



Coordination de l'Accompagnement en Soins Palliatifs Angevine

25/02/2016

14h30-16h30

ATELIER DE SOINS PALLIATIFS

Châteauneuf sur
Sarthe

Thématique : La complémentarité de l'HAD en EHPAD, est-ce possible ?

INTERVENANTS

- **Dr. Jean-Yves CESBRON**, Médecin coordonnateur – HAD Saumurois
- **Dr. Yves CLEDAT**, Médecin coordonnateur - HAD Mauges Bocage Choletais
- **M. Julien DURIN**, Directeur de l'HAD Saumurois
- **Dr. Isabelle SPIROUX**, Médecin coordonnateur - HAD Saint Sauveur Angers
- **Mme Isabelle BARRIBAUD**, Infirmière coordinatrice-HAD Saumurois
- **Mme Stéphanie DECRETON**, Responsable des soins- HAD Saint Sauveur Angers
- **Mme Christelle FOIN**, Chargée de mission - CASSPA 49

Nombre de participants : 16

Rédacteur : Mme Christelle FOIN

Pièces jointes



Pallia 10



Modes de prise en charge en HAD



Planification personnalisée des s



PC partagée des traitements médican

THEMES

RELEVÉ DE CONCLUSION

1. Présentation de l'Association « CASSPA 49 » (C.Foin)

Contexte

- Volonté de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire de développer les soins palliatifs en Maine et Loire, en lien avec les 4 Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (*Angers, Cholet, Doué la Fontaine, Saumur*)

Missions de l'Association

- Promouvoir la démarche palliative sur l'ensemble du Maine et Loire
- Permettre une meilleure articulation entre les différents acteurs du système de santé (*Acteurs concernés : établissements de santé, professions libérales, associations d'usagers, tout professionnel investi dans la démarche palliative*)
- Sensibiliser le public et les professionnels de santé aux soins palliatifs

Outils proposés à titre d'exemple

- **Ateliers de soins palliatifs**. Objectifs :
 - Permettre des échanges d'expérience sur une thématique entre professionnels de santé de profils et de lieux d'exercice différents
 - Favoriser le décloisonnement entre les secteurs sanitaire, social et médico-social
- **Site internet** composé de différentes rubriques (*Informations sur les ateliers de soins palliatifs, formations, ressources documentaires, actualités, etc.*) – lien : www.casspa49.fr
- **Guide** intitulé « Accompagnement et soins palliatifs en pratique » créé avec les 4 Equipes Mobiles de Soins Palliatifs du département.

<p>2. Articulation de l'HAD avec les EHPAD – Point sur la réglementation (J.Durin)</p>	<p>Cadre réglementaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'intervention des structures d'HAD en EHPAD date de 2007 (<i>références : décret n°2007-241 du 22/02/2007 - décret n°2007- 660 du 30/04/2007</i>). Son périmètre d'intervention a été étendu en 2013 à l'ensemble des structures d'hébergement à caractère social ou médico-social. <p>Objectif : Eviter au patient/résident une hospitalisation ou raccourcir sa durée.</p> <p>Conditions d'intervention de l'HAD en EHPAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préalable : nécessité d'une prescription médicale du médecin traitant, ou du médecin hospitalier précisant la demande d'intervention de l'HAD pour un résident • Motifs d'admission d'un patient/résident en HAD : <ul style="list-style-type: none"> - Intervention liée au respect des modes de prises en charge autorisés en HAD (Cf.PJ). Ces modes de prise en charge définis dans le guide méthodologique peuvent être perçus comme un frein à l'intervention d'une structure d'HAD en EHPAD(D). <p>Il est à noter que l'équipe d'HAD peut intervenir pour une durée illimitée et discutable en fonction des objectifs fixés par le projet thérapeutique, en complément de l'équipe de l'EHPAD, pour répondre aux besoins spécifiques de prise en charge du résident/patient, et non se substituer à elle. L'équipe de l'HAD vient en appui à l'équipe de l'EHPAD (aide ponctuelle).</p> • Prérequis : <ul style="list-style-type: none"> - Accord écrit du patient/résident ou de son entourage - Accord écrit des médecins coordonnateurs de l'EHPAD et de l'HAD - Accord écrit des directions de l'EHPAD et de l'HAD • Modalité pratique : élaboration d'une convention de partenariat entre les deux structures (EHPAD/HAD) définissant les modes de fonctionnement, à laquelle sont joints plusieurs protocoles : <ul style="list-style-type: none"> ○ Protocole d'accord nominatif d'intervention entre l'EHPAD(D) et la structure d'HAD ○ Planification personnalisée de soins partagée. Objectifs : organiser la prise en charge du patient : qui prend en charge les soins ? quels soins ? quels horaires ? quels supports ? (cf.PJ) ○ Protocole d'accord sur les médicaments (cf.PJ) <p>En général, une mallette est à la disposition des professionnels intervenant dans la prise en charge du patient/résident. Dans cette mallette sont précisées les interventions de chacun.</p> <p>Dispositions financières (<i>prévues dans la convention de partenariat</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aucune incidence sur l'enveloppe de soins attribuée à l'établissement « d'hébergement »
<p>3. Soins palliatifs en HAD – Quels critères ? (Dr. I. Spiroux)</p>	<p>La définition des soins palliatifs repose sur plusieurs critères :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Pathologie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale ○ Soins actifs et continus pratiqués par une équipe pluridisciplinaire en institution ou à domicile

