



Equipe Mobile de Soins Palliatifs

PARCOURS EN SOINS PALLIATIFS AMBULATOIRES

Cahier des charges régional
ARS Nouvelle-Aquitaine
Janvier 2020

Texte de référence

1. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : « *Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement* » (article L1110.9 du Code de la Santé Publique) ;
2. Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie ;
3. Loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie;
4. Décret n°2016-1066 du 3 août 2016 modifiant le code de déontologie médicale et relatif aux procédures collégiales et au recours à la sédation profonde et continue jusqu'au décès prévus par la loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie ;
5. Décret n°2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie ;
6. Arrêté du 3 août 2016 relatif au modèle de directives anticipées prévu à l'article L. 1111-11 du code de la santé publique ;
7. Circulaire DHOS/O2/DGS/SD 5 D n°2002-98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, en application de la loi n°99-477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs ;
8. Circulaire DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs ;
9. Circulaire DHOS/O3/2006/506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile définit précisément les orientations générales de l'HAD ;
10. Circulaire DHOS/O2/O3/CNAMTS/2008/100 du 25 mars 2008 relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé en soins palliatifs ;
11. Document HAS relatif à l'organisation du parcours des patients en soins palliatifs : « *Comment favoriser le maintien à domicile des patients adultes relevant de soins palliatifs ?* »

Préambule

Définition des soins palliatifs et d'accompagnement

« Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. »¹

Prise en charge palliative et équipe mobile de soins palliatifs (EMSP)

« Le recours aux soins palliatifs s'organise en plusieurs niveaux de prise en charge, auxquels vient s'ajouter si besoin une équipe mobile de soins palliatifs, composée de plusieurs professionnels (médecin, infirmier, psychologue, kinésithérapeute et assistant de service social). Les équipes mobiles interviennent en appui des professionnels qui effectuent ces prises en charge. »²

Conformément à la circulaire du 25 mars 2008³, l'EMSP est une équipe pluri professionnelle exerçant une activité transversale d'expertise et de partenariat au sein des différents services d'établissements de santé. Les professionnels travaillent dans la transdisciplinarité afin de collaborer dans une dynamique garante de l'approche globale des patients et de leur entourage.

D'après le **Plan national 2015-2018, pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie** « une part encore trop importante de patients n'accède pas aux soins palliatifs dont ils ont pourtant besoin, notamment en raison d'une identification trop tardive »⁴.

Schéma régional de santé de Nouvelle-Aquitaine 2018-2023

Le schéma régional de santé de Nouvelle-Aquitaine précise qu'il convient de « favoriser l'accès aux soins palliatifs à domicile, y compris pour les résidents en établissements sociaux et médico-sociaux est un objectif essentiel, afin de permettre aux personnes de conserver leur qualité de vie »⁵.

L'accent est aussi mis sur la qualité de la prise en charge en cancérologie, qui passe également par l'accompagnement global qui est proposé au patient tout au long de son parcours, en prenant en considération le passage en soins palliatifs dès le dispositif d'annonce si nécessaire. « Cet accompagnement global... nécessitera en outre de veiller à ce que chaque patient atteint d'un cancer puisse avoir un accès aux soins palliatifs, y compris au domicile, dans l'ensemble de la région »⁶.

Argumentaire

Chaque année en France, deux tiers des décès sont dus à des maladies chroniques avancées susceptibles de relever d'une prise en charge incluant des soins palliatifs (cancers, maladies cardio-vasculaires, maladies neurodégénératives, etc...).

Les besoins en soins palliatifs sont actuellement accrus en raison du vieillissement de la population et de la sensibilisation du public à l'importance de ces soins et de leur qualité. Les besoins en services à domicile sont également intensifiés par les séjours hospitaliers plus courts, les progrès de la technologie médicale, la valorisation de la vie à domicile et l'accroissement de la fréquence des maladies chroniques qui engendrent souvent des pertes de mobilité. Ainsi, les prises en charge palliatives à domicile sont appelées à se développer. Pour rappel, 80 % des patients souhaitent finir leur vie chez eux alors que seulement 27 % sont décédés à domicile en 2010.

La sortie d'hospitalisation d'un patient qui reçoit des soins palliatifs peut être complexe. L'identification des patients relevant de soins palliatifs doit être précoce, chez toute personne atteinte d'une maladie grave, évolutive, en phase avancée ou terminale, quel que soit son âge. Le repérage précoce des patients permettra de mieux les aider et les accompagner dans le parcours de prise en charge, y compris pour la mise en place de soins de support.

¹ Article L.1110-10 du code de la santé publique.

² Référence à la circulaire du 25 mars 2008, relative à l'organisation de soins palliatifs.

³ Référence à la circulaire du 25 mars 2008, relative à l'organisation de soins palliatifs.

⁴ Action 12-1 du plan national 2015-2018, pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie.

⁵ Schéma régional de santé 2018-2023, ARS Nouvelle-Aquitaine, page 100.

⁶ Schéma régional de santé 2018-2023, ARS Nouvelle-Aquitaine, page 82.

Dans le lieu de vie habituel, la qualité de la prise en charge nécessite une coordination des professionnels, par un référent désigné, pour le partage des informations, en accord avec le patient. La continuité de la réponse doit être garantie 24h/24h. L'enjeu est que soient définis, notamment pour les situations complexes, les points suivants :

- ⇒ Les besoins et souhaits du patient, réévalués régulièrement par l'ensemble des intervenants du domicile pour ajuster la prise en charge ;
- ⇒ Les modalités de recours aux spécialistes en soins palliatifs de l'EMSP ;
- ⇒ Les modalités et procédures de prise en charge en urgence.

Le présent cahier des charges des EMSP de Nouvelle-Aquitaine a pour but de répondre aux besoins de toute la population en lien avec le schéma régional de santé de Nouvelle-Aquitaine 2018-2023.

Le cahier des charges s'appuie sur la circulaire DHOS/02 n°2008-89 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs et les recommandations HAS de décembre 2016.

1. PARCOURS SOINS PALLIATIFS et ACTIVITES SPECIFIQUES D'UNE EMSP

1.1. PARCOURS DE SOINS

La personne malade en situation palliative est le plus souvent à domicile ou en institution médico-sociale, selon ses souhaits et les possibilités.

