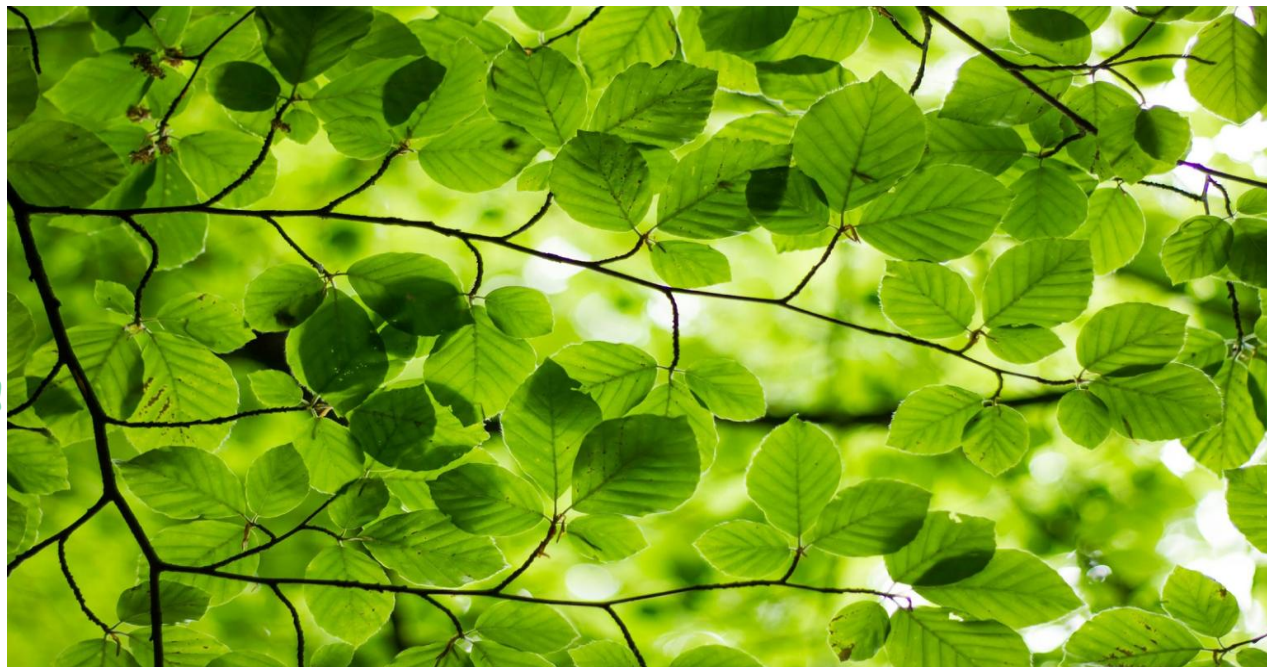


## Les missions des équipes mobiles

**A. Chauveau**

Centre des Massues - Croix-Rouge Lyon

### Les différentes dimensions du soin palliatif




# **Généralités sur les soins palliatifs**

**1**

## Quelques chiffres :

---

- 171 USP
- 420 EMSP
- 5566 LISP dans 904 établissements
- les lieux de décès :
  -  53% dans le sanitaire/médico-social (et 4% en USP)
  - 24% à domicile
  - 12% en EHPAD

## Les soins palliatifs d'après la SFAP

- des soins actifs dans une PEC globale
- maladie grave évolutive ou terminale



**objectif** : soulager les douleurs physiques et la souffrance  
psychologique, sociale, spirituelle



- démarche d'accompagnement interdisciplinaire
- pour le patient, sa famille, ses proches
- formation des soignants et bénévoles

## **Les principes des soins palliatifs**

---



- le malade considéré comme être vivant et la mort comme processus naturel
- ∅ investigations ni traitements déraisonnables
- ne provoquent pas intentionnellement la mort
- préservent la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès
- proposent un soutien aux proches endeuillés

# **Les Unités de Soins Palliatifs (USP)**



**2**

## **Pour qui ?**



patients avec pathologie incurable + symptômes complexes



patients en phase palliative d'une maladie évolutive traversant une situation crise : sociale, spirituelle...

