

# **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



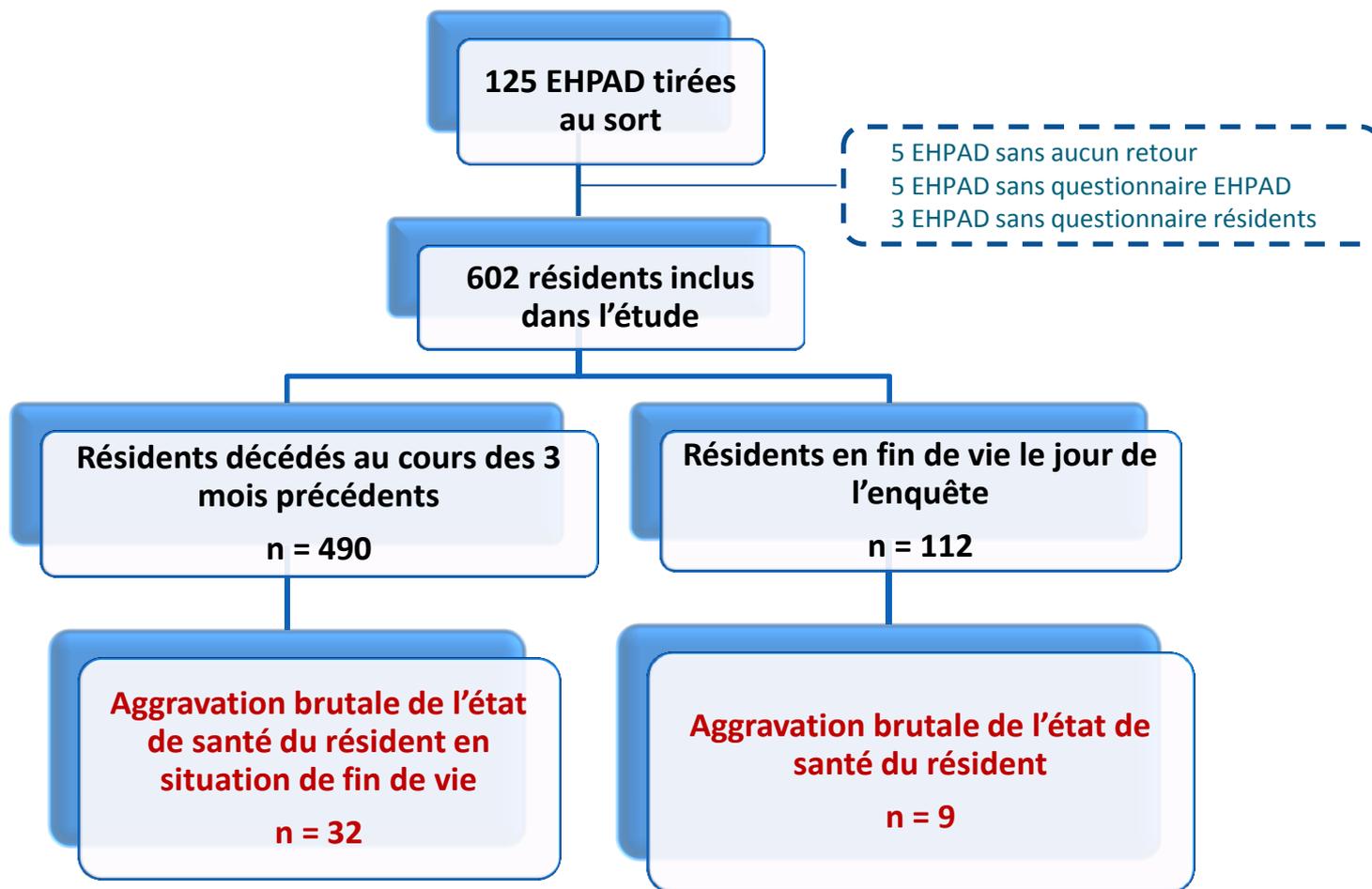
# Résultats de la phase quantitative d'enquête

