

STRUCTURES HOSPITALIERES DE SOINS PALLIATIFS

DU SOINS PALLIATIFS ET ACCOMPAGNEMENT CERGY- PONTOISE

Stéphanie TALFUMIER,
infirmière Equipe Mobile de Soins Palliatifs CHR D

ETAT DES LIEUX

- ◉ 60% des personnes qui décèdent, relèveraient de soins palliatifs
soit environ 360 000 (2017) pour environ 1570 lits d'USP et environ 5057 LISP
ONFV rapport 2011
- ◉ Près de 350 000 personnes sont donc prises en charge dans un cadre « non spécialisé » en soins palliatifs
- ◉ Très grande disparité dans l'offre en soins palliatifs selon les régions

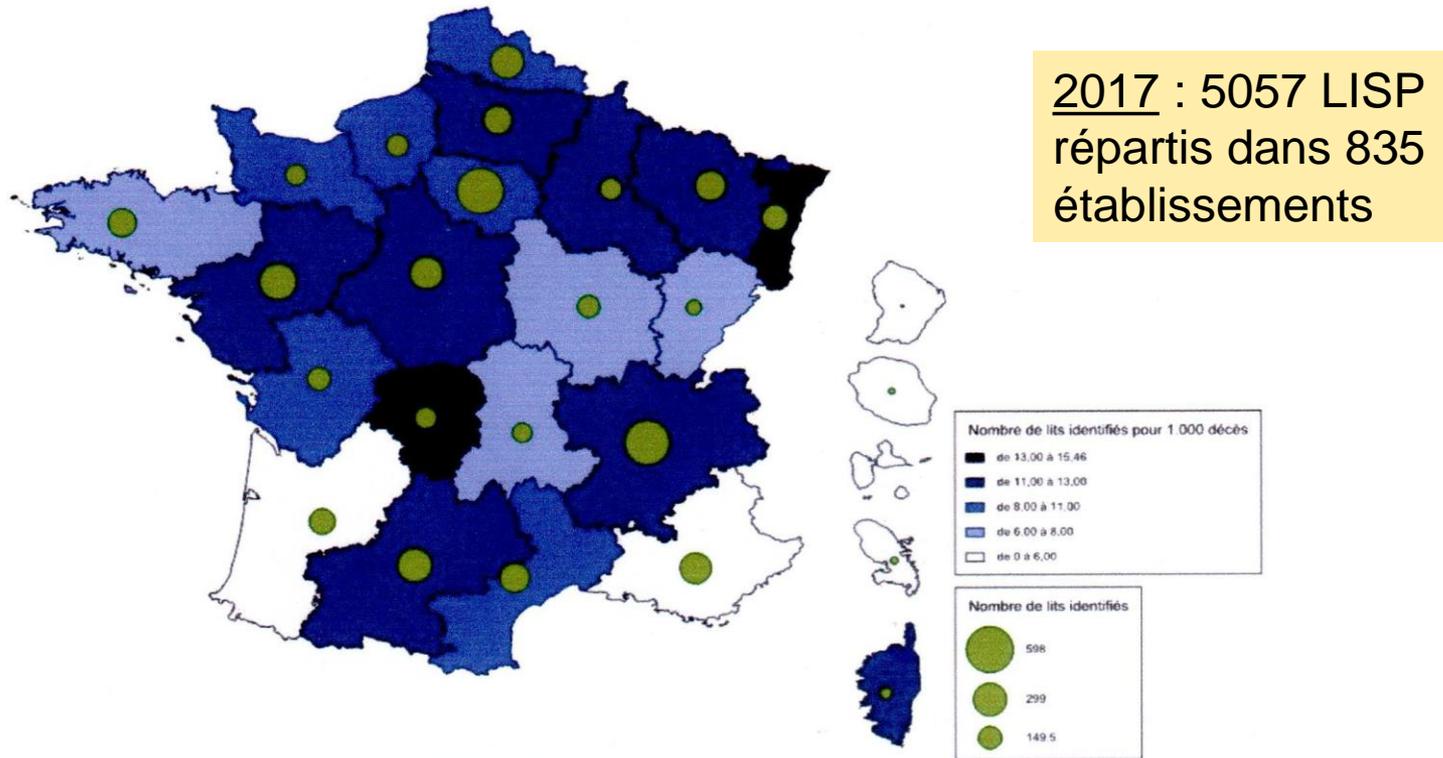
LES LISP LITS IDENTIFIÉS DE SOINS PALLIATIFS

- ⊙ Identifiés par la circulaire du 19 février 2002
- ⊙ Services de soins non spécifiques en SP mais où les fins de vie ou les décès sont fréquents
- ⊙ N'ont pas vocation à remplacer les USP
- ⊙ Reconnaissance de l'activité
- ⊙ Non identifiés physiquement

- ⊙ *Recommandation SFAP* : ne pas attribuer moins de 4 LISP par service

LISP : ETAT DES LIEUX : DE GRANDES DISPARITÉS PAR RÉGION

Implantation des lits identifiés de soins palliatifs par région en 2011



Les régions les moins bien dotées en LISP sont souvent les régions les mieux dotées en USP et en réseaux

CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT PRÉVUES PAR LA CIRCULAIRE DU 26 MARS 2008

POUR LE PATIENT ET SES PROCHES

- ◉ Interventions de professionnels (psychologue, assistant social, bénévoles)
- ◉ Chambres individuelles + lit d'appoint
- ◉ Visites libres et sans horaires
- ◉ Salon des familles
- ◉ Un lieu pour les bénévoles
- ◉ Accueil des patients relevant de soins palliatifs, extérieurs au service

- ◉ *Recommandation SFAP* : définition des modalités de recueil et traçabilité des directives anticipées et de la personne de confiance