	<p>Ils ont pour objectifs le soulagement de la douleur, l'apaisement de la souffrance psychique, la sauvegarde de la dignité de la personne malade et le soutien de l'entourage</p> <p>Enjeu : comment corréler la définition des soins palliatifs aux modes précis de prise en charge en HAD ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La pathologie du patient : maladie grave évolutive mettant en jeu le pronostic vital (<i>Ex : cancer, sida, maladie neurologique dégénérative, insuffisance cardiaque,...</i>) ○ Le caractère interdisciplinaire de la prise en charge : au minimum 3 intervenants de disciplines différentes d'où l'importance de privilégier entre eux la communication. ○ La coordination de la prise en charge entre les différents intervenants <p>Points rappelés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Point 1. Toutes les fins de vie ne nécessitent pas forcément des soins palliatifs. ○ Point 2. Est relevée la difficulté de repérage précoce des soins palliatifs. Ce repérage précoce est une aide utile pour les soignants qui permet d'adapter la prise en charge du patient (<i>ex : soulagement des symptômes, accompagnement de la famille, réajustement du plan personnalisé de soins, etc.</i>) Des équipes ressources sont à la disposition des professionnels de santé pour les aider à poser le diagnostic : équipes de l'HAD, Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (<i>rôle de conseil et d'expertise en soins palliatifs auprès des autres professionnels</i>)
<p>4. Cas clinique n°1 (Dr. JY. Cesbron)</p>	<p>Présentation du cas clinique n°1 (<i>Cf. diaporama</i>).</p> <p>Discussion – échanges :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ce patient relève-t-il d'une prise en charge en HAD ? L'intervention de l'HAD en EHPA(D) peut être motivée si l'état du patient exige une intervention technique et/ou complexe (<i>ex : à la suite d'un épisode aigu</i>). Dans le cas clinique présenté, l'intervention de l'HAD n'est pas justifiée. En revanche, il est tout à fait possible pour les soignants de l'EHPAD de contacter l'HAD pour discuter du projet personnalisé de soins et préparer en amont son éventuelle intervention. L'HAD est un moyen de sécuriser le retour du résident à son domicile (bénéfique pour le résident et les soignants). ▪ Quels sont les freins possibles à son retour à domicile ? <ul style="list-style-type: none"> ○ Absence d'IDE de nuit (seuls 10% d'EHPAD de la région sont dotés d'IDE de nuit - <i>Cf. Enquête de l'Observatoire national de la fin de vie : « La fin de vie en EHPAD » d'août 2013</i>). - Est cité le dispositif expérimental d'astreinte d'infirmières de nuit mutualisé entre plusieurs EHPAD. L'HAD Saint Sauveur a été retenue par l'Agence régionale de santé suite au dépôt de sa candidature pour participer à l'expérimentation en Maine et Loire. - L'expérimentation a lieu dans 10 EHPAD représentant environ 700 résidents. Du 1^{er} octobre au 31 décembre dernier, 43 appels ont été enregistrés par les IDE de nuit d'astreinte. 7 hospitalisations ont pu être évitées grâce à leur intervention. L'expérimentation s'étend sur 3 ans avec un suivi de l'ARS.