

# **Projet PUFPAE : Prise en charge des Urgences de Fin de vie des Personnes Agées en EHPAD**

Séminaire UBS – Lorient  
Vendredi 29 Avril 2016



# Présentation générale du projet

Séminaire UBS – Lorient  
Vendredi 29 Avril 2016

Dr Françoise Riou – Service d'Épidémiologie et de Santé  
publique – CHU de Rennes



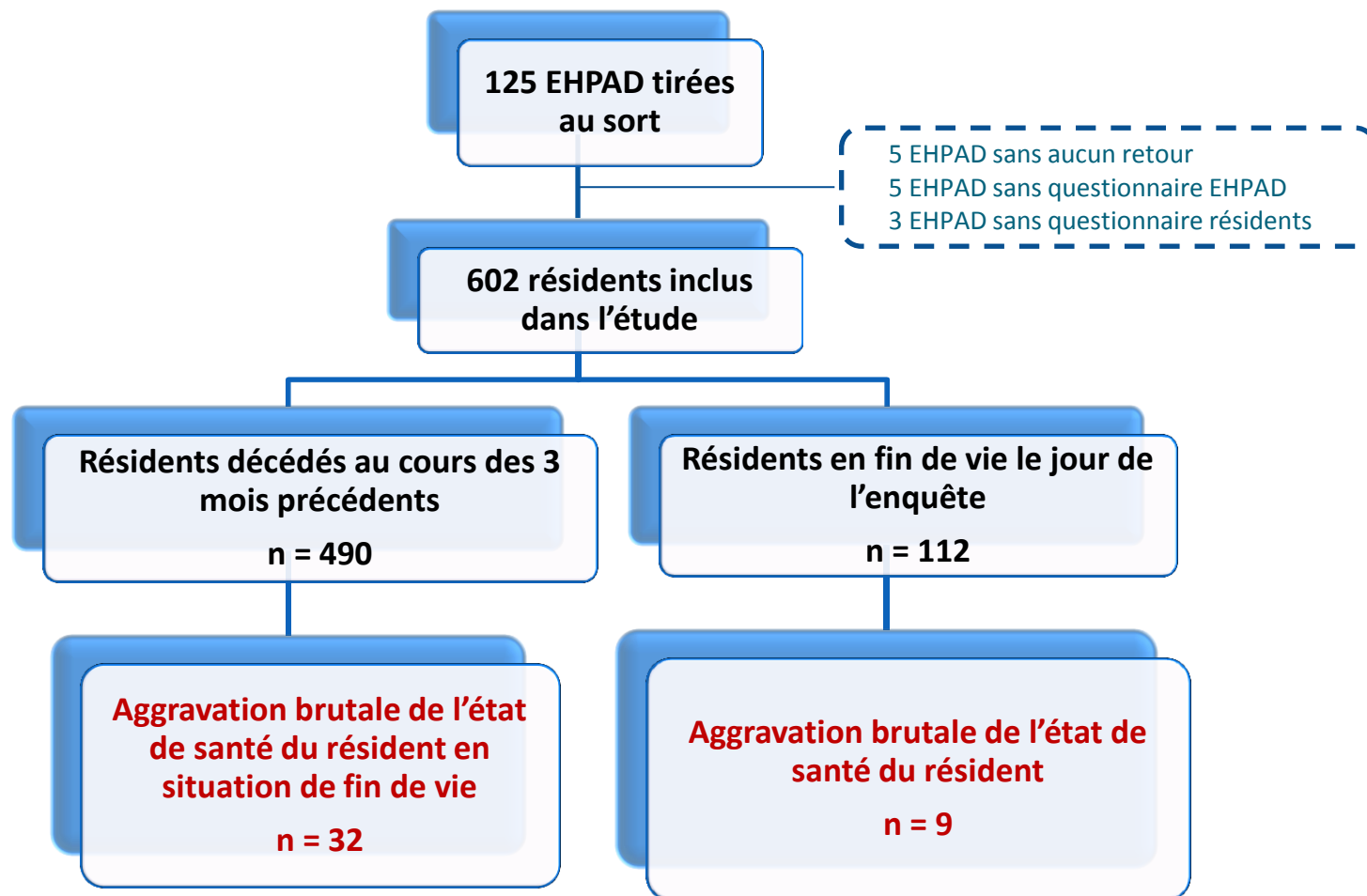
# Résultats de la phase quantitative d'enquête

