

2023-2024

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine Générale

**L'IMPACT DES
PRESCRIPTIONS
ANTICIPEES SUR LES
PASSAGES AUX URGENCES
CHEZ LES PATIENTS EN
FIN DE VIE EN EHPAD**

ETUDE RETROSPECTIVE SUR LES EHPAD D'ANGERS ET MAZE

COLLE Guillemette

Née le 22/06/1998 à Strasbourg (67)

Sous la direction de M. COMMER Jean-Marie

Membres du jury

M. Le Professeur CONNAN Laurent | Président

M. Le Docteur COMMER Jean-Marie | Directeur

Mme La Docteure TEXIER-LEGENDRE Gaëlle | Membre

Soutenue publiquement le :
27/06/2024

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) Guillemette COLLE
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le 06/05/2024

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé(e) si j'y manque ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Sébastien Faure

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CALES Paul	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine

DIQUET Bertrand	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE ; PHARMACOLOGIE CLINIQUE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVAL Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Mathieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri- Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HAMY Antoine	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
HENNI Samir	MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
HUNAUT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
IFRAH Norbert	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LARCHER Gérald	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRES	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VENEREOLOGIE BIOLOGIE ET MEDECINE DU	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine

MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RICHOMME Pascal	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIOU Jérémie	BIostatistiques	Pharmacie
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIostatistiques	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie

BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE ; discipline hospit : NEUROCHIRURGIE	Médecine
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CANIVET Clémence	GASTROENTEROLOGIE-HEPATOLOGIE	Médecine
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHEVALIER Sylvie	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDECINE GENERALE	Médecine
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine

MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIE Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PECH Brigitte	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RIOU Jérémie	BIostatistiques	Pharmacie
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley-Rose	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST / MAST		
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgia	NEPHROLOGIE	Médecine

POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Laurent Connan,
Un grand merci d'avoir accepté d'être le président de mon jury de thèse !

A Madame la Docteure Gaëlle Texier-Legendre,
Merci beaucoup de vous être rendue disponible pour participer au jury de cette thèse.

A Monsieur le Docteur Jean-Marie Commer,
Merci de t'être laissé si facilement convaincre d'être mon directeur de thèse ! Un grand merci pour ton aide, ta disponibilité, et nos échanges ... pas que médicaux !

Merci à tous les médecins coordonnateurs / IDE coordonnateurs et cadres de santé qui m'ont accueillie dans leurs établissements et ont pris le temps de répondre à mes questions.

Merci à Caroline, Geneviève et Béatrice de m'avoir accueillie pendant 6 mois dans vos cabinets, votre bienveillance... Votre présence m'est précieuse !

Merci à Anne et Alexandre, pour l'aide pour ma thèse bien sûr mais aussi et surtout tout le reste : une grande joie de savoir que je peux compter sur vous !

Merci à mes parents et ma famille, pour leur soutien pendant ces longues années d'étude... !

Et bien évidemment merci à toute la Congrégation des Servantes des Pauvres ! En particulier à Mère Générale... A Mère Maîtresse et Sr M. Anne-Scholastique pour la relecture de cette thèse, et à tout le Noviciat qui m'accompagne depuis le début de cet internat !

Liste des abréviations

CHU	Centre Hospitalier Universitaire
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante
HAS	Haute Autorité de Santé
ANESM	Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements Sociaux et Médico-sociaux
ONFV	Observatoire National de la Fin de Vie
IFOP	Institut Français d'Opinion Publique
ARS	Agence Régionale de Santé
PA(P)	Prescription Anticipée (Personnalisée)
SAU	Service d'Accueil des Urgences
GIR	Groupe Iso-Ressource
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
IDE	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
RAR	Réduction Absolue du Risque
NST	Nombre de Sujets à Traiter
BPCO	Broncho-Pneumopathie Obstructive
VNI	Ventilation Non Invasive
HAD	Hospitalisation A Domicile
PSE	Pousse-Seringue Electrique
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
MT	Médecin Traitant
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
ETP	Equivalent Temps Plein
PCA	Patient Controlled Analgesia
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
AS	Aide-Soignant(e)
IVSE	Intra-Veineuse à la Seringue Electrique
DA	Directive Anticipée

Plan

SERMENT D'HIPPOCRATE

INTRODUCTION

MÉTHODES

1. Population de l'étude
2. Recueil de données
3. Analyse des données

RÉSULTATS

1. L'impact des prescriptions anticipées (PA) sur les passages aux urgences
 - 1.1. Description de la population
 - 1.2. PA et impact sur les passages aux urgences
 - 1.3. Impact des PA sur le lieu de décès
2. Analyse des transferts aux urgences
 - 2.1. Analyse descriptive
 - 2.2. L'impact des PA sur les « hospitalisations potentiellement évitables »
3. Analyse des PA
 - 3.1. Symptômes visés par les PA
 - 3.1.1. Analyse descriptive
 - 3.1.2. Impact sur les transferts aux urgences
 - 3.2. Nombre de symptômes ciblés par les PA
 - 3.2.1. Analyse descriptive
 - 3.2.2. Impact sur les transferts aux urgences
 - 3.3. Analyse des molécules prescrites
 - 3.3.1. Analyse descriptive
 - 3.3.2. Impact sur les transferts aux urgences
4. Quelques situations remarquables
 - 4.1. Un transfert aux urgences évité à l'aide de PA
 - 4.2. Un transfert aux urgences évitables
 - 4.3. Le cas de l'EHPAD n°3

DISCUSSION

1. Forces et limites de l'étude
 - 1.1. Les forces
 - a) Une étude originale par rapport à la littérature existante
 - b) Des effectifs élevés
 - c) Une étude quantitative par analyse de dossiers permettant une meilleure objectivité
 - d) Qualité des données recueillies
 - 1.2. Les limites
 - a) Des effectifs faibles pour les critères de jugement secondaires
 - b) Une étude rétrospective

c) La validité externe

2. Les résultats

2.1. Le critère de jugement principal

2.2. Les PA

2.2.1. Une définition qui recouvre des réalités variées

a) Le cas des laxatifs : signe d'une mentalité d'anticipation ?

b) Des PA qui n'en sont pas

2.2.2. Les PA retrouvées dans notre étude

3. Autres pistes pour réduire les transferts au SAU évitables

3.1. Les limites des PA pour réduire les transferts au SAU

3.2. La collaboration au sein de l'équipe soignante

a) La communication entre l'équipe paramédicale et le médecin traitant

b) L'évaluation régulière du GIR (Groupe iso-ressource) comme aide pour dépister une altération de l'état général ?

c) Pénurie de MT et extension de la place du médecin coordonnateur

3.3. L'enjeu de la permanence des soins la nuit en EHPAD

a) La présence d'une IDE la nuit

b) L'importance de la régulation du SAMU

3.4. Le développement d'une culture d'anticipation chez le personnel soignant

a) L'enjeu de la formation

b) Les PA comme tremplin pour aborder la question de la fin de vie et la rédaction de DA

c) Le développement d'une culture palliative et d'anticipation chez les soignants

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

1. Lettre de présentation adressée aux EHPAD

2. Grille de recueil de données

3. Recueil de données

INTRODUCTION

Contexte général

Au cours de mon stage d'internat réalisé dans le service d'accueil des urgences du CHU d'Angers, j'ai été frappée par le nombre de patients transférés depuis des EHPAD qui décédaient dans les 24h suivant leur arrivée. Le tableau classique était celui d'une personne avec une altération marquée de l'état général depuis quelques jours ou semaines et qui était transférée lors de la survenue d'une dyspnée. Notre prise en charge aux urgences se limitait alors la plupart du temps à l'administration de morphiniques et d'anxiolytiques après avoir décidé d'une limitation des soins. Je me suis donc interrogée sur la façon dont pourraient être améliorées ces prises en charge en évitant ces transferts aux urgences, angoissants pour le patient, sans réelle valeur ajoutée sur le plan médical. Au cours de mes recherches, j'ai approfondi la notion de prescriptions anticipées, que je connaissais peu jusqu'alors. Ces prescriptions sont souvent recommandées par des sociétés savantes (HAS, Anesm, ONFV)(1-3) , mais après une recherche bibliographique je n'ai pas trouvé de chiffres permettant de montrer leur réelle efficacité quant à l'amélioration de la qualité de la prise en charge.

La fin de vie, mal prise en charge selon 46% des Français

La fin de vie est une question de société qui est aujourd'hui plus que jamais au cœur de l'actualité, à l'heure où se pose la question d'une éventuelle modification de la législation sur la fin de vie avec notamment la question de la légalisation du suicide assisté. En effet, l'avancée de la médecine permet de maintenir en vie la personne de plus en plus longtemps : l'enjeu a donc glissé progressivement du « vivre plus » au « vivre mieux » et notamment mieux vivre les derniers instants de sa vie. Dans un sondage Ifop réalisé en 2016, 46% des Français estiment que la fin de vie est mal prise en charge (4). Par ailleurs, alors que 81,6% des Français souhaitent décéder à domicile (dont 21% à condition que l'accompagnement puisse y être suffisant)(5), seule 26% de la population y est décédée en 2016, contre 59% en établissement

de santé et 14% en EHPAD(6). Ce hiatus entre le désir exprimé par les Français d'une part et la réalité des faits d'autre part peut expliquer l'insatisfaction globale exprimée. Dans une étude réalisée en 2013 par l'ONFV, les deux plus grandes craintes exprimées par les proches des personnes en fin de vie étaient pour 31% d'entre eux l'acharnement thérapeutique, et pour 20% l'hospitalisation (7). Cette crainte de l'hospitalisation, du transfert aux urgences en fin de vie, a pu être exacerbée par l'épidémie de covid, avec l'angoisse de décéder seul dans un service d'urgence. Ainsi, on peut considérer que la réduction des hospitalisations en fin de vie est un des enjeux majeurs pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients.

Aujourd'hui, 21% des personnes âgées de 85 ans ou plus vivent en EHPAD, et ceux-ci sont le lieu de 40% des décès de cette tranche d'âge. (8) L'EHPAD est donc une réalité qui touche une part importante de la population française. Un EHPAD, en tant qu'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, a pour mission d'accompagner les résidents dans le cadre d'un « projet de soins et de vie »(9). Les EHPAD devraient donc pouvoir offrir la possibilité à leurs résidents de décéder « à domicile », qui est un des critères de bonne qualité de fin de vie. Or en 2015, si $\frac{3}{4}$ des résidents décédaient au sein de leur structure, il n'en reste pas moins qu' $\frac{1}{4}$ des résidents décédaient au cours d'une hospitalisation. (8) Ce sont de plus 23,4% des résidents qui décèdent en EHPAD de façon non-soudaine qui sont hospitalisés en urgence au moins une fois au cours des deux semaines qui précèdent leur décès.(7) Ainsi, la moitié des résidents d'EHPAD seront confrontés à une structure hospitalière en fin de vie. Devant ce constat, l'HAS a publié un document en 2015 contenant des pistes pour réduire les hospitalisations non programmées des résidents des EHPAD. Dans ce document, l'HAS introduit la notion d'hospitalisations potentiellement évitables, qui représenteraient de 19 à 67% des hospitalisations selon les études. Pour les réduire, une des pistes proposées passe par le renforcement des soins palliatifs et des soins de support, à travers notamment la rédaction de prescriptions anticipées pour les urgences prévisibles. (1)

Les prescriptions anticipées, piste d'amélioration de la prise en charge de la fin de vie

Il n'existe pas de définition unique de ce qu'est une « prescription anticipée personnalisée », on peut cependant retenir la définition proposée par l'ARS d'Aquitaine : « Une PAP est une prescription médicale qui a pour objectif de répondre à un symptôme que pourrait présenter un patient, que celui-ci en ait déjà souffert ou non. Elle doit comporter tous les éléments réglementaires de la prescription médicale dont les conditions précises d'application, la date de rédaction, la date de mise en application, la durée de validité, la posologie des molécules éventuellement prescrites, la voie d'administration et la quantité de médicament à délivrer par la pharmacie. Les traitements préconisés doivent être rapidement efficaces et facilement administrés. [...] L'infirmière la met en application, après une évaluation de la situation du patient, si les conditions précisées sont réunies. En tant que prescription médicale, elle est sous la responsabilité du médecin en charge du patient. A toutes les étapes de la mise en œuvre des PAP, il appartient à chaque structure de définir le moment d'appel du médecin par l'infirmière. Le médecin doit prévoir de réévaluer les PAP périodiquement, à chaque évolution de l'état du patient et après toute mise en application. L'utilisation d'une PAP doit entraîner une réévaluation du traitement de fond qui sera modifié si nécessaire. »(10) Les prescriptions anticipées recouvrent donc une réalité vaste, toute ordonnance comportant une molécule prescrite en si besoin pouvant rentrer dans le cadre de cette définition. Des thèses ont déjà été effectuées sur le sujet, mais sous forme d'études qualitatives se basant sur des entretiens avec des médecins.(11,12) Cependant aucune étude n'a été réalisée pour montrer l'impact réel de la rédaction de ces prescriptions anticipées sur la prise en charge des patients. L'objectif principal de ma thèse est donc de montrer l'impact de la rédaction de prescriptions anticipées sur les passages aux urgences au cours du dernier mois de vie chez les résidents d'EHPAD. Les objectifs secondaires sont de décrire les prescriptions anticipées faites en fin de vie en EHPAD, les motifs de recours aux urgences et l'impact des PA sur le lieu de décès.

MÉTHODES

1. Population de l'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, rétrospective, descriptive. La population d'étude est les résidents des EHPAD d'Angers et de Mazé décédés entre le 1^{er} septembre 2022 et le 1^{er} septembre 2023, sans critère d'exclusion. Les EHPAD ont été contactés par mail après en avoir établi la liste via une recherche Internet.

2. Recueil de données

Le recueil de données était effectué au cours d'un passage d'une demi-journée dans les différents établissements. Il a été réalisé de septembre 2023 à janvier 2024. Les données étaient issues du logiciel de soins et des archives papiers, selon le fonctionnement des EHPAD. 9 EHPAD ont répondu positivement sur les 20 qui ont été sollicités.

Le recueil de données comprenait les éléments suivants :

- **Sexe**
- **Age au décès**
- **Cause du décès** : inscrite sur le certificat de décès ou supposée au vu de la lecture des transmissions de l'équipe soignante.
- **Hospitalisation aux urgences au cours du dernier mois de vie.** Le choix du délai de 1 mois a été fixé à partir du rapport de l'ONFV de 2013 mentionnant que 23,4% des résidents qui décèdent en EHPAD de façon non soudaine sont transférés aux urgences dans les 15 derniers jours de vie (7). La phase de déclin en fin de vie des personnes âgées étant souvent longue, et pour augmenter la puissance de notre étude, il a été fait le choix d'étudier les passages aux urgences dans un délai d'un mois avant la date du décès. Si plusieurs passages aux urgences ont été effectués, le motif du premier était mentionné et les suivants étaient notés dans la case « commentaire ».

- **Présence de prescriptions anticipées.** Selon la définition citée en introduction, ont été considérées comme prescriptions anticipées, toute molécule prescrite en si besoin. En effet, une prescription en si besoin est bien une molécule prescrite pour « répondre à un symptôme que pourrait présenter le patient » et que « l’infirmière met en application après une évaluation de la situation »(10). Cependant, était notifié dans les commentaires si la prescription relevait du traitement habituel du patient ou s’il s’agissait d’une prescription exceptionnelle pour répondre à un évènement aigu. Si les prescriptions anticipées étaient rédigées après un passage aux urgences, il était noté « non » dans la case « prescriptions anticipées » et les molécules prescrites étaient notées dans les commentaires.
- **Motif** (dyspnée/anxiété/douleur/transit/oxygène/encombrement bronchique) : ces catégories ont été établies suite au recueil de données réalisées dans un premier EHPAD. Si des prescriptions ne rentraient pas dans ces catégories, elles étaient notifiées dans la case « commentaire ».
- **Molécule(s) prescrite(s)**
- **Utilisation de la prescription** : si une trace de l’utilisation de la prescription était retrouvée, il était noté « oui » dans la case correspondante, sinon la case était laissée vide (l’absence d’information ne signifiant pas absence d’utilisation).
- **Lieu de décès** (EHPAD, SAU, autre service hospitalier)
- **Signalement par l’équipe de l’EHPAD d’une altération de l’état général** au médecin référent (médecin traitant ou médecin coordonnateur) : donnée non recueillie dans les 2 premiers EHPAD. Au cours du recueil de données s’est posée la question « est-ce qu’un meilleur signalement d’une altération de l’état général est corrélé à davantage de rédactions de PA ? », avec soit un signalement oral, soit une donnée objective qu’est l’évaluation du GIR.

- **Date de la dernière évaluation du GIR** : donnée non recueillie dans les 4 premiers EHPAD.
- Possibilité d'ajouter un commentaire libre.

Conformément aux directives de la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL), le recueil de données a été déclaré au délégué à la protection de données de l'université d'Angers. Aucune donnée identifiante n'ayant été recueillie et l'étude portant sur des données de patients décédés (et n'ayant donc aucun impact sur leur prise en charge), l'avis du comité d'éthique n'a pas été nécessaire.

3. Analyse des données

Les données ont été recueillies dans un tableur Excel. Un test paramétrique de Chi2 a été réalisé pour le critère de jugement principal et les critères de jugement secondaires avec un risque alpha à 5%.

RÉSULTATS

1. L'impact des prescriptions anticipées (PA) sur les passages aux urgences

1.1. Description de la population

EHPAD	Nombre de résidents inclus	Age moyen au moment du décès	Hommes (%)	Femmes (%)
1	16	91	5 (31%)	11 (69%)
2	17	94	5 (29%)	12 (71%)
3	23	94	10 (43%)	13 (57%)
4	28	91*	7 (25%)	21 (75%)
5	22	93	6 (27%)	16 (73%)
6	16	90	4 (25%)	12 (75%)
7	16	93	2 (13%)	14 (87%)
8	28	92	7 (25%)	21 (75%)
9	23	89	9 (39%)	14 (61%)
Total	189	92	55 (29%)	134 (71%)

Tableau 1 : Description de la population. *Manque deux données.

