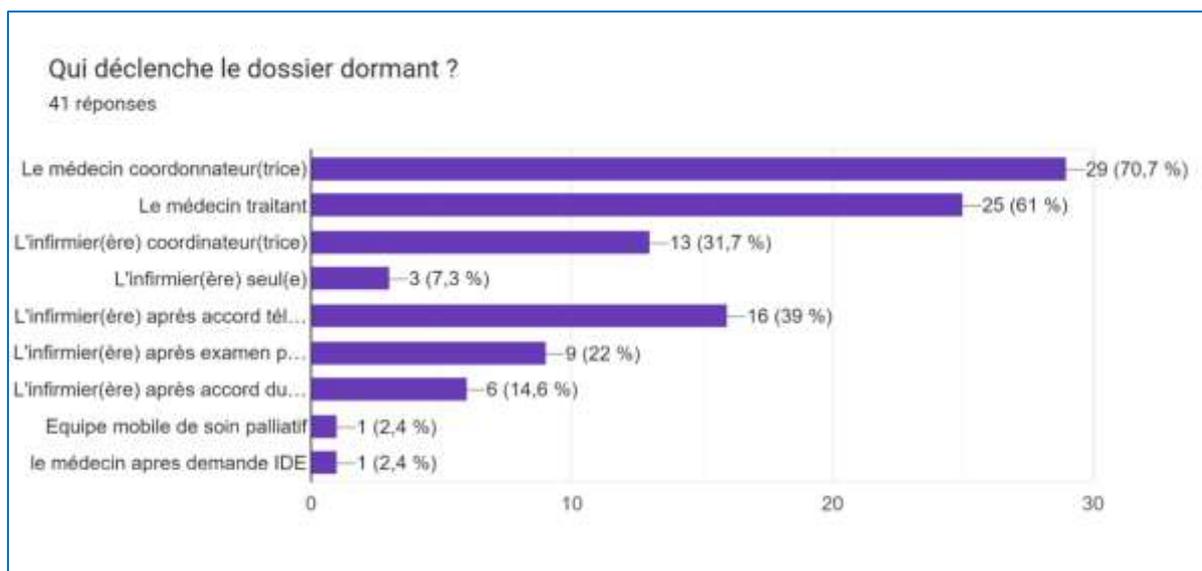


Pour quels types de situations les dossiers dormants HAD sont ou seraient-ils utilisés dans l'EHPAD? (Plusieurs réponses possibles)

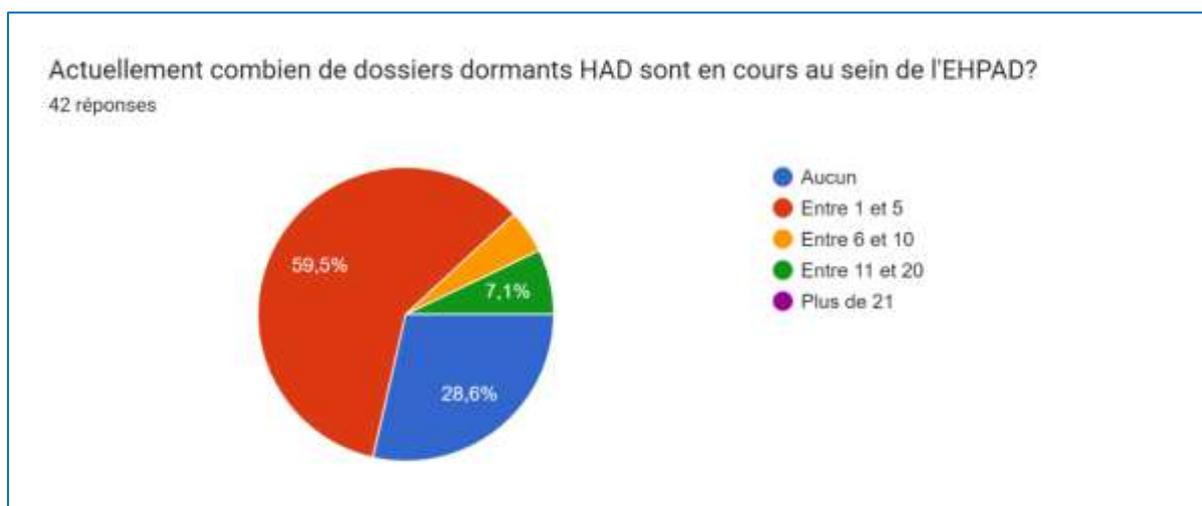
42 réponses



* “Traitements intraveineux (Pneumopathie d'inhalation avec oxygénothérapie, décompensation cardiaque, ...)”



- * “L’infirmier(ère) après accord téléphonique du Médecin traitant”
- * “L’infirmier(ère) après examen physique du résident par le Médecin traitant”
- * “L’infirmier(ère) après accord du SAMU/Médecin de garde”



Le but de cette troisième partie est de préciser la collaboration entre les EHPAD et les établissements HAD sur l'utilisation des évaluations anticipées.

Des évaluations anticipées sont réalisées dans 78.6% des EHPAD et 4.8% des établissements sont en cours de mise en place d'utilisation de ce procédé.

16.7% des EHPAD n'utilisent pas ces évaluations, parmi eux 75% envisagent de les mettre en place prochainement contre 25% qui ne le souhaitent pas.

Pour les EHPAD réalisant actuellement des demandes d'évaluations anticipées, dans 77% des cas, la demande est faite à l'HAD par le médecin traitant ou le médecin coordonnateur. Dans le reste des cas, certaines demandes sont faites par les IDEC (5.2%), IDE (2.6%) ou encore SOS médecin (2.6%).

Une fois la demande effectuée, dans la majorité des cas, ce sont les médecins traitants (61.5%) qui réalisent les prescriptions anticipées, les médecins coordonnateurs des EHPAD (56.4%) et les médecins coordonnateurs de l'HAD (28.2%).

Dans 2.6% des cas, SOS médecin et les médecins des soins palliatifs réalisent les prescriptions anticipées et dans 12.9% des cas il n'y a pas de prescription anticipée.

