

Historique du groupe et mise en place

Le GCSMS REGEHVO dans son plan pluri-annuel d'action a positionné en axe transversal de travail le thème des relations et fonctionnement entre les EHPAD et les URGENCES.

Les objectifs de ce groupe de travail sont **d'optimiser le parcours de la personne âgée sur le territoire**, en particulier pour les urgences. Plusieurs acteurs sont impliqués : les EHPAD, le service d'Accueil des Urgences, mais aussi les médecins libéraux, le SAMU Centre 15, Médigarde,...

Si un groupe de travail « Urgences » a déjà existé dans l'antériorité de REGEHVO, il a paru nécessaire de reprendre la réflexion sur cette thématique et d'aller plus avant.

Par ailleurs la constitution d'un tel groupe de travail répondait également à une demande émanant du Centre Hospitalier de Remiremont et de son Service d'Accueil des Urgences.

Pourquoi optimiser le parcours de la personne âgée entre les EHPAD et les Urgences ?

Il est clairement établi que l'hospitalisation d'une personne âgée est synonyme de situation à risque de perte d'autonomie, de majoration du déclin cognitif et fonctionnel voire de décès. Ce risque est plus particulièrement évident chez les personnes âgées fragiles ou déjà dépendantes.

Or les résidents des EHPAD sont principalement des personnes âgées de plus de 80 ans, poly-pathologiques, fragiles ou plus ou moins dépendantes et fortement exposées à des décompensations aiguës, plus ou moins graves et en cascade.

S'il y a des hospitalisations en Urgence qui sont réellement nécessaires, il faut reconnaître aussi que selon les études 19 à 67% des hospitalisations auraient pu être évitées, tandis que d'autres sont réellement inappropriées, constituant une réelle perte de chance pour le résident.

Comment optimiser le recours aux Urgences pour rendre le plus pertinent possible les hospitalisations non programmées des résidents âgés ?

Par ailleurs comment optimiser le retour des Urgences vers les EHPAD quand il n'y a pas d'hospitalisation ?

Enfin comment optimiser les interventions des services d'Urgence sur place au sein des EHPAD ?

Etat des lieux

La première réunion a permis via des échanges libres entre les intervenants de faire l'état des lieux sur notre territoire et de cibler les grands axes de réflexion et travail.

Les points suivants sont issus de la synthèse des discussions et tracent un premier cheminement à suivre pour les thèmes à aborder par le groupe.

MIEUX SE CONNAITRE : S'INFORMER des FONCTIONNEMENTS de CHACUN

Il s'agit de diminuer les méconnaissances de fonctionnement et compétences des uns et des autres dans la chaîne des professionnels du parcours de la personne âgée.

MIEUX COMMUNIQUER

Il s'agit d'optimiser la transmission des informations dans les deux sens : des EHPAD vers le service des Urgences, des Urgences vers les EHPAD mais aussi des EHPAD vers les centres de régulation des appels d'urgences, médigarde,... et inversement.

HARMONISER

Harmonisation des conduites à tenir en EHPAD pour les situations aiguës les plus fréquentes
Harmonisation commune d'une liste de « médicaments d'urgence »
Harmoniser les renseignements de la fiche d'appel au 15 / médigarde

ANTICIPATION, PERTINENCE et CONNAISSANCE DE LA FILIERE DE GERIATRIE

Comment anticiper les situations de décompensation aiguë ?
Comment améliorer la pertinence ?
Connaître le fonctionnement, savoir recourir à la Filière de Gériatrie du Centre Hospitalier de Remiremont

THEMATIQUE DES SOINS PALLIATIFS EN EHPAD

Quelles situations palliatives en EHPAD ?
Comment les repérer ? Comment anticiper certaines situations de crise?

I - MIEUX SE CONNAITRE : S'INFORMER des FONCTIONNEMENTS DE CHACUN

1) Le groupe a pu dans un premier temps bénéficier d'**informations d'ordre général** sur les EHPAD, les Services d'Urgences, et sur d'autres thématiques plus spécifiques en lien avec le thème du groupe.

Retenons :

L'EHPAD est un lieu de vie, accueillant principalement des personnes âgées de plus de 80 ans, dépendantes et poly-pathologiques, ce qui sera synonyme de décompensations aiguës, graves et en cascade ainsi qu'une Prise En Charge complexe. Celles-ci sont accueillies dans un établissement où le taux en personnel est faible mais le temps de présence au résident important. La famille du résident est souvent très présente avec une implication plus ou moins adaptée.

Les Urgences sont un lieu de haute technicité, destiné à la prise en charge de pathologies aiguës graves, avec un fort ratio de personnel mais un temps de présence au patient faible, avec souvent une méconnaissance au moins partielle des problématiques gériatriques.

Selon une étude dans les EHPAD Nord Pas de Calais en 2009-2011 (103 établissements), les causes principales d'hospitalisation non programmées sont : traumatique (59,5%), Respiratoire (39%), Neurologique, Cardiologique.