- Une hospitalisation – Hospitalisation à domicile (HAD), unité de soins palliatifs (USP), lit identifié de soins palliatifs (LISP) – sera proposée en cas de besoin de la personne malade,
- Le retour à domicile est toujours envisagé, selon les souhaits ou les possibilités.

De nombreux professionnels de santé et bénévoles d'accompagnement interviennent, de façon coordonnée, au cours des différentes étapes du parcours de soins du patient.

- Ils assurent la continuité des soins et de l'accompagnement du patient et le soutien des proches,
- Le médecin traitant reste l'interlocuteur privilégié pour assurer la coordination des soins, l'orientation et le suivi du parcours du patient :
 - ✓ Il met en place le suivi médical personnalisé,
 - ✓ Il reçoit et transmet les informations concernant les traitements et les résultats d'examens.
- Les bénévoles d'accompagnement interviennent à la demande du patient ou des proches.

L'équipe mobile, en tant qu'équipe ressource, toujours en collaboration et en lien étroit avec les acteurs du domicile, dont le médecin généraliste mais aussi les autres professionnels de santé, propose des conseils et un soutien dans une approche globale et une évaluation de la personne sur le plan somatique, psychologique, socio-familial et spirituel par :

- ❖ Une évaluation de la situation (traitement de la douleur, souffrance morale, symptômes difficiles : respiratoires, digestifs, neurologiques, conseils en soins infirmiers, hypnose, relaxation...), réévaluation et suivi de la situation clinique ;
- ❖ L'organisation de l'accompagnement et du soutien psychologique du patient et de l'entourage autour de la maladie et dans le suivi de deuil ;
- ❖ Un travail de collaboration autour du projet de soins palliatifs adapté et personnalisé prenant en compte les souhaits et projets du patient ;
- ❖ L'organisation du soutien psychologique des professionnels : suivi individuel, groupe de parole et d'analyse de pratique spécifique aux situations complexes, groupe de parole et d'analyse de pratique palliative régulier ;
- ❖ Un travail de partenariat et de concertation auprès des équipes référentes dans le partage des bonnes pratiques, une aide à la réflexion, aux démarches décisionnelles comprenant les questions éthiques et dans une aide à la procédure collégiale ;
- ❖ Une aide à la réflexion autour de l'organisation du maintien ou du retour à domicile et vers d'autres établissements ;
- ❖ Une possibilité de participation ponctuelle au réseau de prise en charge des enfants dans les territoires sur sollicitation d'une des trois équipes ressources régionales en soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP) en lien avec des professionnels de santé libéraux et un pédiatre de proximité (expertise de proximité : les professionnels de santé seront alors individuellement formés par l'ERSPP au rythme des besoins) ;
- ❖ Une réponse coordonnée à apporter dans le cadre des nouveaux dispositifs territoriaux de coordination comme les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA).

1.2. FORMALISATION DES PARTENARIATS

Afin de garantir le parcours optimisé du patient, des conventions de coopération devront être signées entre :

- **EMSP et HAD** : L'HAD a vocation à faire partie du réseau de soins palliatifs (l'EMSP peut faire appel et s'appuyer sur les compétences de l'équipe d'HAD pour des prises en charge d'une certaine complexité et intensité).

L'intervention d'une HAD n'a pas la même spécificité de prise en charge en soins palliatifs que l'EMSP mais prend en charge de façon générale les patients nécessitant une technicité médicale et para médicale importante.

- **EMSP et EHPAD / autres établissements médico-sociaux⁷** : Des conventions de collaboration doivent être réalisées pour permettre à l'EMSP d'intervenir dans les établissements de son secteur géographique. Ces conventions doivent préciser certaines modalités pratiques (responsabilités, assurance, prise en charge des frais de déplacement, de formation, etc...) ainsi que les engagements mutuels. Un protocole suffit si l'EMS est interne à établissement de santé de l'EMSP.

Il est préconisé en outre d'élargir notamment ces conventions de coopération précitées aux équipes Relais Handicaps Rares.

- **EMSP et LISP en établissement** : L'intervention de l'EMSP n'est pas à proscrire mais ne doit être envisagée que pour des situations complexes justifiant ce recours :
 - o si les LISP sont dans l'établissement de l'EMSP : une procédure doit être réalisée pour définir les modalités d'intervention de l'EMSP,
 - o si les LISP sont dans un autre établissement : une convention est nécessaire.
- **EMSP et établissements sanitaires sans LISP** : L'intervention d'une EMSP dans les services d'un établissement extérieur sans LISP ni compétences en soins palliatifs nécessite la réalisation d'une convention.

2. INTERVENTIONS DES EQUIPES MOBILES DE SOINS PALLIATIFS

2.1. INTERVENTIONS DANS UN OU PLUSIEURS ETABLISSEMENT(S) DE SANTE

L'EMSP collabore avec les partenaires des filières palliatives en intra hospitalier ou les établissements de santé publics et privés.

2.2.1 PRINCIPES REGIONAUX

- La part de patients en établissements de santé ne doit pas représenter plus de 50% de la file active totale suivie par l'EMSP.

2.2.2 MISSIONS DE L'EMSP

- Auprès de toutes les personnes malades atteintes de maladies chroniques et en fin de vie séjournant dans tous les services de l'établissement, y compris dans les services d'urgence ;
- Pour les LISP : collaboration ponctuelle concernant les suivis, groupes de parole, participation à certains staffs ;
- Pour les USP où l'EMSP peut évaluer les demandes d'admission en USP en intra hospitalier, les valider ou les orienter vers d'autres services ou structures plus adaptés à la situation et participer au projet personnalisé en appui des équipes affectées à ces unités ;
- Pour les HAD : collaboration ponctuelle concernant les suivis, groupes d'analyse de pratique mensuels.

