



Perception de l'intervention d'une EMSP gériatrique par les médecins coordonnateurs et équipes soignantes au sein d'EHPAD de la métropole lilloise

Dr A. HERBAUT, Equipe mobile de soins palliatifs, centre hospitalier Alpes-Leman – 74130 Contamine sur Arve, France

Dr H. CHEKROUD, Service de Soins de Suite, groupe hospitalier Loos- Haubourdin – 59120 Loos

Dr E. CANIATO, Service de Gériatrie, centre hospitalier Alpes-Leman – 74130 Contamine sur Arve





- *Liens d'intérêts déclarés par l'intervenant :*

Aucun





INTRODUCTION

- Souhait d'une majorité de français de finir leurs jours à domicile, mais en réalité 75-80% des patients en fin de vie décèdent encore à l'hôpital. Parallèlement, forte croissance actuelle et à venir de la population gériatrique.
- **Enjeu majeur pour la prise en charge à domicile, dont les EHPAD, de cette population âgée en fin de vie.**
- Existence de différentes alternatives à l'hospitalisation pour favoriser le maintien à domicile, mais insuffisance de la prise en compte de la spécificité de la prise en charge des personnes âgées en fin de vie et nécessité d'un temps médical dédié significatif.
- **D'où la mise en place depuis quelques années d'EMSP extra-hospitalières spécifiquement dédiées aux personnes âgées en fin de vie en EHPAD.**
- Mais, après quelques années de fonctionnement, quelles perceptions des médecins coordonnateurs et équipes soignantes en EHPAD de l'intervention de l'EMSP extra-hospitalière en EHPAD du GHLH?



Perception de l'intervention d'une EMSP gériatrique par les médecins coordonnateurs et équipes soignantes au sein d'EHPAD de la métropole lilloise



L'Equipe Mobile de Soins Palliatifs gériatrique du Groupe Hospitalier Loos-Haubourdin (GHLH)

- Créée en octobre 2012 (plan de développement des SP 2008-2012), elle fait partie d'un dispositif expérimental permettant que l'ensemble des EHPAD de la métropole lilloise puisse bénéficier de l'intervention d'une EMSP.
- Intervention exclusivement en EHPAD publics et privés.
- Rattachée au GHLH, établissement à orientation gériatrique comportant une USP, un SSR, une UCC, une unité de réhabilitation respiratoire et un EHPAD.
- Composition de l'EMSP : 0,5 ETP médecin/2 ETP IDE/0,5 ETP psychologue, temps mutualisé de secrétariat/cadre.
- Territoire d'intervention de l'EMSP:
 - Les cantons de Loos/Haubourdin/Weppes, de Lille et du sud de la métropole lilloise.
 - Les autres secteurs de la métropole sont assurés par deux autres EMSP gériatrique.
 - 28 EHPAD sur le territoire de l'EMSP du GHLH dont 27 ayant signé une convention.
 - Intervention de l'EMSP du GHLH sur 24 des 27 EHPAD conventionnés en 2015, soit 88,9% des EHPAD.



Perception de l'intervention d'une EMSP gériatrique par les médecins coordonnateurs et équipes soignantes au sein d'EHPAD de la métropole lilloise



L'Equipe Mobile de Soins Palliatifs gériatrique du Groupe Hospitalier Loos-Haubourdin (GHLH)

- Modalités de fonctionnement:
 - Respect des textes légaux
 - Missions de conseils et de soutien, non prescripteur sauf urgences
 - Intervention 5 jours sur 7, autant que possible en binôme, dans un délai de 48 heures
 - Nécessité d'une convention signée entre l'EHPAD et l'EMSP pour que cette dernière puisse y intervenir
 - Demande d'intervention faite par le résident lui-même, sa famille, l'équipe soignante ou le médecin coordonnateur de l'EHPAD, le médecin traitant et toujours avec l'accord de ce dernier
 - Demande sous la forme d'un formulaire écrit (parfois sur simple demande téléphonique)
 - Compte-rendu écrit de l'EMSP de manière systématique pour le médecin traitant et l'équipe soignante de l'EHPAD
 - L'EMSP n'est pas là pour recruter des patients pour l'USP du GHLH.



Perception de l'intervention d'une EMSP gériatrique par les médecins coordonnateurs et équipes soignantes au sein d'EHPAD de la métropole lilloise



Particularités de l'EMSP en extra-hospitalier, particularités en EHPAD.

