

Rôles du MCC dans la mise en place de l'ACP en MRPA et MRS



Dr Jean-François Moreau

Président de l'AFRAMECO Asbl.

Association francophone des médecins coordinateurs et conseillers

Législations générales relatives aux soins palliatifs



➤ **AGW 28/10/2021 Rôles et missions du MCC:**

- ✓ **En relation avec le corps médical, il coordonne la politique de soins;**
- ✓ **Mise en place des politiques concernant: les soins palliatifs;**
- ✓ **Collabore et Participe à la formation du personnel soignant, paramédical et infirmier en matière de soins palliatifs et soins relatifs à la fin de vie telle que visée au point 22.1 du chapitre XI de l'annexe 120 du CRWASS.**

Législations générales relatives aux soins palliatifs



➤ Arrêté royal du 21 octobre 2018 fixant les critères pour identifier un patient palliatif.

Article 1er. Un patient palliatif au sens de la loi du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs est un patient dont un médecin a constaté qu'il répond aux critères définis dans l'annexe du présent arrêté.

L'échelle d'identification du patient palliatif : PICT (Palliative Care Indicators Tool)

- ✓ permet d'identifier un patient palliatif à un stade précoce de sa maladie.
- ✓ repose sur 3 questions qui évaluent la vulnérabilité du patient et se réfèrent à des critères de fragilité et d'incurabilité.
- ✓ le critère t d'espérance de vie jusqu'à 12 mois.

Toutefois, ce sont toujours les documents faisant référence à ce pronostic de vie de trois mois qui restent d'application pour bénéficier des différentes aides.

Législations générales relatives aux soins palliatifs



➤ **INAMI: la planification anticipée des soins ou ACP**

À partir du 1er novembre 2022, vous pourrez compter sur un **nouvel honoraire pour cet accompagnement, entièrement remboursé pour le patient.(103692: 104,02€)**

La planification anticipée des soins ou Advance Care Planning (ACP) :

- **garantir la qualité** des soins palliatifs et donc la **qualité de vie** des patients atteints d'une **maladie incurable**.
- **accompagner** votre patient pour analyser avec lui ses **attentes et souhaits quant à ses soins futurs**.
- par des **entretiens essentiels** dans la phase palliative d'une maladie incurable.
- L'objectif est avant tout le **respect des souhaits du patient quant aux décisions thérapeutiques**.

Que comprend concrètement cette prestation « Advance Care Planning » ?

- ✓ L'évaluation du niveau palliatif de votre patient: échelle PICT
- ✓ L'entretien et la rédaction de l'ACP
 - un ou plusieurs entretiens lors desquels sont abordés au minimum:
 - la possibilité de mettre par écrit les limites thérapeutiques (curatives/palliatives) que votre patient veut poser, sous la forme:
 - d'une « déclaration de volonté négative » (ce que patient ne souhaite pas) **et/ou**
 - d'une « déclaration de volonté positive » (ce que le patient souhaite, par exemple une déclaration anticipée d'euthanasie, funérailles, don du corps à la science...)
 - les objectifs de soins individualisés, centrés sur votre patient plutôt que sur sa maladie
 - la désignation éventuelle d'un représentant légal ou mandataire, dans l'éventualité où votre patient ne serait plus en état de décider par lui-même.

Que comprend concrètement cette prestation « Advance Care Planning » ?

✓ Les discussions multidisciplinaires

La prestation ACP comprend aussi les entretiens qui suivront, avec toutes les personnes impliquées : infirmier, kinésithérapeute, autre médecin, aidant proche, etc.

✓ L'enregistrement et le partage des données

Pour transcrire le contenu des entretiens, utilisez les modèles de déclaration ACP du [LevensEinde InformatieForum](#) (LEIF) ou de la [Fédération flamande des soins palliatifs](#)

La prestation comprend l'**ajustement des documents de l'ACP si nécessaire.**

Le contenu de l'ACP doit être disponible dans des situations critiques : au service de garde, aux urgences, en cas d'hospitalisation imprévue, etc.

Son **contenu est évolutif.** Votre patient peut modifier ses souhaits et déclarations de volonté durant toute la période palliative.