2.2.3 INDICATEURS D'EVALUATION

- Nombre de nouveaux patients au sein de l'établissement de santé de rattachement ;
- Nombre de nouveaux patients dans un autre établissement de santé ;
- Nombre d'expertises / conseils téléphoniques par patient;

⁷ Dont les ESMS prenant en charge les personnes polyhandicapées, les personnes cérébrolésées avec tableaux sévères de handicap, les personnes atteintes de maladie neurodégénérative

2.2. INTERVENTIONS au DOMICILE PERSONNEL ou en ETABLISSEMENT SOCIAL ou MEDICO SOCIAL

L'EMSP ne doit jamais se déplacer dans l'urgence pour les soins palliatifs. Des appels téléphoniques réitérés de professionnels dans des situations d'échecs répétés, peuvent justifier un séjour d'évaluation en LISP ou en USP, ou un appel au SAMU-Centre 15.

Elle n'a pas vocation à prescrire de traitement.

Principes communs : La part des patients à domicile (Etablissements sociaux ou médico sociaux - Domicile personnel) doit représenter au moins 50% de la file active totale suivie par l'EMSP.

Pour ceux-ci (patients résidant en EMS ou à leur domicile personnel), l'EMSP doit assurer au moins la moitié de ses interventions en se déplaçant physiquement au domicile.

Pour tous les établissements qui n'ont pas encore à ce jour atteint ces objectifs, un délai de 2 ans pourra leur être octroyé pour une montée en charge, mais l'indicateur d'évaluation demandé dès 2020 sera appliqué en 2022.

2.2.4 INTERVENTIONS en ETABLISSEMENT MEDICO-SOCIAL (EMS)

2.2.4.1 Principes régionaux :

- L'EMSP s'assure que le médecin coordonnateur est formé aux soins palliatifs pour chaque EMS ;
- L'EMSP s'assure qu'au moins une infirmière est formée aux soins palliatifs par EMS.

2.2.4.2 Missions :

- Formation et soutien des équipes médico-sociales dont l'aide à l'anticipation des urgences palliatives et à la mise en place de conduites à tenir anticipée, y compris si décision de non hospitalisation le cas échéant ;
- Conseil à la gestion des situations palliatives complexes en EMS ;
- Préconisation et aide à la réalisation de prescriptions anticipées personnalisées (PAP) ;
- Appui à la gestion de syndromes douloureux rebelles (dont soins douloureux)⁸, symptômes réfractaires, adaptation de la nature des soins et des traitements, iatrogénie, troubles nutritionnels et cutanés, troubles d'ordre psychologique, etc ;
- Accompagnement, dans le cadre de réunions collégiales, de la mise en place de la sédation profonde et continue jusqu'au décès au domicile⁹.

2.2.4.3 Indicateurs d'évaluation :

- Nombre de nouveaux patients dans un établissement médico-social de l'établissement ;
- Nombre de nouveaux patients dans un établissement médico-social extérieur ;
- Nombre de conventions réalisées entre l'EMSP et les EMS.

2.2.5 INTERVENTIONS AU DOMICILE SOCIAL ou PERSONNEL DU PATIENT

L'intervention d'une EMSP au domicile personnel du patient doit se faire en priorité à la demande du médecin traitant ou des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient.

De façon générale, toute sollicitation directe de déplacement de l'EMSP émanant d'un patient, de son entourage ou de sa famille ne pourra être prise en compte sans accord du médecin traitant en charge du patient.

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASSAD) et les services d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés (SAMSAH) peuvent intervenir à domicile pour dispenser des soins aux personnes âgées et aux personnes handicapées et contribuer ainsi à ces prises en charge à contrario des EMSP qui n'ont pas vocation à prodiguer des soins mais à intervenir en complémentarité.

⁸ Voir annexe N°1: Echelle d'observation comportementale de la douleur chez les patients adultes non communicants (EOC)

⁹ Voir annexe N°2: Echelle de Richmond et Typologie SEDAPALL

2.2.5.1 Principes régionaux :

- Le médecin traitant est au cœur de la prise en charge du patient lors de l'intervention d'une EMSP. Exceptionnellement, le médecin de l'EMSP peut être amené à intervenir en cas d'indisponibilité ou d'absence du médecin traitant ;
- Les sorties EMSP au domicile sont limitées aux situations complexes nécessitant une expertise ;
- La présence d'une équipe multidisciplinaire autour du patient (médecin traitant, infirmière à minima, pharmacien ...) est favorisée autant que possible ;
- Travail en équipe auprès du patient et de son entourage / sa famille ;
- Collaboration et non substitution avec les équipes soignantes.

2.2.5.2 Missions :

- Coordination et soutien des professionnels et acteurs du domicile ;
- Veille sur la faisabilité et les limites de la prise en charge ;
- Préconisation de la réalisation des prescriptions anticipées ;
- Accompagnement, dans le cadre de réunions collégiales, de la mise en place de pratiques sédatives dont la sédation profonde et continue jusqu'au décès au domicile.

2.2.5.3 Modalités de réponses pour un patient à domicile :

- S'assurer que le patient :
 - 1) Ne relève pas d'une prise en charge aux urgences ;
 - 2) Ne relève pas de l'HAD¹⁰ (l'EMSP pouvant intervenir, si besoin, en expertise téléphonique sans déplacement) ;
 - 3) Est à son domicile ou dans un lieu d'accueil social (LHSS - ACT - LAM¹¹...) ;
 - 4) Relève d'une situation palliative évaluée au moyen des fiches « Pallia 10 »¹² ou « Pallia 10 Géronto »¹³, complétée par des professionnels de santé auprès du patient (médecin, IDE...);
- Vérifier la pertinence du déplacement ou de la réponse téléphonique au regard des critères définis ci-dessous.

2.2.5.4 Indicateurs d'évaluation :

- Nombre annuel de patients pris en charge au domicile personnel ou social (EMS) ;
- Nombre annuel de patients suivis par l'EMSP et décédés au domicile ;
- Nombre annuel de patients pris en charge à leur domicile personnel et orientés en USP ou LISP.

2.2.6 CRITERES DE DEPLACEMENT AU DOMICILE PERSONNEL DU PATIENT

Le déplacement de l'EMSP est justifié pour toute situation où la connaissance précise du milieu de vie du patient, de son projet de vie, de la souffrance de l'aidant, de la famille ou des équipes soignantes, des traitements et de leurs effets, requièrent une rencontre avec le patient, les professionnels et les proches pour élaborer une véritable expertise dans le conseil présentiel.

