

**UNIVERSITE PARIS 5**

**Faculté Cochin-Port-Royal**

**Y a-t-il des plages horaires en EHPAD pendant lesquelles les  
décès surviennent plus volontiers ?**

Mémoire collectif

Soutenu le 21 Novembre 2014

Par

**Le groupe de médecin selon l'ordre alphabétique:**

Kakou Augustine, Le Pellerin Laurent, Mabrouki Messaouda, Ouldkada Laalia,  
Randrianasolo Nadira, Razafindrainibe Zanjohary, Sadeddine Mohamed, Tsilanisara Karine,

DIU Inter Universitaire

« Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur d'Établissement d'hébergement pour  
Personnes Agées Dépendantes »

Année universitaire 2013-2014

Directeur de mémoire de thèse du DIU: Dr Serge Reingewirtz

CEN-Stimco, Hôpital Broca, 54 rue Pascal, 75013 Paris

## Remerciements

Nous tenons à remercier tous nos collègues dont la participation active lors de notre enquête a été spontanée. Ces remerciements sont aussi pour toutes les personnes qui les y ont aidés de près comme de loin.

Un grand merci à notre directeur et guide de mémoire pour ces précieux conseils. Ce travail a l'intitulé qui interpelle, hélas sans précédent, n'aurait pu se faire sans vos lumières, car de prime abord évident, la difficulté demeure l'innovation car ce travail est percept.

Nous tenons également à remercier tous nos directeurs extérieurs respectifs ainsi que tous les professionnels, formateurs et intervenants au cours de ce DIU, tous aussi éloquent les uns que les autres. Ils ont su prendre leur temps pour former, transmettre leur savoir et susciter en nous curiosité, réflexion; en somme un savoir faire et être. Ce fut un terrain d'échange agréable.

## Résumé

**Contexte :** selon l'Observatoire de la fin de vie dans son rapport-2013, 90 000 personnes âgées meurent chaque année en EHPAD. Le but de ce travail collectif était de savoir s'il existait des plages horaires pendant lesquelles ces décès surviennent plus volontiers, et si cela pouvait être lié à la présence ou absence de personnel.

**Méthodologie :** 70 questionnaires d'enquête de type perspectif concernant tous les décès survenus en 2013, ont été adressés à nos collègues, médecins coordonnateurs et infirmières coordonnatrices de différents EHPAD.

**Résultats :** 42% des décès de résidents surviennent à l'hôpital et 58% en réalité en EHPAD. 53% de ces décès ont lieu entre 00h et 08h du matin, avec 67,8% des résidents de sexe féminin. Il existe une différence nette entre le nombre de personnel présent de jour et la nuit. Souvent absent d'IDE de nuit, plus d'AS, d'AMP. L'IDEC est toujours présente à la différence des MEDEC. La présence d'une psychologue au sein de l'EHPAD, réduit la moyenne des décès. Plus le GMP est élevé, plus la proportion d'absentéisme et de décès sont élevés.

**Conclusion :** la mort survient volontiers la nuit chez les résidents de l'EHPAD, les causes de ces décès sur ces créneaux horaires seraient liées à l'absence d'IDE de nuit et au nombre restreint en personnels, défavorable pour garantir une bonne continuité des soins.

**Mots clés :** plages horaires- décès- EHPAD

## **Abstract**

**Background:** According to the Observatory of the end of life in its report in 2013, 90,000 elderly people die each year in retirement homes (EHPAD). The purpose of this collective work was to determine if there were time slots during which these deaths occur more often, and if it could be related to the presence or absence of personnel.

**Methodology:** 70 survey questionnaires kind of perspective on all deaths in 2013 were sent to our colleagues, coordinating doctors and nurse coordinators from different nursing homes.

**Results:** 42 % of deaths occur in hospitals residents and 58% actually in nursing homes. 53 % of these deaths occur between 00h and 08h in the morning, with 67.8 % of residents were women. There is a clear difference between the numbers of staff present day and night. Often absent of Nurse in the night, more AS, AMP. IDEC is always present unlike MEDEC. The presence of a psychologist in the nursing home reduced the average death. Over the GMP, the higher the proportion of absenteeism and death are high.

**Conclusion:** death willingly occurs at night for residents of nursing homes; the causes of death on those slots squeezed due to the absence of FDI night and restricted personal, negative number to ensure proper continuity care.

**Key words:** beaches hours- fatal- outcomes nursing homes (EHPAD)

## **Abréviations**

**AMP** : Aide Médico Psychologique.

**AS** : Aide Soignante.

**IDE**: Infirmière Diplômée d'Etat.

**IDEC** : Infirmière Diplômée d'Etat Coordonnatrice

**EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personne Agées Dépendantes

**GMP** : GIR Moyen Pondéré, mesure la dépendance globale de la population qu'un établissement accueille.

**MEDEC** : Médecin Coordonnateur

**PASA** : Pole d'Activité et de Soins Adaptés, propose des activités sociales et thérapeutiques, individuelles ou collectives, pour maintenir ou réhabiliter les capacités fonctionnelles (fonctions cognitives, sensorielles) et liens sociaux de résidents souffrant de troubles du comportement modérés.

**PMP** : Pathos Moyen Pondéré, évalue le niveau moyen de soins médico-techniques nécessaires pour assumer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées. Il est établi à partir de l'analyse transversale des besoins en soins requis, appelée coupe pathos qui donne lieu à une cotation en points.