- Un lieu d'intervention qui est le domicile du patient : relation malade/médecin-soignant plus « égalitaire ».
- Des intervenants en EHPAD n'étant pas tous des soignants et moins formés à l'accompagnement en fin de vie : auxiliaire de vie, animatrice...
- Plusieurs interlocuteurs médicaux en EHPAD: articulation médecin coordonnateur/médecin traitant avec chacun un rôle propre.
- Une mission spécifique : maintien du résident autant que possible en EHPAD
- Place prépondérante de la formation (insuffisance de formation théorique, rotation accrue des personnels, des non soignants).



Perception de l'intervention d'une EMSP gériatrique par les médecins coordonnateurs et équipes soignantes au sein d'EHPAD de la métropole lilloise



Spécificités des Soins Palliatifs en Gériatrie.

- Une fréquence différente des pathologies responsables de la fin de vie : insuffisances d'organe et polypathologie+++
- Le long mourir et des soins continus.
- Une perte d'autonomie/démence et troubles cognitifs.
- Des symptômes s'exprimant différemment avec des outils d'évaluation spécifiques.
- Des thérapeutiques à adapter.
- Un environnement socio-familial différent.



Perception de l'intervention d'une EMSP gériatrique par les médecins coordonnateurs et équipes soignantes au sein d'EHPAD de la métropole lilloise



L'ETUDE :

Matériels et Méthode

- Objectif de l'étude

Rechercher si l'intervention de l'EMSP gériatrique était bien en adéquation avec les missions fixées par la circulaire du 25 mars 2008.

- Type d'étude

Etude prospective auprès des médecins coordonnateurs des 27 EHPAD conventionnés avec l'EMSP gériatrique, sous la forme d'un questionnaire comportant 11 questions.

- Durée de l'étude

Questionnaire adressé aux médecins coordonnateurs à la mi-avril 2016 avec date butoir fixée au 31 mai 2016 pour le retour des réponses.



Perception de l'intervention d'une EMSP gériatrique par les médecins coordonnateurs et équipes soignantes au sein d'EHPAD de la métropole lilloise



L'ETUDE :

Matériels et Méthode

- Critères d'inclusion et d'exclusion

- Parmi les 27 EHPAD conventionnés, 2 n'avaient pas de médecin coordonnateur au moment de l'étude.
- 21 médecins coordonnateurs ont reçu le questionnaire parmi les 25 EHPAD conventionnés, ayant au moment de l'étude au moins un médecin coordonnateur.

- Exploitation et analyse des données

- Mise en lien avec résultats du rapport d'activité 2015 de l'EMSP gériatrique (analyse descriptive)
- Comparaison avec les résultats de l'étude de l'ONFV de 2013 : « la fin de vie en EHPAD »





- Taux de retour au questionnaire :
 - 21 questionnaires adressés sur les 25 EHPAD conventionnés.
 - 21 questionnaires correspondant à 19 médecins coordonnateurs différents (2 médecins exerçant simultanément dans 2 EHPAD différents et ayant reçu le questionnaire en double).
 - Sur la base de 19 médecins coordonnateurs, 15 ont répondu au questionnaire dans les délais, **soit un taux de retour significatif de 78,9%**.
- Nombre de médecins traitants exerçant dans chaque EHPAD :
 - Un nombre élevé de médecins traitants dans les EHPAD, et donc d'interlocuteurs pour le médecin coordonnateur et l'EMSP.
 - Deux structures à part : les EHPAD rattachés au GHLH où le médecin coordonnateur est aussi le médecin traitant pour la majorité des résidents.
 - Donnée importante participant à la complexité de la prise en charge en EHPAD tant pour le médecin coordonnateur que pour l'EMSP.

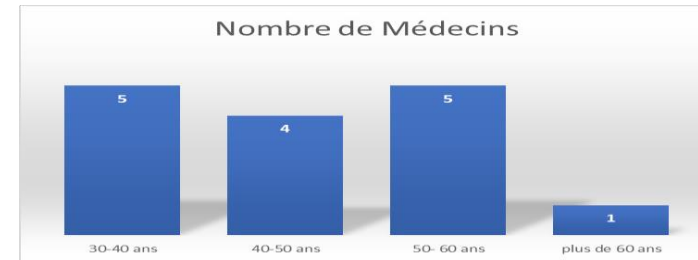


L'ETUDE : Les résultats

- Profil des médecins coordonnateurs :

- Age et sexe : 8 femmes versus 7 homme.

Une population assez bien distribuée sur les 3 premières classes d'âge.



- Formation initiale des médecins coordonnateurs :

Uniquement des médecins généralistes formés sur Lille sauf deux (Paris et Tours).

- Formation continue des médecins coordonnateurs :

73,33% des médecins avec un DU de médecin coordonnateur (11 sur 15).

Cinq médecins sur 15 avec une formation spécifique en soins palliatifs (DU).