Séminaire UBS – Lorient  
Vendredi 29 Avril 2016

Dr Emma Bajeux – Service d'Épidémiologie et de Santé publique  
– CHU de Rennes



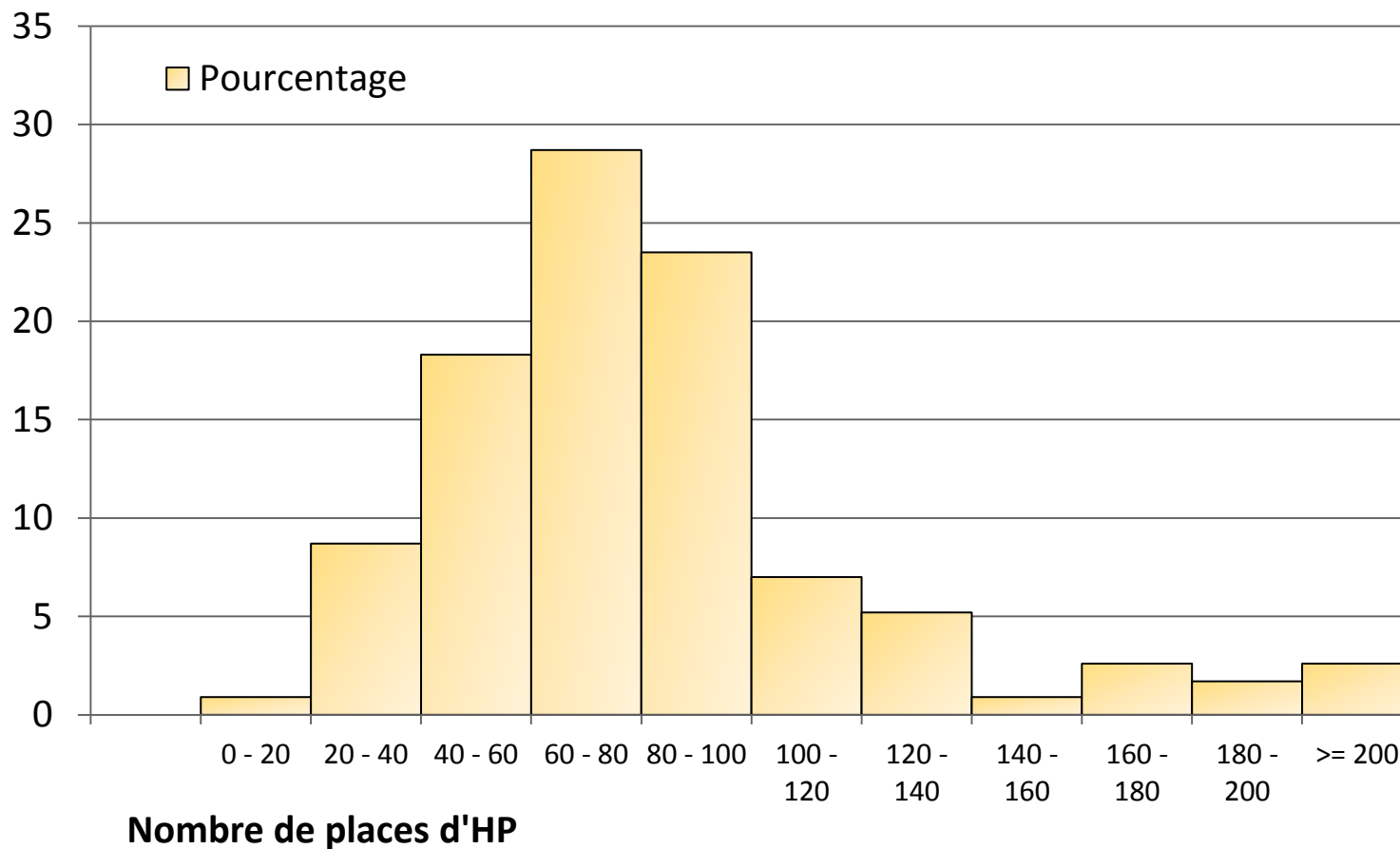
# Population d'étude



# Caractéristiques des EHPAD

| Statut des EHPAD          |     |               |
|---------------------------|-----|---------------|
| Collectivité locale       | 44  | <b>38,6 %</b> |
| Association / Fondation   | 24  | 21,0 %        |
| Entité juridique autonome | 22  | 19,3 %        |
| Etablissement de santé    | 16  | 14,0 %        |
| Société privée            | 4   | 3,5 %         |
| Congrégation              | 2   | 1,7 %         |
| Mutuelle                  | 2   | 1,7 %         |
| Total                     | 114 | 100,0 %       |

# Caractéristiques des EHPAD



# Caractéristiques des EHPAD

|                           | Min - Max | Moyenne (ET) |
|---------------------------|-----------|--------------|
| Nombre lits permanents    | 13 – 105  | 81 (44)      |
| Nombre lits « Alzheimer » | 0 – 42    | 7 (11)       |
| Age                       | 75 – 90   | 86 (2)       |
| GMP                       | 456 – 894 | 687 (83)     |
| PMP                       | 105 – 276 | 186 (34)     |