Le recueil de données a été effectué dans 9 EHPAD d'Angers et Mazé. 189 dossiers ont été inclus dans l'étude. Les personnes incluses étaient en moyenne âgées de 92 ans au moment du décès. La population était composée en majorité de femmes (71%).

EHPAD	Statut	Nbr de résidents	IDE la nuit	Médecin coordonnateur
1	Public	76	non	oui
2	Privé non lucratif	72	oui	non
3	Public	80	oui	non
4	Public	89	non	oui
5	Privé non lucratif	70	oui	oui
6	Privé commercial	76	non	oui
7	Privé non lucratif	84	non	oui
8	Privé non lucratif	90	non	non
9	Privé non lucratif	90	non	oui

Tableau 2 : Description des établissements inclus dans l'étude

Les EHPAD étudiés ont des statuts variés : du public au privé commercial. Seuls 3 établissements disposent d'une IDE la nuit. Les 2/3 des EHPAD ont cependant un médecin coordonnateur.

1.2. PA et impact sur les passages aux urgences

EHPAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	TOTAL
PA	11 (69%)	8 (47%)	18 (78%)	21 (75%)	15 (68%)	14 (86%)	13 (81%)	21 (75%)	18 (78%)	139 (74%)
SAU	6 (38%)	4 (24%)	2 (9%)	8 (29%)	9 (41%)	6 (38%)	4 (25%)	10 (36%)	7 (30%)	56 (30%)

Tableau 3 : Nombre de passages aux urgences et nombre de résidents avec PA par EHPAD (%).

En moyenne, 30% des résidents ont été transférés au moins une fois aux urgences au cours de leur dernier mois de vie, avec une variation allant de 9% à 41% selon les EHPAD.

En moyenne, pour 74% de la population totale, des prescriptions anticipées avaient été (de 47% à 86% selon les EHPAD).

EHPAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Moyenne
$P_{PA-}(SAU+)$	40%	44%	25%	57%	43%	0%	67%	57%	60%	46%
$P_{PA+}(SAU+)$	36%	0%	6%	19%	40%	43%	15%	29%	22%	24%

Tableau 4 : Taux de passages aux urgences en fonction de la présence (PA+) ou non (PA-) de prescriptions anticipées.

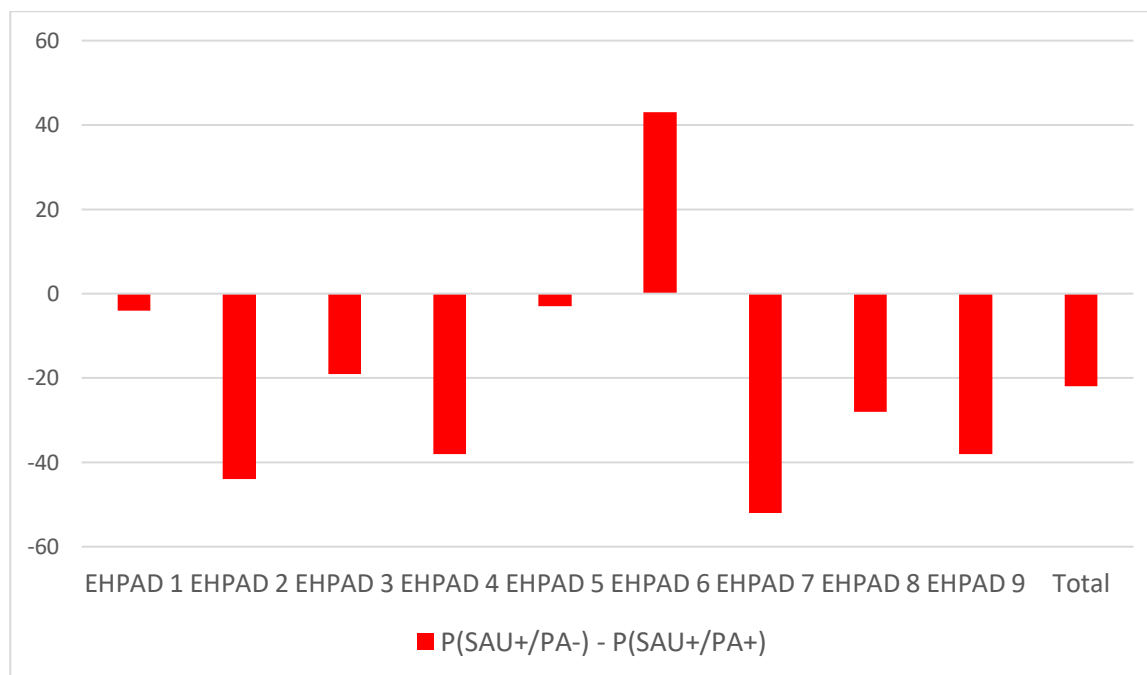


Figure 1 : Modification en nombre de points du taux de passage aux urgences en présence de PA

Dans tous les EHPAD de notre étude à l'exception du n°6 (cf 2.1 de la discussion), la présence de prescriptions anticipées réduit le taux de passages aux urgences des résidents au cours du dernier mois de vie. Le risque de passage aux urgences en l'absence de PA dans la population totale est de 46% et il descend à 24% lorsque des PA sont rédigées. **Le risque de passer aux urgences en fin de vie en présence de PA est ainsi diminué de 48% (réduction relative du risque).**

La réduction absolue du risque (RAR) de passer aux urgences étant de 22 points, il suffit de rédiger des PA pour 4 résidents pour éviter un passage aux urgences. (NST = 1/RAR)

PA -	SAU +	46%	P < 0,01
	SAU -	54%	
PA +	SAU +	24%	
	SAU -	76%	

Tableau 5 : taux de passage aux urgences dans le groupe PA- et PA+

Le test du Chi2 nous permet de mettre en évidence que la présence de prescriptions anticipées est liée à un taux statistiquement significatif plus bas de passages aux urgences avec $p < 0,01$.

1.3. Impact des PA sur le lieu de décès

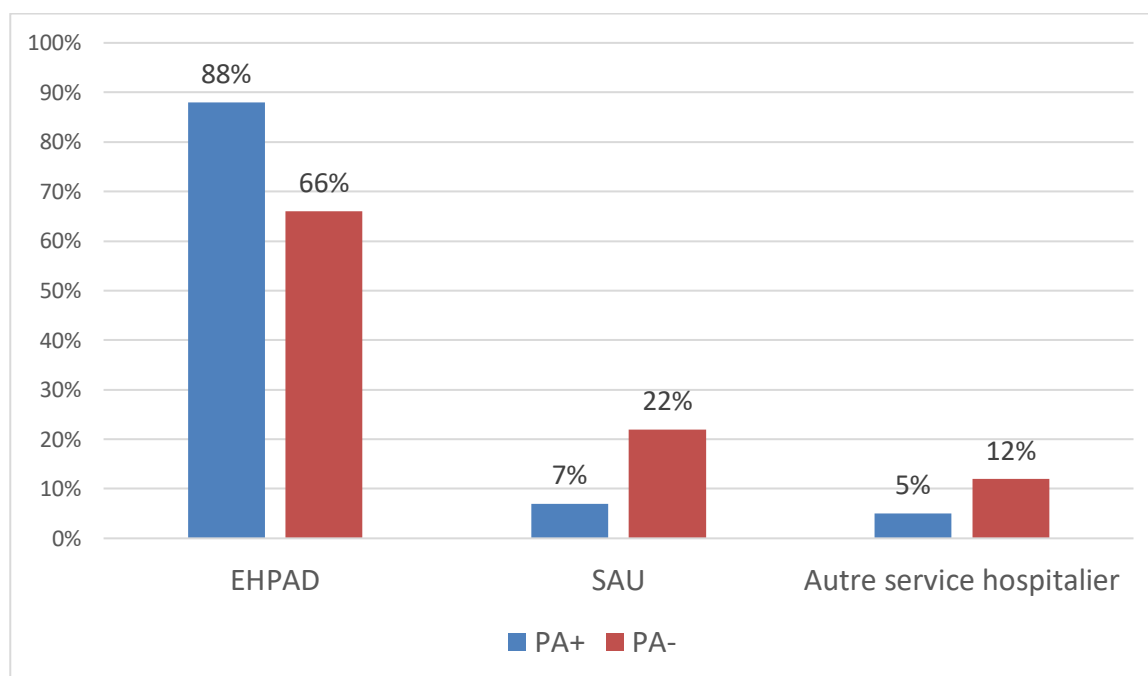


Figure 2 : Répartition des lieux de décès en fonction de la présence ou non de PA.

PA +	EHPAD	88%	P < 0,01
	Hôpital (SAU ou autre)	12%	
PA -	EHPAD	66%	
	Hôpital (SAU ou autre)	34%	

Tableau 6 : Répartition des lieux de décès en fonction de la présence ou non de PA

La rédaction de PA augmente de façon statistiquement significative la probabilité de décéder en EHPAD : dans le groupe PA+, 88% des sujets sont décédés au sein de la structure, contre

66% dans le groupe PA-. Il y a donc 2,8 fois plus de risque de décéder à l'hôpital si des PA ne sont pas rédigées.

2. Analyse des transferts aux urgences

2.1. Analyse descriptive

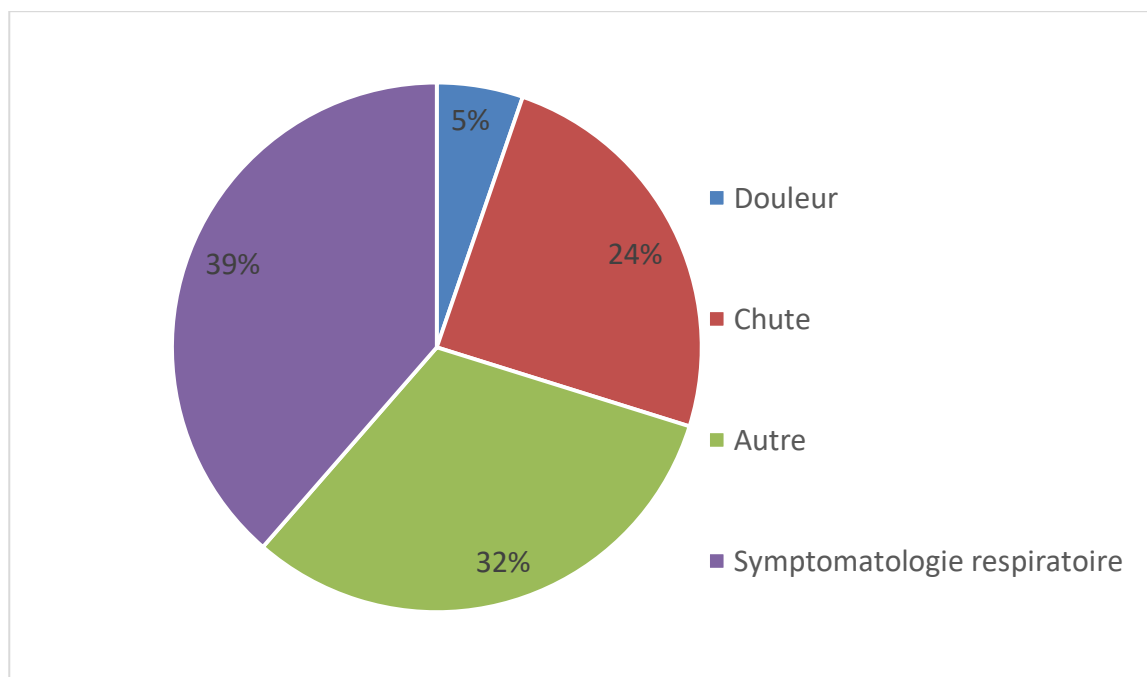


Figure 3 : Répartition des motifs de transfert au SAU

Les deux motifs principaux de transfert au SAU sont une symptomatologie respiratoire (regroupant dyspnée, désaturation, encombrement bronchique) ou une chute. Les motifs rassemblés dans « autres » sont variés : arrêt cardio-respiratoire, sonde nasogastrique arrachée, perturbation du bilan biologique, fièvre, constipation, inquiétude de l'entourage, suspicion d'AVC, malaise, ischémie de membre, altération de l'état général.

2.2. L'impact des PA sur les « hospitalisations potentiellement évitables »

Dans son document qui a pour objectif d'aider à la réduction des hospitalisations non programmées des résidents d'EHPAD, la HAS développe le concept des « hospitalisations potentiellement évitables »(1). Ce sont des hospitalisations qui pourraient être évitées si les comorbidités et les syndromes gériatriques étaient pris en charge de façon optimales ou

prévenus en EHPAD. A cela s'ajoute les hospitalisations « inappropriées » : des transferts dont la pertinence et/ou le rapport bénéfice/risque sont discutables par rapport à des soins qui pourraient être réalisés au sein de l'EHPAD. Ce sont toutes ces hospitalisations qui sont visées par la rédaction de prescriptions anticipées. Il est difficile dans une étude rétrospective de déterminer si un transfert aux urgences était évitable ou non et de juger de son caractère approprié. On choisira ici de considérer que les transferts aux urgences pour cause de chute n'étaient pas anticipables et en rassemblant tous les autres motifs de transfert aux urgences comme « potentiellement évitable ».

Sur les 56 passages aux urgences de notre étude, 14 avait pour motif les conséquences d'une chute, tandis que 42 avaient un autre motif et étaient par conséquent « potentiellement évitables ».

On peut par ailleurs étudier une autre sous-catégorie de passages aux urgences que l'on peut considérer comme anticipables : ce sont ceux qui ont pour motif un trouble ventilatoire (désaturation, dyspnée, encombrement). Ce sous-groupe est intéressant sous deux aspects : la symptomatologie respiratoire est fréquente en fin de vie. Ainsi, 22 transferts aux urgences sur les 56 de notre étude ont pour motif une symptomatologie respiratoire. D'autre part, ce sont ces symptômes qui sont visés en majorité par les prescriptions anticipées.

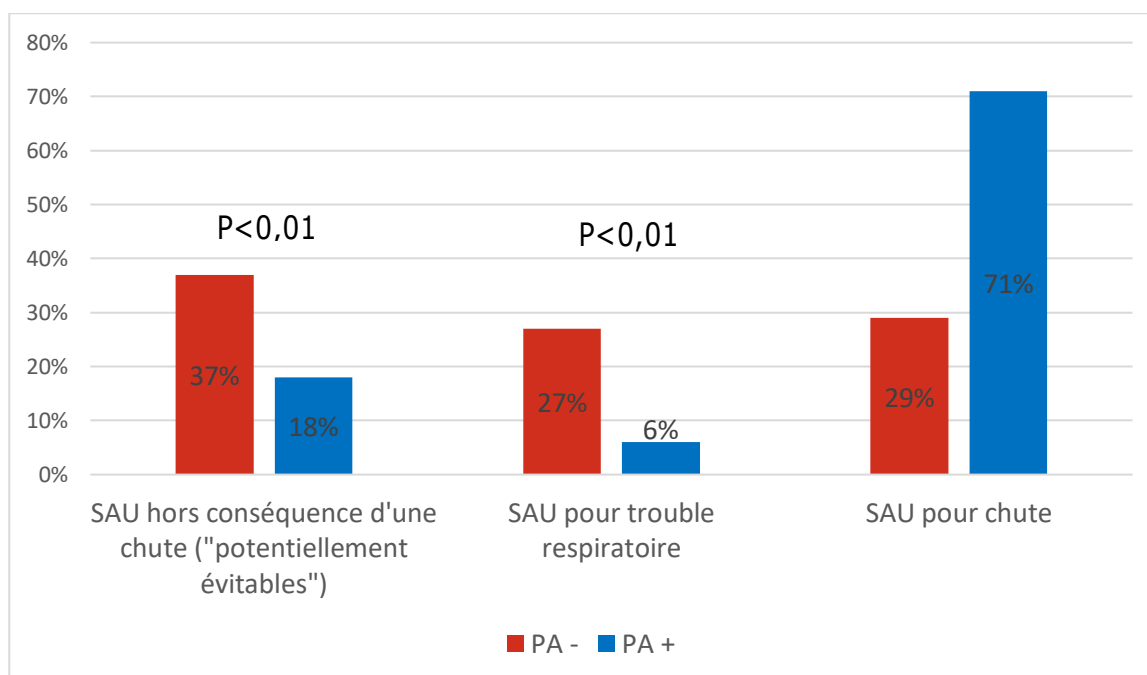


Figure 4 : Taux de passage aux urgences en présence ou absence de PA selon le motif de transfert.

Dans la sous-catégorie des passages aux urgences hors motif de chute, la rédaction de prescriptions anticipées divise par 2 le risque de passer aux urgences en fin de vie, avec une diminution statistiquement significative. Dans celle concernant les transferts pour motif respiratoire, la présence de PA fait passer le taux de transfert aux urgences pour ce motif de 27% à 6%, avec un résultat statistiquement significatif également.

Comme attendu, on peut constater que les PA ne protègent pas des transferts aux urgences qui ont pour motif les conséquences d'une chute (fracture fémorale, plaie du cuir chevelu etc).