Le déplacement du médecin sera évalué en fonction des différentes situations rencontrées et le déplacement d'une équipe paramédicale pourra être préféré en amont.

La télémédecine sous forme de télé expertise ou téléconsultation pourra représenter une alternative afin d'accompagner le médecin traitant y compris pour éviter des hospitalisations si besoin.

Les situations sont plus spécifiquement :

- Demande de médecins traitants ou équipes soignantes pour des situations complexes nécessitant une évaluation précise et globale du patient (ex : collégialité...);
- Symptômes devenant réfractaires après traitements inefficaces ;
- Situations conflictuelles entre médecin traitant et équipes soignantes ou familles (ex : questions éthiques...);
- Questionnement sur la mise en place d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès ;
- Présence d'indicateurs médico-psycho-sociaux défavorables (ex : précarité, vulnérabilité, handicap...).

¹⁰ L'HAD est sollicitée en priorité pour tout patient qui en est bénéficiaire.

¹¹ LHSS : lits halte soins santé - ACT : appartements d'accueil thérapeutique - LAM : lits d'accueil médicalisés

¹² Voir annexe n° 3: fiche Pallia 10

¹³ Voir annexe n°4: Fiche Pallia 10 Géronto

3. COUVERTURE TERRITORIALE D'UNE EMSP POUR UNE REPONSE AUX BESOINS

Le fait que la zone géographique de l'EMSP « *corresponde à un territoire déjà reconnu dans le domaine sanitaire ne peut que renforcer la cohérence et la force des projets mis en œuvre* »¹⁴.

Afin de garantir la couverture la plus adaptée au territoire et de limiter les distances à parcourir, les EMSP devront s'inscrire dans un ou plusieurs territoire(s) SMUR¹⁵ voire infra territoire(s) en cas de territoire trop étendu ou de densité populationnelle forte, pour optimiser les prises en charge en soins palliatifs à domicile et avec les établissements de santé publics ou privés concernés (avec ou sans LISP), ainsi que tous les établissements médico-sociaux (EHPAD – MAS – FAM – SSIAD...). A défaut de territoires SMUR infra-départementaux identifiés, la référence sera le territoire départemental.

Les EMSP des différents territoires devront s'organiser entre elles pour être en conformité avec cette préconisation en lien avec la délégation départementale de l'ARS. En cas de conflit pour un site d'intervention, c'est l'EMSP qui est la plus proche qui a vocation à intervenir en priorité y compris pour les territoires limitrophes (à l'exception des zones extra régionales à la Nouvelle-Aquitaine).

En conséquence, pour chaque EMSP :

- Contact du ou des services d'accueil des urgences (SAU) de son territoire et partage de bonnes pratiques ;
- Identification de toutes les structures sanitaires, médico-sociales de proximité avec lesquelles il convient de réaliser et signer une convention ;
- Intégration pour les structures, au sein de leur projet d'établissement, d'un volet « Soins Palliatifs » et de procédures liées à la fin de vie.

4. COMPOSITION MINIMUM D'UNE EQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS - ORGANISATION SOCLE ET OUTILS

4.1. COMPOSITION ET COMPETENCES PROFESSIONNELLES (temps plein ou partiel)

- Médecin ;
- Infirmier ;
- Psychologue ;
- Assistant Médico-Administratif (AMA).

En complément d'autres professionnels peuvent appuyer l'équipe (le plus souvent à temps partiel) :

- Kinésithérapeute (qui n'a pas vocation à être remplacé par un psychomotricien ou un APA) ;
- Assistant de service social¹⁶.

Temps de superviseur (psychologue, extérieur à l'équipe) : 2 vacations par mois

4.2. ORGANISATION

- Permanence de l'équipe pluridisciplinaire de l'EMSP assurée de 9h à 17h du lundi au vendredi ;
- Répondeur en dehors de ces heures et en cas d'indisponibilité des membres de l'équipe ;
- Numéro de téléphone unique¹⁷ ainsi qu'une messagerie sécurisée type « **MS santé** » pour chaque site d'EMSP.

4.3. OUTILS

- Annuaire des EMSP et des partenaires, révisé annuellement, connu et transmis à tous les professionnels du territoire, soit sous forme papier soit sous forme dématérialisée (ex : Guide des soins palliatifs et d'accompagnement de Nouvelle-Aquitaine : www.capalliatif.org) ;
- Répertoire opérationnel des ressources (ROR) permettant d'avoir la connaissance des communes d'intervention et des lits disponibles chaque jour en soins palliatifs ;

¹⁴ Circulaire DHOS/02/03/CMANTSno2008-100 du mars 2008 relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé en soins palliatifs

¹⁵ Voir annexe N°5 : Territoires SMUR

¹⁶ En propre ou à disposition

¹⁷ A communiquer à l'ARS

- Equipement en matériel de télémédecine aux normes fixées par l'ARS et ESEA en région Nouvelle-Aquitaine : www.esea-na.fr ;
- Usage conseillé de PAACO Globule pour la gestion et le partage des dossiers patients ;
- Usage conseillé de Via Trajectoire pour l'orientation vers la prise en charge plus rapide des patients vers des LISP ou USP disponibles au plus près du patient.

5. ROLE de FORMATION des EMSP

Les EMSP doivent former les professionnels et les équipes prenant en charge les patients en soins palliatifs dans les établissements médico-sociaux et les professionnels de santé du premier recours. Elles veilleront notamment, à optimiser ces temps de formation collective, par des regroupements de 10 à 15 personnes, sans dépasser pour chaque EMSP une durée minimale de 20 heures et maximale de 120 heures par an y compris en Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI), Instituts de formation d'aide soignants (IFAS) ou diplômes universitaires sauf pour les CHU.

L'enjeu est que le temps dédié à la formation n'aie pas de conséquence sur le nombre de patients justifiant une expertise en soins palliatifs, ni sur leurs délais de prise en charge.