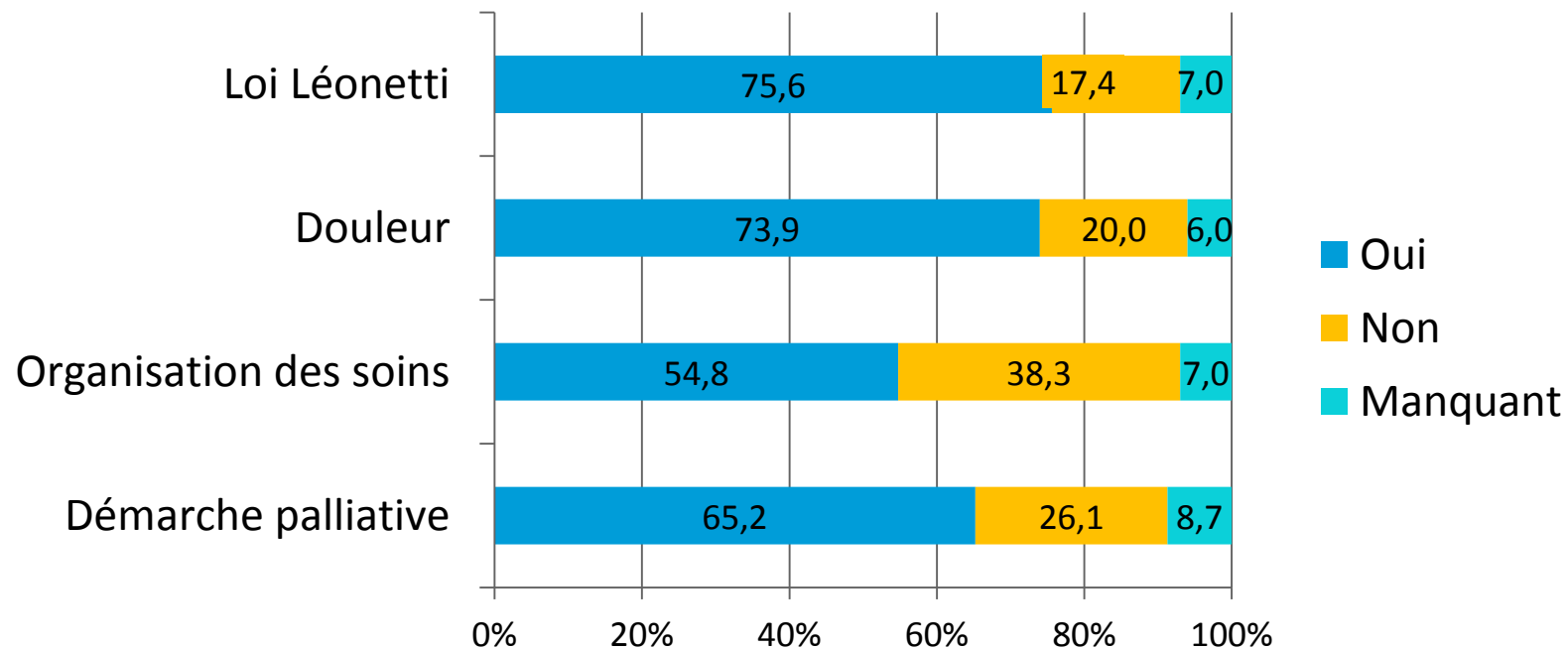
# Caractéristiques des EHPAD

- Directeur de formation paramédicale ou médicale 21% des cas.
- 15,7 % des EHPAD sans médecin co.
- 14,8% des EHPAD sans psychologue.
- 5,2% des EHPAD n'ont ni cadre, ni IDEC.
- Seuls 12,6% des EHPAD ont un infirmier référent pour les SP.
- 12,2% des EHPAD avec IDE présent la nuit et 13,9% avec astreinte téléphonique IDE la nuit.

Parmi les 96 EHPAD avec un  
médecin co :  
0,45 ETP /100 lits en moyenne  
(de 0,1 à 2,1 ETP/100 lits)



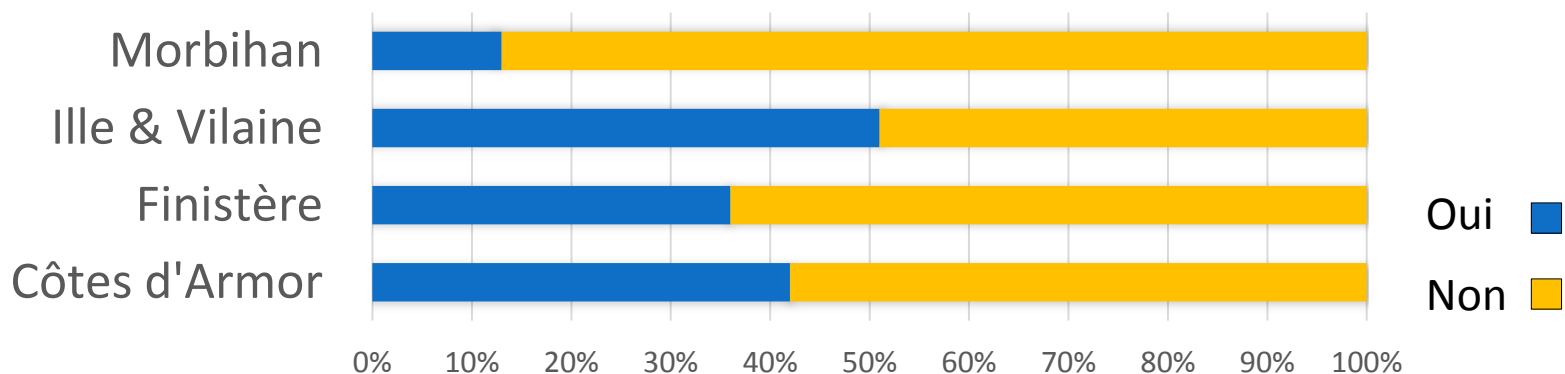
# Formation du personnel



- Durée de formation: 3 jours en médiane
- Réactualisation 1 fois/2
- Sur 91 EHPAD, en moyenne 1/3 du personnel formé mais de 0 à 100% ...