3. Analyse des PA

3.1. Symptômes visés par les PA

3.1.1. Analyse descriptive

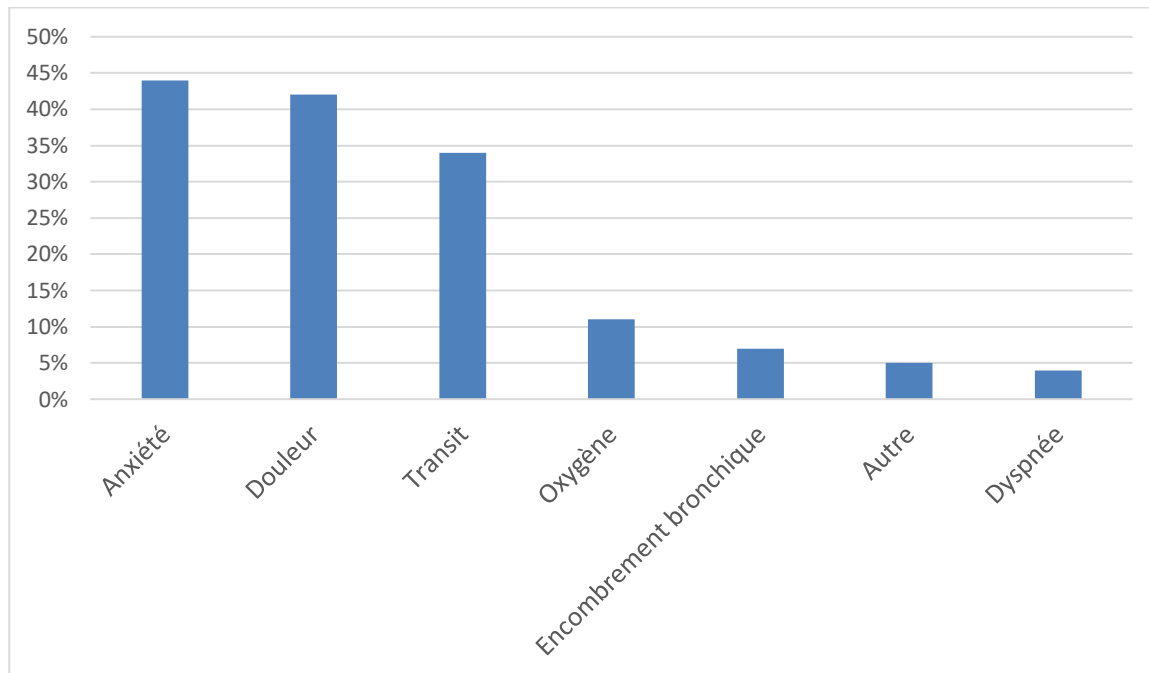


Figure 5 : Taux de rédaction de PA par symptôme visé (% de la population totale)

Les PA ciblent en grande majorité l'anxiété et la douleur (respectivement 44 et 43%). L'oxygène, l'encombrement bronchique et la dyspnée sont des symptômes peu visés par la rédaction de PA.

Dans 5% des cas, des prescriptions avec d'autres motifs ont été rédigées : antibiotique en cas de fièvre, diurétique si prise de poids ou avec consigne de diminution si présence d'une hypotension, perfusion en cas de déshydratation, protocole insuline/glucagon.

3.1.2. Impact sur les transferts aux urgences

% passage au SAU			
PA anxiété	Oui	25%	P=0,20
	Non	34%	
PA douleur	Oui	27%	P=0,36
	Non	33%	
PA transit	Oui	20%	P=0,03
	Non	35%	
PA oxygène	Oui	10%	P=0,03
	Non	33%	
PA encombrement bronchique	Oui	20%	Test du Chi2 non applicable car effectif trop faible
	Non	30%	
PA dyspnée	Oui	30%	
	Non	29%	

Tableau 7 : Impact des PA sur les passages au SAU en fonction du symptôme visé.

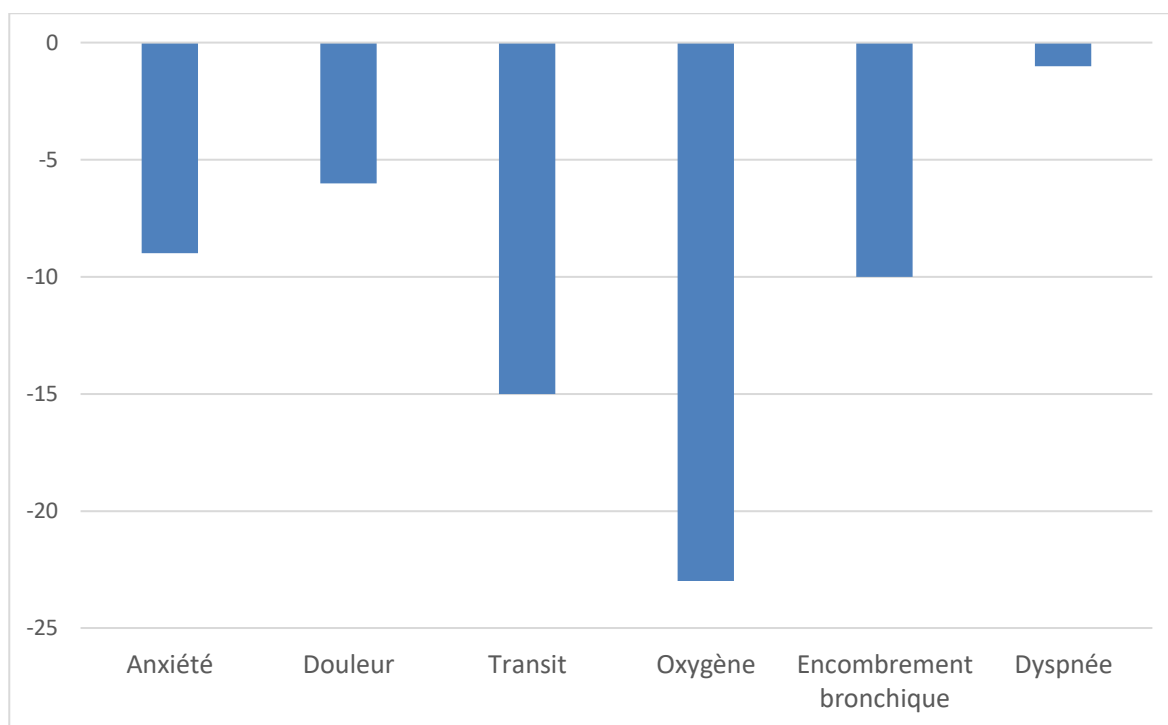


Figure 6 : Modification en nombre de points du taux de passage aux urgences en cas de rédaction de PA, en fonction du symptôme visé.

Pour tous les types de symptômes, les prescriptions anticipées réduisent les passages aux urgences, de 1 à 23%. Une différence statistiquement significative peut être mise en évidence pour la prescription d'oxygène et les prescriptions en lien avec le transit.

3.2. Nombre de symptômes ciblés par les PA

3.2.1. Analyse descriptive

Nombre de symptômes visés	1	2	3	4	5
% de rédaction (par rapport à la pop générale)	35% (n=49)	43% (n=60)	14% (n=20)	7% (n= 10)	2% (n=2)

Tableau 8 : Nombre de symptômes visés par les PA

Quand des prescriptions anticipées ont été rédigées, elles l'étaient dans 65% des cas pour plusieurs symptômes.

3.2.2. Impact sur les transferts aux urgences

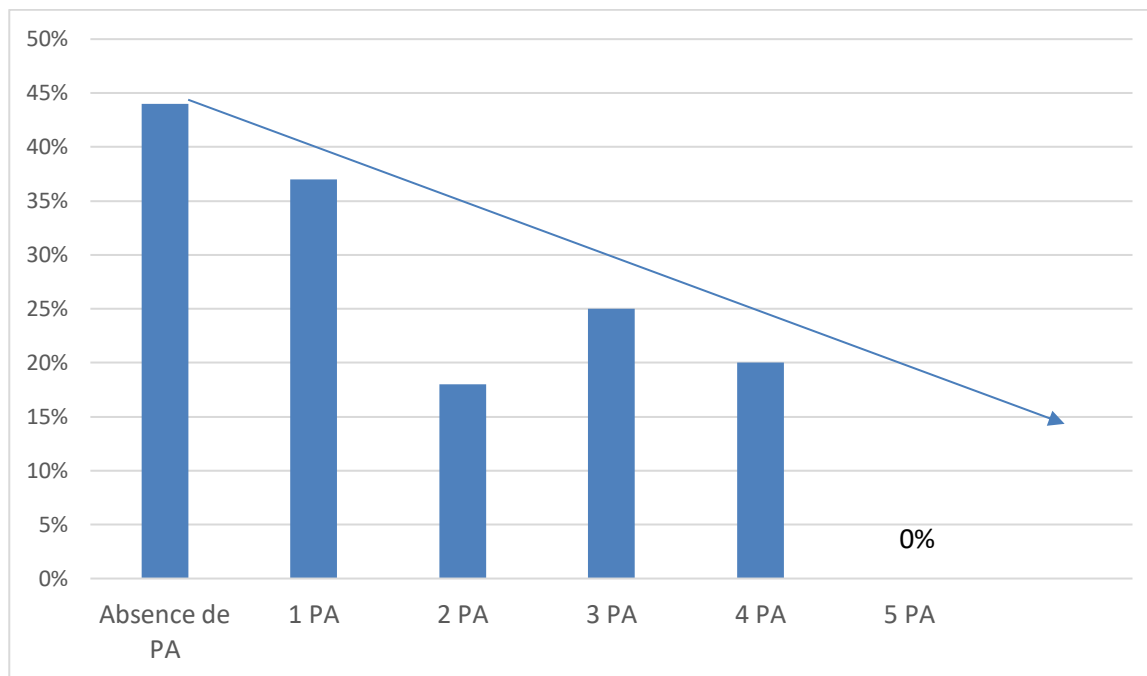


Figure 7 : Taux de passage au SAU en fonction du nombre de symptômes visés par les PA

La tendance générale de ce graphique montre que plus des prescriptions anticipées ciblant un grand nombre de symptômes ont été rédigées, indépendamment du symptôme ciblé, plus le risque de transfert aux urgences diminue.

Le test du Chi 2 n'a pas été appliqué ici, les effectifs étant trop réduits (moins de 3 sujets dans la catégorie « 5 PA »).

3.3. Analyse des molécules prescrites

3.3.1. Analyse descriptive

Les deux grandes classes médicamenteuses utilisées dans l'accompagnement de la fin de vie étant les anxiolytiques et les morphiniques (13), nous avons fait le choix d'étudier plus spécifiquement leur prescription dans notre recueil de données.

- **Morphiniques** : toutes les prescriptions de morphiniques ont été recensées, quelle que soit la galénique ou la molécule utilisée.

- **Anxiolytiques** : A travers l'étude des ordonnances au cours du recueil de données, deux catégories différentes de prescriptions d'anxiolytiques ont pu être identifiées. En effet, certains anxiolytiques sont prescrits sur l'ordonnance de renouvellement du traitement de fond et apparaissent sur des ordonnances depuis plusieurs années : ils sont ainsi prescrits en « si besoin » dans une visée de soins courants. Au contraire, certaines prescriptions d'anxiolytiques apparaissent en fin de vie, suite à l'apparition de symptômes d'inconfort ou en prévision de ces derniers : ces prescriptions sont ainsi dans une démarche de soin à visée palliative. La prescription de Midazolam, Diazépam, Tranxène et Laroxyl est dans notre étude toujours associée à un soin dans une visée palliative. Deux catégories d'anxiolytiques ont donc été déterminées : l'une regroupant les soins courants (Oxazépam, Alprazolam, Loxapine et Bromazépam) et l'autre les molécules prescrites dans une visée palliative (Midazolam, Diazépam, Tranxène et Laroxyl).

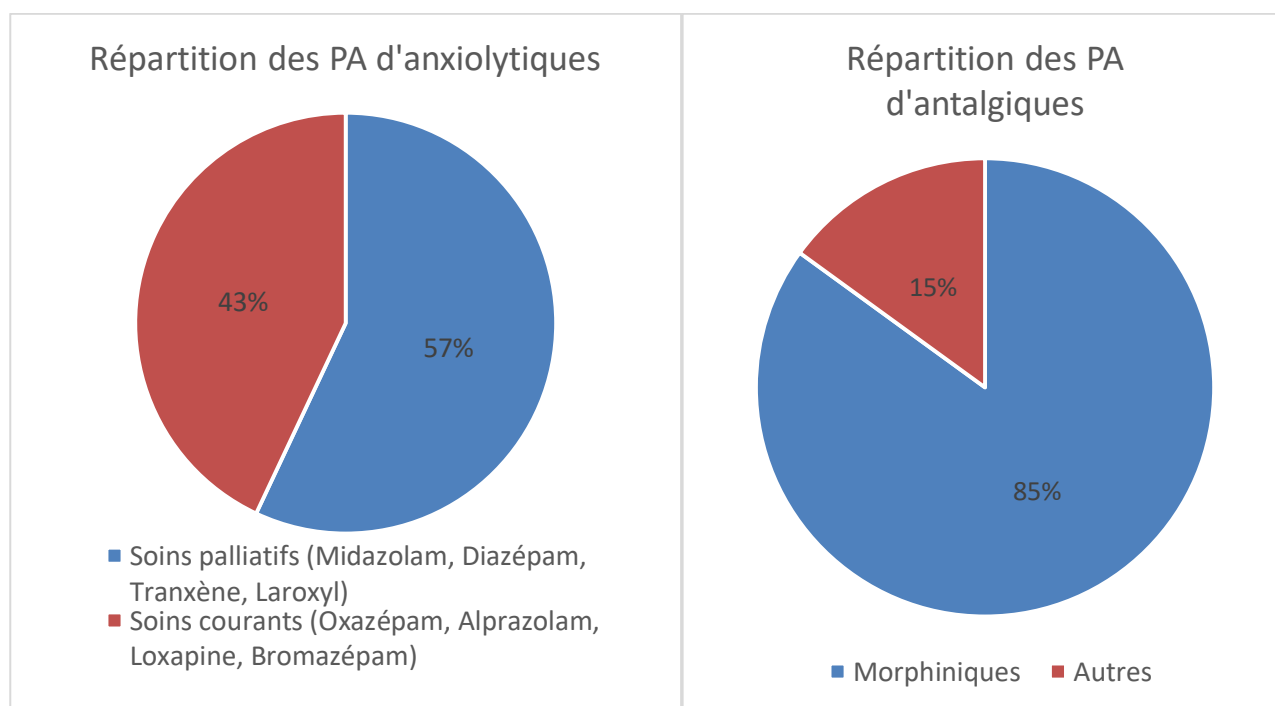


Figure 8 : Répartition des différents types de PA d'anxiolytiques et d'antalgiques

3.3.2. Impact sur les transferts aux urgences

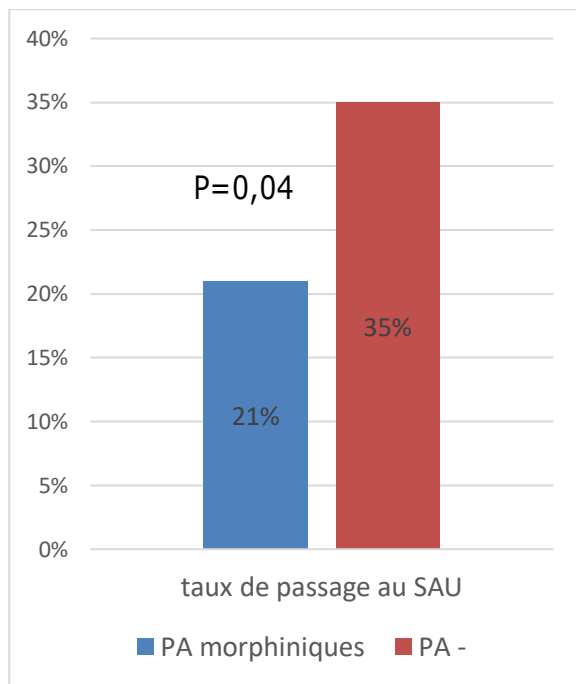


Figure 9 : Taux de passage aux urgences en fonction de la présence ou non de PA de morphiniques.

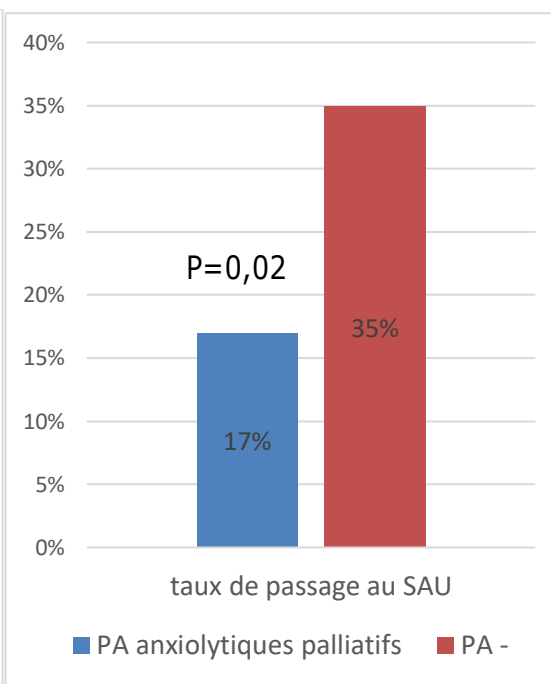


Figure 10 : Taux de passage aux urgences en fonction de la présence ou non de PA d'anxiolytiques à visée palliative.

La prescription d'anxiolytiques à visée palliative permet de diviser par deux le taux de passage aux urgences. La prescription de morphiniques fait diminuer ce taux de 35% à 21%. La réduction des passages aux urgences dans ces deux sous-groupes est de plus statistiquement significative.

