



15^{ème} Journée régionale des EMSP de Nouvelle-Aquitaine

Mardi 3 décembre 2019

*Docteur Martine VIVIER-DARRIGOL - Médecin de santé publique et médecine sociale
Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie - Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine*



Première partie

Etat des lieux de l'activité des EMSP en Nouvelle-Aquitaine durant l'année 2018



Files actives 2018

16 EMSP connaissent une variation importante de leur file active (plus de 30 patients de différence) entre 2017 et 2018

Parmi elles des variations d'activité conséquentes avec des fluctuations de ressources humaines :

- Diminution de plus de 100 patients constatée pour 4 EMSP
- Augmentation de plus de 100 patients constatée pour 2 EMSP



Part d'activité au domicile

Par manque de précision des rapports avec des files actives insuffisamment détaillées, seules 17 EMSP ont pu être évaluées

- **6 EMSP ont atteint un taux d'activité à domicile d'au moins 50% et 11 EMSP semblent ne pas l'avoir atteint**

Parmi elles:

- 4 EMSP ont exercé moins de 30% de leur activité à domicile en 2018
- 3 EMSP ont exercé entre 30 et 45% de leur activité à domicile en 2018
- 4 EMSP ont exercé entre 45 et 50% de leur activité à domicile en 2018



Ressources en personnel

| Type de personnel | Optimum fixé par la circulaire du 25 mars 2008 | Moyenne des EMSP de Nouvelle-Aquitaine en 2018 |
|---------------------------------|--|--|
| Totalité du personnel de l'EMSP | 6,25 | 4,8 |
| Médecin | 1,5 | 1,19 |
| Cadre infirmier | 1 | 0,4 |
| Infirmier | 2 | 1,75 |
| Psychologue | 0,75 | 0,8 |
| Secrétaire | 1 | 0,61 |
| Assistant de service social | 0,75 | 0,47 |

- La majorité des EMSP sont composées de professionnels dont les compétences sont conformes aux orientations nationales et au cahier des charge régional
- Les effectifs régionaux sont inférieurs, pour tous les domaines sauf les psychologues, à ceux proposés par la circulaire de 2008



Formations reçues par les EMSP

- Tous les médecins coordonnateurs sont titulaires d'un DU, DIU ou DESC spécialisé en soins palliatifs
- Quasiment tous les infirmiers et cadres de santé infirmiers sont titulaires d'un DU ou DIU Soins palliatifs
- Au moins 16 EMSP disposent d'un psychologue titulaire d'une formation particulière permettant d'exercer en soins palliatifs
- Nombreuses formations supplémentaires des équipes en éthique médicale, hypnose médicale, gérontologie, évaluation et traitement de la douleur, oncologie, etc.



Formations délivrées par les EMSP

➔ Cahier des charges 2020 : former les professionnels de santé de premier recours et les EMS dans une limite de 20 heures au minimum et 120 heures au maximum par an (à l'exclusion des CHU)

➔ Moyenne régionale en 2018 : 98 heures

- 3 EMSP n'atteignent pas le minimum d'heures en 2018
- 5 EMSP (hors CHU) dépassent le maximum d'heures en 2018
- L'activité de formation s'échelonne de 7 heures à 430 heures
- Très forte hétérogénéité entre les EMSP
- Activités de formation non liées aux files actives
- Activité insuffisante en faveur des professionnels de premier recours
- EMSP à proximité des écoles (IFSI, IFAS) très sollicitées



Deuxième partie

Présentation du cahier des charges régional des EMSP de Nouvelle-Aquitaine



Constats préalables

- ➔ **2 décès sur 3** dus à des maladies chroniques avancées pouvant relever de soins palliatifs
- ➔ Besoins accrus en soins palliatifs en raison du vieillissement de la population
- ➔ Besoins accrus en services à domicile en raison de séjours hospitaliers plus courts
- ➔ **80%** des patients souhaitent finir leur vie chez eux alors que seulement **24%** sont décédés à domicile en 2018