# Ressources extérieures

- **Possibilité de signalement au centre 15?**



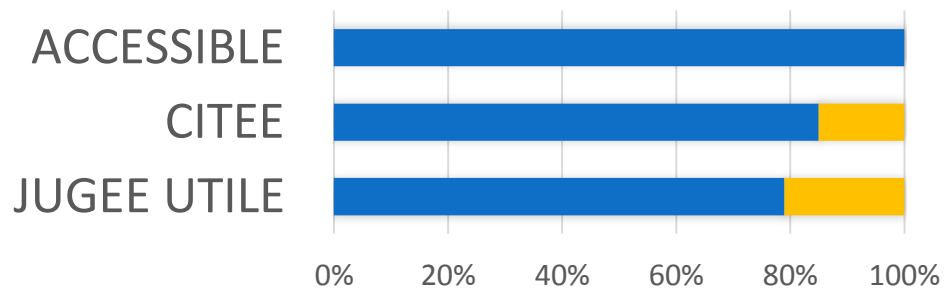
- **Pratiques de transfert en cas d'aggravation :**

- Maintien dans l'EHPAD : 61%
- Transfert quand aggravation : 36%
- Transfert préventif : 2 %

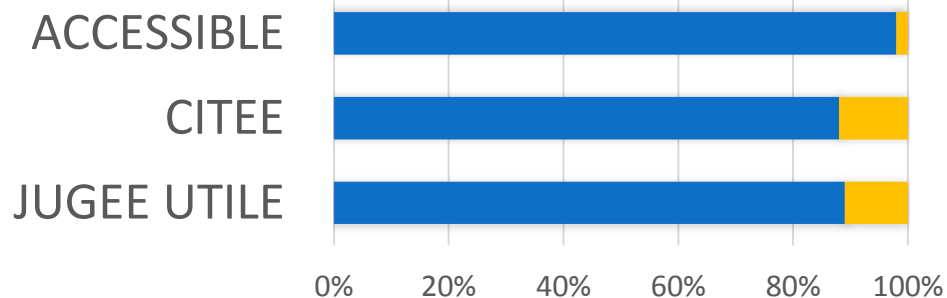
- **Possibilité d'admission directe d'un résident en fin de vie dans un service hospitalier dans 58% des cas**

# Ressources extérieures

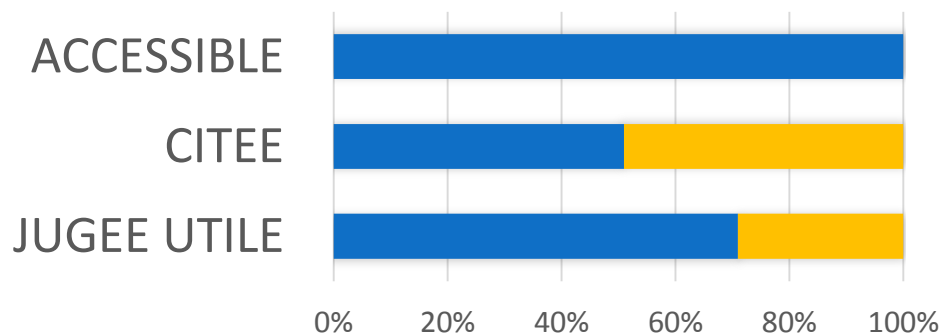
**HAD**



**EMSP /RSP**



**Conseil  
téléphonique  
d'une USP**



# Caractéristiques des résidents

## Résidents décédés n=490

- Age moyen: 89 ans
- Sexe féminin : 66,3%
- GIR 1 ou 2 : 75% - GIR 5 ou 6 : 4%
- MT=Med co : 17,8%

## Résidents en fin de vie n=112

- Age moyen: 90 ans
- Sexe féminin : 84,8%
- GIR 1 ou 2 : 93,7% - GIR 5 ou 6 : 1,8%
- MT = Med co : 18,7%

Présence ininterrompue dans l'EHPAD depuis la décision de limitation de soins : 89,3%

- Décès dans l'EHPAD : 72,9%
- Causes du décès : cardio-vasculaire > indéterminée > neurologique
- 38% ont été hospitalisés au moins une fois au cours des 30 jours précédant le décès
- **Parmi les 184 résidents ayant présenté une aggravation brusque de leur état de santé au cours du mois précédent le décès :**
  - 21 étaient identifiés « en situation de fin de vie »
  - 11 ont été identifiés « en situation de fin de vie » au décours de l'aggravation

# Situations de fin de vie

|  | Résidents décédés avec<br>aggravation brusque en fin de vie<br>n=32 | Résidents en fin<br>de vie<br>n=112 |
|--|---|-------------------------------------|
| Intervention HAD                                 | 1 (3,1 %)   | 7 (6,2 %)                           |
| Intervention EMSP                                | 7 (21,8 %)  | 20 (17,8 %)                         |
| PAP dans dossier                                 | 9 (28,1 %)  | 32 (28,6 %)                         |
| Accord pour admission directe                    | 0 (0,0 %)   | 5 (4,5 %)                           |
| Fiche SAMU PALLIA                                | 1 (3,1 %)   | 8 (7,1 %)                           |
| Décision de LATA prise lors de l'épisode<br>aigu | 11 (34,4 %)   | -                                   |
| Délai LATA /décès                                | Moyenne = 95 jours (0 à 801 jours)                                  | -                                   |

# Situations de fin de vie

|  | Résidents décédés avec<br>aggravation brusque en fin de vie<br>n=32 | Résidents en fin<br>de vie<br>n=112 |
|--|---|-------------------------------------|
| Information sur les préférences                      | 12 (37,5 %)   | 22 (19,6 %)                         |
| Préférences notées dans DLU                          | 13 (40,6 %)   | 41 (36,6 %)                         |
| Discussions avec les proches sur la CAT<br>indiquées | 21 (65,6 %)   | 70 (62,5 %)                         |

