

HAD et EMSP : ensemble du début jusqu'à la fin

Dr Marie Cayla – EMSP Sud et Est Vendée

Dr Sylvie North – HAD Vendée



Présentation

➤ HAD Vendée :

- Déployée sur l'ensemble du département
- Partenariat EMSP avec antenne de Fontenay-le-Comte : 1 médecin coordonnateur, 1 IDE coordinatrice, 1 IDE référente soins palliatifs

➤ EMSP Sud et Est Vendée :

- Hôpital des Collines Vendéennes La Châtaigneraie
- Domicile, Etablissements médico-sociaux, Hôpitaux du secteur
- 1 médecin, 2 IDE, 1 psychologue, 1 aide-soignante

➤ Organisation actuelle :

- Staffs mensuels pour évoquer les prises en charges communes, les articulations et relais.



Mme X : histoire d'une prise en soin à domicile, commune et continue jusqu'au décès

- Femme de 59 ans, à domicile avec son époux, 3 enfants ayant quitté le domicile
- Cancer rénal métastatique avec douleurs osseuses intenses
- Mr n'exerce plus d'activité professionnelle : prend soin de son épouse.
 - ⇒ Exprime très tôt son besoin de clarté, d'efficacité et de fiabilité dans la prise en charge.



Parcours de Mme X (1)

1. Entrée dans la prise en charge *1 mois*

- ⇒ Signalement du médecin traitant à l'EMSP pour gestion des douleurs + aucune aide à domicile.
- ⇒ Premier contact avec IDE de l'EMSP : conseils et soutien. Rassure Mr et instaure confiance en l'IDE de l'équipe « fil rouge ».

2. Situation de crise douleurs/AEG

- ⇒ Mise en place rapide de l'HAD avec pose d'une PCA de morphine - *10 jours*
- ⇒ Puis hospitalisation nécessaire pour gestion des douleurs. Lien fait par l'EMSP avec le service et l'équipe de soins palliatifs sur place. *1 mois*



Parcours de Mme X(2)

3. Deuxième phase : poursuite d'hospitalisation en LISP 2 mois

⇒ LISP SSR : suivi dans le service par l'EMSP, anticipation et préparation du RAD en lien avec le médecin traitant et l'HAD.

4. Troisième phase : à domicile en HAD 7 mois

⇒ Suivi par médecin coordonnateur et IDE référente en soins palliatifs de l'HAD : évaluation des douleurs et ajustement régulier du traitement antalgique.

⇒ Suivi par IDE coordinatrice HAD : coordination des soins et ajustement du plan d'aide. Conseils et soutien.

⇒ Visites EMSP poursuivies : souvent IDE seule, parfois avec médecin.



Parcours de Mme X (3)

5. Quatrième phase : interruption de l'HAD 4 mois

- ⇒ Meilleur état général, stabilité de la maladie cancéreuse, douleurs contrôlées.
- ⇒ Poursuite suivi EMSP : souvent binôme IDE + médecin. Evaluation des douleurs et symptômes, conseils thérapeutiques, soutien.
- ⇒ Après quelques semaines : progression de la maladie. Evocation de la fin de vie, souhait exprimé d'un décès au domicile, DA rédigées et revues avec eux.

6. Cinquième phase : accompagnement de fin de vie à domicile en HAD 4 mois

- ⇒ EMSP : binômes IDE et psychologue pour coupler évaluation des symptômes et soutien de Mme et de Mr.
- ⇒ HAD : gestion thérapeutique et coordination des soins. Soutien du couple. Organisation et cadre bien posés car conflits fréquents de Mr avec les soignants à chaque dysfonctionnement.



Parcours de Mme X (4)

7. Après le décès

- ⇒ Soutien de Mr et reprise du déroulement de la fin de vie de son épouse : avec EMSP et HAD
- ⇒ Réunion de tous les soignants intervenus au domicile pour échanger sur la prise en soin



EMSP et HAD : contexte du Sud Est Vendée

- Nombreuses prises en charges communes : simultanées ou successives
- Sollicitation préférentielle de l'EMSP ou de l'HAD variable selon les professionnels pour les accompagnements de fin de vie à domicile
- Compétence en soins palliatifs sur les deux équipes
 - ✓ Psychologue surtout sur l'EMSP
 - ✓ Assistante sociale sur l'HAD



Ensemble du début jusqu'à la fin : mais comment faire ?

Problématiques récurrentes :

- ✓ Quand HAD en place en premier : quand et pourquoi interpeller l'EMSP
 - ✓ Quand EMSP en place en premier : introduire l'HAD au bon moment et adapter le suivi
 - ✓ Souhait des 2 équipes de s'investir sur les situations mais parfois redondance!
 - ✓ Attention au manque de clarté pour les patients : plusieurs médecins, plusieurs IDE... mais qui appeler en cas de problème ?
- ⇒ **Staffs réguliers : bien se connaître et se faire confiance**



Ensemble du début jusqu'à la fin : mais comment faire ?

L'accompagnement de Mme X illustre la possibilité d'un parcours **continu et cohérent** :

- Mise en place d'un suivi par une équipe ressource en soins palliatifs continu et maintenu quel que soit le lieu
- Ressources mobilisées selon les besoins / réactivité / sécurité
- CAT claire pour la patiente et son mari en cas de problème
- Identification des professionnels et compréhension du fonctionnement
- Anticipation des relais : EMSP précoce, liaison HAD



Ensemble du début jusqu'à la fin : mais comment faire ?

Les clés de la collaboration

- Définir le rôle de chacun et tenir ce rôle : identifier le référent médical, la personne à contacter en cas d'urgence, le référent pour l'organisation des soins
- Communication régulière : téléphone, staffs, accès au dossier patient sur le logiciel HAD
- Cohérence : valider les démarches de soin, avoir un discours clair et commun, rassurer
- Respecter le refus d'interventions multiples : la clarté pour le patient doit primer



En pratique, quand nous travaillons ensemble...

- Gestion thérapeutique et coordination des soins par HAD
- Rôle de « fil rouge » pour l'EMSP : suivi maintenu dans les interruptions d'HAD, lors des hospitalisations (lien avec les LISP)
- Passages alternés pour un suivi plus régulier pour les patients
- Contacts pour communiquer nos évaluations : outils adaptés