Dans ces EHPAD les professionnels les moins qualifiés présentaient le plus fort taux de ressenti « mal à l'aise » dans les situations aiguës. Les gestes d'urgence sont connus mais seulement 22% des professionnels des EHPAD se sentent suffisamment formés. La majeure partie des professionnels avaient déjà été confrontés à des situations urgentes, avaient sollicité le 15.

Seulement la moitié des établissements disposaient de chariot d'urgence, d'oxygène, de saturomètre.

Tous les professionnels souhaitaient au mieux le maintien des résidents à l'EHPAD mais se retrouvaient face à deux problèmes : premièrement la capacité des personnels d'EHPAD à faire face aux situations d'urgence dépend de leurs compétences initiales et acquises ainsi que du sentiment de « se sentir à l'aise », cela est variable selon la profession ; deuxièmement les professionnels se retrouvaient face à l'absence de prescriptions anticipées pour résoudre certains problèmes et à l'insuffisance de prévention de certaines situations (chutes).

Par ailleurs les difficultés étaient majorées par : les moyens techniques disponibles, la qualité du dossier médical du résident, la non utilisation du DLU, la méconnaissance des conventions et fonctionnement avec le CH référent territorial.

Au niveau des Urgences on sait que le repérage précoce des risques de perte d'autonomie permet leur Prise en Charge en vue de les prévenir dès les premières heures. Il est important d'éviter les ré hospitalisations par l'analyse et la gestion des facteurs de risque gériatriques. Pour les Personnes Agées, hospitalisation égale danger de perte d'autonomie et décès.

Les études montrent que la présence d'un IDE la nuit à l'EHPAD ou d'une Ide d'astreinte permet de diminuer le taux d'hospitalisation des résidents.

En juin 2015, la HAS a mis à jour le Dossier de Liaison d'Urgence (DLU) et la Fiche de Liaison Urgence (FLU).

La HAS a publié un document « comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents d'EHPAD ».

2) Le groupe de travail a souhaité réactualiser les informations destinées aux médecins urgentistes au sujet du fonctionnement et des possibilités techniques et humaines des EHPAD afin de combler le manque d'informations concrètes concernant les nombreux et divers établissements du territoire, principaux partenaires dans la prise en charge de la personne âgée résidant en institution.

Il a donc été décidé de remettre à jour le **répertoire des EHPAD à l'usage des urgentistes** qui avait été constitué par le premier groupe URGENCES EHPAD de REGEHVO en 2008. Ce Répertoire sera aussi transmis aux EHPAD de REGEHVO et du territoire, pour une meilleure connaissance mutuelle inter établissements.

Par ailleurs quelques documents « mémo » ont été joints issus des réflexions du groupe au cours de l'année tels que par exemple :

- les compétences de l'aide soignante en EHPAD,
- la liste des médicaments d'urgence souhaités en EHPAD pour harmoniser les médicaments disponibles à la prescription des urgentistes,
- l'ensemble des fiches relues par le groupe de travail « Conduite à Tenir pour les aide soignantes de nuit et infirmières en EHPAD »...

Le document sera également accessible sur le site internet du réseau : www.regehvo.fr

3) Compétences des Aide Soignantes de nuit ou sans Ide en EHPAD

Il a été abordé à plusieurs reprises la thématique des compétences des Aide Soignantes en EHPAD.

Les aide soignantes de nuit s'interrogent sur leur possibilité de réaliser certains gestes ou actes : débiter une oxygénothérapie la nuit, réaliser un dextro, ... en l'absence d'une IDE dans l'établissement. Elles sont souvent confrontées à des interlocuteurs (Medigarde ou 15) qui ne prennent pas en compte leur champ de compétence ou ne le connaissent pas tout simplement, voire font du « chantage » pour que l'aide soignante réalise une tâche qui n'est pas de son domaine.

Il est décidé par le groupe de relire les décrets de compétence (annexe V de l'arrêté du 25 janvier 2005) et de rédiger une fiche synthétique simple qui pourra être insérée dans le répertoire des EHPAD à l'intention des Urgentistes. Par ailleurs il apparaît souhaitable à un moment donné de communiquer également ces éléments auprès du centre 15et de Médigarde. Ce travail sur les compétences des Aides soignantes leur permettra aussi de bien connaître leur champ de compétence et d'en faire état en cas de demande abusive d'un interlocuteur.

L'arrêté est donc relu et commenté au regard de l'objectif fixé. Une liste de soins faits ou non faits est rédigée. Dans la discussion on remarque des pratiques très différentes d'un établissement à l'autre. On note bien une différence entre la réglementation et la réalité de terrain, qui n'est pas la même si on est une EHPAD en milieu Urbain dense ou en milieu Rural ou semi Rural.

La question des actes possibles si l'aide soignante a été formée (mais où, avec quel document certifiant la formation, ou d'éventuels protocoles d'établissement...) est également évoquée. (exemple des glycémies capillaires) (exemple de la canule de Guédel qui peut être posée par une aide soignante car la formation initiale inclut la formation aux gestes d'urgence basiques)

Pour établir cette fiche synthétique simple des compétences des aide soignantes ont été consultés : outre les textes de loi, des documents ARS d'autres régions, des articles de revues soignantes, un enseignant de l'IFAS, certains directeurs d'EHPAD ont pu assister à une part de la discussion du groupe pour répondre de leur point de vue. Un contact auprès de la SHAM (assureur) a également été effectué mais resté sans réponse à ce jour.

