



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

## Présentation aux institutions



Dr Françoise RIOU  
Dr Emma BAJEUX



Marie-Noëlle BELLOIR  
Elise TUAL



## Contexte

- Nécessaire développement de programmes d'amélioration des soins de fin de vie en EHPAD en France.
- Axe de travail de la CARESP.
- Aucune donnée française sur les situations « d'urgences de fin de vie » (nature et modalités de prise en charge).



### **Etat des lieux indispensable afin :**

- **d'adapter au mieux les programmes d'amélioration,**
- **de pouvoir évaluer leurs effets.**



# Objectifs

- ❖ Connaitre et comprendre la **variabilité des situations d'urgences** de fin de vie en EHPAD.
- ❖ Identifier et **caractériser les épisodes** d'aggravation brutale des patients en situation de fin de vie dans un échantillon d' EHPAD bretons.
- ❖ Caractériser les **aspects pratiques et organisationnels conditionnant la prise en charge** d'une aggravation de l'état de santé d'un résident en fin de vie, un éventuel transfert inapproprié à l'hôpital ou à l'inverse un maintien dans l'EHPAD.
- ❖ **Elaborer des recommandations** visant à améliorer la PEC de ces patients et **évaluer la faisabilité** et les modalités de mise en œuvre de ces recommandations à l'échelle territoriale.



# Méthode

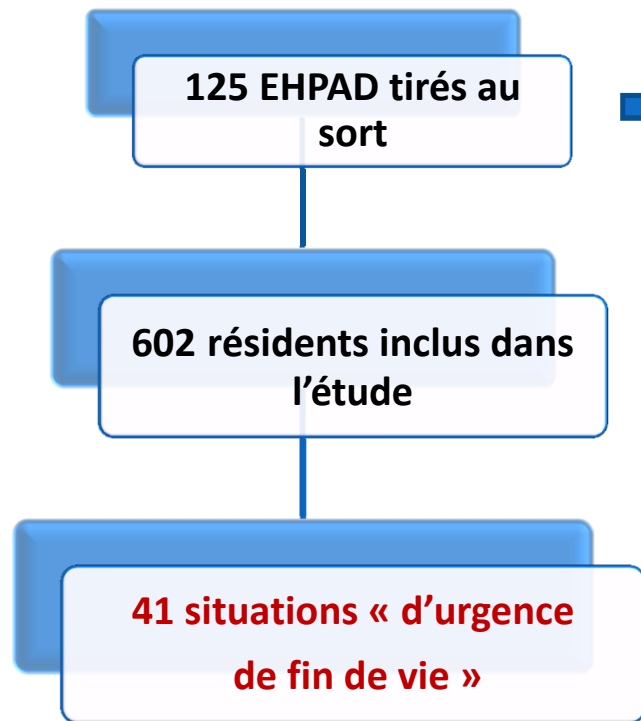
## Première étape :

- **Enquête qualitative :**
  - Réalisée par des sociologues de la santé
  - Entretiens individuels et collectifs auprès de professionnels de 10 EHPAD bretons
- **Enquête quantitative :**
  - Questionnaires adressés aux EHPAD
  - Echantillon de 125 EHPAD bretons tirés au sort

## Deuxième étape :

- **Groupes de travail régionaux :**
  - Elaboration de recommandations par un groupe d'experts
  - A partir de l'analyse de 10 situations d'urgence de fin de vie identifiées dans les EHPAD au cours de l'enquête quantitative.
- **Réunions de travail territoriales :**
  - Faisabilité et modalités de mise en œuvre des recommandations à l'échelle des territoires de santé bretons.

