



Y a-t-il une place pour les LISP en Gériatrie, en EHPAD ... ?

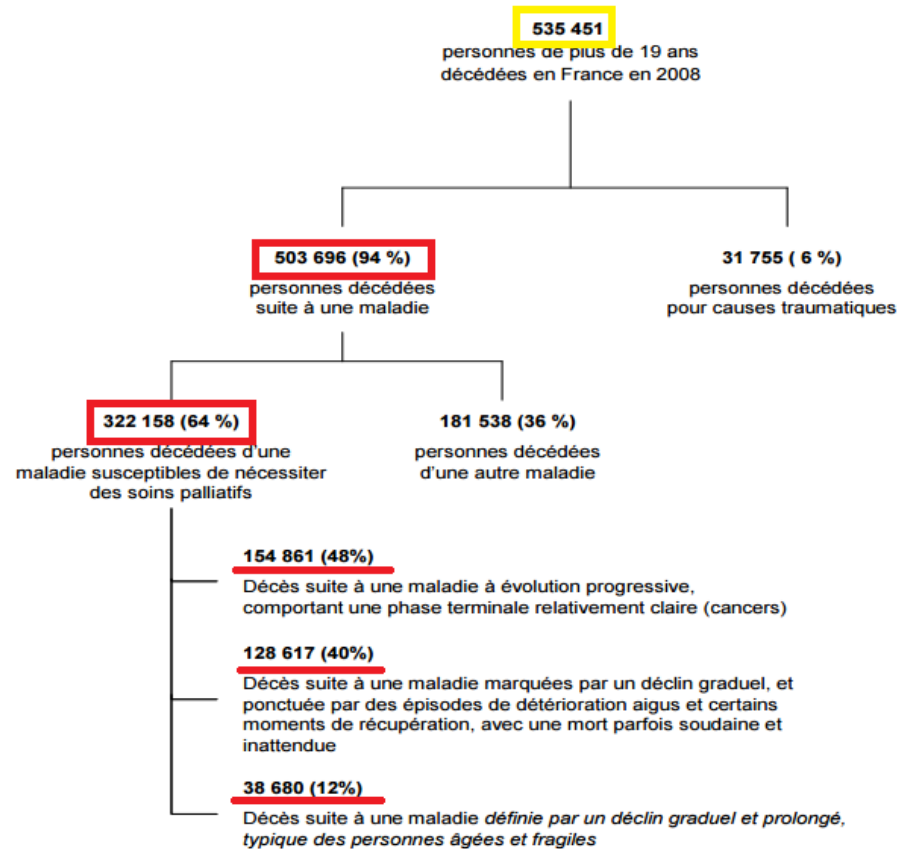
Dr Mireille PERINEAU (EMSP/USP, CH Avignon)

Dr Marie - Guy DEPUYDT (SSR CHRU LILLE)

Dr Maurice RABAULT (Médecin Coordonnateur EHPAD Cos-St-Roch
Avignon)

Figure 1 - Population adulte visée par les soins palliatifs en 2008 (France entière)

