



Soirée Théma

Nouvelle organisation de l'offre de soins palliatifs/soins de support dans le Vaucluse : Articulation et coordination dans les différentes filières

**Jeudi 29 septembre 2022
Salle de spectacle - CH de Montfavet
20h00 à 22h00**

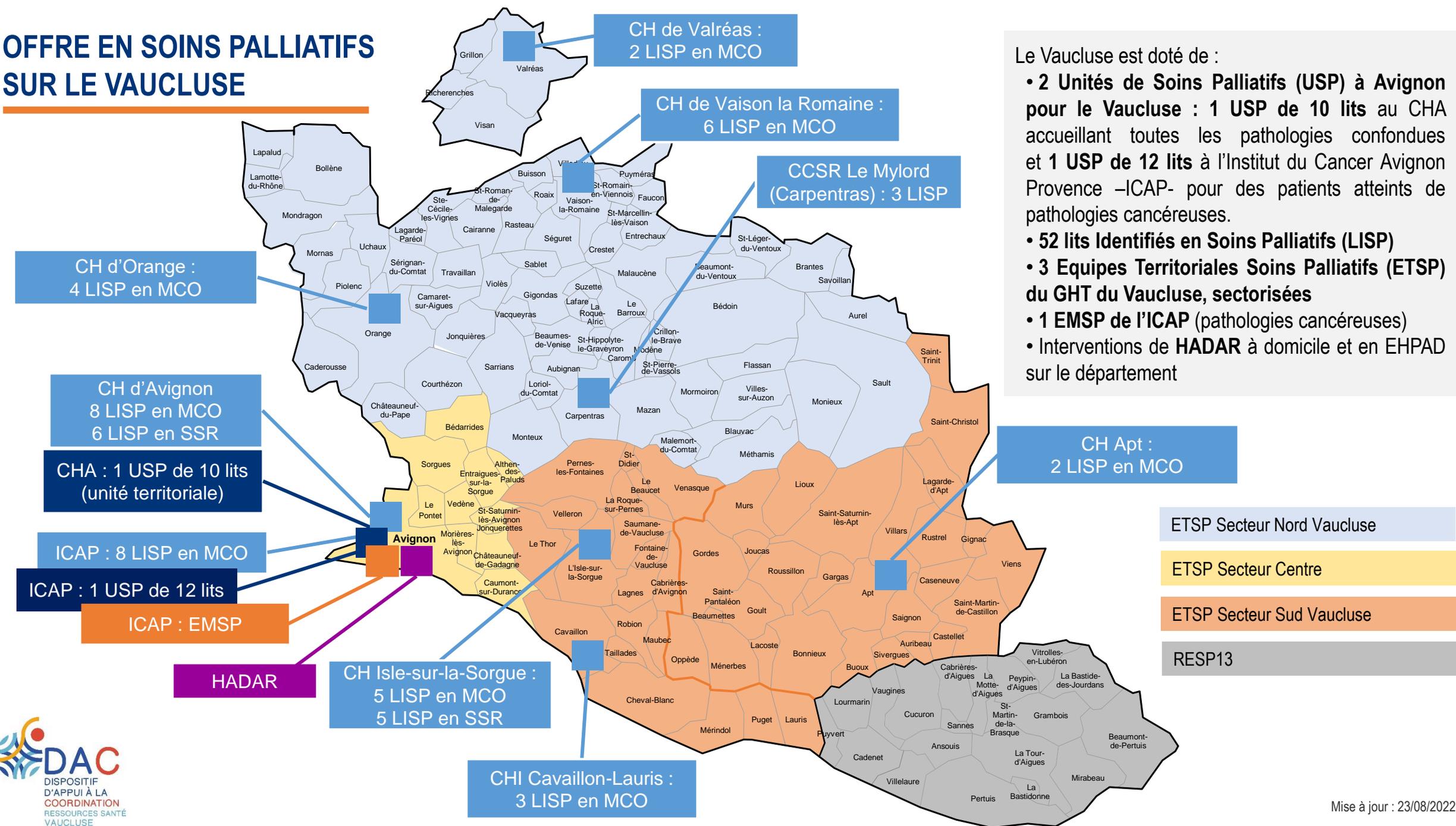
Programme

- **Accueil & introduction**
Mme Marie-Laure PIQUEMAL-RATOUIT, Directrice du CH de Montfavet
M. François BARRIERE, Directeur du DAC Ressources Santé Vaucluse
Dr Bernard MUSCAT, Médecin généraliste, Président de la CPTS du Grand Avignon
- **Orientations nationales et évolution de l'offre graduée en Soins Palliatifs**
Dr Mireille PERINEAU, Praticien hospitalier Soins Palliatifs, CH d'Avignon
- **Les associations d'accompagnants bénévoles**
Mme Evelyne PONCHON, Présidente de l'Association Regain
- **L'offre de Soins Palliatifs en Vaucluse et l'articulation des dispositifs :**
 - 1) **Parcours d'un patient dans le Nord Vaucluse : entre le domicile et l'hôpital**
Dr Lucie WALTHER, Médecin responsable de l'ETSP Nord Vaucluse, CH de Vaison la Romaine
 - 2) **Coordination au domicile autour d'une sédation profonde et continue, maintenue jusqu'au décès**
Dr Valérie TRIOLAIRE, Médecin référent de l'EMSP de l'ICAP
Dr Emmanuel NEUMANN, Médecin coordinateur - HADAR
 - 3) **Parcours de soins d'un résident atteint de maladie neurocognitive et suivi en téléexpertise par l'ETSP et l'HAD**
Dr Maurice RABAULT, Médecin coordinateur EHPAD St Roch et Saint Vincent
Mme Fanny RODRIGUEZ, Infirmière coordinatrice de l'ETSP Grand Avignon
 - 4) **Suivi du parcours de vie et de soins d'un patient par l'ETSP Sud Vaucluse**
Mmes Anne-Cécile GRAZIANI et Marine RUBICONI, Infirmières de l'ETSP du Sud Vaucluse – CH de Cavillon
Mme Audrey FRA, Coordinatrice de l'ETSP du Sud Vaucluse – CH de l'Isle sur la Sorgue
- **Echanges et discussions**
- **Conclusion** Dr Marielle LAFONT, Médecin coordinateur du DAC Ressources Santé Vaucluse

Introduction

- **Objectif général :**
Présenter l'organisation en cours des soins palliatifs en Vaucluse, axée sur une **dynamique ville/hôpital** et un **meilleur accès aux SP à domicile**
- **Objectifs opérationnels :**
 - ✓ Présenter l'évolution en cours de l'offre en SP dans le Vaucluse et sa déclinaison pratique sur les **différents bassins de vie**, notamment autour des **Equipes Territoriales de Soins Palliatifs**
 - ✓ Echanger autour de **situations cliniques**

OFFRE EN SOINS PALLIATIFS SUR LE VAUCLUSE



ETSP Secteur Nord Vaucluse

CH de Vaison la Romaine
Réf. Dr Lucie WALTHER
Tél. secrétariat : 04 90 36 55 46
Mail : secretariat-emsp@ch-vaion.fr

ETSP Grand Avignon

CH d'Avignon
Réf. Dr Mireille PERINEAU
Tél. secrétariat : 04 32 75 93 58
Mail : soinspalliatifs@ch-avignon.fr