**SSIAD** : Services de Soins Infirmiers A Domicile, qui ont un rôle majeur à opérer dans ce maintien à domicile.

<b>I INTRODUCTION</b>	<b>6</b>
<b>II METHODOLOGIE</b>	<b>8</b>
<b>III RESULTATS DE L'ETUDE</b>	<b>10</b>
<b>IV DISCUSSION</b>	<b>19</b>
<b>V CONCLUSION</b>	<b>22</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>23</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>24</b>

## 1. INTRODUCTION

Selon l'Observatoire de la fin de vie (ONFV), chaque année, environ 90 000 personnes âgées meurent dans une maison de retraite médicalisée ou EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personne Agées Dépendantes) [3, 5, 11, 13]. L'EHPAD, est un lieu de vie mais aussi un lieu de fin de vie ou "dernière demeure" puisque la mort appartient « naturellement » à la vieillesse [8]. Au vue du nombre de décès survenant dans ces institutions, la fin de vie des résidents est devenue, au fils des années un enjeu de plus en plus important pour l'EHPAD [12]. Il est donc primordial d'accompagner ces personnes âgées (PA) dès leurs admissions dans l'établissement jusqu'à leur décès; En réalité 20 à 30 % de décès dans les EHPAD [7]. Et pourtant, trois quart des PA n'ont pas choisi de finir leur vie en EHPAD et aurait souhaité un maintien à domicile avec l'aide des Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), si possible [1, 12].

Les EHPAD sont supposées remplir certains conditions de fonctionnement dans leur organisation (hébergement, dépendance, soins) et répondre à des règles de sécurité, de personnels, de tarifs, spécifiques [4, 13].

Ainsi, depuis la loi du 24 janvier 1997, complétée par les décrets du 26 avril 1999 [14]; il est fait état de la qualité de vie du résident en institution. Le médecin coordonnateur (MEDEC) et infirmier(ère) coordonnateur (trice) (IDEC), sont les principaux garants de la qualité de la prise en charge des résidents en EHPAD [10, 11, 13]. Le MEDEC n'est pas prescripteur (son rôle: guider la réflexion, aider la famille, noter la synthèse dans le dossier [12].

Nous nous sommes intéressés aux horaires de la survenue des décès en EHPAD, plus particulièrement, s'il y avait des plages horaires pendant lesquels les décès survenaient volontiers en EHPAD, ceci dans le cadre de nos missions communes. Le souci est d'apporter aux résidents la meilleure prise en charge possible durant tous leurs séjours, et plus encore, les accompagner au mieux quand ils sont en fin de vie [12].

Ce travail autour de la question «Y a-t-il des plages horaires en EHPAD pendant lesquelles les décès surviennent plus volontiers?», a suscité toute une série de réflexion. Nous n'avons pas cherché à évaluer la possibilité que l'homme a de choisir son heure de départ, ni d'envisager l'aspect philosophique ou linguistique d'une question sous-entendant en ces

termes : « ...surviennent plus volontiers » comme si selon la croyance « son heure était venue » ou bien « son heure avait sonnée ». Sans doute sommes-nous nombreux à vouloir reléguer ce dernier moment de la vie au plus tard possible, sauf que notre travail concerne les plus de 60 ans en EHPAD [11], alors le sujet est inévitable. Aussi, nous nous sommes penchés sur les éléments qui pourraient influencer l'heure du décès. « Or, dans la grande majorité des situations la fin de vie des résidents en EHPAD (du fait de leur pathologies et de leur perte d'autonomie) nécessitent un accompagnement spécifique [3, 6] ».

A ces problématiques soulevées, nous allons essayer d'analyser, d'apporter quelques éléments de réponse dans ce cadre de ce travail collectif assez difficile du fait de la pauvreté bibliographique puisque le sujet est assez innovant.

Pour ce fait, nos objectifs de travail étaient les suivants :

***Objectifs principaux :***

- Quelles sont les plages horaires pendant lesquelles surviennent plus volontiers les décès en EHPAD ?

- Quelle serait la corrélation entre l'heure de décès et la présence ou l'absence de personnel ?

***Objectifs secondaires :***

- Quel type de personnel est présent en EHPAD (MEDEC, IDEC, IDE, AS, AMP) ?

- Quel est le rôle des effectifs en personnel (jour et nuit) et temps réel de travail ?

- Quel est le rôle du MEDEC et de l'IDEC auprès des équipes de nuit ?

- Quels sont les différents facteurs qui influencent la prise en charge de fin de vie en EHPAD (lié au résident, lié au personnel qualifié, lié à l'établissement: lourdeur, GMP et PMP); cela se ferait-il dans le respect de la qualité de soins et la continuité des soins?

## **2. Méthodologie**

Notre travail de type perspectif s'est déroulé au sein de différents EHPAD de plusieurs villes selon les lieux d'exercice de nos confrères et collègues de DIU médecins coordonnateurs et infirmières coordonnatrices, inscrit à l'université Paris Descartes au cours de l'année scolaire 2013-2014.

Dans le cadre de ce mémoire collectif, nous avons élaboré une fiche d'enquête sous forme de questionnaire standardisé (cf. en annexe), que nous avons adressé à nos collègues du DIU MEDEC et IDEC, ainsi qu'à des collègues d'EHPAD que nous connaissions autour de nous. Nous avons sollicité leur aide ainsi que la participation des membres du groupe. Notre objectif était de toucher le plus grand nombre d'EHPAD, afin de maximiser nos chances d'être représentatif dans la diversité, et plus proche de la réalité. A préciser, que nous avons offert la garantie de l'anonymat à nos collègues, en préservant leur identité et leur lieu d'exercice.

Sur la base du volontariat, ce questionnaire a été rempli et renvoyé quasi dans les délais (nous n'avons souvent pas eu à vraiment relancer les collègues). Ce recensement de tous les décès survenu en 2013, s'est déroulé en pratique, jusqu'à la date de notre dernière session de cours en juin, où nous avons récupéré les derniers documents.

Nous avons adressé 70 questionnaires, nous en avons reçu 42 réponses en retour. A partir de ces questionnaires nous avons relevés et analysés plusieurs données :

### **Concernant le résident,**

- De connaître le nombre de décès des résidents survenu dans et hors (Hôpital, cliniques..) de l'EHPAD durant toute l'année 2013.

- De compléter le tableau mis dans le questionnaire (cf annexe) à propos du nombre de résidents et surtout le nombre de décès survenus en 2013 dans leurs EHPAD selon le sexe en notant la plage horaire de décès.

### **Concernant le personnel,**

- de répondre à un questionnaire comportant plusieurs items essentiels (cf annexe) tels:
  - le pourcentage de temps de travail du MEDEC, de l'IDEC,
  - la présence ou non d'une psychologue dans l'EHPAD, ainsi que son pourcentage de temps de travail.