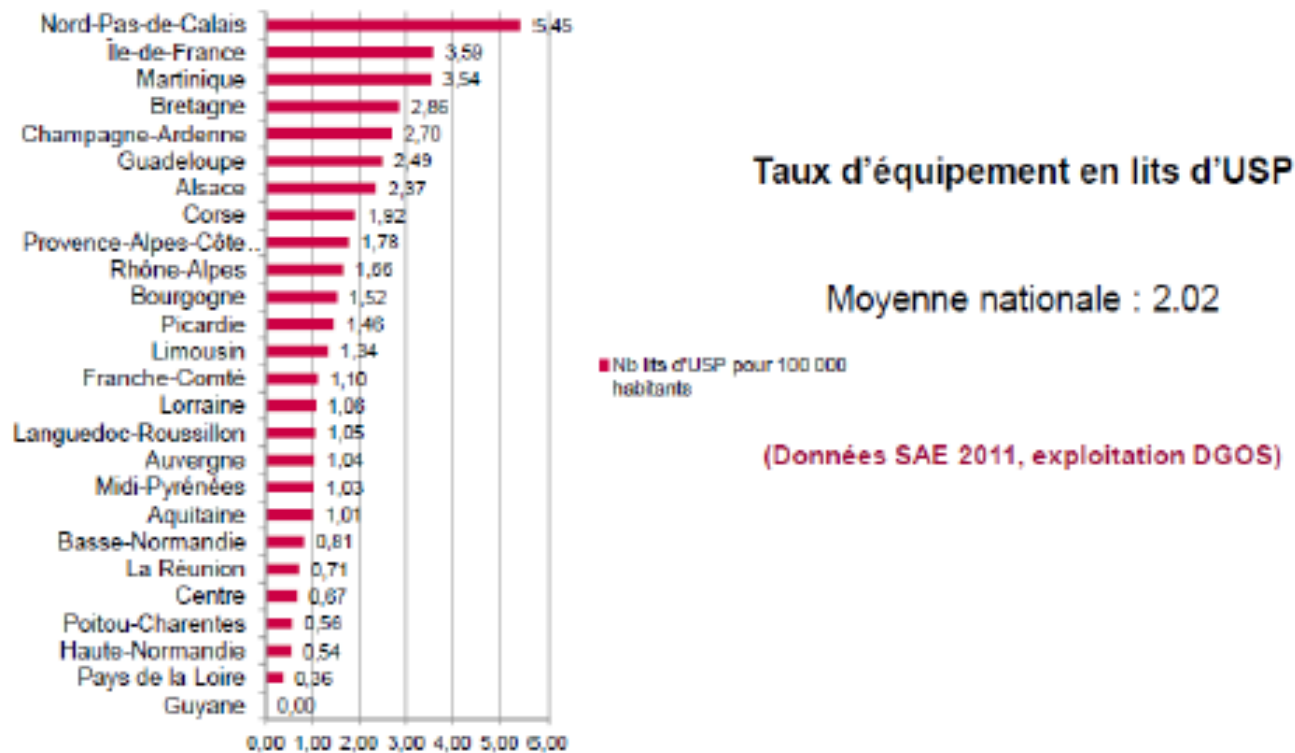
75% PLUS DE 75 ANS



Source : CépiDc INSERM – Exploitation : Observatoire national de la fin de vie

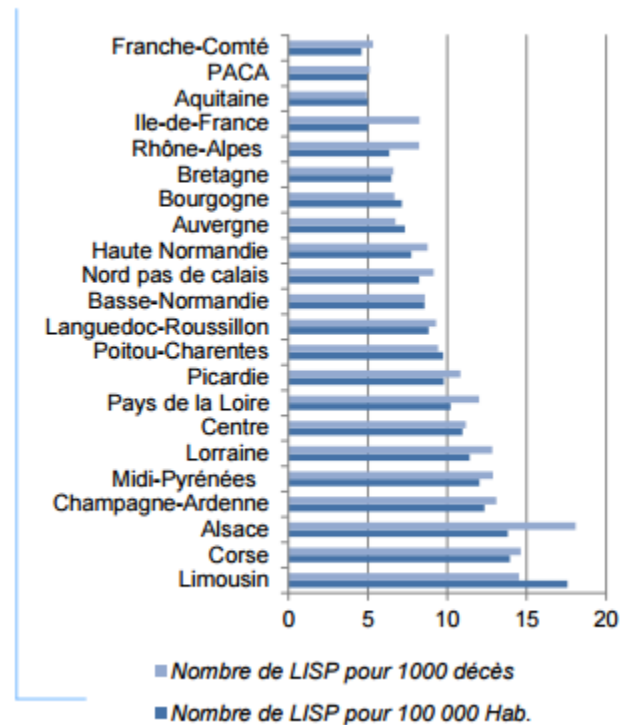
59 % de la
population
en EHPAD
SP

- L'offre de soins : état des lieux



Source : Comité national de suivi du développement des soins palliatifs 2012

➤ Taux d'équipement en LISP par région



➤ Répartition des LISP par région en 2010

Région	Nombre total de LISP	Dont LISP en SSR
Alsace	251	96
Aquitaine	165	51
Auvergne	98	22
Basse-Normandie	120	3
Bourgogne	115	0
Bretagne	202	46
Centre	272	55
Champagne-Ardennes	165	15
Corse	41	4
Franche-Comté	53	8
Haute Normandie	140	32
Ile-de-France	581	50
Languedoc-Roussillon	231	60
Limousin	131	37
Lorraine	267	114
Midi-Pyrénées	337	100
Nord pas de calais	331	130
Pays de la Loire	356	144
Picardie	198	69
Poitou-Charentes	157	25
PACA	232	68
Rhône-Alpes	383	52