Indicateurs d'évaluation :

- Nombre total annuel d'heures de formations théoriques délivrées / animées :
 - Dont nombre total annuel d'heures de formations en IFSI, IFAS ou diplôme universitaire ;
- Nombre total annuel de professionnels formés (y compris les étudiants) :
 - Dont nombre annuel de professionnels formés aux soins palliatifs en EMS ;
 - Dont nombre annuel de professionnels formés de premier recours (MSP, médecine de ville, IDE...).

6. COMMENT EVITER TOUTE RUPTURE de PRISE EN CHARGE du PATIENT ?

Tout patient relevant d'une prise en charge palliative doit pouvoir bénéficier d'une réponse dans la continuité 7 jours 7 sur son territoire. L'équipe mobile de soins palliatifs n'a pas vocation à assurer une astreinte téléphonique le soir, les week-ends et les jours fériés mais doit s'assurer que la continuité d'une réponse est apportée (par le médecin traitant, par une astreinte de médecine couvrant aussi la prise en charge de patients d'EMSP, par une astreinte mutualisée entre plusieurs établissements assurant une activité de soins palliatifs ou par toute autre organisation définie par l'établissement).

En conséquence, les EMSP assurent les missions suivantes :

- Information des acteurs sur le dispositif territorial : médecin traitant, infirmier libéral ou SSIAD et SPASSAD, USP de proximité et médecin d'astreinte, si nécessaire le médecin du secteur de garde ambulatoire, SAMU-Centre 15 ;
- Communication du dispositif d'astreinte existant sur le territoire de proximité ou régional mutualisé ;
- Rédaction de la fiche Urgence Pallia, en lien avec le médecin traitant (aide à la décision pour l'appel au SAMU-Centre 15), chaque fois que possible.

7. MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN TELEMEDECINE

7.1. CONTEXTE de MISE en OEUVRE

Dans le cadre du déploiement de la télémédecine au sein des EMSP en région Nouvelle-Aquitaine, l'ARS a souhaité accompagner trois sites pilotes pour expérimenter ces nouveaux usages en 2019.

L'ARS a missionné le « GIP E-Santé En Action » pour accompagner ces projets sur les volets organisationnels et techniques.

L'usage de ces nouvelles technologies doit être évalué par le médecin pour ajouter notamment une aide à distance. Il s'agit d'améliorer le suivi des patients et de lutter contre des inégalités territoriales d'accès aux soins palliatifs.

Les objectifs visent à :

- Améliorer l'accessibilité à des soins de qualité à tous sur tout le territoire ;
- Optimiser l'utilisation du temps des ressources médicales rares ;
- Améliorer la collaboration entre professionnels de santé pour la prise en charge et la réalisation d'actes ;
- Mieux adapter les Parcours Personnalisés de Soins des patients (PPS).

Les acteurs concernés devront s'appuyer sur les recommandations HAS actualisées à l'adresse suivante : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2971632/fr/teleconsultation-et-teleexpertise-guide-de-bonnes-pratiques.

7.2. LES ACTES de TELEMEDECINE

Ces interventions peuvent être réalisées en :

- Télé Expertise :

La télé expertise vise à permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières.

Des réunions de concertation pluri professionnelles permettant, par exemple, une réflexion autour de l'engagement thérapeutique, d'éventuelles limitations ou arrêts de traitements, la mise en œuvre d'une démarche éthique, sont possibles dans ce cadre. La nécessaire collégialité, préconisée par la loi Leonetti et Leonetti Claeys, peut parfaitement se déployer en télé-expertise¹⁸.

Depuis février 2019, ces actes sont pris en charge par l'assurance maladie (avenant 6 de la convention médicale).

- Téléconsultation :

La téléconsultation vise à permettre à un professionnel médical de mener une consultation à distance avec un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation.

L'objectif poursuivi est donc de prendre en compte la gestion des symptômes ou syndromes résistants ou réfractaires, l'adaptation de la nature des soins et des traitements, la iatrogénie, les troubles nutritionnels et cutanés, les troubles d'ordre psychologique etc....

Depuis septembre 2018, ces actes sont pris en charge par l'assurance maladie (avenant 6 de la convention médicale) dans les conditions du respect du parcours de soin.

7.3. INDICATEURS D'EVALUATION

- Nombre annuel de nouveaux patients vus en téléconsultation ;
- Nombre annuel de télé expertises effectuées par type (collégialité - projets de soins - projets de vie – débriefings de situations complexes) ;
- Nombre annuel de patients orientés en hospitalisation ;
- Délai moyen et médian entre l'évaluation téléphonique / la décision de prise en charge et le début d'intervention en déplacement / en télémédecine.

Suite à ces expérimentations en Nouvelle-Aquitaine, un avenant au cahier des charges sera réalisé afin que les autres équipes mobiles puissent s'approprier ces nouveaux savoir-faire développés.

¹⁸ analyse du projet pilote du centre universitaire de Nice

8. INTERCONNEXIONS ENTRE EQUIPES MOBILES

Chaque territoire de Nouvelle-Aquitaine dispose de plusieurs équipes mobiles qui peuvent apporter leur expertise spécifique dans des domaines complémentaires (équipe mobile précarité et psychiatrie (EMPP), équipe mobile de gériatrie (EMOG), équipe mobile de rééducation (EMR), PASS mobile....). Il conviendra donc que chaque demande de prise en charge fasse l'objet d'une analyse quant à la pertinence du déplacement d'une équipe mobile sur le territoire.

La plateforme territoriale d'appui (PTA) de chaque territoire, chargée notamment de la coordination pour la prise en charge des cas complexes, peut représenter - entre autres - un lieu approprié de la demande d'expertise de ces différentes équipes.

ANNEXES

- Annexe n°1 : Echelle d'observation comportementale de la douleur chez les patients adultes non communicants (EOC)
- Annexe n°2 : Echelle de Richmond et Typologie SEDAPALL
- Annexe n°3 : Fiche Pallia 10
- Annexe n°4 : Fiche Pallia 10 Géroto
- Annexe n°5 : Territoires SMUR
- Annexe n°6 : Fiche Urgence Pallia
- Annexe n°7 : Tableaux d'indicateurs.