Séminaire UBS – Lorient  
Vendredi 29 Avril 2016

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



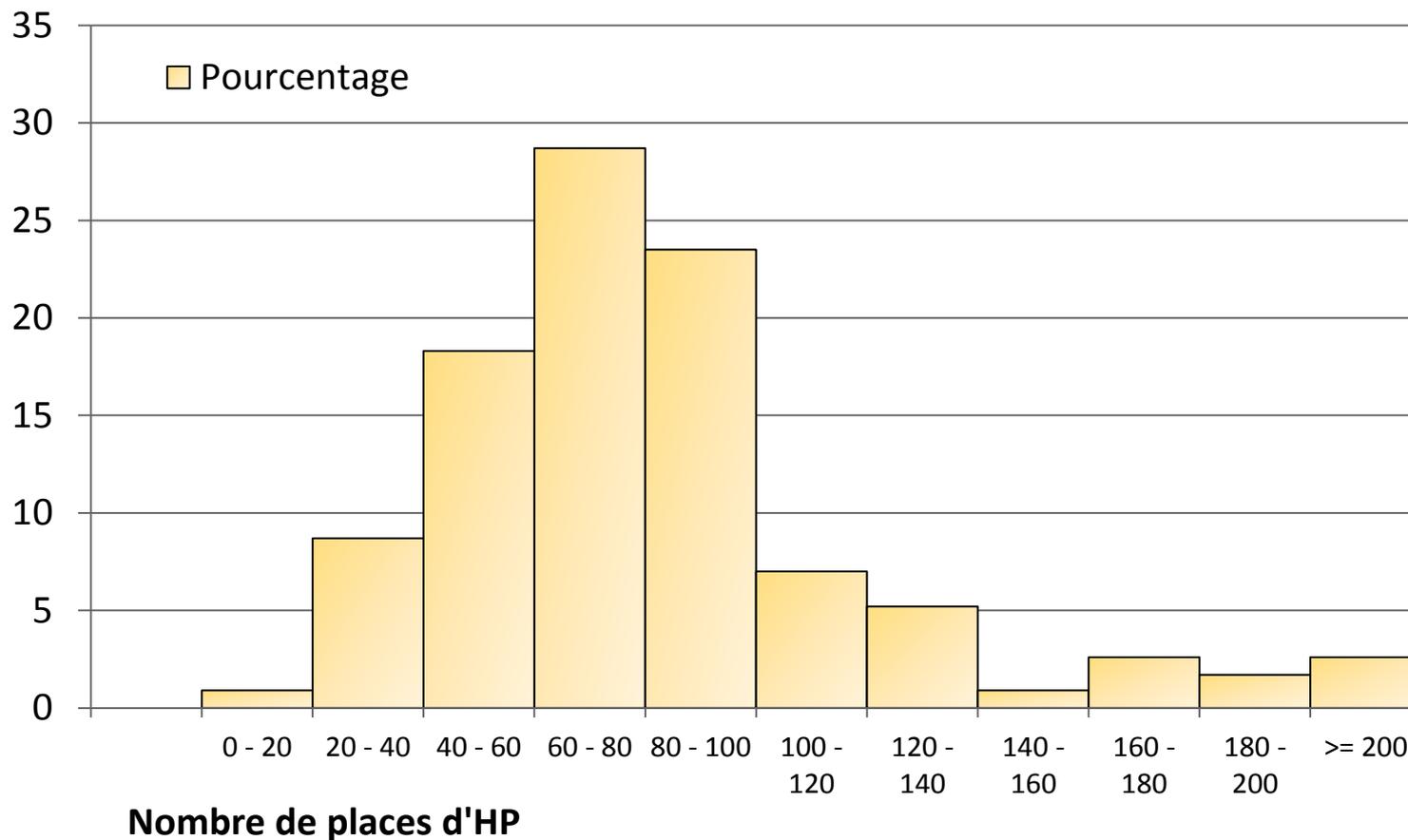
# Population d'étude



# 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