- Ancienneté du médecin coordonnateur :

73,33% des médecins avec une réelle expérience dans cette fonction (+ de 5 ans).



Perception de l'intervention d'une EMSP gériatrique par les médecins coordonnateurs et équipes soignantes au sein d'EHPAD de la métropole lilloise



- Nombre annuel de situations palliatives estimé par les médecins coordonnateurs au sein de chaque EHPAD :

Pour 50% de ceux ayant répondu, ce nombre est estimé entre 6 et 10 par an.



- Nombre annuel de sollicitations de l'EMSP dans chaque EHPAD estimé par les médecins coordonnateurs :

Il ressort de cette question une réponse des médecins coordonnateurs marquée :

- Soit par un sentiment d'interventions de l'EMASP en nombre limité (moins de 5 pour 7 médecins coordonnateurs soit 46,7% des répondants)
- Soit par un sentiment d'interventions fréquentes de l'EMASP (plus de 10 pour 6 médecins coordonnateurs, soit 40% des répondants)

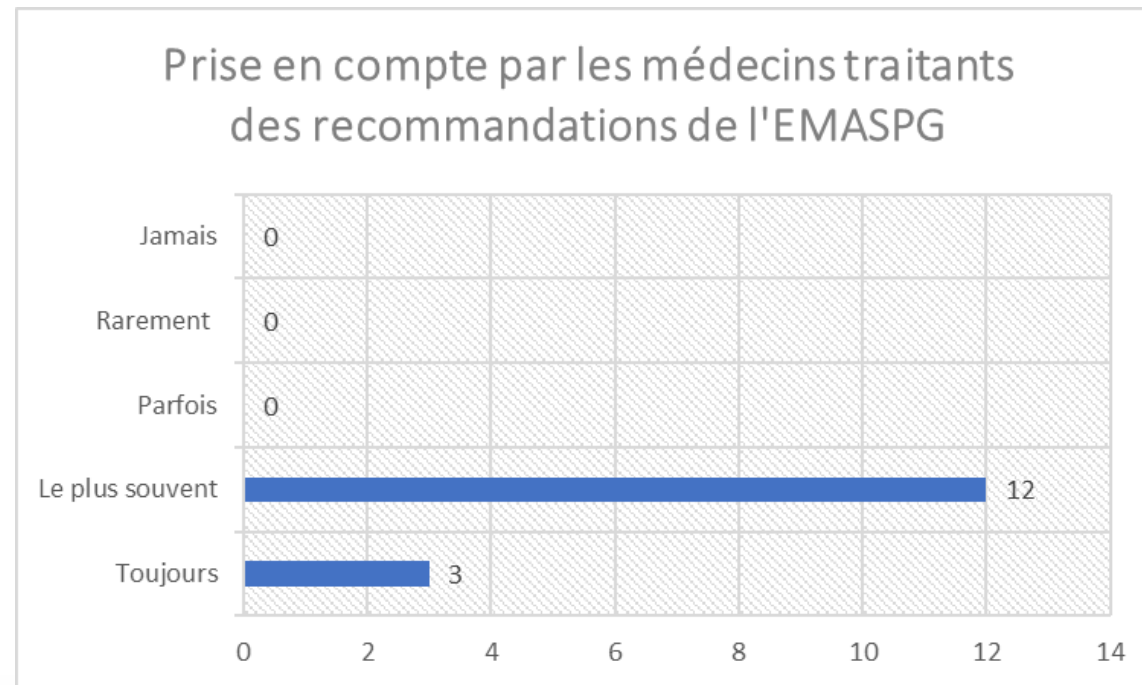


L'ETUDE :

Les résultats

- Suivi des recommandations, apportées par l'EMSP, par les médecins traitants selon les médecins coordonnateurs :

le médecin traitant suit très majoritairement les conseils ou propositions apportés. Dans aucun cas, le médecin traitant n'est jugé comme non réceptif ou en désaccord avec les propositions de l'EMASP.



