

Hôpital Européen

MARSEILLE | *L'humain au cœur de nos soins*

ZAPPING MEDICAL #3

DE LA VILLE A L'HÔPITAL:

SOINS PALLIATIFS ENGAGÉS!

DR NOËL-GUILLET & DR COQUET

MARDI 6 JUIN 2023



Prise en charge ambulatoire en Soins Palliatifs

- Repérage précoce des patients en Soins Palliatifs
- Présentation de l'équipe mobile
- Evaluation et prise en charge globale
 - Symptomatologie physique
 - Prise en charge psychique
 - Prise en charge nutritionnelle
 - Prise en charge sociale
 - Personne de confiance/directives anticipées
 - Rencontre et prise en charge des aidants
- Définir un projet de soin centré sur la qualité de vie

Prise en charge ambulatoire en Soins Palliatifs

- Consultations externes:

Patients symptomatiques curatifs et/ou palliatifs (algologie) en cours de traitement

Patients peu symptomatiques mais en abstention thérapeutique

Patients autonome: OMS >3

Evaluation médicale

Prise en charge psychologique/ diététique

Articulation ville-hôpital

SCHEMA DE CONSULTATIONS ALTERNEES

EMAD- MEDECIN TRAITANT- ONCOLOGUE- MEDECIN TRAITANT- EMAD- ...

Prise en charge ambulatoire en Soins Palliatifs

- Hôpital de jour de Soins Palliatifs

Patients symptomatiques et/ou en abstention thérapeutique

Etat général altéré: OMS ≤ 3

Transport en ambulance/ accueil en hôpital de jour

Chambre particulière

Prise en charge EMAD/ oncologue/ psychologique/ diététique/ ostéopathe/ kiné

Patient et famille

Temps de répit

Articulation ville-hôpital: IDE libéraux/ Médecin traitant/ HAD/ Réseau SP

PROJET DE SOINS EN ACCORD AVEC LE DESIR DU PATIENT

EVITER HOSPITALISATIONS ITERATIVES

ANTICIPER

MAINTIEN A DOMICILE !

STATUTS REANIMATOIRES : STRATIFICATION DES PATIENTS DE SOINS PALLIATIFS EN SITUATION DE GRAVITÉ

- « Aide à la décision de transfert ou non transfert en réanimation d'un patient atteint de cancer » AFSOS 2015

PROBLÉMATIQUES DE DÉCISION DU NIVEAU D'ENGAGEMENT DES PATIENTS DE SOINS PALLIATIFS (en fonction de l'état général, pronostic du cancer et réversibilité de la pathologie aigue)

- Contexte de détresse vitale
- Rapidité de la décision
- Médecins référents non présents 24 h /24
- Médecin d'astreinte en oncologie: connaissance incomplète de l'évolutivité
- Médecin de garde : réanimateur ou urgentiste
- Méconnaissance de la volonté et du niveau d'information du patient et de la famille
- Trouver un équilibre entre pertes de chances et obstination déraisonnable
- Anticiper des prises de décisions complexes en contexte d'urgence

Le statut réanimatoire du patient est une décision issue d'une réflexion collégiale associant une équipe pluridisciplinaire (*consulter notes tracées dans le dossier médical*). Le médecin intervenant reste responsable de la décision et du niveau d'engagement thérapeutique qu'il va mettre en place.

STADE 1	<p> QUEL PATIENT ?</p> <p>PATIENT NON EN SOINS PALLIATIFS (suivi EMAD dans le cadre de la douleur)</p>	<p> QUELLE STRATÉGIE PRÉCONISÉE ?</p> <p>TRANSFERT EN RÉANIMATION SOUHAITÉ</p>	<p> QUI APPELER ?</p> <p>En cas de décompensation grave > APPEL DU RÉANIMATEUR</p>
STADE 2	<p> QUEL PATIENT ?</p> <p>PATIENT EN SOINS PALLIATIFS (métastatique ou localement avancé)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas d'ana path • Pas encore de chimiothérapie ou bonne réponse à la chimiothérapie. • D'autres lignes de traitement spécifique peuvent être encore proposées 	<p> QUELLE STRATÉGIE PRÉCONISÉE ?</p> <p>TRANSFERT EN RÉANIMATION ENVISAGÉ en cas de décompensation, pour un patient dont le niveau de prise en charge en réanimation doit être défini. <u>Stratégie discutée au préalable entre médecin référent et réanimateur.</u></p>	<p> QUI APPELER ?</p> <p>APPEL DU RÉANIMATEUR en cas de décompensation grave, pour un patient dont le niveau de prise en charge en réanimation doit être défini</p>
STADE 3	<p> QUEL PATIENT ?</p> <p>PATIENT EN SOINS PALLIATIFS dont l'état général altéré et le mauvais pronostic justifie une prise en charge en étage (pas de transfert en réanimation, <u>limitation des traitements en soi</u>) : thérapeutiques médicamenteuses, gestes ou examen complémentaires si nécessaire</p>	<p> QUELLE STRATÉGIE PRÉCONISÉE ?</p> <p>PeC EN ÉTAGE (pas de transfert en réanimation) : thérapeutiques médicamenteuses, gestes ou examen complémentaires si nécessaire</p>	<p> QUI APPELER ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jusqu'à 21h en semaine : MÉDECIN RÉFÉRENT • Jusqu'à 21h le week-end : MÉDECIN D'ASTREINTE • La nuit : MÉDECIN URGENTISTE (qui appellera le médecin référent si besoin)
STADE 4	<p> QUEL PATIENT ?</p> <p>PATIENT EN PHASE TERMINALE</p>	<p> QUELLE STRATÉGIE PRÉCONISÉE ?</p> <p>ACCOMPAGNEMENT EN ÉTAGE + SOINS DE CONFORTS uniquement (sédation si besoin) par le biais d'un protocole prédéfini.</p>	<p> QUI APPELER ?</p> <p>MÉDECIN RÉFÉRENT ET SI BESOIN MÉDECIN EMAD</p>

➤ Quand ?