- le nombre d'IDE, d'AS et d'AMP présents au sein de la résidence le jour et la nuit ;
- le pourcentage d'absentéisme du personnel par an

**Concernant l'établissement,**

- le GMP et le PMP s'il l'a été fait

***L'analyse statistique***

Toutes les données collectées, ont été reportées sur les fiches d'enquêtes validés et analysées grâce au fichier Excel. L'analyse des données a été à la fois quantitative et qualitative.

### 3- RESULTATS

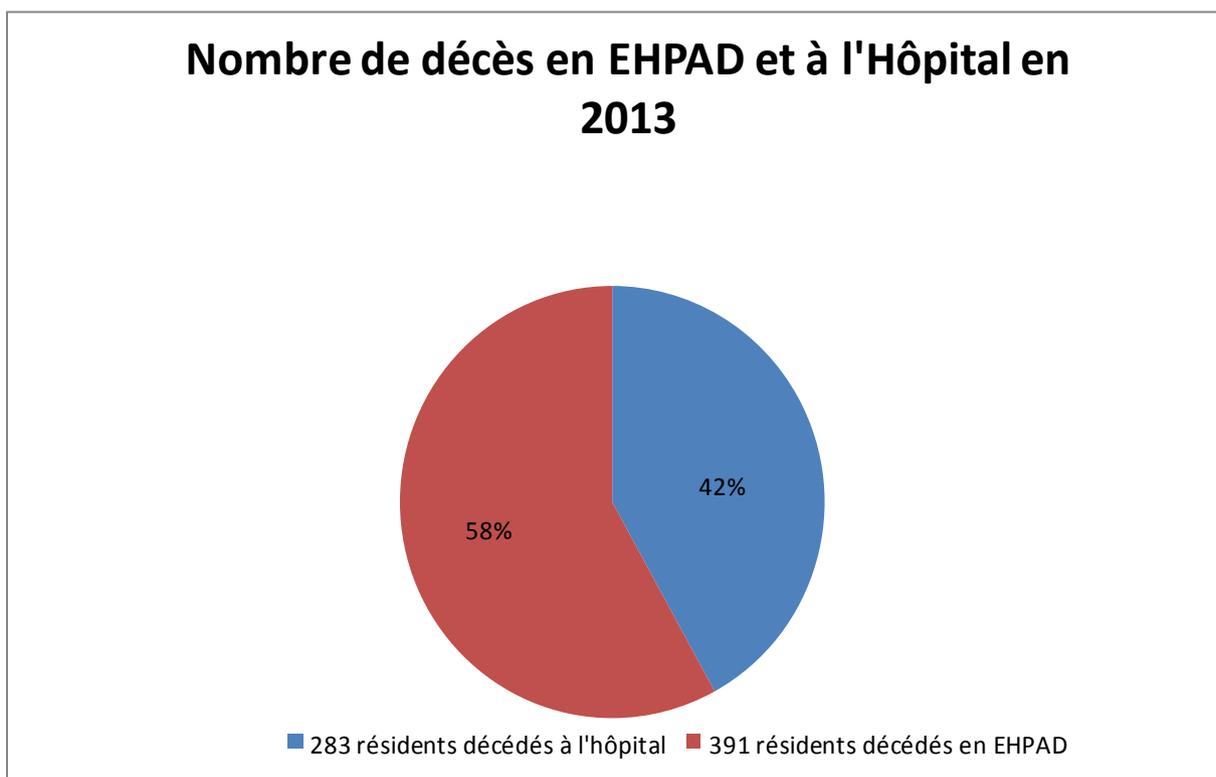
Nous avons adressé 70 questionnaires aux médecins coordonnateurs et infirmières coordonnatrices de différents EHPAD. Nous avons reçu 42 réponses, recensant un total de 674 décès durant toute l'année 2013.

#### 3.1 Caractéristiques des décès

Un total de 674 décès a été recensé durant l'année 2013 pour ces 42 EHPAD

Nous avons constaté que 42% des décès des résidents d'EHPAD surviennent hors EHPAD (hôpital, clinique...). Nous travaillerons donc que sur les décès survenus en EHPAD sur toute l'année 2013. Ce nombre de décès en EHPAD est de 391 soit 58% (figure 1).

**Figure 1**



**Tableau I : Nombre de décès en EHPAD selon le nombre de résidents**

Nombre de résidents	60 - 80	81 - 100	101 - 120	121 - 150
Nombre d'EHPAD	11	15	10	6
Nombre de décès	61	112	118	100
Pourcentage de décès par catégorie	6%	8%	11%	12%
Pourcentage par rapport au nombre total de décès	15%	29%	30%	26%