4. Quelques situations remarquables

4.1. Un transfert aux urgences évité à l'aide de PA

Une patiente de 92 ans (n°168) a présenté une infection au covid. Par la suite, celle-ci s'est compliquée d'une surinfection bronchique entraînant une dégradation progressive de l'état général de la résidente, avec un alitement de plus en plus important au cours de la journée. L'équipe paramédicale de l'EHPAD a alors signalé cette dégradation au médecin traitant et lui a demandé s'il pouvait se déplacer. Suite à sa consultation, il a prescrit dans un premier temps un anxiolytique sous forme de Valium en gouttes. La dégradation se poursuivant, le médecin a été rappelé. Une discussion a alors eu lieu avec la patiente, l'équipe de soin de l'EHPAD et le

médecin traitant pour discuter du projet de soins. A l'issue de celle-ci, le passage à une phase palliative exclusive de la prise en charge a été décidé. En conséquence, le médecin a opéré à la suspension de tous les traitements qui ne relevaient pas du confort, et il a par ailleurs introduit du Valium en sous-cutané ainsi que de l'Oramorph pour lutter contre la dyspnée et l'anxiété qui peuvent apparaître en fin de vie. Ces symptômes sont en effet survenus dans les derniers jours mais ont pu être correctement contrôlés par les PA ; une hospitalisation n'a pas été nécessaire pour la soulager. Dans les transmissions infirmières, la patiente est notée comme « confortable » jusqu'à la fin de sa vie et le décès a eu lieu au sein de l'EHPAD.

Cette situation est exemplaire sous plusieurs aspects :

- En ce qui concerne la communication entre soignants : l'altération de l'état général a été signalée suffisamment tôt au médecin traitant pour qu'il puisse venir évaluer la patiente avant que des symptômes trop sévères n'apparaissent. Par ailleurs, celui-ci s'est montré disponible et réactif. Enfin, l'équipe de l'EHPAD a su réévaluer la situation et avertir le médecin pour qu'il puisse adapter ses prescriptions à la nouvelle situation.
- En ce qui concerne l'anticipation : des PA ont été rédigées avant que les symptômes surviennent et ont permis un soulagement efficace le moment venu. La discussion organisée en amont a permis de se mettre d'accord sur un objectif commun de soins de confort exclusifs et d'accompagner paisiblement la résidente au cours des derniers jours.

4.2. Un transfert aux urgences évitables

Un patient de 83 ans (n° 111) avait pour principale comorbidité une BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive). Il se plaignait d'une dyspnée croissante depuis plusieurs jours, les IDE de son EHPAD ont ainsi mis en évidence plusieurs épisodes de désaturation. Le médecin traitant a été prévenu une première fois de la situation. En l'absence de visite, l'équipe de l'EHPAD l'a prévenu une seconde fois de l'absence d'amélioration. Le

médecin traitant s'est alors déplacé dans l'établissement. Il a prescrit de l'oxygène sans autre modification de traitement : ni traitement à visée curative de l'épisode actuel, ni introduction de molécule à visée de confort. Aucune discussion n'a eu lieu sur la conduite à tenir en cas d'une éventuelle dégradation chez un patient à l'état général déjà altéré. Lors d'un épisode de dyspnée ne s'améliorant pas sous lunettes à oxygène, le transfert aux urgences a été décidé et le décès est survenu dans les 24h.

On pourrait qualifier ce transfert aux urgences d'évitable, ou du moins de prévisible. La prise en charge aurait donc pu être améliorée par plusieurs moyens :

- Une discussion collégiale permettant de statuer sur l'objectif du soin : est-on dans une démarche curative, avec recherche étiologique de l'épisode en cours ? Uniquement symptomatique ? Dans tous les cas, il est bon de s'interroger sur la conduite à tenir en cas de dégradation et de discuter la pertinence d'actes invasifs s'ils s'avéraient nécessaires. Il est important aussi d'interroger le patient si possible pour connaître son souhait : est-il demandeur d'une prise en charge hospitalière pour des thérapeutiques plus invasives type VNI par exemple ? Ou désire-t-il rester dans sa structure à condition d'y être soulagé de ses symptômes ?
- La rédaction de PA permettant d'anticiper des symptômes prévisibles tels que la dyspnée ou l'anxiété. Il est nécessaire de donner aux équipes les moyens de répondre aux symptômes du patient, sans quoi les transferts aux urgences ne sont pas évitables. Dans la rédaction de PA, il faut également prendre en compte la galénique des médicaments prescrits. Dans un cas de cette étude, des PA avaient été rédigées mais les antalgiques et anxiolytiques étaient prescrits sous forme de comprimés. Or, le patient n'avait plus la capacité de les prendre. Les IDE ont donc dû rappeler le médecin qui a rédigé de nouvelles prescriptions avec des médicaments sous forme de gouttes

ou de patchs. Anticiper la perte de la voie orale fait donc également partie de cette logique d'anticipation.

4.3. Le cas de l'EHPAD n°3

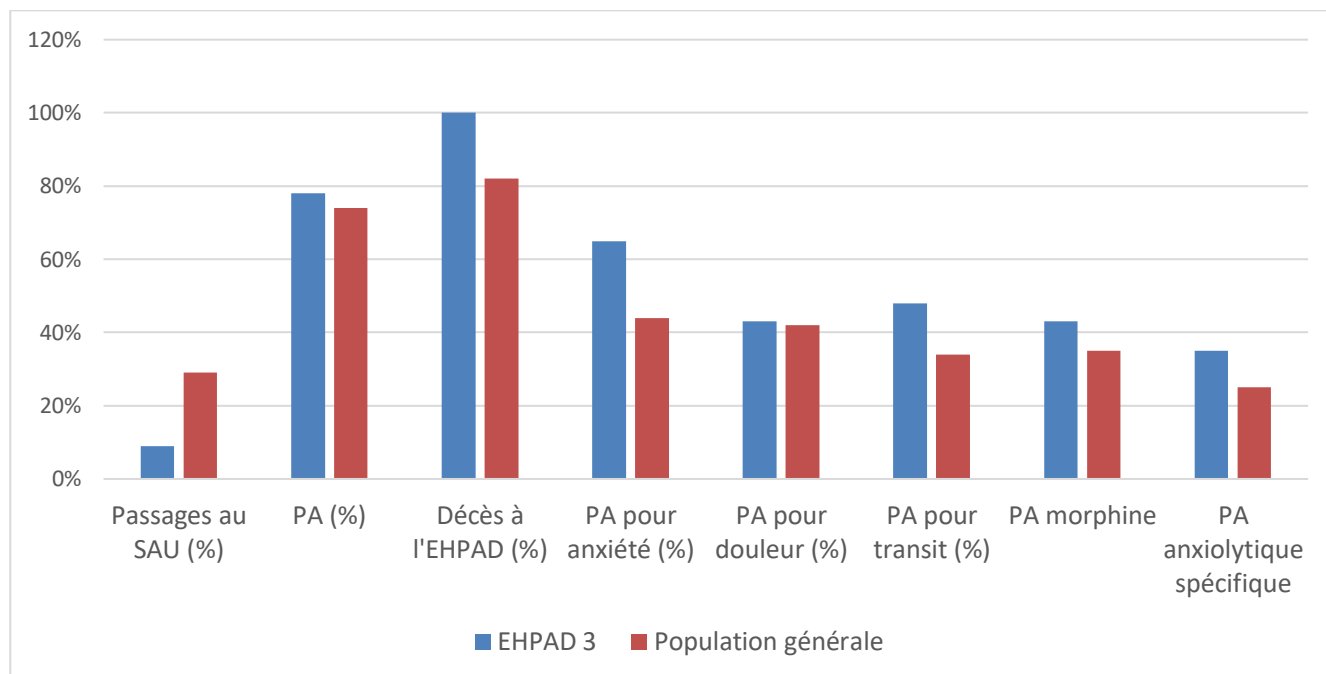


Figure 11 : Comparaison de l'EHPAD 3 par rapport à la population générale de l'étude.

L'EHPAD n°3 présente un taux particulièrement bas de passages aux urgences : seulement 9% soit 2 résidents. Par ailleurs, tous les résidents de cet EHPAD sont décédés à domicile contre 82% dans l'ensemble de la population étudiée. Les deux transferts aux urgences ont été pour l'un des troubles de la conscience suite à la majoration d'un traitement par psychotropes et pour l'autre une altération de l'état général chez un patient avec un cancer multimétastatique dont le retour à l'EHPAD s'est fait avec la mise en place d'une Hospitalisation à Domicile (HAD).

La proportion de résidents pour lesquels des PA ont été rédigées n'est pas significativement supérieure à celle de la population générale (78% vs 74%) toutefois le type de PA est assez différent :

- **PA d'anxiolytiques** : 65% des résidents avaient une PA contre l'anxiété contre 44% dans la population générale. Par ailleurs, si on considère les PA d'anxiolytiques à visée

palliative (en excluant les anxiolytiques prescrits dans une visée de soins courants) : le taux de PA d'anxiolytiques à visée palliative est 40% plus élevé dans l'EHPAD n°3 par rapport à la population générale.

- **PA de morphiniques** : Le taux de prescription de morphiniques est légèrement plus élevé dans l'EHPAD n°3 par rapport à la population générale (43% vs 35%). Cependant, cette différence est diminuée par le fait que sur les 11 prescriptions de morphiniques en PSE faites en fin de vie, seulement 5 l'ont été avec la mention de « si besoin ». Les autres avaient soit seulement un débit de fond de prescrit, soit également des bolus mais sans la mention « si besoin ». A titre de comparaison, dans le reste de l'étude, seulement 5 prescriptions de morphine ou midazolam en PSE ont été retrouvées (soit 3% de la population en excluant les résidents de l'EHPAD n°3). Ce qui contraste avec le chiffre retrouvé dans cet EHPAD : 56% des résidents avaient une prescription de morphine ou midazolam en PSE. Ainsi, bien que ne rentrant pas à proprement parler dans le cadre des PA, on peut observer une réelle logique d'anticipation dans la prise en charge des résidents de cet EHPAD. Plusieurs prescriptions étaient faites notamment le vendredi. J'ai pu interroger le médecin traitant qui a pris en charge plus de la moitié des résidents de l'EHPAD inclus dans l'étude qui disait être attentif surtout avant les week-ends à donner aux équipes les moyens de soulager les symptômes que pourraient présenter ces patients.
- **La collaboration entre professionnels de soins** : Dans cet EHPAD, on peut noter une grande disponibilité des équipes : la plupart des résidents sont suivis par la maison médicale située à quelques centaines de mètres. Le médecin mentionné plus haut, qui y suit un grand nombre de résidents, passe donc minimum une fois par semaine dans l'établissement. Dans la plupart des cas, le médecin pouvait se déplacer dans les 48h suivant l'appel de l'IDE. Les équipes sont également rapides à signaler toute altération

de l'état général. Enfin, il existe dans cet EHPAD une IDE la nuit ce qui permet d'envisager de prescrire des produits en PSE.

DISCUSSION

1. Forces et limites de l'étude

1.1. Les forces

a) Une étude originale par rapport à la littérature existante

Les PA sont plebiscitées par bon nombre d'organismes en lien avec la santé (1-3,14,15) toutefois leur efficacité n'est jamais prouvée et aucun chiffre n'est avancé pour justifier leur utilisation.

Dans la recherche bibliographique réalisée, il existe plusieurs études récentes portant sur les prescriptions anticipées en fin de vie. Cependant ces études sont descriptives (11,12), détaillant les types de PA faites sans chercher à montrer leur effet.

Une étude en 2015 aux Pays-Bas tendait à montrer que la rédaction de PA permet d'éviter les hospitalisations en fin de vie (16) cependant il s'agissait de questionnaires auprès de professionnels de santé et famille sur des effectifs très faibles : au total seulement 30 situations de fin de vie ont été analysées. La puissance de cette étude est donc faible.

De même, dans son rapport de 2015 (3), l'ONFV signale que les PA sont considérés par les professionnels de l'HAD comme le principal outil pouvant permettre de réduire les hospitalisations aux urgences non justifiées, sans avancer de données permettant de renforcer cette idée.

b) Des effectifs élevés

Les rares études faites sur ce sujet ont, comme celle citée précédemment, des effectifs faibles (17), ne permettant pas de réaliser de test statistique pour mettre en évidence des différences statistiquement significatives. Cette thèse a récolté les données provenant de 189 dossiers

dans 9 EHPAD différents, permettant ainsi de mettre en évidence une différence statistiquement significative pour le critère de jugement principal notamment.

c) Une étude quantitative par analyse de dossiers permettant une meilleure objectivité

Le recueil a été fait à l'aide d'un tableau Excel par analyse des dossiers des résidents d'EHPAD, ce qui limite les biais en comparaison d'autres thèses ayant été faites à partir d'interrogatoires. (11,12)

d) Qualité des données recueillies

Le recueil de données était effectué dans les EHPAD à partir de plusieurs sources, ce qui diminue le risque de données manquantes : dossier électronique, dossier papier, discussion avec les professionnels de l'établissement en cas de doute sur une situation. Les dossiers étaient bien tenus dans la majorité des cas avec des transmissions rédigées par les équipes paramédicales de façon quasi quotidienne. Par ailleurs, les archives papiers étaient accessibles dans tous les EHPAD.

1.2. Les limites

a) Des effectifs faibles pour les critères de jugement secondaires

Dans les critères de jugement secondaires, les sous-groupes étant de taille plus réduite, il n'est souvent pas possible de mettre en évidence des différences statistiquement significatives. Il est cependant légitime de supposer que, comme dans le cas de la prescription de morphiniques par exemple (cf 2.3.2.) , une différence aurait pu être mise en évidence avec des effectifs plus élevés. Il pourrait être intéressant à l'avenir de réaliser une étude sur un plus grand échantillon pour identifier les PA qui sont le plus associées à une meilleure qualité de fin de vie, en étudiant notamment leur impact sur les passages aux urgences.

b) Une étude rétrospective

Certains biais sont inhérents aux études rétrospectives. En effet certaines données sont difficiles à recueillir a posteriori, notamment le caractère anticipable ou non d'un transfert aux urgences (cf 1.3.) Par ailleurs il peut exister un biais de mémoire : les ordonnances papiers rédigées mais non utilisées (en l'absence d'aggravation de l'état du patient par exemple) ont pu être moins bien tracées dans les transmissions infirmières. Cette hypothèse cependant aurait tendance à sous-estimer l'impact des prescriptions anticipées sur la réduction des passages aux urgences ce qui renforce d'autant plus les résultats de cette étude. En effet, une ordonnance de PA rédigée mais sans aggravation du patient aurait fait classer le patient dans la catégorie PA+/SAU-. De plus, l'utilisation de différentes sources d'informations permet de réduire l'impact de ce potentiel biais de mémoire.

c) La validité externe

Le recueil de données a été limité aux EHPAD d'Angers et de Mazé. La question peut donc se poser de la transposabilité de ces résultats sur d'autres territoires. Le recueil de données a été effectué dans des EHPAD publics et privés ce qui va en faveur d'une plus grande validité externe. Par ailleurs, l'extension de l'étude à la ville de Mazé permet de ne pas avoir uniquement la situation d'une grande ville qui implique la proximité géographique des services d'urgences. Enfin, les établissements ne sont pas homogènes en ce qui concerne les services de soins proposés (médecin coordonnateur, présence d'une IDE de nuit) ce qui permet également d'améliorer la validité externe.

2. Les résultats

2.1. Le critère de jugement principal

En moyenne, 30% des résidents ont été transférés aux urgences au cours de leur dernier mois de vie. Ce chiffre est cohérent avec ceux retrouvés dans la littérature, notamment dans le rapport de l'ONFV de 2013.(7) En moyenne, la rédaction de PA diminue le taux de passage aux urgences de 22 points. Cependant, les résultats de l'EHPAD n°6 ne vont pas dans ce sens et méritent d'être discutés.

EHPAD n°6

Dans cet établissement, sur les 16 résidents, 6 ont été transférés aux urgences. Or tous ces transferts ont été réalisés chez des personnes ayant des PA.

- Concernant les transferts aux urgences : 2 ont eu pour motif les conséquences d'une chute et n'étaient donc pas anticipables. 2 transferts auraient pu être évités devant l'état général très précaire du malade. Cependant l'un deux a été fait sur demande de la famille contre l'avis de l'équipe soignante, et le second a été fait à la demande d'un médecin remplaçant, contre l'avis du médecin régulateur du SAMU. Ces 4 transferts n'ont donc pas pu être évités, bien que des PA aient été rédigées. Les deux derniers transferts auraient pu être anticipés (douleur abdominale avec défense chez un patient avec un cancer rénal au stade palliatif et dyspnée chez un BPCO s'altérant depuis plusieurs jours). Dans le recueil de données, la case PA a été cochée chez ces deux personnes devant la présence de molécules en si besoin faisant parties du traitement habituel (laxatif et seresta), n'ayant donc pas trait à l'évènement aigu. Ici intervient la notion qui sera développée plus loin (cf 2.2.1.) de PA qui recouvrent des réalités variées : certaines sont des « si besoin » intervenant dans le cadre de soins courants, d'autres sont des PA rédigées dans le cadre de soins palliatifs.

- Concernant les PA : pour de nombreux résidents de cet EHPAD, la case PA a été cochée devant la présence de molécules en si besoin dans le traitement de fond : ainsi les PA consistaient pour la moitié des dossiers analysés en un laxatif ou un anxiolytique type seresta. Mais il existait très peu de prescriptions à visée palliative ce qui ne permet pas de mettre en évidence l'efficacité de telles prescriptions. Dans cet EHPAD, par exemple seuls 13% des résidents avaient un anxiolytique prescrits pour des soins à visée palliative (vs 25% dans l'ensemble de l'étude).