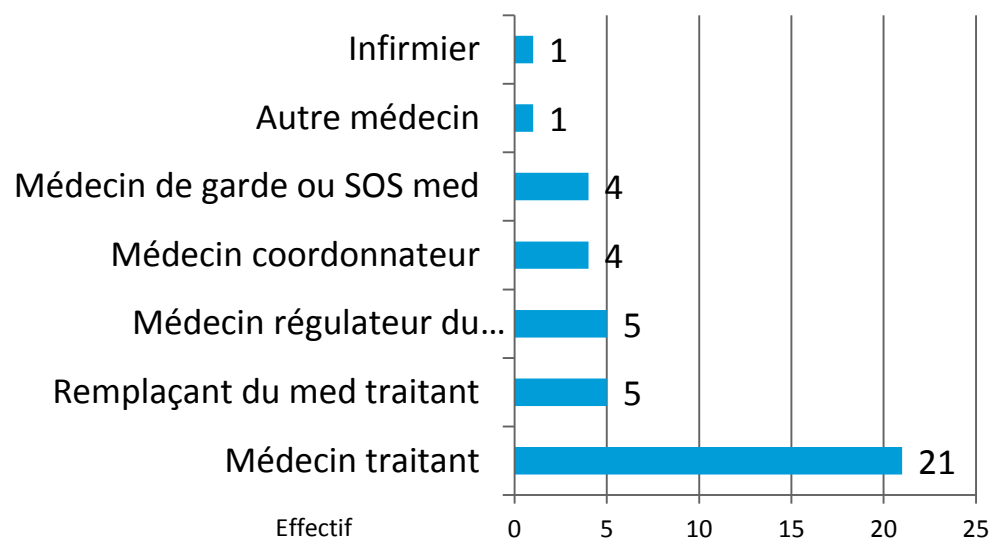
# Aggravations brusques en situation de fin de vie

Quels que soient les critères d'inclusion du résident (décédé ou fin de vie) n=41

## Episode aigu

- **Nuit et week-end** : n=16
- **Qui est intervenu sur place ou par téléphone ?**
  - IDE n=35
  - MT/remplaçant n=27
  - Med garde/SOS n=8
  - Centre 15 n=7
  - Med co n=6
  - SAMU n=2
  - Autre médecin

- **Qui a pris la décision finale quant à l'orientation du résident?**

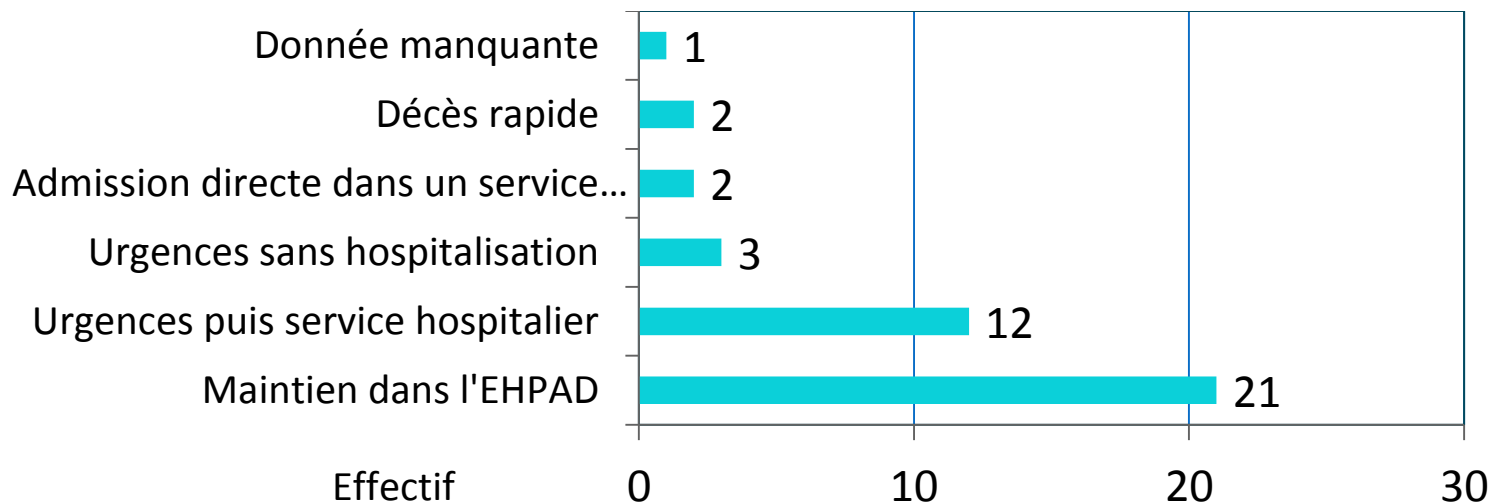


# Aggravations brusques en situation de fin de vie

Quels que soient les critères d'inclusion du résident (décédé ou fin de vie) n=41

## Episode aigu

- Quelle a été l'orientation du résident ?