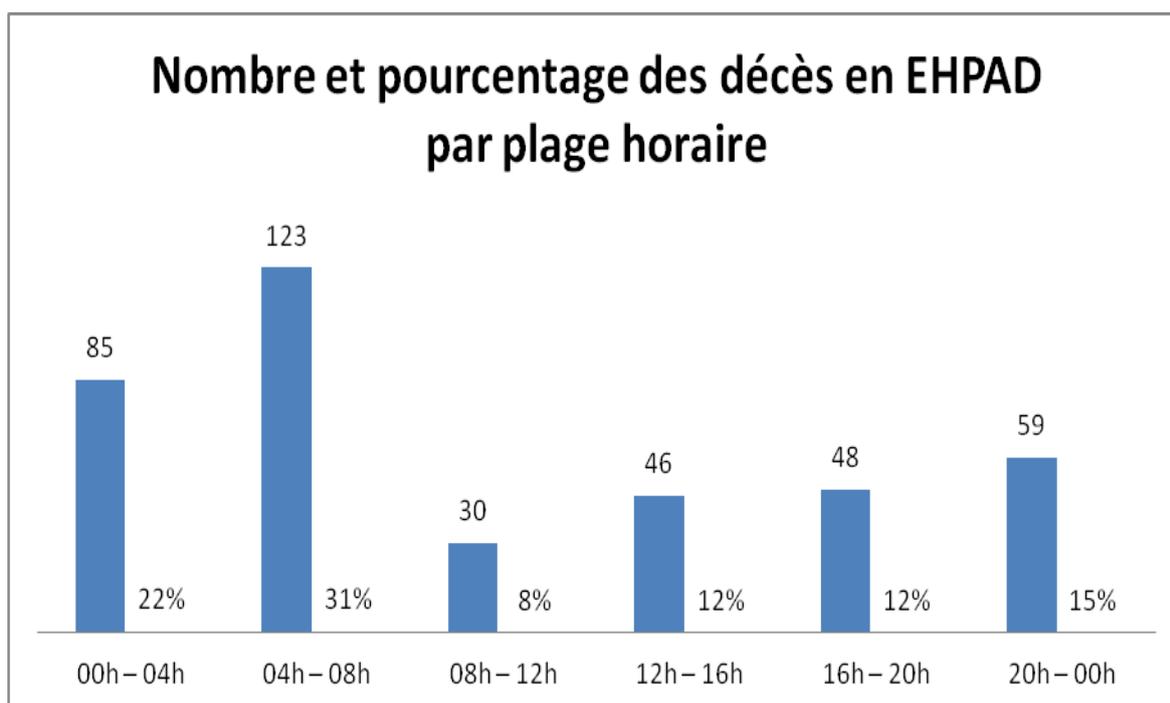
Le nombre de décès des résidents en EHPAD est plus important dans les EHPAD où la capacité en résidents est plus importante. Nous remarquons que dans les 26 EHPAD où la capacité en résidents est entre 60 et 100, il y a moins de décès que dans les 16 EHPAD où la capacité de résidents est entre 100 et 150 résidents. Ce constat est vérifié par l'augmentation proportionnelle des décès selon le nombre de résidents.

Nous avons fait le recueil des horaires des décès et nous les avons classés par plages horaires. Il en est ressorti que le moment où il se passe le plus de décès sont les plages horaires se situant entre 20h et 8h du matin représentant 68% des heures de survenue des décès (cf. tableau 2 ci-dessous).

**Tableau 2 : Pourcentage des décès en EHPAD par plage horaire**

<b>Plage horaire de décès</b>	00h – 04h	04h – 08h	08h – 12h	12h – 16h	16h – 20h	20h – 00h
<b>Nombre de décès</b>	85	123	30	46	48	59
<b>Pourcentage de décès</b>	22%	31%	8%	12%	12%	15%

**FIGURE 2**



Sachant que la proportion des femmes est plus importante dans les EHPAD que les hommes, il n'y a pas de différence en terme de nombre selon les horaires de décès. Les femmes et les hommes meurent plus entre 20h et 8h du matin et comme indiqué plus haut surtout entre 00h et 08h du matin.

**Tableau 3 : Nombre de décès en EHPAD selon le sexe et l'horaire de décès**

Plage horaire de décès	00h – 04h	04h – 08h	08h – 12h	12h – 16h	16h – 20h	20h – 00h
Nombre de décès H	31	37	10	10	19	15
Pourcentage	36%	30%	33%	22%	40%	25%
Nombre de décès F	54	86	20	36	29	44
Pourcentage	64%	70%	67%	78%	60%	75%
Nombre total	85	123	30	46	48	59
Pourcentage	22%	31%	8%	12%	12%	15%

*Fort de ces premières constatations, nous avons réorienté notre travail afin d'essayer de connaître les causes de ces décès sur ces créneaux horaires.*

## 2.1. Caractéristiques du personnel

Il s'agissait d'abord, d'essayer de connaître le nombre, la composition, le temps de travail des personnels exerçant dans ces EHPAD.

Nous nous sommes intéressés au temps de travail de l'IDEC et du médecin coordonnateur.

Nous avons remarqué que peu importe la capacité d'accueil de l'EHPAD, l'IDEC travaille toujours à temps plein. Il arrive parfois que dans certains EHPAD, il y en ait 2.

Par contre, pour le MEDEC, il est ressorti que le temps de présence n'est pas conforme à la réglementation : le temps de travail alloué est insuffisant mais aussi il arrive que certains EHPAD sont dépourvus de MEDEC (dans cette étude, 6 EHPAD n'ont tout simplement pas de MEDEC sur les 42 EHPAD qui ont participé à l'étude) (cf. tableau 4).

**Tableau 4 : Présence MEDEC et IDEC assortie du temps de travail dans les différents EHPAD selon leur capacité d'accueil**

Nombre de résidents	60 - 80	81 - 100	101 - 120	121 - 150
Nombre d'EHPAD	11	15	10	6
Nombre d'EHPAD ayant un MEDEC	10	12	8	6
Pourcentage de temps de travail de l'IDEC	100%	100%	100%	100%
Pourcentage de temps de travail du MEDEC	0.4 ETP	0.6 ETP	0.6 - 0.8 ETP	0.8 ETP

**La question s'est posée sur l'intervention d'une psychologue ou non au sein de chaque EHPAD et sur son temps de travail.**

**Tableau 5 : Présence d'une psychologue au sein des EHPAD concernés par notre étude**

Nombre de résidents	60	81	101	121	60	81	101	121
	-	-	-	-	-	-	-	-
	80	100	120	150	80	100	120	150
Présence d'une psychologue	OUI				NON			
Nombre d'EHPAD	7	13	8	4	4	2	2	2
Nombre de décès	30	18	29	40	31	94	89	60

