

UNIVERSITE PARIS DESCARTES

TITRE DU PROJET

**Eléments aidant à la prise de décision (EAPD)
en situation d'urgence médicale en ehpad.
Proposition d'une grille d'évaluation**

Daniela DROGOREANU DUDNIC

**DIPLÔME INTERUNIVERSITAIRE
Formation à la Fonction de Médecin Coordonnateur d'Ehpad**

Année universitaire 2014- 2015

Directeur de thèse: Docteur Frédérique Girardot Legouet

SOMMAIRE

La problématique.....	page 3
Identification de l'objectif.....	page 4
Etat des connaissances.....	page 5
Description du projet.....	page 8
Résultats attendus.....	page 12
Conclusion.....	page 12
Bibliographie	page 13

LA PROBLEMATIQUE

La situation d'urgence médicale est un moment difficile pour le personnel soignant en ehpad. L'exercice solitaire de l'IDE, l'absence d'infirmière la nuit, l'absence de médecin sur place, la dimension affective dans la relation soignant-résident, la connaissance variable des habitudes de vie du résident et, encore moins, de ses antécédents médicaux et leur gravité, la pression familiale, la subjectivité et le stress que la notion d'urgence sous-tend, la crainte médico-légale, l'ambivalence individuelle et institutionnelle quant à la fin de vie en ehpad, sont des éléments constitutifs de cette difficulté de gestion.

Nous comprenons par « urgences » les situations cliniques qui comportent des éléments de gravité objectifs et qui nécessitent un avis médical qui ne peut être différé.

Cet avis médical doit aboutir à des décisions concrètes, comme :

- réanimer sur place le cas échéant
- soigner sur place sans hospitaliser
- hospitaliser pour diagnostic et traitement
- hospitaliser pour suivi rapproché si l'ehpad n'a pas les moyens humains et techniques nécessaires à assurer cette tâche dans le contexte donné.

Sont exclues de ce cadre les situations de fin de vie identifiées comme telles par l'équipe soignante.

Par ailleurs, il est attendu par les services d'accueil des urgences qu'il y ait un positionnement de l'équipe de l'ehpad quant au niveau de soins envisageables, surtout si le passage en réanimation est médicalement évoqué.

Le médecin qui intervient en urgence en ehpad est souvent en situation de non connaissance du résident ; c'est le cas des médecins de SOS médecins, tour de garde médicale du canton, médecins de garde (internes au seniors) dans les ehpad rattachés à un centre hospitalier.

L'accès à l'information dans les dossiers médicaux, même quand il est techniquement aisé, est confronté à la question de la pertinence des éléments discriminants au vue de la prise de décision.

Il est difficile de retrouver dans les dossiers la traçabilité de l'avis du résident, de sa famille ou de son représentant légal quant à la conduite à tenir en cas d'urgence médicale.

J'exerce en qualité de médecin coordonnateur dans un ehpad de 105 lits, rattaché à un centre hospitalier spécialisé en soins psychiatriques. L'ehpad fonctionne avec des médecins salariés. La permanence de nuit, de fin de semaine et des jours fériés est assurée par le tour de garde de première ligne de l'hôpital psychiatrique (internes de psychiatrie ou médecins assistants).

Le dossier médical du résident est entièrement informatisé.

Depuis plusieurs mois, un effort de rédaction et de synthèse dans les observations médicales a permis de faciliter la compréhension rapide du contexte médical des résidents.

Une traçabilité du niveau de soins est réalisée chaque fois qu'une démarche de réflexion éthique en équipe a eu lieu. Cet aspect est abordé à la présentation de chaque projet personnalisé de résident lors de la réunion multidisciplinaire, en première rédaction ou lors des mises à jour.

La mise en pratique du dossier de liaison d'urgence (DLU) informatisé contribue à cette démarche de synthèse d'informations utiles. Il contient les informations administratives, y compris la protection juridique quand elle existe, les antécédents, l'observation médicale de transfert, le dernier bilan biologique (les paramètres biologiques à transmettre ont été présélectionnés), le traitement en cours avec les posologies et les horaires, la grille AGGIR.