Étant donné ce caractère dynamique et la disponibilité nécessaire des informations, l'idéal est de partager les données de manière électronique. Mais il n'est pas encore possible actuellement de conserver les documents d'un ACP via le Sumehr du patient.

Rôles du MCC et de l'institution



CRÉER UN DOSSIER SPECIFIQUE SOINS PALLIATIFS:

- Echelle PICT = preuve du statut palliatif



L'échelle PICT

II. Arrêté royal du 21 octobre 2018 fixant les critères pour identifier un patient palliatif.

<http://www.soinspalliatifs.be/images/pdf/pict.pdf>

Echelle d'identification du patient palliatif – PICT
M.B. 20.11.2018

Page 1/2

1. Seriez-vous surpris si votre patient venait à décéder dans les 6 à 12 prochains mois ?

NON

OUI

2. Votre patient répond-il à plus de 2 indicateurs de fragilité mentionnés ci-dessous ?

- Le patient reste au fauteuil ou au lit plus de la moitié de la journée, sans chance d'amélioration.
- Perte pondérale $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou un indice de masse corporelle $< 20 \text{ kg/m}^2$ ou albuminémie $< 35 \text{ gr/litre}$.
- Douleur ou autre symptôme persistant et gênant malgré une thérapie optimale de l'affection incurable sous-jacente.
- Au moins 1 comorbidité cardiaque, pulmonaire, rénale ou hépatique sévère ou 2 comorbidités non équilibrées ou non traitées (y compris alcoolisme, toxicomanie, et handicap).
- Au moins 2 hospitalisations imprévues ou 1 hospitalisation d'une durée ≥ 4 semaines, au cours des 6 derniers mois (éventuelle hospitalisation en cours comprise).
- Intensification des soins infirmiers et/ou intervention hebdomadaire de plusieurs professionnels de la santé de disciplines différentes (à domicile ou en MR-MRS).
- Demande de soins palliatifs ou refus de (pour) suivre un traitement visant à prolonger la vie de la part du patient (ou des proches si patient inapte).

NON

OUI

3. Votre patient présente-t-il au moins un des critères d'incurabilité d'une affection potentiellement mortelle ?

Cf. critères 3.1. à 3.9. détaillés en page 2.

- 3.1. En cas de pathologie oncologique ou hématologique
- 3.2. En cas de pathologie cardiaque ou pathologie vasculaire périphérique
- 3.3. En cas de pathologie respiratoire
- 3.4. En cas de pathologie rénale
- 3.5. En cas de pathologie digestive ou hépatique
- 3.6. En cas de pathologie neurologique
- 3.7. En cas de syndrome gériatrique
- 3.8. En cas de pathologie infectieuse
- 3.9. Une autre pathologie incurable et évolutive sans possibilité de rétablissement ou de stabilisation qui n'est pas mentionnée aux points 3.1 à 3.8.

NON

OUI

Le patient est identifié comme patient palliatif.

Le patient n'est pas identifié comme patient palliatif.

Dans le cas où votre patient est identifié comme palliatif, les fédérations belges de soins palliatifs vous encouragent à définir un plan de soins et un ACP (« Advanced Care Planning »), avec votre patient et en concertation interdisciplinaire.
[*www.soinspalliatifs.be/ACP.html](http://www.soinspalliatifs.be/ACP.html)

Echelle d'identification du patient palliatif – PICT
M.B. 20.11.2018

Page 2/2

Critères d'incurabilité d'une affection potentiellement mortelle.

