ATELIER DE SOINS PALLIATIFS

LA COMPLEMENTARITE DE L'HAD EN EHPAD, EST-CE POSSIBLE?

25/02/2016

1.Présentation de la CASSPA 49

(Mme Christelle FOIN)

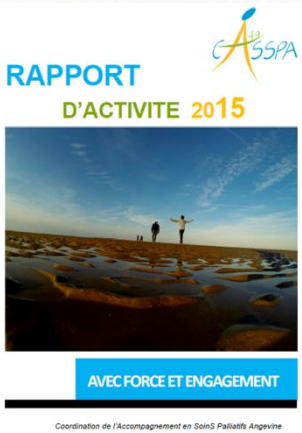
Association « Loi 1901 » - statuts déposés en 2009 – Président : M. Yves DUBOURG

SES MISSIONS

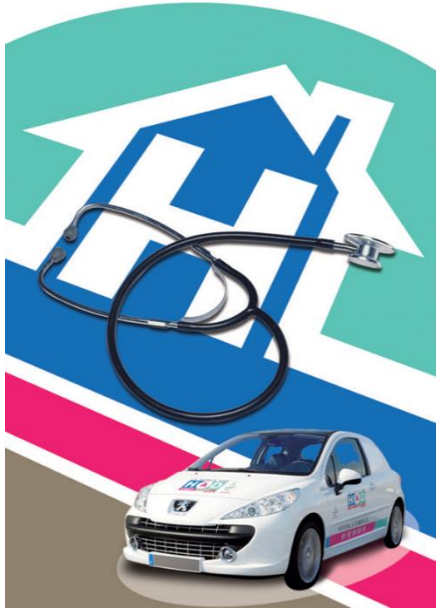
- **PROMOUVOIR LA DEMARCHE PALLIATIVE** en lien avec les 4 Equipes Mobiles de Soins Palliatifs du 49
- Améliorer l'**ARTICULATION** entre les différents acteurs du système de soins pour assurer une prise en charge **OPTIMALE** et une **MEILLEURE ORIENTATION** du Patient, tout en **RESPECTANT** ses **SOUHAITS.**
- Favoriser la **COORDINATION** et la **CONTINUITE** des **SOINS** entre les professionnels de santé
- Sensibiliser et informer les **PROFESSIONNELS** de santé et le **PUBLIC** sur les **SOINS PALLIATIFS**

Référence : statuts

http://www.casspa49.fr/



2. Articulation de l'Hôpital à Domicile avec les EHPAD - Point sur la réglementation en vigueur - (M. Julien Durin)



Recours à l'HAD ... mais pas n'importe comment ?

- **Prise en charge encadrée par des textes réglementaires :**
  - ⌘ Les décrets du 22 février 2007 et du 30 avril 2007
  - ⌘ Les arrêtés du 25 avril 2007 et du 24 mars 2009
  - ⌘ La circulaire du 5 octobre 2007

Et plus récemment par :
- ⌘ Les décrets du 6 septembre 2012
- ⌘ La circulaire du 18 mars 2013

relatifs à l'intervention des établissements d'HAD dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement

- **Sur prescription médicale :**

d'un médecin hospitalier ou du médecin traitant
- Avec accord écrit du patient/résident ou de son entourage
- Avec accord écrit des médecins coordonnateurs de l'EHPAD et HAD
- Avec accord écrit des directions de l'EHPAD et HAD

Prise en charge conjointe

- Soins infirmiers
- Soins de nursing et de confort (dans le cadre des soins palliatifs)
- Soins de kinésithérapie (le cas échéant)
- Accompagnement psychologique et social (le cas échéant)

Conventionnement pour l'admission du résident en HAD

- Convention de partenariat entre l'EHPAD et l'HAD
- 3 annexes à la convention selon la circulaire du 18 mars 2013 :
  - ⌘ Protocole d'accord nominatif d'intervention (ann. 1)
  - ⌘ Planification personnalisée de soins partagée (ann. 2)
  - ⌘ Prise en charge partagée des traitements médicamenteux (ann. 3)

Dispositions financières

- Maintien de la dotation soins de l'EHPAD malgré l'intervention HAD
- Minoration de la T2A de l'HAD (-13%) pour compenser la dotation soins de l'EHPAD pour ce résident

Pour mon hospitalisation, je choisis ma maison !

