



EHPAD/HAD : un « travailler » ensemble à construire

1

J.GARINEAU/I.ROBERTOU

UNE ENVIE ...

- De partager autour d'une expérience, qui nous paraît le plus souvent :
 - répondre aux besoins des personnes en soins
 - répondre aux besoins des acteurs de soins
 - répondre aux directives



NOTRE HISTOIRE

- Expériences précédentes qui ont laissé un gout amer :
 - équipe EHPAD qui se sent dépossédée ...
 - équipe HAD qui est mal à l'aise....
- des jugements de valeur, des irritations, agacements, incompréhension, frictions, conflits...
- mais aussi des résidents accompagnés, la perception de part et d'autre de « bien soigner »



PRÉAMBULE

- nécessité pour les infirmiers que nous sommes se référer à une approche...
- une approche anthropologique des soins⁽¹⁾ qui va de soi au domicile





Deux modes d'accueil en soins

...

EHPAD

- Accueil des personnes âgées dépendantes
 - aide à la vie quotidienne
 - soins médicaux personnalisés
 - soignants qualifiés
 - médecin coordonnateur
 - permanence des soins (24h/24)
- Cependant lors de situation complexe (situation palliative) des soins nécessitent un recours à l'hospitalisation, auquel parfois l'HAD peut répondre.



HAD

Forme d'**hospitalisation** :
assurer des soins techniques
, intensifs ou complexes
mais surtout continus et
coordonnés.



COMPLÉMENTARITÉ

- Notre vocation :
 - la dispensation de soins
 - le domicile

- Pour les uns des expertises de projet de vie en structure et de la personne âgée

- Pour les autres des expertises à domicile, de soins de dimension hospitalière et une expérience des soins palliatifs



LIENS AVEC LA DIMENSION PALLIATIVE

- Lois de juin 1999 : accès à des soins palliatifs et à l'accompagnement = **droit**.
- Soins palliatifs, un des deux modes de prise en charge principal le plus fréquent en nombre de journées pour l'HAD ⁽²⁾
- Collaboration des EHPAD et de l'HAD avec les réseaux palliatifs et les structures qui proposent des lits de soins palliatifs (LISP, USP)



CHANGEMENT DE PRIORITÉ

- pour la personne dite « en soins palliatifs »
- confort de fin de vie, accompagnement
- travail de « *sécurité clinique de nature différente* » ⁽³⁾.



« LA SÉCURITÉ CLINIQUE »

○nécessite une mise en commun des demandes, désirs, attentes et des possibles de chacun des interlocuteurs



« LA SECURITE EMOTIONNELLE » ⁽³⁾

- assurée majoritairement par l'équipe de l'EHPAD (continuité et permanence des soins)
- équipe qui porte le poids moral de la situation



LE TRAVAIL RELATIONNEL

- il permet une satisfaction au travail tout comme le soulagement de la douleur ou le confort généré



A NE PAS NÉGLIGER

- Lors de la collaboration, l'équipe de l'EHPAD se livre, laisse voir ce qui est de sa relation de soin à l'équipe HAD :

intime partagé

- A charge à l'équipe HAD de :
 - communiquer avec l'équipe EHPAD et de réfléchir à une place dans la relation de soins



UN JUSTE ÉQUILIBRE

- Demande de l'HAD en lien avec :
 - la notion de palliatif, de fin de vie
 - besoin de soins dits hospitaliers
- Mais possible tentation de « *matérialiser* » la maladie, la mort : lit, pompe, thérapeutiques ...de se centrer sur la gestion de la douleur, une clinique médicale associée aux PAP...



UN NECESSAIRE CONTRAT

- quel est le projet, quelle est la demande
 - des conditions pré déterminantes = savoir ce que le malade et ses proches savent de la maladie et du pronostic...
- des réponses à des questions
 - accord du médecin traitant
 - sortie d'hospitalisation à l'initiative du résident ?
 - souhait explicite d'être soigné chez lui
 - qui fait quoi ?
 - comment agir si aggravation de l'état de santé ?
 - la «re hospitalisation» (ou non) sur quels indicateurs ?