## Les particularités

---

- patient = sujet vivant acteur de sa PEC
- l'unité comme lieu de confiance optimisant les soins relationnels
- accueil et accompagnement de l'entourage dans la place qu'ils occupent
- respect de la culture et du rythme du patient : projet de soin personnalisé



**Objectif :** préserver la qualité de vie et non la quantité de la vie

## **Les objectifs**

---



- Clinique
- Formation
- Recherche dans le domaine des SP

## **Les Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP)**

**3**

## Qu'est-ce que c'est ?

---

3 missions :



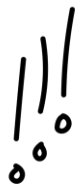
**Clinique**

**Formation**

**Recherche**

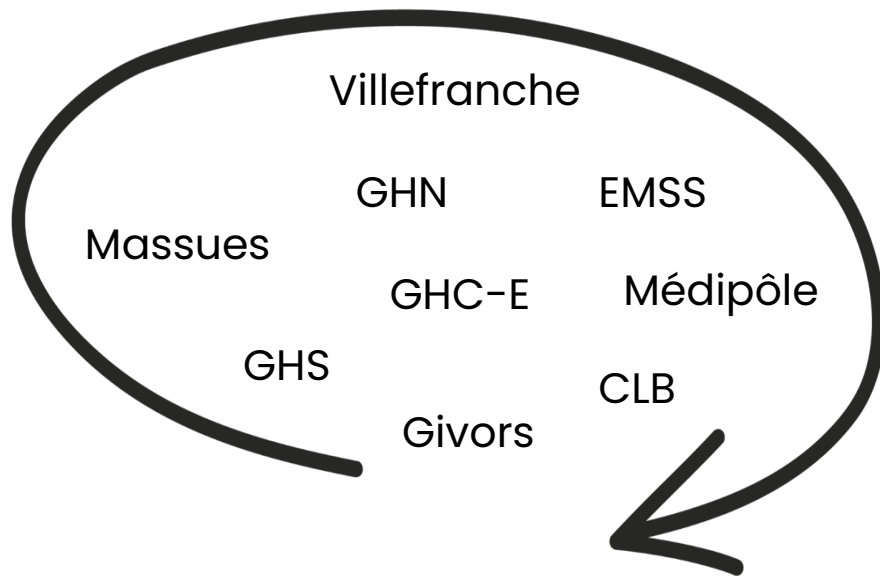
## A quel endroit ? Comment ?

- Dans le sanitaire, le médico-social, le social, et au domicile
- à la demande du médecin ou des équipes, du patient, ou encore de son entourage



L'EMSP reste une équipe de **seconde ligne**

## Sur le Rhône, 9 EMSP :



## **L'EMSP des Massues :**

---



- Historique
- Composition

# **Contextes d'intervention**



**4**

## Qui nous demande ?

---

Sur 2024 :



**69%** en sanitaire

**16%** en EHPAD

**13%** en domicile

**2%** en FAM/MAS/Foyer

## Contexte clinique ?

---

Sur 2024 :



**60%** de cancers

**11%** de contextes polypathologiques

**8%** de pathologies neurodégénératives

**8%** de pathologies cardiovasculaires

**2%** en néphrologie

**Demande  
d'intervention**



**5**

EQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS du Centre des Massues

DEMANDE D'INTERVENTION

A. COIGNY – médecin  
C. LECOANET – médecin

A. CHAUVEAU – Infirmière  
L. MARMILLOUD – Infirmière  
AL. FAIVRE – Infirmière

S. MORENO – psychologue clinicienne  
C. BARBAUX – psychologue clinicienne  
J. DENUZIERE – Assistante sociale

Cheffe de Service : G. GRIDEL

04 72 74 61 99  
06 11 81 18 39

Cadre de santé : C. MERGOLA

DEMANDE PAR MAIL : [emsp.massues@croix-rouge.fr](mailto:emsp.massues@croix-rouge.fr)

DATE :

Etiquette patient	
NOM : .....	Nom et fonction du Demandeur : .....
Prénom : .....	tél : .....
Nom JF : .....	Etablissement : .....
Né(e) le : .....	Service : ..... Ch : .....