Concernant les évaluations anticipées, lorsque qu'une demande est réalisée, une visite de préadmission peut être réalisée par l'HAD. À travers notre étude, nous pouvons voir que dans 71.8% des cas aucune visite de préadmission n'est réalisée.

Nous avons ensuite étudié dans quelles situations l'utilisation des évaluations anticipées seraient utiles aux EHPAD, il en ressort dans 97.6% des cas les situations de soins palliatifs et fin de vie, 42.9% pour la gestion de la douleur, 31% pour les transfusions, 28.6% pour les pansements complexes et 19% des cas pour les traitements intraveineux.

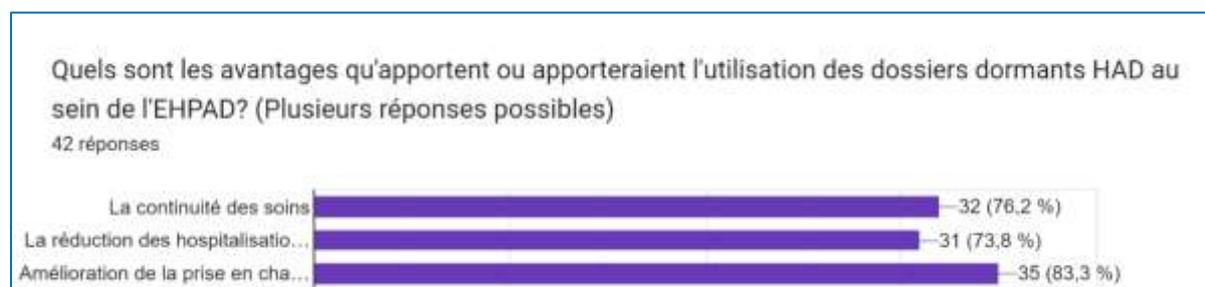
Une fois le dossier dormant mis en place entre l'EHPAD et l'HAD, se pose la question des conditions de déclenchement de ce dossier. C'est le médecin coordonnateur qui déclenche la demande dans 70.7% des cas et dans 63.4% des cas par le médecin traitant.

Le déclenchement se fait par l'infirmière après accord téléphonique du médecin traitant dans 39% des cas, par l'infirmière après examen médical du médecin traitant dans 22% des cas, l'infirmière après accord du SAMU/médecin de garde dans 14.6% des cas.

L'infirmière coordinatrice déclenche le dossier dans 31.7% des cas et l'infirmière seule dans 7.3% des demandes.

Lors de notre étude, 28.6% des EHPAD participants n'ont pas de dossier dormant en cours, 59.5% ont entre 1 et 5 dossiers, 4.8% entre 6 et 10 dossiers, 7.1% entre 11 et 20.

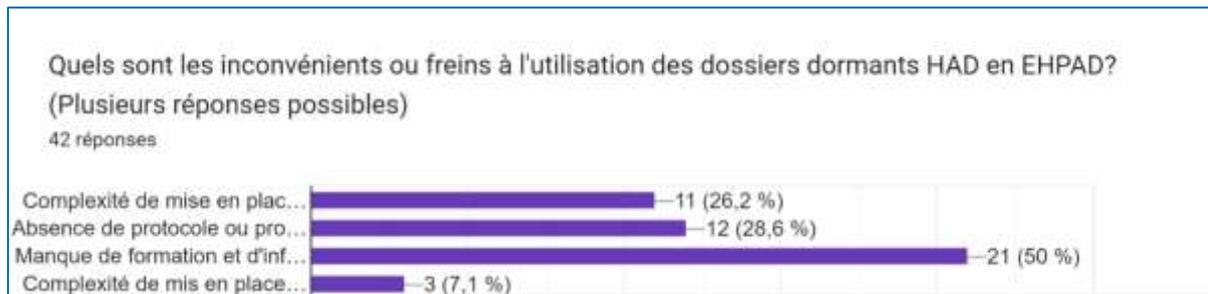
4. Avantages et inconvénients



* "La réduction des hospitalisations non programmées"

* "Amélioration de la prise en charge médicale des résidents"

Réponses ouvertes en annexe 2.



* “Complexité de mise en place (exemple : absence de médecin coordonnateur, absence de médecin traitant...)”

* “Absence de protocole ou procédure formalisé”

* “Manque de formation et d'information du personnel”

* “Complexité de mis en place (exemple : absence de médecin coordonnateur, absence de médecin traitant...)”

Réponses ouvertes en annexe 2.

Dans cette quatrième partie de notre étude, nous avons cherché quels pouvaient être les différents avantages et freins à l'utilisation des dossiers dormants pour les EHPAD du Calvados.

Il en ressort que les principaux avantages sont l'amélioration de la prise en charge médicale des résidents (88.1%), la réduction des hospitalisations non programmées (73.8%), la continuité des soins (78.6%), la garantie du respect des volontés et directives anticipées des résidents et de sa famille (4.8%).

Concernant les freins et inconvénients à la mise en place et à la gestion des dossiers dormants, 54.8% des EHPAD relèvent un manque de formation et d'information du personnel, 47.7% soulèvent la complexité de mise en place et également de déclenchement des dossiers dormants (en cas d'absence de médecin coordonnateur ou de médecin traitant, difficultés dans le déclenchement le week-end ou la nuit, difficultés de réalisation des prescriptions anticipées, difficultés de prise de décision collégiale entraînant un retard dans la rédaction du dossier), et 28.6% une absence de procédure/protocole formalisé.

4.8% EHPAD ont également fait remonter des difficultés concernant la réactivité d'intervention des équipes de l'HAD, et pour 12% des EHPAD, il n'y a pas de freins qui ne puissent être levés.

ANALYSE

1. Concernant les informations générales

Le questionnaire a été rempli de manière quasiment équitable par les médecins coordonnateurs et les IDEC, aucun infirmier(ère) n'y a répondu.

Les EHPAD ayant répondu ont en grande partie une capacité d'accueil entre 60 et 99 résidents, ils ont presque tous un médecin coordonnateur présent, et tous ont un ou une IDEC.