- 74 920 DC en EHPAD (20 DC/an/EHPAD,
- 25% des résidents d'EHPAD décèdent chaque année ;
- 74% des résidents décèdent en EHPAD,
- 25% décèdent à l'hôpital, et
- 1% décèdent en unité de soins palliatifs
- 14% des EHPAD disposent d'une IDE la nuit

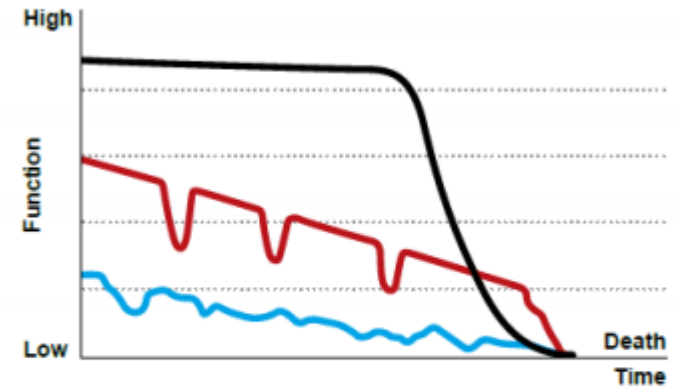


- La disparité :
 - La répartition territoriale ne répond pas toujours à une offre de proximité
 - Le respect du cahier des charges encore trop souvent « *bafoué* » au regard de la circulaire ...
- La spécificité en gériatrie :
 - Les parcours de soins : *des points de rupture* .
 - Quid des MADI ?
 - Les 3 trajectoires de fin de vie :
 - Le manque d'anticipation : projet de soins, limitation de soins, niveau d'engagement thérapeutique , décès aux urgences ...

Le long mourir, le déclin graduel

- Trajectoire n°1
 - La personne atteinte de cancer
- Trajectoire 2 :
 - les pathologies d'organes
- Trajectoire 3 :
 - maladies neuro-dégénératives et apparentées

Graphique 1 - Les trois principales trajectoires de fin de vie



Source: Murray, S.A. et al'

- Déclin rapide (cancer, etc.)
- Déclin graduel (défaillances d'organe)
- Déclin lent (troubles cognitifs, etc.)

- La personne âgée atteinte de cancer :
 - Filière oncologique :
 - Bénéfices : consultation oncogériatrique, consultations EMSP, moins de décès aux urgences, plus d'admission en USP, plus de projet de soins de fin de vie anticipé ?
 - Hors filière onco :
 - Diagnostic tardif (confirmé ou non), stade très évolué, en abstention de traitement spécifique d'emblée
 - Plus de décès aux urgences, informations au patient à la famille ? Moins de signalement aux USP/EMSP ?



- La personne âgée avec une ou plusieurs insuffisance d'organe :
 - Récurrence des épisodes aigus réversibles
 - Défaut d'anticipation des professionnels de proximité (domicile, EHPAD, et des institutions sanitaires) : processus décisionnel d'arrêt ou de limitations thérapeutiques peu anticipé avec risque d'obstination ou d'abandon , risque d'hospitalisation et de décès aux urgences, défaut d'accompagnement...

- La personne âgée atteinte de démence et maladies neurodégénératives :
 - Déclin lent, inéluctable, irréversible :
 - Détresse des proches
 - « lent mourir »
 - Perte des repères, positionnement éthique peu formalisé.
 - Dramatique si associé à une insuffisance d'organe ou cancer
 - Pas de consensus sur la PEC des PNP , dénutrition et du choix du lieu de fin de vie ...

- Les USLD: Spécificités :
 - PEC de malades âgés instables sur le plan médical, avec une charge en soins importante (la nuit) dont le MAD et en EHPAD n'est plus possible
 - Diminution de l'offre de soins depuis 2007 (DRESS)

	2007	2011	
EHPAD	6850 soit 515 000	7752 soit 592 970	+ 902 étb(77 000)
USLD	903 soit 68 142	608 soit 34 187	-295 étb (33 995)

- Lieu de fin de vie ++++ durée de vie plus courte qu'en EHPAD : quels moyens ? place des LISP ?