EMSP de l'Institut du Cancer Avignon Provence –ICAP-

Réf. : Dr Valérie TRIOLAIRE
Tel : secrétariat : 04 90 27 61 66
Mail : secretariat.soins-support@isc84.org

HADAR

Réf. Dr Emmanuel NEUMANN
Tél. secrétariat : 04 90 13 47 40
Mail : secretariat-had@hadar.fr

ETSP Secteur Sud Vaucluse

- **CH de Cavaillon**
Réf. Dr Stéphane ERAT
Tél. secrétariat : 04 86 55 27 35
Mail : emsp@ch-cavaillon.fr

- **CH d'Apt**
Réf. Dr Déborah GAUDEAU
Tél. secrétariat : 04 90 04 20 37
Mail : secemgsp@ch-apt.fr

- **Coordination au CH du l'Isle sur la Sorgue**
Réf. Mme Audrey FRA
Tel. : 04 90 21 34 42 / 06 12 31 07 35
Mail : secretariat.etsp@hopital-isesursorgue.fr

RESP13 – STV (bassin de vie de Pertuis)
Réf. Dr Sophie HAMON et Dr Philippe COSTE
Tél. secrétariat : 04 42 99 08 04
Mail : resp13@wanadoo.fr

Hot line le week-end au CHA

Tel : 04 32 75 93 54/55

Hot line le week-end à l'ICAP

Tel : 04 90 27 80 05

Association(s) d'accompagnants bénévoles :

- **L'autre Rive ASP84**
Réf. Mme Corinne ARNAUD
Tél. : 06 21 02 50 09
Mail : lautreriveasp84@gmail.com
- **JALMALV Grand Avignon - Vaucluse**
Réf. Mme Simone DEMOLIN
Tél. : 04 90 61 69 82 / 07 89 01 90 51
Mail : jalmalvavignonca@gmail.com
- **Regain**
Réf. Mme Evelyne PONCHON
Tél. : 07 71 57 25 99
Mail : regain.accompagner.la.vie@gmail.com

Orientations nationales et évolution de l'offre graduée en Soins Palliatifs

Dr Mireille PERINEAU

Praticien hospitalier Soins Palliatifs, CH d'Avignon



AXE 3 | DÉFINIR DES PARCOURS DE SOINS GRADUÉS ET DE PROXIMITÉ EN DÉVELOPPANT L'OFFRE DE SOINS PALLIATIFS, EN RENFORÇANT LA COORDINATION AVEC LA MÉDECINE DE VILLE ET EN GARANTISSANT L'ACCÈS À L'EXPERTISE

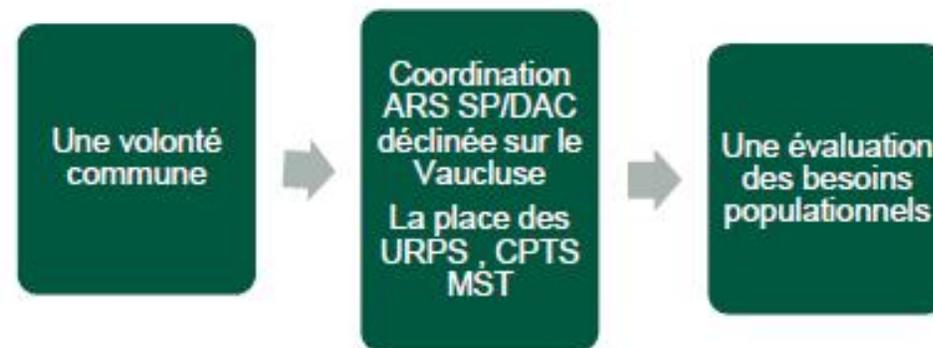
« Permettre à chacun d'être soigné sur son lieu de vie, selon ses souhaits tout en tenant compte de ses besoins dans le cadre d'une prise en charge coordonnée et adaptée »

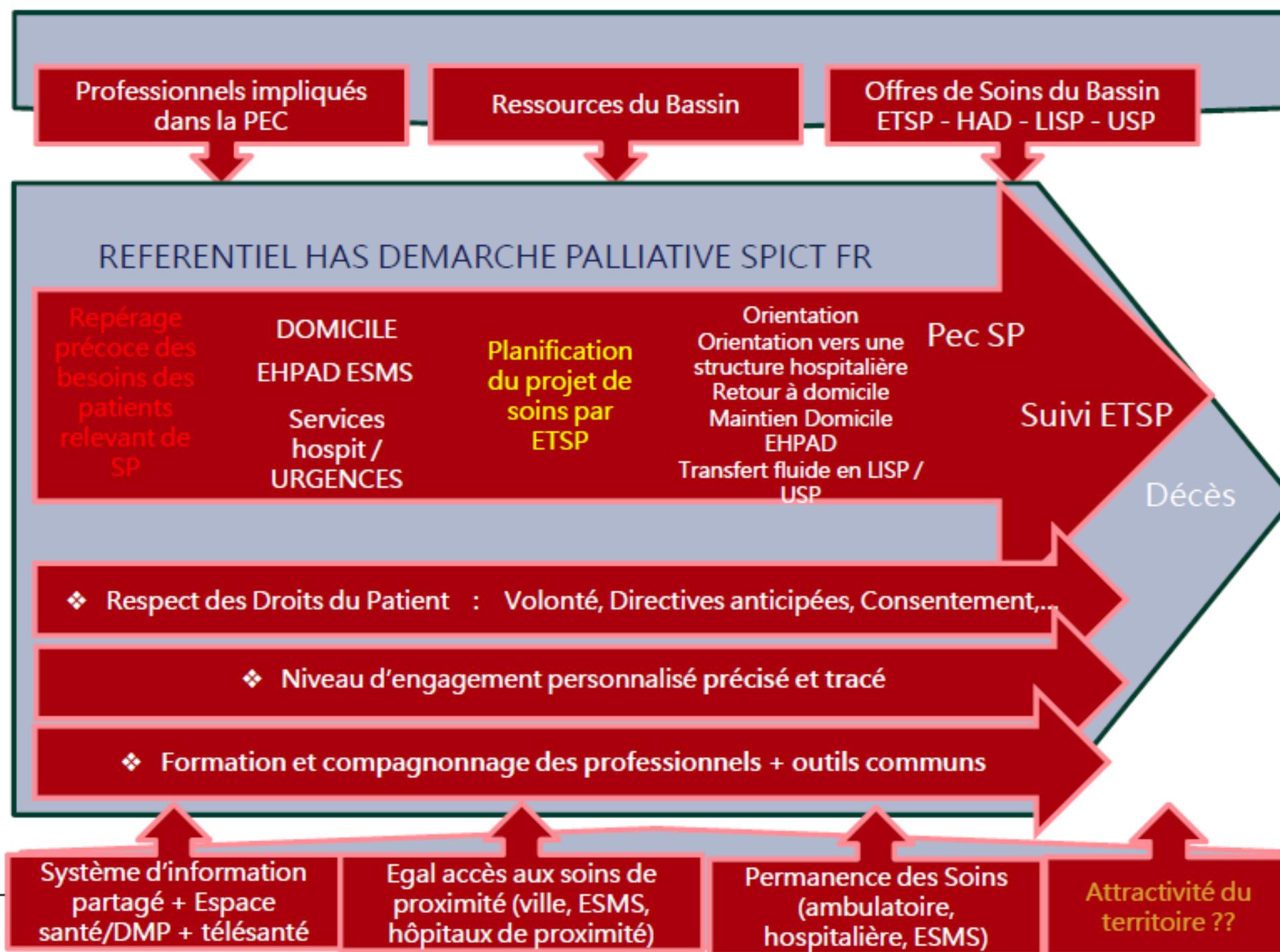
Pour des soins coordonnés pluri-professionnels planifiés dans une approche globale et dans le respect des volontés de la personne

Une culture commune à renforcer .