POUR LES ÉQUIPES

- ⊙ Pluridisciplinarité : temps de discussion en équipe
- ⊙ Recours possible à une EMSP avec convention
- ⊙ Soutien : groupe de parole, EPP, ...
- ⊙ + 0,3 ETP IDE ou AS par rapport au lit standard
- ⊙ Désignation de référent : expérience en SP + formation continue
- ⊙ Formation en SP de l'ensemble du personnel du service

DANS LES FAITS

BILAN DU PROGRAMME NATIONAL DE DÉVELOPPEMENT DES SOINS PALLIATIFS 2008-2012

- ◉ 70% des services comptent 1 à 3 LISP.
- ◉ Les vrais LISP : organisation dédiée, ↗ des moyens et vraie démarche palliative
- ◉ Les « faux LISP » : pas de moyen supplémentaire, pas de démarche palliative, pas ou peu de travail avec les EMSP
- ◉ Les « pseudo USP » : regroupement géographique sans les moyens octroyés

⊙ Les « équipes mobiles de renfort » ou « lits volants » : utilisation des moyens octroyés pour une équipe d'aide en soins dans les services.

→ quel sens ?

Proposition de critères d'évaluation des LISP (groupe de travail SFAP) 2017

- Critères d'exclusion (critère non validé = remise en cause des LISP)
 - Réunion pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle régulière, faisant l'objet d'un CR et conduisant à un projet de soins
 - Procédure d'identification des patients justifiant la PEC en LISP tracée, datée
 - Collaboration avec EMSP ou un réseau de soins palliatifs formalisée par une convention
 - Plan de formation annuel pour le personnel du service concerné
 - Référents médical et paramédical
 - Accompagnement psychologique, social et convention avec une association de bénévoles

- Critères de révision (critère non validé = nécessité de validation dans un délai d'un an)
 - Renforcement du personnel (0,3 ETP/lit minimum)
 - Soutien psychologique des professionnels
 - Chambre seule et lit accompagnant
 - Codage et partenariat avec le DIM normalisé
 - Procédure d'évaluation de ces critères régulière

EXEMPLE DE FICHE D'INCLUSION D'UN PATIENT EN LISP

Etiquette

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Service de

Date :

Lits identifiés de Soins Palliatifs : Fiche d'inclusion

critères d'inclusion obligatoires : cancer évolutif ou hémopathie en échec
critères d'exclusion : toute situation jugée potentiellement réversible pouvant encore faire l'objet d'un traitement à visée curative.

1/ CRITERES MEDICAUX

A) Eléments cliniques

- symptômes non contrôlés :

Douleur	1
Dyspnée majeure	1
Troubles digestifs (occlusion)	1
Troubles neurologiques	1
Troubles psychiatriques (agitation, confusion...)	1
Souffrance psychologique majeure du malade et/ou de ses proches	1
TOTAL	

- indice de performance

Score OMS	Indice de Karnofsky	
PS 0 ou 1	≥ 60	0
PS 2	50 - 60	1
PS 3 ou 4	< 50	2
TOTAL		

- espérance de vie inférieure à un mois et/ou fin de vie :

Non	0
Oui	2
TOTAL	

B) Décisions médicales

- arrêt des traitements anticancéreux à visée curative :

Non	0
Oui	1
TOTAL	

- décision de ne pas réanimer, discutée et inscrite dans le dossier :

Non	0
Oui	1
TOTAL	

2/ LOURDEUR DES SOINS

- temps moyen de travail des soignants (IDE, AS) ≥ 1 heure par équipe

Non	0
Oui	1
TOTAL	

- nombre d'appel ≥ 5 par équipe

Non	0
Oui	1
TOTAL	

3/ CRITERES SOCIAUX ET RELATIONNELS

- Maintien ou retour à domicile impossible

Non	0
Oui	1
TOTAL	

- Patient et/ou proches informés de la démarche palliative

Oui	
Non	

SCORE TOTAL

Inclusion en LISP si score supérieur ou égal à 8

Etiquette patient

HÔPITAUX DU LEMAN

Service de : Date :

Lits identifiés de soins palliatifs : fiche d'inclusion

Critères d'inclusion obligatoires : cancer évolutif ou hémopathie en échec.
Critères d'exclusion : toute situation jugée potentiellement réversible pouvant encore faire l'objet d'un traitement à visée curative.

Hospitalisation de répit OUI NON

1 / CRITERES MEDICAUX

A / Eléments cliniques

- Symptômes non contrôlés

Douleur	1
Dyspnée majeure	1
Troubles digestifs (occlusion)	1
Troubles neurologiques	1
Troubles psychiatriques (agitation, confusion,...)	1
Souffrance psychologique majeure du patient et/ou de ses proches	1
TOTAL	

- Indice de performance :

Score OMS	Indice de Karnofsky	
PS 0 ou 1	> 60	0
PS 2	50 - 60	1
PS 3 ou 4	< 50	2
TOTAL		

- Espérance de vie inférieure à 1 mois et/ou fin de vie :

Non	0
Oui	2
TOTAL	

B / décisions médicales

- Arrêt des traitements anticancéreux à visée curative :

Non	0
Oui	1
TOTAL	

- Décision de ne pas réanimer, discutée et inscrite dans le dossier :

Non	0
Oui	1
TOTAL	

2 / LOURDEUR DES SOINS

- temps moyen de travail des soignants (IDE, AS) ≥ 1 heure par équipe :

Non	0
Oui	1
TOTAL	

- nombre d'appel ≥ 5 par équipe :

Non	0
Oui	1
TOTAL	

3/ CRITERES SOCIAUX ET RELATIONNELS

- Maintien ou retour à domicile impossible :

