



# FIN DE VIE A DOMICILE



*20 ans d'ONCOPL - 8 décembre 2022*

# Données chiffrées HAD



**France** :  $\frac{1}{4}$  des prises en charge sont des soins palliatifs

1 850 000 journées de soins palliatifs

32 838 décès

## **Pays de la Loire**

41% des prises en charge sont des soins palliatifs

## **HAD Nantes et région :**

27% des prises en charge sont des soins palliatifs

700 décès à fin octobre 2022

# Pour quels patients ?



**Choix du patient**, et accord de l'entourage s'il existe

**Soins palliatifs : situations complexes, nécessitant technicité / intensité de soins,**  
à risque de décompensation ou de transfert hospitalier.  
Pathologies fréquemment concernées : cancers, maladies neuro-dégénératives,  
personnes âgées polypathologiques...

**Lieu de vie** : domicile, EHPAD, établissements social ou médico-social (MAS, FAM...)

## **Objectifs des soins palliatifs à domicile**

- Soulager la douleur physique
- Apaiser la souffrance psychique
- Respecter le projet du patient et sauvegarder sa dignité
- Soutenir l'entourage

# Organisation de l'HAD



## Continuité et permanence des soins

- Astreinte régulation médicale H24 et 7j/7
- Astreinte de coordination du soin H24 et 7j/7
- Continuité des soins H24 et 7j/7

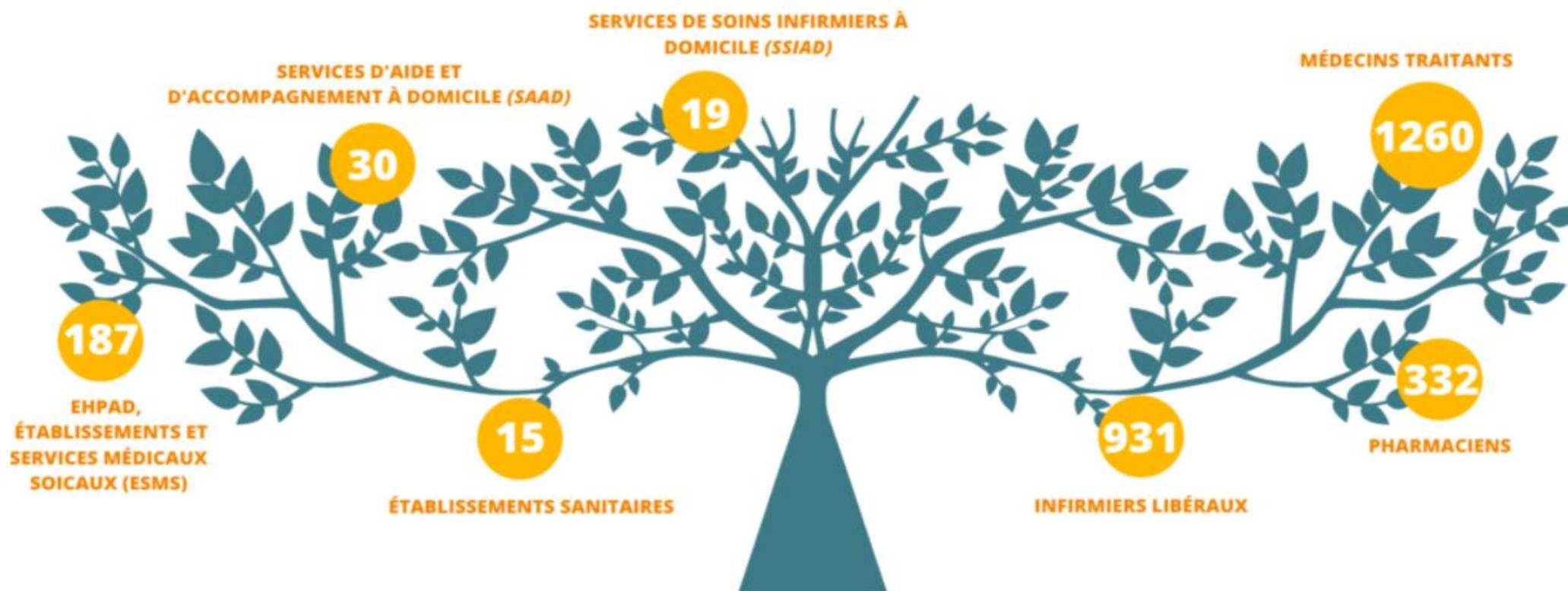
## Equipe de Coordination médicale et soignante salariée