UNE COORDINATION INDISPENSABLE POUR UNE ÉQUIPE ÉPHÉMÈRE

- 2 groupes professionnels avec des inclinaisons convergentes et divergentes
- Une équipe formée autour du projet de vie remanié du résident
- Une qualité de communication, centrée sur l'intérêt du résident/patient, prédictive de la cohésion de cette équipe



AFIN D'ANTICIPER ...

- Un malaise
- Une légitimité suffisante pour donner de l'information et donc faire des soins.
- Un « allant de soi » = être soigné chez soi comme une « volonté » qu'il faut expressément respecter
- La perception violente de la demande de ré-accueil du résident : comme une évidence





Ce qui enrichit la collaboration

19

NOS REPRÉSENTATIONS PARTAGEES:

- idée de la mort intime or partage de fait avec un nouvel acteur : HAD
- idée aussi d'une bonne mort, d'un bon accompagnement
- l'aidant et le rapport à l'aidant professionnel



Des conflits nécessaires et utiles

- Des conflits résultants de la communication de groupe, des tensions qui se forment autour de l'activité de soins, des organisations
- Révélés par des dysfonctionnements :
 - de coordination
 - d'organisation
- Conflits, frictions aidants à la réflexion (GAPP, CREX), conflits constructifs qui contribuent à la structuration du projet.



C'EST POURQUOI ...

- ...l'élaboration du projet de soins partagé est générateur de sens
 - place faite à la personne en situation palliative, à son entourage mais aussi aux soignants (coordination et collaboration)

Implication des acteurs = facteurs de réussite



LES MISSIONS DE COORDINATION

- définir
 - un projet de vie pour accompagner la vie qui se termine
 - de quoi relève la collaboration
 - la place respective de chaque acteur
 - les modalités de liens
 - les bases d'actions du projet de soins
 - la communication



The left side of the slide features a series of vertical stripes in various shades of green and grey. Overlaid on these stripes are several green circles of different sizes, some of which are partially cut off by the edge of the slide.

CONCLUSION

24

Avenir ...

○ Objectifs :

- Optimiser la réponse à la demande des résidents dits en situation palliative de rester en EHPAD
- Limiter les allers retours, les durées de séjour des résidents en hospitalisation

○ Moyens :

- Travailler ensemble à définir les missions de coordination
- Anticiper l'identification de résidents
- Agir rapidement



QUESTIONNER

- le temps dédié à penser la coordination
- le développement des capacités et des missions des services hospitaliers à prendre en charge le « mourir ».
- le « bien mourir » autrement que dans un service de soins palliatifs
- une permanence de la proposition palliative 24h/24



BIBLIOGRAPHIE

- DE BROCA Alain, *Soigner aux rythmes du patient*, Paris, Seli Arslan, 2016.
- COLLIERE Marie Françoise, *Soigner ...le premier art de la vie*, Paris, InterEditions, 1996.
- HIRSCH Emmanuel, *L'éthique au cœur des soins*, Paris, Vuibert, 2007.
- SENTILHES-MONKAM Angélique, *L'hospitalisation à domicile, une autre manière de soigner*, Paris, L'Harmattan, 2007.
- BARTHELEMI Edwige, *Ethique et vie privée. Quand le soin s'invite au domicile*, Avril 2012, Perspectives soignantes n°43.
- LE SOMMER-PERE Myriam , PARIZEAU Marie Hélène, *La famille partenaire de la stratégie thérapeutique pour un patient dépendant*, Septembre 2012, Perspectives soignantes n°44.
- MENANTEAU Maxime, *Domicile, foyer : lieux de vie pour faire « refuge » en soins palliatifs*, Aurélie Marc Presses universitaires de Grenoble | « Jusqu'à la mort accompagner la vie » 2016/4 N° 127 | pages 73 à 84.
- MINO Jean-Christophe, « En fin de vie, le travail quotidien de l'hospitalisation à domicile entre sécurité clinique et sécurité émotionnelle », *Jusqu'à la mort accompagner la vie* 2016/4 (N° 127), p. 85-97.



SITOGRAFIE

- <http://abonnes.hospimedia.fr/fiches>
- <https://www.legifrance.gouv.fr>
- www.fnehad.fr/



MERCI

29