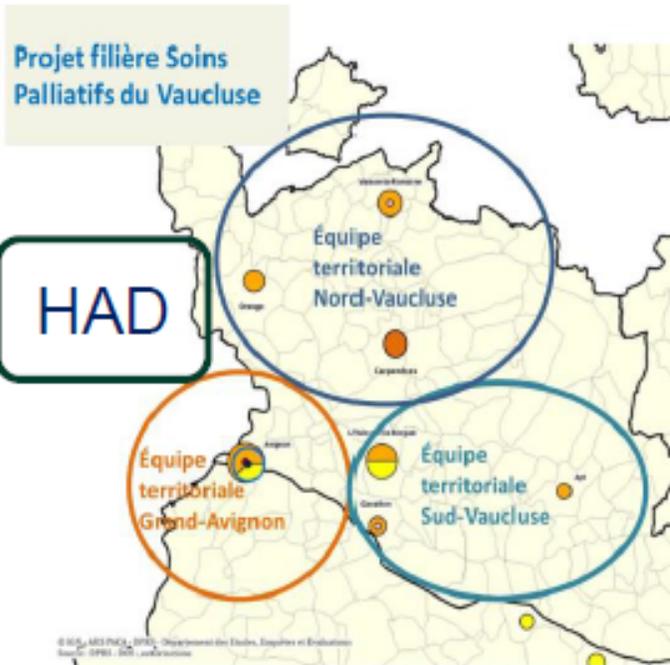
L'utilisation de l'outil PICT . FR

Des référentiels communs : HAS 2017





Organisation des SP dans le Vaucluse



Depuis le 1^{er} janvier 2022, l'organisation est structurée en 3 ETSP avec activité intra, extrahospitalière (domicile, EHPAD):

- ✓ L'ETSP du Grand Avignon autour du CH Avignon (GHT), avec un rôle de pilotage et de coordination globale
- ✓ L'ETSP du Nord Vaucluse (Orange, Carpentras et Vaison la Romaine)
- ✓ L'ETSP du Sud Vaucluse qui est le produit de la fusion d'un réseau et de 2 EMSP. Organisation en 3 antennes : 1 Equipe SP sur Cavaillon, un équipe géronto-SP sur Apt et une cellule d'appui à la coordination sur l'hôpital de l'Isle Sur la Sorgue

Une organisation pour répondre aux besoins des vauclusiens

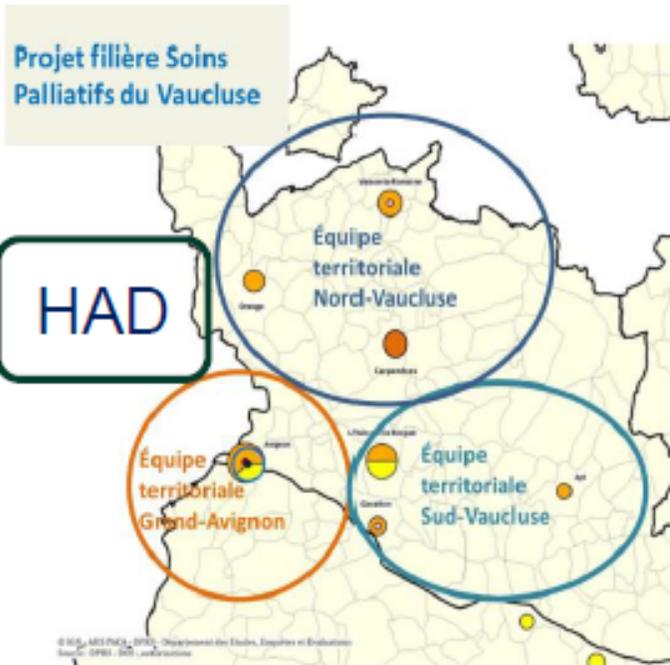
Estimation de l'ONFV qui, d'après une étude de Murray et al. (2011), estime les besoins SP à **60% des décès annuels totaux**.

Dans le Vaucluse 5629 décès en 2019 (Insee) dont 3 958 (70,3 %) sont des patients de 75 ans et +
Les acteurs des 3 ETSP répondent aujourd'hui à 2 378 patients

Le projet du territoire vise à intégrer précocément les patients relevant de soins palliatifs, impliquant une « ~~montée en charge~~ » par bassin.

CHA = 966	APSP ₀₄ = 115
APT = 126	VAISON = 348
CAVAILLON = 158	ISC = 665
TOTAL = 2 378	

Les enjeux et chantiers en cours



Relever plusieurs défis :

- Recrutement des effectifs alloués par l'ARS pour 2022
 - Déserts médicaux, médecins retraités ...
 - Valorisation des carrières du Public (Ségur) ?
- Repérage précoce des patients en grande vulnérabilité à domicile
 - La ruralité .

Des solutions innovantes

IPA implantée au sein de l'ETSP Grand Avignon
Un partenariat fort avec le DAC 84, les URPS , CPTS ...
Une implication pertinente de la DD ARS 84 (décroisement)
Les premières réalisations de téléconsultations et télé-expertises en EHPAD en 2022

Et des chantiers à réussir

- mise en place d'une astreinte départementale partagée (ETSP + HAD)
- collaboration avec l'HADAR dans les soins palliatifs - nécessité d'implication de l'EMSP de l'Institut Ste Catherine (privé) dans cette organisation départementale
- Travailler sur la présence à domicile (prof libéraux, CPTS, SSIAD, HAD, aides à domicile...)

Missions de l'ETSP du Centre Hospitalier d'Avignon en tant que référent pivot du GHT:

Animation des 3 ETSP , en associant les référents des USP et LISP des retours d'expérience, des difficultés rencontrées , piste d'amélioration et démarche qualité

Co-animation avec la DDARS du copil départemental soins palliatifs

Communication, développement de l'e-médecine, des concertations avec les professionnels dédiés à une PEC : réévaluation, indication d'une hospitalisation programmée...

Harmonisation des pratiques professionnelles , utilisation des outils validés PICT.FR, fiches Pallia Samu, proposition/actualisation d'outils communs partagés

Impulsion de projets innovants, expérimentaux de formation et de recherche

Des travaux en cours pour intégrer les SP dans la filière du GHT Vaucluse

Quel repérage pour quelle file active ?

Filière Cancérologie:

Sur 400 séjours LISP /USP en 2021, 20% des patients bénéficient d'un RAD ou une orientation en Ehpad, hors HAD .

Filière Neurologie SLA :

L'EMSP a suivi 25 % des patients suivie pour SLA au CHA.

L'USP « territoriale » accueille régulièrement les patients SLA du Vaucluse , en séjour de répit .