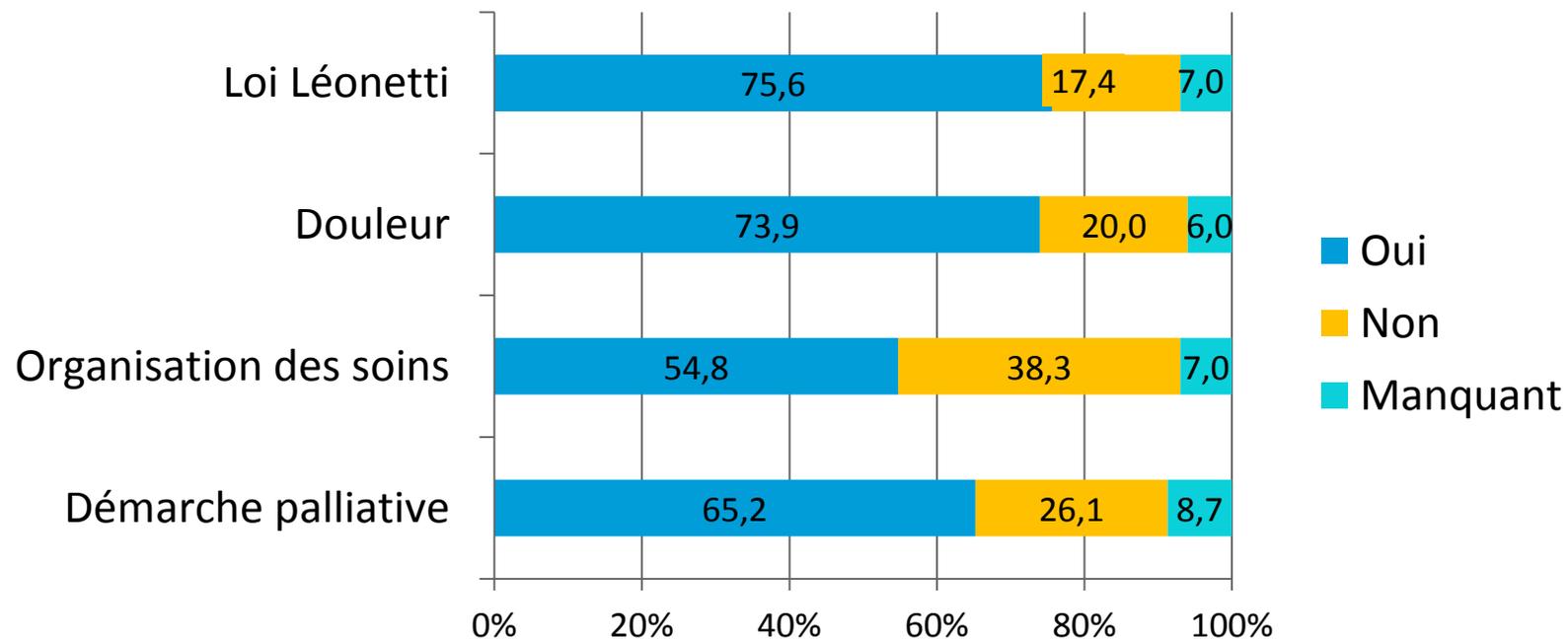
	Min - Max	Moyenne (ET)
Nombre lits permanents	13 – 105	81 (44)
Nombre lits « Alzheimer »	0 – 42	7 (11)
Age	75 – 90	86 (2)
GMP	456 – 894	687 (83)
PMP	105 – 276	186 (34)