Médecin référent : ..... Tél/contact sur place : .....

**Contexte médical**

.....  
.....

**PROBLEMATIQUE ACTUELLE / MOTIF DE LA DEMANDE**

.....  
.....

☐ **EVALUATION**

- ☐ Douleur : .....
- ☐ Symptômes : Lesquels : .....

☐ **CONSEILS SOINS INFIRMIERS**

☐ **SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE**

- ☐ Patient
- ☐ Famille/Entourage
- ☐ Equipe

☐ **REFLEXION PROJET DE SOINS**

☐ **QUESTIONNEMENT ETHIQUE**

- ☐ Refus de soins
- ☐ Décision vis-à-vis de la limitation et arrêt des traitements
- ☐ Autre

## Zoom sur la fiche de demande d'intervention

- Un premier temps de **réflexion** de l'équipe demandeuse
- Déterminer le/les **besoins**
- Mobiliser les **ressources**



	QUESTIONS	COMPLEMENT	OUI/ NON
1	Le patient est atteint d'une maladie qui ne guérira pas, en l'état actuel des connaissances	Une réponse positive à cette question est une condition nécessaire pour utiliser <b>Pallia 10</b> et passer aux questions suivantes	
2	Il existe des facteurs pronostiques péjoratifs	Validés en oncologie : hypo albuminémie, syndrome inflammatoire, lymphopénie, Performans Status >3 ou Index de Karnofsky	
3	La maladie est rapidement évolutive		
4	Le patient ou son entourage sont demandeurs d'une prise en charge palliative et d'un accompagnement	Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs	
5	Il persiste des symptômes non soulagés malgré la mise en place des traitements de première intention	Douleur spontanée ou provoquée lors des soins, dyspnée, vomissements, syndrome occlusif, confusion, agitation ...	
6	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre psychique pour le patient et/ou son entourage	Tristesse, angoisse, repli, agressivité ou troubles du comportement, troubles de la communication, conflits familiaux, psycho- pathologie préexistante chez le patient et son entourage	
7	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre social chez le patient et/ou l'entourage	Isolement, précarité, dépendance physique, charge en soins, difficultés financières, existence dans l'entourage d'une personne dépendante, enfants en bas âge	
8	Le patient ou l'entourage ont des difficultés d'intégration de l'information sur la maladie et/ou sur le pronostic	Face à l'angoisse générée par la maladie qui s'aggrave, les patients, l'entourage peuvent mettre en place des mécanismes de défense psychologique qui rendent la communication difficile et compliquent la mise en place d'un projet de soin de type palliatif	
9	Vous constatez des questionnements et/ou des divergences au sein de l'équipe concernant la cohérence du projet de soin	Ces questionnements peuvent concerner : <ul style="list-style-type: none"> <li>• prescriptions anticipées</li> <li>• indication : hydratation, alimentation, antibiothérapie, pose de sonde, transfusion, surveillance du patient (HGT, monitoring ...)</li> <li>• indication et mise en place d'une sédation</li> <li>• lieu de prise en charge le plus adapté</li> <li>• statut réanimatoire</li> </ul>	
10	Vous vous posez des questions sur l'attitude adaptée concernant par exemple : <ul style="list-style-type: none"> <li>• un refus de traitement</li> <li>• une limitation ou un arrêt de traitement</li> <li>• une demande d'euthanasie</li> <li>• la présence d'un conflit de valeurs</li> </ul>	La loi Léonetti relative au droit des malades et à la fin de vie traite des questions de refus de traitement et des modalités de prise de décisions d'arrêt et de limitation de traitement autant chez les patients compétents que chez les patients en situation de ne pouvoir exprimer leur volonté	