ANNEXE N°1 : Echelle d'observation comportementale de la douleur chez les patients adultes non communicants (EOC)



EOC modifiée

*Echelle d'Observation Comportementale
modifiée*



Echelle d'Observation Comportementale modifiée			Score
<i>Noter pour chaque item la situation caractérisant au mieux le patient.</i>			
Pousse des gémissements, des plaintes <small>(Expression de pleurs, de gémissements, de cris avec ou sans larmes)</small>	Absent Faible Marqué	0 1 2	
Front plissé, crispation du visage <small>(Expression du visage, du regard, et mimiques douloureuses)</small>	Absent Faible Marqué	0 1 2	
Attitudes antalgiques visant à la protection d'une zone en position de repos "assis ou allongé" <small>(Recherche active d'une posture inhabituelle ou adoption spontanée et continue d'une position de protection d'une zone présumée douloureuse)</small>	Absent Faible Marqué	0 1 2	
Mouvements précautionneux <small>(A la sollicitation, réaction de défense coordonnée ou non d'une zone présumée douloureuse, ou évitement de la mobilisation d'une zone présumée douloureuse)</small>	Absent Faible Marqué	0 1 2	
Agressivité/agitation ou mutisme/prostration <small>(Communication intensifiée traduite par une forte agitation ou absence/refus de communication traduit par une absence de mouvements ou replis sur soi)</small>	Absent Faible Marqué	0 1 2	
Score total <i>Le patient est considéré comme douloureux si le score total est supérieur ou égal à 2.</i>			/10

Echelle d'Observation Comportementale modifiée			Score
<i>Noter pour chaque item la situation caractérisant au mieux le patient.</i>			
Pousse des gémissements, des plaintes <small>(Expression de pleurs, de gémissements, de cris avec ou sans larmes)</small>	Absent Faible Marqué	0 1 2	
Front plissé, crispation du visage <small>(Expression du visage, du regard, et mimiques douloureuses)</small>	Absent Faible Marqué	0 1 2	
Attitudes antalgiques visant à la protection d'une zone en position de repos "assis ou allongé" <small>(Recherche active d'une posture inhabituelle ou adoption spontanée et continue d'une position de protection d'une zone présumée douloureuse)</small>	Absent Faible Marqué	0 1 2	
Mouvements précautionneux <small>(A la sollicitation, réaction de défense coordonnée ou non d'une zone présumée douloureuse, ou évitement de la mobilisation d'une zone présumée douloureuse)</small>	Absent Faible Marqué	0 1 2	
Agressivité/agitation ou mutisme/prostration <small>(Communication intensifiée traduite par une forte agitation ou absence/refus de communication traduit par une absence de mouvements ou replis sur soi)</small>	Absent Faible Marqué	0 1 2	
Score total <i>Le patient est considéré comme douloureux si le score total est supérieur ou égal à 2.</i>			/10

ANNEXE N°2 : Echelle de Richmond et Typologie SEDAPALL

Echelle de Richmond

Guide HAS 2018 . Version 2018 par F GUIRIMAND (Equipes de la Maison Médicale Jeanne Garnier). Diffusée par la SFAP

Niveau	Description	Définition	
+4	Combatif	Combatif ou violent, danger immédiat envers l'équipe	
+3	Très agité	Tire ou arrache tuyaux et cathéters, cherche à quitter le lit, et/ou agressif envers l'équipe	
+2	Agité	Mouvements fréquents sans but précis, assez vigoureux	
+1	Ne tient pas en place	Anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressifs	
0	Eveillé et calme		
-1	Somnolent	Pas complètement éveillé, mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (> 10 sec)	stimulation verbale
-2	Diminution légère de la vigilance	Ne reste éveillé que brièvement avec contact visuel à l'appel (< 10 sec)	
-3	Diminution modérée de la vigilance	N'importe quel mouvement à l'appel (ex : ouverture des yeux) mais sans contact visuel	
-4	diminution profonde de la vigilance	Aucun mouvement à l'appel, mais n'importe quel mouvement à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule puis du sternum)	stimulation physique
-5	Non réveillable	Aucun mouvement, ni à l'appel, ni à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule puis du sternum)	

Sessler CN, Gosnell MS, Grap MJ, Brophy GM, O'Neal PV, Keane KA, et al. The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2002;166:1338-44.
Validation française. Chanques G, Jaber S, Barbotte E, Verdier R, Henriette K, Lefrant J-Y, et al. [Validation of the french translated Richmond vigilance-agitation scale]. *Ann. Fr. Anesthésie Réanimation.* 2006;25:696-701.

Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs
106 avenue Emile Zola - 75015 PARIS
<http://www.sfap.org> - 01 45 75 43 86 - sfap@sfap.org



SEDAPALL

Typologie des pratiques sédatives à visée palliative en fin de vie

Axe D Durée prescrite	type
sédation transitoire (à durée déterminée, réversible)	D1
sédation à durée indéterminée (mais potentiellement réversible)	D2
sédation maintenue jusqu'au décès (irréversible)	D3
Axe P Profondeur	type
sédation proportionnée	P1
sédation profonde d'emblée	P2
Axe C Consentement Demande	type
absence de consentement	C0
consentement donné par anticipation	C1
consentement	C2
demande de sédation par le patient	C3

Cette fiche s'utilise avec le guide de passation diffusé par le groupe de travail SEDATIONS. Travail coordonné par B. DEVALOIS, V. MOREL, F. GUIRIMAND, M. MAUVIEL, M. BROUKE, L. COPEL, disponible sur le site de la SFAP http://www.sfap.org/system/files/sedapall_vf1.pdf—Ref. DEVALOIS et coll. EAPC congress 2017, FISP 2018

ANNEXE 3 : Fiche Pallia 10

QUE SONT LES SOINS PALLIATIFS¹ ?

Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluriprofessionnelle. Dans une approche globale et individualisée, ils ont pour objectifs de :

- Prévenir et soulager la douleur et les autres symptômes, prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la dignité de la personne soignée.
- Limiter la survenue de complications, en développant les prescriptions anticipées personnalisées
- Limiter les ruptures de prises en charge en veillant à la bonne coordination entre les différents acteurs de soin.

La démarche de soins palliatifs vise à éviter les investigations et les traitements déraisonnables tout en refusant de provoquer intentionnellement la mort. Selon cette approche, le patient est considéré comme un être vivant et la mort comme un processus naturel.