Cependant, dans le dossier informatisé les informations sont multiples et risquent de « noyer » les informations à potentiel discriminant lors des situations d'urgence.

IDENTIFICATION DE L'OBJECTIF

Dans ce contexte, m'est apparu utile de réfléchir à la création d'une grille rassemblant à la fois les éléments cliniques, les positionnements éthiques ainsi que les propositions de niveau de soins à un moment donné.

La structure d'une grille « éléments aidant à la prise de décision » (EAPD) doit satisfaire à plusieurs objectifs :

- besoins de réflexion d'une équipe médicale et soignante en ehpad à un instant donné estimé d'urgence
- apporter des éléments utiles au service d'accueil (urgences, services classiques)
- être formulée en termes communs pour être facilement partageable.
- être rédigée en amont de l'urgence afin d'être aussi bien renseignée que possible.
- permettre une réflexion en équipe « à froid » entre l'acharnement légitime et l'obstination déraisonnable chez un résident dans sa singularité
- rendre compte de la difficulté d'avoir des avis et de leur diversité.

Ses avantages prévisibles d'une grille semblent être les suivants :

- une grille est synthétique et pragmatique
- la grille de chaque résident peut être classée dans un classeur dédié, accessible le jour et la nuit
- peut-être mise à jour, la dernière remplaçant la précédente
- peut accompagner le résident lors de son transfert
- est un support d'information, un outil d'orientation, pas une décision figée.

La question du symptôme ou du diagnostic évoqué lors de la situation d'urgence n'est pas abordée dans mon interrogation. Quel qu'il soit, la démarche d'évaluation du contexte général du résident est la même. C'est bien sur le socle de cette évaluation que les éléments diagnostics de l'urgence, la gravité clinique et de pronostic vital engagé se posent et seront analysés.

La question posée est donc : quels sont les éléments cliniques discriminants à rechercher lors de la prise de décision dans les situations d'urgence médicale chez un résident en ehpad ?

ETAT DES CONNAISSANCES

La revue de la littérature met en évidence que ce sont les services d'urgence et de réanimation qui s'interrogent sur les critères et les modalités de prise en charge des personnes âgées et des résidents d'ehpad en situation d'urgence.

Dans le travail de (1) est apparu que les items retenus par les médecins du SMUR dans la décision de réanimer ou non sur place en cas d'arrêt cardio-circulatoire sont la présence d'une démence, l'âge, les antécédents.

Selon les recommandations de prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans aux urgences (conférence de consensus de la société francophone de médecine d'urgence, 2004) (2), les critères d'admission en réanimation doivent considérer la pathologie intercurrente, l'état fonctionnel, les défaillances d'organes antérieures, les facteurs liés au terrain.

Un état des lieux de 2008 concernant l'admission en réanimation du sujet âgé à partir du service des urgences (3) montre que les critères de non admission en réanimation sont : une pathologie jugée comme trop grave avec bénéfice attendu faible, une pathologie trop légère qui peuvent être prises en charge par un service classique, le refus de la famille ou du patient d'aller en réanimation.

Parmi les patients au dessus de 80 ans ayant une indication théorique d'admission en réanimation, seulement 25 % sont proposés à la réanimation et parmi eux seulement 50% seront finalement admis (3).

Il existe un accord professionnel fort d'admission en réanimation (3) en cas de :

- insuffisance cardiaque nécessitant une assistance ventilatoire et des drogues vaso-actives
- tentative d'autolyse avec troubles de la conscience et absence de protection des voies respiratoires
- péri-opératoire nécessitant un support hémodynamique, respiratoire et nursing important
- pathologie respiratoire nécessitant une assistance ventilatoire ou une intubation imminente
- colite grave
- embolie pulmonaire
- anémie aiguë.

