

ORIENTATION VERS UN SERVICE DE SOINS PALLIATIFS: On en parle comment avec le patient ?

Dr Valet Eker Anne- Marie

Equipe mobile de Soins Palliatifs CHU de Nice
Pôle Neurosciences

Monaco Age Oncologie 20 Mars 2015

Définition des Soins Palliatifs (SFAP)

- Les Soins Palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. Leur objectif est de soulager la douleur physiques ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.
- Les Soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches , à domicile ou en institution . La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche.
- Les Soins Palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Ceux qui les dispensent cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables. Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès et proposent un soutien aux proches en deuil. Ils s'emploient par leur pratique clinique, leur enseignement et leurs travaux de recherche, à ce que ces principes puissent être appliqués.

Tout est écrit ...

- Le cadre réglementaire:
 - Loi du 9/6/1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs.
 - Loi du 4/3/2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
 - Loi du 22/4/2005 dite Loi Leonetti relative aux droits des malades et à la fin de vie avec les décrets relatifs aux directives anticipées, la personne de confiance, la procédure collégiale, non obstination déraisonnable, pas d'acharnement thérapeutique, réunion de concertation pluridisciplinaire.
 - Circulaire du 25/3/2008 relative à l'organisation des Soins palliatifs.
 - Rapport Sicard : non à l'euthanasie, non au suicide assisté, mieux faire connaître la Loi Leonetti.
 - Loi du 17 Mars 2015: directives anticipées du patient à respecter , sédation profonde en fin de vie.

Quelques chiffres (1)

- Le cancer de la personne âgée : enjeu majeur de santé publique.
- Augmentation de l'espérance de vie surtout féminine.
- Augmentation du % des 65-70 ans et plus dans la population.
- 70 % des cancers surviennent après 65 ans.
- En France sur 365000 nouveaux cas de cancer: 60 % ont concerné des patients de plus de 65 ans et 71 % des décès.
- Les cancers les plus fréquents: cancer de la prostate, colorectal, sein, bronchique .

Quelques chiffres (2)

- Les traitements sont lourds, agressifs et longs.
- Retentissement sur les actes de la vie quotidienne surtout si le sujet est fragile sur le plan social.
- Le vieillissement entraîne une diminution des réserves fonctionnelles de l'organisme.
- L'âge peut influencer un traitement en terme d'efficacité et tolérance.
- Chez la personne âgée: augmentation des effets secondaires , de la toxicité, et de la vulnérabilité.
- S'ajoute au cancer, les problématiques liées à l'âge et état de santé sous-jacent.
- Toujours se poser les bonnes questions avant d'entreprendre tout traitement: la fonction rénale (chimiothérapie), la fonction cardiaque, le risque de souffrance, est-il un aidant naturel pour le conjoint?

En général

La gériatrie:

- Poly-pathologie et pathologie aigüe.
- Polyhandicaps physiques, cognitifs et psychologiques.
 - » Dépendance débutante
 - » Grabatisation
 - » Décès
- 3 phases:
 - Phase curative: traitement de la maladie, rémission, quantité de vie.
 - Phase palliative: maladie évoluée malgré le traitement, équilibre entre quantité et qualité de vie.
 - Phase terminale: décès imminent, qualité de vie.

- Pour la personne âgée: le concept de soins continus semble plus approprié
 - » Adaptation des décisions thérapeutiques au plus près des besoins, état du patient.
 - » Alternance entre phases de récupération-stabilisation et aggravation clinique.
- Pas de dogme de pensée chez la personne âgée pour la pratique palliative
 - » Bouversements affectif et décisionnel fréquents pour les équipes et les familles.

Pôle Neurosciences Cliniques

Professeur C. DESNUELLE
Docteur M. LANTERI-MINET

Département de Soins Palliatifs (2012)
Archet 1, 2^{ème} étage



**Equipe Mobile de Soins Palliatifs
(EMSP)**

Hôpital Pasteur (1993)
Hôpital Archet 1 (2012)
UF:2424;UF:2430

Unité de Soins Palliatifs (USP)

Hôpital Archet 2 (2006): 6 lits
Hôpital Archet 1 (2012):12 lits
UF:7948

**Equipe Mobile Ressource
Douleur et Soins Palliatifs
Pédiatriques**

GCS CHU/Lenval (2010)
UF:2431;UF:2432

Gestion d'une demande intervention EMSP (1)

- Equipe pluridisciplinaire.
- 3 missions:
 - » Clinique
 - » Enseignement/Formation
 - » Recherche
- Activité transversale en intra et extra CHU de Nice .
- Rôle de conseil, soutien, accompagnement et expertise .
- Diffuser la démarche et la philosophie palliative.
- Ne se substitue pas à l'équipe soignante référente.
- Evaluation globale pluridisciplinaire.