Un groupe de travail a été mis en place sur le plan régional et territorial (DAC)

Filière Gériatrie :

Une expérience territoriale depuis 2019 , en partenariat avec le Centre de recherche de Jeanne Garnier, devenu Projet DGOS sur trois régions dont PACA (Pf Guirimand , Dr Delarivière, Dr Perineau)

Filière pédiatrie : partenariat HADAR/ERSPP

Soirée
Théma



Soirée Théma du 29 Septembre 2022

Les Associations d'accompagnants bénévoles



Mme Evelyne PONCHON
Présidente de l'association Regain

La démarche palliative

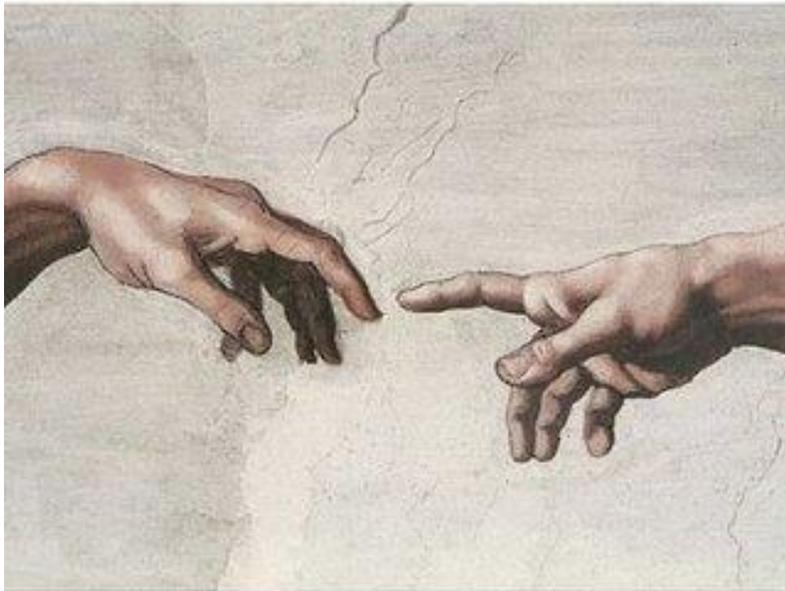
Rôle des bénévoles (Charte des soins palliatifs et de l'accompagnement 1993) :

- **Le bénévole accompagnant représente « la société civile » dans une relation respectueuse d'être humain à être humain, il manifeste son empathie en cheminant auprès de quelqu'un en grande vulnérabilité. Il peut donner temps et disponibilité !**
- **Il contribue comme chacun au sein des soins palliatifs à resocialiser la mort, longtemps taboue !**
- **Formé et exerçant dans un cadre formalisé, il est l'interlocuteur des équipes soignantes et ainsi est intégré dans les établissements de soins.**
- **Il est formé aux techniques d'écoute active, il accompagne à domicile, en milieu hospitalier, en EHPAD...**
- **Laïque, apolitique, il respecte les convictions philosophiques ou religieuses de chacun(e) en accord avec la charte des soins palliatifs.**

**« Considérer la personne jusqu'à son dernier souffle
et l'accompagner en toute bienveillance »**

Accompagner la vie quand celle-ci est menacée, fragilisée par la maladie, le handicap et le grand-âge

Spécificités des soins palliatifs



Accompagner, c'est cheminer ensemble
dans ce temps de vie

Le Bénévole !



L'organisation du bénévolat

- **Convention signée entre l'association et l'institution (hôpital, EHPAD...)**
- **Contrat moral ou écrit entre la personne et l'association (intervention avec l'accord de la personne accompagnée et/ou de sa famille pour le domicile)**
- **Origine des demandes :**
 - Les professionnels de santé (à titre individuel ou dans le cadre d'un partenariat avec un réseau de santé ou une HAD) ou en institution.
 - La personne malade ou les proches,
- **Les bénévoles sont formés, ils ont le soutien de leur association qui organise des groupes de paroles, des formations continues sous la responsabilité de l'association.**

Les enjeux du bénévolat : être en lien entre les parties

- **Présence, écoute ouverte aux questionnements intérieurs occasionnés par la maladie grave et l'approche de la fin de vie.**
- **Garder la personne accompagnée au centre de la réflexion, des relations et des attentions.**
- **Connaître l'histoire de la famille : intimité familiale, connaissance partielle de fragments de vie.**
- **Prendre en compte la personne vulnérable sans juger.**



Quel est le rôle du bénévole ?

Présence - Ecoute

- **Développer dans les accompagnements un savoir « être » par une qualité de présence fraternelle, voire silencieuse, au-delà d'une action. Le bénévole n'a aucun projet sur la personne accompagnée, il est juste présent. Tout cela demande une préparation, une formation et un travail personnel sur l'émotionnel.**
- **Notre fonction : l'écoute avec le cœur, la neutralité et contribuer à une qualité de vie apaisée de la personne accompagnée qui prenne en compte sa solitude.**
- **Contribuer à l'authenticité d'une présence durant un moment précis pour briser l'isolement et pouvoir tout entendre sans jugement.**

Suite rôle du bénévole...

- **L'engagement n'est pas professionnel, c'est un don de dimension citoyenne.**
- **Notre présence « démedicalise » la mort, elle peut restaurer une relation d'égal à égal avec le patient, la famille, les amis et les connaissances.**
- **Avoir la capacité d'une relation vraie, authentique dans son intensité avec l'autre en respectant ses souffrances liées à sa finitude, d'où une capacité à être très disponible (complexité de situations terminales).**
- **Aider à la préparation au deuil et aborder cette phase, proposer des groupes de paroles Deuil.**
- **Accompagner c'est prendre en compte la dimension humaine, psychologique, sociale et spirituelle afin d'apporter un réel soutien au patient, à sa famille et son entourage.**
- **Accompagner c'est un acte de vie, d'amour, un soin !**

Les associations en vaucluse



L'AUTRE RIVE ASP 84



L'AUTRE RIVE
ASP Vacluse 84

- **Date de création : 1991**
- **Nombre d'adhérents en 2022 : 57**
- **Etablissements visités : 11 + à domicile**
- **Action Soutien au deuil par des groupes de paroles**
- **Présidente : [Corinne ARNAUD](#)**
- **Membres conseil administration : 11**
- **Adresse : Centre hospitalier d'Avignon**
- **305 Rue Raoul Follereau – 84000 AVIGNON**
- **Téléphone : 06 21 02 50 09**
- **Mail : lautreriveasp84@gmail.com**
- **Site : www.lautrerive.net**

JALMALV Grand Avignon Vaucluse



- **Date de création : 1992**
- **Nombre d'adhérents en 2022 : 41**
- **Etablissements visités : 11 + à domicile**
- **Action Soutien au deuil par des groupes de paroles**
- **Présidente : [Simone DEMOLIN GRISARD](#)**
- **Membres conseil administration : 11**
- **Adresse : 3 Rue Peniscola 84000 AVIGNON**
- **Téléphone : 07 89 01 90 51**
- **Mail : jalmalvavignonca@gmail.com**
- **Site : www.jalmalv-avignon.fr**

REGAIN



- **Date de création : 1996**
- **Nombre d'adhérents en 2022 : 47**
- **Etablissements visités : 11 + à domicile**
- **Action Soutien au deuil par des groupes de paroles**
- **Présidente : Evelyne PONCHON**
- **Membres conseil administration : 9**
- **Adresse : Mairie – Cours Gambetta 84250 LE THOR**
- **Téléphone : 07 71 57 25 99**
- **Mail : regain.accompagner.la.vie@gmail.com**
- **Site : www.association-regain.org**

L'offre de Soins Palliatifs en Vaucluse et l'articulation des dispositifs

**USP, LISP, ETSP, EMSP de l'ICAP, HAD, associations
d'accompagnants bénévoles...**

Soirée
Théma



Parcours d'un patient dans le nord vaucluse : entre le domicile et l'hôpital

Dr Lucie WALTHER

Médecin responsable de l'ETSP du Nord Vaucluse CH de Vaison la Romaine

Autour du cas de Mme A.