Quand l'indication d'admission en réanimation est retenue (3), les facteurs intervenants dans la prise de décision sont :

- la maladie sous-jacente
- le pronostic de la maladie aiguë
- le choix du patient
- la disponibilité en lits
- la charge de soins infirmiers
- la politique d'admission du service
- les conséquences médico-légales possibles
- l'état fonctionnel du patient
- le souhait de la famille
- l'âge du patient
- le coût de la prise en charge
- le respect par le patient des recommandations médicales.

Les urgentistes ainsi que les réanimateurs indiquent la démence, l'âge et la perte d'autonomie comme les critères les plus forts de refus d'admission en réanimation.

Les morbidités qui influent la décision des urgentistes de proposer ou pas une admission en réanimation sont (3) :

- la BPCO
- l'insuffisance cardiaque
- la démence
- le cancer évolutif
- es séquelles neurologiques et la maladie de Parkinson évoluée.

L'état nutritionnel, les escarres, le nombre de médicaments, ne sont pas cités comme critère de non admission en réanimation, mais il y a une grande variabilité d'attitude entre les centres étudiés.

Inspiré d'un modèle canadien et repris en Belgique, la notion de niveau de soins (4) tient à identifier les soins qui seront réalisés et ne pas rester focalisé sur ce qui ne se fera pas ou plus.

Le niveau :

1. soins en phase terminale : soins de base, à privilégier lorsque la mort est proche : hygiène corporelle, positionnement confortable, contrôle de la douleur, soins de bouche, support émotionnel. Est un socle pour tous les niveaux.
2. soins en phase palliative : s'ajoutent : la préservation de l'état cutané, la mobilisation, les transferts, les exercices, le contrôle de l'élimination, la nutrition, l'hydratation par la bouche, le contrôle des symptômes par des moyens médicaux ou chirurgicaux.
3. soins usuels : aux 2 précédents s'ajoutent les techniques diagnostiques et des soins médicaux et chirurgicaux requis pour maintenir les capacités fonctionnelles.
4. soins intensifs : aux trois niveaux préalables s'ajoutent toutes les mesures diagnostiques et thérapeutiques avancées, y compris la réanimation cardio-respiratoire.

La réflexion anticipée sur ces décisions et leur traçabilité en ehpad est proposée.

L'utilisation des 4 niveaux de soins tels que présentés est judicieuse et complète.

Mais elle ne rend pas compte de l'état clinique du résident ayant conduit à la définition du niveau de soins et ne comporte pas d'informations sur l'avis des différents partenaires d'échange autour du sujet.

Elle ne formule pas de consigne explicite comme hospitaliser ou pas. Cette consigne est dépendante pas seulement de l'état du résident, mais également du niveau de médicalisation de l'ehpad, de l'organisation et de la permanence des soins, de la présence d'une IDE la nuit.

Les termes déjà répandus de NTBR (not to be resuscitated) ou DNR (do not resuscitate) (5) expriment ce qui ne sera pas fait, mais élude tout ce qui reste à faire comme soins.

Les résultats de l'étude de cohorte multicentrique Ice Cub (3) mettent en évidence le très faible taux d'avis demandés aux patients âgés en mesure de répondre quant au passage au SAU et à une éventuelle admission en réanimation. Seulement 13% d'entre eux ont été interrogés. Parmi eux, 50% n'avaient pas d'opinion, 37% étaient d'accord avec les soins proposés et 13% étaient contre. L'avis des proches est d'avantage recherché et mieux considéré aux urgences. L'existence des directives anticipées est exceptionnelle.

Selon la même étude, la survie à 6 mois est influencée par le niveau d'autonomie, l'état nutritionnel et l'absence de cancer.

Les suites d'une chirurgie programmée est l'indication de réanimation avec le meilleur pronostic (6).

Une étude de 2013 (7) évalue l'impact de l'évaluation gériatrique standardisée en réanimation, montrant qu'elle est possible et contributive. Elle a permis un gain de survie à un an (54 % de survivants par rapport au 30% rapportés par les précédentes études chez les 70 – 85 ans).

Cependant, en post réanimation à 3 mois il a été observé : une détérioration cognitive, la fréquence des symptômes anxieux et dépressifs chez le sujet âgé, la majoration du fardeau des aidants à domicile.