- 3.1. En cas de pathologie oncologique ou hématologique :
 - Déclin fonctionnel lié à l'évolution tumorale ou à une complication médicale ou chirurgicale
 - Refus ou contre-indication à poursuivre un traitement oncologique, ou poursuite du traitement à visée purement symptomatique
 - Syndrome myélodysplasique à haut risque de transformation leucémique avec contre-indication à la greffe médullaire ou syndrome myélodysplasique compliqué d'une neutropénie ou d'une thrombopénie sévère et persistante.
- 3.2. En cas de pathologie cardiaque ou pathologie vasculaire périphérique :
 - Insuffisance cardiaque NYHA IV ou maladie des coronaires étendue et non traitable, accompagnée de symptômes présents au repos et aggravés au moindre effort
 - Maladie vasculaire périphérique sévère et inopérable.
- 3.3. En cas de pathologie respiratoire :
 - Maladie respiratoire chronique sévère et accompagnée d'une dyspnée au repos ou au moindre effort entre les périodes d'exacerbation
 - Besoin d'une oxygénothérapie au long cours, ou d'une ventilation (invasive ou non invasive), ou contre-indication à ces traitements.
- 3.4. En cas de pathologie rénale :
 - Maladie rénale chronique de stade 4 ou 5 (ou FG $< 30 \text{ ml/min}$), traitée ou non par dialyse et accompagnée d'une détérioration de l'état de santé
 - Contre-indication, arrêt ou refus de dialyse
 - Insuffisance rénale aigue compliquant une maladie incurable ou un traitement chez un malade dont le pronostic de vie est limité.
- 3.5. En cas de pathologie digestive ou hépatique :
 - Cirrhose grave décompensée avec échec du traitement médical et contre-indication à la transplantation hépatique
 - Hémorragie, occlusion ou perforation du tube digestif d'origine non néoplasique avec échec ou contre-indication à un traitement médical et/ou chirurgical.
- 3.6. En cas de pathologie neurologique :
 - Altération irréversible et sévère des capacités fonctionnelles et / ou cognitives et / ou de l'état de conscience, malgré une thérapie optimale
 - Dysarthrie progressive rendant la parole difficile à comprendre, ou dysphagie irréversible et responsable de pneumonies d'aspiration récurrentes.
- 3.7. En cas de syndrome gériatrique :
 - Incapacité de se déplacer, de s'habiller, de se laver et de manger sans l'assistance d'un tiers associé avec au moins un des six critères suivants :
 - Incontinence urinaire et fécale
 - Refus alimentaire et/ou refus de soins persistant
 - Perte définitive de l'appétit, ou perte de poids $\geq 10\%$ en 1 mois, ou indice de masse corporelle < 18 , ou albuminémie $< 30 \text{ gr/litre}$
 - Incapacité à parler, à communiquer et à reconnaître ses proches
 - Antécédents de chutes répétées ou d'une chute compliquée
 - Dysphagie irréversible et pneumonies d'aspiration récidivantes.
- 3.8. En cas de pathologie infectieuse :
 - une infection ne répond pas aux traitements.
- 3.9. Une autre pathologie incurable et évolutive sans possibilité de rétablissement ou de stabilisation qui n'est pas mentionnée aux points 3.1 à 3.8.

Echelle PICT

1. Seriez-vous surpris si votre patient venait à décéder dans les 6 à 12 prochains mois ?

Si votre réponse est positive, le patient n'est pas identifié comme patient palliatif.

Si votre réponse est négative, passez à la question 2.

2. Votre patient répond-il à plus de 2 indicateurs de fragilité mentionnés ci-dessous ?

- Le patient reste au fauteuil ou au lit plus de la moitié de la journée, sans chance d'amélioration.
- Perte pondérale $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou un indice de masse corporelle $< 20 \text{ kg/m}^2$ ou albuminémie $< 35\text{gr/litre}$.
- Douleur ou autre symptôme persistant et gênant malgré une thérapie optimale de l'affection incurable sous-jacente.
- Au moins 1 comorbidité cardiaque, pulmonaire, rénale ou hépatique sévère ou 2 comorbidités non équilibrées ou non traitées (y compris alcoolisme, toxicomanie, et handicap).
- A u moins 2 hospitalisations imprévues ou 1 hospitalisation d'une durée ≥ 4 semaines, au cours des 6 derniers mois (éventuelle hospitalisation en cours comprise).
- Intensification des soins infirmiers et/ou intervention hebdomadaire de plusieurs professionnels de la santé de disciplines différentes (à domicile ou en MR-MRS).
- Demande de soins palliatifs ou refus de (pour)suivre un traitement visant à prolonger la vie de la part du patient (ou des proches si patient inapte).

Si votre réponse est négative, le patient n'est pas identifié comme patient palliatif.

Si votre réponse est positive, passez à la question 3.