Il est à noter que certains nouveaux fonctionnements tels que la sollicitation via la télé-médecine dans le cadre de protocoles départementaux validés par l'ARS, vont eux mêmes au-delà de la réglementation en ce qui concerne certains actes comme la réalisation de la glycémie capillaire demandée à une aide soignante.

D'autres protocoles sont évoqués : mise en place d'Oxygène sur prescription du médecin régulateur ? Technique de prise d'une saturation en oxygène.

La notion d'urgence de la situation est aussi à prendre en compte dans cette réflexion.

Ainsi un document synthétique consensuel a été rédigé (annexe).

4) Tout au long des séances du groupe des échanges fructueux entre les professionnels des urgences et les professionnels des EHPAD ont permis de mieux se connaître ainsi que les fonctionnements respectifs. Une visite du service des Urgences a été réalisée, une visite de certaines EHPAD également où avaient lieu les réunions.

II - MIEUX COMMUNIQUER

Il s'agit d'optimiser la transmission des informations dans les deux sens : des EHPAD vers le service des Urgences, des Urgences vers les EHPAD mais aussi des EHPAD vers les centres de régulation des appels d'urgences, médigarde,... et inversement.

1) Dossier Liaison Urgence (DLU) et Fiche de Liaison Urgence (FLU)

Une mise au point a été effectuée au sein du groupe sur l'actualisation des recommandations HAS de juin 2015 en ce qui concerne le DLU et la FLU.

Pour ce qui concerne le DLU

Une différence d'utilisation tient en premier lieu aux EHPAD ayant des dossiers résidents informatisés et aux EHPAD n'ayant pas de dossier résident informatisé.

Pour les EHPAD fonctionnant en mode papier, il est fait état d'un problème de remplissage des documents car pas de médecin coordinateur disponible et médecins traitants pas coopérants. De plus les données doivent être actualisées régulièrement et doivent permettre d'identifier les pathologies actives et le processus évolutif depuis l'admission. Il arrive dans certains EHPAD qu'il n'y ait pas de contact entre l'infirmière et le médecin traitant visitant son patient ce qui complique les choses.

Pour les EHPAD fonctionnant avec les dossiers résidents informatisés, il faudra demander au prestataire une mise à jour en lien avec les recommandations. Le remplissage semble un peu plus réalisé mais toujours avec difficulté quant à la participation des médecins traitants.

Pour ce qui concerne la FLU

Lors d'une autre réunion, le groupe s'est rendu sur place au service d'accueil des urgences du CH de Remiremont. Mme le Dr VANNSON chef de service des urgences et Unité d'Hospitalisation de Très courte durée, accompagnée de Mme Amélie BAKPA ont présenté le fonctionnement des urgences et les locaux. Retenons : le rôle de l'infirmier d'Accueil et d'Orientation, les locaux de prise en charge (box d'examen, salle de déchocage, salle d'isolement, salle d'accueil et orientation), l'UHTCD, le nombre des médecins, IDE et aide soignante intervenant aux urgences. Explication sur la filière courte. Retenons également les problématiques de travail accru en période de tension avec parfois des patients alités en attente dans les couloirs du fait du manque de lits disponibles dans l'hôpital.

La FLU a une double utilisation : sur son recto elle est remplie par l'EHPAD qui adresse le résident aux urgences et permet de détailler le motif de transfert en service des urgences, les constantes du patient, des informations relatives à la prise des derniers traitements et repas, les personnes informées du transfert du résident aux Urgences, la liste des prothèses et objets personnels (aller) et une zone de commentaire libre.

Les médecins urgentistes insistent que l'importance de préciser sur la FLU les circonstances d'envoi aux urgences qui sont importantes pour leur analyse médicale de la situation : quel est le problème observé, est ce quelque chose d'inhabituel, préciser l'état antérieur de la personne, depuis quand, ...

La FLU sur son verso est remplie par le Service des Urgences en cas de retour à l'EHPAD sans hospitalisation. Elle permet de renseigner manuellement les personnes prévenues du retour du résident, les documents annexés (ordonnance, etc), le diagnostic ou résumé de passage aux urgences, les prescriptions, la liste des prothèses et objets personnels (retour) sont à cocher sur le recto de la feuille en face de l'aller. Plusieurs observations sont apportées : les problèmes de lisibilité d'écriture manuscrite notamment. Sauf exception un courrier dactylographié de sortie des urgences signé par le médecin urgentiste est joint pour le retour du patient. Bien entendu les aide soignantes de nuit en EHPAD, lors d'un retour d'un résident en période nocturne ou même en période diurne en l'absence de l'infirmière peuvent tout à fait consulter ce courrier émanant des médecins des urgences au sujet du résident.