Le document conjoint de HAS et Anesm de juillet 2015 « Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents d'eypad »(8) invite à réfléchir en termes d'hospitalisations potentiellement évitables (en prenant en charge de façon optimale les co-morbidités et les syndromes gériatriques des résidents) et hospitalisations inappropriées (quand la balance bénéfice-risque indique des soins réalisables en eypad sans perte de chance pour le résident).

Dans ce texte, les facteurs prédictifs d'hospitalisation sont : un âge plus élevé, un degré de dépendance plus grand, une hospitalisation dans les 6 mois, le fait d'être nouvellement admis en eypad, absence de directives anticipées ou de programmes de soins palliatifs, certaines pathologies (cardiaques, respiratoires, infections), les contentions, les escarres, la nutrition entérale, utilisation de cathéters ou de nouveaux médicaments.

Selon ce document, 8 000 résidents décèdent aux urgences dans les heures qui suivent leur arrivée au service.

Le document de liaison d'urgence proposé par l'HAS et l'Anesm en juin 2015 (9) comporte un volet gestion des risques ; connaître le statut vaccinal est utile, mais, à mon sens, pas discriminant dans la démarche diagnostique et la décision d'hospitaliser le résident.

Les grilles ou échelles utilisées en gériatrie comme la Clinical Dementia Rating (CDR), la Global Deterioration Scale (GDS), (4) le MMS, la grille AGGIR, la grille des 10 questions de Sebag-Lanoë (10), sévérité de l'atteinte organique (score IGS II et SOFA) (7) répondent à des questions ou aspects bien délimités.

DESCRIPTION DU PROJET

1. Rédiger la grille EAPD avec des items pouvant être considérés pertinents :

Au vu des éléments retrouvés dans la bibliographie et des constats du terrain, la grille est proposée avec 3 volets :

1. Les co-morbidités
2. L'autonomie
3. Les avis

Les chapitres qui me sont apparus utiles sont :

- les co-morbidités avec impact sur le pronostic vital et la récupération envisageable ou attendue
- la sévérité de l'atteinte cognitive
- l'autonomie de la personne dans la vie quotidienne
- l'avis de la personne, de son entourage, du tuteur, des soignants, du médecin référent quant au niveau de soins à pourvoir

Les co-morbidités retenues sont d'origine cardiaque, respiratoire, rénale, néoplasique.

Les transfusions réitérées ainsi que les hospitalisations répétées nous semblent utiles à saisir comme éléments de fragilité de la personne.

L'autonomie de la personne a été déclinée en 3 parties : démence, dénutrition, autonomie pour les actes de la vie quotidienne.

La sévérité de la démence décrite en utilisant les paramètres suivants : la désorientation dans le temps et l'espace, l'atteinte du langage, le trouble du jugement, la non reconnaissance des proches, les troubles perturbateurs du comportement.

La dénutrition est décrite par l'existence de troubles de la déglutition avec surinfections pulmonaires à répétition, le déficit pondéral, l'écart pondéral récent, les plaies chroniques.

L'autonomie : nous avons retenu la motricité (marche, déplacements en fauteuil, l'état grabataire), l'incontinence, la baisse récente de l'autonomie, être alimenté par un tiers.

Les troubles sensoriels majeurs nous les avons cités pour rendre attentif à la difficulté de communication et ses impacts possibles.

L'idée conductrice est de pouvoir renseigner les items par oui/non. Cependant, une rubrique observation semble utile afin de nuancer certaines informations.

Proposer de renseigner l'ancienneté de l'item permet d'avoir un regard plus nuancé sur le contexte clinique.

La mise en page doit tenir dans une feuille A 4 recto-verso, afin de faciliter la lecture et l'intégration de l'information par le lecteur.

La synthèse d'éléments à la fois médicaux et fonctionnels sur le même support facilite la réflexion médicale en terme de pertinence de la décision d'hospitalisation.

