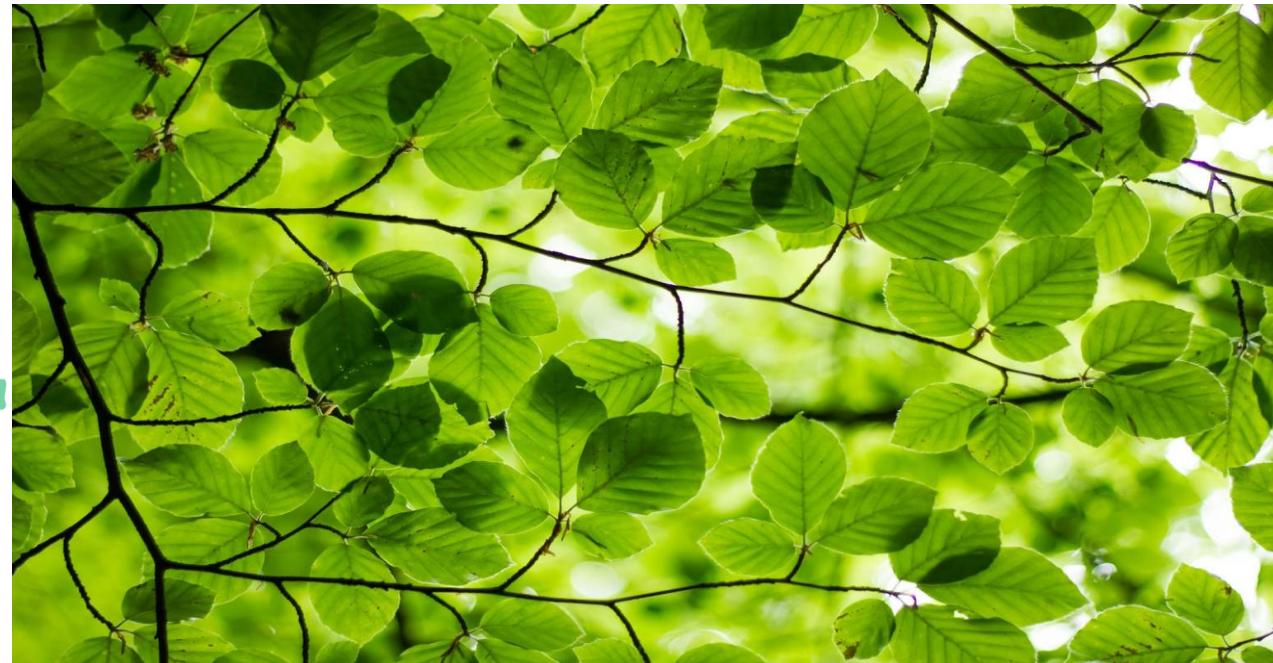


Les missions des équipes mobiles

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
- Ø 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 :



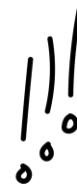
Clinique

Formation

Recherche

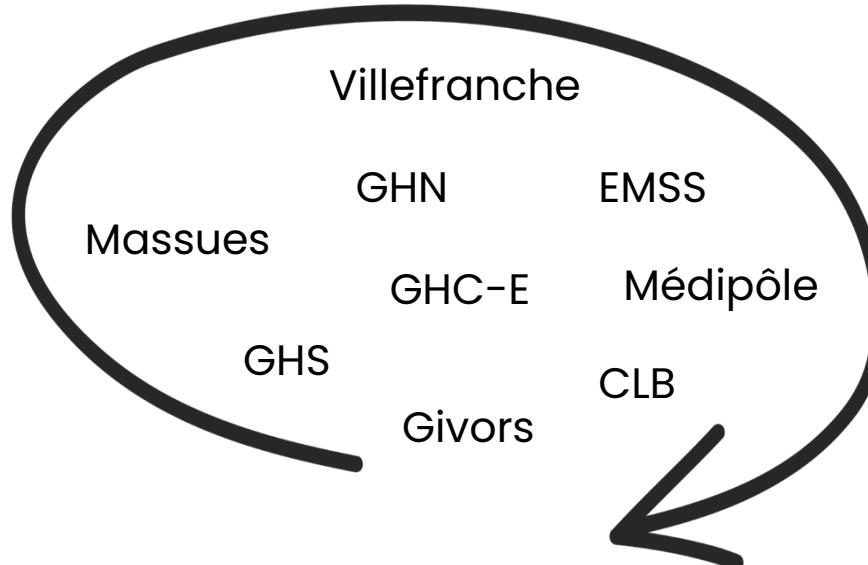
A quel endroit ? Comment ?