Gestion d'une demande intervention EMSP (2)

- Intervention auprès du patient, équipe soignante, famille et entourage.
- Déplacements en intra- CHU: Archet 1 et 2 , St Roch, Pasteur et Cimiez.
- Déplacements en extra-CHU: Domicile, MDR , EHPAD, Cliniques privées, institutions, hôpitaux arrière – Pays.
- Toujours en accord avec médecin référent du patient.
- Déplacement en binôme: médecin/IDE ou IDE/IDE ou en trinôme IDE/IDE/psychologue ou médecin/IDE/ psychologue .
- Fiche de demande intervention (cf annexe) .

Nouvelle feuille de demande d'intervention



EQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS
RESPONSABLE MEDICAL : Docteur Anna-Marie VALET-CHER
 Département de Soins Palliatifs – Pôle neurosciences cliniques
 CHU DENISE – HOPITAL ARCHET 1 – 06100

SECRETARIAT : 04.92.03.55.18
 INFORMERES : 04.92.03.55.22 / 04.92.03.55.23
 FAX : 04.92.03.55.02

DEMANDE D'INTERVENTION DE L'EQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS

DATE ET HEURE DE LA DEMANDE :	NOM, PRENOM, AGE DU PATIENT OU ETIQUETTE
NUMERO DE TEL IDE :	
SERVICE DEMANDEUR :	
MEDECIN DEMANDEUR :	

PATHOLOGIE(S) :	TRAITEMENTS ACTUELS :
------------------------	------------------------------

	QUESTIONS	COMPLEMENT	OUI / NON	
			OUI	NON
ECHELLE PALLIA 10	1 La patient(e) est-il/elle capable de se prendre par sa main actuel des soins palliatifs ?	Une réponse positive à cette question est une condition nécessaire pour adresser des soins palliatifs au patient. Elle n'est pas suffisante.		
	2 Connait-il/elle les besoins généraux des soins palliatifs ?	Notion de soulagement, prise en compte des symptômes, accompagnement, techniques de soins > 5 ans d'âge. Capacité		
	3 La maladie est-elle jugée incurable ?			
	4 La patient(e) ou son entourage sont-ils informés de l'existence d'une prise en charge palliative et de son accompagnement ?	La loi n° 99-477 du 8 juin 1999 prévoit la garantie de l'accès à toute aide palliative		
	5 Avez-vous des symptômes non soignés malgré le soin en place des traitements de première intention ?	Douleur, agitation ou prostration lors des soins, dyspnée, vomissements, anxiété, tristesse, apathie, ...		
	6 Vous identifiez des besoins de soutien psychologique pour le patient et/ou son entourage ?	Tristesse, anxiété, peur, agacement ou troubles du comportement, troubles de la communication, conflits familiaux, psychopalliative notamment dans le patient et son entourage		
	7 Vous identifiez des besoins de soutien psychologique pour le patient et/ou son entourage ?	Tristesse, anxiété, peur, agacement ou troubles du comportement, troubles de la communication, conflits familiaux, psychopalliative notamment dans le patient et son entourage		
	8 La patient(e) ou l'entourage ont-ils des difficultés d'adoption de l'information sur la maladie et/ou le pronostic ?	Face à l'urgence générale par le médecin qui a agité, les patients, l'entourage peuvent avoir en place des mécanismes de défense psychologique qui empêchent la communication efficace et compliquent le soin en place d'un sujet de soins de type palliatif		
	9 Vous constatez des questionnements et/ou des changements au sein de l'équipe concernant la pertinence du projet de soins ?	Les questionnements de patients concernent : • Prescription antidouleur • Indication, adaptation, administration, efficacité, effets secondaires, prise de décision (notamment sur l'arrêt de la patient (SCT, sédation...)) • Indication et soin en place d'une sédation • Lieu de prise en charge le plus adapté • Statut de l'accompagnement		
	10 Vous vous posez des questions sur l'éthique de votre intervention par exemple : - Un refus de traitement - Une limitation ou un arrêt de traitement - Une demande d'aide à mourir - La présence d'un conflit de valeurs	Les dilemmes éthiques ou ceux des médecins et à la fois de la loi de la question de celui de l'arrêt de traitement et des modalités de prise de décision d'arrêt et de limitation de traitement selon que les patients acceptent que chez les patients en situation de ne pas pouvoir exprimer leur volonté		

QU'ATTENDEZ-VOUS DE L'EMSP ?