ELEMENTS AIDANT A LA PRISE DE DECISION (EAPD)

Nom et prénom du résident, âge (étiquette résident)

Date d'entrée en ehpad

Grille remplie le

COMORBIDITES	oui	non	Ancienneté	Observations
Insuffisance cardiaque avec plus de 2 décompensations par an				
BPCO avec plus de 2 surinfections par an				
Insuffisance respiratoire chronique sous VNI				
Insuffisance rénale avec un DFG inférieur à 25 ml/min				
Hémiplégie, aphasie				
Anémie chronique avec transfusions réitérées				
Cancer évolutif				
Nombres d'hospitalisations les derniers 12 mois				
AUTONOMIE	oui	non	Ancienneté	Observations
Démence				
Désorientation dans le temps et l'espace				
Langage (compréhension et expression) préservé				
Trouble sévère du jugement				
Reconnaissance des proches				
Troubles du comportement (agressivité, agitation, opposition aux soins, déambulation)				
Dénutrition	oui	non	Ancienneté	Observations
Trouble récurrent de la déglutition avec pneumopathies d'inhalation				

Déficit pondéral (taille, poids, IMC)				
Perte de poids les derniers 6 mois			kgs
Plaies chroniques				
Autonomie	oui	non	Ancienneté	Observations
Marche seul ou avec déambulateur				
Se déplace seul en fauteuil roulant				
Grabataire				
Incontinence totale				
Nourri par un tiers				
Trouble sévère de la vision / l'audition				
Baisse / perte récente de l'autonomie				
GIR (à joindre)				

Proposition de niveau de soins

A : Réanimation à mettre en oeuvre à l'ehpad en situation de détresse vitale

B : Transférer pour diagnostic et traitement

C : Réanimation envisageable si transfert

D : Ne pas transférer. Soins de symptomatiques et de confort sur place

E : Aucun avis consensuel n'a été retenu

AVIS	Date	A	B	C	D	E
Directives anticipées connues						
Avis général du patient pour les situations à risque vital						
Avis de l'équipe soignante						
Avis du médecin traitant						
Avis de la famille / tuteur / personne de confiance						
Avis du patient sur la situation actuelle						
Isolement social						

Commentaires :

Cette structure composite de la grille reste dans une vision à la fois médicale, éthique et collégiale.

Elle respecte les principes d'autonomie (du résident, parler en son nom), de bienfaisance (du médecin, c'est-à-dire proposer des soins qui peuvent effectivement améliorer la situation de la personne) et de justice (s'assurer que les demandes du résident sont raisonnables) (10).

2. Renseigner la grille EAPD chez tous les résidents :

Le rédacteur de la grille est le médecin coordonnateur ; le médecin traitant appose son avis dans la rubrique dédiée, après avoir pris connaissance de l'ensemble des éléments renseignés. Le médecin traitant peut être également, s'il le souhaite, rédacteur de la grille.

Les moments opportuns à la rédaction ou l'actualisation d'une telle grille peuvent être :

- à la rédaction et l'actualisation du projet personnalisé du résident
- la réunion de synthèse multidisciplinaire occasionnée par un changement de situation clinique chez un résident
- dès l'admission si présence de facteurs de risques de décompensation somatique à brève échéance
- lors d'une coupe Pathos.

3. Evaluation de la grille EAPD :

Une évaluation de l'utilité de cette grille sera réalisée dans 1 an.

Les indicateurs d'évaluation envisagés sont :

- le nombre de grilles remplies sur l'ensemble des résidents de l'ehpad
- le nombre de mises à jour dans l'année
- le taux de lecture de ces grilles dans les situations d'urgence par le soignant et par le médecin intervenant
- le nombre de fois où cette grille a accompagné le résident lors d'un transfert
- le nombre d'hospitalisations considérées comme évitées suite à la prise en compte des éléments fournis par cette grille
- l'avis du soignant sur l'impression subjective de service rendu au résident
- l'avis du soignant sur l'impression subjective de facilitation de son travail
- l'avis des médecins de garde l'ayant utilisé : grille utile/pas utile (suite à un questionnaire envoyé deux fois par an, lors du changement d'internes).

Ces éléments seront inclus dans le tableau de bord des indicateurs de suivi des hospitalisations.