Non	0
Oui	1
TOTAL	

- Information de la démarche palliative :
 Patient : Proches :

Non	0
Oui	1
TOTAL	

Non	
Oui	

SCORE TOTAL :

Inclusion en L.I.S.P. si score égal ou supérieur à 8

LES EMSP EQUIPES MOBILES DE SOINS PALLIATIFS

- ◉ **Domaine d'intervention :**
 - Dans les services de soins (notamment LISP)
 - Dans les établissements et services médico-sociaux notamment les EHPAD

Les équipes mobiles ont pour vocation la diffusion de la culture et de la démarche palliatives

EMSP : ETAT DES LIEUX



Répartition des EMSP en France

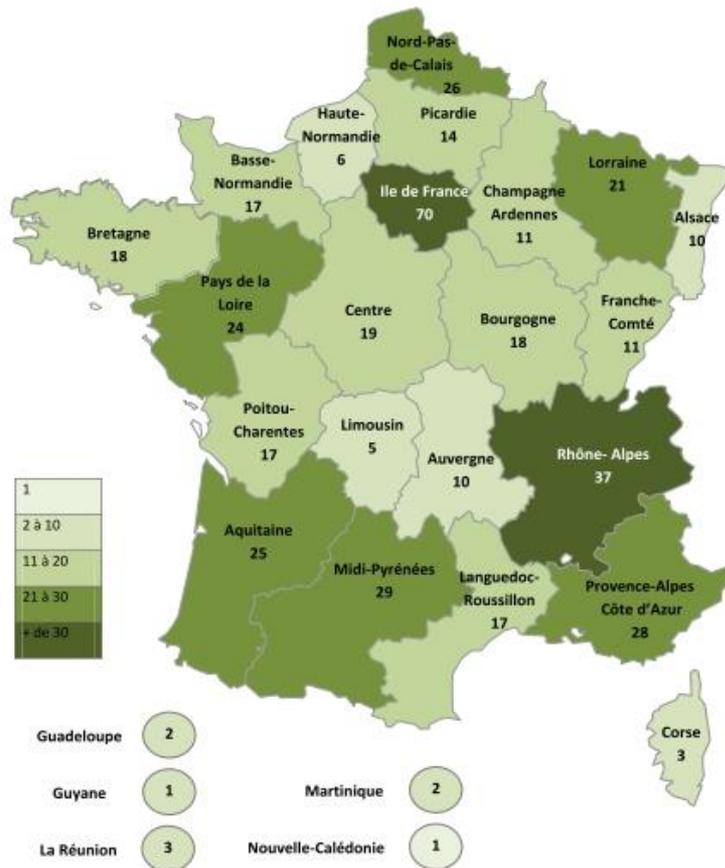
EMSP, EMSP pédiatrique et Equipe ressource régionale pédiatrique

447 équipes mobiles dont 19 dédiées à la pédiatrie

Distribution of mobile palliative care teams in France (EMSP)

EMSP, EMSP for children and regional paediatric community resource teams

447 mobile teams, 19 of which are paediatric



Source : Annuaire national des structures de soins palliatifs et des associations de bénévoles d'accompagnement
sfap.org - Août 2016

EMSP : MISSIONS

- Formation par l'action, compagnonnage : conseil, soutien, et concertation auprès des professionnels et équipes référentes afin de :
 - Evaluer et prendre en charge les symptômes du patient (douleur, dyspnée, ...)
 - Aider à la réflexion, à la prise de décision (discussions éthiques)
 - Organiser ponctuellement des réunions de « debriefing »
 - Initier les traitements spécifiques et les réévaluer
- Soutien du patient et de son entourage

- Coordination avec les autres acteurs de soins et aide au retour à domicile

- Formation
 - des référents soins palliatifs (LISP)
 - initiale et continue des futurs professionnels

- Recherche

Seulement 50% y participent (manque de temps, de méthodologie, de disponibilité)

INTERVENTIONS SUR APPEL

- La demande
- L'analyse de la demande
- Les interventions
 - Évaluation et prise en charge du patient
 - Soutien de l'entourage
 - Soutien de l'équipe
 - Discussion éthique
 - Participation à une réunion pluridisciplinaire
 - Formation sur un thème
- Respect du principe majeur de non-substitution

QUAND FAIRE APPEL A UNE EMSP ?

Chaque professionnel de santé aura à mettre en place une démarche palliative et d'accompagnement au cours de son exercice.

QUI PEUT UTILISER PALLIA 10 ?

Tout soignant

DANS QUEL BUT UTILISER PALLIA 10 ?

Pallia 10 est un outil conçu pour vous aider à mieux repérer le moment où le recours à une équipe spécialisée de soins palliatifs devient nécessaire.

La mise en œuvre de la démarche palliative tirera profit de la collaboration avec une équipe mobile (patient hospitalisé), un réseau (patient à domicile) ou une unité de soins palliatifs.

QUAND UTILISER PALLIA 10 ?

Chez des patients atteints de maladies ne guérissant pas en l'état actuel des connaissances.

Quand l'accumulation des besoins rend complexe la démarche d'accompagnement : élaboration du projet de soin le plus adapté, priorisation et coordination des interventions.

COMMENT UTILISER PALLIA 10 ?

Elaboré par un groupe d'experts de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP), avec le soutien institutionnel des laboratoires Nycomed, Pallia 10 explore les différents axes d'une prise en charge globale.

Répondez à chacune des questions.

Au-delà de 3 réponses positives, le recours à une équipe spécialisée en soins palliatifs doit être envisagé

	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	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"> • prescriptions anticipées • indication : hydratation, alimentation, antibiothérapie, pose de sonde, transfusion, surveillance du patient (HGT, monitoring ...) • indication et mise en place d'une sédation • 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	

QUAND FAIRE APPEL A UNE EMSP EN GERIATRIE?