- **Femme de 55 ans, vit sur Bollène avec son époux et une belle sœur très présente**
- **Néoplasie de la thyroïde opérée en récurrence ganglionnaire hépatique, pulmonaire et osseux, déclarée en soins palliatifs exclusifs (suivie à l'hôpital Nord de Marseille en oncologie)**

De la demande au domicile

- **Demande d'intervention de l'EMSP par l'oncologue**
- **Appel du médecin traitant : vérification de son accord et de la possibilité de suivi de la patiente, rappel de nos missions**
- **Récupération d'informations auprès du service d'oncologie**
- **Appel du mari pour programmation d'un RDV à domicile, recherche du consentement aux soins patiente/famille**

A domicile...

- **Evaluation globale de la situation**
- **Entretien avec l'époux : recueil d'informations complémentaires sur l'état de santé, soins à domicile, situation sociale, desideratas sur la fin de vie de son épouse**
- **Examen clinique de la patiente**
- **Soutien psychologique patiente/mari/proches**
- **Remplissage de notre feuille d'évaluation médico-psychologique et propositions thérapeutiques**

Après la visite...

- **Soins d'hygiène fait par l'époux, difficultés avérées sur Bollène pour trouver un cabinet IDEL qui accepte de faire des soins d'hygiène...**
- **Transmissions d'informations au MT**
- **Soutien psychologique téléphonique patiente/mari/proches**
- **Puis dégradation de l'état de santé de la patiente : proposition d'hospitalisation suite à une 2ème visite à domicile**

Hospitalisation

- **Equilibration antalgique avec mise en place d'une PCA de morphine**
- **Gestion des symptômes réfractaires : agitation nocturne, nausées, sueurs**
- **Soutien psychologique à la patiente/mari/proches**
- **« Recherche » d'aides : SSIAD pour les soins d'hygiène, IDEL, ARDH, mise en relation++ avec le MT**
- **Organisation du RAD avec le prestataire de service**

Domicile

- **Suivi téléphonique avec la famille, IDEL, coordination des soins avec l'aide du prestataire**
- **Visites régulières par le MT, conseils thérapeutiques par téléphone pour les aides à la prescription**
- **Décès de la patiente**
- **Suivi de deuil par nos psychologues et notre assistante sociale**
- **Questionnaire qualité envoyé un mois après l'hospitalisation**



Coordination au domicile autour d'une demande de **Sédation Profonde** et **Continue Maintenue jusqu'au Décès**

Dr Valérie TRIOLAIRE, Médecin soins palliatifs, EMSP ICAP

Dr Emmanuel NEUMANN, Médecin coordonnateur HADAR

Rappel du cadre légal

- **Extraits de la loi « créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie » du 2 février 2016**

Art. L. 1110-5-2. À la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, est mise en œuvre dans les cas suivants :

« 1° Lorsque le patient atteint d'une affection **grave et incurable** et dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une **souffrance réfractaire** aux traitements ;

« 2° Lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.

Lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté et, au titre du refus de l'obstination déraisonnable (...), dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, celui-ci applique une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie.

« La sédation profonde et continue associée à une analgésie (...) est mise en œuvre selon la procédure collégiale (...)

« **A la demande du patient, la sédation profonde et continue peut être mise en œuvre à son domicile, dans un établissement de santé ou un établissement (...).**

« L'ensemble de la procédure suivie est inscrite au dossier médical du patient. »

- Elle nécessite une procédure collégiale au préalable à sa mise en place dont l'intérêt est avant tout de vérifier que le cadre légal est respecté : tous les participants doivent comprendre les raisons de la sédation et les objectifs des soins ; la différence avec l'euthanasie doit être explicite : **la SPCMD répond à une souffrance extrême et non à une demande d'euthanasie, elle n'entraîne pas le décès.**

Recommandations de bonnes pratiques de la HAS autour de la SPCMD à domicile

- **Procédure collégiale** préalable
- Présence d'un **médecin lors de la mise en place**
- **Médecin joignable 24h/24** avec possibilité de **visites médicales à domicile**
- **Personnel formé** aux techniques, à l'administration et à la surveillance des thérapeutiques utilisées
- **Equipes ou réseau de soins palliatifs** associés même si HAD
- Disponibilité d'un **lit de repli**, de préférence en USP, ou à défaut dans un service ayant une bonne maîtrise des pratiques sédatives

Arbre décisionnel

- **Etape 1 :**
 - Demande répétée du patient du 12/05/2021 au 17/05/2022 auprès de l'EMSP et de l'oncologue référent
 - Information donnée sur le cadre légal et les modalités de mise en place/ récupération des DA
 - Recueil avis médecin traitant : courrier + contact téléphonique
- **Etape 2 : évaluation clinique, psychologique et social du patient en HDJ SP sur l'ICAP**
- **Etape 3 : procédure collégiale**
 - RCP 1 au sein de l'ICAP le 02/03/2022 : la décision de ne pas la mettre en place a été prise
 - RCP 2 au sein de l'ICAP le 18/05/2022 : demande acceptée, une demande d'HAD est faite dans ce sens
 - RCP 3 au sein de l'HAD le 13/06/2022 : indication d'initiation de la SPCMD validée en discussion collégiale médicale
- **Etape 4 : mise en place de la SPCMD. Décès 48 heures après la mise en place**

Procédure(s) collégiale(s)

Procédure collégiale	ICAP
Qui organise :	Médecin EMSP
Qui participe :	Equipe douleur (médecins, IDEC)
	Médecin traitant (courrier)
	EMSP (médecins, IDEC, AS)
	Equipe sociale
	Psychologue(s)
Quel objectif :	Souffrance réfractaire ? Court terme ?