1. Législations générales relatives aux soins palliatifs



3. Votre patient présente-t-il au moins un des critères d'incurabilité d'une affection potentiellement mortelle ?

3.1. En cas de pathologie oncologique ou hématologique :

- a) Déclin fonctionnel lié à l'évolution tumorale ou à une complication médicale ou chirurgicale
- b) Refus ou contre-indication à poursuivre un traitement oncologique, ou poursuite du traitement à visée purement symptomatique
- c) Syndrome myélodysplasique à haut risque de transformation leucémique avec contre-indication à la greffe médullaire ou syndrome myélodysplasique compliqué d'une neutropénie ou d'une thrombopénie sévère et persistante.

3.2. En cas de pathologie cardiaque ou pathologie vasculaire périphérique :

- a) Insuffisance cardiaque NYHA IV ou maladie des coronaires étendue et non traitable, accompagnée de symptômes présents au repos et aggravés au moindre effort
- b) Maladie vasculaire périphérique sévère et inopérable.

3.3. En cas de pathologie respiratoire :

- a) Maladie respiratoire chronique sévère et accompagnée d'une dyspnée au repos ou au moindre effort entre les périodes d'exacerbation
- b) Besoin d'une oxygénothérapie au long cours, ou d'une ventilation (invasive ou non invasive), ou contre-indication à ces traitements.

1. Législations générales relatives aux soins palliatifs



Aframeco

II. Arrêté royal du 21 octobre 2018 fixant les critères pour identifier un patient palliatif.

<http://www.soinspalliatifs.be/images/pdf/pict.pdf>

☐ Echelle d'identification du patient palliatif

3. Votre patient présente-t-il au moins un des critères d'incurabilité d'une affection potentiellement mortelle ?

3.4. En cas de pathologie rénale :

- a) Maladie rénale chronique de stade 4 ou 5 (ou FG < 30ml/min), traitée ou non par dialyse et accompagnée d'une détérioration de l'état de santé
- b) Contre-indication, arrêt ou refus de dialyse
- c) Insuffisance rénale aiguë compliquant une maladie incurable ou un traitement chez un malade dont le pronostic de vie est limité.

3.5. En cas de pathologie digestive ou hépatique :

- a) Cirrhose grave décompensée avec échec du traitement médical et contre-indication à la transplantation hépatique
- b) Hémorragie, occlusion ou perforation du tube digestif d'origine non néoplasique avec échec ou contre-indication à un traitement médical et/ou chirurgical.

3.6. En cas de pathologie neurologique :

- a) Altération irréversible et sévère des capacités fonctionnelles et / ou cognitives et / ou de l'état de conscience, malgré une thérapie optimale
- b) Dysarthrie progressive rendant la parole difficile à comprendre, ou dysphagie irréversible et responsable de pneumonies d'aspiration récurrentes.



Aframego

Echelle PICT

3.7. Votre patient présente-t-il au moins un des critères d'incurabilité d'une affection potentiellement mortelle ?

3.7. En cas de syndrome gériatrique : incapacité de se déplacer, de s'habiller, de se laver et de manger sans l'assistance d'un tiers associé (KATZ https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/formulaire_infirmiers_echelle_evaluation.pdf) avec au moins un des six critères suivants :

- a) Incontinence urinaire et fécale
- b) Refus alimentaire et/ou refus de soins persistant
- c) Perte définitive de l'appétit, ou perte de poids $\geq 10\%$ en 1 mois, ou indice de masse corporelle < 18 , ou albuminémie $< 30\text{gr/litre}$ (MNA https://www.mna-elderly.com/forms/MNA_french.pdf)
- d) Incapacité à parler, à communiquer et à reconnaître ses proches
- e) Antécédents de chutes répétées ou d'une chute compliquée
- f) Dysphagie irréversible et pneumonies d'aspiration récidivantes.

3.8. En cas de pathologie infectieuse : une infection ne répond pas aux traitements. (problématique des MDRO)

3.9. Une autre pathologie incurable et évolutive sans possibilité de rétablissement ou de stabilisation qui n'est pas mentionnée aux points 3.1 à 3.8.

Si votre réponse est négative, le patient n'est pas identifié comme patient palliatif.

Si votre réponse est positive, le patient est identifié comme patient palliatif.