Construction du cahier des charges

Fondements juridiques :

- Circulaire du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement
- Circulaire du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs
- Plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie
- Schéma régional de santé de Nouvelle-Aquitaine 2018-2023

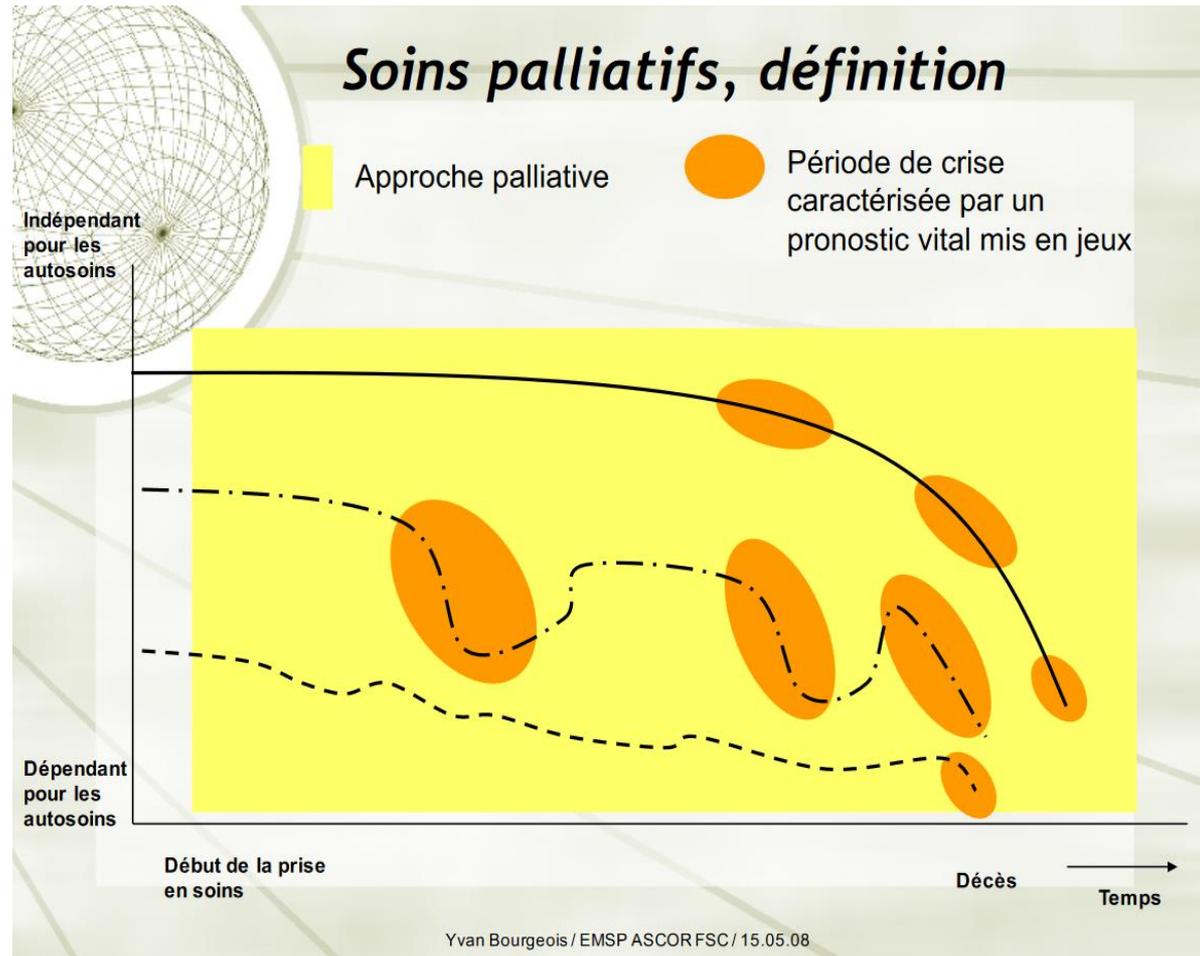
Méthodologie de réalisation :