Chaque professionnel de santé aura à mettre en place une démarche palliative et d'accompagnement au cours de son exercice.

Qui peut utiliser PALLIA 10 GERONTO ?

Tout soignant dans le cadre d'une réflexion collégiale

Dans quel but utiliser PALLIA 10 GERONTO ?

Pallia géronto est un outil conçu pour vous aider à mieux repérer le moment où une démarche de soins palliatifs doit être envisagée avec, si besoin, le recours à une équipe spécialisée de soins palliatifs

Quand utiliser PALLIA 10 GERONTO ?

Chez des personnes âgées de plus de 75 ans atteintes d'une maladie ou de polyopathologies évolutives qui ne guériront pas en l'état actuel de nos connaissances.

Quand l'accumulation des besoins rend complexe la démarche d'accompagnement : élaboration du projet de soins le plus adapté, priorisation et coordination des interventions.

Comment utiliser PALLIA 10 GERONTO ?

Répondez à chacune des questions.

La présence de l'item 1 est obligatoire. Une seule réponse positive aux autres items peut suffire à envisager le recours à une équipe spécialisée en soins palliatifs.

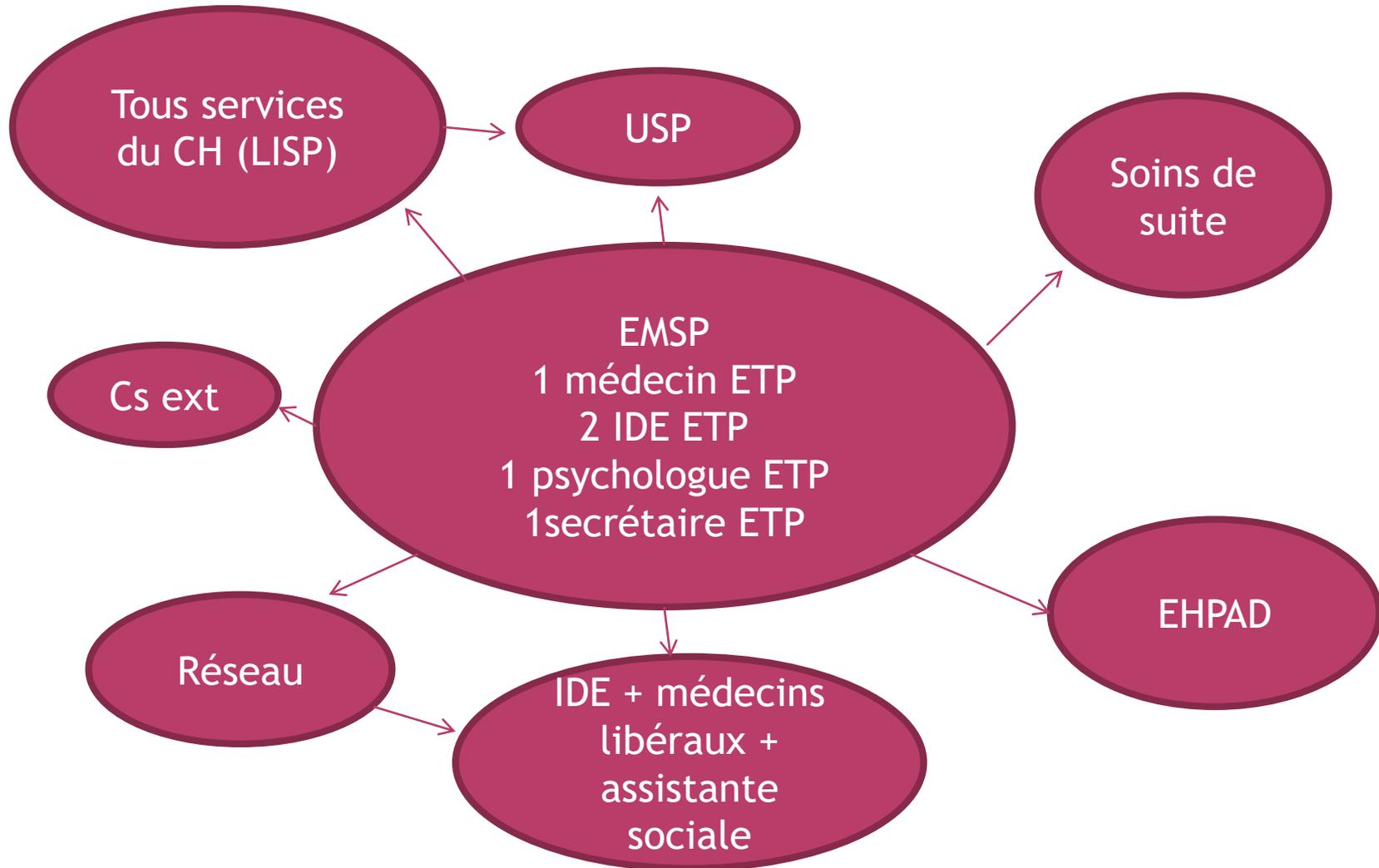
	QUESTIONS	COMPLEMENT	Cocher si item présent
1	La personne âgée de plus de 75 ans est atteinte d'une maladie grave évolutive ou de polyopathologies qui ne guériront pas, en l'état actuel des connaissances	Une réponse positive à cette question est une condition nécessaire pour utiliser la grille PALLIA GERONTO et passer aux questions suivantes.	
2	Il existe un ou plusieurs facteurs de vulnérabilité somatique péjoratifs	<ul style="list-style-type: none"> GIR 1 et 2 MMS inférieur 10 Albuminémie inférieure à 25g/l Difficulté persistante d'hydratation/alimentation par voie orale Escarre stade supérieur ou égal à 3 Chutes à répétition 	
3	La maladie prédominante et/ou l'ensemble des pathologies sont rapidement évolutifs	Cette évolutivité est souvent caractérisée par la répétition des épisodes aigus	
4	La personne âgée 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 existe 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 la personne âgée et/ou son entourage	Tristesse, angoisse, repli, agressivité ou troubles du comportement, troubles de la communication, conflits familiaux, psycho-pathologie préexistante chez la personne âgée et son entourage.	
7	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre social chez la personne âgée et/ou son entourage	Isolément, précarité, difficultés financières, existence dans l'entourage d'une personne dépendante ou handicapée, enfant à charge, épuisement de l'aidant naturel	
8	La personne âgée ou son 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, la personne âgée, 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 soins palliatifs.	
9	Vous constatez des questionnements et/ou des divergences parmi les professionnels concernant la cohérence du projet de soins	Ces questionnements peuvent concerner: <ul style="list-style-type: none"> Les prescriptions anticipées L'hydratation, l'alimentation, une antibiothérapie, une pose de sonde, une transfusion, une surveillance particulière (HGT, monitoring...) L'indication et la mise en place d'une sédation Le lieu de prise en charge le plus adapté Le statut réanimatoire éventuel 	
10	Vous vous posez des questions sur l'attitude adaptée concernant par exemple: <ul style="list-style-type: none"> Refus de soins et/ou de traitement Limitation ou arrêt d'un traitement Demande d'euthanasie Présence d'un conflit de valeurs 	Conformément aux lois en vigueur, il convient de prendre en compte les directives anticipées et/ou de recueillir l'avis de la personne de confiance.	