Merci de votre attention

3. SOINS PALLIATIFS EN HAD (Dr. Isabelle SPIROUX)

Quels critères?

- La prise en charge des soins palliatifs représente en moyenne 24,5% des journées facturées en HAD.

- **DÉFINITION DES SOINS PALLIATIFS:**

  Les soins palliatifs sont « des soins actifs et continus pratiqués par une équipe multidisciplinaire, en collaboration avec des bénévoles d'accompagnement, en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. Ils ont pour but de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la mort ».

Adéquation de la prise en charge à la définition des SP

La définition des soins palliatifs repose sur plusieurs critères:

- La présence d'une pathologie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale.

- La preuve de soins actifs et continus, pratiqués par une équipe pluridisciplinaire.

- L'estimation des différents types de soins mis en œuvre dans le cadre de la prise en charge.

Adéquation de la prise en charge à la définition des SP

La pathologie:

Une maladie grave évolutive précisée comme mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale.

Il peut s'agir d'un cancer, d'une maladie neurologique dégénérative, du SIDA , ou de tout autre état pathologique lié à une insuffisance fonctionnelle décompensée (*cardiaque, respiratoire, rénale*) ou à une association de plusieurs maladies .

Adéquation de la prise en charge à la définition des SP

Le caractère interdisciplinaire :

- Intervention coordonnée de professionnels du secteur de santé et du secteur social, **au minimum 3 intervenants** de disciplines différentes.

- Dynamique de travail en équipe multi et interdisciplinaire tenant compte des réunions de synthèses interdisciplinaires , des transmissions interdisciplinaires .

- Il faut s'appuyer sur un **protocole individuel de soins** élaboré à l'admission et régulièrement réévalué.

Adéquation de la prise en charge à la définition des SP

Les soins mis en œuvre : doivent inclure :

- **La coordination de la prise en charge**, matérialisée dans le protocole de soins en particulier les coopérations avec et entre les soignants du domicile (de l'EHPA) ainsi qu'avec les autres intervenants en soins palliatifs (EMSP, réseau , douleur etc.)

- **Et au moins 2 soins : parmi les suivants :**
  - Prise en compte de la souffrance globale du patient avec prise en charge de la douleur.
  - Prise en charge psychologique (psychologue).
  - Des soins de nursing (*hygiène, soins de bouche, prévention et soins d'escarres…*)
  - Traitement des divers symptômes d'inconfort (toux, dyspnée, troubles du transit, nausées, vomissements, déshydratation, anxiété, dépression , troubles du sommeil).
  - Prise en charge sociale avec intervention assistant(e) social(e).
  - Un accompagnement de la famille et des proches.

4. Cas Clinique N° 1 (Dr. Jean-Yves CESBRON)

Monsieur H. vit depuis 3 ans en EHPAD .

Il a pu se faire de nombreux amis et est bien connu des soignants. Il est parfaitement autonome. Suite à une décompensation cardiaque sévère il a du être hospitalisé au CH. Dans les suites son état de santé est préoccupant mais stationnaire. Les médecins du CH ont évoqué une prise en charge palliative. Le patient est perfusé avec du Glucosé et du lasilix - il n'y a pas de pansement complexe. Il est devenu dépendant pour la toilette et l'habillage il est cohérent et souhaite revenir à l'EHPAD, Le service de l'Hôpital sollicite l' HAD pour permettre de répondre aux souhaits du patient de retour .

Ce patient relève-t'-il d'une prise en charge HAD ?
Quels sont les freins possibles à son retour ?
Quels sont les avantages à son retour ?

5. Cas Clinique N° 2

(Dr. Yves CLEDAT)

Mr G.