# 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)

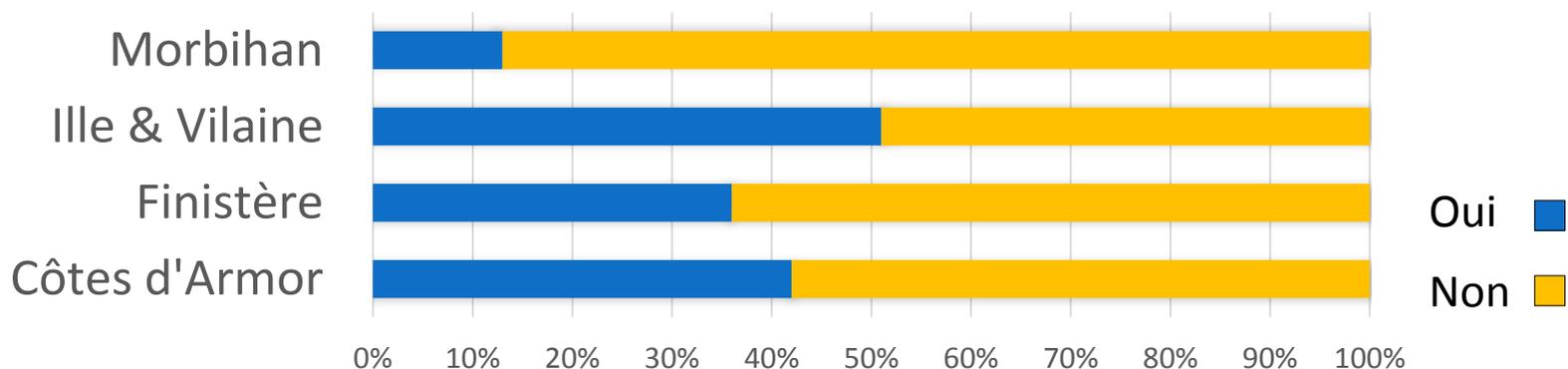
# Formation du personnel



- 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?**



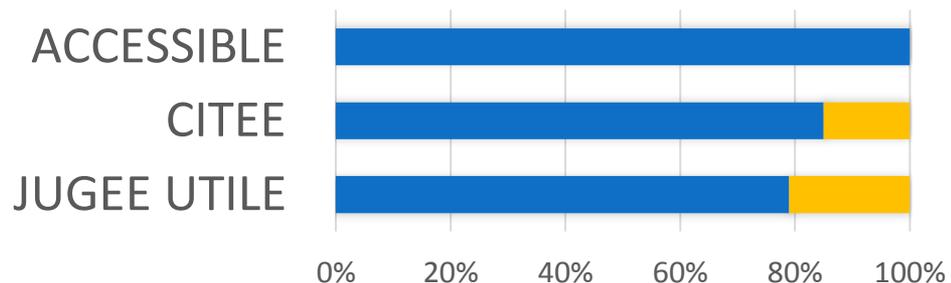
- **Pratiques de transfert en cas d'aggravation :**

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

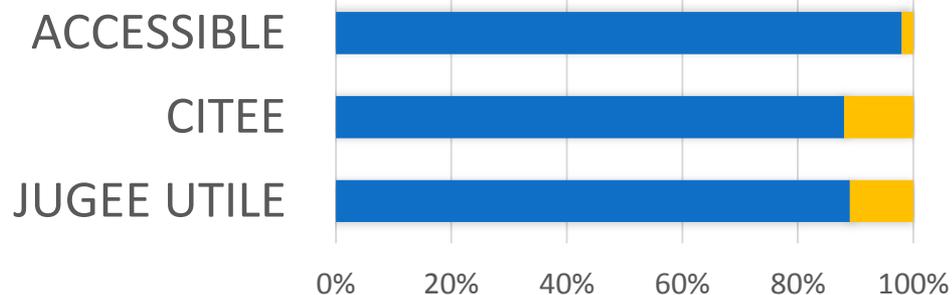
- **Possibilité d'admission directe d'un résident en fin de vie dans un service hospitalier dans 58% des cas**

# Ressources extérieures

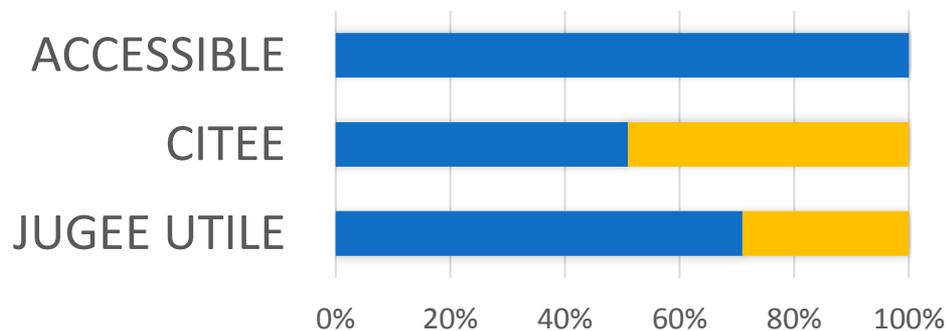
**HAD**



**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 aggravation brusque en fin de vie n=32	Résidents en fin de vie 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 aigu	11 (34,4 %)	-
Délai LATA /décès	Moyenne = 95 jours (0 à 801 jours)	-

# Situations de fin de vie

	Résidents décédés avec aggravation brusque en fin de vie n=32	Résidents en fin de vie 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 indiquées	21 (65,6 %)	70 (62,5 %)