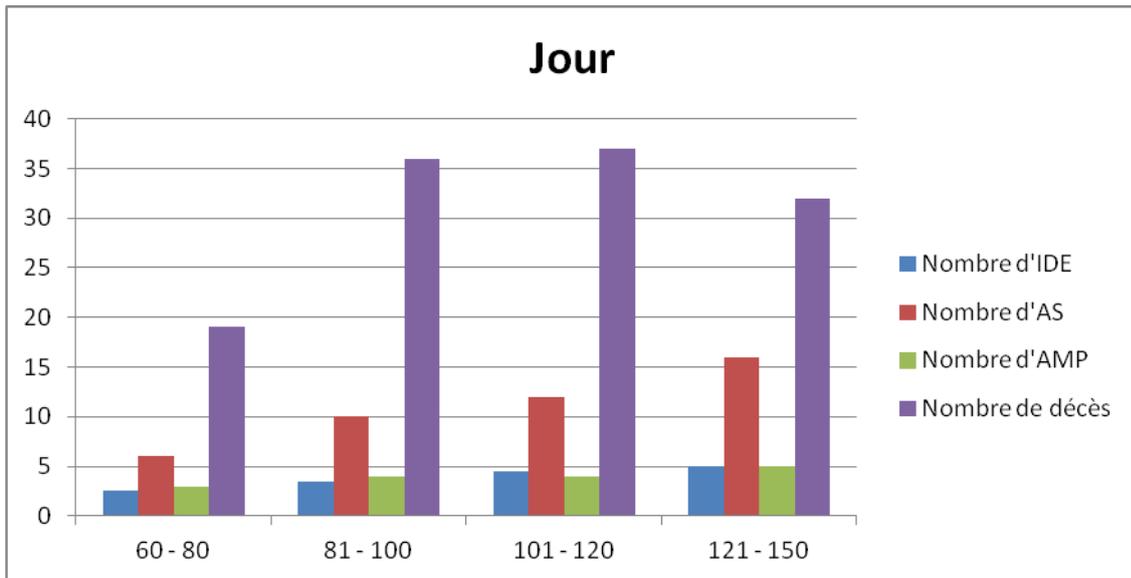
Le tableau 5 démontre que tous les EHPAD ne bénéficie pas de l'intervention d'un ou d'une psychologue. Sur les 42 EHPAD audités, 32 ont un ou une psychologue au sein de leur établissement, avec des temps de travail très variés (0,4 à 0,8 ETP). Ce temps de travail ne dépendant pas du nombre de résidents dans l'EHPAD. Nous constatons aussi que dans les EHPAD ayant un ou une psychologue, le nombre de décès est beaucoup moindre que dans ceux qui n'en ont pas.

Nous avons enquêté sur le nombre des effectifs des équipes (que ce soit de jour, de nuit) par EHPAD. Les catégories professionnelles concernées sont les IDE, les AS, les ASH.

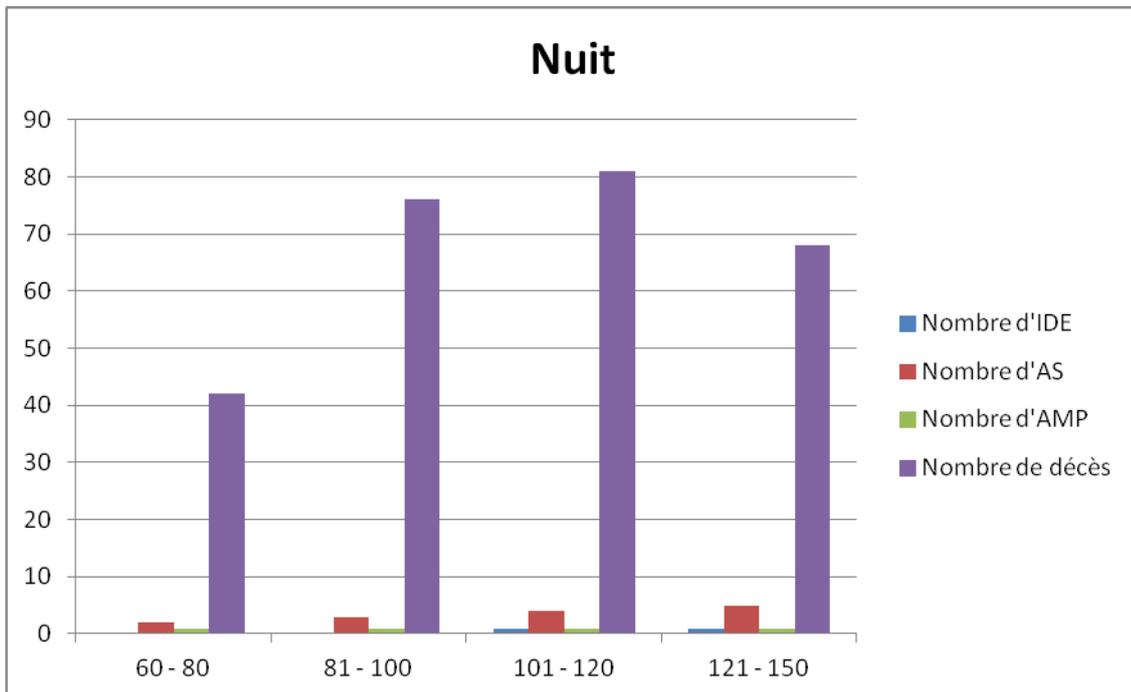
**Tableau 6 : Nombres de personnels IDE AS AMP en EHPAD**

EQUIPE	De Jour (8h-20h)				De Nuit (20h-8h)			
	60-80	81-100	101-120	121-150	60-80	81-100	101-120	121-150
Nombre de résidents	60-80	81-100	101-120	121-150	60-80	81-100	101-120	121-150
Nombre d'EHPAD	11	15	10	6	11	15	10	6
Nombre d'IDE	2,5	3,5	4,5	5	0	0	0 ou 1 astreinte	0 ou 1 astreinte
Nombre d'AS	5-6	7-10	9-12	12-16	2	3	3-4	3-5
Nombre d'AMP	2-3	3-4	3-4	4-5	0-1	0-1	1	1
Nombre de décès	19	36	37	32	42	76	81	68

**FIGURE 3 : Nombres de personnels IDE AS AMP en EHPAD de jour**



**FIGURE 4 : Nombres de personnels IDE AS AMP en EHPAD de nuit**



On remarque une nette différence entre le nombre d'effectif de l'équipe de jour et celui de l'équipe de nuit.