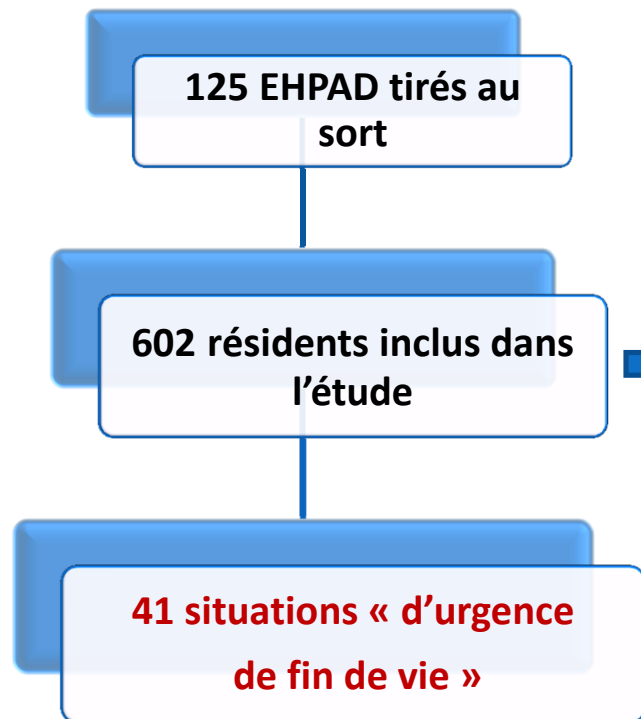
# Résultats : phase quantitative



- GMP moyen = 687
- PMP moyen = 186
- 16 % des EHPAD sans médecin coordonnateur
- 15 % des EHPAD sans psychologue
- 5 % des EHPAD n'ont ni cadre, ni IDEC
- 13 % des EHPAD ont un infirmier référent SP
- 12 % des EHPAD avec IDE présente la nuit  
14 % 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)

# Résultats : phase quantitative



- **Résidents décédés au cours des 3 mois précédant l'enquête :**
  - Age moyen : 89 ans
  - GIR 1 ou 2 : 75%
  - 73 % sont décédés dans l'EHPAD
  - 38 % ont été hospitalisés au moins une fois au cours des 30 jours précédant le décès
- **Résidents en situation de fin de vie le jour de l'enquête :**
  - Age moyen : 90 ans
  - GIR 1 ou 2 : 94 %
  - Présence ininterrompue dans l'EHPAD depuis la décision de limitation de soins : 89 %
  - Intervention HAD : 6 %
  - Intervention EMSP : 18 %
  - Fiche SAMU-Pallia : 7 %
  - Accord pour une admission directe : 4,5 %

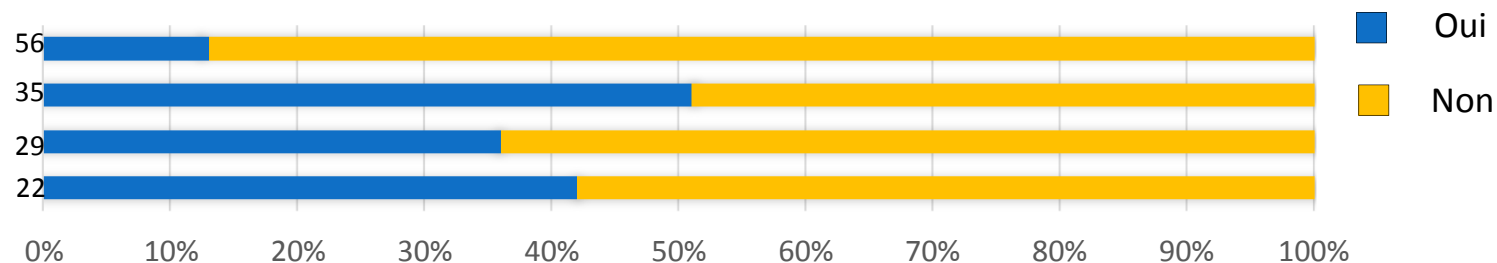
# Résultats : phase quantitative

## ■ Formation des professionnels :

- Aucun professionnel coordonnateur formé au cours des 5 dernières années :
  - Sur la loi Léonetti : 17% des EHPAD
  - Sur la prise en charge de la douleur en fin de vie : 20% des EHPAD
  - Sur la démarche palliative en EHPAD : 26% des EHPAD
- Sur 91 EHPAD, en moyenne 1/3 du personnel formé mais de 0 à 100% ...

## ■ Signalement au Centre 15 via la fiche SAMU-PALLIA

- Possibilité de signalement au centre 15 via la fiche SAMU-PALLIA?