AIDE A LA PRISE EN CHARGE : Thérapeutique Psychologique Socio-familiale

AIDE A LA REFLEXION ETHIQUE, sur la question (à préciser) :

SOUTIEN DE L'EQUIPE MEDICO-SOIGNANTE :

Gestion d'une demande intervention EMSP (3)

- Motifs intervention EMSP adulte :
 - » Prise en charge d'une douleur rebelle.
 - » Prise en charge des symptômes: dyspnée, angoisse, anxiété, nausées, vomissements, confusion, agitation...
 - » Evaluation sociale, psychologique.
 - » Pansements difficiles, étendus, douloureux.
 - » Décision et réflexion éthique: alimentation, hydratation, LATA , arrêt de VNI...
 - » Transfert sur USP : évaluation par EMSP.
 - » Débriefing de situations complexes pour équipe soignante.
 - » Accompagnement famille et entourage.

Gestion d'une demande intervention EMSP (4)

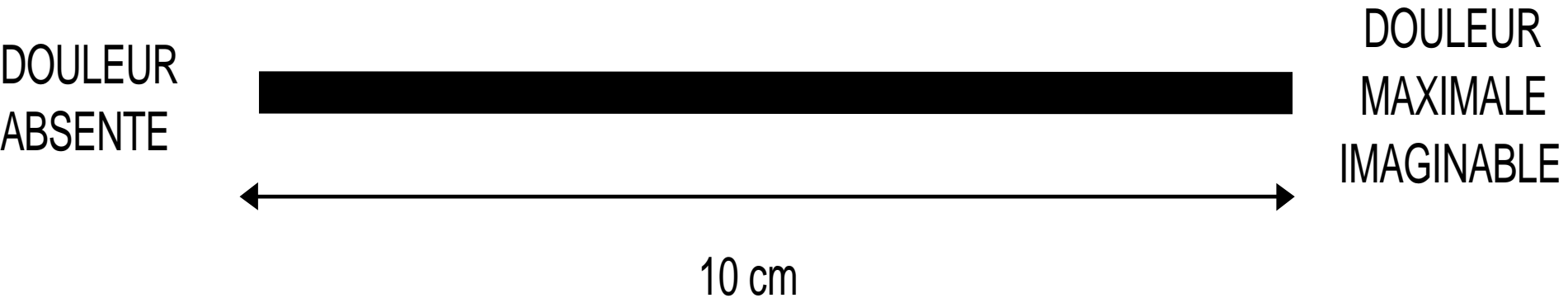
- Déroulement intervention EMSP:
 - » Rencontre des soignants, médecin référent du patient.
 - » Etude du dossier clinique et IDE.
 - » Consultation auprès du patient.
 - » Interrogatoire.
 - » Evaluation des symptômes et de la douleur (La douleur chronique existe entre 45 à 70 % des personnes âgées en institution) .
 - » Examen clinique.
 - » Rencontre de la famille et / ou entourage si présente.

Gestion d'une demande intervention EMSP (5)

- Retour auprès de l'équipe soignante et médicale.
- Propositions thérapeutiques et / ou admission sur USP pour prise en charge de la douleur rebelle, symptômes incontrôlés, inconfortables, mobilisation douloureuse, réfection compliquée d'un pansement, décision éthique, répit pour l'équipe soignante, accompagnement de la famille.
- Propositions interventions d'autres professionnels.
- Aide au RAD: HAD, réseaux de soins, libéraux...

→ Réglette EVA (échelle visuelle analogique)

- Intensité de la douleur



Echelle verbale simple

→ Demander au patient de cocher l'intensité de sa douleur

- 0 Douleur nulle
- 1 Douleur modérée
- 2 Douleur forte
- 3 Douleur très forte
- 4 Douleur insupportable