Procédure collégiale	HADAR
Qui organise :	Médecin coordonnateur
Qui participe :	Médecin traitant
	EMSP (médecin, IDEC)
	Equipe HAD (médecin, IDEC, IDEL)
	ETSP (médecin, IDEC)
Quel objectif :	SPCMD devant souffrance réfractaire et pronostic vital engagé à court terme

Mise en œuvre de la SPCMD selon les recommandations de bonne pratique de la HAS 13/06/2022

- Procédure collégiale (n°3) réalisée avec les différents acteurs
- Présence médecin co HAD en phase initiale de la sédation
- IDE libéraux formés préalablement par l'HAD, assurant les soins au domicile
- Médecin traitant disponible pour suivi sédation à domicile, coordination par l'HAD en lien avec IDE et échanges avec équipes de soins palliatifs référentes
- Possibilité de lit de repli sur USP ICAP

Conclusion

- **Les demandes de SPCMD nécessitent une prise en charge pluriprofessionnelle au domicile**
- **Complexité SPCMD à fortiori au domicile mais reste possible**
- **Exigences réglementaires et organisationnelles fortes**
- **Collaboration étroite entre les équipes référentes**

**Parcours de soins de fin de vie
d'une résidente d'EHPAD
présentant une maladie neurocognitive :
compagnonnage et suivi en téléexpertise
avec l'ETSP et l'HAD**

**Dr Maurice RABAULT, Médecin Gériatre Coordonnateur
EHPAD St Vincent à Courthézon ET EHPAD COS St Roch à Avignon**

**Mme Fanny RODRIGUEZ, Infirmière Coordinatrice de l'ETSP du Grand Avignon
Centre hospitalier d'Avignon**

Situation actuelle des EHPAD

- **25 % de la population française meurt en EHPAD chaque année : soit 150000 résidents (INSEE 2020). DMS en EHPAD est en baisse : 2,5 ans.**
- **57 à 80 % des résidents présentent une MAMA avec des trajectoires de fin de vie de mieux en mieux identifiées.**
- **35 % des EHPAD n'ont pas de médecins coordonnateurs.**
- **La désertification médicale s'est particulièrement fait ressentir durant les 2 ans de la crise sanitaire. La télémédecine devient indispensable.**
- **Besoins de médicalisation et de compétences gériatriques en EHPAD.**
- **13,8 % des EHPAD bénéficient d'une IDE de nuit.**
- **Liens avec le secteur sanitaire à renforcer : EMG, ETSP, Hotline des CH et HAD.**

Recommandations pour optimiser un projet de télémédecine en EHPAD

- De manière transitoire et dérogatoire, l'acte de téléexpertise est facturé en tiers payant pour les spécialistes du SECTEUR 1. Acte de niveau 2 à hauteur de 20 euros.
- La très grande majorité des Spécialistes Libéraux sont en secteur 2, ce qui représente un frein majeur à tout partenariat avec les EHPAD en absence de tiers payant.
- Certains prestataires de plateforme de télémédecine rémunèrent les Spécialistes de secteur 2 pour compenser le « manque à gagner » de ces professionnels.
- Les parcours de soins en télémédecine pour les résidents d'EHPAD doivent de préférence être organisés avec les GHT et les filières gériatriques.
- Il existe d'énormes besoins d'anticipation des résidents en situation palliative en EHPAD : environ 20 à 25 % des résidents dont l'espérance de vie est estimée à 6 mois et pour lesquels une évaluation collégiale est nécessaire (EMSP, EMG EXTRA, HAD) pour rédiger un PAP avec évaluation du niveau d'engagement thérapeutique et réduction des adressages aux urgences des CH.

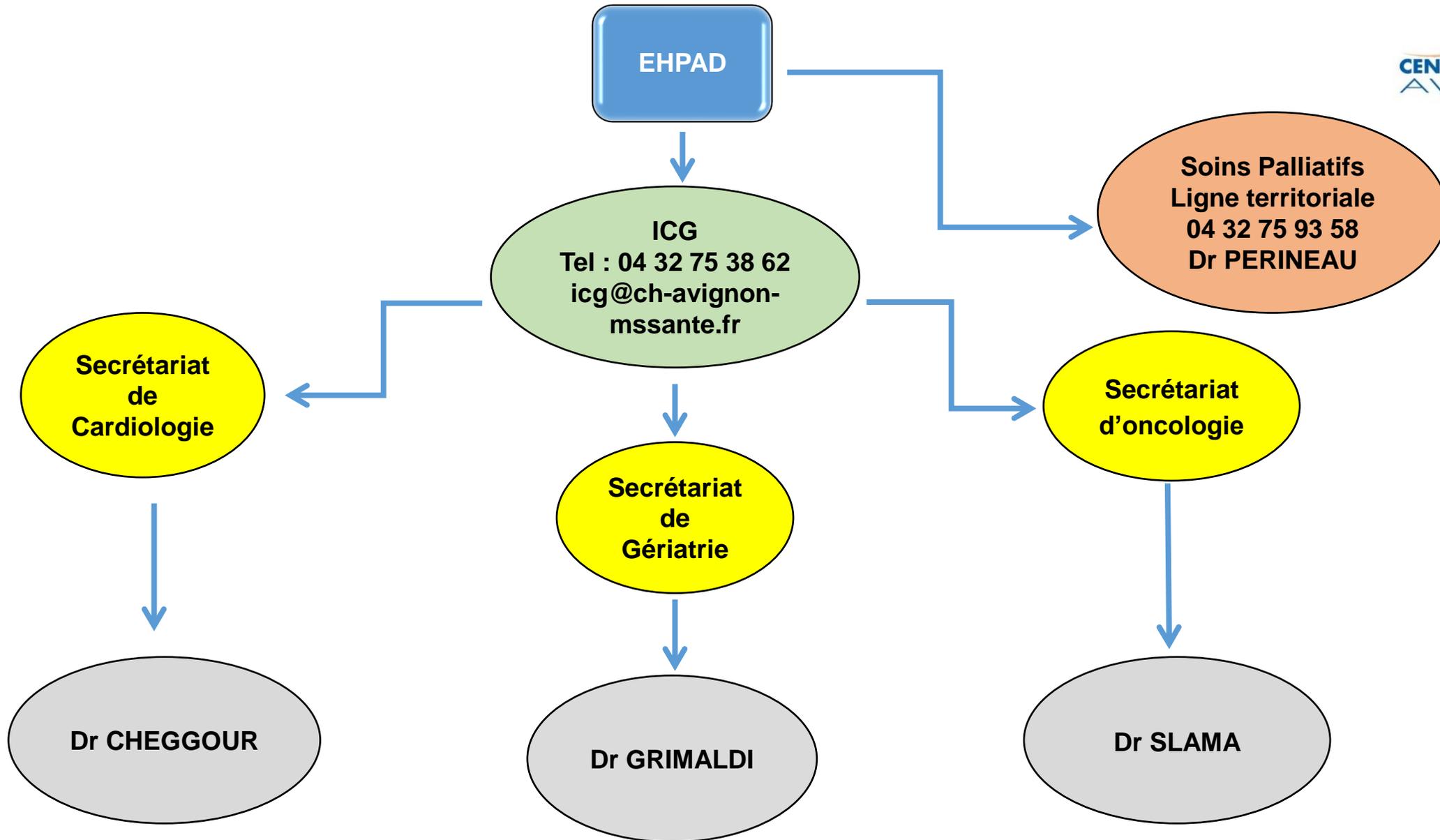
EFFECTUER DES TÉLÉCONSULTATIONS AVEC MAIIA

PROJET DE TELEMEDECINE DU GRAND AVIGNON GRAPPE DE 6 EHPAD :

COS ST ROCH AVIGNON, LA MAISON PAISIBLE AVIGNON,
L'ENCLOS ST JEAN, LA VILLA BETHANIE, ST VINCENT
COURTHEZON, L'ALBIONNAISE ST-CHRISTOL



Organisation de la téléconsultation au CH d'Avignon



Parcours de vie de Monique, 87 ans

- **Entrée à l'EHPAD ST VINCENT à Courthezon le 17/02/2020 en raison de chutes récidivantes à domicile, favorisées par un syndrome Parkinsonien et des TDC à type de déambulation, d'idées délirantes et hallucinations visuelles en rapport avec une MA variant Corps de LEWY évoluant depuis 2016**
- **Suivie depuis l'âge de 24 ans pour Maladie bipolaire et pour une cardiopathie ischémique post IDM avec implantation de 8 stents en 2017 et 2018**