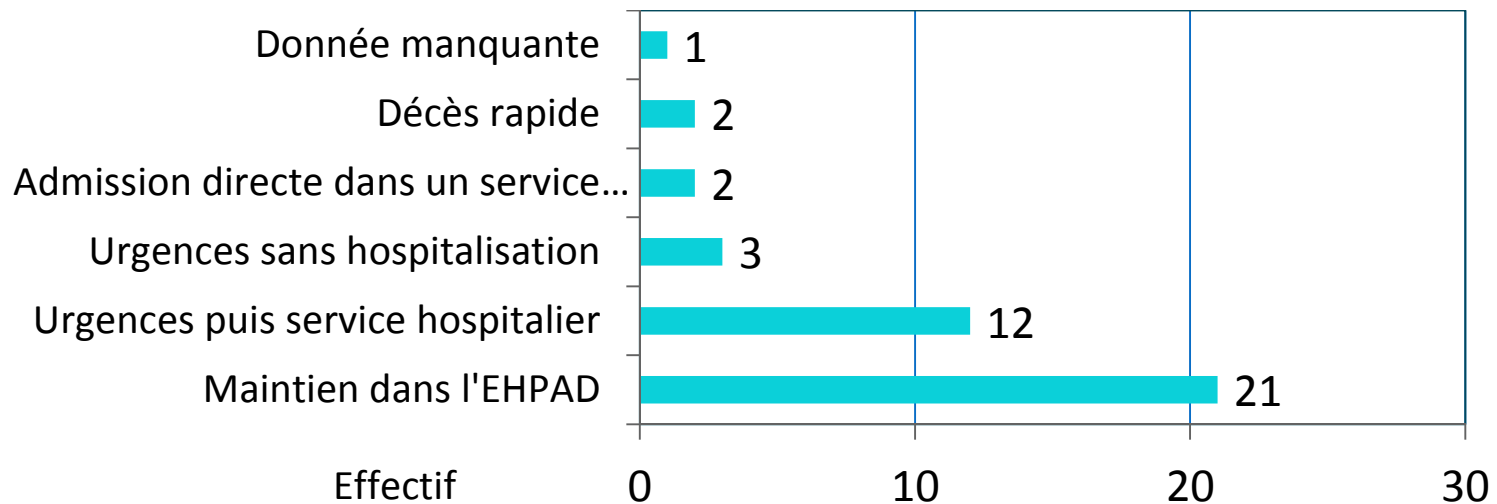
=> La fiche SAMU-PALLIA est connue dans 15 à 50 % des EHPAD selon le département

# Résultats : phase quantitative

**41 situations « d'urgence de fin de vie »**

- **Quelle a été l'orientation du résident ?**

- **Nuit et week-end : 16 résidents**
- **Qui est intervenu sur place ou par téléphone ?**
  - Le plus souvent IDE et MT





# Résultats : phase quantitative

**41 situations « d'urgence  
de fin de vie »**

- **Parmi les 14 résidents hospitalisés, les raisons invoquées étaient :**
  - Demande des proches : 3 résidents
  - Demande de l'équipe : 4 résidents
  - Demande du patient : 1 résidents
  - Impossibilité de soulager les symptômes sur place : 11 résidents
  - Médecin dans l'impossibilité de se déplacer : 3 résidents
  - Décision prise par un médecin qui ne connaissait pas bien le contexte : 2 résidents

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

# Résultats : phase quantitative

**41 situations « d'urgence  
de fin de vie »**

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

## Résultats : phase quantitative

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	6,3
1 ou 2 infirmiers	19,7	3.4

Présence d'1 médecin co	Taux brut de décès dans l'EHPAD*	Taux brut de décès à l'hôpital *
Non	15,9	8,6
Oui < 0,5 ETP / 100 lits	14,8	5,4
Oui > 0,5 ETP /100 lits	17,3	5,2

\* Pour 100 résidents/an

**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...)



## Résultats : réunions territoriales

**Les recommandations, élaborées au cours des GT régionaux ont été présentées lors de réunions organisées avec la CARESP, sur chacun des 8 territoires de santé bretons, avec la présence de professionnels :**

- Des EHPAD (médecins-coordonateurs, IDE-co, directeurs)
- Des structures ressources en Soins Palliatifs (médecins, IDE)
- Libéraux (médecins, IDE)

## Synthèse des réunions territoriales

### Consensus des participants sur les recommandations à mettre en œuvre

- ✓ Ressources extérieures en Soins Palliatifs
- ✓ Fiche SAMU PALLIA
- ✓ Formation
- ✓ Rôle du psychologue
- ✓ Projet d'établissement
- ✓ Astreinte infirmière mutualisée
- ✓ Evaluations des pratiques professionnelles

### Consensus des participants sur la non pertinence ou la non faisabilité des recommandations proposées

- ✓ Directives anticipées
- ✓ Lits soins palliatifs adossés aux urgences
- ✓ Contact téléphonique USP
- ✓ Astreinte médicale de seconde ligne

### Divergences d'opinions sur certaines recommandations en fonction des spécificités territoriales

- ✓ Modalités d'intervention des HAD, des EMSP, des RSP
- ✓ Moyens d'anticiper/traiter les situations d'urgence
- ✓ Prescriptions anticipées



# Recommandations faisant consensus en région et ouvrant des pistes d'action publique

1 - Améliorer l'information aux EHPAD concernant les ressources de soins palliatifs disponibles en proximité