2.2. Les PA

2.2.1. Une définition qui recouvre des réalités variées

Dans l'introduction, j'ai fait le choix de m'appuyer sur une définition des prescriptions anticipées proposée par l'ARS d'Aquitaine qui a l'avantage d'être développée et de détailler les conditions de rédaction de telles ordonnances. Il existe d'autres définitions proposées par d'autres organismes, comme l'ONFV (3) par exemple, qui toutes se recoupent. La première mention que l'on peut trouver dans un texte officiel (18) est faite dans le cadre des protocoles de lutte contre la douleur. Elles ont pour objectif de « permettre notamment aux infirmiers d'intervenir sans délai ». Bien que davantage connues dans le cadre des soins palliatifs, les prescriptions anticipées ne s'y limitent cependant pas. En effet, d'après leur définition, on peut considérer toute molécule prescrite en « si besoin » (ou autre mention équivalente introduisant une condition au déclenchement de la prescription) comme étant une prescription anticipée. Ainsi, les laxatifs prescrits en si besoin et renouvelés de façon systématique en complément du traitement de fond par beaucoup de médecins peuvent être considérés comme des PA. Or il va de soi que du Midazolam en PSE prescrit dans une situation de dyspnée de fin de vie et du Macrogol en si besoin prescrit au long cours n'ont pas la même portée. La question s'est posée au cours de cette thèse de séparer ces deux catégories de PA, entre celles qui seraient à visée palliative et d'accompagnement de la fin de vie et celles qui feraient partie du

traitement de fond. Cependant ces deux catégories ne sont pas totalement imperméables : où classer l'Oramorph, prescrit habituellement avec le traitement de fond en cas de douleur à une dose d'une à deux gouttes deux fois par jour, mais majoré à l'occasion d'une dégradation de l'état général à 5 gouttes toutes les 2h en cas de détresse respiratoire, et qui constitue alors une réelle PA au sens où l'entendent les soins palliatifs ? Le choix a donc été fait de regrouper toutes ces prescriptions sous la même dénomination de PA et de faire ensuite une analyse séparée à partir des molécules plus spécifiquement utilisées dans le cadre d'une démarche palliative (cf 2.3 de la partie Résultats).

a) Le cas des laxatifs : signe d'une mentalité d'anticipation ?

Le cas des PA de laxatifs interpelle : spontanément, l'on pourrait penser que ces prescriptions n'ont aucun impact sur les passages aux urgences. Or il est marquant de constater que le taux de passage aux urgences diminue de 15 points en présence de ce genre de prescriptions, passant de 35% à 20%, et que le résultat est de plus statistiquement significatif ($p < 0,05$). Premièrement, il existe un cas de patient ayant été transféré aux urgences pour cause de constipation persistante, qui a bénéficié sur place d'un lavement et est sorti avec une simple ordonnance de Normacol. Ces soins auraient pu être réalisés à l'EHPAD si une prescription avait été rédigée. Les laxatifs peuvent donc éviter certains passages aux urgences, bien que ces cas restent anecdotiques dans cette étude et ne puissent expliquer la différence observée. L'explication est donc à chercher ailleurs... Si la relation entre la prescription de laxatifs et les passages aux urgences n'est pas causale, il s'agit donc d'une corrélation (le test du Chi 2 suggérant en effet que ce résultat n'est pas le fruit du hasard...) On peut émettre l'hypothèse que ce type de prescriptions est le signe d'une « mentalité d'anticipation » chez le médecin prescripteur. Il prête attention à un événement qui pourrait survenir (comme par exemple la survenue d'une constipation persistante) et donne à l'équipe soignante les moyens de pouvoir

y répondre. En cas de dégradation de l'état général d'un patient, cela peut de même se traduire par la rédaction de PA davantage ciblées soins palliatifs : en effet, 73% des patients avec une PA de laxatif avait également une PA ciblant un autre symptôme, soit 20% de plus que dans le groupe n'ayant pas de PA de laxatif. Tout simplement, cette mentalité d'anticipation peut aussi se manifester par une vigilance à discuter avec les proches et le reste de l'équipe soignante de la conduite à tenir en cas d'apparition de nouveaux symptômes chez un patient déjà fragile. En effet, nous verrons plus loin que ces discussions sont un facteur majeur de réduction des hospitalisations.

b) Des PA qui n'en sont pas

A l'inverse, certaines prescriptions considérées comme des PA et utilisées comme telles par les équipes soignantes ne rentraient pas dans la définition citée plus haut. En particulier en ce qui concerne la prescription de scopolamine et d'oxygène : les prescriptions étaient rédigées en systématique (exemple : « un patch à changer tous les 3 jours ») bien que dans les faits cette prescription n'était déclenchée par l'infirmière qu'à partir de l'apparition d'un encombrement bronchique chez le patient, comme l'attestent les transmissions écrites retrouvées dans les logiciels de soin. Il est difficile d'évaluer l'impact de ces prescriptions dans cette étude. En effet les prescriptions de scopolamine et d'oxygène notamment n'ont été notées de façon systématique dans les commentaires qu'à partir de la moitié de l'étude.

2.2.2. Les PA retrouvées dans notre étude

- **PA ciblant la dyspnée**

La dyspnée est un motif peu fréquent de rédaction de PA (3%) ce qui peut surprendre étant donné la fréquence des symptômes respiratoires en fin de vie : ils étaient le motif de 39% des transferts aux urgences dans cette étude. Dans l'étude Palli'HAD, la dyspnée est présente la dernière semaine de vie chez 34% des personnes décédant à domicile (19). La classe

médicamenteuse la plus couramment utilisée pour lutter contre la dyspnée est la morphine. Or les morphiniques sont fréquemment prescrits en premier lieu à visée antalgique même s'ils sont aussi utilisés par la suite comme eupnéisant. Ainsi, dans seulement 3% des cas le motif de prescription des morphiniques était explicitement mentionné comme « en cas de dyspnée », ce qui explique le taux faible de PA ciblant la dyspnée.

- **L'oxygène et l'encombrement bronchique**

De même, le taux de PA concernant l'oxygène ou l'encombrement bronchique peut paraître faible : 11% et 7% respectivement. Il est à noter que seules les prescriptions avec la mention « si ... » ont été répertoriées comme étant des PA. Dans ces deux cas les prescriptions sont souvent rédigées sans conditionnel. Les prescriptions d'oxygène sont par exemple souvent faites pour permettre à l'EHPAD de louer un extracteur pendant une certaine durée. La prescription peut alors être rédigée de la sorte « oxygène aux lunettes 3L/minute pendant 2 mois ». Dans les faits, le patient ne reçoit l'oxygène qu'en cas de dyspnée ou en cas de saturation inférieure à un certain seuil si celle-ci est contrôlée. Le même phénomène se retrouve pour les patchs de scopolamine dont la prescription la plus courante est « un patch tous les trois jours ». En lisant les transmissions, on constate que le premier patch n'est posé qu'en cas d'apparition d'un encombrement bronchique. Dans les faits, ces prescriptions sont donc bien traitées comme des PA par les équipes soignantes : elles ne sont pas démarrées automatiquement à leur rédaction mais seulement si le symptôme se présente. On peut considérer cela comme un biais de classement : la forme de rédaction de ces prescriptions ne correspond pas à ce qu'elles sont en réalité.

Il est intéressant de noter que sur les 9 patients ayant eu une prescription de scopolamine en systématique, aucun n'est passé aux urgences. Si ces prescriptions avaient été classées dans la catégorie « PA », qui correspond à la façon dont elles sont utilisées en réalité, cela aurait augmenté la différence observée pour le critère de jugement principal de cette étude. Ainsi,

on peut émettre l'hypothèse que l'impact des PA sur les passages aux urgences est sous-estimé dans cette étude.

3. Autres pistes pour réduire les transferts au SAU évitables

3.1. Les limites des PA pour réduire les transferts au SAU

D'après les résultats de ce travail de recherche, les PA sont une piste particulièrement importante à développer dans l'objectif de réduire les passages au SAU en fin de vie. Cependant, les PA à elles-seules ne permettent pas d'éviter tous les transferts au SAU qu'on pourrait qualifier « d'évitables ». Le cas n°108 permet d'illustrer ce propos : Le résident présentait une altération progressive de l'état général qui évoluait depuis plusieurs semaines. Des examens complémentaires avaient été réalisés à l'EHPAD pour chercher une éventuelle cause à cette dégradation, sans rien mettre en évidence de particulier. L'évaluation du confort du résident était faite régulièrement avec des discussions au sein de l'équipe soignante sur la prise en charge. Des PA pour l'anxiété avaient notamment été rédigées. Cependant, la famille était dans le déni et refusait l'idée que leur proche puisse être en fin de vie malgré des entretiens à plusieurs reprises avec le médecin coordonnateur ou d'autres membres de l'équipe soignante. Alors que le résident était très altéré et proche de décéder, la famille a décidé d'appeler le 15 et de transférer le résident au SAU, celui-ci y est décédé dans les 24h qui ont suivi. Ce transfert est qualifiable d'évitable mais on constate que la rédaction de PA à elle seule ne suffit pas : ici rentre en jeu toute la dimension relationnelle entre soignants et famille qui a une place importante en fin de vie.

Ainsi, à la lumière des données recueillies pour cette thèse, on peut dégager d'autres pistes pour réduire les transferts aux urgences évitables.

3.2. La collaboration au sein de l'équipe soignante

a) La communication entre l'équipe paramédicale et le médecin traitant

Au cours du recueil de données, la question s'est posée des autres éléments pouvant permettre de réduire les transferts aux urgences en fin de vie. Les médecins traitants ne passent habituellement qu'occasionnellement dans les EHPAD, la plupart du temps pour le renouvellement du traitement de fond de leurs patients qui ont lieu souvent tous les trois mois. Les autres visites sont réalisées en cas d'évènement aigu, s'il est sollicité par l'équipe paramédicale. Il est donc essentiel que celle-ci lui signale toute altération de l'état général pour qu'il puisse venir évaluer la situation, juger de son évolution et rédiger des PA appropriées le cas échéant.

J'ai donc ajouté une colonne à la grille de recueil de données, à titre d'ouverture de mon travail car cela nécessiterait bien évidemment une étude plus approfondie, correspondant à la trace dans le dossier médical du résident d'un signalement au médecin traitant ou au médecin coordonnateur de l'établissement d'une altération de l'état général. Cette donnée n'a pas été recueillie dans les deux premiers établissements visités, comme mentionné dans le paragraphe « Méthode ». L'objectif était de mettre en évidence un lien entre une bonne communication entre les acteurs de soin et le taux de rédaction de PA (et donc de réduction du nombre de transferts au SAU). Cette donnée n'est pas toujours aisée à recueillir en rétrospectif, les résultats retrouvés ne sont donc donnés qu'à titre indicatifs. Toutefois il apparaît qu'en l'absence de signalement au médecin, le taux de passage aux urgences est de 46% et s'abaisse à 23% si un signalement a été effectué. Il y a par ailleurs une corrélation entre le taux de signalement par l'équipe paramédicale et le taux de rédaction de PA : des PA sont rédigées dans 69% des cas en l'absence de signalement et monte à 83% lorsque ce signalement est réalisé. En effet, dans plusieurs cas, les PA étaient rédigées à la demande des IDE, que cette demande soit implicite (« que fait-on si la résidente devient gênée pour respirer ? ») ou explicite (« Pouvez-vous nous rédiger des PA pour réagir en cas de problème ? »). Cette collaboration entre équipes paramédicales et médicales est plébiscitée par l'Anesm pour

améliorer la qualité de vie des résidents en EHPAD, permettant une meilleure coordination de tous les acteurs (20).

b) L'évaluation régulière du GIR (Groupe iso-ressource) comme aide pour dépister une altération de l'état général ?

Dans la continuité de cette transmission d'informations entre les différents professionnels de santé, j'ai recueilli le délai entre la date de transfert aux urgences et l'évaluation du dernier GIR en se demandant si une évaluation objective régulière du résident permet au médecin de mieux anticiper les complications de fin de vie (par la constatation d'un changement de GIR par exemple). En effet, cette évaluation est faite pour tout résident à son entrée en EHPAD car elle sert de base pour l'évaluation des besoins du résident en fonction de son autonomie et permet de déterminer si le résident a droit à l'APA (21). Elle est parfois renouvelée par la suite, bien qu'il n'existe pas de recommandation sur la fréquence à laquelle ces réévaluations doivent avoir lieu. Toutefois dans cette étude, aucune corrélation n'a été mise en évidence entre un délai court de réévaluation du GIR et le taux de passage aux urgences. En effet, si le GIR datait de moins de 1 mois, le taux de passage aux urgences était de 38%, et il descendait à 20% si le GIR datait de 5 mois. Dans tous les établissements, le GIR était évalué au moins une fois par an, voire davantage. Même en cas de changement de GIR, cela n'était pas mentionné dans les transmissions écrites et ne semblait pas faire l'objet de discussion ou d'un quelconque signalement au médecin.

Au vue de ces résultats, le signalement d'une altération de l'état général d'un résident au médecin semble plus efficace s'il est effectué directement par l'équipe soignante de l'EHPAD plutôt que via un outil tel que le GIR. Cependant, cette question de la communication entre équipe soignante d'un EHPAD et le médecin traitant d'un patient nécessiterait une étude plus approfondie.

c) Pénurie de MT et extension de la place du médecin coordonnateur

La disponibilité du médecin traitant est un enjeu majeur. En effet, lors du recueil de données, j'ai constaté plusieurs cas de transfert aux urgences pour une aggravation prévisible de l'état de santé du patient. L'équipe paramédicale avait sollicité à plusieurs reprises le médecin mais celui-ci n'étant pas disponible pour se déplacer aucune ordonnance n'était rédigée, ou dans certains cas les prescriptions étaient inadaptées.

Le cas de l'EHPAD n°3 est pour cela intéressant : les différents médecins traitants étaient joignables dans les 48h, et c'est également l'EHPAD qui présente le taux le plus faible de passage aux urgences.

Par ailleurs, s'est présenté également le cas d'un patient transféré aux urgences bien que le médecin se soit déplacé et que l'équipe soignante de l'EHPAD se soit opposée au transfert : c'est le cas n° 110. Le patient présentait une altération de l'état général depuis plusieurs jours. L'équipe de l'EHPAD a fait appel au 15 face à des douleurs abdominales qui se sont ajoutées à ce tableau. En accord avec le résident, le maintien dans la structure a été décidé avec passage du médecin traitant le lendemain. Cependant, c'est finalement un médecin remplaçant qui s'est déplacé. Celui-ci ne connaissant pas le patient et ne voulant pas prendre la responsabilité d'une perte de chance pour le résident, il a décidé de le transférer au SAU. Ainsi, la connaissance sur le long terme qu'a le médecin traitant de son patient est précieuse pour prendre des décisions dans ce genre de situation. Il ne suffit pas qu'un médecin se déplace, il est important que ce médecin connaisse le patient, son évolution, son projet de soin, pour pouvoir prendre les décisions adaptées.

En France aujourd'hui, il existe un manque de médecins traitants. Un rapport de 2022 révélait que 11% des plus de 17 ans n'ont pas de médecin traitant.(22) Dans ce contexte de pénurie, avec des médecins qui de plus ont parfois des difficultés à se déplacer au domicile ou dans les EHPAD, le rôle du médecin coordonnateur ne cesse d'être étendu. Dans un premier temps, le

décret du 5 juillet 2019 étend ses missions de la sorte « Il peut intervenir pour tout acte, incluant l'acte de prescription médicamenteuse, lorsque le médecin traitant ou désigné par le patient ou son remplaçant n'est pas en mesure d'assurer une consultation par intervention dans l'établissement, conseil téléphonique ou téléprescription. »(23) La LFSS 2022 augmente quant à elle le temps de présence des médecins coordonnateurs au sein des EHPAD avec un seuil minimal à 0,4 ETP soit deux jours par semaine.(24) Enfin, tout récemment, la loi du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins, permet à un médecin coordonnateur d'être déclaré médecin traitant des résidents de son EHPAD (25). Dans notre étude, 2/3 des établissements emploient un médecin coordonnateur. L'extension de ses missions semble donc être une piste pour permettre une meilleure prise en charge de la fin de vie, en lui permettant notamment de devenir le médecin traitant des résidents. Cette disposition n'était pas encore effective au moment où le recueil de données de cette étude a été réalisé. Il serait donc intéressant de pouvoir évaluer l'impact de cette mesure à l'avenir.

3.3. L'enjeu de la permanence des soins la nuit en EHPAD

a) La présence d'une IDE la nuit

Selon le rapport de l'ONFV, la présence d'une IDE la nuit en EHPAD permet de réduire de 37% le taux de transfert aux urgences dans les 15 derniers jours de vie. (7) Ce chiffre est cohérent avec ce qu'on peut observer dans notre étude : les 2 EHPAD présentant le plus faible taux de transfert aux urgences (les EHPAD 2 et 3) ont une IDE la nuit. D'une part, la présence d'une IDE la nuit permet d'utiliser certaines thérapeutiques comme des morphiniques ou anxiolytiques en PSE. Ceux-ci étaient par exemple largement utilisés dans l'EHPAD n°3 qui dispose d'une IDE la nuit, et quasiment jamais dans les autres établissements, en dehors d'un recours à l'HAD. D'autre part, les médecins se disent plus en confiance pour rédiger des PA en cas de présence d'une IDE (11) car ils jugent l'évaluation clinique d'une IDE plus fiable, pour

évaluer la gravité d'une dyspnée par exemple. Selon l'étude de la DREES de 2019, 79% des EHPAD ne possèdent pas d'IDE la nuit (26) (ce qui est comparable au chiffre retrouvé dans notre étude où les 2/3 des établissements n'ont pas d'IDE la nuit).