- Les EHPAD dont le nombre de résidents varie entre 60 et 80, emploie plus de 2 IDE, plus de 5 AS, plus de 2 AMP, ceci en journée, et un nombre de décès avoisinant les 19 ont été constatés. A l'inverse, on ne trouve pratiquement pas d'IDE dans l'équipe de nuit, 0 voire qu'1 AMP, 2 AS, avec un nombre de décès autour de 42. Ceci concerne 11 EHPAD.
- Les EHPAD dont le nombre de résidents est de 81 à 100, employant 3,5 IDE, 7 à 10 AS, 9 à 12 AMP, recense 36 décès survenus dans la journée et 76 décès la nuit. Ceci concerne 15 EHPAD.
- Les EHPAD dont le nombre de résidents varie entre 101 à 120, emploie 4,5 IDE, 9 à 12 AS, 3 à 4 AMP, 37 décès ont eu lieu le jour et 81, la nuit. Ceci concerne 10 EHPAD.
- Les EHPAD dont le nombre de résidents varie entre 121 à 150, emploie 5 IDE, 12 à 16 AS, 4 à 5 AMP, 32 décès ont été répertoriés le jour et 68 la nuit. Ceci concerne 6 EHPAD.

L'activité de nuit est considérée comme le parent pauvre du soin en EHPAD.

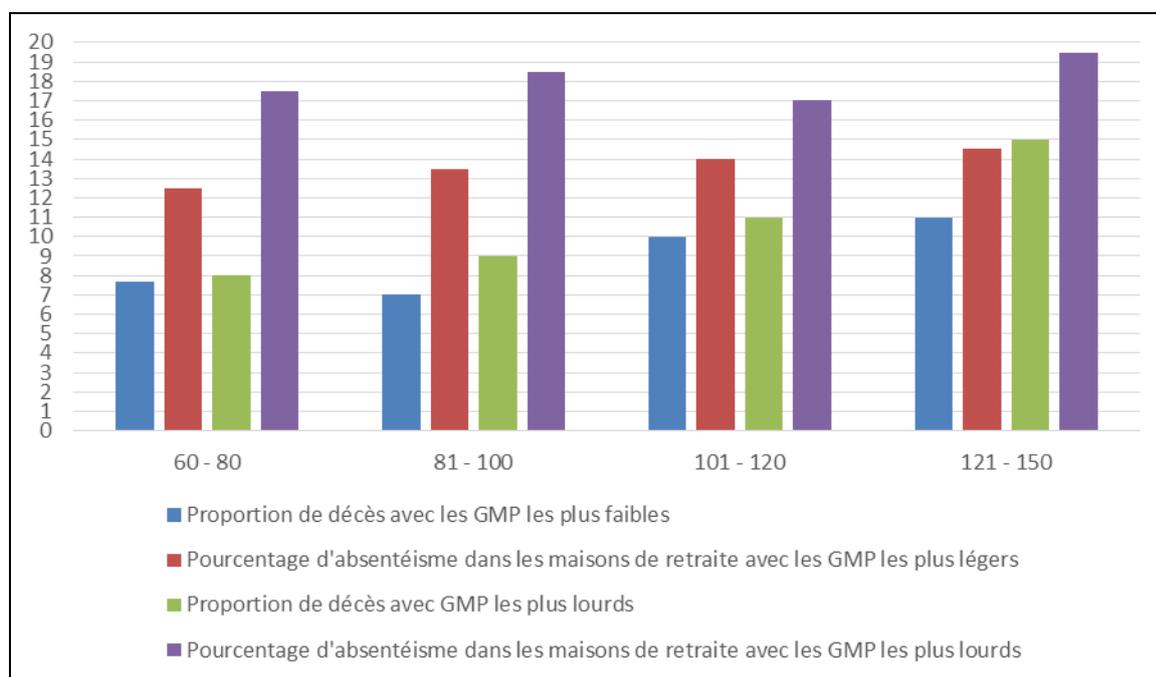
L'absence systématique d'IDE, le nombre restreint de personnel la nuit ne peut assurer une continuité de soins de qualité (cf. tableau 6 ci-dessus).

## **2.2. Caractéristiques générales : Etablissement (EHPAD)-Personnel-Décès**

Nous avons voulu savoir si les EHPAD les plus lourdes cad ayant un GMP et/ou UN PMP élevé avaient un taux d'absentéisme et un taux de décès plus important. Nous avons reçu 36 réponses qu'on a corrélées aux 42 EHPAD de l'enquête. Ci-dessous le tableau 7.

**Tableau 7 : GMP – PMP – Pourcentage d’absentéisme – Nombre de Décès**

Nombre de résidents	60 - 80		81 - 100		101 - 120		121 - 150	
	660 - 700	700 - 740	720 - 760	760 - 800	750 - 790	790 - 830	745 - 785	785 - 825
Nombre d'EHPAD	5	6	6	9	4	6	4	2
PMP moyen	175	201	180	210	178	220	200	235
Pourcentage d'absentéisme des AS-AMP	10 à 15 %	15 à 20 %	11 à 16 %	16 à 21 %	11 à 17 %	15 à 20 %	12 à 17 %	17 à 25 %
Nombre de décès	24	37	39	73	44	74	59	41
Proportion de décès??	7,7 %	8 %	7 %	9%	10 %	11 %	11 %	15%



**Figure 5: GMP, Pourcentage d’absentéisme et Nombre de Décès**

Nous avons aussi constaté que plus le GMP ET le PMP sont élevés, plus l’absentéisme et le nombre de décès sont élevés dans les EHPAD.

### 3. Discussion

**Ce travail a été réalisé à partir d'un questionnaire**, sur la base du volontariat auprès de nos collègues du DIU médecins coordonnateurs et infirmières coordonnatrices. Nous avons noté un taux de participation de 60% (42 réponses sur 70 questionnaires diffusés). Le média choisi pour distribuer le questionnaire, a été internet, par la création d'un site dédié. La solution de les distribuer pendant les cours avec un recueil sur place, apparaissait difficilement réalisable car nos interlocuteurs s'avèrent, comme nous, être très occupés. Une limite méthodologique dans ce travail concerne les analyses statistiques, nous ne l'avons pas effectué en intégrant la cause du décès car nous ne disposons pas de données à cet égard (celles-ci restant confidentielles) mais surtout parce que dans nos questionnaires préliminaires nous avons constaté que les causes faisait pour la plus part défaut au certificat de décès. Nous avons ainsi perçu qu'il aurait été beaucoup plus chronophage, pour les participants, d'enquêter et de répondre la fois sur la cause.

