



Accueil en USP après transfert des LISP: quelles difficultés?

Discussion autour d'un cas

E. Etcheberry, cadre de santé
C. Schicklin, psychologue
E. Dugaret, médecin

USP Annie Enia

- 10 lits d'USP (2 secteurs) pour l'accueil de patients atteints de maladies graves, évolutives, complexes présentant de lourds symptômes (222 patients en 2012)
- Équipe pluridisciplinaire
 - 3 médecins, 1 cadre de santé, IDE, aides-soignantes
 - 2 psychologues
 - 1 assistante sociale
 - 1 kinésithérapeute, 1 EAPA
 - 1 psychomotricienne
 - 1 diététicienne
 - 1 socio-esthéticienne
 - Des bénévoles

Admission

- Sur validation médicale (médecins du service)
 - d'une fiche d'admission spécifique :
 - Via les centres hospitaliers de Bayonne, de Dax, de Mont-de-Marsan
 - Via des cliniques privées du département (Bayonne, Biarritz, St Jean de Luz et Hendaye)
 - Médecins traitants (patients au domicile ou en EHPAD)
 - Inter-établissement :
 - transfert du SSR de pneumologie
 - des LISP du service

Spécificités d'Annie Enia

- 10 LISP en SSR au sein de l'établissement pour l'accueil de patients atteints de maladies graves, évolutives, non complexes (99 patients en 2012)
- Limites de la prise en charge:
 - admission sur fiche médicale ne reflétant pas toujours la réalité
 - difficultés de coordination avec les autres médecins s'occupant du patient
 - patients trop symptomatiques car moins de temps-soignant et souffrance des équipes

Mode de fonctionnement

- Une analyse des demandes est réalisée quotidiennement par les médecins et le cadre de santé du service afin :
 - D'identifier les prises en charge des patients qui relèvent de nos missions
 - D'orienter le patient dans le secteur le plus adapté : LISP ou USP
 - D'évaluer si une rencontre est nécessaire entre un médecin du service et le patient dans les services adresseurs
- turn-over des équipes qui travaillent dans les 3 secteurs de soins (SSR de pneumologie, LISP, USP)
- Staff biquotidien (régulation d'équipe)
 - Identification des problématiques et perspectives pour la journée
 - Projet de soins personnalisé en équipe pluridisciplinaire

- 
- TRANSFERT D'UN PATIENT EN USP :
 - LES DIFFICULTES
 - LES CONDITIONS NECESSAIRES POUR UN ACCUEIL FAVORABLE

DEFINITIONS DES MOTS « transfert » et « accueil » dictionnaire LAROUSSE

- **TRANSFERT** : action de transférer, de déplacer quelque chose ou quelqu'un

En droit : acte par lequel une personne acquiert un droit d'un autre qui le lui transmet

En psychologie : phénomène par lequel une activité intellectuelle ou manuelle modifie une autre activité qui la suit, soit en la rendant plus facile soit en la troublant.

En psychanalyse : processus selon lequel le patient réactualise ses conflits infantiles en projetant sur le thérapeute l'image des ses parents et les sentiments qu'il a éprouvés envers eux.

Synonyme : déplacement , identification, projection, substitution , transmission, transport, cession, vente

- **ACCUEIL** : cérémonie ou prestation réservée à un nouvel arrivant, consistant généralement à lui souhaiter la bienvenue et à l'aider dans son intégration ou ses démarches

Manière de recevoir quelqu'un

Synonyme : hospitalité, accès, abord, hébergement, réception

MISE EN ŒUVRE DES SOINS PALLIATIFS RECOMMANDATIONS ET REFERENTIELS DE L'ANAES

- Dès l'annonce du diagnostic, la prise en charge en soins palliatifs est réalisée selon un projet de soins continus qui privilégie :
 - l'écoute
 - la communication
 - l'instauration d'un climat de vérité avec le patient et son entourage

- Selon le moment, la priorité sera donné
 - soit aux investigations et aux traitements permettant de guérir ou de ralentir l'évolution de la maladie
 - soit à une prise en charge uniquement symptomatique visant le confort physique, psychologique et moral du patient.