Cependant, il existe également une méconnaissance des compétences des aides-soignants limitant ainsi les possibilités de soins en EHPAD. En effet, les AS peuvent par exemple effectuer des bolus sur une PCA de morphine à condition d'avoir bénéficié auparavant d'une formation spécifique pour apprendre l'évaluation de la douleur. Pour les traitements par voie orale, l'AS peut également les administrer, sous la responsabilité de l'IDE, à condition que les interdosés aient été préparés au préalable par l'IDE. (27) Au cours de mes discussions avec les médecins et IDE coordonnateurs des différents EHPAD, j'ai pu constater qu'il y avait une hétérogénéité du rôle laissé aux AS : dans certains établissements, l'AS pouvait être autorisé la nuit, en l'absence d'IDE, à réaliser des bolus sur un PSE, bien que cela ne fasse pas partie dans les textes de son champ de compétence. Au contraire, dans d'autres lieux, l'AS ne pouvait administrer aucune interdose, en l'absence d'IDE pour évaluer la pertinence de la délivrance du traitement. Un des freins évoqués par les établissements laissant le moins d'autonomie aux AS est le fait que beaucoup sont des intérimaires. Une enquête réalisée en 2015 par la DRESS montrait que 44% des EHPAD étaient confrontés à des difficultés de recrutement, avec en conséquence un recours fréquent à l'interim (28). Or, les intérimaires ne connaissent pas les résidents, rendant plus difficile pour eux de déterminer si le patient présente des signes d'anxiété par exemple. De plus, il est plus difficile d'être certains de leurs compétences pour effectuer de tels actes : il n'est pas possible de les encadrer au préalable.

b) L'importance de la régulation du SAMU

Comme dit précédemment, le médecin n'est pas toujours disponible et joignable lors de la survenue d'évènements aigus nécessitant une prise de décision rapide. En particulier la nuit,

d'autant plus dans les établissements ne disposant pas d'IDE, l'AS se retrouve donc contraint de transférer des résidents aux urgences n'ayant pas les moyens sur place pour soulager leurs symptômes. Dans notre étude, la régulation par le SAMU a permis d'éviter 8 transferts aux urgences. Après discussion sur la situation clinique actuelle et l'état général global du résident, la décision était posée par le médecin que le transfert aux urgences ne semblait pas être indiqué. Des consignes orales étaient alors données pour permettre aux équipes sur place de donner de la morphine per os ou bien de mettre le patient sous oxygène, en attendant qu'un médecin puisse se déplacer le lendemain matin. La consigne était également donnée de rappeler en cas de non amélioration de la situation. Par ailleurs, à deux reprises, le motif d'appel du 15 était clairement mentionné dans les transmissions « pour avoir des prescriptions de confort ». On peut légitimement s'interroger sur de tels appels : est-ce vraiment le rôle des médecins régulateurs de rédiger des prescriptions de confort chez des patients se dégradant depuis plusieurs jours ? Dans l'un des cas, le médecin traitant avait été contacté à plusieurs reprises pour obtenir des prescriptions anticipées mais celui-ci n'était pas disponible. Quoiqu'il en soit, les médecins de la régulation ont aujourd'hui un rôle important pour éviter des transferts aux urgences sans bénéfice sur le plan médical pour le patient.

3.4. Le développement d'une culture d'anticipation chez le personnel soignant

a) L'enjeu de la formation

Les PA sont une réalité peu connue par le corps médical et qui y est peu formé. Le cas n°167 peut servir d'illustration : un résident présentait une toux importante entraînant une gêne respiratoire. L'équipe de l'EHPAD contacte alors le médecin traitant pour avoir des PA et celui-ci prescrit une majoration du Furosémide. Cependant, l'équipe se voit contrainte de rappeler le médecin quelques heures plus tard devant des prescriptions inadaptées : le patient ne peut pas prendre de comprimés per os, et aucun soin de confort n'a été prescrit. Le médecin traitant

prescrit donc dans un second temps des patch de scopoderm et fentanyl, ainsi que de l'alprazolam en gouttes pour anticiper des symptômes pouvant se présenter en fin de vie tels que l'encombrement bronchique ou l'agitation. Le patient décèdera quelques jours plus tard dans la structure.

Le cas n°91 va dans le même sens : les IDE avaient demandé des PA dans le cadre d'une altération de l'état général d'un résident. Le médecin traitant a prescrit un antalgique et un anxiolytique sous la forme d'Actiskenan et de Seresta. Cependant les posologies ainsi que la voie d'administration étaient inadaptées. L'équipe a donc fait appel ensuite au 15 pour avoir une prescription de midazolam et morphine en sous-cutanée.

Dans ces deux situations, on peut émettre l'hypothèse qu'une meilleure formation en soins palliatifs aurait permis la rédaction de PA plus appropriées. Plusieurs études montrent en effet que les médecins ne se trouvent pas assez formés dans ce domaine : L'étude d'E. Terrier réalisée en 2015 indique par exemple que plus de la moitié des médecins (53%) ne trouvaient pas leur formation suffisante. (29) Les médecins généralistes sont de plus peu confrontés à des situations de fin de vie dans leur exercice, en moyenne de une à quatre situations par an.(30) Ils peuvent donc être peu à l'aise pour manier certaines thérapeutiques comme le Midazolam en sous-cutané ou IVSE par exemple.

b) Les PA comme tremplin pour aborder la question de la fin de vie et la rédaction de DA

Suite à mon expérience comme interne aux urgences, je me suis aperçue que les directives anticipées sont une réalité assez répandue en EHPAD mais peu utilisées en pratique dans la prise de décision. En effet, selon l'enquête réalisée par le groupe BVA en 2019 (31), dans 75% des cas, le dispositif des directives anticipées est présenté aux résidents à leur arrivée en EHPAD et des DA sont rédigées dans plus de la moitié des cas au décours. Cependant les

directives anticipées sont souvent très générales, mentionnant uniquement le refus d'un acharnement thérapeutique. Or, « Réduites au souhait général d'éviter une obstination thérapeutique déraisonnable, les directives ne font que reprendre une disposition déjà inscrite dans la loi Leonetti : elles n'apporteront rien de plus aux médecins dans leur prise de décision en fin de vie. »(32). Les directives anticipées, pour être pertinentes nécessitent de prendre en compte l'état actuel du patient, d'envisager concrètement l'évolution possible de son état de santé et de discuter ainsi des thérapeutiques qui pourraient être mises en place. Alors pourra être évoqué concrètement l'intérêt d'un transfert aux urgences par exemple : quels soins pourront y être effectués qui ne seraient pas possibles en EHPAD ? Quel bénéfice attendu d'un tel transfert ? A l'issue de cette discussion, nécessitant de la part du professionnel de santé d'avoir bien compris les enjeux thérapeutiques, de savoir évaluer le rapport bénéfice-risque etc, des DA pourront être rédigées et des PA adaptées. Si le patient ne souhaite pas être transféré aux urgences pour explorer une éventuelle dyspnée et la traiter avec des moyens invasifs, alors une PA de morphinique et d'anxiolytique est pertinente etc. Dans ce sens, les Drs Vinant et Bouleuc (32) développent le concept de « discussions anticipées sur la fin de vie » qui peuvent avoir comme porte d'entrée la rédaction de directives anticipées ou de PA mais qui ne s'y limitent pas. Une étude américaine a montré que ces discussions entraînaient une baisse des soins agressifs en fin de vie, avec notamment une réduction des passages aux urgences.(33) Cela corrobore les données recueillies pour cette thèse. Plusieurs passages aux urgences ont pu être évités grâce à des discussions au préalable avec la famille du résident en particulier. Un exemple d'anticipation concerne le résident 83 : un premier épisode de dyspnée chez un patient fragile a été l'occasion d'une discussion avec lui et sa famille sur le projet de soins. Des directives anticipées mentionnant la décision de soins de confort exclusifs ont été rédigées suite à cela. Un protocole a ensuite été établi pour anticiper la gestion d'une éventuelle récurrence d'un épisode de dyspnée avec la rédaction de prescriptions anticipées appropriées.

Lors de la survenue d'un autre épisode aigu, bien que n'étant pas lié à une symptomatologie respiratoire, le transfert aux urgences a été annulé après discussion avec le médecin régulateur du SAMU en s'appuyant sur les directives anticipées rédigées en amont. Ainsi, ces discussions collégiales autour de la fin de vie permettent la gestion plus sereine d'épisodes aigus où des décisions doivent être prises. L'identification de « l'entrée en fin de vie » et l'instauration d'un dialogue autour de cette situation permet de « limiter la prise de décisions précipitées, inadaptées et/ou non partagées, pouvant entraîner une surenchère technique contraire aux volontés et souhaits des résidents. »(2)

c) Le développement d'une culture palliative et d'anticipation chez les soignants

Les PA sont encore une réalité peu connue et utilisée : dans une étude de 2015 menée par l'ONFV seulement 37 % des patients en HAD bénéficiaient de PAP (3). De même dans les EHPAD cette notion est peu connue :, il est significatif qu'à plusieurs reprises lorsque j'ai contacté des EHPAD au sujet de ma thèse, certains transformaient l'objet du mail de « prescriptions anticipées » à « directives anticipées », signe de la méconnaissance de cet outil. Dans l'étude menée par J. Moinet en 2009, sur les 121 MG interrogés, 67% ne connaissaient pas la définition des prescriptions anticipées personnalisées.(34) Le covid a pu permettre une amélioration dans ce domaine en accélérant un changement de pratiques. Une étude réalisée à l'AP-HP en 2022 avait par exemple montré le développement de rapports plus étroits entre les services d'urgence et les équipes de soins palliatifs suite à la pandémie.(35) Dans notre recueil de données, on peut observer dans l'EHPAD n°1 qu'un protocole de PA a été mis en place en cas de covid chez un résident. Ainsi, le médecin traitant d'un résident chez qui une infection à covid était détectée était contacté systématiquement par le médecin coordonnateur qui lui proposait de rédiger des PA à l'aide du protocole établi au sein de l'EHPAD

pour permettre la prise en charge d'une détresse respiratoire au sein de la structure. Le réflexe avait donc été acquis chez les soignants d'anticiper une dégradation sur le plan respiratoire lors d'une infection à covid. On peut donc espérer qu'une évolution similaire puisse se faire dans les années à venir dans d'autres situations, comme la rédaction de PA chez un patient faisant des fausses routes régulières par exemple.

CONCLUSION

L'amélioration des conditions de fin de vie est un enjeu majeur de notre société actuelle et passe par la réduction des hospitalisations en fin de vie. Pour cela, un des moyens cité par plusieurs organismes (HAS (1), plan national fin de vie 2021-2024 (36)) est la rédaction de prescriptions anticipées. Cet outil, et pour ainsi dire cette culture de l'anticipation, n'est pas encore une habitude du côté du personnel médical. Ma thèse avait donc pour objectif de montrer l'impact réel de la rédaction de prescriptions anticipées sur le parcours de fin de vie des résidents d'EHPAD. Ainsi, ce travail montre que les prescriptions anticipées diminuent de 48% le risque de passer aux urgences dans le dernier mois de vie chez des résidents d'EHPAD. Il est donc essentiel de développer davantage cette pratique et d'instaurer une vraie culture de l'anticipation au sein des EHPAD. Celle-ci passe en premier lieu par un meilleur dialogue entre tous les acteurs de soin du résident : signalement de toute altération de l'état général par l'équipe paramédicale au médecin référent, et discussion collégiale sur le projet de soins et le sens du soin : est-on dans une prise en charge curative avec recherche étiologique ou dans une prise en charge symptomatique exclusive ? De cet échange, impliquant professionnels de santé mais également le résident et ses proches si celui-ci est dans l'incapacité d'exprimer sa volonté, peut découler la rédaction de directives anticipées ainsi que de prescriptions anticipées, qui se révèlent alors être la mise en œuvre concrète du projet de soin décidé collégialement. Une vigilance particulière est à apporter à l'anticipation des troubles

respiratoires en fin de vie, source d'un grand nombre de transferts aux urgences dont la prise en charge est aujourd'hui bien connue et réalisable dans bien des cas en dehors d'une structure hospitalière. Les PA ciblant ce type de symptômes ont un impact important sur la réduction des transferts au SAU.

L'ensemble de ce processus incluant le signalement de toute altération de l'état général, la discussion collégiale jusqu'à la rédaction de PA permet une prise en charge cohérente du patient, tous les acteurs étant tournés vers un objectif commun convenu au préalable. La fin de vie pouvant être une période stressante, pour le résident, ses proches, tout autant que le personnel soignant, l'anticipation permet d'aborder ce moment charnière dans un climat plus serein.

Les PA semblent être un moyen d'améliorer la qualité de fin de vie en réduisant les transferts aux urgences et en augmentant la proportion de décès « à domicile », c'est-à-dire au sein de l'EHPAD. Toutefois une étude complémentaire sur de plus grands effectifs pourraient permettre de définir des situations précises dans lesquelles la rédaction de PA est particulièrement pertinente et les signaux devant déclencher la rédaction de PA. Par ailleurs, une étude prospective, et non rétrospective comme réalisée ici, pourrait permettre d'analyser plus en détail le caractère approprié ou non d'une hospitalisation et de déterminer des éléments complémentaires aux PA permettant de réduire les hospitalisations qualifiées d'inappropriées.

BIBLIOGRAPHIE

1. HAS, Anesm. Points clés - Organisations des parcours: Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des Ehpad ? 2015 juill.
2. Anesm. ACCOMPAGNER LA FIN DE VIE DES PERSONNES AGÉES EN EHPAD - recommandation de bonnes pratiques professionnelles. 2016 déc.
3. ONFV. La fin de vie des patients hospitalisés à domicile : HAD, fin de vie et précarités [Internet]. 2015 févr. Disponible sur: https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2015/03/HAD_Rapport_VF.pdf
4. Marchal AL, Brun C. Les attentes et les besoins des Français vis-à-vis de la fin de vie. IFOP; 2016 oct.
5. BVA Group. Les Français et la fin de vie : état des connaissances et attentes des citoyens [Internet]. Parlons Fin de Vie. 2022 [cité 24 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.parlons-fin-de-vie.fr/je-minteresse-a-la-fin-de-vie/les-francais-et-la-fin-de-vie/>
6. Bellamy V. 594 000 personnes décédées en France en 2016, pour un quart d'entre elles à leur domicile - Insee Focus - 95. INSEE Focus [Internet]. 12 oct 2017 [cité 12 août 2023]; Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3134763>
7. ONFV. Fin de vie des personnes âgées - Sept parcours ordinaires pour mieux comprendre les enjeux de la fin de vie en France.
8. Roy D. Domicile, établissement : qui y vit, et quel environnement semble le plus protecteur du risque de décès ? Webinaire CNSA-IPP. 9 mai 2022;
9. Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [Internet]. 2023 [cité 24 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F763>
10. Bernard N. Aide à la prescription - Anticiper les troubles respiratoires des personnes âgées en fin de vie [Internet]. ARS Aquitaine; 2015. Disponible sur: <https://www.oncorif.fr/wp-content/uploads/2020/03/COVID19-soins-palliatifs-ARS-Aquitaine.pdf>
11. Denis M. Les médecins généralistes et les prescriptions anticipées concernant les patients relevant des soins palliatifs en EHPAD: quels usages et quelles pistes pour les développer ? [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2021 [cité 28 déc 2023]. Disponible sur: http://memoires.scd.univ-tours.fr/index.php?fichier=Medecine/Theses/2021_Medecine_DenisMarion.pdf
12. POMMIER I. Evaluation des prescriptions anticipées personnalisées (Etude qualitative auprès des médecins généralistes du pourtour de l'Etang de Berre dans le cadre de la fin de vie à domicile). 2018.
13. Plourde M. Soins Palliatifs adultes - VOIES D'ADMINISTRATION ALTERNATIVES. 17 avr 2020; Disponible sur: <https://palli->

science.com/sites/default/files/PDF/voies_dadministration_alternatives_pour_la_medication_soins_palliatifs.pdf

14. ARS Hauts de France. Guide sur la Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD sans Pharmacie à Usage Intérieur : Points de vigilance [Internet]. 2020 janv. Disponible sur: https://www.omedit-hdf.arshdf.fr/wp-content/uploads/2020/08/Guide-Point-de-vigilance_.pdf
15. DUHAMEL G, MEJANE J, PIRON P. Les soins palliatifs et la fin de vie à domicile. IGAS; 2017 O1.
16. De Korte-Verhoef MC, Pasman HRW, Schweitzer BPM, Francke AL, Onwuteaka-Philipsen BD, Deliens L. How Could Hospitalisations at the End of Life Have Been Avoided? A Qualitative Retrospective Study of the Perspectives of General Practitioners, Nurses and Family Carers. PLoS ONE. 10 mars 2015;10(3):e0118971.
17. Faucon Millord M, Peurois M, Chopin M, Le Pape E, Guineberteau C. Prescriptions anticipées personnalisées en soins palliatifs à domicile et médecine générale. Médecine Palliat. mai 2022;21(3):126-34.
18. Bulletin Officiel n°2002-21 - Circulaire DHOS/E2 n° 2002-266 - relative à la mise en oeuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé [Internet]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-21/a0212062.htm>
19. Poterre M, Gandrille N, Bellart B, Hullot S, Fouassier P, Ravon R, et al. Palli'HAD : l'étude du parcours de fin de vie en hospitalisation à domicile en Île-de-France. Médecine Palliat. 1 mars 2023;22(2):77-83.
20. Anesm. Qualité de vie en Ehpad (volet 4) – L'accompagnement personnalisé de la santé du résident [Internet]. 2022 nov. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/synthese_qualite_de_vie_4_novembre2012-2_2018-03-16_12-32-35_310.pdf
21. Service public de l'autonomie. Comment le GIR est-il déterminé ? [Internet]. 2023 [cité 9 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/perte-d-autonomie-evaluation-et-droits/comment-le-gir-est-il-determine>
22. ROJOUAN B. Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant qu'il ne soit trop tard [Internet]. Commission de l'aménagement du territoire et du développement durable; 2022 mars [cité 12 avr 2024]. Report No.: n° 589 (2021-2022). Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r21-589/r21-589.html>
23. Décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019 portant réforme du métier de médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. 2019-714 juill 5, 2019.
24. Décret n° 2022-731 du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territorial pour personnes âgées et au temps minimum de présence du médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - Légifrance [Internet].