La grande majorité des EHPAD de notre échantillon travaillent avec une HAD.

2. Concernant les connaissances et la formation

À la lecture des réponses concernant la connaissance de l'existence des dossiers dormants, on réalise que c'est une donnée positive car une majorité connaît le concept. Cela indique donc que la sensibilisation au sein des établissements de santé et auprès des professionnels est bien implantée.

À la suite de notre questionnaire, nous nous sommes rendu compte que 1/3 des EHPAD n'avaient pas reçu ni d'information, ni de formation concernant les dossiers dormants.

Cela révèle une hétérogénéité dans la formation. Certains établissements du Calvados semblent ne pas avoir encore mis en place des formations systématiques sur le sujet. On suppose alors un impact potentiel sur la mise en place des dossiers dormants car si une partie des professionnels n'est pas formée, cela peut ralentir la réactivité ou la qualité de la gestion des patients nécessitant une HAD.

Pour la question concernant l'utilisation d'un protocole ou la procédure pour la mise en place d'un dossier dormant, le résultat montre que moins de la moitié (47 %) des répondants disposent d'un protocole formalisé en lien avec l'HAD pour la mise en place des dossiers dormants.

Cela soulève plusieurs points :

- Une disparité des pratiques : la moitié des établissements ou des professionnels n'ont pas de protocole en place, cela témoigne d'une variation potentiellement importante dans les pratiques d'un établissement à l'autre.
- Un impact sur la coordination avec l'HAD : l'absence de protocole peut entraîner des retards et des hésitations dans la mise en place de dossiers dormants. Sans procédure standardisée, la communication entre les équipes soignantes et l'HAD peut générer ainsi une moins bonne coordination des soins et ceci au détriment du résident.

Ces trois questions révèlent une situation où, malgré une bonne connaissance du concept des dossiers dormants (97 % des répondants), des lacunes importantes subsistent en matière de formation et de formalisation des pratiques.

3. Utilisation des dossiers dormants

Les évaluations anticipées sont dans l'ensemble connues des établissements puisqu'elles sont largement utilisées. Ceux n'utilisant pas ce dispositif ne savent pas s'ils vont le mettre en place.

La demande de dossier dormant auprès de l'HAD est faite de manière prédominante par un médecin (coordonnateur ou médecin traitant), une minorité est faite par d'autres intervenants.

Les prescriptions anticipées sont réalisées en général par le médecin coordonnateur de l'EHPAD, le médecin traitant du résident, quelques fois par le médecin coordonnateur de l'HAD et dans de rares cas, il y a absence de prescription anticipée. Certaines sont réalisées par d'autres intervenants : soins palliatifs, SOS médecins etc.

A travers ces résultats, on constate un manque d'uniformité au niveau des pratiques dans l'utilisation de ces évaluations anticipées. De plus un critère majeur n'est pas respecté puisque la visite de préadmission n'est pas réalisée dans trois quarts des cas.

Nous pouvons voir que dans la majorité des cas, les dossiers dormants sont utilisés dans des situations de soins palliatifs et fin de vie, dans un second temps pour la gestion de la douleur, les transfusions et pansements complexes. Peu d'établissements font appel aux dossiers dormants pour les traitements intraveineux.

Concernant le déclenchement des dossiers dormants, pour la majorité des EHPAD, ce sont les médecins qui les déclenchent qu'ils soient coordonnateurs, traitant ou encore médecin du SAMU ou médecin de garde.

La plupart des déclenchements de dossiers dormants se fait donc sur avis médical qu'il soit après un examen médical ou bien sur avis médical téléphonique sur demande de l'infirmière.

Cependant, nous pouvons noter que dans un tiers des dossiers, ce sont les IDEC qui les activent et dans de rares cas par les IDE. Cela pose question sur la légitimité du déclenchement du dossier, nous pouvons nous demander a posteriori s'il y avait une réelle nécessité médicale.

Le positionnement de l'IDEC et de l'IDE est très compliqué dans ces situations de prises de décisions médicales en l'absence de médecin. Sachant qu'un des objectifs des dossiers dormants est d'éviter les hospitalisations, souvent à la demande des résidents et de leur famille. Cela met les IDEC et IDE dans des situations complexes de prise de décision afin de respecter la volonté des résidents de l'EHPAD.

Malgré ces difficultés, nous pouvons voir que la majorité des EHPAD ont des dossiers dormants en cours. Cela démontre leur utilité et pour le reste des EHPAD ne les utilisant pas encore, une nécessité d'informations et de formations supplémentaires, d'amélioration dans la gestion et leur utilisation globale afin de pouvoir les exploiter au mieux.

4. Avantages et inconvénients

a. Avantages

Nous allons maintenant analyser les avantages quant à la réalisation et l'utilisation des dossiers dormants en EHPAD.

Il en ressort que les trois principaux avantages sont l'amélioration de la prise en charge médicale des résidents, la continuité des soins et la réduction des hospitalisations non programmées.

Dans la partie ouverte de cette question via la réponse "autres", certains EHPAD ont évoqué plusieurs thèmes qui se rejoignent :

- La "garantie du respect du projet de soins du résident si celui-ci s'oriente vers un maintien sur l'établissement."
- La "réactivité de mise en place des prescriptions et donc du confort du résident."
- La "rapidité de mise en place des soins"
- La "réassurance de la famille et des résidents qui souhaitent partir au sein de l'établissement, sans souffrir, éviter des hospitalisations pour des traitements réalisables facilement en ville, libération de temps pour les IDE pour les pansements très complexes (pemphigoïdes par exemple)"
- Le "délai d'intervention plus rapide"

Il est donc mentionné le respect des volontés et directives anticipées éventuelles du résident qui fait partie intégrante de l'amélioration de la prise en charge médicale des résidents.

La rapidité dans la mise en place des soins est également évoquée. En effet, le principe même des dossiers dormants est de pouvoir soulager la douleur, l'inconfort et traiter les symptômes d'une pathologie de façon rapide et efficace et donc gagner du temps sur la mise en place de la prise en soins.

