



Coordination de l'Accompagnement en Soins Palliatifs Angevine

13/11/2013

14h30-16h30

ATELIER DE SOINS PALLIATIFS

Doué la Fontaine

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

INTERVENANTS

- **Dr. Jean-Yves CESBRON**, Médecin coordonnateur – HAD Ouest Anjou Saumurois
- **Dr. Yves CLEDAT**, Médecin coordonnateur - HAD Mauges Bocage Choletais
- **M. David GUYERE**, Directeur de l'HAD Ouest Anjou Saumurois
- **Dr. Marc NOUJAIM**, Médecin coordonnateur - HAD Saint Sauveur Angers
- **Mme Christelle FOIN**, Chargée de mission - CASSPA 49

Nombre de participants : 18

Rédacteur : Mme Christelle FOIN

Pièces jointes



Brochure



Diaporama



Outil PALLIA 10

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 équipes Mobiles de Soins Palliatifs (*Angers, Cholet, Doué la Fontaine, Saumur*).
- Dépôt des statuts de l'Association en 2009.
- Association constituée d'une Assemblée Générale, d'un Conseil d'administration et d'un Bureau (*Président : Y. Dubourg, Vice-Président : Dr. P. Hubault, Trésorier : Dr. M. Noujaim, Secrétaire : S. Thaler, Secrétaire adjoint : Dr. A.-L. Salimon*).

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 en lien avec les 4 EMSP (*Acteurs concernés : établissements de santé, professions libérales, associations d'usagers, tout professionnel investi dans la démarche palliative*)
- Informer le public et former les professionnels.

L'un des outils utilisés : mise en place d'ateliers de soins palliatifs permettant des échanges d'expérience sur une thématique entre professionnels de santé de profils différents (*Praticiens, IDE, Aides-soignantes, psychologues...*).

<p>2. Articulation de l'HAD avec les EHPAD – Point sur la réglementation (D. Guyère)</p>	<p>Cadre réglementaire</p> <ul style="list-style-type: none"> L'intervention des structures d'HAD dans les 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 (<i>Ex : Institut médico-éducatif, Foyer de l'enfance, Maison d'accueil spécialisée,...</i>) – (<i>référence : circulaire du 18/03/2013</i>) <p>Objectifs</p> <ul style="list-style-type: none"> Eviter au patient/résident une hospitalisation ou raccourcir sa durée. <p>Conditions d'intervention de l'HAD en EHPAD</p> <ul style="list-style-type: none"> Préalable : l'intervention est liée au respect de modes de prise en charge définis réglementairement. L'équipe d'HAD doit intervenir, pour une durée limitée 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. Prescription du médecin traitant, ou du médecin hospitalier précisant la demande d'intervention de l'HAD pour un résident Accord écrit du patient/résident ou de son entourage. Convention de partenariat entre les deux structures (EHPAD/HAD) définissant les modes de fonctionnement, à laquelle sont joints plusieurs protocoles (<i>Protocole d'accord nominatif d'intervention entre l'EHPA(D) et la structure d'HAD, Protocole personnalisé de soins, Protocole d'accord sur les médicaments</i>). Les deux derniers protocoles font l'objet d'une évaluation régulière. <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
<p>3. Soins palliatifs en HAD – Quels critères ? (Dr. M. Noujaim)</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 définition des soins palliatifs repose sur plusieurs critères (<i>pathologie du patient, soins actifs et continus, pluridisciplinarité...</i>). L'admission d'un patient en HAD est liée à des modes de prise en charge définis réglementairement (<i>référence : annexe 1 de l'arrêté du 24/03/2009</i>). Exemples de modes de prise en charge : soins palliatifs, pansements complexes, soins de nursing lourds,... Chaque mode de prise en charge fait l'objet d'une définition précise. <p>Ces modes de prise en charge restrictifs peuvent être perçus comme un frein à l'intervention d'une structure d'HAD en EHPA(D).</p>
<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>). L'intervention d'une équipe d'HAD ne doit pas se substituer aux prestations dispensées par l'EHPA(D).

