



FORUM SOINS PALLIATIFS

Les lits identifiés au Centre Hospitalier d'Antibes Juan les Pins

- 4 Mars 2010 -



Chaque jour, nous donnons un sens au mot **hospitalier**.

CENTRE HOSPITALIER
ANTIBES JUAN-LES-PINS

Ce que sont les lits identifiés

DEFINITION :

Les lits identifiés sont des lits dédiés à la pratique de soins palliatifs et d'accompagnement dans des services qui ne sont pas des services de soins palliatifs.

Au Centre Hospitalier d'Antibes Juan les Pins :

Le Directeur de l'ARH PACA « Considérant le nombre important de patients relevant d'une prise en charge de soins palliatifs et la qualité du projet de prise en charge qui lui est transmis » retient 10 lits d'hospitalisation complète de soins palliatifs (2 lits se sont rajoutés par la suite) soit 12 lits sur 5 sites :

Médecine interne (5)
pneumologie (2)
gériatrie court séjour (2)
Soins de suite (2)
ORL (1)

MISE EN PLACE DE L'EQUIPE

- > Forte volonté de l'établissement qui a inscrit les soins palliatifs dans le projet médical
- > Engagement d'une équipe dédiée constituée aujourd'hui d'une IDE et de 3 AS.
- > Cette équipe a élaboré et diffusé dans tous les services les modalités de fonctionnement basées sur certains principes et valeurs :

Participer activement aux soins de support

Organisation des soins infirmiers (soins techniques et nursing) : pansements, perfusions, pose de sondes.... toilettes et soins de bouche, mobilisation....

Organisation des prises en charge

de la douleur
de la fatigue
de la nutrition

Accompagnement des malades et de leurs proches : présence à toutes les étapes de la prise en charge (écoute, attentions, évaluation des besoins, prévention)

Intervenir en renfort des équipes en place

En étroite collaboration avec les professionnels des différents services :

les malades ne différencient pas les professionnels dédiés de ceux des équipes

Dans la continuité des soins planifiés :

les soins réalisés ne sont pas spécifiques et les équipes restent concernées durant et hors des passages de l'équipe dédiée

En respectant les différentes organisations :

les horaires de soins sont prévus avec les soignants en place, au maximum respectés et l'équipe dédiée s'adapte aux différentes organisations

Et en utilisant les outils de chacun :

dossier de soins (outil de transmissions),
diagrammes de soins, fiches d'évaluation de la douleur.....

Travailler en inter disciplinarité

- Organisation des liens avec les différents intervenants dans le soin :

EMSP
assistante sociale
psychologue
kinésithérapeute
diététicienne
bénévoles (blouses roses)
etc....

- Mise en place de réunions interdisciplinaires
(avec objectif de généralisation dans tous les services)

Diffuser une culture palliative

- Communiquer sur les droits des patients en fin de vie et les bonnes pratiques :

Partage des soins, utilisation des temps de transmissions, de réunions, échanges

La démarche de prise en charge dès le J1

bilan des besoins le jour de la prise en charge en LISP

Élaboration d'une macrocible intermédiaire renseignant sur :

- > **M** : la maladie, la douleur
- > **T** : le traitement, les intervenants dans le soin (diététicienne, kiné)
- > **V** : le vécu, le ressenti du malade
- > **E** : l'environnement familial et social (vérification de la personne à prévenir et de la personne de confiance) les souhaits de présence d'une bénévole, de l'aumônier....
- > **D** : tout ce qui est lié au projet de vie (souhait du malade, de la famille), ce qui est envisagé par l'équipe de soins

L'existence ou non de directives anticipées est renseignée dans ce chapitre

La démarche de prise en charge dès le J1

Repérage de la charge de travail

Charge évaluée en temps permettant d'organiser les soins à mettre en place

Organisation et priorisation des soins et des interventions

- > La diététicienne évalue les goûts et dégoûts pour chaque patient en alimentation orale même minime de manière à adapter au mieux ses envies
- > le kinésithérapeute, s'il n'a pas déjà en charge le patient, réalise un diagnostic des besoins (bientôt un dédié)
- > L'assistante sociale est la plupart du temps prévenue par le cadre infirmier : bilan social, modalités de sortie...
- > Une blouse rose propose ses services (écoute, lectures, esthétique, chants....)
- > la psychologue de médecine interne ou l'EMSP intervient selon les nécessités

Chaque jour, nous donnons un sens au mot hospitalier. > etc.....