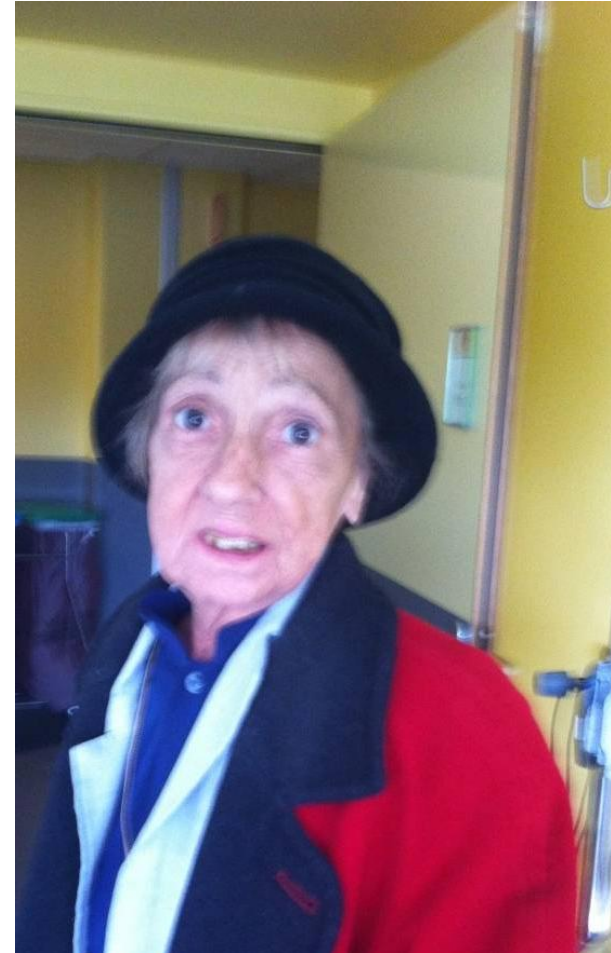
Le Plan National pour le Développement des Soins Palliatifs et l'Accompagnement nous invite :



« à encourager l'appropriation de la démarche palliative partout où elle est nécessaire , que ce soit dans les unités hospitalières non spécialisées, dans les établissements médico-sociaux ou au domicile des patients ,pour garantir une prise en charge de proximité .»

M. TOURAINÉ

- Axe 1, mesure 2 : favoriser l'autonomie des patients dans les décisions qui les concernent.
- Action 2-1 Accompagner le patient dans la démarche de rédaction des directives anticipées par la sensibilisation des médecins généralistes, médecins coordonnateurs en EHPAD, en HAD , gériatres...



- Axe 2 : mesure 7 et 8 : diffuser les bonnes pratiques et soutenir les professionnels et les aidants ...
- Une étude a montré que les personnes souffrant de démence reçoivent moins de traitement antalgique en fin de vie ...
- Projet de recourir aux PTA, favoriser l'accès à l'expertise, aux séjours de répit, à l'HAD, le 4% ...


Etiquette

AIDE A LA DECISION MEDICALE EN CAS D'URGENCE

<input checked="" type="checkbox"/> Privilégier les soins, les thérapeutiques et les protocoles de confort. <input type="checkbox"/> Eviter autant que possible un transfert dans un autre service. <input type="checkbox"/> Eviter autant que possible les gestes invasifs et la réanimation. Autre :	<small>Médecin ayant participé à la collation (nom et fonction):</small> <small>Nom et adresse ayant participé à la collation (nom et fonction):</small>
<small>*Protocoles mis en place :</small> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
<small>*Pathologie(s) principale(s) :</small> <hr/>	
<small>*Patient connu de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs :</small> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
<small>*Existence de discussions préalables avec le patient au sujet de ses choix de prise en charge :</small> Oui <input type="checkbox"/> Impossible <input type="checkbox"/>	
<small>*Existence de directives anticipées :</small> Oui <input type="checkbox"/> (cf. annexes) Non <input type="checkbox"/>	
<small>*Existence d'une personne de confiance :</small> Coordonnées : Oui <input type="checkbox"/> (cf. annexes) Non <input type="checkbox"/> Coordonnées :	
<small>*Existence d'un mandataire judiciaire à la personne :</small> Coordonnées : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Coordonnées :	
<small>*Famille consultée au sujet des choix de prise en charge :</small> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
<small>DATE</small>	<small>NOM ET SIGNATURE DU MEDECIN REFERENT</small> <i>Com Régionale NPC</i>

Axe 2, mesure 9 :

- Développer les soins palliatifs en établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- Favoriser une présence infirmière la nuit dans les EHPAD . Cette présence permet de réduire de 32% les décès de patients hospitalisés après transfert hors urgence.
- 18 000 hospitalisations pourraient être évitées !



