

# **Réseaux de soins palliatifs et EHPAD**

**Dr Nathalie Nisenbaum  
Présidente de la RESPALIF**

# Une enquête a été diligentée par la RES PALIF fin janvier 2010.

Sur:

- les modalités d'intervention des réseaux en EHPAD
- les insuffisances constatées concernant la prise en charge palliative en EHPAD
- les axes de développement de la démarche palliative en EHPAD.

Quatorze réseaux ont répondu : ils interviennent tous dans des EHPAD (10 EHPAD par réseau en moyenne) au minimum pour des suivis de patients

## Les autres modalités d'intervention (par fréquence décroissante):

- Débriefing ponctuel après situation difficile suivie par le réseau ( 12 )
- Débriefing ponctuel après situation difficile non suivie par le réseau( 9 )
- Formation spécifique pour les équipes d'EHPAD ( 9 )
- Participation de salariés d'EHPAD aux formations du réseau ( 5 )
- Groupe d'analyse des pratiques régulier ( 2 )
- Groupe de parole avec un psychologue, organisé par le réseau ( 2)

# Certains réseaux ont signalé des modes particuliers d'intervention :

- Conseils téléphoniques de prise en charge de patient même s'ils ne sont pas inclus dans le réseau ensuite (prise en charge douleur)
- Réunions de coordination en cours de prise en charge si nécessaire, animées par la psychologue du réseau.
- Participation à une plateforme de recueil de places disponibles en séjours temporaires en EPHAD

# Quels constats des insuffisances à ce jour concernant la prise en charge palliative en EHPAD ?

## 1 Le personnel salarié dans les EHPAD

- nombre insuffisant pour réaliser un travail d'accompagnement correct.
- absence d'infirmière la nuit pour répondre aux symptômes d'inconfort (administration de morphiniques )
- grande souffrance chez les soignants avec peu d'espaces de parole
- La mort reste souvent tabou pour les équipes et les résidents.

## 2 Les médecins traitants

- fréquence des passages souvent insuffisante
- formation limitée en soins palliatifs gériatriques.

# Quels constats des insuffisances à ce jour concernant la prise en charge palliative en EHPAD ?

## 3 La formation en soins palliatifs

Besoins sur:

- prise en charge des symptômes (en particulier douleur et alimentation)
- démarche palliative (en y incluant les soins relationnels et la connaissance des dynamiques familiales).
- repérage et d'identification des soins palliatifs au cours de l'évolution clinique (moment d'entrée en phase palliative) notamment pour les polypathologies, les insuffisances d'organe et surtout les syndromes démentiels.

# Quels constats des insuffisances à ce jour concernant la prise en charge palliative en EHPAD ?

## 4 Le statut et la présence des médecins coordinateurs

- faible temps de présence dans l'institution,
- rarement formés aux soins palliatifs.
- relations pas toujours simples avec les médecins traitants
- prescriptions assurées exclusivement par les médecins traitants sauf en cas d'urgence avec pour corollaire mauvaise prise en charge de symptômes comme la douleur avec un fort sentiment d'impuissance.
- turn over important des médecins coordonnateurs des EHPAD (ainsi que des infirmières coordinatrices).

L'articulation entre médecin traitant, médecin coordinateur et médecin de l'équipe salariée du réseau n'est pas toujours clairement définie et justifie d'y réfléchir dès le début de la prise en charge.

# Quels constats des insuffisances à ce jour concernant la prise en charge palliative en EHPAD ?

## 5 L'intervention des HAD

- pour assurer certains soins lourds
- en réalité très peu présentes dans les EHPAD.

## 6 Le travail en réseau

- manque d'anticipation avec une sollicitation trop tardive du réseau
- appels réalisés dans des situations de crises
- manque de communication, transmissions .

## 7 L'implication des pouvoirs publics

- multiples actions (plans multiples : Alzheimer, bientraitance, grippe, canicule) qui n'incluent pas obligatoirement les soins palliatifs.
- axe prioritaire?



# Quelles modalités de développement de la démarche palliative en EHPAD pour l'avenir ?

intégrer la démarche palliative dans les projets d'établissement avec des moyens en adéquation avec cette politique.

## 1 La formation

Selon diverses modalités :

- formation des équipes des EHPAD sur site ou pas
- formation spécifique pour les médecins coordinateurs
- formation spécifique de « référent soins palliatifs » en lien avec la Loi Leonetti et l'outil MobiQual.

# Quelles modalités de développement de la démarche palliative en EHPAD pour l'avenir ?

## 2 L'intervention des réseaux

dans le cadre d'une démarche globale incluant

- formation,
- expertise au lit du patient: anticipation de la prise en charge de symptômes de fin de vie et faisabilité (gestion des traitements par perfusion, PCA de Morphine )
- groupe d'analyse des pratiques (dont les réunions de fin de prise en charge)
- réunions de concertation avec médecin coordinateur, le médecin traitant et l'équipe dans le cadre de l'arrêt ou de la limitation d'un traitement (loi Léonetti)
- soutien à l'admission en l'USP soit de façon temporaire (le temps de soulager un symptôme ou de résoudre une décision) ou définitive.

# Quelles modalités de développement de la démarche palliative en EHPAD pour l'avenir ?

## 3 Un référent soins palliatifs par EHPAD

former un référent soins palliatifs au sein de chaque EHPAD ayant pour mission,

- la diffusion de la formation aux soins palliatifs
- élément d'interface avec les réseaux en cas de situation complexe.

## 4 L'intervention des HAD

Il s'agit du développement des interventions des HAD dans les EHPAD

# Conclusion

- Des besoins importants
- Une volonté partagée EHPAD- réseaux de soins palliatifs
- Manque de moyens?