La prise en charge au quotidien

Planification quotidienne des soins

Chaque matin, l'IDE planifie les soins des malades en fonction de leur état, avec les IDE des services d'hospitalisation

Réalisation des soins

Chaque soignant prend en charge 3 à 4 patients selon la gravité de leur état - les soins nécessitant d'être à 2 sont réalisés avec un soignant du service d'hospitalisation

Les soignants essaient de suivre le plus longtemps possible les patients, mais le principe de mobilité entre les services est essentiel

Formation et soutien des soignants

**Formation de base
pour développer les
compétences
spécifiques**

Font partie des pré-requis :

- » soins palliatifs
- » Prise en charge de la douleur
- » Prévention des escarres
- » Prévention du risque de chute et organisation des contentions

**Formations
complémentaires**

Toute formation dans le domaine de la relation : accueil et relation d'aide, faire face à l'agressivité....

Gestion du stress

Toucher détente Etc.....

**Participation aux
groupes de travail**

Institutionnels :

CLUD – CLAN – Plan cancer

Du service LISP : réunion hebdomadaire pour faire évoluer les organisations

**Soutien des
soignants**

Groupe de parole hebdomadaire avec la psychologue de médecine interne
Partage hebdomadaire avec l'EMSP



L'activité des lits identifiés : *Evaluation*



CENTRE HOSPITALIER
ANTIBES JUAN-LES-PINS

Chaque jour, nous donnons un sens au mot **hospitalier**.

L'activité 2009 en chiffres

> 228 patients pris en charge en 2009 (130 en 2008)

répartis de la manière suivante :

> 49 % médecine interne (5 lits)

> 30 % pneumologie (2 lits)

> 10 % gériatrie (2 lits)

> 9 % Soins de Suite Polyvalents (2 lits)

> 2 % ORL (1 lit)

Représentant un total de 3164 journées

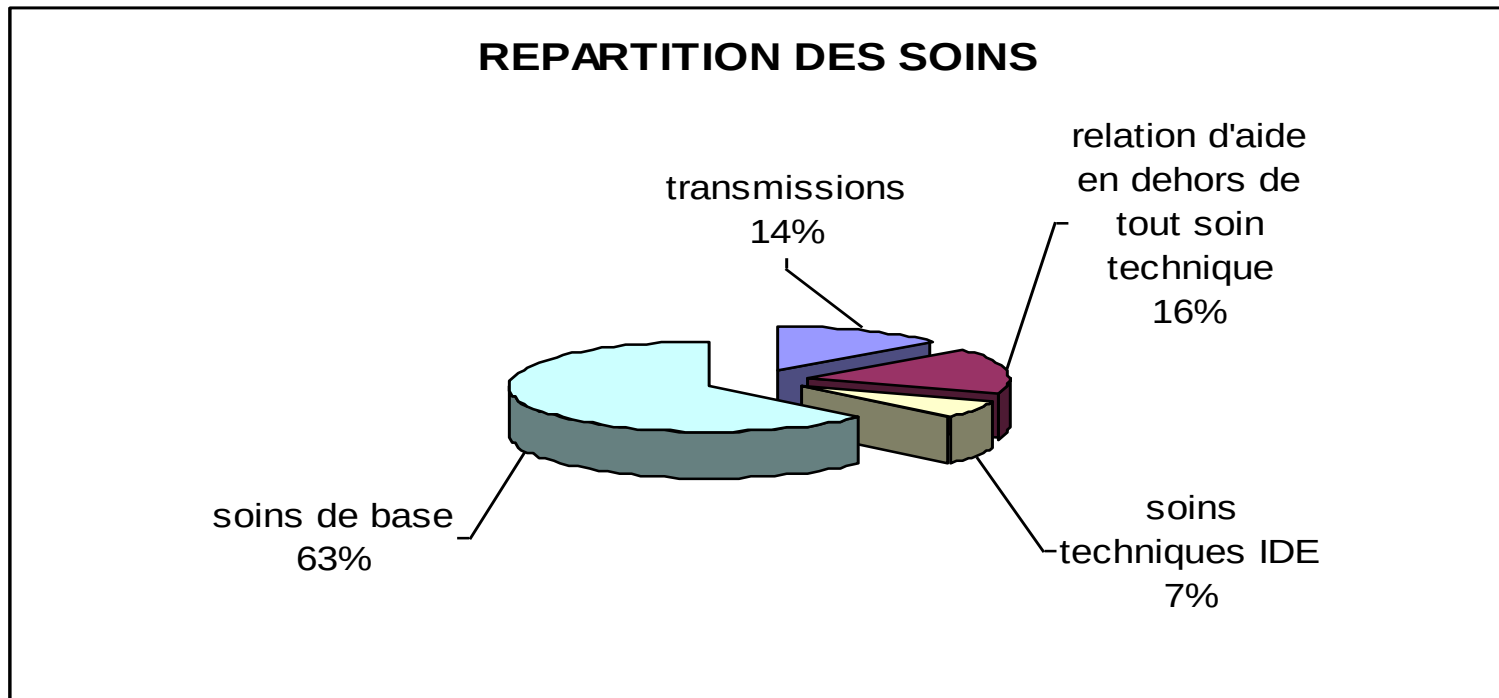
une durée moyenne de séjour de 13,87 jours