EDMONTON SYSTEM

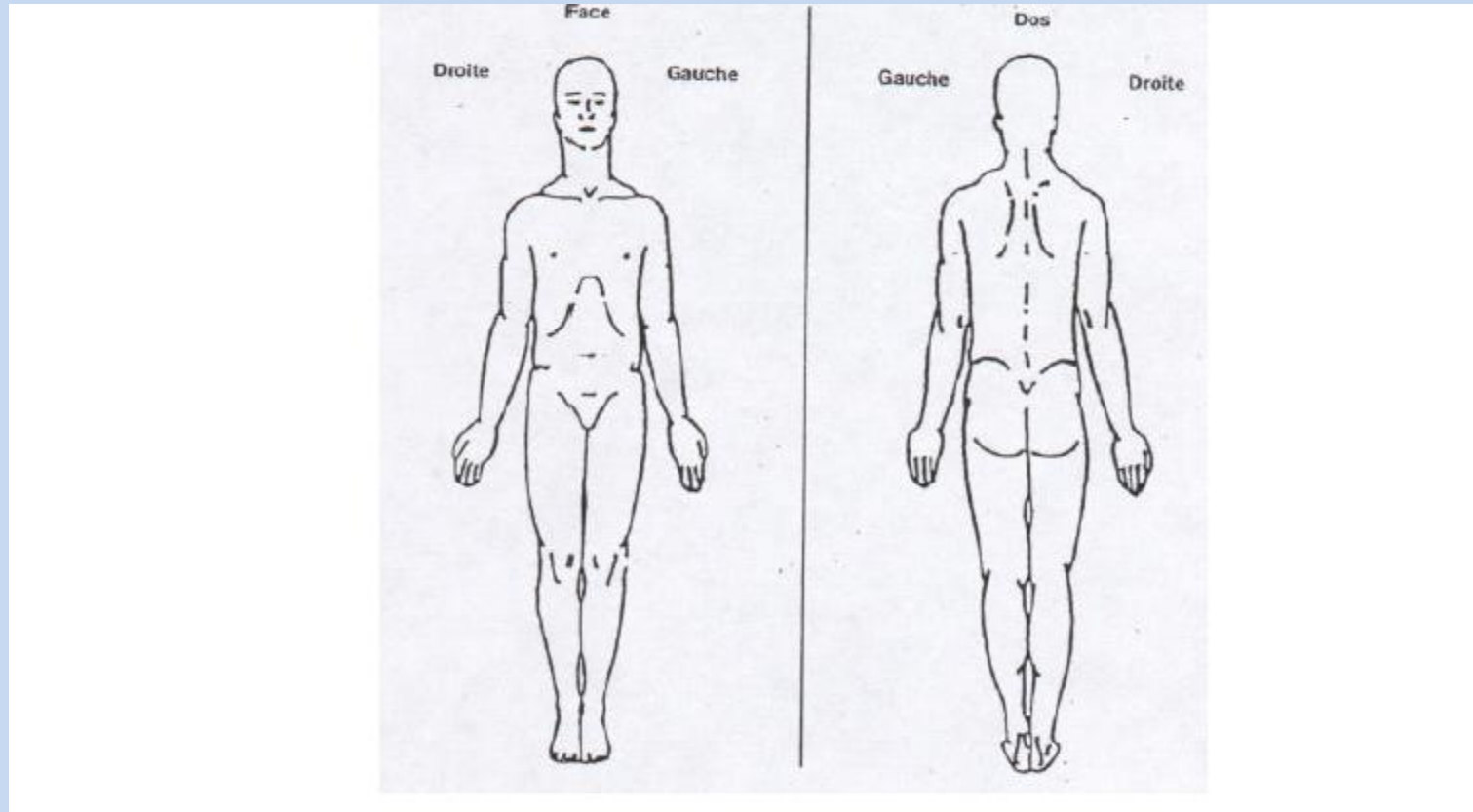
Absence de douleur _____	Douleur intolérable
Très actif _____	Pas du tout actif
Absence de nausée _____	Très nauséeux
Pas déprimé _____	Très déprimé
Absence d'anxiété _____	Très anxieux
Absence de somnolence _____	Très somnolent
Très bon appétit _____	Absence d'appétit
Très bonne sensation _____	Absence de sensation de bien être
Absence de dyspnée _____	Très dyspnéique

EN:

- Echelle numérique
 - ⇒ Cotation de 0 à 10

EVS :

- Echelle verbale simple
 - ⇒ Absence de douleur
 - ⇒ Douleur faible
 - ⇒ Douleur modérée
 - ⇒ Douleur intense
 - ⇒ Douleur extrêmement intense



LOCALISATION DE LA DOULEUR

- Hachurez (///) la zone douloureuse
- Mettez une croix (x) dans la région la plus douloureuse
- Indiquez par des flèches (→) le trajet des irradiations

Questionnaire douleur de Saint-Antoine (QDSA)

Liste de mots pour décrire une douleur

Pour préciser le type de douleur, répondre en mettant une croix (X)
pour la réponse correcte:

Type de douleur	0 absent	1 faible	2 modéré	3 fort	4 Extrême/fort
Elancement					
Pénétrante					
Coups de poignard					
En étau					
Tiraillement					
Brûlure					
Fourmillements					
Lourdeur					
Epuisante					
Angoissante					
Obsédante					
Insupportable					
Enervante					
Exaspérante					
Déprimante					

Echelle HAD

<p>(1-A)-Je me sens tendu(e) ou énervé(e):</p> <p>3 La plupart du temps 2 Souvent 1 De temps en temps 0 Jamais</p>	<p>(8-D)-J'ai l'impression de fonctionner au ralenti:</p> <p>3 Presque toujours 2 Très souvent 1 Parfois 0 Jamais</p>
<p>(2-D)-Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois:</p> <p>0 Oui, tout autant qu'avant 1 Pas autant 2 Un peu seulement 3 Presque plus</p>	<p>(9-A)-J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué:</p> <p>0 Jamais 1 Parfois 2 Assez souvent 3 Très souvent</p>
<p>(3-A)-J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver:</p> <p>3 Oui, très nettement 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave 1 un peu, mais cela ne m'inquiète pas 0 Pas du tout</p>	<p>(10-D)-Je ne m'intéresse plus à mon apparence:</p> <p>3 Plus du tout 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 1 il se peut que j'y fasse plus attention 0 J'y prête autant attention que par le passé</p>
<p>(4-D)-Je ris et vois le bon côté des choses:</p> <p>0 Autant que par le passé 1 Plus autant qu'avant 2 Vraiment moins qu'avant 3 Plus du tout</p>	<p>(11A)-J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place:</p> <p>3 Oui, c'est tout à fait le cas 2 un peu 1 Pas tellement 0 Pas du tout</p>

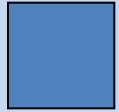
Echelle HAD (suite)

<p>(5-A)- Je me fais du soucis:</p> <p>3 Très souvent 2 Assez Souvent 1 Occasionnellement 0 Très occasionnellement</p>	<p>(12-D) – Je me réjouis d’avance à l’idée de faire certaines choses :</p> <p>0 Autant qu’avant 1 Un peu moins qu’avant 2 Bien moins qu’avant 3 Presque jamais</p>
<p>(6-D)- Je suis de bonne humeur :</p> <p>3 Jamais 2 Rarement 1 Assez souvent 0 La plupart du temps</p>	<p>(13-A)- J’éprouve des sensations soudaines de panique :</p> <p>3 Vraiment très souvent 2 Assez souvent 1 Pas très souvent 0 Jamais</p>
<p>(7-A)-Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e):</p> <p>0 Oui, quoi qu’il arrive 1 Oui, en général 2 Rarement 3 Jamais</p>	<p>(14-D)- Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de télévision :</p> <p>0 Souvent 1 Parfois 2 Rarement 3 Très rarement</p>

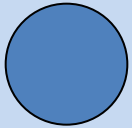
Score total : (à remplir par le médecin) :

GENOGRAMME

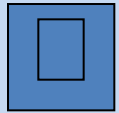
Nom du patient:



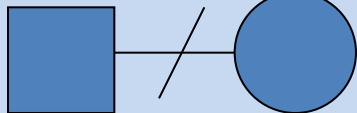
Masculin



Féminin



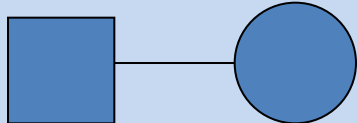
Malade identifié



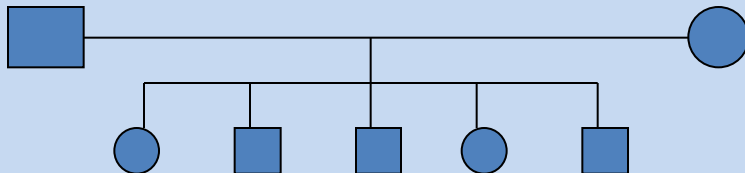
Divorcé - séparé



Décès

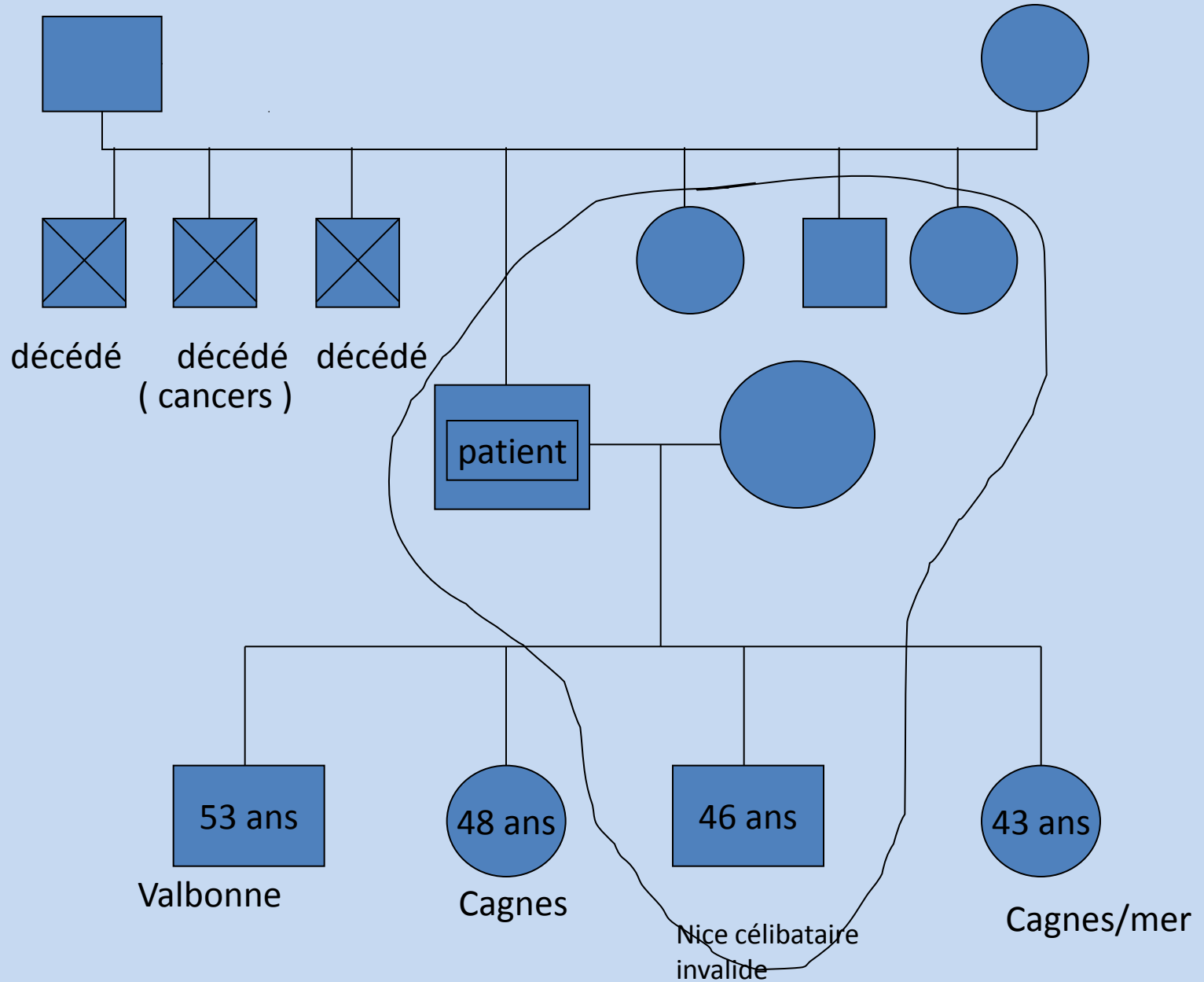


Mariage



Enfants

GENOSOCIOGRAMME



7 petits enfants

ETAT CLINIQUE DES PATIENTS A L'ENTREE

CRITERES DE KARNOFSKY

- 100** Normal, pas de plaintes, pas de symptômes évident de maladie.
- 90** Apte à reprendre une activité normale. Quelques signes et symptômes de maladie.
- 80** Activité normale mais avec peine. Quelques signes et symptômes de maladie.
- 70** Subvient à ses propres besoins, incapable de poursuivre une activité normale ou un travail actif.
- 60** Nécessite une aide occasionnelle mais est capable de subvenir à la plupart de ses besoins.
- 50** Nécessite une aide importante et des soins médicaux fréquents.
- 40** Incapable, nécessite une aide et des soins spéciaux.
- 30** Totalement incapable, dans certains cas, hospitalisation conseillée, bien que la mort ne soit pas imminente.
- 20** Très gravement malade, traitement actif nécessaire.
- 10** Moribond irréversible - **0** Mort