- Patient de 91 ans, adressé par son médecin traitant (MT) pour la réalisation de pansement palliatif sous MEOPA nécessitant la mise en place de l'HAD.

- ATCDs : Diabète insulino-requérant compliqué d'une neuropathie périphérique / AOMI / HTA / Dyslipidémie / Gammapathie monoclonale

- Mode de vie : En EHPAD avec son épouse atteinte d'une maladie d'Alzheimer évoluée. Il est dépendant pour les actes de la vie quotidienne.

Anamnèse

- Patient hospitalisé au CH de Cholet pour une ischémie critique de membre inférieur droit avec escarre talonnière stade III et mal perforant du Veme orteil.

- Echec de revascularisation
- Décision d'une prise en charge palliative par soins locaux
- Retour à l'EHPAD avec pallier I seul
- Demande d'une HAD par le MT pour la réféction des pansements sous MEOPA devant des soins hyperalgiques, isolés

En pratique : Pansement sous MEOPA, seul pris en charge par l'HAD
Donc Intervention d'une IDE L pour réfection du pansement, les autres soins sont assurés par les IDE de l'EHPAD, le MT restant au centre de la prise en charge

Evolution durant l'hospitalisation

- Les douleurs se sont progressivement majorées, lors des mobilisations (toilettes / transferts) : ajout d'interdoses avant les mobilisations puis mise en place d'un PATCH, avec maintien du MEOPA.

- L'évolution des plaies était défavorable

- Dégradation de l'état général avec anorexie et alitement permanent : mise en place une hydratation SC par le MT.

- Apparition de troubles de la conscience et de signes d'angoisse justifiant la mise en place d'un PSE d'HYPNOVEL (décision conjointe entre médecin traitant et médecin co de l'HAD)

- Le lendemain : devant la majoration des douleurs : augmentation du PATCH et réalisation de prescription anticipée d'une PCA de morphine.

- Mr. G. décéda dans les jours suivants.

Projet thérapeutique

- Patient initialement pris en charge pour un soin technique dans le cadre de la **réfection de pansements palliatifs sous MEOPA**

-> En pratique, IDE EHPAD effectuent la délivrance des ttt etc, IDE L effectue la réfection du pansement, IDE HAD disponibles en situation d'urgence/ le w. MT au centre de la prise en charge, Med HAD disponible si besoin, reste en contact avec le MT qui est le prescripteur principal.

- Evolution de la prise en charge vers une **prise en charge palliative** globale, par l'HAD

-> En pratique, même déroulement que précédemment, sauf que tous les soins et traitements sont pris en charge par l'HAD. Importance majeure de la communication entre soignants devant une situation qui évolue rapidement. Réalisation de prescription anticipée souhaitée.

Freins et limites potentiels

- **Communication** : entre IDE L et EHPAD (2 traçabilités classeur de l'HAD et de l'EHPAD) / entre MT et Med CO de l'EHPAD, de l'HAD.

- **Faire remonter les informations** : par qui ? A qui? HAD? MT ? A définir dès l'entrée.

- **Problème de l'entrée d'urgence** : intérêt d'une prise en charge précoce pour optimiser l'entrée en HAD et l'information des proches. Eviter les entrées d'urgence la journée pour la pose d'une PCA qui peut parfois être difficilement vécue par les proches. **Intérêt de repérer les situations à risque avec évolution rapide.**

DISCUSSION- ECHANGES D’EXPERIENCE

ATELIERS DE SOINS PALLIATIFS 2016

ETABLISSEMENTS	THEMATIQUE	DATE
ETABLISSEMENTS DE SANTÉ BAUGEOIS – VALLÉE	« La personne âgée qui crie »	07/04/16
CENTRE DE SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION DE L'ANJOU ANGERS	« L'accompagnement bénévole en fin de vie »	04/10/2016
EHPAD FRANÇOISE D'ANDIGNÉ LA POMMERAYE	« Traitements non médicamenteux de la douleur"	13/10/16

6 . CONCLUSION