Parcours de vie de Monique, 87 ans

- **Elle est née dans l'Oise et son enfance a été marquée par la guerre, l'occupation et les bombardements.**
- **Elle est devenue Institutrice puis Directrice dans une école primaire à Avignon.**
- **Elle est mère de 2 garçons qui sont en conflit et ne se parlent plus. L'un d'eux, Michel, est très proche de sa mère et lui rend visite plusieurs fois par semaine et le week-end.**
- **Elle avait rédigé des directives anticipées avec l'aide de son fils Michel, personne de confiance, mentionnant l'absence d'acharnement thérapeutique.**

Parcours de vie de Monique, 87 ans

- **Elle contracte un COVID grave le 23/10/20 qui entraîne : Hospitalisations et aggravation rapide de son déclin cognitif et de son syndrome PARKINSONNIEN avec perte d'autonomie progressive à la marche et installation de troubles de la déglutition.**
- **En avril 22, elle est victime d'un AVC ischémique à type d'hémiplégie proportionnelle D, avec aphasie et majoration des troubles de la déglutition.**

3 téléconsultations

18/05/22, 08/06/22 et 10/06/22

- **1^e téléexpertise avec Dr RABAULT, IDE Ehpad, ETSP Médecin et IDE, et Monique.**
- **Problématique de rigidité douloureuse lors des mobilisations, troubles de la déglutition et de troubles du comportement à type d'états anxieux et d'agitation. Adaptation du traitement antalgique par FENTANYL Patch et injections sous cutanée Morphine/ MDZ en prémédication des soins.**
- **TNM de type Snoezelen « ciel étoilé », aromathérapie et galet musical.**

- **Aggravation des symptômes début Juin dans un contexte de douleurs non contrôlées par les bolus avec survenue d'accès paroxystiques douloureux : Intervention de l'HAD pour mise en place de PCA Morphine et Midazolam le 03/06/22, agitation et anxiété majeure. Annonce au 2^e fils de la sédation prévue en raison des douleurs non contrôlées et de l'agitation anxieuse. Absence d'échanges d'informations entre les 2 fils.**
- **2^{ème} téléexpertise le 08/06 en présence de son fils Michel pour qui l'évolution de la situation est trop rapide. Nous constatons au cours de nos différents entretiens une « sidération émotionnelle » avec incapacité à entendre les informations. Il est très affecté par la perte de communication avec sa maman lors des visites du soir, avec des interrogations récurrentes sur le mourir de faim et de soif et l'arrêt de l'hydratation qui selon lui allaient précipiter le décès.**
- **Nous convenons ce jour d'arrêter la PCA de Midazolam 1h00 avant les visites de son fils le soir, pour favoriser la communication tout en restant vigilant aux signes d'inconfort et de douleur qui pourraient survenir. Le dialogue a été ainsi rendu possible entre mère et fils.**
- **3^{ème} téléexpertise le 10/06 en présence du fils de Mme : OAP avec encombrement et détresse respiratoire asphyxique, adaptation des traitements des symptômes d'inconfort (encombrement, dyspnée, agitation), accompagnement psychologique du fils, sur le contexte de fin de vie à court terme, rassuré par la PEC et trouvant sa maman apaisée et confortable.**
- **Décès survenu le jour même, le 10/06/22.**

Suivi du parcours de vie et de soins d'un patient par l'ETSP Sud Vaucluse

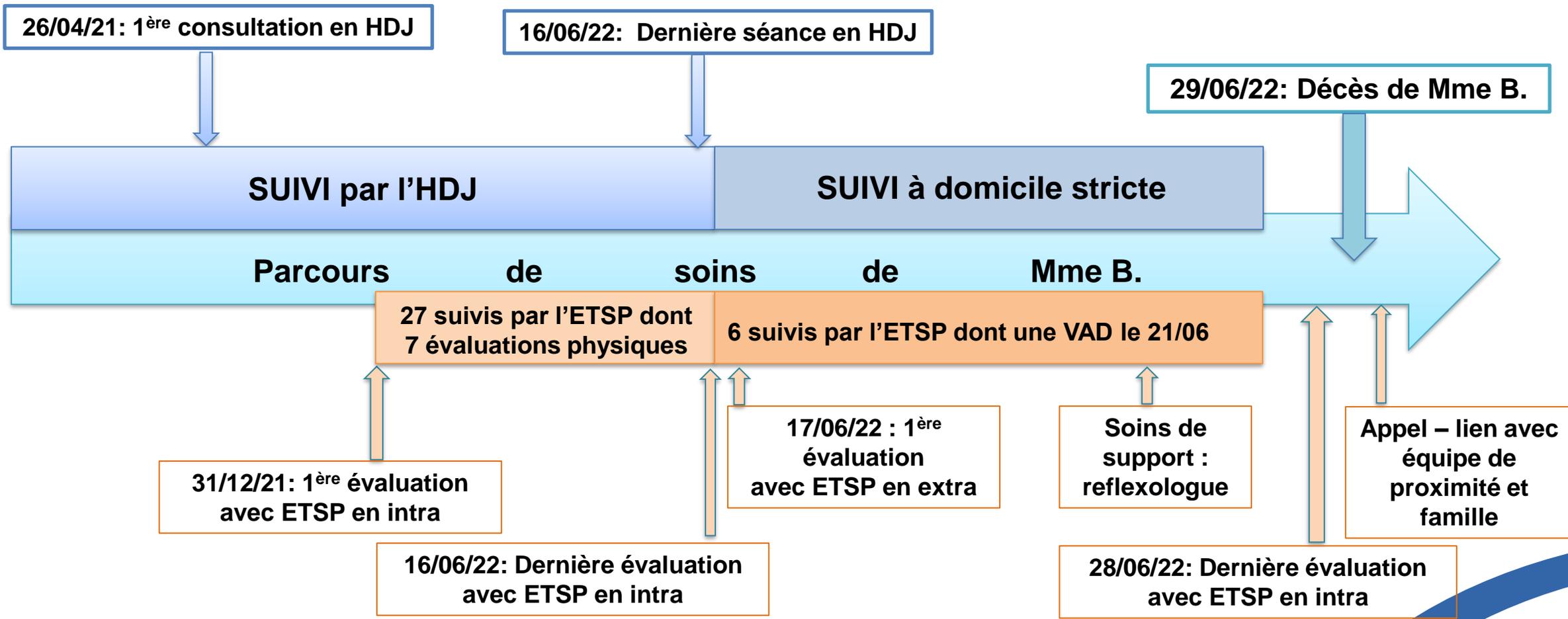
Mmes Anne-Cécile GRAZIANI et Marine RUBICONI,
Infirmières de l'ETSP du Sud Vaucluse, CH de Cavillon

Mme Audrey FRA, Coordinatrice de l'ETSP du Sud Vaucluse, CH de l'Isle sur la Sorgue