EMSP : COMPOSITION ET FORMATION DE L'EQUIPE

- Respect du travail en équipe pluridisciplinaire
 - Médecin
 - Cadre infirmier
 - Infirmier
 - Psychologue
 - Secrétaire
 - Assistant de service social
- Formation spécifique aux soins palliatifs et à l'accompagnement ainsi qu'à la douleur
- Expérience professionnelle

EMSP : DOMAINE D'INTERVENTION

EXEMPLE DE PRISE EN CHARGE



LES USP

- Prise en charge des situations de fin de vie les plus complexes et des symptômes réfractaires
- Chaque région doit comporter au minimum une USP

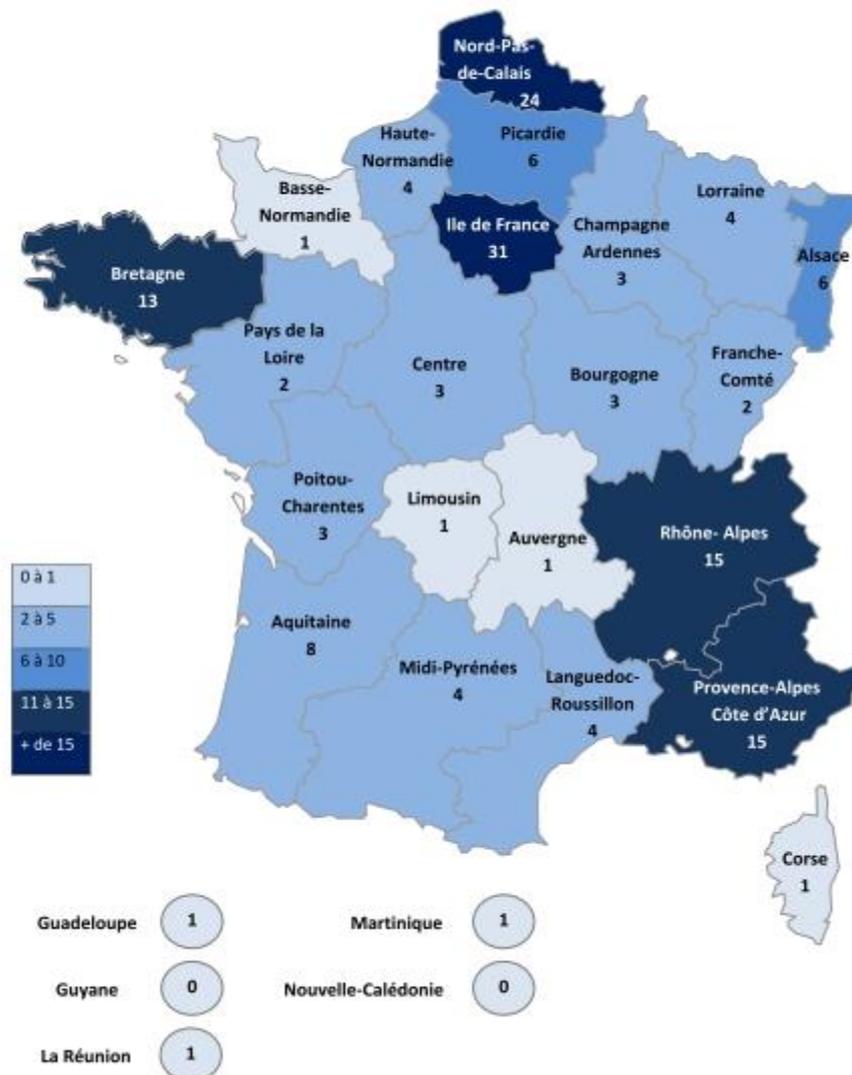


Répartition des USP en France

157 USP

Distribution of palliative care units in France

157 palliative care units



Source : Annuaire national des structures de soins palliatifs et des associations de bénévoles d'accompagnement