Un EHPAD évoque la libération de temps pour les IDE concernant la réalisation de pansements très complexes.

b. Inconvénients

Après les avantages, nous avons analysé les réponses concernant les inconvénients que beaucoup de nos collègues ont remplis de façon qualitative dans la réponse "autres".

Nous avons pu les regrouper également en plusieurs catégories.

Tout d'abord les problèmes d'organisation et de coordination comme la complexité de mise en place en raison de l'absence de coordination entre les différents professionnels de santé (médecin coordonnateur, médecin traitant), surtout lors des périodes de congés.

Ou encore par des difficultés logistiques lors de l'activation des dossiers dormants, il peut être nécessaire de solliciter de nouveau un médecin pour la mise à jour des prescriptions. Donc les week-ends et jours fériés, lorsque les médecins ne sont pas disponibles, cela nécessite souvent de recourir à SOS Médecins, remettant en question l'efficacité du dossier dormant.

Des disparités dans la réactivité des HAD ont également été remontées. En effet, certaines structures HAD sont très réactives (intervention sous 12 heures), alors que d'autres prennent jusqu'à 72 heures.

Puis comme cela a déjà été développé dans la partie 2, l'absence de protocole formalisé et de standardisation peut conduire à des retards ou à des erreurs dans la gestion des patients. Le dossier dormant est donc parfois mal utilisé.

Un autre inconvénient majeur souvent mis en avant par nos collègues est celui de la formation et une sensibilisation insuffisante.

Un manque de formation du personnel a été constaté, les médecins et le personnel soignant, notamment en soins palliatifs, manquent parfois de formation spécifique sur la prise en charge des patients à l'EHPAD, rendant difficile la mise en place de solutions comme les dossiers dormants.

Une méconnaissance du dispositif HAD par certains médecins, notamment médecins généralistes, qui par manque de formation, refusent d'utiliser l'HAD ou hésitent à s'engager dans ce dispositif. Ce qui limite son utilisation et nuit à la prise en charge des patients.

D'autres difficultés sont liées à l'anticipation et à la gestion des soins.

En effet, lors de la création d'un dossier dormant, il est souvent difficile de prévoir précisément quels traitements seront nécessaires au moment de son activation, ce qui complique la préparation.

L'absence de décision anticipée et collégiale sur les soins conduit souvent à des retards dans l'intervention de l'HAD, notamment lorsque la demande n'est pas soumise en début de journée ou avant le week-end.

Enfin, ce qui ressort aussi de notre questionnaire est le problème de ressources humaines et matérielles.

Le sous-effectif dans certaines structures HAD freine la capacité d'intervention rapide et l'efficacité de la prise en charge à domicile, surtout dans les situations d'urgence.

L'absence de médecin coordonnateur ou de médecin traitant, par exemple durant les congés, pose un défi pour la continuité des soins en HAD.

Ce qui ressort de tous ces inconvénients listés par nos collègues, c'est d'une part un problème de coordination multidisciplinaire. En effet, la mise en place efficace des dossiers dormants nécessite la collaboration de divers professionnels de santé fonctionnant en parallèle sur plusieurs réseaux de soins, la médecine de ville avec le médecin traitant, l'hospitalisation à domicile et l'EHPAD.

D'autre part, on peut noter une insatisfaction du personnel soignant : une mauvaise organisation peut également affecter le moral et la satisfaction des professionnels de santé, qui peuvent se sentir frustrés par la complexité et le manque de clarté dans leurs rôles et responsabilités. Conjointement, cela va avoir un impact sur l'entourage du résident et le résident lui-même qui pourraient subir une prise en charge inefficace surtout dans ces moments difficiles de soins palliatifs et de fin de vie.

Les retours de ces 42 établissements mettent en évidence les avantages surtout axés sur le résident et des inconvénients plutôt liés à des difficultés organisationnelles.

L'analyse des résultats montre que la majorité des EHPAD du Calvados ont une connaissance satisfaisante concernant l'existence des dossiers dormants, mais la mise en œuvre demeure inégale.

DISCUSSION

Un biais important de notre étude réside dans la faible quantité de littérature disponible concernant les dossiers dormants. En effet, il y a peu de documents les concernant, ce qui limitent les références bibliographiques et les possibilités de comparaison avec d'autres études. Ceci rend également difficile l'analyse des différentes pratiques et nos résultats obtenus. C'est pourquoi pour certaines parties, notre étude peut vous sembler plus qualitative que quantitative.

Cette étude a permis de mettre en évidence les pratiques actuelles des EHPAD du Calvados concernant les dossiers dormants, ainsi que les bénéfices et limites perçus par les professionnels. Les cas concrets présentés permettent d'illustrer ces points en montrant à la fois les avantages et les difficultés de mise en place des dossiers dormants dans des situations cliniques réelles.

Nous avons en effet pu découvrir à travers les cas cliniques de nos trois établissements que les dossiers dormants avaient toute leur utilité dans plusieurs types prises en charge. Les motifs de prises en soins peuvent être nombreux.

La question qui peut se poser est : est-ce que les médecins coordonnateurs et infirmières coordinatrices sont bien informés que tout un panel de prise en charge est accessible via les dossiers dormants et pas uniquement pour les soins palliatifs ?

Par exemple, nous avons pu voir que moins d'un tiers utilisent les dossiers dormants pour la réalisation de pansements complexes. Est-ce un des domaines qui serait sous exploité dans l'utilisation des dossiers dormants ?

Cependant, nous pouvons nous poser la question de l'utilité des dossiers dormants dans ce domaine. En effet, lorsque qu'un pansement devient très complexe dans sa prise en charge, soit plus de 30 minutes de soins par l'infirmière, la demande de prise en charge HAD est réalisée directement et ne nécessite donc pas de dossier dormant. Il est difficile de prévoir en amont si un pansement va devenir complexe ou non.