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Crainte exprimée par les professionnels de santé d’être « dépossédés » d’une partie de leurs compétences en faisant appel à des équipes externes (HAD, EMSP...). ○ Entourage du patient <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les avantages à son retour à domicile ? <ul style="list-style-type: none"> ○ Du côté du patient : maintien dans son lieu de vie ou, le cas échéant, raccourcissement de sa durée de son hospitalisation. ○ Du côté des soignants : apport d’une aide technique pour sécuriser le retour du patient/résident, pendant une durée limitée. ○ Du côté de l’établissement : réduction du coût financier à la charge de la structure (<i>pour rappel, en cas d’hospitalisation du résident, le tarif hébergement est diminué du forfait journalier hospitalier</i>). ▪ L’HAD peut-elle intervenir la nuit ? L’HAD assure la permanence et la continuité des soins, y compris les dimanches et les jours fériés (<i>Art. D6124-309 du code de la santé publique</i>).
<p>5. Cas clinique n°2 (Dr. Yves Clédat)</p>	<p>Présentation du cas clinique n°2 (<i>Cf. diaporama</i>).</p> <p>Discussion – échanges :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Autour des critères de recours à l’HAD L’HAD est habilité à assurer la réfection des pansements sous MEOPA devant des soins hyperalgiques isolés. Il s’agit bien de pansements complexes et soins spécifiques qui nécessitent une intervention de l’équipe de l’HAD d’au moins 30 minutes (cf. Tableau des modes de prises en charge principaux et associés). ▪ Autour de la collaboration entre les professionnels de santé Le médecin traitant reste au cœur de la prise en charge du résident L’équipe de l’HAD intervient pour les modes de prise en charge autorisés. Les autres soins sont assurés par les soignants de l’EHPAD et/ou par des professionnels libéraux (Exemple pour le cas clinique : IDE libérale pour la réfection du pansement). ▪ Autour de l’organisation de la prise en charge commune Points rappelés : <ul style="list-style-type: none"> ○ Nécessité d’une bonne communication entre les différents intervenants (<i>Médecin traitant/médecins coordonnateurs de l’HAD et de l’EHPAD – Professionnel libéral, Equipes de l’HAD et de l’EHPAD</i>) ○ Traçabilité des informations dans les classeurs utilisés par l’équipe d’HAD et par l’équipe de l’EHPAD ○ Anticipation (<i>intérêt à repérer les situations à risque avec évolution rapide</i>)
<p>6. Autres notions abordées</p>	<p>La personne de confiance (<i>art.L1111.6 du code de la santé publique - Modifié par la loi n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 9</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance, en qui elle a toute confiance ▪ Désignation faite par écrit et <u>cosignée</u> par la personne de confiance (nouveau)

	<p>Les établissements de santé ont l'obligation d'informer les usagers sur la possibilité qu'ils ont de désigner une personne de confiance.</p> <p>Les directives anticipées (<i>art. L1111-11 modifié par LOI n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 8</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle dont le contenu sera fixé par décret (en attente). ▪ Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige. ▪ Suppression de la durée de validité de 3 ans (durée illimitée) ▪ Le médecin traitant informe ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction de directives anticipées ▪ Création d'un fichier national
<p>Conclusion</p>	<p>La CASSPA organise des ateliers 3 à 4 fois par an qui ont au sein des établissements adhérents.</p> <p>Prochaines thématiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La personne âgée qui crie (07/04/16) - L'accompagnement bénévole en fin de vie (04/10/16) - Les traitements non médicamenteux de la douleur (13/10/16)