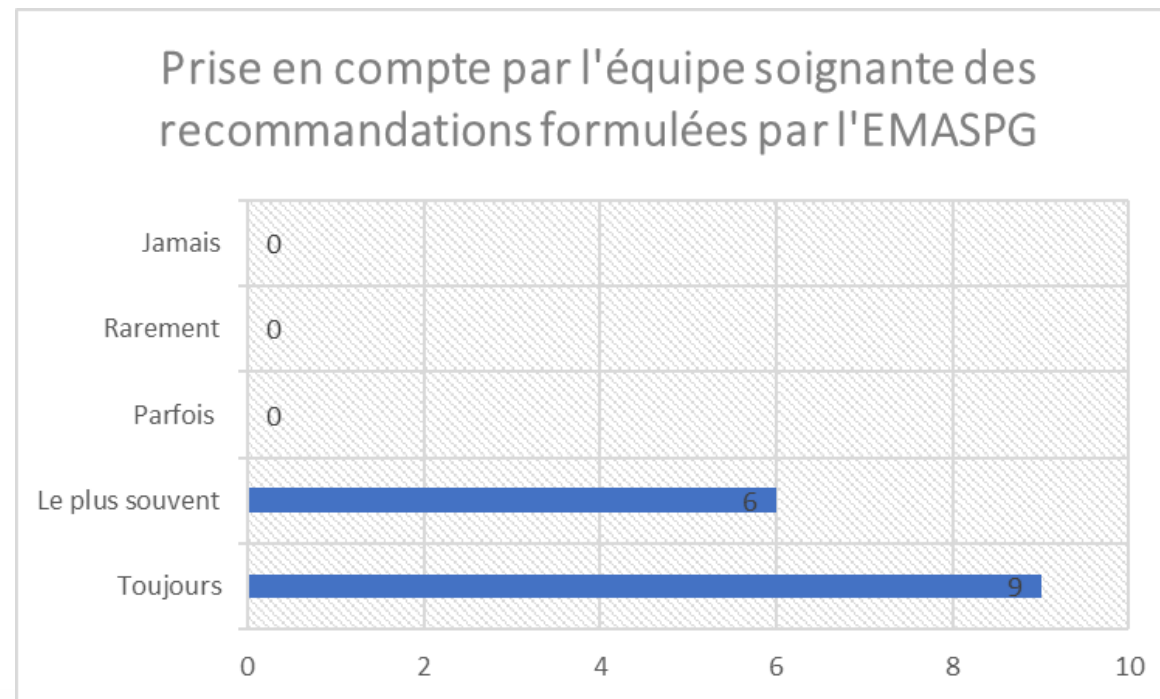


L'ETUDE :

Les résultats

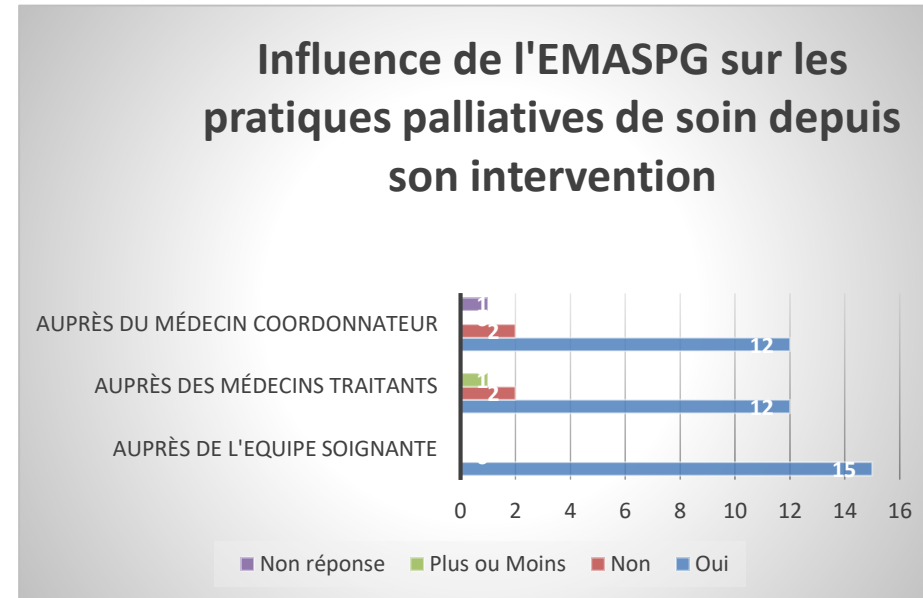
- Suivi des propositions de prise en soins faites par l'EMSP aux équipes soignantes selon les médecins coordonnateurs :

ces propositions sont majoritairement toujours suivies par les soignants (60% des réponses), tandis que pour les 40% restant, elles le sont le plus souvent.





- Impact de l'intervention de l'EMSP sur les pratiques de soin vis-à-vis des situations palliatives :



Un impact globalement positif à 100% sur les équipes soignantes, et à 80% sur les médecins traitants et coordonnateurs.

- Enfin, une utilité de la présence du temps médical au sein de l'EMSP reconnue et jugée utile par 14 des 15 médecins coordonnateurs (1 non réponse).