**Constat énoncé en lien avec les résultats de l'enquête (cf diapo 10) :**

⇒ Sous-utilisation des ressources de proximité

**Leviers d'action cités comme pertinents par l'ensemble des groupes territoriaux :**

⇒ Améliorer la diffusion des dépliants d'information édités par la CARESP sur l'offre de ressources de soins palliatifs par territoire de santé

⇒ Assurer la délimitation des secteurs géographiques d'intervention des EMSP/RSP au sein d'un territoire de santé particulier

A noter que ces deux actions sont inscrites dans le Plan d'actions régional de SP ARS 2015-2018



# Recommandations faisant consensus en région et ouvrant des pistes d'action publique

## 2 - Développer la formation en soins palliatifs des professionnels des EHPAD

### **Préconisation énoncée au vu des résultats de l'enquête (cf diapo 7) :**

⇒ La formation en SP et la communication sur les outils existants restent à renforcer dans les EHPAD

### **Leviers proposés lors des discussions en réunions et groupes territoriaux :**

⇒ Favoriser l'inscription de la formation aux soins palliatifs dans les projets des EHPAD (en particulier dans les EHPAD non-hospitaliers)

⇒ Assurer la formation de l'ensemble des professionnels et sous différentes modalités

⇒ Mettre en place un financement régional de l'outil Mobiquat ?



# Recommandations faisant consensus en région et ouvrant des pistes d'action publique

3 – Développer la rédaction des fiches SAMU-PALLIA pour les résident d'EHPAD en soins palliatifs / en fin de vie

**Constat énoncé en lien avec les résultats de l'enquête (cf diapo 7) :**

⇒ Méconnaissance par les EHPAD des possibilités de signalement au Centre 15

**Résultats des discussions en groupes territoriaux :**

⇒ Améliorer la diffusion de la fiche SAMU-PALLIA et clarifier ses objectifs et modalités d'utilisation (Action 13 du Plan régional de SP en cours de déploiement)

⇒ Améliorer les liens entre fiche SAMU-PALLIA et le DLU





# Recommandations faisant consensus en région et ouvrant des pistes d'action publique

## 4 - Favoriser l'intervention des psychologues en EHPAD

### **Résultats des discussions en groupes territoriaux :**

⇒ Le rôle du psychologue au sein de l'EHPAD est pointé comme primordial par l'ensemble des EHPAD, pour garantir l'accompagnement des résidents, familles et professionnels



# Recommandations faisant consensus en région et ouvrant des pistes d'action publique

5 - Favoriser l'inscription d'un volet « soins palliatifs » dans les projets d'établissement des EHPAD

## **Résultats des discussions en groupes territoriaux :**

⇒ Le projet d'établissement (élaboré si possible avec l'ensemble des professionnels et en favorisant autant que possible l'association des médecins traitants) est reconnu par les professionnels participant comme un levier important pour le développement de la démarche palliative au sein de l'EHPAD



# Recommandations faisant consensus en région et ouvrant des pistes d'action publique

6 - Développer l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) en EHPAD en reprenant les dossiers et situations de patients ayant donné lieu à une hospitalisation inappropriée

## Résultats des discussions en groupes territoriaux :

⇒ Principe des EPP jugé intéressant par l'ensemble des participants, avec les conditions/modalités suivantes :

- Nécessité du temps médical
- Intégrer aux EPP le personnel de nuit
- Nécessité de bien définir les modalités d'organisation de ces évaluations de pratique



# Recommandations faisant consensus en région et ouvrant des pistes d'action publique

## 7 - Retours sur l'expérimentation des astreintes IDE de nuit mutualisées entre plusieurs EHPAD

### **Résultats des discussions en groupes territoriaux :**

- ⇒ La majorité des appels (sauf TS 7) semblent répondre à un besoin de réassurance du professionnel « isolé » la nuit au sein de son EHPAD et n'entraînent pas de déplacement physique du professionnel d'astreinte.
- ⇒ La question des moyens de faciliter la transmission des informations et du dossier médical du résident entre EHPAD mutualisant un temps d'IDE de nuit est posée (transmission des dossiers via des logiciels communs ou des liens entre les différents logiciels utilisés par les EHPAD?)



# Conclusion

- ❖ Une étude qui a mobilisé autant les professionnels de soins palliatifs que des EHPAD
- ❖ Valeur ajoutée d'un projet de recherche CHU-CARESP
- ❖ Des pistes d'action pouvant être relayées sur le terrain par la CARESP