## **Fonctionnement :**

---



## **Conseils en soins infirmiers ?**

---



pansements



compagnonnage



apports théoriques et pratiques

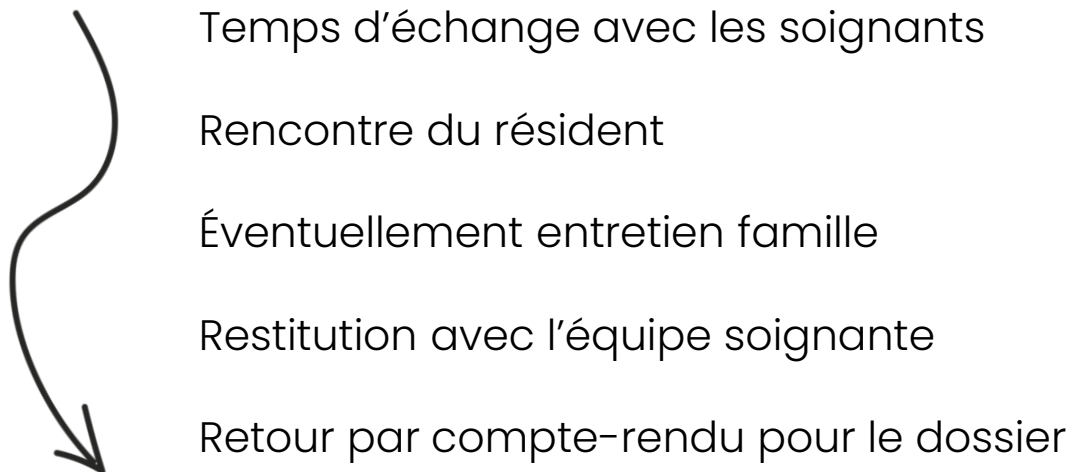
# **L'intervention**



**6**

## **Déroulé d'une intervention**

---



## Temps d'échange avec les soignants

- En **pluridisciplinarité**
- Informations les plus récentes possibles
- Ecoute++

## Rencontre du patient

---

- Seulement notre équipe
- Prendre le **temps** de la rencontre
- Examen clinique



Garder la demande initiale en tête

## Entretien famille

---

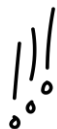
- Entourage informé de notre passage
- demander au patient pour partage d'infos
- Posture **neutre**
- Mettre en valeur le rôle de l'équipe référente



- Disponibilité complémentaire

## Une pièce indispensable du puzzle

- Les SP s'adressent au patient ET à ses proches
- Famille = système dont on ne connaît pas toujours l'histoire (conflits, alliances, traumas...)
- Entourage défini par le patient : place de l'affectif parfois plus importante que liens du sang



Différence entre **personne de confiance** et  
**personne à prévenir** !

## « C'est une famille compliquée... »

---

- Une famille présentant des comportements bruyants peut être en **souffrance**
- Sentiment **d'impuissance** des familles pouvant aboutir à des demandes d'euthanasie, fuite, mise en échec des soignants et à de l'agressivité
- **Mécanismes de défense** : les respecter, entendre les familles et les laisser évoluer à leur rythme
- « ils sont dans le déni », « ils n'acceptent pas la situation » : doit-on à tout prix faire accepter l'inacceptable ?

## Restitution à l'équipe

---

- Croiser nos regards
- Synthétiser l'échange
- Faire émerger un **projet de soin** + présenter les propositions à venir
- Ouverture sur la suite de la prise en charge



**Fiche URGENCE PALLIATIVE**

Concernant une personne en situation palliative ☐ ou palliative terminale ☐

Fiche destinée à informer un médecin intervenant lors d'une situation d'urgence. Celui-ci reste autonome dans ses décisions.