# Aggravations brusques en situation de fin de vie

Quels que soient les critères d'inclusion du résident (décédé ou fin de vie) n=41

## Episode aigu

- **Parmi les résidents hospitalisés (n=14), les raisons invoquées étaient :**
  - Demande des proches n=3
  - Demande de l'équipe n=4
  - Demande du patient n=1
  - Impossibilité de soulager les symptômes sur place n=11
  - Médecin dans l'impossibilité de se déplacer n=2
  - Doute quand à la décision de limitation des traitements curatifs n=1
  - Absence de personnel qualifié n=1
  - Décision prise par un médecin qui ne connaissait pas bien le contexte n=1

**Dans 4 /14 cas, l'hospitalisation aurait été évitable d'après la personne interrogée**

# Aggravations brusques en situation de fin de vie

Quels que soient les critères d'inclusion du résident (décédé ou fin de vie) n=41

## Episode aigu

- **Parmi les résidents hospitalisés (n=14): hospitalisation ...**
  - dans un service dans lequel ils étaient connus n=3
  - dans un service pour lequel un accord avait été passé n=1
  - dans une USP n=0
  - dans un service avec LISP n=1
- **Parmi les résidents restés en EHPAD (n=21): maintien dans l'EHPAD grâce à ...**
  - Intervention de l'HAD n=2
  - Intervention de l'EMSP n=3
  - Mobilisation des enfants n=1

# Taux de décès et % de fin de vie

|   |              |                      |
|---|--------------|----------------------|
| <b>Taux brut de décès quelque soit l'endroit</b>                  | <b>21.9*</b> | <b>[20.1 – 23.7]</b> |
| Taux brut de décès dans l'EHPAD                                   | 16.3*        | [14.7 – 17.9]        |
| Taux brut de décès à l'hôpital                                    | 5.7*         | [4.8 – 6.6]          |
| <b>Proportion de résidents en fin de vie le jour de l'enquête</b> | <b>1.2</b>   | <b>[0,8 – 1.7]</b>   |

\*exprimé pour 100 résidents/an

# Taux de décès par strates

| Présence d'1 infirmier la nuit | Taux brut de décès dans l'EHPAD* | Taux brut de décès à l'hôpital * |
|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Pas d'infirmier                | 14.8 (12.9 – 16.7)               | 6.3 (5.1 – 7.5)                  |
| 1 ou 2 infirmiers              | 19.7 (15.6 – 23.9)               | 3.4 (1.7 – 5.2)                  |

| Présence d'1 médecin co  | Taux brut de décès dans l'EHPAD* | Taux brut de décès à l'hôpital * |
|--------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Non                      | 15.9 (11.5 – 20.3)               | 8.6 (5.3 – 11.8)                 |
| Oui < 0,5 ETP / 100 lits | 14.8 (12.6 – 16.9)               | 5.4 (4.1 – 6.7)                  |
| Oui > 0,5 ETP /100 lits  | 17.3 (13.8 – 20.8)               | 5.2 (3.3 – 7.1)                  |

**MAIS ...** Différence non significative sur le plan statistique et analyse ne prenant pas en compte les autres facteurs pouvant influencer sur le taux de décès (âge...)

# Phase finale du projet PUFPAE : Les groupes de travail régionaux

Séminaire UBS – Lorient  
Vendredi 29 Avril 2016

Dr Emma Bajeux – Service d'Épidémiologie et de Santé publique  
– CHU de Rennes



# Objectif

- Comprendre les pratiques en situation d'urgence et les facteurs freinant ou facilitant une prise en charge respectueuse des préférences des personnes.
- Formuler des recommandations concernant la prise en charge des urgences de fin de vie en EHPAD.

# Méthode

- **3 groupes de travail pluri-professionnels :**

Médecin et IDE coordonnateurs d'EHPAD, directeurs d'EHPAD, médecins, IDE et psychologue EMSP et RSP, médecins urgentistes / SAMU

- Etude de **2 types de cas concrets :**

- Hospitalisations non souhaitables
- Maintien dans l'EHPAD

- Sélection 18 dossiers parmi les 41 situations d'aggravation brutale en fin de vie et **10 dossiers analysés** au total sur les 18

- 3 à 5 dossier clinique par professionnel + 1 guide de questionnement par dossier clinique

- **Animation :** sociologue + médecin de santé publique

# Méthode

**L'orientation retenue vous semble-t-elle la meilleure pour le/la résident(e) ?**

Oui



*Existait-il des obstacles importants à la mise en œuvre de cette orientation, et si oui lesquels ?  
Qu'est-ce qui a permis de les surmonter ?*

Non



*Selon vous, aurait-on pu faire « mieux » pour le résident (c'est-à-dire opter pour une autre orientation) du soignant (utilité, pertinence, proportionnalité)  
Si oui, comment ?*



# Méthode

## Déroulement de la séance :

Au cours de la séance, chaque dossier clinique était analysé de la façon suivante :

- Résumé des points clés du dossier clinique
- Synthèse des réponses des experts pour le dossier
- Tour de table des experts ayant préparé le dossier en amont pour expliciter leurs réponses
- Discussion libre entre l'ensemble des experts sur les recommandations à formuler

# Recommandations

## Recommandations classées en :

- Information
- Formation
- Optimisation des ressources existantes
- Nouvelles solutions à tester

# Information

- **Les ressources extérieures mobilisables à l'échelle d'un EHPAD**
- **Les modalités d'intervention des HAD et de l'HAD de proximité en EHPAD**
- **Les modalités d'intervention des EMSP en EHPAD**
- **La possibilité de contact téléphonique avec USP**
- **Les moyens d'anticiper, de répondre et de traiter les situations d'urgence**
  - Services d'urgences => appel à l'EMSP
  - EHPAD => CAT en cas d'aggravation nocturne : appel au Centre 15
  - Pour tous en amont de la situation urgente : réflexe « fiche SAMU PALLIA »