(du J1 à l'arrêt de la PEC par les LISP allant de un jour en médecine interne ou en pneumologie à 76 jours aux SSP)

66 % des patients ont une pathologie liée au cancer et 34 % autres pathologies (AVC, insuffisance cardio-respiratoire, OAP – dont un patient atteint de sclérose latérale amyotrophique....)

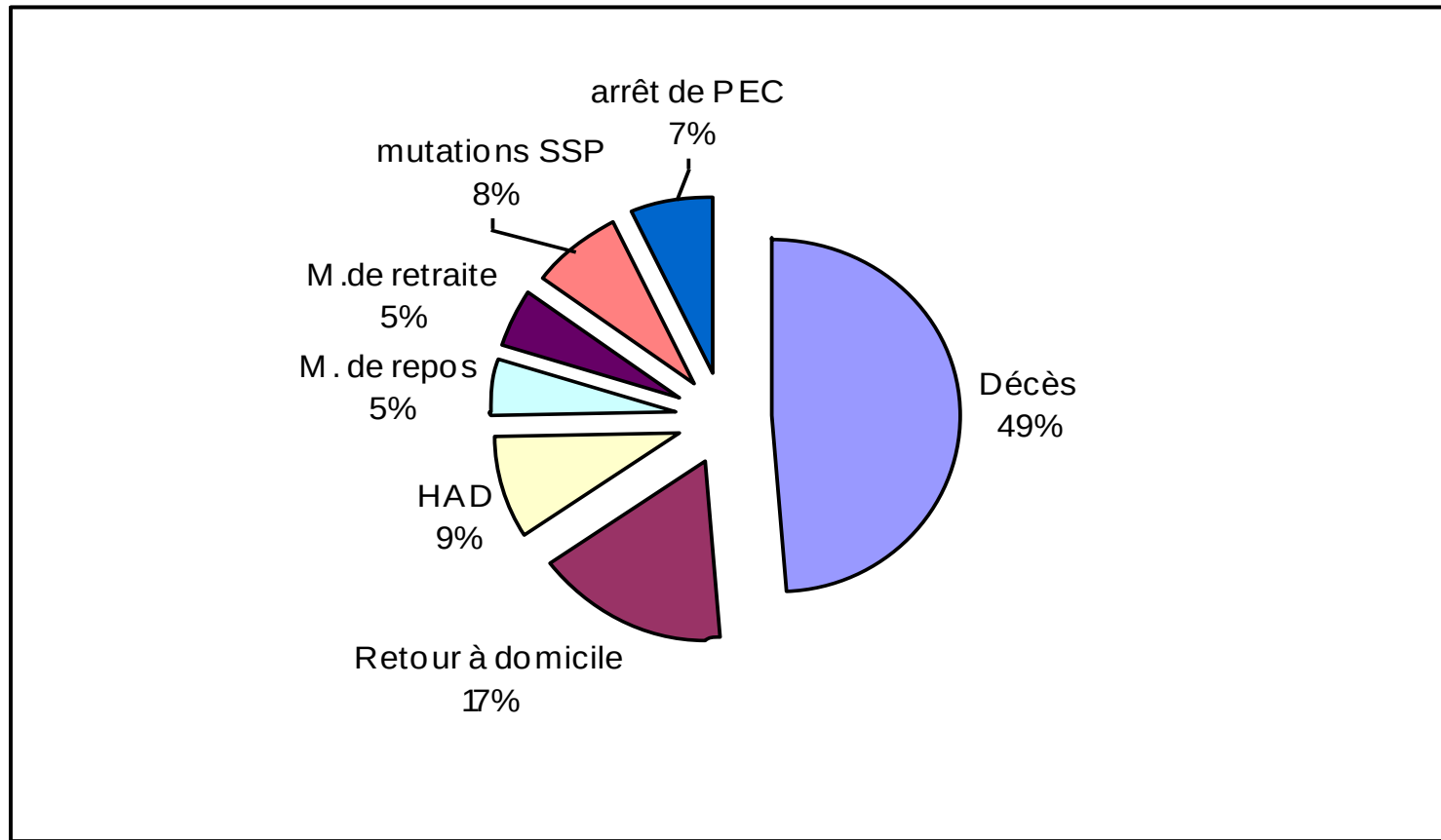
L'activité 2009 en chiffres

Le temps de présence soignant se situe aux alentours d '1H40 par jour et par malade (soins directs et indirects). Près de la moitié des malades sont en charge 2 et 3 (sur une échelle de 3)



L'activité 2009 en chiffres

Devenir des patients suivis :



Les difficultés rencontrées

C'est une activité qui nécessite des capacités d'adaptation de l'équipe dédiée du fait :

- > De la transversalité de la mission : il n'est pas toujours facile de travailler sur plusieurs sites (la facilité aurait été d'attribuer un agent supplémentaire à chaque service mais n'aurait pas donné les mêmes résultats)
- > Des différences d'appropriation de la démarche palliative d'un site à l'autre : l'harmonisation des pratiques viendra avec le temps

Les points positifs

- > Les témoignages très positifs des patients et de leurs proches
- > Le soulagement dont témoignent les soignants à l'arrivée de l'équipe LISP
- > Le fait que les patients et leurs proches remarquent sans doute une plus grande disponibilité des soignants des LISP, mais les identifient comme faisant partie de l'équipe qui les prend en charge