Le fait que plus d'un tiers des répondants n'aient pas été formés montre qu'il existe une opportunité d'améliorer la diffusion des connaissances. Cela pourrait être dû à un manque de ressources, de priorités ou à des différences dans la communication avec les différentes HAD de notre territoire.

Des formations courtes gagneraient à se généraliser afin de faire connaître le dossier dormant et ainsi promulguer sa mise en place. Certaines HAD commencent à le faire, notamment par des formations avec le médecin coordonnateur de l'HAD ainsi qu'une infirmière pour présenter le dispositif, distribuer les flyers et répondre aux questions ouvertes du personnel soignant.

Les commissions de coordination gériatrique pourraient être un bon levier pour inviter les HAD de secteur à présenter ce dispositif et ainsi former les équipes.

Notre partage d'expérience nous a également permis de faire ressortir la multiplicité des intervenants médicaux et manque de coordination dans la gestion globale des dossiers

dormants dans le premier cas et le deuxième cas et les difficultés de déclenchements des dossiers dormants dans le troisième cas.

Se pose ainsi le problème de déclenchement le week-end ou la nuit, hors présence médical, un simple appel au SAMU peut confirmer la nécessité de déclencher le dossier sans examen médical physique.

Comme le montre notre troisième cas, on s'interroge sur le fait de la responsabilité du déclenchement du dossier, qui peut varier selon les établissements.

Cette variabilité est reflétée dans les réponses au questionnaire, où les EHPAD rapportent des expériences très différentes quant à l'implication des différents intervenants (médecins, infirmières, etc.).

En un sens, le déclenchement par l'IDE de l'EHPAD sans l'évaluation médicale a pour avantage de favoriser la fluidité et réactivité du parcours mais l'inconvénient de laisser la décision de déclenchement sous la responsabilité seule de l'infirmier(ère). Quelles en seraient les conséquences en cas de recours d'une famille d'un résident ? Ce qui rejoint l'importance de bien protocoliser le travail entre les équipes d'HAD et d'EHPAD.

De même, la question du déclenchement par le SAMU ou bien SOS médecin réalisé dans certains EHPAD comme nous avons pu le voir dans les résultats de notre enquête soulève une autre problématique. La connaissance de l'histoire de vie du résident, de son dossier médical, de ses souhaits ainsi que ceux de sa famille sont-ils bien respectés et connus de ces médecins ?

Se pose alors la question suivante : le passage d'un médecin connaissant le dossier (médecin coordonnateur, médecin traitant, médecin de l'HAD) serait-il une solution envisageable pour vérifier la nécessité de déclenchement de ce dossier ?

Selon le décret n°2022-102 du 31 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité d'hospitalisation à domicile, une obligation d'astreinte médicale pour tous les établissements d'HAD a été décrétée à partir du 1er janvier 2025. Cela pourra sans doute être un levier favorable à la médicalisation systématique du déclenchement des prise en charge dossiers dormants.

L'EHPAD, étant le centre de la problématique, se devrait d'être le chef d'orchestre de la mise en place et le déclenchement des dossiers dormants.

Or, comme le montre le deuxième cas, quand l'HAD se trouve au centre du dispositif, trop de médecins sont impliqués, le médecin traitant, le médecin coordonnateur de l'EHPAD et le médecin coordonnateur de l'HAD, donc cela sous-tend le problème d'un manque de coordination entre tous et la perte de repère pour l'équipe soignante.

Cependant, certaines HAD pourraient avoir le sentiment de devenir des prestataires de service et juste mettre en place des PCA en appliquant des ordonnances. Cela impliquerait plus de recrutement de médecins coordonnateurs d'HAD afin d'assurer un service 24h/24.

Les recommandations préconisent une visite de préadmission finalement peu réalisée d'après notre étude. S'agit-il d'un manque de temps ? D'un manque de personnel ? D'un défaut de protocole formalisé avec l'EHPAD définissant les conditions de cette visite ?

Les résultats de cette étude mettent en évidence l'importance de développer des protocoles formalisés. Mais comment faire avec des ressources humaines inadéquates, avec des équipes soignantes souvent sous-dimensionnées et de passage ? Il est à noter que de plus en plus d'EHPAD font partie de groupes ou de réseaux dans lesquels la direction médicale rédige des protocoles pour faire face à toutes les situations rencontrées.

Une piste serait de préciser ce point dans les conventions entre les HAD et EHPAD avec la mise à jour de ces conventions.

La question concernant les EHPAD n'ayant ni Médecin coordonnateur ni IDEC peut se poser. En effet, travaillent-ils avec une HAD ? Réalisent-ils des dossiers dormants ? N'ayant aucune réponse d'infirmière à notre questionnaire, nous pouvons nous poser la question de la non-participation de ces établissements à notre étude. On peut donc s'interroger sur un biais d'interprétation des résultats.

Cela souligne une fois de plus la nécessité d'établir des protocoles standardisés pour garantir une approche cohérente, efficace et universelle.

Vu le déploiement des nouvelles technologies, on pourrait envisager l'utilisation d'outils informatiques comme par exemple, des plateformes d'inscription en ligne qui permettraient aux EHPAD de créer des dossiers dormants qui seraient automatiquement diffusés à l'HAD de secteur. Quelques applications existent actuellement (Pandalab Pro) mais sont limitées à des petits territoires.

Enfin nous pensons qu'il est nécessaire d'améliorer la communication au sein des EHPAD par la formation des nouveaux soignants dans l'établissement, et par le coaching des médecins traitants, cela pourrait aider à assurer que toutes les parties prenantes soient informées et engagées et cela nous paraît être le rôle du médecin coordonnateur et ou de l'IDEC.

CONCLUSION

L'appropriation des dossiers dormants d'HAD par les EHPAD du Calvados sont différentes selon les HAD comme nous avons pu le démontrer dans le récit de nos différentes expériences professionnelles respectives.

Une hétérogénéité des pratiques dans notre département du Calvados a été mise en évidence lors de notre étude. Elle se distingue tant au niveau d'un défaut de standardisation (absence de protocole uniformisé), de manque de formation et difficultés dans la coordination quant au déclenchement et à la gestion des prescriptions anticipées.