# Formation en soins palliatifs

## ■ Thèmes de formation:

- Concepts en soins palliatifs : loi Léonetti, missions et cadre d'exercice des structures ressources...
- Echelles d'évaluation des symptômes

## ■ Modalités de formation:

- Formation auprès de l'ensemble des professionnels d'EHPAD
- Trouver des organisations de formation favorisant la présence des médecins libéraux
- Formations pluri-professionnelles + dans un cadre institutionnel
- Outils MOBQUAL (SFGG)
- Apprentissage à partir de situations concrètes grâce à l'intervention d'équipes spécialisées en SP (compagnonnage)
- Caractère obligatoire à questionner

# Optimisation des ressources existantes

## ▪ Fiche Samu Pallia / Modèle régional unique

- A rédiger et à transmettre au SAMU dès la décision de LATA
- Intégrer la fiche au systèmes d'information du SAMU
- Veillez à sa réactualisation (et à la re-transmettre alors au SAMU)
- Veillez à son intégration au DLU lors du transfert du résident
- Transmission des informations à SOS médecins à questionner
  
- S'assurer que les résidents concernés sont bien identifiés par l'ensemble des professionnels de l'EHPAD
- Requestionner le résident et sa famille sur leurs souhaits lors de l'épisode aigu

# Optimisation des ressources existantes

## ▪ Travail avec les ressources extérieures

- Prise de contact avec structure experte (EMSP, RSP) pour accompagner une décision de LATA
- Information des professionnels de l'EHPAD de la prise de contact

## ▪ Directives anticipées :

- Réflexion à initier dès l'admission puis formalisation en lien avec la famille
- Réévaluation à chaque modification de l'état de santé
- Intégration au DLU sous format papier en cas de transfert

## ▪ Prescriptions anticipées :

- Réflexion à initier dès la décision de LATA (médicamenteuse ou non)
- Réflexion sur sens et mise en œuvre de chaque PAP avec l'équipe soignante

# Optimisation des ressources existantes

## ▪ **Projet d'établissement**

- Volet « Soins palliatif » comme support aux discussions collégiales et participatives concernant la politique de l'EHPAD en termes de Pec des résidents en fin de vie, des orientations à privilégier et des liens existants ou à développer avec des structures extérieures.
- Réflexion sur l'intégration des MG à la rédaction et à la mise en œuvre du projet

## ▪ **Moyens d'amélioration des interactions Med co / MG**

## ▪ **Intervention du psychologue afin de favoriser l'accompagnement (individuel ou collectif):**

- Des professionnels de l'EHPAD
- De la famille
- Du et des résidents

# Nouvelles solutions à tester

- **Astreinte IDE mutualisée nuit et week-end**
- **Astreinte téléphonique « Soins palliatifs » 24h/24h dans chaque TS pour faciliter l'orientation des patients**
- **« Lits d'accueil et d'orientation en soins palliatifs » adossée aux services d'urgences**
- **Evaluation des Pratiques professionnelles en EHPAD (hospitalisations évitables, itératives...)**



# Phase finale du projet PUFPAE : Les groupes de travail territoriaux

Séminaire UBS – Lorient  
Vendredi 29 Avril 2016

Julie Benquet – Interne de médecine générale  
Emma Bajeux – Service d'Epidémiologie et de Santé publique,  
CHU Rennes  
Elise Tual - CARESP  
Marie-Noelle Belloir - CARESP



# Objectif

Évaluer la faisabilité des recommandations formulées lors des groupes régionaux (phase d'expertise en chambre) dans chaque territoire de santé breton.

# Méthode (1)

- **Groupes pluri professionnels** : personnels d'EHPAD (médecin co, IDEC, directeur), HAD, EMSP/RSP, psychologues, médecins hospitaliers, urgentistes, gériatres, médecins généralistes...
- Chaque réunion animée en binôme par Dr Bajoux et un membre de la CARESP (Mme Tual, Mme Belloir)

# Méthode (2)



TS1 : 19/01/16

TS2 : 22/01

TS3 : 10/03

TS4 : 08/03

TS5 : 23/02

TS6 : 26/01

TS7 : 02/02

TS8 : 28/01

- Une réunion d'une demi journée  **dans chaque territoire de santé Breton**

- **De janvier à mars 2016**

# Méthode (3)

- **Dans chaque groupe territorial:**
  - Présentation de l'étude PUFPAE.
  - Présentation du contexte territorial en terme de ressources en soins palliatifs.
  - Présentation des participants (tour de table).
  - Présentation des recommandations issues des groupes régionaux.
  - Discussion.

# Résultats (1)

- **Participation dans chaque groupe territorial:**
  - Effectif variable.
  - Présence de professionnels d'EHPAD ayant participé aux premières phases de l'étude PUFPAE.
  - Peu de médecin généraliste.

# Résultats (2)

- **Discussion des recommandations :**
  - Recommandations faisant l'objet d'un **consensus entre les 8 TS** (Recommandations à mettre en œuvre versus recommandations non réalisables ou non pertinentes).
  - **Spécificités territoriales** sur certaines recommandations.

**Consensus :**  
Recommandation à  
mettre en œuvre



- Ressources extérieures en soins palliatifs
- Fiche Samu pallia
- Formation
- Psychologue
- Projet d'établissement
- Astreinte mutualisée
- EPP

**Consensus:**  
Recommandation non  
réalisable ou non  
pertinente



- Directives Anticipées
- Avis téléphonique USP
- Astreinte téléphonique
- Lits d'accueil SP adossés aux urgences

**Spécificités  
territoriales**



- Modalités d'intervention de l'HAD et de l'EMSP/RSP
- Prescriptions anticipées
- Lien avec les urgences



# Recommandations à mettre en œuvre (1)

- **Ressources extérieures en soins palliatifs :**
  - Intérêt du document de la CARESP et de sa diffusion.
  - Transmission aux EHPAD et médecins libéraux.
  