Est signalé aussi le besoin pour le personnel des EHPAD de savoir si le patient a mangé aux urgences et à quelle heure. Une attention particulière est demandée concernant les prothèses de tout type (auditif, visuel,...) pour le retour, bien vérifier que le résident repart des urgences avec ce qu'il a apporté, de même que pour la carte vitale si elle est jointe (mais une photocopie de l'attestation de carte vitale peut suffire).

2) Au niveau des urgences

Une check list « orientation des personnes âgées depuis le SAU » à utiliser par les professionnels des urgences avant le retour vers les EHPAD a été élaboré en interne au service, présenté et discuté dans le groupe de travail. Son objectif est de limiter les pertes d'informations ou les dysfonctionnements à l'occasion du retour vers l'EHPAD.

3) Au niveau du Centre 15

A plusieurs reprises, une sollicitation a été adressée aux responsables pour les inviter à une réunion de travail. A ce jour aucune réponse n'a été obtenue. Il s'agit d'un objectif du groupe pour l'année prochaine. Un besoin et une nécessité importants de communiquer et d'informer vers le Centre 15 et Médigarde, interlocuteurs des EHPAD, est relevé par le groupe.

4) Renseignements utiles à préciser par le soignant lors d'un appel au Centre 15 ou à Médigarde

Il a paru important au groupe de considérer les renseignements transmis et leurs modalités lors d'un appel au Centre 15 ou à Médigarde.

Après réflexion, le groupe a jugé opportun de proposer à l'ensemble des EHPAD l'utilisation de la « **fiche action – face à une urgence médicale** » travaillée dans le projet télémédecine et dont la mise en place vient de se faire dans certaines EHPAD de REGEHVO.

Cette fiche est donc relue et obtient l'aval du groupe pour être proposée aux autres EHPAD. (fiche en annexe)

5) Matériel : lors de la séance à Cornimont, l'établissement présente sa « valise d'urgence ».

III - HARMONISER

1) Harmonisation des conduites à tenir en EHPAD pour les situations aiguës les plus fréquentes

Apporter une aide à l'analyse des aide soignantes de nuit en EHPAD en l'absence d'IDE devant une situation aiguë, harmoniser les pratiques à ce sujet entre les établissements a été relevé par le groupe comme un point d'amélioration.

Le groupe a travaillé sur des **fiches pratiques** utilisables simplement par les aide soignantes et aussi par les infirmières. Ce travail s'est basé sur un mémoire collectif de plusieurs médecins coordonnateurs. Quelques fiches avaient déjà été travaillées par quelques établissements participant à l'expérience de mutualisation de nuit d'infirmière. Elles sont adoptées par le groupe, quant à la quinzaine de fiches restantes elles sont relues et adaptées par le groupe de travail. (fiches en annexe).

Elles concernent les thèmes suivants :

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| 0-signes de Gravité | 11-Douleurs abdominales |
| 1-Agitation | 12-Diarrhées |
| 2-Traumatisme crânien | 13-Constipation |
| 3- chute | 14-Vomissements |
| 4-Perte de connaissance | 15-Fièvre |
| 5-Déficit neurologique ou AVC | 16-Hémorragie (autre qu'épistaxis) |
| 6-Mal de tête Céphalée aigue | 17- plaie |
| 7-Asphyxie/Fausse Route | 18- grosse jambe chaude |
| 8-Dyspnée | 19-hypoglycémie |
| 9-Saignement de nez Epistaxis | |
| 10-Douleurs thoraciques | |

Lors de la relecture des fiches pratiques de conduite à tenir, il est remarqué que certaines EHPAD disposent de protocoles d'autres pas.

Ainsi l'équipe de Cornimont présente son protocole d'évaluation du degré de l'agitation/agressivité qui permet d'objectiver et standardiser l'intensité du trouble. Il sera ajouté en annexe à la fiche agitation ainsi que le NPI Es. Un recensement des protocoles d'autres EHPAD pourrait être réalisé ultérieurement et partagé sur le site internet REGEHVO.

De même Cornimont transmet son protocole « contention physique » pour information.

En ce qui concerne ces fiches pratiques situation aiguë, le groupe envisage leur évaluation fin septembre après qu'elles aient été diffusées à l'ensemble des EHPAD pour utilisation.

2) Harmonisation commune d'une liste de « médicaments d'urgence »

Le Dr Sabine POIGNON pharmacienne du CH de REMIREMONT et référente de l'EHPAD Léon Werth participe au niveau régional au Groupe de Réflexion des Etablissements Médico Sociaux initié par l'ARS Régionale : « **S'engager dans la prévention de la iatrogénie en EHPAD , Guide de Bon usage** ». Elle présente ce travail.

Il s'agit d'un travail collégial régional initié par l'ARS et l'OMEDIT Lorraine. Au départ il s'agissait d'établir une liste des médicaments à avoir à disposition dans un établissement pour débiter un traitement en urgence, dans une EHPAD qui ne disposerait pas de PUI.

Finalement une revue des médicaments, leurs contre indication ou dangerosité pour les personnes âgées ont été travaillés.

Ce travail a abouti en la constitution d'une fascicule diffusé récemment début novembre 2015 par l'ARS à toutes les EHPAD de la Région Lorraine.