- > Cette démarche débouche aujourd'hui sur une plus grande transversalité dans la mesure où un groupe de travail inter services s'est constitué dont les objectifs sont de partager sur les bonnes pratiques et d'élaborer des protocoles communs à tous (politique d'alitement, lever, soins de bouche...)

Perspectives

- > Sur le plan de l'organisation générale, la prise en charge des soins palliatifs est définie par l'ANAES comme une Pratique Exigible Prioritaire (PEP)
 - » Des niveaux d'exigence forts sont reconnus
 - » Les axes d'amélioration identifiés dans l'auto évaluation réalisée au CHAJLP ont été retenus dans la démarche qualité et devront conduire à la connaissance par tous de la Loi Léonetti (organisation de la diffusion de l'information) et à la généralisation des bonnes pratiques (évaluée par audits)
 - » Activités soutenues dans l'avenir par un comité d'Ethique qui vient de se constituer dans l'établissement
- > Sur le plan de l'équipement, nous devons acquérir du matériel complémentaire (dont baignoire ultra sons qui facilitera énormément les soins d'hygiène chez ces patients fragiles)

CONCLUSION

Alors que nous savons que la proximité de la mort est toujours une épreuve, nous espérons que notre présence pourrait avoir comme effet supplémentaire de réduire le poids que représentent les fins de vie pour l'environnement du mourant, qu'il soit ses proches ou ses soignants et dont il sera le premier bénéficiaire.