ET L'ACCOMPAGNEMENT¹ ?

L'accompagnement d'un malade et de son entourage consiste à apporter attention, écoute, réconfort, en prenant en compte les composantes de la souffrance globale (physique, psychologique, sociale et spirituelle). Il peut être mené en lien avec les associations de bénévoles. L'accompagnement de l'entourage peut se poursuivre après le décès pour aider le travail de deuil.

A QUI S'ADRESSENT-ILS¹ ?

Aux personnes atteintes de maladies graves évolutives ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée et terminale, en accompagnant leurs familles et leurs proches.

¹ Soins palliatifs et accompagnement. Coll. Repères pour votre pratique. Inpes, mai 2009.

QUEL EST LE CADRE LEGAL ?

Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs : « Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement »

Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (« loi Léonetti ») : propose aux professionnels de santé un cadre de réflexion reposant sur le respect de la volonté de la personne malade (directives anticipées, personne de confiance), le refus de l'obstination déraisonnable. Elle indique les procédures à suivre dans les prises de décisions : collégialité et traçabilité des discussions, de la décision et de son argumentation.

OU TROUVER UNE EQUIPE DE SOINS PALLIATIFS EN FRANCE ?

Répertoire national des structures :

www.sfap.org

Accompagner la fin de la vie, s'informer, en parler :

 N°Azur 0 811 020 300
PRIX APPEL LOCAL

Les coordonnées de votre équipe ressource en soins palliatifs :

D100105-avril 2010



PALLIA 10

Quand faire appel à une équipe de soins palliatifs ?

Outil d'aide à la décision en 10 questions

Accès aux soins palliatifs :
→ un droit pour les patients
→ une obligation professionnelle pour les équipes soignantes

Avec le soutien institutionnel des laboratoires Nycomed

NYCOMED

(version 1- juin 2010)

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	

ANNEXE N°4 : Fiche Pallia 10 Géroto

QUE SONT LES SOINS PALLIATIFS¹ ?

Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluriprofessionnelle. Dans une approche globale et individualisée, ils ont pour objectifs de :

- Prévenir et soulager la douleur et les autres symptômes, prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la dignité de la personne soignée.
- Limiter la survenue de complications, en développant les prescriptions anticipées personnalisées
- Limiter les ruptures de prises en charge en veillant à la bonne coordination entre les différents acteurs de soin.

La démarche de soins palliatifs vise à éviter les investigations et les traitements déraisonnables tout en refusant de provoquer intentionnellement la mort. Selon cette approche, le patient est considéré comme un être vivant et la mort comme un processus naturel.

ET L'ACCOMPAGNEMENT¹ ?

L'accompagnement d'un malade et de son entourage consiste à apporter attention, écoute, réconfort, en prenant en compte les composantes de la souffrance globale (physique, psychologique, sociale et spirituelle). Il peut être mené en lien avec les associations de bénévoles. L'accompagnement de l'entourage peut se poursuivre après le décès pour aider le travail de deuil.

A QUI S'ADRESSENT-ILS¹ ?

Aux personnes atteintes de maladies graves évolutives ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée et terminale, en accompagnant leurs familles et leurs proches.

¹ Soins palliatifs et accompagnement. Coll. Repères pour votre pratique. Inpes, mai 2009.

QUEL EST LE CADRE LEGAL ?

Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs : « Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement »

Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (« loi Léonetti ») : propose aux professionnels de santé un cadre de réflexion reposant sur le respect de la volonté de la personne malade (directives anticipées, personne de confiance), le refus de l'obstination déraisonnable. Elle indique les procédures à suivre dans les prises de décisions : collégialité et traçabilité des discussions, de la décision et de son argumentation.

LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie : Cette loi clarifie les conditions de l'arrêt des traitements au titre du refus de l'obstination déraisonnable. Elle instaure un droit à la sédation profonde et continue jusqu'au décès pour les personnes dont le pronostic vital est engagé à court terme. Les directives anticipées deviennent l'expression privilégiée de la volonté du patient hors d'état de le faire et s'imposent désormais aux médecins.

OU TROUVER UNE EQUIPE DE SOINS PALLIATIFS EN FRANCE ?

Répertoire national des structures :

www.sfap.org

Accompagner la fin de la vie, s'informer, en parler :

 N°Azur 0 811 020 300

PRIX APPEL LOCAL



PALLIA 10 GERONTO

Quand faire appel à une équipe de soins palliatifs ?

Outil d'aide à la décision
en 10 questions

Accès aux soins palliatifs :
→ un droit pour les patients
→ une obligation professionnelle
pour les équipes soignantes

(version mai 2016)

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.