**Concernant les caractéristiques des décès** durant toute l'année 2013, 42% de décès des résidents d'EHPAD surviennent à l'hôpital toutefois, notre travail cible les 58% (391) de décès survenus en EHPAD (figure 1). Le nombre de décès en EHPAD est plus important dans les EHPAD où la capacité d'accueil est élevée (Tableau I). On serait tenter de tirer une conclusion hâtive mais probablement juste, et dire que le nombre de décès serait lié au nombre de résidents. [3, 12].

**Par rapport au sexe**, il y a plus de femmes qui décèdent (67,8%) en EHPAD, comme illustrer (figure2), probablement parce qu'elles sont plus nombreuses que les hommes dans les EHPAD [12, 13]. Fort est de constater qu'au sein des EHPAD, en réalité le nombre de résidents de sexe masculin est toujours inférieur au nombre de résidents de sexe féminin (à peu près 1homme pour 3 femmes). Les femmes vivent aussi plus vieille (admission EPHAD après 60 ans) [13, 14].

**Quand aux horaires de ces décès**, ils surviennent plus souvent entre 00h et 08h du matin (53%), soit plus de la moitié (Tableau 2).

**A partir de ces constats**, notre objectif était d'essayer de connaître les causes de ces décès sur ces créneaux horaires. Pour cela, nous avons étudié **certaines caractéristiques du personnel**. En général, la prise en charge (hygiène, soins, etc.) en EHPAD, est assuré par des équipes de professionnels diplômés (médecin coordonnateur - infirmières - aide soignantes -

aide médico psychologique, ergothérapeute et psychologue), présentes dans l'établissement pour le bon suivi de chacun [11, 13]. Il s'agissait d'abord, de connaître les effectifs, la catégorie de travailleur, le temps de travail des personnes exerçant dans ces EHPAD. Nous avons montré qu'il y a toujours une IDEC présente à temps plein dans tous les EHPAD étudiés [10], ce n'est pas le cas pour le MEDEC avec 0,6 ETP quelque soit la capacité de l'EHPAD ; ce qui est insuffisant au regard de la charge de travail qui lui incombe (PASA important, (Tableau III et figure3). Bien que le MEDEC joue le rôle manager de l'équipe, par sa connaissance des besoins des personnes âgées dépendantes (biologiques, psychologiques, sociaux- expertise en gérontologie [4]. L'IDEC doit être formée au management, pour savoir repérer les personnes ressources, les leaders, afin de mettre en place des référents et, de proposer des formations aux personnels adaptées aux difficultés rencontrées lors des évaluations annuelles.

**Une corrélation se dessine entre le nombre de décès et les horaires de travail du personnel**, puisque les décès surviennent la nuit, on peut supposer un manque de prise en charge possible par le personnel présent [AS et AMP (Tableau VI )] qui n'est pas habilité à prodiguer certains soins et à un plus faible niveau de compétences et connaissances techniques pour pouvoir faire face à tous types de situations [2, 9]. Ces raisons justifieraient largement la présence d'une IDE de nuit comme le montre l'expérimentation menée par la CNSA (circulaire interministérielle DGCS/DSS du 31 mai2010), où est identifié comme obstacle à la prise en charge palliative en EHPAD, la carence d'infirmières de nuit, particulièrement dans les structures de petite taille ainsi que le déficit de formation des personnels soignants [2, 4]. Et ceux même si les besoins les plus fréquemment connu la nuit sont des soins de nursing et de confort qui nécessite du temps aide-soignant [4]. On peut aussi penser que ces décès s'étaient déjà passés 1 ou 2h avant le constat réel, mais vu le nombre restreint de personnel, la surveillance aussi est restreinte. On peut également imaginé que les décès constatés à 8h du matin peuvent s'expliquer par le chevauchement de l'équipe. En effet l'équipe de nuit finit à 7h : ils font leur dernière tournée vers 6h, si le décès survient entre 6 et 7h ; ces décès ne seront constatés que par l'équipe de jour qui commence à 8h. Alors le décès sera déclaré à 8h alors que dans la réalité ça s'est passé entre 6 et 7h. En somme, l'activité de nuit est considérée comme le parent pauvre du soin en EHPAD.

Par ailleurs, dans ce travail, une psychologue n'est pas présente dans tous les EHPAD (Tableau IV et figure 4), et cela n'est pas corrélé au nombre de résidents mais semble avoir un rapport avec le nombre de décès puisque nous avons constaté qu'en présence d'une

psychologue au sein de l'EHPAD, la moyenne des décès est plus basse par rapport aux EHPAD où il n'y a pas de psychologue. Une explication pourrait être que les entretiens du psychologue avec les résidents maintiennent l'estime de soi des résidents. Ce qui aide ces derniers à avoir un bon moral et les aide à lutter efficacement contre la dépendance et contre les infections [5, 10,12]. On comprend alors la réelle volonté des partenaires sociaux à développer cette profession au sein des EHPAD pour la qualité et l'efficacité de la prise en charges [5]. En effet, par exemple, du fait du grand âge, les deuils sont nombreux, et les soignants sont confrontés de manière récurrente à la mort, les psychologues peuvent apporter un soutien psychologique aussi bien aux résidents qu'aux soignants. En soi, la mort qui pèse lourd sur les équipes, peut être vécue comme un échec.[3]. La psychologue pourrait mettre en place un temps de parole, de manière à prévenir des deuils pathologiques, à lutter contre le burn-out, ainsi de la maltraitance par ignorance.

Par ailleurs, le corollaire GMP élevé /plus absentéisme AS-AMP, et plus de décès (Figure 6); peut s'expliquer par le poids épuisant de la tâche visant au quotidien à la compensation de perte d'autonomie [1, 5, 12]. Ainsi selon Bourovitch [1], au vue des coupes AGGIR et Pathos, note une augmentation régulière d'année en année du GMP donc des taches à effectuer par les aides soignantes dans les EHPAD et attire l'attention sur le niveau élevé du PMP qui doit alerter sur la gravité des pathologies désormais prises en soins.