Les dossiers dormants sont encore au début de leur déploiement, et devant leur importance, des améliorations semblent indispensables en particulier au niveau de la standardisation et de la formation afin de pouvoir les utiliser de façon efficace. Un protocole unique pourrait être une solution dans la gestion globale du dossier dormant dans tous les EHPAD.

Une étude à plus grande échelle pourrait être intéressante afin de valider les problèmes identifiés qui ont pu ressortir dans le but de généraliser et standardiser les pratiques autour du dossier dormant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Dr Bodenez Julien. Les évaluations anticipées en EHPAD : « Veilles », « patients dormants »...p1-7 cf annexe 4
2. FNEHAD. Évaluations anticipées en EHPAD - Mise en place d'un recueil ATIH [Internet]. [cité 5 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.fnehad.fr/2022/01/13/evaluations-anticipees-en-ehpad-mise-en-place-dun-recueil-atih/>
3. DGOS, FNEHAD. Evaluations anticipées HAD en EHPAD : note d'information.
4. FNHAD. Décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité d'hospitalisation à domicile. 2022;p9.
5. HAD de Deauville LNA santé. Evaluations anticipées. cf annexe 2
6. LNA santé. Conseil national de la refondation « bien vieillir » : Axes de réflexion, propositions & partages d'expériences". 2023;p10-11.
7. ARS Normandie. Comment réduire les hospitalisations non programmées en EHPAD. 2024;p35-41.
8. Pour les personnes âgées.gouv.fr. Calvados (14) : Retrouvez la liste complète des 89 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) [Internet]. [cité 5 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/annuaire-ehpad-et-comparateur-de-prix-et-restes-a-charge/undefinedannuaire-ehpad-et-comparateur-de-prix-et-restes-a-charge/calvados-14>

RÉSUMÉ

Dans le cadre de notre DU, un mémoire collectif est à rédiger. Au décours de nos échanges sur nos différentes expériences professionnelles, nous avons donc choisi d'aborder le sujet de l'appropriation des dossiers dormants HAD par les EHPAD.

Après avoir introduit le concept des dossiers dormants, leur historique, leur objectif et les conditions de mises en place, trois cas cliniques issus de chacune de nos expériences professionnelles ont permis de mettre en évidence une hétérogénéité concernant la mise en place et la gestion autour des dossiers dormants.

Grâce à un questionnaire diffusé à une grande majorité des EHPAD du Calvados, nous avons pu établir un état des lieux de la gestion globale des dossiers dormants dans ce département.

Après analyse et discussion des résultats de l'enquête et la comparaison avec notre problématique de départ révélée grâce aux cas cliniques, il en résulte quatre principales problématiques :

- Un manque de standardisation entre les différentes HAD sur la gestion des dossiers dormants.
- Un manque de formation des équipes médicales et paramédicales.
- Un manque de coordination entre les différents interlocuteurs intervenant autour de ce dossier.
- Des conditions de déclenchement parfois difficiles : à quel moment peut-on déclencher ? Qui peut déclencher le dossier ? Qui réalise les prescriptions anticipées si elles ne sont pas faites ?

Une solution première qui pourrait être envisagée est la diffusion d'un protocole unique aux différentes HAD permettant une uniformisation des pratiques accompagnées de formation auprès des médecins de ville et des professionnels d'EHPAD.

Une enquête au niveau régionale voir nationale permettrait d'affirmer les problématiques ressorties lors de notre étude et ainsi permettre aux autorités sanitaires d'agir en conséquence.

ABSTRACT

As part of our University Diploma, we are required to write a collective dissertation. Throughout our conversations about our various professional experiences, we decided to focus on the topic of how EHPAD in our region adopt and manage latent medical record in collaboration with Home Hospitalization services.

After introducing the concept of latent medical record, their history, objectives, and the conditions for their implementation, we decided to present three clinical cases based on our personal experiences.

This approach allowed us to confirm that there is a clear heterogeneity in the implementation and management of dormant files across different institutions in the Calvados area. We therefore decided to focus our study on this region.

Through a survey distributed to a majority of nursing homes in Calvados, we were able to establish a current overview of the use of latent medical record in the department.

After analyzing and discussing the survey results and comparing them to the initial issues highlighted by our clinical cases, four main challenges emerged:

- A lack of standardization between different Home Hospitalization services in managing latent medical record.
- A lack of training for medical and paramedical teams.
- A lack of coordination between the various medical staff involved in the process.
- Difficulties surrounding the conditions for initiating the latent medical record: When should it be triggered? Who is authorized to trigger it? Who makes the early prescriptions if they are not already in place?

A potential solution could be the dissemination of (creation and share of) a unified protocol across all Home Hospitalization services to standardize practices, accompanied by training sessions for general practitioners and nursing home professionals.

A broader survey at a regional or even national level would further confirm the issues identified in our study, allowing health authorities to take appropriate action accordingly.

ANNEXES

Annexe 1 : le questionnaire

L'utilisation des "Dossiers Dormants" HAD en EHPAD

Vos réponses nous aideront à évaluer l'intégration des dossiers dormants HAD en EHPAD pour proposer des solutions afin d'améliorer ce partenariat dans le seul but d'offrir une meilleure qualité de soins aux résidents.

Ce questionnaire est destiné à être rempli par un seul professionnel par EHPAD: Médecin, Coordonnateur/trice, Infirmier(ère), Coordonnateur(trice) ou Infirmier(ère).

Ce questionnaire est anonyme, les adresses mails, noms d'établissement ou noms des professionnels remplissant le questionnaire ne sont pas collectés.

Merci pour votre participation.

** Indique une question obligatoire.*

PARTIE 1: Informations Générales

1. Quelle est votre fonction au sein de l'EHPAD? *

Une seule réponse possible.

- Médecin Coordonnateur/trice
 Infirmier Coordinateur/Infirmière Coordinatrice
 Infirmier/Infirmière

2. Quelle est la capacité d'accueil de votre EHPAD? *

Une seule réponse possible.