USP : LES MISSIONS

- Evaluation et traitement des symptômes complexes ou réfractaires
- Gestion de situations éthiques complexes
- Accompagnement patients et familles dans des situations complexes
- Formation initiale et continue
- Recherche

DEMANDE D'ADMISSION EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS



COCHEZ ET FAXEZ DIRECTEMENT AUX UNITÉS SOUHAITÉES

<input type="checkbox"/> 75 Bretonneau (G)	fax : 01 53 11 17 29	<input type="checkbox"/> 91 Hôpital de Juvisy	fax : 01 69 54 29 89
<input type="checkbox"/> 75 Cognacq-Jay	fax : 01 45 30 83 74	<input type="checkbox"/> 92 Notre Dame du Lac	fax : 01 47 14 84 02
<input type="checkbox"/> 75 Diaconesses	fax : 01 44 74 28 00	<input type="checkbox"/> 92 USP CH de Puteaux	fax : 01 41 18 31 43
<input type="checkbox"/> 75 Jean-Jaurès	fax : 01 58 55 55 56	<input type="checkbox"/> 93 R. Muret Bigottini	fax : 01 41 52 57 42
<input type="checkbox"/> 75 Jeanne Gamier	fax : 01 43 92 21 11	<input type="checkbox"/> 93 Montfermeil (alpha 93)	fax : 01 45 09 70 35
<input type="checkbox"/> 75 Sainte-Périne	fax : 01 44 96 37 57	<input type="checkbox"/> 93 Hôpital Casanova	fax : 01 42 35 64 81
<input type="checkbox"/> 77 Hôpital Forciles	fax : 01 60 64 62 10	<input type="checkbox"/> 94 Albat Chamnevier	fax : 01 49 81 38 28
<input type="checkbox"/> 78 Claire Demeure	fax : 01 30 21 39 31	<input type="checkbox"/> 994 Charles Foix Ivry (G)	fax : 01 49 59 46 91
<input type="checkbox"/> 78 Houdan	fax : 01 30 46 18 43	<input type="checkbox"/> 94 Paul Brousse USP/USPG(G)	fax : 01 45 59 37 40
<input type="checkbox"/> 78 La Verrière	fax : 01 39 38 89 90	<input type="checkbox"/> 95 CH V. Dupouy - Argenteuil	fax : 01 34 23 27 46
<input type="checkbox"/> 91 Atpéjon	fax : 01 64 92 95 22	<input type="checkbox"/> 95 Charles Richet	fax : 01 34 29 24 89
<input type="checkbox"/> 91 Dupuyben (G)	fax : 01 69 83 63 97	<input type="checkbox"/> 95 Magry en Vexin	fax : 01 34 79 43 21
<input type="checkbox"/> 91 G. Clémenceau	fax : 01 69 23 21 07	<input type="checkbox"/> 95 CH R. Dubos - Portoise	fax : 01 30 75 45 50
<input type="checkbox"/> 91 Bligny	fax : 01 69 26 32 04		

G : Centre dont le recrutement est uniquement gériatrique > 80 ans

Cette liste correspond aux USP qui sont reconnues à titre tarifaire par l'Agence Régionale de Santé de l'Île-de-France

NOM DE NAISSANCE ET PRÉNOM :

Date de naissance : Situation familiale :

Lieu de résidence du patient :

Lieu de résidence de son entourage référent (préciser si différent) :

Lieu de séjour actuel du patient

Domicile HAD SSIAD Réseau

Hôpital :

Service :

Clinique :

Tampon merci

PERSONNES RÉFÉRENTES - INDISPENSABLE

• Médecin hospitalier référent : nom + n° Ml :

• Médecin généraliste référent : nom + n° Ml :

• Assistante sociale : nom + Ml :

Personne à contacter pour confirmer cette admission (nom, Ml, fax) :

Prise en charge administrative (joindre copie carte vitale)

• Mutuelle oui non • Prise en charge à 100 % oui non

Téléchargeable depuis : www.corpalif.org

Pour toute demande concernant ce document contactez : corpalif@orange.fr ou spicard@hopital-dcss.org

EVALUATION DE LA DÉPENDANCE ET DE LA CHARGE EN SOINS

• Conscience - Communication

- Confusion Somnolence Coma
 Bonne communication Communication difficile Ne communique plus

Troubles du comportement :

• Respiration

- Oxygénothérapie Trachéotomie Respirateur

Indice de Karnofsky :
ou OMS :

• Déplacement - Validité

- Marche sans aide Marche avec aide Va au fauteuil
 Transfert possible seul Grabataire Toilette totale
 Autonome pour la toilette Aide à la toilette

Poids / Taille : /

• Alimentation

- Per os seul Per os avec aide En aspiration gastrique
 Sonde naso-gastrique Sonde de gastrostomie

• Elimination

- Continence Incontinence urinaire Incontinence fécale
 Néphrostomie Sonde vésicale Colostomie

• Etat cutané

- Normal
 Escarres (localisation) :
 Autres pansements ou soins particuliers :

• Charge en soins

- Légère Moyenne Lourde

• Voies d'administration

- SC IV Chambre implantable KT/Picc Line Périmédullaire
 Seringue électrique PCA

COMPLÉMENT D'INFORMATION MÉDICALE POUR LES PATIENTS VIH

Date de séropositivité VIH : Date passage SIDA :

Pathologies associées ou classantes SIDA évolutives :

-
-
-

Dernier taux de CD4 : Date :

Dernière charge virale : Date :

Co infection : VHC VHB

INDISPENSABLE A L'ADMISSION

- Papiers d'identité, carte vitale
- Compte-rendu d'hospitalisation ou courrier du médecin traitant, prescription, derniers examens complémentaires
- Les transmissions infirmières du jour

