

Astreinte en « médecine palliative » territoriale (Côte Basque, Navarre). Avril 2018.

- **Constat** : en dehors des heures ouvrées, **absence d'accès à un « référent en soins palliatifs » pour la plupart des professionnels de santé du territoire.**
- **Plan d'action** pour le développement des soins palliatifs en région nouvelle aquitaine, 2016 : La continuité de l'offre de soins au domicile, y compris la nuit et le WE
- **Relance d'un projet de 2006** d'astreinte téléphonique (projet médical de territoire réunissant des représentants de toutes les structures de SP du secteur), **validé par l'ARS en aout 2018, au décours de l'intégration du réseau de SP sur le centre hospitalier.**

- **Bibliographie, enquête téléphonique sur des expériences en France, et rédaction d'un règlement intérieur.**

- **Conseil médical pour un événement inattendu et/ou soudain qui est estimé par le patient ou les professionnels de santé, comme nécessitant une réponse dans l'urgence.**

- **Professionnels de santé « appelants » :**
 - **Médecins urgentistes (SOS, SAMU, services d'urgences), médecins libéraux ou hospitaliers d'astreinte ou de garde (centre hospitalier, cliniques, SSR...),**

 - **Infirmiers (ères), libéraux (ales), ou en établissements de santé, EHPAD, dans le cadre de leur rôle propre.**

➤ **Médecins « référents soins palliatifs » :**

Médecins **diplômés** en soins palliatifs (+/- DU, +/- DIU, +/- DESC), **expérimentés**, et **volontaires** pour participer à l'astreinte téléphonique.

Il s'agit des Drs P. Brillaxis, A. Cadier, E. Dugaret X. Larraburu, C. Puyobrau.

➤ **Patients concernés :**

Personnes atteintes d'une **maladie grave, évolutive ou terminale, au domicile ou en établissement, suivis ou non par une structure de soins palliatifs.**



Originalité...

➤ **Couverture de l'astreinte :**

Les jours ordinaires, de 18h30 à 8h le lendemain.

Les weekends et fériés, de 8 h à 8h.

➤ **Modalités pratiques pour l'appelant.**

Les appels passent par le SAMU 15, et sont transférés au médecin d'astreinte.

➤ **Les contours du conseil médical en soins palliatifs :**

Le conseil médical porte dans les domaines du soin, de l'évaluation des différentes composantes de la souffrance (somatique, sociale, psychologique et existentielle), du soulagement des symptômes physiques et psychiques, de la prévention des situations de crise (prescriptions et procédures anticipées), de la communication et de la relation, du soutien de l'entourage.

Une transmission écrite est réalisée en fonction des outils accessibles :

(plateforme informatique communicante PAACO, logiciel du SAMU, ...). Elle comporte une synthèse du motif d'appel, les propositions d'actions détaillées.

Le médecin « référent soins palliatifs » engage sa responsabilité médicale dans la pertinence des conseils transmis, conformes aux données acquises ou actuelles de la science ou de la législation.

Le médecin ou l'infirmière « appelant » engage sa responsabilité dans l'information qu'il transmet et dans la mise en œuvre des conseils reçus.

Il n'est **pas prévu** que le médecin « référent soins palliatifs » puisse donner un **avis** téléphonique **dans le cadre d'une procédure collégiale**, qui nécessite l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant.

L'astreinte prévoit que le médecin « soins palliatifs » puisse se déplacer au chevet du patient. **La pertinence ou la possibilité du déplacement sont laissés à l'appréciation du médecin d'astreinte.** En cas de déplacement, les motifs de déplacements sont identifiés et quantifiés.

➤ **Rapport d'activité des 10 premiers mois.**

38 appels téléphoniques, soit en moyenne près d'un appel par semaine.

18 appels depuis les services de courts séjours CHCB, dont 5 depuis les urgences.

14 depuis le domicile.

2 depuis un court séjour hors CHCB.

2 depuis un SSR hors CHCB.

1 depuis un EHPAD.

1 depuis une MAS.

7 appels ont été suivis de déplacement du médecin d'astreinte, le plus souvent pour un domicile.

Le conseil téléphonique a porté sur :

La **douleur** pour 11 situations (dont 2 pour adaptation de pompe intrathécale le WE),

angoisse et/ou agitation confuse pour 5 cas,

dyspnée pour 4 cas,

questionnement éthique pour 3 cas (AVC grave, sédation profonde et continue au domicile),

relais voie orale voie injectable 3 cas, occlusion 1 cas.

➤ **Impression d'ensemble des médecins qui participent à l'astreinte :**

Le recours à l'astreinte n'est pas un réflexe habituel / situations potentielles.

Nécessité de réitérer l'information (EHPAD...),

Ce recours semble sous utilisé, surtout en EHPAD. L'absence d'infirmière la nuit ou l'intervention de l'HAD (astreinte propre à l'HAD) sur des situations d'aggravation ou d'instabilité, peuvent expliquer le peu d'appels issus d'EHPAD.

Lorsque le suivi est réalisé avec la participation de l'EMSP au domicile, l'existence de l'astreinte rassure et favorise une continuité dans l'adaptation du projet ou des thérapeutiques, surtout pour les situations inattendues qui n'ont pas été anticipées et ou pour des besoins spécifiques (sédatations modérées ou profondes anticipées). Cf recommandations /présence d'un médecin.

Selon le témoignage des professionnels, l'astreinte favorise le maintien au domicile lorsque les conditions sont requises, et permet d'éviter des hospitalisations non nécessaires.