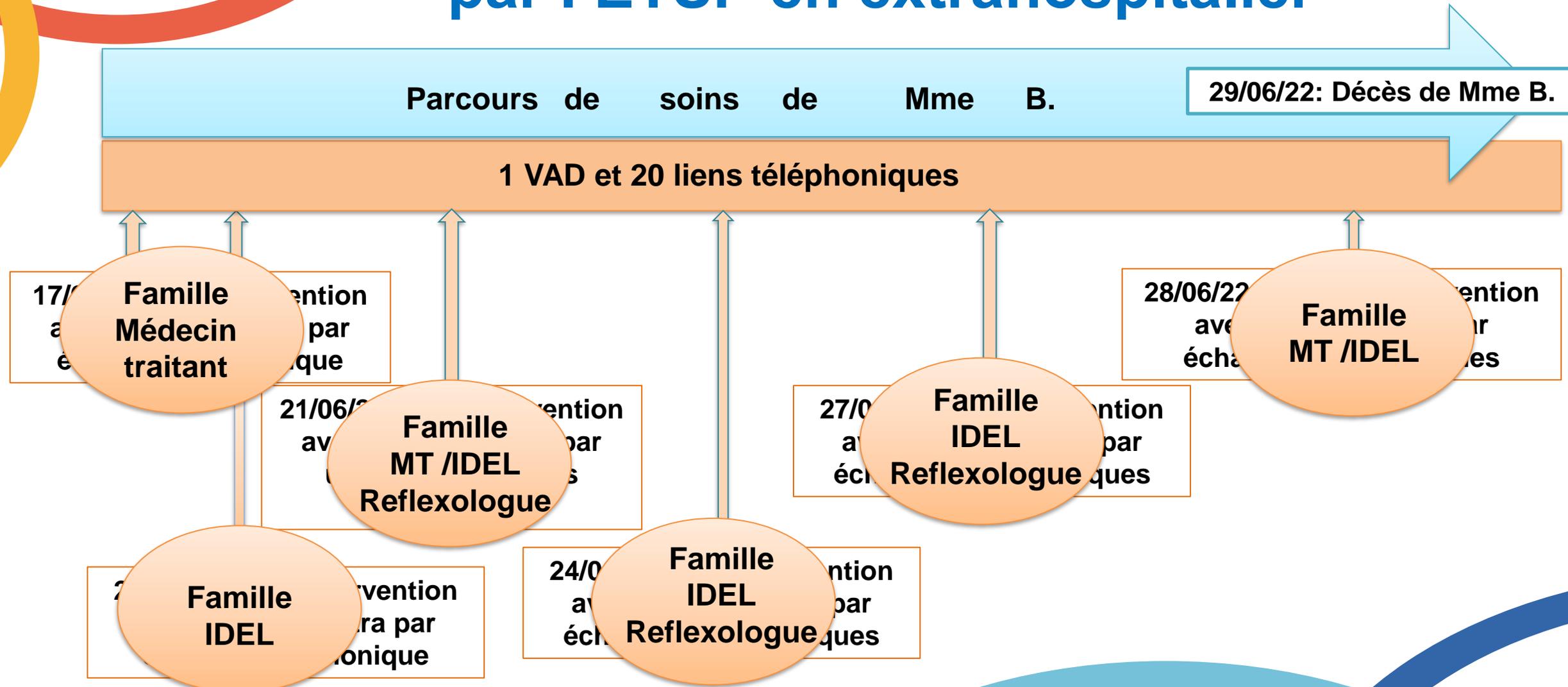
Présentation de la patiente

- Mme B. née en 1934
- Habitante de l'Isle-sur-sorgue (secteur Cavaillon)
- Mariée, 3 fils, un neveu médecin sur le secteur de Montpellier
- Suivi au CH de Cavaillon, en Hôpital de jour, pour Leucémie Myéloïde Aigüe en échappement thérapeutique, par le Dr HONORAT
- Motif de la demande : appel du Dr HONORAT pour anticiper un projet soins palliatifs exclusifs avec appui de l'ETSP à domicile

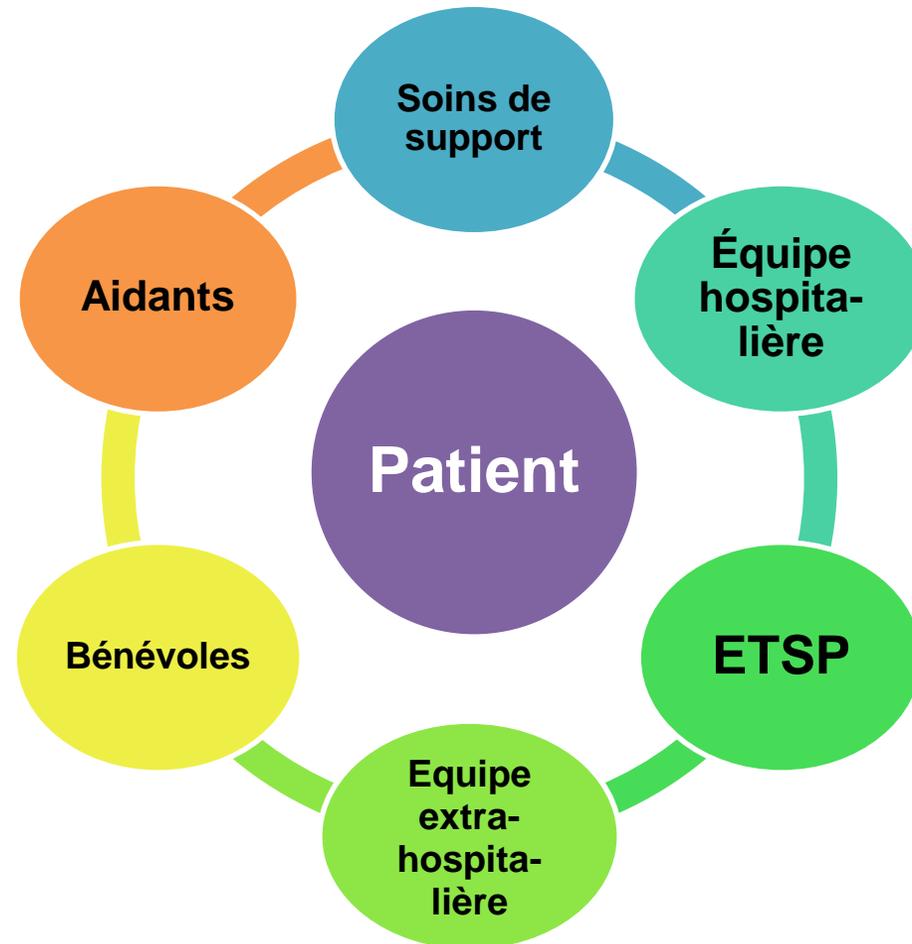
L'ETSP dans le parcours de soins de Mme B



Focus du suivi de Mme B par l'ETSP en extrahospitalier



Le travail de *pluridisciplinarité* autour d'un patient en soins palliatifs





Merci de votre attention...
A vos questions...

**Soirée
Théma**



Conclusion

**Dr Marielle LAFONT, Médecin coordinateur
DAC Ressources Santé Vaucluse**

- **Importance des liens ville-hôpital et de l'approche pluridisciplinaire pour faciliter et sécuriser la prise en charge à domicile des patients en soins palliatifs**
- **Un outil encore en construction : les ETSP**
- **Un flyer amené à évoluer...**
- **Le DAC Ressources Santé Vaucluse à disposition de tous les professionnels de la ville et des ETSP pour toutes informations et en appui, si besoin, pour l'accompagnement des situations complexes**



**Un grand merci à tous !
Intervenants et public !**