Fiche de reconstitution et d'administration	
MIDAZOLAM / HYPNOVEL	
Sédation, Douleur rebelle en situation palliative*	
PRESENTATION	➤ 5mg/ 1ml , ➤ 5mg/ 5ml , ➤ 50mg/ 10ml
INDICATIONS	➤ Sédation en phase terminale. ➤ Soins douloureux pour des douleurs rebelles en soins palliatifs.
CONSERVATION	➤ Seul ou dilué** le midazolam reste stable , (stabilité physico-chimique) .- 30 jours à T° ≤ 25° , à une concentration de 1 mg /ml dans du NaCl 0,9% .- 27 jours à T° ≤ 25° , à une concentration de 1 mg /ml dans du Glucose 5% ➤ En revanche, mélangé à la morphine ou au fentanyl, le midazolam est stable pendant 4 jours.
POSOLOGIE RECONSTITUTION ET DEBIT D'ADMINISTRATION	➤ Sédation en phase terminale: 1.- Titration : voie IV, 1mg par 1ml toutes les 1 à 2 minutes jusqu'à obtention du score 5 à l'échelle de Rudkin. La voie sous-cutanée peut-être également utilisée (délai d'action 10 mn environ). 2.- Suivi : administration continue dont la <u>posologie horaire</u> est la <u>moitié</u> de la dose d'induction. ✓ Soit administration PCA (voir fiche de programmation au verso). ✓ Soit administration PSE - diluer 1 ou plusieurs ampoules de 50mg /10ml dans du NaCl 0.9% pour obtenir une concentration de 1mg/ml et adapter la vitesse de la seringue à la posologie voulue. 3.- Réévaluation : le débit sera réévalué par le médecin pour juger de l'efficacité : soulagement du symptôme et /ou niveau de sédation. ➤ Soins douloureux : en tant que co-analgésique dans les douleurs rebelles en soins palliatifs, après échec ou CI au MEOPA, à la dose de 0,01 à 0,05 mg /kg par voie IV ou SC .
PRECAUTIONS D'EMPLOI ET SURVEILLANCE	➤ Surveiller la profondeur de la sédation à l'aide de l'échelle de RUDKIN : 1 Patient complètement éveillé et orienté 2 Patient somnolent 3 Patient avec les yeux fermés, mais répondant à l'appel 4 Patient avec les yeux fermés, mais répondant à une stimulation tactile légère.(traction sur le lobe de l'oreille) 5 Patient avec les yeux fermés et ne répondant pas à une stimulation tactile légère. ➤ Surveiller les fonctions respiratoires dans l'indication de soins douloureux. Antidote Midazolam = Flumazénil (Anexate*) Chez l'adulte dose initiale de 0.2mg en IVD, puis, si besoin toutes les 60s injecter 0.1mg pour obtenir l'effet souhaité. Dose maximale : 1 mg.

* AFSSAPS 14 JUIN 2010
** Stablis

Faut –il des LISP en gériatrie ?
En EHPAD, en USLD ?

La question est ouverte , mais il est primordial d'asseoir la démarche palliative dans tous les lieux de soins, avoir un accès à l'expertise , aux séjours de répit , *dans un souci d'anticipation où l'engagement thérapeutique ne peut s'entendre qu'au regard d'un souci de bienfaisance.*





- **Références :**

- <http://www.onfv.org/rapport-2013-fin-de-vie-des-personnes-agees/>
- <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Fiches-contributives--la-mission-de-reflexion-sur-la-fin-de-vie.pdf>
- Soins palliatifs en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : état des lieux, problématiques et perspectives
 - » Tanneguy PIALOUX, Emmanuelle Amblard, Médecine palliative, 2013,12, 298-304
- Fin de vie et démence dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
 - » Lucas Morin, Régis Aubry, Médecine palliative, (2015)14, 191-202
- Patients en fin de vie hospitalisés en LISP : quel impact
 - » L Talau, médecine palliative, 2012, 11,314-324
- IGAS, RAPPORT N°RM2009-124P