- Participation de la cellule régionale CAPALLIATIF en Nouvelle-Aquitaine
- Concertation avec les professionnels de santé des soins palliatifs
- Concertation avec les fédérations hospitalières (FHF, FEHAP, FHP, FNEHAD)



Parcours de soins palliatifs

- Enjeux : Interventions coordonnées dans le temps et en fonction des patients
- **Médecin traitant** = interlocuteur privilégié
- EMSP = équipe ressource en collaboration avec les acteurs du domicile



Source: présentation d'Yvan Bourgeois « *La filière soins palliatifs et les équipes mobiles* »
http://www.alass.org/wp-content/uploads/8-Yvan_Bourgeois.pdf

Formalisation des partenariats

Nécessité de signer des conventions de coopération entre:

- **EMSP et HAD** : complémentarité de la réponse avec des professionnels formés associant expertise et continuité d'une prise en charge d'un patient à domicile
- **EMSP et EHPAD ou autres établissements médico-sociaux** (dont handicap) : accessibilité de l'expertise aux différents lieux de vie des personnes atteintes de maladies chroniques graves et complexes en fin de vie
- **EMSP et LISP** : expertise apportée aux référents des soins palliatifs des LISP en cas de besoin uniquement pour des situations complexes justifiant ce recours
- **EMSP et établissement de santé (sans LISP)** : expertise dans la zone territoriale de l'EMSP selon les besoins exprimés



Modalités d'intervention d'une EMSP

➤ Interventions dans un ou plusieurs établissements de santé :

- Collaboration avec les partenaires des filières palliatives en intra hospitalier ou autres établissements de santé publics et privés
- Ces interventions constituent **au maximum 50% de l'activité globale**

➤ Interventions

➤ au domicile personnel du patient :

- S'inscrivent dans une complémentarité de la prise en charge avec les professionnels de santé ambulatoires (médecins – infirmiers – pharmaciens...)
- Apporte une expertise de prise en charge en matière de douleur et de soins palliatifs

➤ en établissement social ou médico-social :

- Il doit exister un *relais de professionnels* formés qui représente une garantie de continuité de prise en charge dans chaque EMS :
 - L'EMSP s'assure que le médecin coordonnateur est formé aux soins palliatifs
 - L'EMSP s'assure qu'au moins une infirmière est formée aux soins palliatifs

Ces interventions constituent **au moins 50% de l'activité globale** en assurant un minimum de **25% de déplacements physiques**

Principes communs d'intervention au domicile du patient (personnel ou EMS)

- L'EMSP a vocation à apporter plus souvent son expertise à domicile qu'en établissement de santé (la culture palliative a beaucoup évolué dans les établissements depuis plusieurs années et les différents professionnels de santé sont plus largement sensibilisés)
- L'EMSP ne doit jamais se déplacer dans l'urgence pour les soins palliatifs mais pour autant doit répondre dans des délais raisonnables (environ une semaine) d'où l'intérêt d'une couverture territoriale permettant d'éventuels temps d'entraide entre EMSP pour optimiser la réponse en cas de besoin
- Des appels téléphoniques réitérés de professionnels dans des situations d'échecs répétés peuvent justifier un séjour d'évaluation et de prise en charge en LISP ou en USP, ou un appel au SAMU-Centre 15
- L'EMSP n'a pas vocation à prescrire de traitement médical
- Un délai de 2 ans peut être octroyé pour une montée en charge



Modalités de réponses pour un patient à domicile

- S'assurer que le patient:
 - 1) Ne relève pas des urgences
 - 2) Ne relève pas de l'HAD
 - 3) Est à son domicile ou dans un lieu d'accueil social
 - 4) Relève d'une situation palliative évaluée au moyen des fiches « Pallia 10 » et « Pallia 10 Géronto »
- Vérifier la pertinence du déplacement ou de la réponse téléphonique (à prioriser ou à déléguer si pas d'expertise à apporter)