Mme le Dr POIGNON, présente ce travail et les listes des médicaments.

La réflexion du groupe est qu'il serait idéal que les EHPAD du territoire uniformisent leur attitude par rapport à ces médicaments à disposition. Il faudrait aussi que les médecins urgentistes puissent prescrire spécifiquement dans cette liste en cas de retour direct aux EHPAD.

La liste des médicaments du guide étant imposante, il conviendrait un allègement au strict minimum. La liste est épurée.

3) Harmoniser les renseignements de la fiche d'appel au 15 / médiagarde

Cf paragraphe 4) du chapitre II

IV - ANTICIPATION, PERTINENCE et CONNAISSANCE DE LA FILIERE DE GERIATRIE

1) Comment anticiper les situations de décompensation aiguë ? Comment améliorer la pertinence ?

Lors d'une séance spécifique à la thématique, il est abordé les **notions générales** déjà évoquées lors de la première réunion : causes pour lesquelles sont envoyés les résidents aux urgences, les proportions d'hospitalisations évitables constatées dans les études nationales ou d'autres pays.

Il y a un **accord commun** de tous les professionnels pour dire que s'il est possible d'éviter aux personnes âgées un passage par les services d'urgences en utilisant une filière courte (requérant des contacts en filière gériatrique spécialisée notamment et des admissions directes) il faut l'envisager préférentiellement.

D'emblée il est évoqué des problématiques sur la gestion des résidents ayant chuté avec suspicion de fracture et pour lesquels une prise en charge radiologique est nécessaire. Protocoles ? Radio et résultats pathologiques ? Passage aux urgences en filière courte ou pas ? Thème qui pourrait être abordé lors d'une séance spécifique.

Qu'est ce que la pertinence ?

Il y a pertinence si le bénéfice attendu est supérieur au risque.

Il faut Eviter d'hospitaliser s'il n'y a pas d'indication, et Eviter de ne pas hospitaliser alors que l'état le nécessite.

Du côté des urgences

Il est évoqué l'AEPf (*Appropriateness Evaluation Protocol, f pour version française*) : qui est un protocole d'évaluation de la pertinence des hospitalisations via le service des urgences. Il peut servir à déterminer également la non-pertinence des hospitalisations. C'est un outil qui peut être utilisé en prospectif comme en rétrospectif.

La notion de pertinence telle qu'elle est utilisée dans l'AEPf est une évaluation de processus définie du seul point de vue des professionnels de santé. Elle est purement technique et ne prend pas en compte le point de vue de l'utilisateur. Le jugement de valeur sur lequel elle s'appuie est celui de la pertinence technique et de la qualité du soin rendu au malade

Il est nécessaire de faire une distinction entre une hospitalisation **pertinente** et une hospitalisation **justifiée**.

-1° Une hospitalisation est **pertinente** lorsque l'admission ou la journée d'hospitalisation répond aux critères explicites de la grille ou à l'avis d'expert.

-2° Si un patient est hospitalisé pour recevoir des soins qui pourraient être délivrés à qualité égale ou supérieure dans un contexte moins coûteux ou en ambulatoire et que la possibilité de soins extra-hospitaliers n'a pas été utilisée du fait d'une décision inadéquate des professionnels de santé ou d'un défaut de l'organisation, alors l'admission est jugée **non pertinente et non justifiée**.

-3° Un troisième cas est celui où le patient hospitalisé peut recevoir des soins d'un niveau moins technique ou des soins ambulatoires mais pour lequel les structures qui permettraient de répondre à ses besoins n'existent pas à un moment donné. Elles peuvent être simplement indisponibles ou inexistantes dans le système de soins, posant alors des problèmes d'organisation ou de planification. Dans ce cas, l'hospitalisation n'est **pas pertinente mais** la décision des professionnels est adaptée à l'environnement du système de soins et donc l'hospitalisation est **justifiée**.

Du côté des EHPAD, comment améliorer la pertinence quand on adresse un résident aux Urgences.

Le maître mot est ANTICIPER.

Anticipation, procédures et ressources d'expertises : pistes non exhaustives

- au niveau du résident
- au niveau d'une équipe
- au niveau d'un établissement
- ressources extérieures d'expertise
- ressources extérieures de soutien

Au niveau du Résident :

DLU rempli, connaissance du résident (repérer le « pas comme d'habitude »)

•Actions de Prévention :

- Vaccination anti-grippale (diminue les syndromes grippaux mais surtout les surinfections secondaires et pneumonies) et anti-pneumococcique, brossage des dents (diminue les pneumonies)
- Suivi de l'État nutritionnel
- Activité physique autant que faire se peut
- Prévention des chutes
- Diminuer la iatrogénie (effets indésirables des médicaments : antihypertenseurs/diurétiques, hypoglycémifiants, anticoagulants oraux, psychotropes)

Au niveau de l'Equipe :

