Evaluations anticipees HAD en EHPAD

Note d’information

Contexte general

* + - Pour **l’année 2022**, les crédits alloués seront répartis à l’identique de l’année 2021 soit en fonction du nombre de résidents pris en charge par l’HAD en EHPAD. L’enveloppe de 2,2M € sera déléguée en première circulaire budgétaire (avril/mai 2022).
		- A compter de 2023, cette enveloppe sera déléguée sur la base du nombre d’évaluations anticipées effectivement réalisées et tracées par l’HAD en EHPAD. Pour ce faire, un FICHSUP sera mis en place par l’ATIH à compter du 1er janvier 2022 pour permettre aux établissements de recueillir l’activité.

**Accompagnement du deploiement du dispositif**

* + - **HAD :**
			* Annonce de la mise en place du recueil par le Ministre lors des Universités d’Hiver de la FNEHAD
			* Diffusion d’une notice par le Ministère, accompagnement de la FNEHAD auprès des adhérents
		- **EHPAD :**
			* Communication à destination des EHPAD pour faire connaitre l’existence de la pratique des évaluations anticipées par l’HAD => Ministère/FNEHAD :

*Qu’est-ce qu’une évaluation anticipée ? Quand la faire ? Bénéfice pour le résident et pour l’EHPAD*

Fiche évaluation anticipée

Les éléments ci-après ont vocation à préciser les modalités d’organisation relatives aux évaluations anticipées et sont également intégrés dans la notice technique de l’ATIH à destination des établissements d’HAD.

Définition de l’évaluation anticipée de l’HAD en EHPAD

De nombreux établissements d’HAD pratiquent des évaluations anticipées de résidents en EHPAD autrement désignées « *préadmissions EHPAD* », « *patients en veille* » ou encore « *dossiers dormants* ».

L’évaluation anticipée est réalisée pour des résidents en EHPAD dont l’état de santé est susceptible de se dégrader à courte échéance (phase palliative ou pathologies chroniques avec risque de décompensation symptomatique) et 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.

Le dispositif évite des prises en charge trop tardives et des transferts en service d’urgence. L’évaluation anticipée des résidents présente ainsi de nombreux intérêts pour le résident comme pour sa famille ainsi que pour l’ensemble des acteurs de son accompagnement et de sa prise en charge.

Les motifs de prises en soins peuvent être nombreux. A titre d’exemples :

* + - * *Soins palliatif et accompagnement au décès*
			* *Perte d’oralité (mise en place de PCA, prise en charge des symptômes pénibles, …)*
			* *Décompensations d’organes (cardio-respiratoire, rénale...)*
			* *Pansements complexes avec nécessité appui HAD (expertise, analgésie MEOPA.)*

L’évaluation anticipée n’est possible que si elle répond aux critères suivants :

* + - * Le projet d’hospitalisation envisagé doit répondre aux critères d’éligibilité d’une prise en charge en HAD,
			* L’évaluation anticipée est réalisée sur demande de l’EHPAD et après décision collégiale médicale (médecin traitant, médecin coordonnateur de l’EHPAD et médecin praticien d’HAD),
			* Le consentement du résident, de la personne de confiance, de la famille ou du référent (tuteur) a été recueilli.

Un fois l’évaluation anticipée réalisée, le dossier administratif est créé et les médecins se concertent sur l’élaboration du projet de soins personnalisé et des prescriptions anticipées. Cette évaluation est régulièrement actualisée au travers d’échanges entre les équipes de l’HAD et de l’EHPAD.

Lorsque le résident présente une dégradation, sur demande de l’EHPAD, l’HAD peut ainsi se mettre en place rapidement et organiser la prise en charge.