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qui décide de l'admission d'un patient en HAD pour une prise en charge palliative? Dans le cas cité, la décision sera prise en réunion de concertation pluridisciplinaire. Autres intervenants : médecin traitant, médecins coordonnateurs de l'HAD et de l'EHPAD... ▪ 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>). La question est posée du fait de l'insuffisance voire de l'absence d'infirmière de nuit en EHPAD. A noter que seuls 13,8% des EHPAD bénéficient d'une 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>). ▪ Quels sont les avantages ? Du côté du patient qui a consenti : le maintenir dans son lieu de vie ou, le cas échéant, raccourcir la durée de son hospitalisation. Du côté des soignants : leur apporter une aide technique pour sécuriser le retour du patient/résident, pendant une durée limitée. ▪ Quels sont les inconvénients ? Nombreux sont les patients qui ne bénéficient pas d'une prise en charge en soins palliatifs. Plusieurs raisons : <ul style="list-style-type: none"> - méconnaissance des soins palliatifs par les professionnels de santé - 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...).
<p>5. Cas clinique n°2 (Dr. Yves Clédât)</p>	<p>Présentation du cas clinique n°2 (<i>Cf. diaporama</i>).</p> <p>Discussion – échanges :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Constat : on meurt plus souvent à l'hôpital qu'au domicile malgré le souhait des patients de vivre leur fin de vie chez soi (<i>cf. « Vivre la fin de vie chez soi de l'ONFV de 2013</i>). <p>La prise en charge des patients en fin de vie par une structure d'HAD est une réponse aux souhaits exprimés par les patients de vivre leur fin de vie à domicile, et une aide complémentaire pour les équipes d'EHPA(D).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Autour du soutien des équipes Il s'agit d'une vraie problématique qui devrait faire l'objet d'un volet dans le projet institutionnel de l'établissement. Autres ressources : structures d'HAD, EMSP, réseaux.... Un atelier de soins palliatifs sur cette thématique « La souffrance des soignants » sera organisé au cours du 1^{er} trimestre 2014. ▪ Autour des outils d'aide Fiche SAMU Pallia (fiche de transmissions médicales). Outil qui permet de transmettre des informations concernant le patient au médecin intervenant en situation d'urgence. Annuaire des référents en soins palliatifs de la CASSPA 49 : annuaire comprenant les coordonnées des référents en soins palliatifs des structures adhérentes.

	<p>Ainsi, force est de constater certaines difficultés que peut entraîner une prise en charge en soins palliatifs en EHPAD, et ce même avec l'aide de l'HAD :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ D'une part, en raison de la nécessité, bien souvent, d'apports techniques (ex : PCA , hypnovel, perfusion IV sur site ...), ▪ D'autre part, en raison de la charge morale et psychologique des soignants face à la mort, du fait bien souvent du nombre insuffisant de personnel.
<p>6. Autre sujet abordé</p>	<p>Notion de personne de confiance (art.L1111.6 du Code de la santé publique)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Toute personne majeure peut désigner par écrit une personne de confiance, en qui elle a toute confiance (<i>conjoint, enfant, médecin traitant...</i>) ▪ Son rôle : <ul style="list-style-type: none"> - si le patient le souhaite, elle pourra l'accompagner dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux, - si le patient n'est plus en capacité de s'exprimer la personne de confiance sera consultée (<i>porte-parole</i>). <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>Conclusion (Dr. JY. Cesbron)</p>	<p>Ouverts à tous les professionnels de santé du Maine et Loire, ces ateliers se veulent être des lieux d'échange d'expériences et de pratiques autour d'une problématique en lien avec les soins palliatifs.</p> <p>La CASSPA organise des ateliers 3 à 4 fois par an qui se tiendront au sein des établissements adhérents.</p> <p>Prochaines thématiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La souffrance des soignants ▪ L'Aromathérapie et le toucher relaxant ▪ La place et le rôle de l'entourage.