- Connaissance du résident, de ses pathologies et ses risques ainsi que de son évolution
- Transmissions
- Projets d'accompagnement personnalisé et soins (et si cela s'aggrave qu'est ce qu'on fait?, directives anticipées, souhaits du résident, personne de confiance, famille, ...) (quelle dynamique attendue dans l'évolution ?)
- Identifier les situations palliatives
- Connaissance des protocoles et procédures
- Formation professionnelle (médecin, cadre, IDE, AS, ...) renforce les connaissances et savoir faire et « réassurance » les professionnels

Au niveau de l'Etablissement :

- Permanence des soins : procédures d'appel ?
- Procédures d'établissement : les connaître
- Formation du personnel (soins palliatifs, gériatrie,...)
- Vaccination antigrippale du personnel
- Partenariat avec CH local : urgences, filière de gériatrie,...
- Ressources support : HAD, EMSP,...
- Groupes de travail (REGEHVO groupe urgences..., télémédecine,...)

Ressources extérieures d'expertise

-filière de gériatrie : recours à la filière de gériatrie hospitalière pour améliorer et faciliter le parcours du patient âgé (cf paragraphe suivant)

-EMSP, CDSP cellule douleur et soins palliatifs

...

2) Connaître le fonctionnement et savoir recourir à la Filière de Gériatrie du Centre Hospitalier de Remiremont

Qu'est ce que la filière de gériatrie et son fonctionnement au Centre Hospitalier de Remiremont ?

Trois unités d'hospitalisation : Court Séjour de Gériatrie (bilans programmés ou non programmés diagnostique et thérapeutique pour des problèmes aigus chez des patients âgés fragiles)

Unité de Soins de Longue Durée (Unité d'hébergement permanent permettant d'accueillir des patients ayant des soins médicotéchniques importants en provenance du domicile, des services hospitaliers ou des EHPAD. Présence paramédicale IDE 24/24 et suivi par un médecin hospitalier avec continuité des soins 24/24. C'est un lieu de vie. Si évolution favorable avec stabilisation on peut envisager une sortie de l'unité vers le domicile, un EHPAD. Fonctionne avec le même dossier d'admission que les EHPAD et bientôt IMAD.)

Soins de Suite et Réadaptation (Unité de Soins de suite après hospitalisation en médecine ou chirurgie et Réadaptation permettant soit un retour à domicile, soit un retour à domicile avec des aides, soit une entrée en Etablissement médico social EHPAD ou USLD ou autre. Environ constamment 1/3 de patients en attente d'entrée en EHPAD.)

Des consultations (mémoire, gériatrie, oncogériatrie)

Une Equipe Mobile de Gériatrie intra hospitalière : expertise auprès des services non gériatriques et des urgences. Un souhait d'une équipe mobile territoriale avec des évaluations sur site et des consultations avancées (mais non mise en place du fait d'absence de financement et ressources humaines adéquates)

Un numéro de téléphone unique pour avoir un gériatre en ligne. Appels provenant des médecins traitants, médecins coordonnateurs, cadres de santé EHPAD. Aboutissement de l'avis soit sur simple conseil téléphonique, réalisation d'examen sur lieu de vie, consultation programmée, bilan de jour programmé, hospitalisation prévue programmée.

3) Autres Ressources extérieures de soutien participant à la filière gériatologique départementale ou territoriale

-Hospitalisation à Domicile : HAD

-UCC : unité cognitivo-comportementale départementale (située à Golbey) : il s'agit de prise en charge temporaire type SSR, spécialisée en psychogériatrie pour les troubles du comportement. A l'issue, retour à l'EHPAD si stabilisé ou envisagé autre type établissement

-UHR : Unité d'Hébergement renforcé départementale (située à Mirecourt Mattaincourt) : prise en charge en hébergement permanent type EHPAD pour plusieurs mois ou définitivement de patients ayant des troubles du comportement difficiles à stabiliser. Au bout de plusieurs mois une stabilisation ayant été obtenue, il peut être fait une demande d'admission (doc habituels) pour réadmission en structure de type EHPAD.

-secteur psychiatrique : pas d'unité spécifique de psychogériatrie dans notre département.

V - THEMATIQUE DES SOINS PALLIATIFS EN EHPAD

Le groupe a mis en évidence que devait être abordé dans la thématique de travail le point particulier des situations palliatives.

Quelles situations palliatives en EHPAD ? Comment les repérer ? Comment anticiper certaines situations de crise ?

Le Docteur VALENTIN Yann médecin diplômé en Soins palliatifs et responsable de la Cellule Douleur et Soins Palliatifs du CH de Remiremont est invité par le groupe en tant qu'expert pour cette thématique.

Quelques notions générales issues de l'Observatoire sur la fin de vie en EHPAD sont données :

74% des décès des résidents ont lieu sur l'EHPAD

25% des résidents décèdent à l'Hopital

0,6% des Résidents décèdent dans des Unités de Soins Palliatifs

Dans les deux dernières semaines avant le décès 54% des résidents avaient un antalgique de palier 3 (morphiniques).

Dans les 24 heures avant le décès :

64,5% des résidents n'avaient aucun symptôme douloureux ;

6,7% avaient des douleurs très intenses

et 4,29% des situations de fin de vie ont nécessité un appel au 15, moins s'il y avait une IDE présente.