RÉDACTEUR Nom :  Statut du rédacteur :   
Téléphone :  ou tampon :   
Fiche rédigée le :

PATIENT ☐ M. ☐ Mme NOM :  Prénom :   
Rue :  Né(e) le :    
CP :  Ville :  Téléphone :   
N° SS :  Accord du patient pour la transmission des informations ☐ Oui ☐ Non ☐ Impossible

Médecin traitant : Dr  Joignable la nuit ☐ Oui ☐ Non ☐ NA<sup>1</sup> Tél :   
Médecin hospitalier référent : Dr  Tél :   
Service hospitalier référent :  Tél :   
Lit de repli possible<sup>2</sup> :  Tél :   
Suivi par HAD : ☐ Oui ☐ Non ☐ NA  Tél :   
Suivi par EMSP : ☐ Oui ☐ Non ☐ NA  Tél :   
Suivi par réseau : ☐ Oui ☐ Non ☐ NA  Tél :   
Autres intervenants à domicile :   
(SSIAD, IDE libérale...)  
avec leur(s) numéro(s) de téléphone

Pathologie principale et diagnostics associés :

Le patient connaît-il son diagnostic ? ☐ Oui ☐ Non ☐ En partie ☐ NA Son pronostic ? ☐ Oui ☐ Non ☐ En partie ☐ NA  
L'entourage connaît-il le diagnostic ? ☐ Oui ☐ Non ☐ En partie ☐ NA Le pronostic ? ☐ Oui ☐ Non ☐ En partie ☐ NA  
Réflexion éthique collégiale sur l'orientation des thérapeutiques : ☐ Oui ☐ Non ☐ En partie ☐ NA

Projet thérapeutique :   
Symptômes et risques possibles : ☐ Douleur ☐ Dyspnée ☐ Vomissement  
☐ Encombrement ☐ Anxiété majeure  
si extrême, l'écrire en majuscules ☐ Agitation ☐ Convulsions ☐ Occlusion  
☐ Autres (à préciser dans cette zone → )   
Produits disponibles au domicile :   
Prescriptions anticipées : ☐ Oui ☐ Non ☐ NA

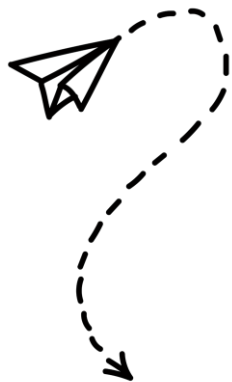
DÉMARCHE PRÉVUE ☐ Avec accord patient le    ☐ Projet d'équipe si accord patient impossible  
Hospitalisation : ☐ Souhaitée si aggravation ☐ Envisageable ☐ Refusée autant que possible ☐ NA  
Soins de confort exclusifs : ☐ Oui ☐ Non ☐ NA Décès à domicile : ☐ Oui ☐ Non ☐ NA  
Réanimation en cas d'arrêt cardio-respiratoire : ☐ Oui ☐ Non ☐ NA Massage cardiaque : ☐ Oui ☐ Non ☐ NA  
Ventilation non invasive : ☐ Oui ☐ Non ☐ NA Intubation : ☐ Oui ☐ Non ☐ NA  
Usage d'amines vaso-actives : ☐ Oui ☐ Non ☐ NA Trachéotomie : ☐ Oui ☐ Non ☐ NA  
Sédation en cas de détresse aiguë avec pronostic vital engagé : ☐ Oui ☐ Non ☐ NA Remplissage : ☐ Oui ☐ Non ☐ NA

Directives anticipées ☐ Oui ☐ Non ☐ NA Rédigées le    Copie dans le DMP ☐  
Personne de confiance  Lien :  Tél :   
Où trouver ces documents ?   
Autre personne à prévenir  Lien :  Tél :

1) NA = Non Applicable ou inconnu

2) Validé au préalable avec le service concerné

## Le compte-rendu



- Rapidement après la rencontre
- Propositions
- A destination de l'équipe

## **Le suivi de la PEC**

---

- D'abord par téléphone
- En réévaluation physique
- Ne s'arrête pas au décès



## En résumé

- Suivis court ou longs
- Symptômes complexes ou non
- Vécu de l'impuissance et constat de la réalité du contexte sanitaire en France



**Merci pour votre  
attention !**