Principes régionaux d'intervention au domicile:

- Médecin traitant au cœur de la prise en charge (exceptionnellement, le médecin de l'EMSP peut être amené à intervenir en cas d'indisponibilité ou d'absence du médecin traitant)
- Expertise complémentaire apportée aux SSIAD, aux SPASSAD et aux SAMSAH dans des situations complexes
- Présence d'une équipe multidisciplinaire autour du patient favorisée
- Travail en équipe auprès du patient et de son entourage / sa famille
- Collaboration et non substitution avec les équipes soignantes



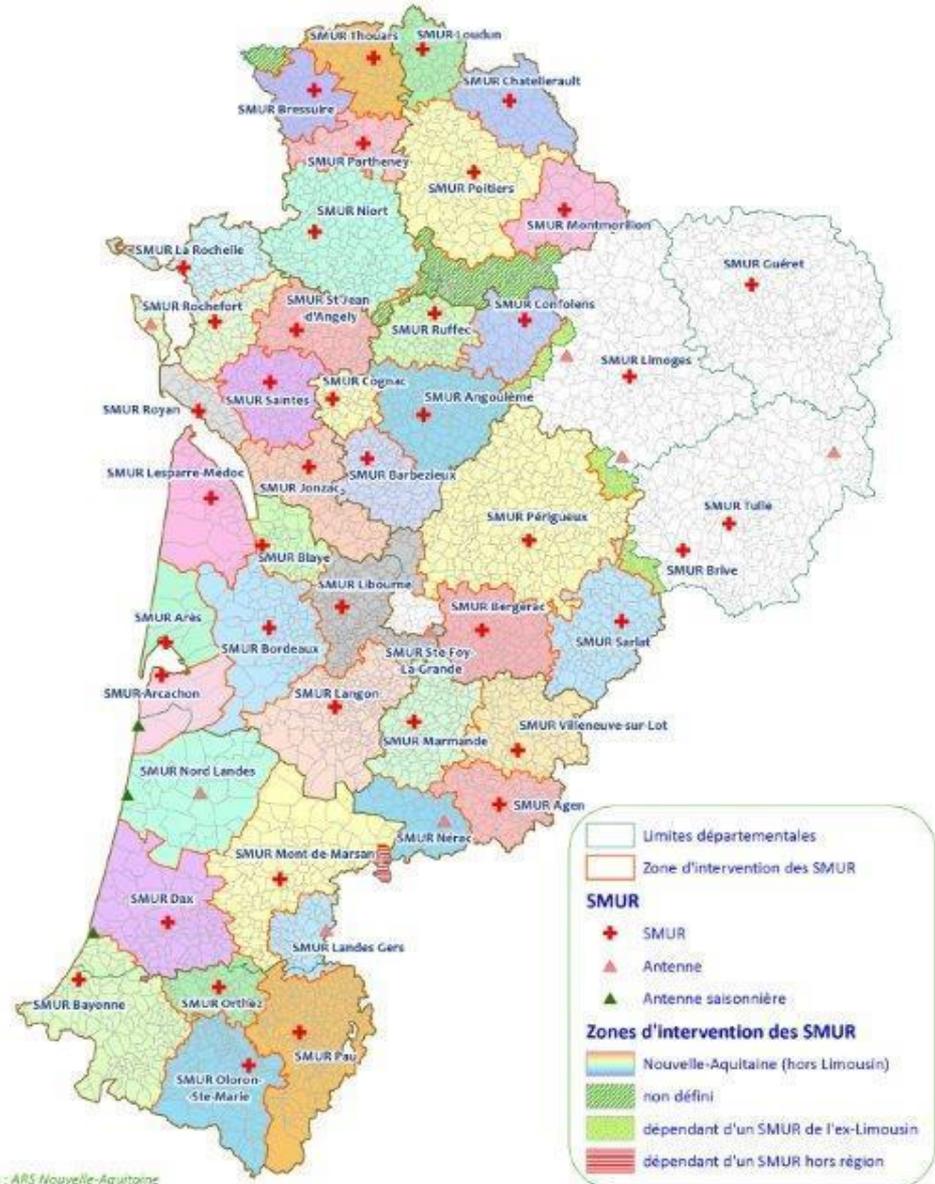
Intervention en établissement médico-social