L'HAS structure la prise en charge en Soins palliatifs en EHPAD de la manière suivante :

- Informer de la possibilité des directives anticipées
- Repérer les Résidents qui nécessitent des Soins palliatifs
- Proposer une prise en charge palliative
- Evaluer la faisabilité de la prise en charge palliative en EHPAD
- Anticiper les situations de crise
- Anticiper une Hospitalisation si nécessaire
- Réévaluer la situation

L'outil MOBIQUAL abordant les soins palliatifs peut être judicieusement utilisé.

Un échange sur les situations de soins palliatifs en EHPAD permet de relever différentes problématiques. Plusieurs points sont abordés :

-Les directives anticipées en EHPAD

Dans la plupart des EHPAD, elles ne sont pas proposées systématiquement à la rédaction.

Problématique de la population présentant des troubles cognitifs.

Quelle est la place du médecin traitant dans leur rédaction ?

Sont-elles réalisables au moment du projet d'accompagnement personnalisé du résident ?

Non signalées dans la FLU.

Ne pas oublier de demander si elles ont été rédigées avant l'entrée en EHPAD.

-La personne de confiance en EHPAD

Il semble difficile de mettre en place la personne de confiance en EHPAD d'autant que peu de résidents ont des fonctions cognitives satisfaisantes leur permettant de désigner quelqu'un. Quand une intervention HAD soins palliatifs est réalisée, la mise en œuvre est plus facile ?

Ce point semble être envisagé dès l'entrée en même temps que la signature du Contrat de Séjour, mais cela se révèle de réalisation difficile... notamment comment aborder la problématique de fin de vie, de directives anticipées et personne de confiance alors que le résident vit déjà un traumatisme psychologique du fait de son entrée en EHPAD (dans la plupart des situations) ? Le Médecin traitant a un rôle à jouer dans ce questionnement.

-REPERER les Résidents en situation de Soins palliatifs ou qui nécessitent des Soins Palliatifs

Le sens de l'observation et les compétences des soignants permettent habituellement de repérer les situations clairement « à risque », les situations palliatives.

Cependant l'équipe est parfois prise de cours dans certaines situations du fait de la rapidité de l'évolution.

D'autres fois c'est le déclin global de la personne qui est observé par l'équipe et il est difficile de dire si c'est l'évolution physiologique naturelle de fin de vie ou si c'est un épisode intercurrent aigu qui survient.

Devant des symptômes d'inconfort, il y a toujours l'évaluation nécessaire et ensuite la prise de décision pour l'orientation vers des soins actifs ou des soins palliatifs.

Importance de l'histoire pathologique de la personne pour savoir où elle en est. Toujours rapporter la situation à un contexte évolutif. Différentes situations sont évoquées comme repérables : cancérologie, maladies dégénératives cérébrales, vieillissement physiologique.

Points d'appel : exemple des fausses routes répétées, dans certaines situations palliatives accepter les fausses routes répétées et éviter l'adressage systématique aux urgences peut être une décision raisonnée.

Il est évoqué l'outil **Pallia10** qui est un outil SFAP aidant par 10 questions à avoir s'il est nécessaire de faire appel aux Soins Palliatifs. Il est utilisable pas tous les soignants.

L'équipe soignante peut identifier un problème plutôt d'ordre médical mais c'est au médecin traitant qu'il revient de tracer la situation dans le dossier. L'équipe peut proposer, l'équipe peut argumenter objectivement pour solliciter ou accompagner le médecin dans la démarche palliative car elle connaît le résident, son histoire et son évolution. Il est cependant relevé par le groupe comme étant difficile de mettre en œuvre une réunion d'équipe pluridisciplinaire avec le médecin traitant (pb de disponibilité de ce dernier).

Dans la **fiche d'appel Action face à une urgence médicale**, il existe une case où l'on peut cocher l'information : « le décès est attendu ».

Dans la FLU il n'y a malheureusement pas d'information sur l'aspect palliatif. Tous les DLU des dossiers résidents informatisés n'ont pas encore intégré la dimension palliative. Il s'agit pourtant d'un élément essentiel et très renseignant pour les médecins urgentistes qui reçoivent le résident aux Urgences.

Démarches institutionnelles : la **check list de l'accompagnement en fin de vie des EHPAD** est relue. Ce peut être un outil pour faire le point pour chaque résident et n'oublier aucun élément.

-ANTICIPER les SITUATIONS de CRISE

Le groupe fait état d'un manque global de consignes anticipées individuelles. (que faire pour tel résident en cas de douleur, détresse respiratoire,..).

Or il est important d'anticiper sur les situations de crise ou les situations à risque de décompenser.

La prise en charge de la famille nécessite également d'être anticipée autant que possible et d'être tracée. Le discours de la famille peut diverger selon l'interlocuteur. La relation médecin traitant famille est aussi à prendre en compte.

On revient sur les directives anticipées pour lesquelles il est parfois difficile au résident d'exprimer ses souhaits autrement que par des notions générales telles que : pas de souffrance, pas d'acharnement,... Il faut accompagner le résident à leur rédaction.