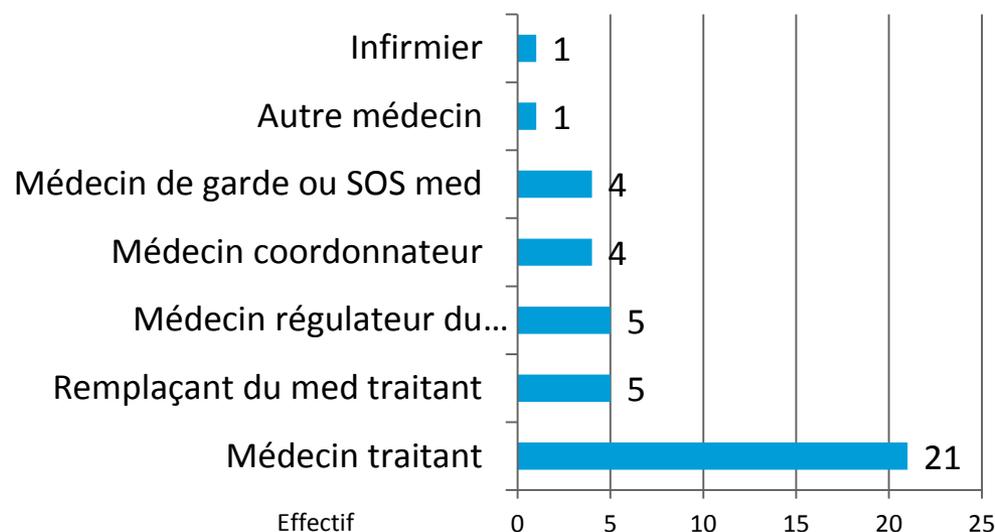
# Aggravations brusques en situation de fin de vie

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?**

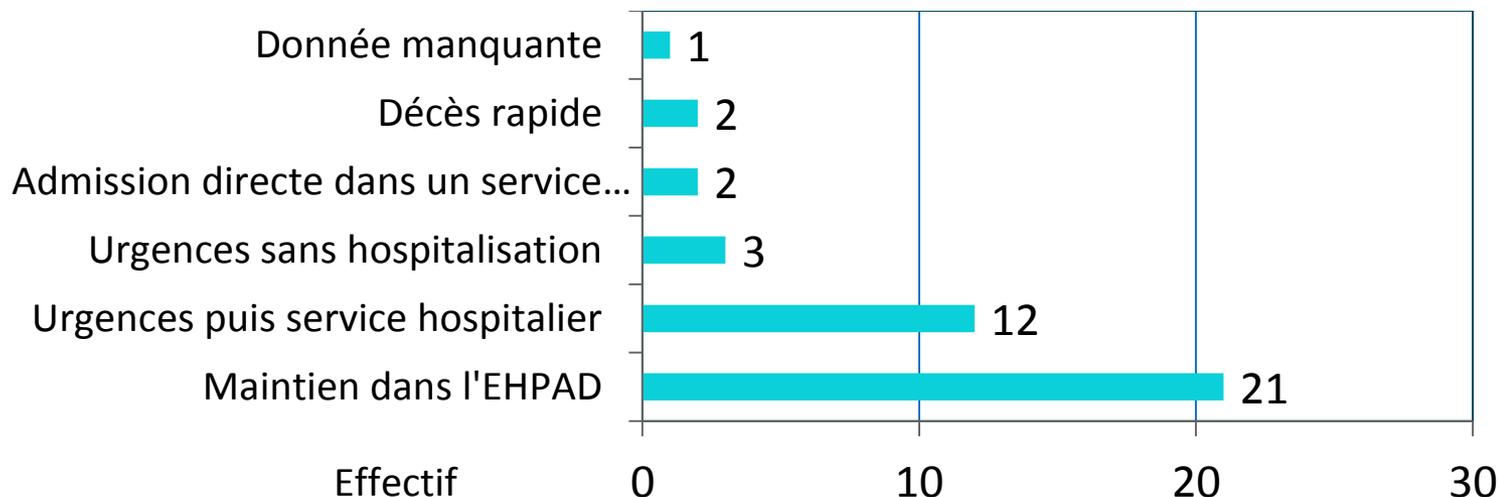


# Aggravations brusques en situation de fin de vie

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 Mobiquial.

# 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.**