- 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. COPIGNY - médecin
C. LECOANET - médecin

A. CHAUVEAU - Infirmière
L. MARMILLOUD - Infirmière
A. 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

DATE :

Etiquette patient
NOM :
Prénom :
Nom JF :
Né(e) le :

Nom et fonction du Demandeur :
tél :
Etablissement :
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
- Équipe

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 Pallia 10 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	Loin® 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	Isolation, 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"> • prescriptions anticipées • indication : hydratation, alimentation, antibiothérapie, pose de sonde, transfusion, surveillance du patient (HGT, monitoring ...) • indication et mise en place d'une sédatrice • lieu de prise en charge le plus adapté • statut réanimatoire 	
10	Vous vous posez des questions sur l'attitude adaptée concernant par exemple : <ul style="list-style-type: none"> • un refus de traitement • une limitation ou un arrêt de traitement • une demande d'euthanasie • la présence d'un conflit de valeurs 	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 :



réception
demande

préanalyse
en équipe

prise de
contact

intervention

Conseils en soins infirmiers ?

pansements

compagnonnage

apports théoriques et pratiques

L'intervention



6

Déroulé d'une intervention



- Temps d'échange avec les soignants
- Rencontre du résident
- Éventuellement entretien famille
- Restitution avec l'équipe soignante
- Retour par compte-rendu pour le dossier

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



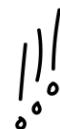
Garder la demande initiale en tête

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 URGENCIE PALLIA

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 <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme NOM : _____	Prénom : _____
Rue : _____	Né(e) le : _____
CP : _____ Ville : _____	Téléphone : _____
N° SS : _____ Accord du patient pour la transmission des informations <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Impossible	
Médecin traitant : Dr _____	Joignable la nuit <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA ¹ Tél : _____
Médecin hospitalier référent : Dr _____	Tél : _____
Service hospitalier référent : _____	Tél : _____
Lit de repli possible ² : _____	Tél : _____
Suivi par HAD : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA	Tél : _____
Suivi par EMSP : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA	Tél : _____
Suivi par réseau : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> 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 ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> En partie <input type="radio"/> NA Son pronostic ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> En partie <input type="radio"/> NA	
L'entourage connaît-il le diagnostic ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> En partie <input type="radio"/> NA Le pronostic ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> En partie <input type="radio"/> NA	
Réflexion éthique collégiale sur l'orientation des thérapeutiques : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> En partie <input type="radio"/> NA	
Projet thérapeutique : _____	
Symptômes et risques possibles : <small>si extrême, l'écrire en majuscules</small> <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Dyspnée <input type="checkbox"/> Vomissement <input type="checkbox"/> Encrassement <input type="checkbox"/> Anxiété majeure <input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Convulsions <input type="checkbox"/> Occlusion <input type="checkbox"/> Autres (à préciser dans cette zone →)	
Produits disponibles au domicile :	
Prescriptions anticipées : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA	
DÉMARCHE PRÉVUE <input type="radio"/> Avec accord patient le _____ <input type="radio"/> Projet d'équipe si accord patient impossible	
Hospitalisation : <input type="radio"/> Souhaitée si aggravation <input type="radio"/> Envisageable <input type="radio"/> Refusée autant que possible <input type="radio"/> NA	
Soins de confort exclusifs : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA Décès à domicile : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA	
Réanimation en cas darrêt cardio-respiratoire : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA Massage cardiaque : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA	
Ventilation non invasive : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA Intubation : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA	
Usage d'amines vaso-actives : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA Trachéotomie : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA	
Sédation en cas de détresse aiguë avec pronostic vital engagé : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA Remplissage : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA	
Directives anticipées <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA Rédigées le : _____ <input type="checkbox"/> Copie dans le DMP	
Personne de confiance : _____ Lien : _____ Tél : _____	
Où trouver ces documents ? _____ Lien : _____ Tél : _____	
Autre personne à prévenir : _____ Lien : _____ Tél : _____	

¹ NA = Non Applicable ou inconnu

² Valide au préalable avec le service concerné

Le compte-rendu



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

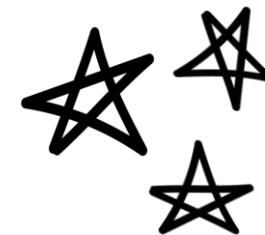
Le suivi de la PEC

- 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 !**