Perception de l'intervention d'une EMSP gériatrique par les médecins coordonnateurs et équipes soignantes au sein d'EHPAD de la métropole lilloise



L'ETUDE : Discussion

- Un taux significatif de réponse des médecins coordonnateurs (78,3%) : intérêt de ces derniers sur la question de la prise en charge des résidents en fin de vie, avec en 2015 une intervention de l'EMSP dans 24 des 29 EHPAD de son territoire (82,76%).
- Un taux de réponse nettement supérieur à celui retrouvé par l'étude de l'ONFV en EHPAD (53% au niveau national, 59% en Nord-Pas de Calais) : Importance de la relation directe et de confiance avec l'EMSP à la participation à cette étude.
- Un tiers des médecins coordonnateurs avait un DU de Soins Palliatifs, semblant renforcer l'idée d'un intérêt et d'une appétence pour les soins palliatifs. Dans notre échantillon, un pourcentage supérieur de médecins coordonnateurs formés aux soins palliatifs par rapport à l'étude de l'ONFV en EHPAD (15% au niveau national, et 21% en Nord-Pas de Calais).



Perception de l'intervention d'une EMSP gériatrique par les médecins coordonnateurs et équipes soignantes au sein d'EHPAD de la métropole lilloise



L'ETUDE :

Discussion

- Problématique du nombre important de médecins traitants intervenant en EHPAD mise en avant (exception faite de 2 EHPAD où coordonnateur = traitant) : difficulté importante à tisser des liens directs entre EMSP et médecins traitants, même si dans la majorité des situations ces derniers acceptent volontiers l'intervention de l'EMSP.
- Concernant le nombre de situations palliatives estimées/nombre d'interventions de l'EMSP, pour une partie des EHPAD la situation est assez simple, où quand il existe une situation de fin de vie, l'EMSP est de manière quasi-systématique contactée.

La problématique semble se poser sur les raisons d'un recours limité à l'EMSP pour 7 médecins coordonnateurs : méconnaissance de l'existence de l'EMSP des médecins traitants, situations palliatives non identifiées, peur « d'être jugé »?

Travail de communication important à faire encore vers ces structures +++



Perception de l'intervention d'une EMSP gériatrique par les médecins coordonnateurs et équipes soignantes au sein d'EHPAD de la métropole lilloise



L'ETUDE : Discussion

- Les médecins coordonnateurs estiment que les recommandations de L'EMSP sont suivies par les équipes soignantes, mais également par les médecins traitants.
Résultat toutefois à nuancer car ne correspondant pas toujours au ressenti des membres de l'EMSP, en particulier concernant les médecins traitants : nécessité de recontacter « en direct » le médecin traitant pour discuter de préconisations non mises en place; en particulier avec des médecins traitants non habitués à travailler avec l'EMSP (problématique de la relation de confiance).
- Des changements constatés dans les pratiques des soignants/médecins traitants mais nécessité d'une formation régulière et continue (rotation importante des équipes en EHPAD, insuffisance de la formation initiale).





L'ETUDE : Discussion

- La formation : une mission essentielle de l'EMSP en EHPAD et une demande des soignants en EHPAD sous une forme pratique et adaptée (temps limité, au lit du patient, des thèmes adaptés à leur pratique).
- Complexité des situations de fin de vie en EHPAD rendant la place du médecin spécialisé en soins palliatifs au sein de l'EMSP essentielle, et justifiant l'intervention en EHPAD d'une EMSP plutôt qu'un réseau de santé de par ce temps médical plus important : interlocuteur privilégié du médecin coordonnateur, du médecin traitant et de la direction des EHPAD.



Perception de l'intervention d'une EMSP gériatrique par les médecins coordonnateurs et équipes soignantes au sein d'EHPAD de la métropole lilloise



Conclusion

- Une reconnaissance du travail de l'EMSP du GHLH malgré sa courte existence, avec en particulier une évolution des pratiques soignantes. En parallèle, un bon accueil réservé à l'EMSP et un intérêt de la part des équipes soignantes des EHPAD.
- Un élément non ou peu abordé mais bien présent : la souffrance et le manque de reconnaissance des équipes soignantes en EHPAD.
- Deux freins non pointés à une fin de vie dans de bonnes conditions en EHPAD :
 - L'accès à certaines thérapeutiques;
 - La continuité des soins avec en particulier le problème de la présence IDE.
- Des manques à cette étude :
 - Evolution du nombre de décès au sein de l'EHPAD avec l'intervention de l'EMSP
 - Définition des souhaits, besoins et manques des médecins traitants (formation, soutien...)
 - Quid de la perception des proches et de la famille des résidents en fin de vie par rapport à l'intervention de l'EMSP et d'une démarche palliative.