- Former et soutenir les équipes médico-sociales
- Conseiller à la gestion des situations palliatives complexes
- Préconiser et aider à la rédaction des prescriptions anticipées personnalisées (PAP)
- Appuyer à la gestion de syndromes douloureux rebelles, symptômes réfractaires, iatrogénie, troubles nutritionnels et cutanés, troubles d'ordre psychologique, etc.
 - Vérification des savoir-faire par l'EMSP
 - Identification des moyens disponibles, des temps et des besoins d'accompagnements
 - Identification des limites de prise en charge dans l'établissement
- Accompagner éventuellement, dans le cadre de réunions collégiales, la mise en place de sédations profondes et continues jusqu'au décès au domicile

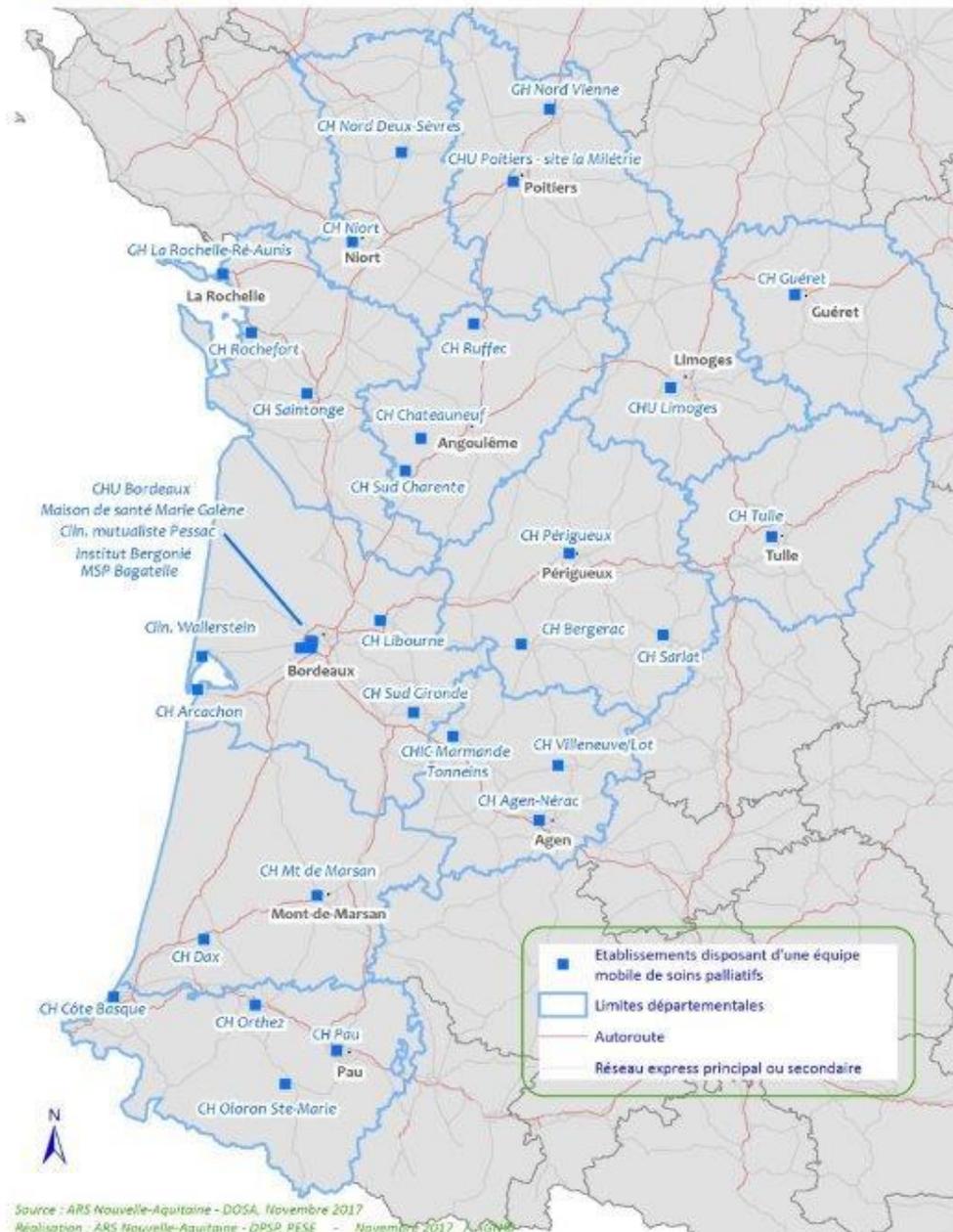


Couverture territoriale

Garantir la couverture la plus adaptée au territoire et limiter les distances en s'inscrivant dans un ou plusieurs territoire(s) SMUR



Couverture territoriale



Priorité à l'EMSP la plus proche
en cas de conflit sur un site
d'intervention

Rôle de formation des EMSP

- ➔ Former les *professionnels de santé de premier recours* et les professionnels des établissements médico-sociaux (Aides soignants – infirmiers et éventuellement médecins)
- ➔ A l'exception des CHU, ne pas dépasser une **durée minimale de 20 heures** et **une durée maximale de 120 heures** de formation délivrées par an