- Moins de 44 résidents
 45 à 59 résidents
 60 à 99 résidents
 100 à 199 résidents
 Plus de 200 résidents

3. Un médecin coordonnateur(trice) est-il(elle) présent(e) dans l'EHPAD? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

4. Un(une) infirmier(ère) coordonnateur(trice) est-il(elle) présent(e) au sein de l'EHPAD? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

5. Est-ce que vous travaillez avec une HAD? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Partie 2: Connaissances et formations

6. Connaissez vous le concept des dossiers dormants/évaluations anticipées? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

7. Si Oui, avez vous reçu (vous, ou un professionnel de l'EHPAD ou médecin traitant) une formation ou sensibilisation quant à la réalisation d'un dossier dormant/évaluation anticipées?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

8. Existe-t-il un protocole/une procédure en lien avec la HAD concernant la réalisation et mise en place des dossiers dormants?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

Partie 3: Utilisation des Dossiers Dormants

9. Des dossiers dormants/évaluations anticipées sont-ils réalisés au sein de l'EHPAD? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 En cours de mise en place

10. Si Non, envisagez vous de mettre en place l'utilisation de dossiers dormants prochainement?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Peut-être

11. Si oui, qui réalise la demande de dossier dormant auprès de l'HAD?

Plusieurs réponses possibles.

- Le Médecin Coordonnateur(trice)
- Le Médecin Traitant
- Autre : _____

12. Si oui, qui réalise les prescriptions anticipées?

Plusieurs réponses possibles.

- Le Médecin Coordonnateur(trice)
- Le Médecin Traitant
- Le Médecin Coordonnateur de l'HAD
- Non nécessaire
- Autre : _____

13. Si Oui, une visite de préadmission est-elle réalisée par l'HAD?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Parfois

14. Pour quels types de situations les dossiers dormants HAD sont ou seraient-ils utilisés dans l'EHPAD? (Plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Soins palliatifs et fin de vie
- Pansements complexes
- Traitements intraveineux (Pneumopathie d'inhalation avec oxygénothérapie, décompensation cardiaque,...)
- Gestion de la douleur
- Transfusions
- Autre : _____

15. Qui déclenche le dossier dormant ?

Plusieurs réponses possibles.

- Le médecin coordonnateur(trice)
- Le médecin traitant
- L'infirmier(ère) coordinateur(trice)
- L'infirmier(ère) seul(e)
- L'infirmier(ère) après accord téléphonique du Médecin traitant
- L'infirmier(ère) après examen physique du résident par le Médecin traitant
- L'infirmier(ère) après accord du SAMU/Médecin de garde
- Autre : _____

16. Actuellement combien de dossiers dormants HAD sont en cours au sein de l'EHPAD?

Une seule réponse possible.

- Aucun
- Entre 1 et 5
- Entre 6 et 10
- Entre 11 et 20
- Plus de 21

Partie 4: Avantages et Inconvénients

17. Quels sont les avantages qu'apportent ou apporteraient l'utilisation des dossiers dormants HAD au sein de l'EHPAD? (Plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- La continuité des soins
- La réduction des hospitalisations non programmées
- Amélioration de la prise en charge médicale des résidents
- Autre : _____

18. Quels sont les inconvénients ou freins à l'utilisation des dossiers dormants HAD en EHPAD? (Plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Complexité de mis en place (exemple: absence de médecin coordonnateur, absence de médecin traitant,...)
- Absence de protocole ou procédure formalisé
- Manque de formation et d'information du personnel
- Autre : _____

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

Annexe 2 : les autres réponses

RÉPONSES À LA QUESTION 17 ; “AVANTAGES”

“Une garantie du respect du projet de soins du résident si celui-ci s'oriente vers un maintien sur l'établissement.”

“réactivité de mise en place des prescriptions et donc du confort du résident.”

“la rapidité de mise en place des soins”

“continuité des soins en théorie, en pratique pas si fluide, et HAD peu réactive même si dossier dormant en cours”

“Réassurance de la famille et des résidents qui souhaitent partir au sein de l'établissement, sans souffrir, éviter des hospitalisations pour des traitements réalisables facilement en ville, libération de temps pour les IDE pour les pansements très complexes (pemphigoïdes par exemple)”

“délai d'intervention plus rapide”

RÉPONSES À LA QUESTION 18 “INCONVÉNIENTS”

“Lorsque l'HAD est appelée pour "réveillé" un dossier dormant fait depuis moins de 48h00, il faut à nouveau solliciter le médecin traitant alors que le dossier est complet et que le dimanche les médecins traitants ne travaillent pas. Donc on doit faire venir SOS médecins. A quoi cela sert de faire un dossier dormant alors ??”

“Manque de personnel HAD”

“pas de frein en général. Sur 15 médecins généralistes, il y a un médecin qui manque de formation concernant la prise en charge en soins palliatifs et notamment la mise en place d'un dossier dormant. L'équipe sait cependant objectiver les situations et transmettre au médecin qui a alors compris et suivi la démarche pluridisciplinaire.”

“que faire en l'absence du medco et du médecin traitant (congé..)”

“Notre HAD ne pousse pas aux dossiers dormants”

“Pas de frein qui ne puisse être levé. S'il y a un frein il faut le lever”

“il faut des prescriptions, mais au moment du dossier dormant, nous ne savons pas de quels traitements ils auront besoin lors de l'activation du dossier”

“pas de frein/ EHPAD hospitalière avec des praticiens salariés sur site”

“Le dossier règle-t-il la réactivité d'intervention ? car la multiplicité des dossiers dormants va forcément entraîner un engorgement des HAD déjà peu réactives. Il existe trop de disparités entre le fonctionnement des HAD pour croire en la solution miracle. Certaines HAD sont réactives dans les 12h permettant une continuité des soins y compris le week-end et sans dossier dormant. D'autres malgré les dossiers dormants, vont mettre 72heures voire plus à intervenir sur des situations de fin de vie imminente.”

“Refus parfois par certains médecins traitants, car mauvaise connaissance du dispositif.”