La décision finale sur les modalités de prise en charge du résident reste entièrement au discernement du médecin qui intervient dans la situation concrète d'urgence.

Cette grille qui apporte des informations à utiliser comme éléments de réflexion n'est pas une injonction.

RESULTATS ATTENDUS

- meilleure prise de conscience des soignants de la réalité médicale et fonctionnelle du résident
- accès rapide à des informations utiles en situation d'urgence ; ces informations considérées utiles sont le résultat d'un travail de synthèse réalisé en amont qu'il est bien plus difficile, voire impossible, de recueillir en situation d'urgence
- inciter à une démarche systématique d'évaluation des résidents de la part des soignants et de réactualisation/mise à jour des données
- augmenter le taux de décisions médicales pertinentes en les faisant reposer sur des éléments factuels
- éviter des hospitalisations inappropriées.

CONCLUSION

La décision du niveau de soins en ehpad en situation d'urgence est un moment difficile pour les intervenants. Réfléchir en amont, rassembler les éléments cliniques aidant à la décision, avoir un outil partageable, simple d'accès et d'utilisation, voici ce qu'une grille peut apporter.

La grille EAPD est une proposition d'outil. Sa mise en application sera évaluée dans un an.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Gallegos Erica : critère influencent l'attitude des médecins du SMUR lors de la réanimation d'un arrêt cardio-respiratoire : mémoire universitaire de Grenoble 2006.

(2) Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. Conférence de consensus La revue de Gériatrie Tome 29, No 3 mars 2004

(3) Guidet B, Boumendil A, Garrouste-Orgeas M, Pateron D ; Admission en réanimation du sujet âgé à partir du service des urgences. Etat des lieux. Réanimation 2008,17, 790-801

(4) Swine C, Schoevaerds D, Choteau B;Fin de vie du patient atteint de démence Gériatologie et Société no 128/129 Juin 2009 243-255

(5) Vanpee D, Tonnoir L, Swine Ch, Gillet JB. Echelle de niveau d'intensité des soins et services des urgences. Louvain Médical, 2005, 124(7):227-231

(6) Parmentier-Decrucq. Critères d'admission en réanimation des personnes âgées de plus de 80 ans. NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie 2013, 13, 327-330

(7) Raveau T, Annweiler C et coll . Evaluation gériatrique standardisée en secteur de réanimation : étude pilote pré-Seniora. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2013;11(4):389-395

(8) HAS, Anesm Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents en ehpad Juillet 2015

(9) HAS, Anesm Document de liaison d'urgence Juin 2015

(10) Sebag-Lanoë R, Trivalle C ; Du curatif au palliatif. Les 10 questions pour prendre une décision. Gériatries no 28, janv/fevr 2002

Boles Jean Michel Enjeux éthiques en réanimation Traité de bioéthique sous la direction d'Emmanuel Hirsch 342-361

Brauner DJ, Muir JC, Sachs GA .Treating non dementia illness in patient with dementia JAMA 2000 ; 283:3230-3235

Béland G, Bergeron R ; Les niveaux de soins et ordonnance de ne pas réanimer. Le Médecin du Québec, volume 37, numéro 4, avril 2002

Durel G, Saby Tessier MF et coll ; Impact de l'évaluation gériatrique standardisée mise en place au sein d'un ehpad sur l'implication des soignants dans les discussions éthiques. La Revue Francophone de Gériatrie et Gérontologie ; 2009, vol XVI, no 159, 484-487

Eisemann M, Richter J, Bauer B, Bonelli R, Porzsolt F ; Physicians' decision-making in incompetent elderly patients : a comparative study between Austria, Germany and Sweden Int Psychogeriatr. 2003 Jun ; 15 (2)

Le Projet thérapeutique aux Cliniques Universitaires Saint Luc de Louvain. Louvain Médical, 2005, 124, 220-226

Volicer L; Les soins aux patients atteints de maladie d'Alzheimer terminale. La Revue Canadienne de la maladie d'Alzheimer et autres démences, 2009 ; 9-13