- **Fiche Samu Pallia :**
  - Intérêt du modèle unique régional (actuellement en phase de test).
  - Objectifs et modalités à préciser auprès des professionnels.
  
- **Formation :**
  - Importance de la formation initiale et continue en soins palliatifs.
  - Importance de la formation des urgentistes et médecins libéraux.
  - Intérêt de la formation par les EMSP ou les RSP.
  - Intérêt de l'outil Mobiqual.

# Recommandations à mettre en œuvre (2)

- **Psychologue :**
  - Rôle important au sein de l'EHPAD.
  - Manque de temps.
- **Volet soins palliatifs du projet d'établissement :**
  - Intérêt pour la politique de l'EHPAD.
- **Nouvelles solutions à tester :**
  - Astreinte mutualisée IDE nuit et WE (expérimentations en cours).
  - Evaluations des pratiques professionnelles.

# Recommandations non réalisables ou non pertinentes

- **Directives Anticipées :**
  - Recueil complexe à l'entrée en EHPAD.
  - Privilégier le recueil en amont de l'entrée en EHPAD.
  
- **Avis téléphonique USP :**
  - Intérêt limité faute de médecin la nuit.
  - Privilégier un partenariat ponctuel avec le médecin généraliste.
  
- **Nouvelles solutions à tester :**
  - **Astreinte téléphonique 24h/24h**
    - Non réalisable par manque de moyen (temps médical).
  - **Lits d'accueil SP adossés aux urgences**
    - Privilégier l'utilisation des ressources préexistantes.

# Spécificités territoriales

- **Modalités d'intervention de l'HAD et de l'EMSP/RSP :**
  - Importance de les redéfinir dans les EHPAD selon l'organisation du TS.
  - Problématique des limites de secteur.
- **Prescriptions anticipées :**
  - Problématique des effecteurs de soins et de la dispensation des traitements la nuit.
- **Lien avec les services d'urgences :**
  - Variable selon les TS.
  - Information nécessaire sur les ressources mobilisables aux urgences et formation du personnel au sein des urgences.

# Synthèse de la phase finale: forces

- Groupes **pluri professionnels, échanges** entre les différents professionnels des différentes structures impliquées dans les SP
- **Etats des lieux** dans chaque territoire en terme d'organisation des dispositifs en soins palliatifs et des problématiques existantes et des besoins
- **Prise en compte des spécificités territoriales**

# Synthèse de la phase finale : limites

- Professionnels participants particulièrement impliqués dans la démarche palliative...
- **Variabilité importante des effectifs** dans chaque groupe.
- Difficulté de solliciter les médecins généralistes.

# Synthèse de la phase finale : conclusion

- Elaboration de recommandations/axes prioritaires grâce aux groupes d'experts pour une prise en charge optimale des urgences de fin de vie en EHPAD.
- Prise en compte des spécificités de chaque territoire de santé bretons pour définir ces axes de travail (dispositifs existants, besoins spécifiques...)
- Importance de redéfinir et d'optimiser les ressources existantes en soins palliatifs.



# Discussion avec la salle



# Conclusion et perspectives du projet PUFPAE

Séminaire UBS – Lorient  
Vendredi 29 Avril 2016

Julie Benquet – Interne de médecine générale  
Emma Bajoux  
Elise Tual  
Marie-Noel Belloir

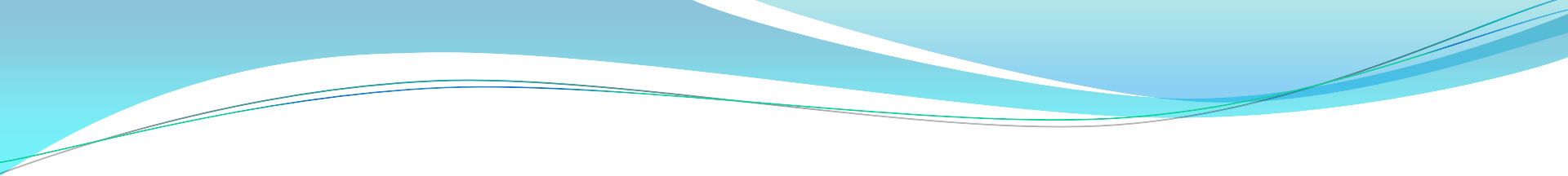


# Conclusion

- Implication des acteurs locaux des structures « spécialisées » et des EHPAD.
- Approche pluriprofessionnelle.
- Méthodes mixtes associant approche quantitative et qualitative.
- Projet de recherche avec objectifs opérationnels :
  - Implication forte de la CARESP au cours du projet
  - Discussion des résultats avec ARS et CD

# Perspectives

- Rédaction d'un rapport d'étude diffusé auprès des décideurs (ARS + CD)
- Publication de 2 articles scientifiques (phase quantitative + phase finale)
- Présentation au congrès de la SGOC – 20 et 21 Mai 2016 – St Malo



**L'équipe de santé publique du CHU de Rennes remercie chaleureusement l'ensemble des professionnels ayant participé à ce projet de recherche.**