2022-731 avr 27, 2022. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045696583>

25. Article 12 - LOI n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels (1) - Légifrance [Internet]. 2023-1268 déc 27, 2023. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000048678316
26. DREES. L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) [Internet]. 2019 [cité 20 mars 2024]. Disponible sur: https://drees2-sgsocialgouv.opendatasoft.com/explore/dataset/587_l-enquete-aupres-des-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-ehpa/information/
27. OMEDIT Normandie, ARS Normandie. QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE EN EHPAD. 2022 nov.
28. DRESS. Le personnel et les difficultés de recrutement dans les Ehpad [Internet]. 2018 juin. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er_1067.pdf
29. Terrier-Pelletier E. Prescriptions anticipées dans la prise en charge d'une dyspnée survenant chez un patient en situation palliative à domicile [Internet]. Université Lille 2 Droit et Santé; 2015 [cité 17 avr 2024]. Disponible sur: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-5737>
30. Vantomme C. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge au domicile de patients en soins palliatifs: enquête auprès de 268 médecins généralistes dans le Val de Marne [Thèse d'exercice]. [UPEC] (1970-...., France): Université Paris-Est Créteil Val de Marne; 2007.
31. BVA opinion. Les directives anticipées en mai 2019 : situation générale et dans les EHPAD en particulier. 2019 mai.
32. Vinant P, Bouleuc C. Directives anticipées : pour une meilleure qualité de la fin de vie ? Laennec. 2014;62(3):43-56.
33. Mack JW, Cronin A, Keating NL, Taback N, Huskamp HA, Malin JL, et al. Associations between end-of-life discussion characteristics and care received near death: a prospective cohort study. J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol. 10 déc 2012;30(35):4387-95.
34. Moinet. Les prescriptions anticipées pour le malade en fin de vie à domicile : enquête auprès de deux cents médecins généralistes de Charente-Maritime. [Université de Poitiers]; 2009.
35. Haas L. Avis palliatifs aux urgences durant la première vague COVID-19 : quels bénéfices ? Une étude auprès des urgentistes. Médecine Palliat. 1 sept 2022;21(5):235-43.
36. Ministère des Solidarités et de la Santé. DÉVELOPPEMENT DES SOINS PALLIATIFS ET ACCOMPAGNEMENT DE LA FIN DE VIE, PLAN NATIONAL 2021-2024 [Internet]. 2021 sept. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan-fin-de-vie-2022.pdf>

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Modification en nombre de points du taux de passage aux urgences en présence de PA	11
Figure 2 : Répartition des lieux de décès en fonction de la présence ou non de PA.	12
Figure 3 : Répartition des motifs de transfert au SAU	13
Figure 4 : Taux de passage aux urgences en présence ou absence de PA selon le motif de transfert.	15
Figure 5 : Taux de rédaction de PA par symptôme visé (% de la population totale)	16
Figure 6 : Modification en nombre de points du taux de passage aux urgences en fonction du symptôme visé par les PA	18
Figure 7 : Taux de passage au SAU en fonction du nombre de symptômes visés par les PA	19
Figure 8 : Répartition des différents types de PA d'anxiolytiques et d'antalgiques	20
Figure 9 : Taux de passage aux urgences en fonction de la présence ou non de PA de morphiniques.	21
Figure 10 : Taux de passage aux urgences en fonction de la présence ou non de PA d'anxiolytiques à visée palliative.	21
Figure 11 : Comparaison de l'EHPAD 3 par rapport à la population générale de l'étude.	24

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Description de la population	9
Tableau 2 : Description des établissements inclus dans l'étude	10
Tableau 3 : Nombre de passages aux urgences et nombre de résidents avec PA par EHPAD (%)	10
Tableau 4 : Taux de passages aux urgences en fonction de la présence (PA+) ou non (PA-) de prescriptions anticipées.	11
Tableau 5 : taux de passage aux urgences dans le groupe PA- et PA+	12
Tableau 6 : Répartition des lieux de décès en fonction de la présence ou non de PA	12
Tableau 7 : Impact des PA sur les passages au SAU en fonction du symptôme visé.	17
Tableau 8 : Nombre de symptômes visés par les PA	18

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE.....	D
INTRODUCTION	2
MÉTHODES	6
1. Population de l'étude	6
2. Recueil de données	6
3. Analyse des données.....	8
RÉSULTATS	9
1. L'impact des prescriptions anticipées (PA) sur les passages aux urgences ..	9
1.1. Description de la population	9
1.2. PA et impact sur les passages aux urgences.....	10
1.3. Impact des PA sur le lieu de décès	12
2. Analyse des transferts aux urgences	13
2.1. Analyse descriptive.....	13
2.2. L'impact des PA sur les « hospitalisations potentiellement évitables ».....	13
3. Analyse des PA.....	16
3.1. Symptômes visés par les PA	16
3.1.1. Analyse descriptive.....	16
3.1.2. Impact sur les transferts aux urgences	17
3.2. Nombre de symptômes ciblés par les PA.....	18
3.2.1. Analyse descriptive.....	18
3.2.2. Impact sur les transferts aux urgences	19
3.3. Analyse des molécules prescrites	19
3.3.1. Analyse descriptive.....	19
3.3.2. Impact sur les transferts aux urgences.....	21
4. Quelques situations remarquables.....	21
4.1. Un transfert aux urgences évité à l'aide de PA.....	21
4.2. Un transfert aux urgences évitables	22
4.3. Le cas de l'EHPAD n°3	24
.....	24
DISCUSSION	27
1. Forces et limites de l'étude	27
1.1. Les forces.....	27
a) Une étude originale par rapport à la littérature existante	27
b) Des effectifs élevés	27
c) Une étude quantitative par analyse de dossiers permettant une meilleure objectivité	28
d) Qualité des données recueillies	28
1.2. Les limites	28
a) Des effectifs faibles pour les critères de jugement secondaires	28
b) Une étude rétrospective	29
c) La validité externe	29
2. Les résultats.....	30

2.1.	Le critère de jugement principal.....	30
2.2.	Les PA.....	31
2.2.1.	Une définition qui recouvre des réalités variées	31
	a) Le cas des laxatifs : signe d'une mentalité d'anticipation ?.....	32
	b) Des PA qui n'en sont pas	33
2.2.2.	Les PA retrouvées dans notre étude	33
3.	Autres pistes pour réduire les transferts au SAU évitables	35
3.1.	Les limites des PA pour réduire les transferts au SAU.....	35
3.2.	La collaboration au sein de l'équipe soignante	35
	a) La communication entre l'équipe paramédicale et le médecin traitant	35
	b) L'évaluation régulière du GIR (Groupe iso-ressource) comme aide pour dépister une altération de l'état général ?	37
	c) Pénurie de MT et extension de la place du médecin coordonnateur	38
3.3.	L'enjeu de la permanence des soins la nuit en EHPAD	39
	a) La présence d'une IDE la nuit	39
	b) L'importance de la régulation du SAMU	40
3.4.	Le développement d'une culture d'anticipation chez le personnel soignant	41
	a) L'enjeu de la formation	41
	b) Les PA comme tremplin pour aborder la question de la fin de vie et la rédaction de DA 42	
	c) Le développement d'une culture palliative et d'anticipation chez les soignants ..	44
	CONCLUSION	45
	BIBLIOGRAPHIE.....	47
	LISTE DES FIGURES	51
	LISTE DES TABLEAUX.....	52
	TABLE DES MATIERES	53
	ANNEXES.....	I
1.	Lettre de présentation adressée aux EHPAD.....	I
2.	Grille de recueil de données	II
3.	Recueil de données	III

ANNEXES

1. Lettre de présentation adressée aux EHPAD

Madame, Monsieur,

Dans son étude sur les personnes âgées vivant en EHPAD, l'Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV) a montré qu'un résident sur 4 décédait à l'hôpital. De plus, 23,4% des résidents qui décèdent en EHPAD de façon non soudaine sont hospitalisés en urgence au moins une fois au cours des deux semaines qui précèdent le décès (7) . Or, la majorité de la population française, soit 85%, déclare souhaiter décéder à domicile. On peut par ailleurs considérer que les passages aux urgences sont source d'angoisse pour les résidents. Ainsi, il est licite de s'interroger sur les moyens d'améliorer la qualité de la fin de vie en EHPAD, en passant notamment par la réduction des hospitalisations dans les dernières semaines de vie. Dans cet objectif, la HAS recommande une amélioration de l'identification des situations de fin de vie ainsi que la rédaction des prescriptions anticipées (1). Cependant, dans sa thèse datant de 2021, Marion Denis a montré que les médecins ont de nombreux freins à la rédaction de prescriptions anticipées (11) : non identification des situations de fin de vie, méconnaissance des thérapeutiques, etc. En soins palliatifs, les prescriptions anticipées sont devenues un passage incontournable de la prise en charge des patients, mais la culture palliative est encore peu répandue en médecine de ville. L'objectif de ma thèse est ainsi d'étudier dans quelle mesure la présence de prescriptions anticipées permettait de réduire les hospitalisations en fin de vie parmi les résidents d'EHPAD. Elle se base sur une étude rétrospective des dossiers des résidents décédés l'année passée dans votre établissement. Les critères étudiés sont l'existence d'hospitalisations dans le mois précédant le décès, leur cause, le caractère évitable ou non de l'hospitalisation à l'aide de prescriptions anticipées, l'existence ou non de ces dernières. Si vous acceptez de participer à la réalisation de cette thèse, il faudrait que je puisse

avoir accès aux dossiers des résidents décédés l'année passée, que j'étudierai lors d'un passage d'une journée dans votre établissement. Un grand merci pour votre aide, Guillemette COLLE, Interne de médecine générale

2. Grille de recueil de données

Patient n°	
Sexe	Homme/femme
Age au décès	
EHPAD n°	
Cause de décès	Saisie libre
Passage au SAU	Oui / Non
Motif du transfert	Saisie libre
Anticipable	Oui / Non
Présence de PA	Oui / Non
Transit	Oui / Non
Utilisée transit	Oui / Non
Molécule transit	Saisie libre
Douleur	Oui / Non
Utilisée douleur	Oui / Non
Molécule douleur	Saisie libre
Anxiété	Oui / Non
Utilisée anxiété	Oui / Non
Molécule anxiété	Saisie libre
Dyspnée	Oui / Non
Utilisée dyspnée	Oui / Non

[illegible]

[illegible]

7 9	4	8 9	h o m m e	S A U m e	fau sse rou te	n o n			n o n																			n o n
8 0	4	9 7	f e m m e	E H P A D	PN P sur fau sse rou te	n o n			o u i	o u i	macr ogol																	o u i
8 1	4	9 2	f e m m e	E H P A D	AE G	n o n			o u i	o u i	macr ogol					o u i	seresta, clorazép ate im											o u i
8 2	4	9 4	h o m m e	E H P A D	AE G	n o n			o u i	o u i	macr ogol	o u i	mor phin e SC	o u i				o u i	s c o p o d e r m									
8 3	4	9 5	f e m m e	E H P A D	pro bab le AV C	n o n			o u i			o u i	ora mor ph	o u i												furo en ajout + rivotr il si mvt anor maux	o u i	
8 4	4	9 6	f e m m e	E H P A D	aeg , suit e AV C	n o n			o u i					o u i	o u i	s e r e s t a												o u i
8 5	4	7 0	f e m m e	E H P A D		n o n			o u i	o u i	macr ogol																	
8 6	5	9 7	f e m a	C H U a	AV C hé mo	o u i	chute, luxation prothèse hanche	n o n	o u i			o u i	Lam aline														n o n	3

1 1 3	6	8 3	f e m m e	E H P A D	PN	n o n			o u i	o u i	Macr ogol				o u i	o u i											o u i	3
1 1 4	6	9 2	h o m m e	E H P A D	Par kin son évol ué ave c tro ubl es dég luti tio n	n o n			o u i	o u i	movi col															G5 perf	o u i	4
1 1 5	6	9 8	f e m m e	E H P A D	AE G, suri nfe ctio n esc arr e sac ré	o u i	Fracture fémur sur chute	n o n	o u i	o u i	macr ogol	o u i	lam aline														o u i	1
1 1 6	6	9 2	f e m m e	E H P A D	PN sur fau sse rou te	n o n			o u i					o u i													o u i	4
1 1 7	6	8 5	f e m m e	E H P A D	PN sur fau sse rou te	n o n			o u i			o u i	o u i	ora mor ph	o u i	o u i	v a li u m	o u i	o u i	s c o p o d e r m							o u i	2

1 2 4	7	9 3	f e m m e	E H P A D	AE G, PN P	n o n			o u i	o u i	macr ogol	o u i	ora mor ph					o u i	s c o p o d e r m				perf SC si deshy drata tion	o u i	1	
1 2 5	7	1 0 3	f e m m e	E H P A D	AE G, PN P	n o n			o u i			o u i	o u i	duro gesic			o u i	o u i	l a r o x y l g o u t t e s						o u i	1
1 2 6	7	9 4	h o m m e	E H P A D	AE G, PN P	n o n			o u i			o u i	ora mor ph	o u i	o u i									o u i	3	
1 2 7	7	9 3	h o m m e	E H P A D	AE G	n o n			o u i	o u i	educt yl (habi tuel)	o u i	o u i	duro gesic			o u i	s e r e s t a (h a b i t u e l)	o u i	o u i	s c o p o d e r m				o u i	3
1 2 8	7	9 4	f e m m e	E H P A D	AE G	n o n			o u i	o u i	o u i	norm acol (habi tuel)	o u i	duro gesic			o u i	o u i	t o u r a n x è	o u i	s c o p o d				o u i	3

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

[illegible]

143	8	92	f e m m e	E H P A D	Par kin son , AEG	n o n			o u i	o u i	o u i	normacol (habituel)		o u i	o u i											o u i	3
144	8	98	f e m m e	E H P A D	covi d	n o n			o u i			o u i	actis kena n, intr o suite à chut e avec PNP inhal atio n	o u i	o u i											o u i	3
145	8	91	h	E H P A D	AE G	n o n			o u i			o u i	ora mor ph	o u i												o u i	8
146	8	86	f	E H P A D	AC R	n o n			o u i						o u i	alprazol am (habitue l)										o u i	4
147	8	92	f	E H P A D	sep sis pul m	o u i	sepsis		n o n																	o u i	1
148	8	97	h	C H U a u t r e	AC R	o u i	vomisseme nts et AEG		o u i	o u i	norm acol (habi tuel)	o u i	tramad ol (habituel)													n o n	4
149	8	89	f	E H P A D	AE G	n o n			o u i	o u i	suite pres oram orph	o u i	oramor ph, pres 1 mois													o u i	2
150	8	80	f	E H P	AE G, suit	o u i	AVC	n o n	o u i							o u i	sco pdo									n o n	3

167	82	9	h	EH PAD	PNP	non			oui			oui	durogesic			oui	xanax	oui	scopoderm						oui	3
168	92	9	f	EH PAD	PNP, glissement	non			oui	oui	movicol	oui	oromorph	oui	oui	oui	Vallium gouttes	n		oui	oui	oromorph, valium SC			oui	
169	81	8	f	EH PAD	PNP inhibition	non			oui	oui	movicol (habituel)													n	12	
170	90	9	h	EH PAD	chute, ACAR	non			oui	oui	movicol					oui	oseresta cp (intro à 1 mois mais ttt de fond) + loxapac si inefficace							n	1	
171	96	8	f	S AU	PNP	oui	détresse respi	oui	oui			oui	oromorph	oui	oui	oui	Vallium SC								oui	1
172	93	9	f	EH PAD	sd glissement, PN P	non			oui			oui	durogesic			oui	Vallium gouttes								oui	1

173	9	84	h	EHPAD	PN	oui	chute (x2)	oui	oui			oui	oui	oramorph (suite passage SAU avec frcature cote)			oui	oui	valium gouttes									oui	1
174	9	89	h	EHPAD	PN, glissement	non			oui	oui	movicol (habituel)	oui	oui	oramorph			oui	oui	Loxapac gouttes (ttt fond) puis Valium SC après passage médecin garde						ATB si fièvre, utilisé e	oui	1		
175	9	93	f	EHPAD	PN inhalation	oui	détresse respi		non		movicol (habituel)		morphine iv					midazolam iv									non	1	
176	9	93	f	SAU	OAP	oui	hallucinations, désat, trouble comportement		non																		oui	1	
177	9	87	h	EHPAD	ACR	oui	chute, fracture hanche	non	oui	oui	smecta	oui	oui	oramorph			oui	oui	valium gouttes								perf SC après SAU	oui	1
178	9	92	f	EHPAD	ACR	non			non																		non	2	

179	9	75	h	EPHAD	PN	n			o	o	eductyl (habituel)							o	u	ventoline (habituel)		o	1
180	9	99	f	CHUA	Déc	o	dyspnée, décompensation cardiaque		n													o	2
181	9	93	f	EPHAD	ACR	n			o						o	o	alprazolam (habituel)					o	1
182	9	95	f	EPHAD	AE	n			o			o	ora		o		v					o	4
183	9	94	h	EPHAD	ACR	o	ACR	n	o	o	duph											n	1
184	9	87	f	EPHAD	PN	n			o			o	ora		o	o	v					o	1
185	9	89	f	EPHAD	sd	n			o			o	oxynormoro (suite H° pour chir fracture col,		o	o	v	o	o	s		o	1

Tableau avec commentaire (suite)

1	<i>commentaire</i>
2	
3	<i>protocole mis en place pour covid</i>
4	<i>protocole mis en place pour covid</i>
5	<i>protocole mis en place pour covid</i>
6	
7	<i>HAD suite à H° au SAU, plusieurs fausses routes avant passage SAU</i>
8	
9	<i>Suite au passage au SAU, Pas de PA pour insuf cardiaque</i>
10	
11	
12	
13	<i>HAD suite EP</i>
14	
15	
16	
17	
18	
19	<i>décès à domicile</i>
20	<i>pas d'acharnement</i>
21	<i>nbreuses fausses routes. Covid ? PCR faible au SAU, pas de CR</i>
22	
23	<i>pas d'acharnement</i>
24	<i>PAP de dolip + codolip + tiorfant après le 2e passage au SAU</i>
25	
26	
27	
28	<i>Pas de PA pour insuf cardiaque</i>
29	<i>scopoderm (mais prescription en systématique...)</i>
30	
31	<i>SAU évité après appel famille et PA faites à la suite</i>
32	
33	