Symptômes soins palliatifs – E V A

Douleur						
Asthénie						
Dyspnée						
Toux						
Bouche sèche						
Nausées						
Vomissements						
Troubles du transit						
Rétention urinaire						
Troubles du sommeil						
Angoisse						
Troubles de l'humeur						
Troubles du comportement						
Hallucinations						
Confusions						
Cauchemars						
Lésions cutanées						
Hémorragies						

Echelle comportementale de la douleur chez la personne âgée : Echelle Doloplus- 2

OBSERVATION COMPORTEMENTALE		Dates			
RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
1. Plaintes somatiques	• Pas de plainte	0	0	0	0
	• Plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• Plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	• Plaintes spontanées continues	3	3	3	3
2. Positions antalgiques au repos	• Pas de position antalgique.....	0	0	0	0
	• Le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	• Position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
	• Position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3
3. Protection des zones douloureuses	• Pas de protection	0	0	0	0
	• Protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins.....	1	1	1	1
	• Protection à la sollicitation empêchant tout examen ou les soins.....	2	2	2	2
	• Protection au repos, en l'absence de toute sollicitation .	3	3	3	3
4. Mimique	• Mimique habituelle	0	0	0	0
	• Mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation .	1	1	1	1
	• Mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	• Mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle.....	3	3	3	3
5. Sommeil	• Sommeil habituel	0	0	0	0
	• Difficultés d'endormissement.....	1	1	1	1
	• Réveils fréquents (agitation motrice).....	2	2	2	2
	• Insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3

Echelle comportementale de la douleur chez la personne âgée : Echelle Doloplus- 2

OBSERVATION COMPORTEMENTALE		Dates			
RETENTISSEMENT PSYCHO-MOTEUR					
6. Toilette et/ou habillage	• Possibilités habituelles inchangées.....	0	0	0	0
	• Possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet).....	1	1	1	1
	• Possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	• Toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative.....	3	3	3	3
7. Mouvements	• Possibilités habituelles inchangées.....	0	0	0	0
	• Possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche, ...).....	1	1	1	1
	• Possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade évite ses mouvements).....	2	2	2	2
	• Mouvements impossibles, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3

Echelle comportementale de la douleur chez la personne âgée : Echelle Doloplus- 2

RETENTISSEMENT PSYCHO-SOCIAL					
8. Communication	• Inchangée.....	0	0	0	0
	• Intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle).....	1	1	1	1
	• Diminuée (la personne s'isole).....	2	2	2	2
	• Absence ou refus de toute communication.....	3	3	3	3
9. Vie sociale	• Participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques).....	0	0	0	0
	• Participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation.....	1	1	1	1
	• Refus partiel de participation aux différentes activités ...	2	2	2	2
	• Refus de toute vie sociale.....	3	3	3	3
10. Troubles du comportement	• Comportement habituel.....	0	0	0	0
	• Troubles du comportement à la sollicitation itératifs	1	1	1	1
	• Troubles du comportement à la sollicitation permanents	2	2	2	2
	• Troubles du comportement permanents (en dehors de toute sollicitation).....	3	3	3	3
Copyright		SCORE			

Score sur 30

ALGOPLUS

Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

		Oui	Non
1 – Visage : Froncement des sourcils, grimaces, crispation mâchoires serrées, visage figé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 – Regard : Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 – Plaintes orales : « Aie », « Ouille », « j'ai mal », gémissements, cris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 – Corps : Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5 – Comportements : Agitation ou agressivité, agrippement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Total oui :	/ 5

Echelle comportementale pour personnes âgées: ECPA

- Il s'agit d'une échelle organisée en 2 parties:
 - Observation avant les soins: expressions du visage, positions spontanées, mouvements, relation à autrui;
 - Observation pendant les soins; anticipation anxieuse, réactions pendant la mobilisation, réactions pendant les soins portant sur la zone douloureuse, plaintes pendant les soins;
 - Elle se présente sous la forme de 8 items cotés chacun de 0 à 4 selon l'intensité.

Questionnaire DN4 pour douleur neuropathique

Interrogatoire			Examen clinique		
<u>Caractéristiques de la douleur</u>	<u>oui</u>	<u>non</u>	<u>Dans le territoire douloureux</u>	<u>oui</u>	<u>non</u>
Brûlures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypoesthésie à la piqure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<u>Dans la même région que douleur</u>			<u>Douleur provoquée ou augmentée par</u>		
Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Engourdissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<u>Douleur neuropathique si</u> > 3 / 7 items			<u>Douleur neuropathique si</u> > 4 oui / 10 items		

Quelles sont les offres en terme de lieux et structures de soins pour la personne âgée ? (1)

- Répartition inégale de l'offre de soins et des moyens.
- Maintien au domicile prioritaire mais difficile: famille, réseau de soins, médecin traitant, bénévoles...
 - » Hospitalisation « in extrémis »
- MDR (EHPAD) ou USLD:
 - » Fin de vie possible mais conditions parfois peu favorables.
 - » Pb d'effectif médical, paramédical.
 - » Pb de temps, formation: Souffrance des soignants.