1. Etapes indispensables de l’évaluation anticipée
	* + - ***Signature d’une convention entre l’HAD et l’EHPAD (ou d’un avenant si la convention existe déjà)*** : la convention cadre entre HAD et l’EHPAD doit prévoir :
				1. La réalisation possible d’évaluations anticipées par l’HAD
				2. Les engagements réciproques de chacune des parties pour la bonne réalisation des évaluations (*exemple : l’EHPAD s’engage à informer régulièrement l’HAD de l’état de santé des résidents ayant fait l’objet d’une évaluation anticipée, l’HAD s’engage à intervenir dans un délai d’une demi-journée lors d’une demande d’intervention*)
			- Coordination entre les équipes HAD et de l’EHPAD : réalisation d’un ***compte rendu de synthèse*** de l’évaluation et ***d’un projet de soins personnalisé***
				1. Le compte rendu de synthèse est réalisé par l’HAD et partagé avec l’EHPAD. Celui-ci doit contenir *a minima* : le ou les critères d’éligibilité à l’HAD de la prise en charge, les coordonnées des personnes ayant participé à la réunion de coordination, l’évaluation clinique du résident, le projet thérapeutique
				2. Le compte rendu peut être inclus dans le DLU EHPAD
			- Création du dossier patient dans le DPI de l’HAD : Création d’un dossier patient correspondant à l’évaluation anticipée du patient
			- ***Réalisation des prescriptions anticipées personnalisées*** : les prescriptions anticipées peuvent être incluses dans le compte rendu de synthèse
			- Si le résident fait l’objet d’une admission ***dans les 7 jours, l’évaluation ne peut être considérée comme anticipée***
			- Les équipes de l’EHPAD et de l’HAD poursuivent des échanges réguliers afin d’actualiser le projet thérapeutique et tiennent informés le médecin traitant de l’évolution de santé des patients.

**LOGIGRAMME DE LA MISE EN ŒUVRE DU DISPOSITIF DE PREADMISSION DES RESIDENTS D’EHPAD EN HAD**

**6.C Notification dans le DLU EHPAD de l’évaluation anticipée**

|  |  |
| --- | --- |
| **Acteurs** | **Mise en œuvre du dispositif** **de préadmission des résidents d’EHPAD en HAD** |
| **EHPAD** : médecin coordonnateur / IDEC**EHPAD** : médecin coordonnateur / **Médecin traitant (MT)** | **Repérer les résidents dont l’état de santé pourrait évoluer et nécessiter une hospitalisation*****Pour chaque résident repéré :***1. **Echange avec le médecin traitant (MT)** pour :
* **Évaluer conjointement les décompensations prévisibles** de l’état de santé du patient pouvant faire l’objet d’une HAD
* **Recueillir son accord** pour inclure le patient dans le dispositif
* **Solliciter l’HAD pour une évaluation commune**

**3.B Interruption du processus**Prévoir ultérieurement une nouvelle information détaillée du MT et/ou du patient et de sa famille **3.A Demande de préadmission en HAD** Transmission de : * La demande de prise en charge détaillant la situation clinique du patient et le projet
* Accord du patient ou son représentant légal

**OUI****NON****NON****2. Recueil de l’accord du patient ou de son représentant légal et/ou de sa famille****OUI** | **Phase de repérage** |
| **HAD** : médecin praticien HAD/ IDEC **HAD** : médecin praticien HAD / MT**EHPAD** **HAD** : médecin praticien HAD / IDEC /MT**EHPAD** : médecin coordonnateur / Référent HAD / MT | **4. Evaluation de la demande de préadmission en HAD****6.A Réalisation de la préadmission en HAD** * Création du dossier informatique et/ou papier
* Compte rendu de synthèse, Elaboration des prescriptions anticipées personnalisées et de la planification des soins
* Transmission du CR de synthèse à l’EHPAD

**OUI****NON****6.B Interruption du processus**Situation à évoquer lors des réunions entre les équipes de l’HAD et de l’EHPAD**5. Validation de la demande selon les critères d’éligibilité de l’HAD** | **Phase de pré-activation** |
| **Equipe EHPAD****Equipe HAD****Equipe HAD****Equipe HAD** | 7.B Echanges réguliers EHPAD/HAD pour faire le point sur la situation clinique des patients pré-admis et sur les nouveaux patients potentielsAu minimum tous les 15 jours avec information régulière du MT**10. Réévaluation de l’état de santé du patient :***Poursuite de l’HAD, arrêt de l’HAD avec maintien du patient en EHPAD, Arrêt de l’HAD avec transfert en hospitalisation en établissement de santé avec hébergement****Soins relevant d’une hospitalisation : appel C15/transfert du patient à l’hôpital***7.A Activation du dispositif sur simple appel***Evaluation clinique éligible à l’HAD : mise en place de l’HAD*****8. ACTIVATION DE L’HAD****Déplacement de l’équipe HAD pour réévaluation clinique****9. Admission du patient / initiation de la prise en charge****Dégradation de l’état de santé du patient****Pas d’évolution de l’état de santé du patient** | **Phase d’activation** |