## 4. Conclusion

Au terme de ce travail, nous pensons que les PA meurent plus en EHPAD qu'à l'hôpital. La mort survient pour ainsi dire plus la nuit que le jour quand il y a moins de personnel. Le fait qu'il y ait moins de temps de médecin coordonnateur en EHPAD que de temps IDEC est compréhensible. Cependant, le problème est que le MEDEC peut influencer dans l'organisation, mais n'a pas de réelle emprise sur le personnel extérieur (vacataire et intérimaire). Ce « turn over » au niveau du personnel est préjudiciable pour le résident. Lorsqu'il y a trop de vacataire, le travail est plus lourd, on meurt plus, probablement parce que la prise en charge ne serait pas optimale en qualité étant donné que le résident est moins connu par le soignant. Le MEDEC peut alors refuser certains cas de dépendance trop lourds (GIR) car une maison de retraite au GMP élevé, et au regard de cette causalité un absentéisme accru, court plus de risque de décès. Par ailleurs, la présence dans tous ces EHPAD d'une psychologue reste importante dans cet accompagnement du résident mais également des soignants comme des aidants.

Ce travail qui est assez représentatif, du fait du grand nombre d'EHPAD concernés, gagnerait à être poursuivi, et dans le respect de la qualité et la continuité des soins, comme axe d'amélioration en perspective, nous proposons de :

- Veiller à la fidélisation du personnel pour éviter les absences;
- Renforcer la formation du professionnel de nuit pour plus de qualité de la fin de vie ;
- Renforcer l'équipe de nuit par la création de poste inter EHPAD d'IDE mobile en astreinte de nuit ;
- Explorer les pathologies en cause dans le décès, puisque le niveau de GMP et PMP sont de plus en plus élevés.

## 6. Références bibliographiques

1. Bourovitch G, Aggir - Pathos : des coupes plus claires ; Actus, JMC n°53 I Juillet - Août - Septembre 2013
2. Bourovitch G, Infirmière de nuit : comme un vide ; Actus, JMC n°53 I Juillet - Août - Septembre 2013
3. Clavreul L, des inégalités dans l'accompagnement des décès en maisons de retraites ; Le Monde.fr ; mise à jour le 11.09.2013
4. Circulaire interministérielle DGCS/5C/DSS/1A no 2010-179 du 31 mai 2010 Annexe v : l'expérimentation de la présence d'infirmières de nuit ; Formées aux soins palliatifs en EHPAD – cahier des charges; BO Santé – Protection sociale – Solidarité no 2010/6 du 15 juillet 2010, Page 330.
5. Sovrano JC, L'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France et la politique régionale en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie ; Pôle médico-social de l'ARS Ile-de-France; 13 décembre 2013

### Sites internet

6. Communiqué de presse ONFV, ([http:// www.Onfv.org/EHPAD](http://www.Onfv.org/EHPAD)),
7. Doré-Pautonnier D, CNDR Soins Palliatif ; Nouveau rapport de l'Observatoire National de la Fin de Vie : entretien avec Aubry Régis; Centre national de ressources, Publié le 18 mars 2013 à 09h44, (<http://www.soin-palliatif.org/>)
8. Fin de vie à domicile, Vivre la fin de sa vie chez soi ; Observatoire National de la Fin de Vie : Septembre 2013, (<http://www.soin-palliatif.org/>)
9. La Fin de Vie en EHPAD : premiers résultats d'une étude nationale (2013), Observatoire National De La Fin De Vie : Septembre 2013, (<http://www.soin-palliatif.org/>)
10. L'infirmière coordinatrice en EHPAD ou en SSIAD ; (<http://www.cadresante.com>),
11. Liste non exhaustive de sigles et d'acronymes à l'usage des secteurs sanitaire et social dans le domaine de la maladie et du handicap psychique, 5 novembre 2007, (<http://www.unafam.org>);
12. Observatoire-EHPAD 2013, (<http://www.kpmg.com>),
13. Organisation du système, (<http://www.medipages.org/maisons-de-retraite/articles/que-comprend-le-prix-dune-maison-de-retraite>)
14. Réglementation: loi du 24 janvier 1997, complétée par les décrets du 26 avril 1999. Code de l'action sociale et des familles. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, ([http://www.wikipedia.org/wiki/Établissement\\_d'hébergement\\_pour\\_personnes\\_âgées\\_dépend](http://www.wikipedia.org/wiki/Établissement_d'hébergement_pour_personnes_âgées_dépend))

## 7. Annexes

### Questionnaire d'enquête sur les plages horaires en EHPAD pendant lesquelles les décès surviennent plus volontiers.

- Compléter le tableau ci-dessous en inscrivant le nombre de décès survenus dans votre EHPAD selon le sexe du résident décédé et la plage horaire de décès durant l'année 2013

Plage horaire de décès	00h – 04h	04h – 08h	08h – 12h	12h – 16h	16h – 20h	20h – 00h
Nombre de décès H						
Nombre de décès F						

- **Puis répondre au questionnaire suivant:**

- Quel est le nombre de décès survenant dans votre EHPAD et hors votre EHPAD (Hôpital, Clinique...)

- Quel est le nombre de résidents de votre EHPAD ?

- Quel est le pourcentage de temps de travail du MEDEC ?

- Quel est le pourcentage de temps de travail de l'IDEC ?

- Y a-t-il une psychologue dans l'EHPAD ?

 Oui  No

Si oui, quel est son pourcentage de temps de travail?

- Quel est le nombre d'IDE, d'AS et d'AMP au sein de la résidence ?

IDE :

AS :

AMP :

- Quel est le nombre d'IDE, d'AS et d'AMP présents par jour ?

IDE :

AS :

AMP :

- Quel est le nombre d'IDE, d'AS et d'AMP présents la nuit ?

IDE :

AS :

AMP :

- Quel est le pourcentage d'absentéisme du personnel par an ?

IDE :

AS :

AMP :

- Quel est le GMP de votre EHPAD ?

GMP :

- Quel est si vous l'avez fait le PMP de votre EHPAD?

PMP :