- ➔ Les CHU peuvent être amenés à réaliser des formations universitaires concernant plus de professionnels et plus fréquemment (DU – DESC -)



Comment éviter toute rupture de prise en charge du patient ?

➔ Le patient en soins palliatifs doit bénéficier d'une réponse en matière de prise en charge dans la continuité 7 jours 7 sur son territoire

L'EMSP n'a pas vocation à assurer une astreinte téléphonique mais à organiser la continuité notamment pour les patients dits « remarquables »

- Transmission d'une fiche individualisée aux équipes locales du SAMU
- Via un système sécurisé : DMP ou MS Santé

Elle doit s'assurer que la continuité d'une réponse est apportée en:

- Informant les acteurs sur le dispositif territorial
- Communiquant sur le dispositif d'astreinte existant
- Rédigeant la fiche Urgences Pallia, en lien avec le médecin traitant, chaque fois que nécessaire



Télémédecine

➤ Objectif de cet outil innovant :

- Améliorer le suivi de patients et lutter contre les inégalités territoriales d'accès aux soins palliatifs
- Accompagnement de 3 sites pilotes en NA par l'ARS

➡ Télé Expertise permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières
Prise en charge par l'Assurance maladie depuis février 2019

➡ Téléconsultation permet à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient
Prise en charge par l'Assurance maladie depuis septembre 2018