- ✓ A chaque nouvelle hospitalisation du patient

➤ Ou ?

- ✓ Staff hebdomadaire et/ou à l'entrée du patient

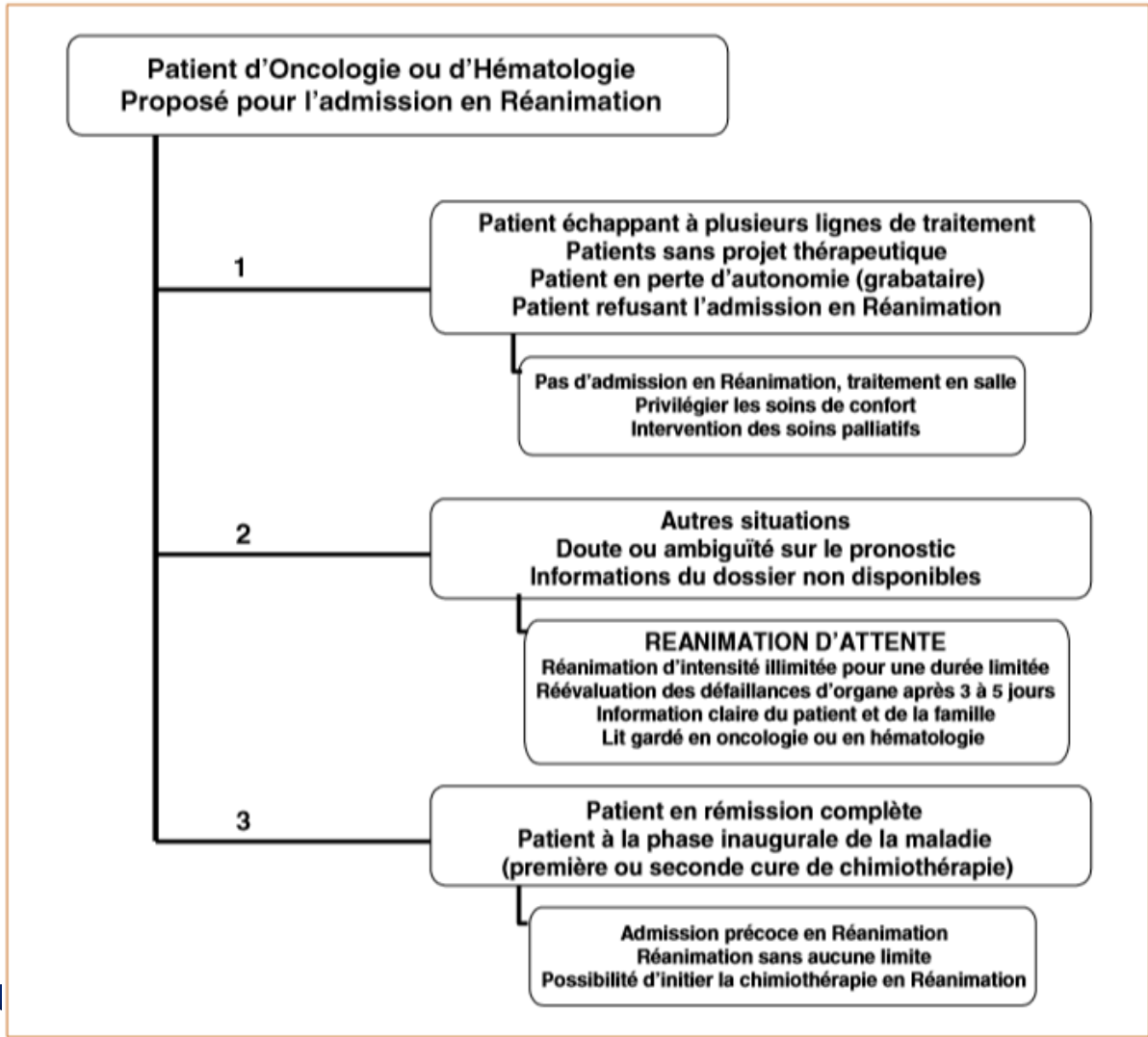
➤ Comment ?

- ✓ Décision collégiale et pluridisciplinaire dument justifiée

• **STAFF ONCO-PALLIATIF:**

- Pathologie suivie et traitement :
- Problématique actuelle et PEC mise en place :
- OMS
- Volonté patient/directives anticipées :
- STATUT REANIMATOIRE :
- Devenir :

Réanimation d'attente



FICHE URGENCE PALLIA A LA SORTIE D'HOSPITALISATION SI RAD => CONTINUITE DU PROJET DE SOINS

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

¹ NA = Non Applicable ou Inconnu

² Validé au préalable avec le service concerné

Version fiche 2017-06

A ENVOYER samu13.coordinateurs@ap-hm.fr



Equipe **M**obile **A**ccompagnement et **D**ouleurs cancéreuse **EMAD**

emad@hopital-europeen.fr

Secrétariat: 04-13-42-74-81

IDE: 04-13-42-70-77/ 04-13-42-74-77

Médecins: 04-13-42-74-76