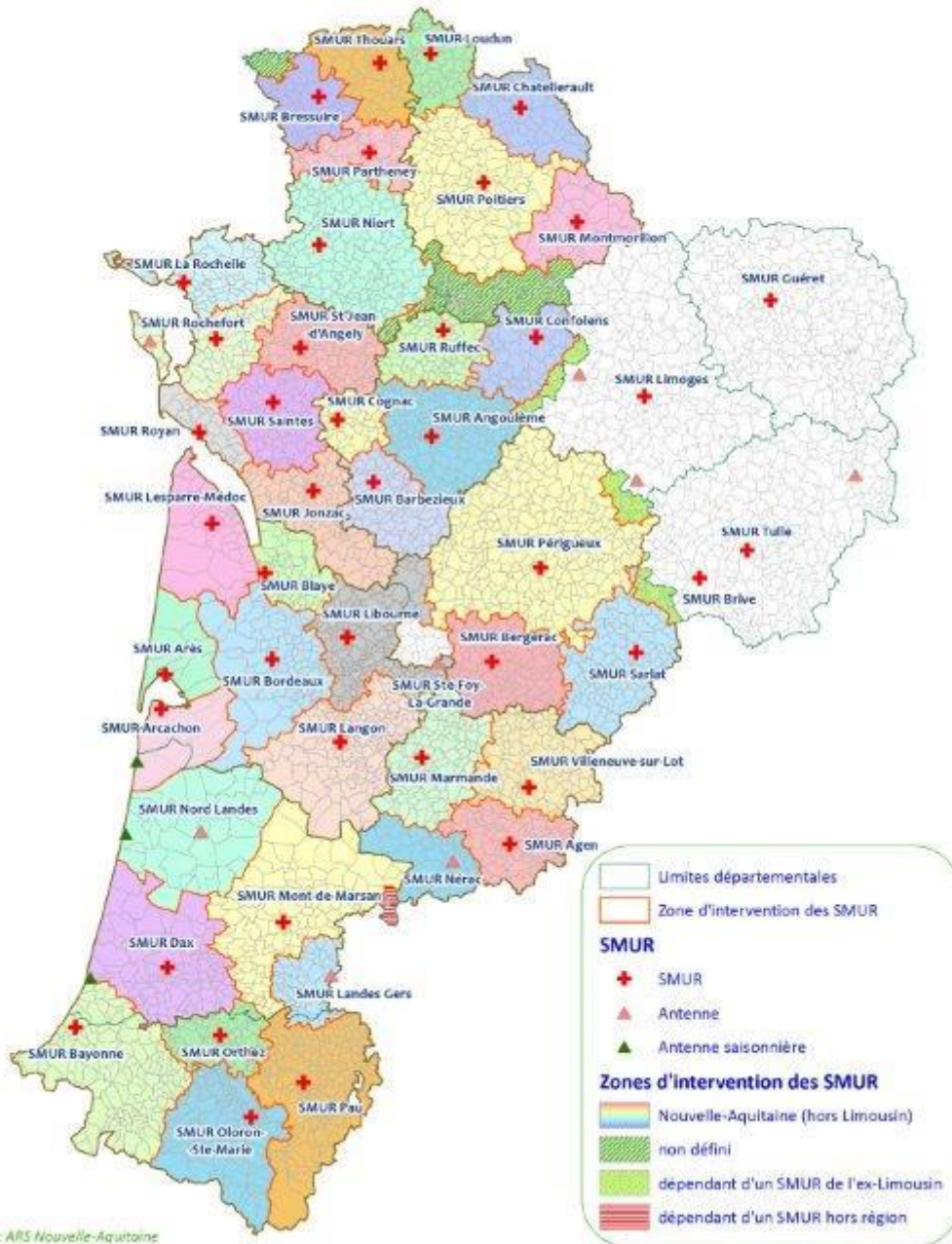
La présence de l'item 1 est obligatoire. Une seule réponse positive aux autres items peut suffire à envisager le recours à une équipe spécialisée en soins palliatifs.

	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	Isolement, 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 tatouage 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.	

ANNEXE 5 : TERRITOIRES SMUR



Zones d'intervention des SMUR en Nouvelle-Aquitaine



Source : ARS Nouvelle-Aquitaine
 Cartographie : ARS Nouvelle-Aquitaine - DPSR, PESE
 Fonds de carte : IGN / ESRI ©

Juin 2017

ANNEXE 6 : Fiche Urgence Pallia



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 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 NA¹ **Tél** :
Médecin hospitalier référent : Dr **Tél** :
Service hospitalier référent : **Tél** :
Lit de repli possible² : **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
 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



Annexe Fiche URGENCE PALLIA

La fiche URGENCE PALLIA se doit d'être synthétique pour une lecture rapide par les médecins régulateurs ou urgentistes.

Cette fiche annexe vous permet de détailler les notions résumées dans la fiche.

Date de rédaction de la fiche URGENCE PALLIA à laquelle cette fiche annexe se rapporte :

Si différente, date de rédaction de cette fiche annexe :

Nom du rédacteur :

Statut du rédacteur :

CONCERNANT CE PATIENT : M. Mme

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Précisions concernant la situation décrite dans la fiche URGENCE PALLIA :

ANNEXE 7 : TABLEAUX INDICATEURS

Activité clinique			
Nouveaux patients : nombre de patients ou cas de famille de patients de la file active non connus ou suivis l'année N-1 par l'EMSP :	Total	« Vu » Intervention physique	« Jamais vu » Conseil téléphonique
Au sein de l'établissement de santé de rattachement de l'EMSP			
Dans un autre établissement de santé			
Dans un établissement social ou médico-social (dont EHPAD) de l'établissement			
Dans un établissement social ou médico-social (dont EHPAD) extérieur			
Au domicile social ou personnel du patient			
Activité globale	Total		
Nombre total annuel de nouveaux patients pris en charge par l'EMSP			
Nombre annuel de réunions pluridisciplinaires en établissement sanitaire et/ou retour d'expérience			
Nombre annuel de réunions pluridisciplinaires en EMS et/ou retour d'expérience			
Nombre annuel de réunions pluridisciplinaires au domicile et/ou retour d'expérience			
Nombre de conventions réalisées entre l'EMSP et les établissements de santé			
Nombre de conventions réalisées entre l'EMSP et les EMS			
Nombre annuel de patients suivis par l'EMSP et décédés au domicile			
Nombre de patients pris en charge à son domicile personnel et orientés en USP ou LISP			
Activité de formation	Total		
Nombre total annuel d'heures de formations "théoriques" délivrées/animées			
<i>DONT : Nombre d'heures d'heures de formation en IFSI – IFAS - Diplôme universitaire</i>			
Nombre total annuel de professionnels formés aux soins palliatifs (y compris les étudiants)			
<i>DONT : Nombre de professionnels formés aux soins palliatifs en EMS</i>			
<i>DONT : Nombre de professionnels formés aux soins palliatifs de 1er recours (MSP – médecine de ville - IDE)</i>			
Recours aux soins palliatifs	Total		
Nombre annuel de patients adressés par la PTA vers l'EMSP			
Délais moyens d'intervention pour déplacement au domicile personnel ou social			
Délais moyens d'intervention pour déplacement en EMS			
Evaluation de la couverture géographique	Total		
Nombre de communes couvertes par l'EMSP ¹⁹			
Part des EHPAD ayant bénéficié d'au moins une intervention sur site de l'EMSP dans l'année (Nombre d'EHPAD concernés / nombre total d'EHPAD du territoire couvert)			

¹⁹ Fournir la liste des communes couvertes par l'EMSP (domicile – EMS – ES)