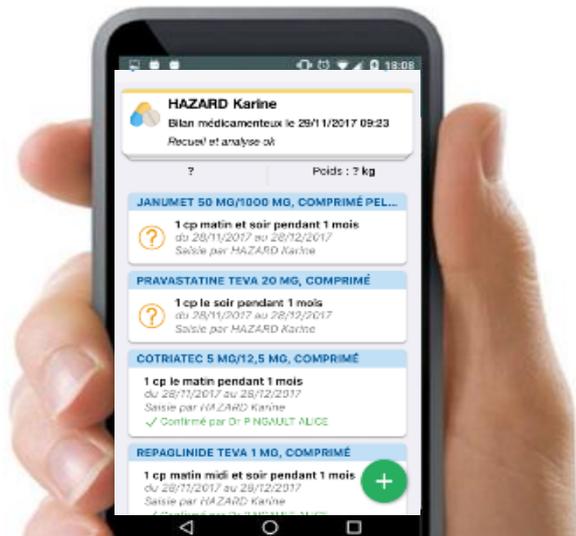


Outils

- Annuaire des EMSP et des partenaires
 - Dématérialisé sur le site de CAPALLIATIF
 - 1 000 Livrets distribués et adressés aux professionnels de santé
- Répertoire opérationnel des ressources (ROR)
 - Actualisé en permanence et partagé par les acteurs impliqués
 - Connaissance des communes d'intervention
 - Composition des équipes et disponibilité des lits des établissements de santé
- Equipement en matériel de télémédecine
- Usage possible de PAACO Globule
- Usage conseillé de Via Trajectoire



Disponible sous **trois versions** :
WEB, Android et iOS



L'outil de coordination PAACO-Globule constitue :

Un outil de *recueil
d'informations*

Sur la prise en charge
globale du patient



Un lieu *d'échanges
et de partage*



**Ce n'est pas un outil de prescription,
ni un outil de dispensation,
ni d'administration**



Troisième partie

Modalités de financements actuels & Perspectives d'évolution



Financements actuels des EMSP

- Les crédits actuels : 15,5 M€ de dotation de mission d'intérêt général (MIG) pour 36 EMSP

[pour mémoire, les 3 ERRSPP sont financées par ailleurs]

- Le modèle de financement en vigueur :

- Un seul indicateur = la file active
- Un modèle fondé sur un constat : 1 patient = 1000 € (total dotations / total files actives)

| File active | Financement de référence |
|--------------------|--------------------------|
| < 200 patients | 150 000 € |
| 200 à 400 patients | Entre 200 et 400 000 € |
| 400 à 600 patients | Entre 400 et 600 000 € |
| 600 à 800 patients | Entre 600 et 800 000 € |
| > 800 | Plus de 800 000 € |



- Un forfait de base :
 - 1 ETP médical ; 1,5 ETP IDE ; 0,5 ETP psychologue ; 0,5 ETP ASE ; 1 ETP secrétaire + 15% autres dépenses = 310 000€
 - Composition indicative



Financements actuels des EMSP

➤ La répartition des financements actuels

| File active | Financement de référence | Nombre d'EMSP |
|--------------------|--------------------------|---------------|
| < 200 patients | 150 000 € | 3 |
| 200 à 400 patients | Entre 200 et 400 000 € | 19 |
| 400 à 600 patients | Entre 400 et 600 000 € | 6 |
| 600 à 800 patients | Entre 600 et 800 000 € | 6 |
| > 800 | Plus de 800 000 € | 2 |



Perspectives de financement des EMSP

Les perspectives : amender le modèle de financement pour être en cohérence avec le nouveau cahier des charges qui vise à développer la prise en charge à domicile

➤ Indicateurs envisagés :

- La file active de patients réellement vus - Indicateur prépondérant (entre 60 et 70%)
- La part d'activité au domicile (EHPAD et personnel) – entre 20 et 30%
- L'activité de formation – 10%
- ...

A terme, la couverture territoriale ?

➤ Calendrier :

- Un nouveau modèle de financement défini en 2020
- Application dès 2020 mais avec mécanisme pluriannuel d'atténuation des « effets-revenus »



CONCLUSIONS et PROJECTIONS

Ces nouvelles dispositions visent à améliorer les prises en charge ambulatoires et éviter les prises en charge inadaptées en service d'urgence par les actions suivantes:

- Développer encore la formation des professionnels de santé en ambulatoire y compris en intégrant des organismes de formation continue
- Harmoniser l'offre de soins en matière d'expertise en soins palliatifs
- Favoriser la couverture de l'ensemble du territoire de Nouvelle-Aquitaine
- Optimiser l'apport d'expertise aux professionnels de santé en complémentarité et en fonction de leurs besoins
- Promouvoir un usage approprié aux techniques innovantes visant à garantir la sécurité des prises en charge des patients