La place relative de ces 2 prises en charge est à réévaluer régulièrement et la mise en œuvre des soins palliatifs doit faire l'objet

d'un consensus entre l'équipe soignante, le patient et ses proches si le patient le souhaite



- **Les difficultés**

- Les représentations des soins palliatifs par le service adresseur, les patients et leur entourage
- Les mécanismes de défense des patients, de l'entourage et des soignants : quelle est la capacité d'intégration de la réalité des uns et des autres
- La capacité des patients, de l'entourage et des soignants d'accepter la part d'imprévisibilité dans la PEC et l'évolution de la maladie
- Le vécu du patient et de l'entourage depuis l'annonce de la maladie : le transfert en USP est facilité lorsqu'une relation de confiance et une bonne communication ont pu s'établir dès le début de la PEC
- Le décès d'un proche dans la même USP
- La position du patient comme objet de soin : déposséder le patient des informations et des décisions qui le concerne ; décider pour lui ou sans lui

Un transfert en USP, cela se prépare

- Objectif de garantir la continuité de la PEC du patient : éviter un sentiment de rupture voir un sentiment d'abandon

Comment :


- en informant et en instaurant un échange avec le patient et l'entourage: tenter d'établir une relation de confiance et un climat de vérité dès le début de la PEC
- En communiquant en interne (l'équipe adresseur et l'équipe de l'USP) et entre les deux équipes
- en recueillant l'accord du patient
- en rencontrant le patient avant son transfert par un représentant de l'équipe de l'USP
- en analysant la demande de transfert : qui demande ? quelle est l'attente ? que vise t on ? qui souffre et comment ? Différencier le besoin, de la demande, du désir.
- En permettant à l'équipe adresseur , au médecin traitant, oncologue... de venir le voir en USP
- En se donnant du TEMPS pour programmer le transfert (où, quand, comment, avec qui, objectif du transfert) et proposer un accompagnement (limiter, réduire le plus possible les paramètres inconnus sachant que le vide et les non dit sont source d'angoisse)



Discussion autour d'un cas

Mr C., 50 ans

- Transféré de LISP le 11.07.13 dans le cadre d'un carcinome épidermoïde bronchique lobaire inférieur droit avec adénopathies médiastinales, épanchement pleural métastatique et métastase cérébrale fronto-pariétale droite à l'origine de la découverte du cancer

- 
- Métastasectomie cérébrale, radiothérapie encéphalique
 - 2 lignes de chimiothérapie en février et juin 2013
 - Apparition d'un FA rapide et d'une dyspnée aggravative d'origine multifactorielle

- Décision de transfert en USP car perte d'autonomie et altération de l'état général sur:
 - - progression tumorale avec hypercalcémie et envahissement costal droit
 - - manifestations neuropsychologiques et sphinctériennes sur probable méningite carcinomateuse
 - - épisodes de dyspnée aiguë
 - - syndrome dépressif réactionnel et épuisement de l'aidant principal (épouse)

Les difficultés

- 1) Du patient:
- - patient alité, communiquant, ralenti, pas de plaintes particulières, peu actif dans la prise en charge, parle peu de sa maladie, pas d'attente particulière
- - nécessité de décision d'arrêt de la chimiothérapie en équipe: contact avec l'oncologue, sentiment d'abandon

Les difficultés

- 2) Des proches:
- - éloignement de l'épouse qui travaille, absente lors de son admission dans le service, nous demande ce que signifie les soins palliatifs, demande un rapprochement précoce dans sa ville d'origine.

Les difficultés

- 3) Des soignants:
- - stigmatisation du patient par rapport à ses troubles du comportement
- - questionnements par rapport à l'anticipation de l'admission en USP : qu'a-t-on dit au patient? À son entourage?
- - problème de la coordination dans la prise en charge: y a-t-il eu un contact avec l'EMSP
- - difficultés liées à la demande de rapprochement familial dès l'admission

Les outils à disposition

- soutien de la psychologue pour le patient, la famille, l'équipe
- Rencontre précoce avec la famille
- Contact avec le médecin traitant et les spécialistes (oncologues, EMSP, réseau, HAD)
- Projet de soins personnalisé en équipe
- Possibilité de réunion de procédure collégiale
- Analyse de pratique a posteriori
- Projet de groupe de parole