Quelles sont les offres en terme de lieux et structures pour la personne âgée ? (2)

°EHPAD:

- Lieux de décès fréquents.
- En 1975: 5,1% de décès en MDR.
- En 2007: 90000 personnes âgées sont décédées en EHPAD.
- En 2013: 12,3% de l'ensemble des décès et 25,9% des décès des personnes âgées de plus de 90 ans.
- 59 % des résidents du fait de leur pathologie relèvent de soins palliatifs.
- 40 % des résidents ont des troubles cognitifs.

Quelles sont les offres en terme de lieux et structures de soins pour la personne âgée (3)

- 78 % des EHPAD de la région n'ont jamais transféré de résidents sur USP, 10% un seul transfert, 7% plusieurs transferts (en 5 ans).
- 73 % des décès en EHPAD, 1 % sur USP, 26 % à l'hôpital.
- Possibilité de transfert en chambre seule quand patient en fin de vie : 52%
- Convention avec EMSP ou réseaux: 67 % des EHPAD et 18 % de sollicitations régulières.
- 22 % des EHPAD en PACA ont une IDE « référente en Soins Palliatifs » , 75 % n'ont pas d'IDE la nuit ni d'astreinte téléphonique.
- Formation en Soins Palliatifs: médecin coordinateur 39 % par formation continue, 10 % par DU .
- Action de formation en direction: IDE et autres soignants 85 %, médecin traitant 12 %.

Quelles sont les offres en terme de lieux et structures de soins pour la personne âgée? (4)

- SSR:
 - Fin de vie de personne âgée.
 - Appui EMSP.
 - Projet de service.
 - Formation du personnel.
- Unité de Soins Palliatifs gériatriques rares:
 - Technicité +++
 - Symptômes incontrôlés.
 - Difficultés familiales.
- Décès d'un grand nombre de personnes âgées dans des services non adaptés:
 - Urgences.
 - Lits portes.
 - Services de spécialités diverses.

En pratique : pas de recette (1)

- A chaque fois une rencontre singulière, particulière avec un vécu, un passé, une histoire.
- Pas d'entretien fixé.
- Se mettre à la portée du patient qu'il soit cohérent ou incohérent.
- Accompagnement du malade âgé, lucide et encore autonome.
- Accompagnement du malade âgé , grabataire et dément.
- Possibilités d'échange même avec un patient confus.
- Comment se sent elle là où elle est ?
- Tenir compte de ce que veut ou souhaite le patient, la famille (présente, absente, âgée, malade) , l'équipe soignante.

En pratique: pas de recette (2)

- A t-il nommé une personne de confiance ?, a t- il fait des directives anticipées ?
- Tenir compte de la pathologie et de son évolution.
- Etablir une relation de confiance.
- S'adapter au patient, poser des questions simples.
- Prendre et laisser du temps, s'asseoir, écouter, communiquer, ne pas brusquer, respecter.
- Etre vrai et authentique.
- Rassurer, entourer, partager, savoir se poser, revenir, soutenir, agir avec tact et diplomatie.
- Favoriser la qualité de vie, privilégier le confort.

En pratique : pas de recette (3)

- Orientation vers un service Palliatif plus rapide:
 - Si patient est dans un service non adapté comme les urgences: UCSU, MGU, accueil des urgences:
 - » Organiser RAD (domicile, MDR) avec ou non HAD, USP, court séjour gériatrique.
 - Si patient au domicile avec entourage épuisé, symptômes incontrôlés, pas de structure de soins adaptés.
 - Si patient en MDR avec douleur incontrôlée, symptômes rebelles, pansements difficiles, soignants en difficulté, famille en souffrance.
 - » Mais on peut s'aider de l'HAD pour maintien en EHPAD: travail en réseau.
 - Toujours en informer la famille ou l'entourage.

Conclusions

- Se rappeler que les premières USP ont été créées dans des hôpitaux gériatriques car c'était là où l'on mourrait.
- Les soins Palliatifs: une médecine redevenue humaine que tout un chacun devrait être capable de faire au quotidien.
- « L'important ce n'est pas de savoir quand on part mais comment on part »