“manque de disponibilité médicale”

“Nous disposons d'une IDE 24h sur 24, l'intervention de l'HAD n'est donc pas ou peu utile en particulier concernant les soins palliatifs/continuité des soins. Pour les plaies complexes, et les transfusions l'anticipation sous forme de dossier dormant ne me paraît pas évident. Par contre, si une indication est posée on fait une demande d'HAD sans passer par l'étape dossier dormant.”

“il faut bien anticiper et réaliser les demandes en début de journée afin que l'équipe de l'HAD ait le temps de valider la demande avant la nuit ou le we”

“absence d'anticipation et de décision collégiale entraînant retard de réflexion et rédaction”

“freins pouvant existées mais levés sur notre établissements”

“Aucun dans notre établissement”

Annexe 3 : Flyer HAD Deauville

CRITÈRES INDISPENSABLES POUR L'ÉVALUATION ANTICIPÉE

- La demande doit répondre aux critères d'éligibilité de l'HAD
- L'évaluation anticipée est réalisée sur demande de l'EHPAD ou du médecin traitant, et après décision collégiale médicale
- Le consentement du patient, de la personne de confiance, de la famille ou du futur y a été recueilli



MODES DE PRISE EN CHARGE

Les modes de prise en charge sont nombreux, à titre d'exemple :

- Soins palliatifs et accompagnement au décès
- Tense d'analyse (mise en place de PCA, prise en charge des symptômes d'inconfort...)
- Décongestion des organes hémodynamiquement réversibles...
- Douleurs complexes sous morphine

DOCUMENTS NÉCESSAIRES

- Prescription HAD sur formulaire ou demande trajectoire
- Accord médecin traitant
- Prescriptions anticipées (ex : fiche SAMU polia)
- Directives anticipées
- Formulaire de consentement HAD
- Formulaire de désignation de personne de confiance

Identification des résidents par le médecin traitant, le médecin coordonnateur de l'EHPAD, en collaboration avec les équipes soignantes

Réalisation d'un dossier de préadmission à l'HAD et traçabilité dans le dossier patient si patient EHPAD

Visite à domicile réalisée par une infirmière coordinatrice et/ou une infirmière de liaison

Admission du patient sur simple appel avec initiation de la prise en charge sous 24h, tous les jours et 24h/24

CONTACT

HAD de Deauville
8 la breche du bois RD 62
14115 CRICQUEBOEUF
02 31 14 55 97
fax : 02 31 14 55 98
mail : idehad.deauville@nz-sante.com

Tous les EHPAD de notre territoire sont concernés par la mise en place de dossiers anticipés (dossier indépendant des entrées nuit adhésives)

notre territoire



UNE COORDINATION MÉDICALE ET INFIRMIÈRE

Des staffs pluridisciplinaires sont organisés au sein de l'HAD et permettent de résoudre l'état de santé du patient et son projet personnalisé de soins.

Annexe 4 : Présentation HAD Ponant



Hospitalisation
A Domicile
du Ponant

Les évaluations anticipées en EHPAD :
« Veilles », « patients dormants »...



Hospitalisation
A Domicile
du Ponant

Définition

- Une pré-admission administrative pour un(e) patient(e) qui ne nécessite pas une prise en soins immédiate mais pour qui l'on pressent la nécessité d'une PEC future par l'HAD.
- Le but est de faciliter et de raccourcir le délai de prise en charge effective le moment venu



Hospitalisation
A Domicile
du Ponant

1. Le contexte initial et la genèse du projet

2. Le processus
3. Le suivi des dossiers
4. La prise en soins effective (« Activation »)
5. Statistiques
6. Bilan



Hospitalisation
A Domicile
du Ponant

Le contexte

L'HAD du Ponant

- HAD mixte : IDEL + soignants salariés (IDE dont 2 IDE de nuit + Aides soignants); PUI
- Astreinte médicale non déplacée (24H/24, 7j/7)
- Une IDEC référente EHPAD depuis mars 2017 (AAP ARS)
- File active : une centaine de patients dont environ 25-30 % de résidents en EHPAD
- Un conventionnement avec l'intégralité des 48 EHPADs du secteur



Hospitalisation
A Domicile
du Ponant

Le contexte

Un constat initial :

- Appels tardifs des EHPADs pour prises en soins palliatives (les vendredis...)
- Décès rapides après admission, mal vécus par les familles et les soignants (EHPAD comme HAD), pratiques pouvant même être vécues comme « euthanasiques »
- Transferts sur les SAU si impossibilité de réponse rapide de l'HAD



Hospitalisation
A Domicile
du Ponant

La genèse

La genèse :

- Fin 2014 à l'HAD du Ponant
- Buts :
 - Volonté d'anticipation pour les patients fragiles dont l'état général s'altère progressivement
 - Rencontre du patient, de sa famille et de l'équipe soignante en amont afin de discuter du projet de soins et de présenter l'HAD
 - Permettre d'éviter au maximum les hospitalisations conventionnelles inutiles/inadaptées, y compris les nuits et les WE (transferts sur les urgences...) et donc un accompagnement de fin de vie sur les EHPADs



Hospitalisation
A Domicile
du Ponant

Le contexte national

Au niveau national:

- Le coût n'était, jusqu'en 2020, aucunement financé.
- Incitation au développement au niveau national depuis 2020 : financement par enveloppe globale au prorata du nombre de patients pris en charge par l'HAD en EHPAD.
- Depuis le 01 janvier 2023, cette enveloppe est répartie sur la base du nombre d'évaluations anticipées effectivement réalisées et tracées par l'HAD en EHPAD (et extension du dispositif aux autres ESMS hors EHPAD).
- Fichier FICHSUP « Évaluations anticipées » à générer et à adresser en même temps que le PMSI.
- L'évaluation anticipée n'est prise en compte que si le patient ne fait pas l'objet d'une admission dans les 7 jours calendaires suivant la date de déclaration de l'évaluation anticipée. Dans le cas inverse, l'évaluation ne peut être considérée comme anticipée.