34	
35	Annulation SAU devant état précaire et mise en place PSE + bolus en SB
36	
37	
38	PSE morphine mais pas prescrit en anticipé
39	PSE non prescrits en anticipés mais bolus en SB
40	
41	PSE morphine et mida mais pas en anticipé et pas de bolus
42	
43	PSE morphine et mida mais pas en anticipé et pas de bolus
44	
45	
46	
47	HAD suite passage SAU
48	
49	
50	PSE morphine mais pas de SB et pas en anticipé
51	
52	PA ?...
53	PA ?...
54	
55	
56	PSE morphine et mida mais pas en anticipé et pas de bolus
57	
58	fausse route puis encombrement, mais pas de PA à ce sujet
59	discussion avec famille a permis d'éviter passage SAU, patiente refusait H°
60	ordo faites par emasp: scoburen, mais pas en anticipé
61	
62	dyspnée progressive avec beosin d'O2 mais pas de PA morphine/mida
63	SEP, BPCO stade 3. Dyspnée oxygénorequérante depuis un mois puis aggravation avec covid. Transfert SAU sur oxygénothérapie insuffisante à 5L et détresse respi
64	dyspnée sur décompensation cardiaque depuis plusieurs jours + fausses routes
65	encombrement bronchique signalé mais pas de PA en ce sens. Appel du 15 a évité transfert SAU

66	Demande de PA ++ faite par IDE, reçue que qlq heures avant le décès, patiente jugée inconfortable juste avant décès. Consigne de la fille refus H°
67	encombré depuis plusieurs jours avec CRP élevée, mis sous ATB. Pb comportements ++ avec changements et agressivité les dernières semaines. Décès < 24h SAU. Pas de PA sur le plan respi
68	dossier HAD fait. Appelée à plusieurs reprises mais renvoi vers MT et finalement pas eu besoin
69	dégradation depuis plusieurs semaines avec PA, épisode aigu avec malaise. Passage équipe mobile fragilité 1 mois avant: demande PA midazolam, non faite (aucune trace dans dossier en tout cas)
70	covid un mois avant décès. Consigne de pas hospitaliser par la fille. Pas de PA mida
71	
72	Dégradation depuis plusieurs semaines, pas de PA respi. Essai de temporiser par SAU mais H° à la demande de la famille. Décès 48h. Protocole morphine par médecin de garde avant transfert SAU
73	décès en gériatrie 48h après transfert au SAU. Dégradation depuis une dizaine de jours avec encombrement mais épisode assez aigu
74	Envoi au SAU sur AEG + douleur -> K colique et occlusion artère fémorale, abstention thérapeutique x 2
75	mort subite
76	altération sur qlq jours
77	dégradation progressive, discussion avec famille sur soins confort
78	multiples passages SAU pour chutes. H° géronto pour trouble comportement, à l'encontre avis équipe ehpad mais sur demande MT. Equipe EHPAD était en demande de PA pur comportement
79	fausse route au restaurant, décès sur place
80	fausse route, dégradation sur une semaine
81	altération progressive
82	
83	1 épisode de gêne respi avec protocole rédigé par la suite. Mvts cloniques avec décision de non H° après discussion régul + MT. 1er épisode occasion de discussion sur directives anticipées avec famille
84	dégradation progressive, équipe en demande de PA + poussées. Encombrement bronchique. MT devait les rédiger mais décès le soir même
85	
86	chute -> H° -> AVC
87	
88	

89	plusieurs épisodes de vomissements les jours précédents + hyperthermie, endormie
90	
91	PA à la demande des IDE. MT: prescriptions d'Actiskenan + Seresta. Nécessité d'appel du 15 pour avoir PM mida et morphine SC SB
92	multiples chutes le dernier mois. Passage au SAU avec juse pres d'Augmentin. Pas de réelles PA: seresta noté en SB dans transmissions mais pas dans les pres
93	AEG progressive, pas de PA
94	demande PA par IDE. PEC par HAD à la fin mais pas de PA mida/morphine SC
95	PA suite signalement AEG 1 mois avant décès
96	douleurs chroniques, AEG progressif
97	Appel du 15 et envoi pompiers puis décision de non envoi au SAU avec pres de scopoderm
98	Pas de PA avant passage au SAU, mise en place de PA par l'HAD au retour d'H°. AEG depuis qlq jours. PA pour anxiété et douleur avec Valium SC (utilisé) et morphine
99	
100	PA à la demande IDE
101	nécessité appel du 15, pres seresta. Mise en place HAD pour pansement
102	
103	réunion d'équipe qui dit AEG et douleur. PM: dolip suppo seul...
104	
105	majoration des douleurs cutanées ++ fin de vie mais que oramorph
106	HAD suite passage SAU. Déjà AEG avant passage SAU, MT averti
107	HAD hypno morphine suite SAU pour PNP inhalation
108	Dégradation progressive, déni de la situation par la famille. Transfert au SAU contre avis de l'équipe EHPAD, décès < 24h après transfert
109	PNA obstructive sur évolution K vésical. Plusieurs H° pour pb urinaires et infections dans les deux derniers mois. Décision de ne pas mettre en place de JJ et ttt symptomatique, mais pas de PA en ce sens
110	AEG avec douleur abdo. 1er appel du 15: décision en accord avec le aptient de maintien à l'EHPAD. Visite remplaçant MT: H°.
111	Désat depuis plusieurs jours, MT prévenu, mise en place d'O2 mais sans plus de réflexion

112	<i>plusieurs fausses routes. Discussion avec famille sur refus H°, projet de soin palliatif</i>
113	<i>Dégradation progressive. Transfert SAU évité grâce aux directives anticipées rédigées avec la famille peu de temps avant. Pas de PA en rapport avec respiration alors que dégradation sur les 2 dernières semaines, sous O2</i>
114	<i>Rivotril SC mais pas en SB</i>
115	<i>techniquement lamaline prescrit en systématique, mais notée SB dans les trans. Douleur ++ liée à l'escarre, patch de fentanyl + oramorph mais pas de SB</i>
116	<i>dégradation progressive sur le plan respi, pres d'aérosols mais pas de morphine/mida</i>
117	<i>SAU évité par régul sur PNP sur Fausse route. PA rédigées ensuite</i>
118	
119	<i>OAP flash -> appel du 15 -> Fin de vie ++ donc intro Hypno/morphine, DC < 24h dans l'établissement. Les considérer comme PA ?</i>
120	<i>Dégradation état général chez patiente GIR 1. Appel du 15 -> médecin de garde décide de ne pas faire d'H° après avis famille</i>
121	<i>AEG sur les 48 dernières heures</i>
122	<i>Discussion avec patient sur PEC palliative, pas d'H°, mais pas de PA faites...</i>
123	<i>Chute, inconsciente, massage cardiaque débuté, arrêt demandé par le 15. Signalement IDE 48h avant</i>
124	<i>encombrement progressif sur 15j, pres d'abord de perf, puis reste la veille du DC</i>
125	<i>encombrement progressif, appel à plusieurs reprises du MT. Scopoderm pas enSB</i>
126	<i>discussion avec la famille: pas d'envoi au SAU. Scopoderm, Lysanxia et Durogesic prescrits mais pas en SB</i>
127	<i>dégradation progressive, covid 3 semaines avant, discussion fin de vie à la demande de l'équipe paramed</i>
128	<i>glissement progressif, PA sur demande équipe paramed</i>

129	<i>plusieurs demandes de l'équipe pour passage MT et gestion de l'angoisse</i>
130	<i>Pres Alprazolam et Durogésic tout à la fin mais pas en SB. Multiples demandes équipes paramed pour passage médical</i>
131	<i>Demande passage MT, passage mais juste RO, pas examinée, dégradation juste après. DC < 24h après transfert SAU</i>
132	<i>scopoderm et fentanyl mais pas en SB a priori. AEG sur plus d'un mois avec pb douleurs dorsales et majoration à plusieurs reprises durogésic.</i>
133	<i>dégradation sur qlq jours, passage MT mais pas de PA. Discussion avec enfants pour prévenir fin de vie</i>
134	<i>HypoTA, refus de partir au SAU mais pas d'amélioration, décès à 48h.</i>
135	<i>PNP sur les derniers jours, fin rapide, pas de PA en rapport, pas de demande de passage du MT</i>
136	<i>discussion avec fils si dégradation -> pas d'H°</i>
137	<i>appel fille: pas d'H°, PA sur appel du MT par paramed</i>
138	<i>plusieurs discussions sur fin de vie, PA valium, oramorph, discussion avec filles + patiente sur pas d'H°</i>
139	<i>dégradation sur qlq jours, transfert au SAU sur décision MT, famille injoignable pour discussion. Transfert au PUG et DC après une semaine</i>
140	<i>quasi pas d'info: pas de trans sur AEG, juste note sur H°, pas de CR dispo</i>
141	<i>pas de franche AEG avant DC mais douleur vulve ++</i>
142	<i>douleurs ++ en fin de vie, intro patch fentanyl. Fausse route à la fin</i>

143	plusieurs passages au SAU dans les deux derniers mois, pas de PA pour douleur, encombrement, dyspnée. Un appel SAMU avec décision de non H°
144	covid, plusieurs chutes ensuite. PA O2. Pas de PA pour détresse respi. Puis pres antalgiques quite à chute
145	AEG depuis 2 semaines. Pas de PA, sauf O2. Appel du SAMU juste avant le DC pour douleur: pres d'oramorph SB (à considérer comme PA ?)
146	encombrement depuis 3 semaines mais aucune PA, baisse de l'alimentation
147	asthénie depuis 48h et surtout prise de poids ++ ayant motivé augmentation du Furo. SAU sur hypoTA, retour avec HAD et DC dans les 48h
148	vomissements qlq jours auparavant, DC < 24h après transfert
149	discussion avec fille: pas d'H° si dégradation. Signalement d'une patiente inconfortable mais rien de plus que oramorph...
150	scopoderm pour salivation importante 3 mois avant DC. Repris suite à H° pour AVC. + Fentanyl mais pas en SB
151	épisode de malaise une semaine avant. Prise de sang: IRA -> H° avec déshydratation. DC à 6j
152	H° > 1 mois mais retour < 1 mois pour décompensation cardiaque et IR. Dégradation les derniers jours - >modif Lamotrigine avec SB et intro Fentanyl mais pas en SB
153	transfert SAU sur fièvre, ECBU demandé par MT positif juste avant. DC < 24h
154	chute, ACR, appel 15: défibrillateur + IOT, DC < 24h

155	Appel SAMU pour détresse respi: consigne de ne pas envoyer au SAU, donner oramorph + SB. Pas de réelle PA. Enfants ok pour pas d'H° après discussion. DC < 24h
156	escarres sévères ++ avec AEG majeure -> Pas de PA
157	toux depuis 1 semaine, appel du MT qui dit qu'il ne se déplacera pas, pas de discussion sur éventuelle H°, DC 48h après transfert
158	toux depuis 15 jours, a priori virale. Pas de PA sauf O2. augmentation seresta, 1 patch de scopoderm par remplaçant mais sécheresse des muqueuses
159	DC sans AEG auparavant sauf BS avec Hb à 8. DC lors de la transfusion en H° (programmée). Fièvre la veille.
160	1 épisode d'encombrement mais sinon pas d'AEG.
161	appel MT pour gestion antalgiques (escarres) -> PM topalgic. Pas d'autres PA mais pas de vrai signalement AEG par l'équipe
162	plusieurs épisodes d'hypoglycémies avec mise en place d'un protocole glucagon. 1er épisode a fait suite à une fausse route
163	AEG progressive, troubles déglut. Contact MT pour gestion douleur -> oramorph. Note transmission: semble angoissée, pas de PM en rapport.
164	Vraie PEC palliative, gestion de la douleur signalée par équipe. PEC par HAD.
165	arrivée à l'EHPAD 1 mois avant DC suite H° pour IDM. Insuf cardiaque sévère au décours avec transfert SAU pour malaise. Pas de PA sauf gestion anxiété (mais nouveau MT)
166	AEG sur les derniers jours, demande de passage du MT mais pas dispo. Appel du fils et dissuasion de l'envoyer au SAU par IDE.
167	1er appel MT pour toux: majoration Furosémide. Rappel qlq heures plus tard car PM pas adaptée, ne peut aps prendre PO, pas de soins de confort -> PM scopoderm, fentanyl, xanax. Discussion avec famille: pas d'H°

168	covid puis surinfection bronchique et dégradation progressive. Arrêt des ttt et pres oramoprh + valium
169	troubles de la déglutition, plusieurs fois mise sous O2. Pas de PA en cas d'altération sur le plan respi
170	UHR, troubles du comportement ++. Plusieurs chutes, retrouvés au sol en ACR
171	Décompensation respi 3 semaines avant: MT dit pas d'H°, rédaction de PA. Décompensation respi -> Transfert au SAU et DC < 24h...
172	glissement progressif, PA valium fait par méd co, patiente refusait morphine malgré douleur, PA de durogésic "que quand elle souffrira vraiment)
173	plusieurs chutes, dont 2 avec passage au SAU. Oramorph suite à SAU. Pb agressivité ++ depuis lgtps. O2 utilisé mais pas prescrit en SB
174	fin de vie progressive, appel du médecin de garde sur épisode de détresse respi -> oramorph + valium sc. Puis discussion avec MT: scopoderm + aérosols + O2, mais pas en SB
175	HAD suite à passage SAU pour détresse respi, mise en place de morphine et mida IV + utilisation O2 mais pas de PA
176	troubles du comportement qui se majorent, fini par être transféré au SAU pour désat et hallucinations: OAP + luxation épaule... DC 24h. Juste Ventoline en SB ^^
177	Suite SAU, douloureux -> Valium + oramorph + durogésic . Avant SAU: Loxapac en SB pour agitation (ttt de fond)
178	mort subite
179	Fausse route, dyspnée + fièvre au décours. Refus par patient d'H°. Appel 15: mis sous O2 puis passage MT le lendemain avec ATB. Pas de PA morphine/mida...
180	AEG, dyspnée. Doppler -> Pas de phlébite mais OAP ? Transfert SAU, DC à 1 semaine
181	agitation ++ avec chutes. Pb de dyspnée avec besoin d'O2, jamais de PA sur le plan respi...
182	dyspnée avec besoin d'O2. Signalement de l'absence d'amélioration -> Durogesic mais pas de PA. Puis PA 15j après
183	fièvre puis ACR. Appel du 15 -> IOT et massage puis arrêt pour non acharnement.
184	Pres de durogésic mais pas en SB. Fièvre et O2 requérante. Techniquement valium et oramorph pas en SB...
185	durogésic pas en sb, PA durogésic demandée par équipe
186	scopoderm mais pas en sb. Fièvre avec désat. Plusieurs passages du MT. Demande de l'équipe pour PEC HAD, pas eu le tps d'avoir lieu.

187	AVC mais pas d'H° dans directives anticipées -> Pas de transfert au SAU. 2j après:appel du 15 pour avoir des pres de confort. Discussion mise en place HAD mais DC ava,t
188	scopoderm mais pas en sb. Appel du 15 pour soins de confort. Puis mise en place HAD. Glissement progressif
189	dégradation progressive suite à PNP inhalation, pas de réelles PA faites... utilisation d'O2. et durogésic
190	fièvre + désat -> Appel MT mais pas de PA. Scopoderm et fentanyl mais pas en SB

L'IMPACT DES PRESCRIPTIONS ANTICIPEES SUR LES PASSAGES AUX URGENCES CHEZ LES PATIENTS EN FIN DE VIE EN EHPAD

RÉSUMÉ

Introduction : Les prescriptions anticipées sont largement recommandées en fin de vie mais peu d'études ont montré leur impact réel. L'objectif de cette étude est de montrer l'impact des PA sur la réduction des transferts aux urgences des résidents d'EHPAD au cours du dernier mois de vie.

Sujets et Méthodes : Une étude rétrospective a été réalisée à partir des dossiers des résidents d'EHPAD d'Angers et de Mazé. Etaient inclus tous les résidents décédés entre septembre 2022 et septembre 2023. Une grille de recueil de données étaient remplis à l'aide des dossiers informatiques et papiers. Etaient notamment recueillis l'existence d'un transfert aux urgences et la présence de PA.

Résultats : 189 dossiers ont été inclus dans l'étude, répartis sur 9 établissements. Des PA étaient rédigées dans 74% des cas au cours du dernier mois de vie. Le risque de transfert aux urgences diminuait de 48% en présence de PA. Une réduction statistiquement significative des passages aux urgences pour troubles respiratoires a été montrée. Le taux de décès « à domicile », c'est-à-dire au sein de la structure, augmentait de 22 points en présence de PA.

Conclusion : Les PA permettent d'améliorer la qualité de fin de vie en réduisant significativement les passages aux urgences au cours du dernier mois de vie. Elles sont particulièrement intéressantes en cas de symptômes respiratoires. C'est un outil particulièrement important à développer pour améliorer la qualité des soins.

Mots-clés : Prescriptions anticipées – Fin de vie – Soins palliatifs - EHPAD

Anticipatory Prescribing et impact on transferts to emergency at the end of life

ABSTRACT

Introduction : Anticipatory prescribing is largely recommended at the end of life but there is few studies which show the real impact of such prescriptions. The aim of this study is to show the impact of AP on the reduction of transfers to the emergency unit during the last month of life concerning patients living in nursing homes.

Method : A retrospectiv study has been done in the nursing homes of Angers and Mazé. Patients were included if they died between september 2022 and september 2023. Data were taken from informatic and paper folders.

Results : 189 patients were included, from 9 nursing homes. AP were written in 74% of them. The risk of going in an emergency service was reduced of 48% when they were AP. There were more death in nursing homes if they were AP (88% whereas this rate was only 66% whithout AP).

Conclusion : AP improved the quality of end of life because it decreases transfers in emergency services. They are particularly pertinent in case of respiratory symptoms. It would be interesting to develop the use of AP in palliative care.

Keywords : Anticipatory Prescribing – Palliative care – nursing home