CRITERES D'ADMISSION

Grille Evaluation Malade Admission Usp			
A Critère absolu			
Oui	Maladie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale avec arrêt des traitements à visée curative		
B Evolutivité			
10	Aggravation récente avec troubles de conscience liés à la maladie		
5	Aggravation récente sans troubles de conscience		
1	Pas d'aggravation		
C Douleur			
10	Non contrôlée malgré un palier III		
5	Contrôlée par un palier III		
1	Bien contrôlée par un palier I ou II / ou pas de douleur		
D Symptôme physique majeur lié à la pathologie autre que la douleur			
10	Non contrôlé(s), rebelle(s) / ou multiples (≥ 3) ou risque majeur		
5	Mal contrôlé(s) ou en aggravation / ou ≥2		
1	Bien contrôlé(s) / ou pas de symptôme majeur d'inconfort		
E Souffrance psychologique du patient			
10	Dépression ou angoisse majeure ou désir de mort		
5	Anxiété, tristesse ou agressivité ou agitation		
1	Absence		
F Problème éthique formulé par le patient			
10	Demande d'euthanasie, de sédation, d'arrêt des traitements vitaux		
5	Ambiguïté dans la demande d'arrêt des soins		
1	Pas de demande formulée		
G Charge en soins infirmiers et/ou geste technique			
5	Soins complexes / ou à renouveler > 3 / j		
3	Soins à effectuer 1 à 3 / j		
1	Soins de base uniquement (toilette, aide à s'alimenter)		
H Indice de Kamofsky ou score OMS			
5	IK ≤ 30 % ou OMS = 4 (dépendance totale)		
3	IK entre 31 à 49 % ou OMS = 3 (dépendance partielle)		
1	IK ≥ 50 % ou OMS 1 ou 2 (ambulatoire)		
I Provenance du patient			
5	Domicile		
3	Transfert interne, service porte ou urgences		
1	Hopital, clinique privée, soins de suite		
J Entourage familial			
5	Epuisement ou souffrance de l'entourage ou isolement au domicile		
3	Entourage familial en difficulté / présence discontinuée		
1	pas de problème signalé		
K Situation sociale			
5	sans ressource, sans domicile fixe ou sans papier		
3	Difficultés financières, domicile non adapté		
1	Pas de problème signalé		
TOTAL / 75			
Un total ≥ 30 signifie qu'il existe des critères objectifs à un transfert en USP			

- B Evolutivité**
10 / les troubles de conscience, même fluctuant, peuvent être une confusion, des hallucinations ou une somnolence. Par aggravation récente, nous considérons une évolution sur les dernières semaines.
- C Douleur**
5 / y compris PCA si douleur contrôlée ou non contrôlée par palier II.
Palier I : Analgésiques non morphiniques : paracétamol, AINS,
Palier II : Agonistes morphiniques mineurs : dextropropoxyphène, codéine, tramadol
Palier III : Agonistes morphiniques majeurs : morphine, méthadone,...
- D Symptôme physique majeur lié à la pathologie autre que la douleur ou les soins cutanés***
Les symptômes peuvent être par exemple : dyspnée, toux, nausées, vomissements, occlusion, ascite, cachexie, anasarque, épuisement, etc.
10 / supérieur ou égal à 3 symptômes non contrôlés ou signalement d'un risque majeur engageant le pronostic vital : dyspnée asphyxiante, hémorragie cataclysmique.
* Les atteintes cutanées sont prises en compte dans la charge en soins (item G) sauf s'il existe un risque majeur au cours de l'acte infirmier.
- E Souffrance psychologique du patient**
10 / si item « angoisse majeure » coché
- F Problème éthique formulé par le patient**
Nous entendons par exemple une demande d'arrêt de traitement, une demande d'euthanasie.
10 / demande répétée, insistante.
- G Charge en soins infirmiers et/ou geste technique**
5 / Pansements complexes soit > 20 minutes ou nécessitant 2 personnes ou nécessité d'antalgie ou prise en charge en HAD
3 / Par exemple : patient grabataire, incontinent et perfusé ou nécessitant des soins infirmiers par IDE libérale
1 / semi valide, soins de base (ex : aide à la toilette ou à l'alimentation)

H Indice de Karnofsky ou score OMS

ETAT GENERAL KARNOFSKY	ECHELLE		ETAT GENERAL ECOG-ZUBROD/OMS
Normal, pas de plaintes.	100	0	Activité normale, sans restriction.
Activité normale. Signes ou symptômes mineurs de la maladie.	90	1	Restreint pour des activités physiques importantes mais patient ambulatoire et capable de fournir un travail léger.
Activité normale avec efforts.	80	1	
Capable de se prendre en charge, mais incapable d'avoir une activité normale ou de travailler.	70	2	Ambulatoire et capable de se prendre en charge, mais incapable de fournir un travail pendant plus 50% de son temps.
Nécessite occasionnellement de l'aide, mais capable de subvenir à la plupart de ses besoins.	60	2	
Nécessite aide et soins médicaux fréquents.	50	3	Capacité de prise en charge propre beaucoup plus limitée. Passe plus de 50 % de son temps au lit ou dans une chaise.
Nécessite soins médicaux et aide importante.	40	3	
Séverement limité, grabataire. Indication d'hospitalisation, mort non imminente.	30	4	Complètement grabataire. Incapable de se prendre en charge. Le patient reste totalement couché au lit ou sur une chaise.
Gravement atteint. Hospitalisation nécessaire. Traitement symptomatique nécessaire	20	4	

- J Entourage familial**
5 / Si patient au domicile : enfants en bas âge ; souffrance par rapport à demande d'euthanasie ; famille n'assume plus car épuisée.
5 / Si patient hospitalisé : demande d'euthanasie par l'entourage ; besoin d'accompagnement de l'entourage.
3 / Si patient au domicile : présence discontinuée de l'entourage
3 / Si patient hospitalisé : rapprochement familial ; enfants en bas âge ;