## Equipe pluri professionnelle mixte : professionnels salariés et libéraux

- Des soins réalisés à 80% par des infirmiers libéraux
- Des domaines d'expertise avec des infirmiers salariés référents : soins palliatifs, plaies, douleur, hygiène
- Une collaboration avec les acteurs de santé de la ville

# Coordination et partenariat

HAD



# *Organisation de l'HAD*

---



**Soutien psycho-social pour les patients et leurs aidants**

## **Circuit du médicament**

- Dispensation des traitements de fond par les officines de ville
- Accès aux médicaments de la réserve hospitalière via la pharmacie du CHU

**Fourniture du matériel médical et des dispositifs médicaux** nécessaires aux soins

# L'admission



- **Prescription médicale initiale** du médecin traitant ou d'un médecin hospitalier
- **Evaluation à domicile et/ou en établissement par IDEC HAD**  
des soins à réaliser et des aides à mettre en place pour sécuriser la prise en charge à domicile
- **Elaboration du projet thérapeutique** en concertation avec le médecin traitant, le médecin spécialiste en charge du patient.
- **Admission du patient et organisation des soins à domicile :**  
recherche des intervenants au chevet, mise en place du plan d'aides à la vie quotidienne et de la logistique

# *Le déroulement de la prise en charge*



HAD

## **Soins médicaux : prise en charge des symptômes de fin de vie**

- Lutte contre la douleur physique : ajustement des traitements antalgiques (morphine, pompe à analgésie contrôlée par le patient)
- Lutte contre la souffrance psychique : angoisse, (recours aux anxiolytiques injectables), dépression, insomnie (midazolam)
- Symptômes agoniques
- Symptômes digestifs (nausées, vomissements, constipation, diarrhée...)

## **Soins d'hygiène**

## **Un temps de présence au chevet important pour le soin et le soutien de l'entourage**

# *Le déroulement de la prise en charge*



## **Soutien social**

- Aides à la vie quotidienne : sécuriser et pérenniser l'hospitalisation à domicile
- Ouverture de droits sociaux
- Aide à la parentalité

## **Soutien psychologique**

- Pour le patient et /ou les proches aidants
- Pour les proches aidants, en post-décès

## **Soutien sophrologique**

## **Aide aux aidants**

- Pendant la prise en charge et aide aux démarches post-décès

# *La coordination en HAD*



## **Ajustements réguliers des soins médicaux et du plan d'aide**

- Montée en charge des soins médicaux, au fur et à mesure de la prise en charge
- Adaptation du plan d'aide / dépendance du patient, possibilités et épuisement de l'entourage

## **Coordination médicale renforcée**

- Allers et retours possibles du patient en consultation spécialisée
- Réhospitalisation temporaire pour résolution de problème médical, ou situation d'inconfort nécessitant un avis spécialisé
- Réhospitalisation de répit en SMR, ou en USP pour situation médicale ou sociale très complexe
- Concertation collégiale en cas de demande de sédation

# Conclusion



**La fin de vie en HAD c'est :**

**Une coordination permanente de l'équipe de prise en charge du patient pour l'ajustement**

- Des soins médicaux et techniques
- Des aides humaines

**L'accompagnement du patient et de son entourage**

Pour que le temps qui reste à vivre soit le meilleur possible, avec du sens et de la valeur