Rôle du médecin coordonnateur et du cadre/IDEC dans l'indication de certaines techniques : exemple d'un positionnement de ceux-ci auprès du médecin traitant pour l'orientation ou non vers la mise en place d'une Gastrostomie d'alimentation entérale.

La fiche **Outil d'Aide à l'anticipation de décisions médicales**, destinée au médecin coordonnateur et à l'équipe soignante de l'EHPAD, est relue et sera mise à disposition.

-FAISABILITE DES SOINS PALLIATIFS en EHPAD

Les soins palliatifs techniques sont limités en EHPAD en fonction des compétences techniques des aide-soignantes de nuit car il faut pouvoir souvent réajuster ou surveiller les moyens techniques utilisés.

Il est ainsi difficile d'envisager la mise en place d'un pousse seringue électrique, d'une PCA, en l'absence de mise en place d'une prise en charge en HAD pour le résident. Les critères d'HAD sont précis pour qu'une mise en place soit effectuée. L'HAD sur notre territoire intervient grâce à la participation des infirmiers libéraux. La mise en place de l'HAD est donc contingentée par l'activité et les disponibilités de ceux ci.

L'Equipe Mobile de Soins palliatifs est bien connue des établissements de même que la Cellule Douleurs et Soins Palliatifs du Centre Hospitalier de Remiremont.

-TRANSMETTRE L INFO NECESSAIRE

au médecin traitant
au 15 médiagarde
et en interne à l'établissement : équipe, médecin coordonnateur...

La **fiche SAMU PALLIA** élaborée par différents intervenants en Soins palliatifs du département 35 est une aide à la transmission des informations nécessaires. Certains membres du groupe signalent qu'elle a déjà été travaillée au niveau des EHPAD du Secteur d'Epinal.

Cet outil est donc relu et retenu comme à proposer dans les documents disponibles pour les EHPAD qui souhaiteraient l'utiliser.

-SE FORMER

CASP pour les Aide soignantes
SISPAD pour les IDE

CONCLUSION de l'Année 2015 2016 et PERSPECTIVES D EVOLUTION

Les thèmes abordés dans le cadre du groupe de travail Urgences EHPAD ont été vastes et riches tout au long de l'année. Les échanges ont été fructueux.

Les réunions ont permis de constituer un nombre conséquent de documents de qualité et utiles, d'en revisiter certains ou d'en adopter d'autres :

-Répertoire des EHPAD du territoire

-Fiche de Liaison d'Urgence

-Check list « orientation des personnes âgées depuis le SAU » à usage interne pour les Urgences

-Fiche synthétique sur les compétences des aides soignantes en EHPAD (intégré dans le répertoire des EHPAD)

-Liste des médicaments d'urgence souhaités en EHPAD pour harmoniser les médicaments disponibles à la prescription des urgentistes (intégré dans le répertoire des EHPAD)

-Fiches pratiques « Conduite à Tenir pour les aide soignantes de nuit et infirmières en EHPAD » (intégré dans le répertoire des EHPAD)

-Fiche Action Face à une Urgence pour l'appel de MédiGARDE ou du 15 (intégré dans le répertoire des EHPAD)

-Check list pour l'accompagnement en fin de vie des résidents

-Fiche SAMU PALLIA

-Fiche Outil d'Aide à l'anticipation de décisions médicales

-Directives anticipées et Personne de confiance en EHPAD

L'ensemble des documents sera disponible sur le site internet regehvo.fr. dès la validation par le groupe et sera adressé à chaque établissement sous la forme d'un classeur orange avec fiches plastifiées.

Le groupe choisit de diffuser l'ensemble de son travail aux établissements du territoire. Le projet de communication aux médecins libéraux paraît indispensable et les modalités seront envisagées pour l'année suivante, de même que la communication auprès du 15 et de MédiGARDE.

Une évaluation de certains documents est envisagée après période d'utilisation. Pour cela un audit va être réalisé avec un questionnaire qui a été conçu lors de la dernière séance de travail du groupe. A la suite de la diffusion des documents cités ci-dessus, un deuxième audit aura lieu.

Par ailleurs le groupe envisage déjà de poursuivre son travail l'an prochain 2016-2017 sur différentes pistes et de différentes manières :

1) Communiquer le travail du groupe

Recueillir et analyser l'audit n°1 puis l'audit n°2

Diffuser les classeurs avec les fiches plastifiées auprès de chaque EHPAD

Diffuser le Répertoire des EHPAD auprès de celles-ci et des Urgences, du 15 de MédiGARDE et des médecins libéraux

2) Etablir des protocoles plus spécifiques mis à disposition des EHPAD (suspicion de fracture, glycémies capillaires, technique de prise de la saturation en O₂,...)

3) Aborder le partenariat HAD EHPAD Urgences

Outre les participants au Groupe de Travail qui souhaitent poursuivre sur l'année 2016-2017, il sera fait appel à la rentrée auprès des EHPAD à nouvelles candidatures si d'autres participants souhaitent rejoindre le groupe.