USP : DIFFERENTS TYPES DE SEJOURS

- Prise en charge de la fin de vie
- Prise en charge et équilibrage de symptômes réfractaires
- Séjour de répit
- HDJ
- Organisation d'un retour au domicile

USP : MOYENS EN PERSONNEL

- ⊙ Dotation en personnel plus importante
- ⊙ Formation des médecins et du cadre spécifique en soins palliatifs
- ⊙ Formation type « approfondissement » en soins palliatifs des autres soignants

USP : MOYENS MATERIELS

- ◉ Chambres individuelles avec lit d'appoint pour les proches
- ◉ Pièce d'accueil ou de repos pour les proches
- ◉ Lieu pour les bénévoles d'accompagnement
- ◉ Pièce de réunion
- ◉ Accès au plateau technique
- ◉ Horaires de visite élargis
- ◉ Lit d'urgence recommandé

- ⦿ Les membres des USP comme ceux des EMSP doivent
 - Pouvoir bénéficier d'une supervision
 - Être recrutés sur la base du volontariat

HDJ EN SP : L'EXEMPLE DE PONTOISE

- ⊙ 1 lit d'urgence destiné aux patients du domicile employé pour l'hôpital de jour lorsqu'il est disponible
- ⊙ MISSIONS :
 - Evaluation et traitement de la douleur (PCA de morphine, mise en route de méthadone)
 - Evaluation et prise en charge des autres symptômes
 - Evaluation psychologique
 - Aide au retour à domicile (évaluation du lieu de vie en partenariat avec l'assistante sociale)

CONSULTATIONS EXTERNES EN SP

- ⊙ Consultations initiales : pluridisciplinaires
médecin/infirmière

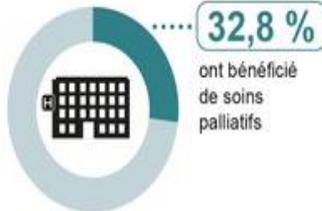
- ⊙ Consultations de suivi en binôme
médecin/infirmière +/-
médecin/psychologue

- ⊙ Consultations psychologue
 - Soutien du patient
 - Soutien des proches
 - Suivi de deuil
 - hypnose

LES SOINS PALLIATIFS : UNE PRISE EN CHARGE TOUJOURS TRÈS INCOMPLÈTE

Des insuffisances

238 000 décès
en court séjour hospitalier
en 2009 (susceptibles de
nécessiter des soins palliatifs)



15 000 décès
aux urgences en 2010



**Disponibilité
des soins de fin de vie**
Palmarès international établi
par l'Economist intelligence
unit en 2010 (40 pays)

- 1 Royaume-Uni
- 2 Australie
- 3 Nouvelle-Zélande
- 8 États-Unis
- 9 Canada
- 18 Allemagne
- 23 France

31 000
personnes bénéficieraient de soins
palliatifs à domicile (HAD+SSIAD)

Des progrès

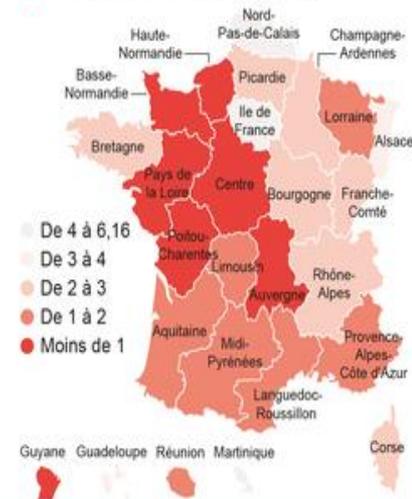


3 moyens de développer les soins palliatifs hors de l'hôpital

1. Développer l'hospitalisation à domicile
2. Développer le soutien aux familles
3. Mobiliser les professionnels libéraux de santé

Des inégalités

Nombres de lits en unités de soins
palliatifs pour 1000 décès en 2011



RÉFÉRENCES

- ⊙ **Circulaire DHOS du 25 mars 2008** : référentiel relatif à l'organisation des soins palliatifs
- ⊙ **Loi du 9 juin 1999**: garantie l'accès aux soins palliatifs
- ⊙ **Loi du 4 mars 2002** : relative aux droits des malades
- ⊙ **Loi du 21 juillet 2009** : réforme de l'hôpital. La prise en charge des soins palliatifs est une mission de service public

- ⊙ **Bilan du programme national du développement des soins palliatifs 2008-2012**
- ⊙ **Guide de bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissements (Ministère de la santé, avril 2004)**
- ⊙ **Etat des lieux du développement des soins palliatifs en France en 2010 (rapport du comité national de suivi du développement des soins palliatifs par Mr Régis AUBRY)**

- ◉ **Guide des Lits Identifiés de Soins Palliatifs -
Argumentaire et problématiques -
SFAP 2012**
- ◉ **www.corpalif.org**
- ◉ **www.sfap.org**
- ◉ **1996: 2 ordonnances du 24 avril 1996 dites
« ordonnance Juppé »**
- ◉ **Propositions de critères d'évaluation des
LISP - SFAP 2017**

- ⊙ **Recommandations HAS 2016 : Comment améliorer la sortie de l'hôpital et favoriser le maintien à domicile des patients adultes relevant de soins palliatifs ?**

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2655088/fr/comment-ameliorer-la-sortie-de-l-hopital-et-favoriser-le-maintien-a-domicile-des-patients-adultes-relevant-de-soins-palliatifs



stephanie.talfumier@ght-novo.fr