Rôles du MCC et de l'institution



CRÉER UN DOSSIER SPECIFIQUE SOINS PALLIATIFS:

- Demande au Médecin conseil

Article 7octies, § 2, de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations

Conditions auxquelles un patient doit répondre pour entrer en ligne de compte pour la suppression de l'intervention personnelle pour les visites et les suppléments y afférents effectués par un médecin généraliste agréé ou avec droits acquis.

Nom du patient :

.....

Adresse du patient :

.....

Mutualité : N° d'affiliation :

Le bénéficiaire susvisé est un patient :

1° qui souffre d'une ou plusieurs affections irréversibles ;

2° dont l'évolution est défavorable, avec une détérioration sévère généralisée de sa situation physique/psychique

3° chez qui des interventions thérapeutiques et la thérapie revalidante n'influencent plus cette évolution défavorable ;

4° pour qui le pronostic de(s) affection(s) est mauvais et pour qui le décès est attendu dans un délai assez bref (espérance de vie de plus de 24 heures et de moins de trois mois) ;

5° ayant des besoins physiques, sociaux et spirituels importants nécessitant un engagement soutenu et long; le cas échéant, il est fait appel à des intervenants possédant une qualification spécifique et à des moyens techniques appropriés.

Signature du médecin généraliste, Date : / /

Cachet

A ENVOYER SOUS ENVELOPPE FERMEE AU MEDECIN-CONSEIL

(Faire une copie pour le dossier médical)

Rôles du MCC et de l'institution



CRÉER UN DOSSIER SPECIFIQUE SOINS PALLIATIFS:

- **PSPA:** Version téléchargeable sur <https://www.pspa.be/>



PSPA

Projet de Soins
Personnalisé & Anticipé

Introduction

Histoire de vie

Mes volontés concernant mon projet thérapeutique actuel

Déclarations anticipées

Déclaration anticipée négative relative aux traitements

Désignation d'un mandataire (droits du patient)

Désignation d'une personne de confiance (droits du patient)

Déclaration anticipée relative à l'euthanasie

Déclaration relative aux affinités spirituelles et philosophiques

Déclaration anticipée relative au prélèvement de matériel corporel
humain et don du corps à la science

Déclaration anticipée relative aux obsèques

Récapitulatif des déclarations anticipées

Quelques recommandations

Annexe

Rôles du MCC et de l'institution



CRÉER UN DOSSIER SPECIFIQUE SOINS PALLIATIFS:

- Plan de soins anticipatif

5. Exemple pratique



PLAN DE SOINS THERAPEUTIQUE ANTICIPATIF

NON/PRENOM :

DATE :

Symptômes Respiratoires :

Voie d'administration

- Dyspnée : Oxygène _____ L/min
- BPCO/asthme : Corticoïde (médrol/aacidexam) _____ PO-SC-IM
- Sécrétions excessives : Anticholinergique (Scopolamine) _____ PO-SC-IM
Si échec Burinex en aérosol
- OAP : Diurétiques (Lasix) _____ PO-SC-IM
- Infections : ATB _____ PO-SC-IM

Fièvre :

- Température : Antipyrétique _____ PO-SC-IM-IR
- Autres : _____ PO/SC/IM

:

5. Exemple pratique



PLAN DE SOINS THERAPEUTIQUE ANTICIPATIF

NON/PRENOM :

DATE :

Symptômes Digestifs :

Voie d'administration

- Nausées/V+ : Antiémétique (litican/primperan) _____ PO-SC-IM
Neuroleptique (haldol) _____ PO-SC-IM
Corticoïde (médrol/aacidexam) _____ PO-SC-IM
- Constipation : Laxatif : _____
Lavement : _____
- Diarrhée : anti-diarrhéique : _____ PO

Déshydratation :

△ Hydratation !!! Perfusion??? _____ SC

Autres : _____ PO/SC/IM

:

5. Exemple pratique



Douleur et autres symptômes Psychiques :

VOIE

D'ADMINISTRATION

- Douleurs :
 - physique ? antidouleurs : _____ PO-SC-PATCH
_____ PO-SC-PATCH
 - neuropathique ? Antidépresseurs : _____ PO
Antiépileptique : _____ PO
- Anxiété/Agitation : Benzodiazépines : _____ PO-SC
- Dépression : Antidépresseurs : _____ PO
- Insomnie : Benzodiazépines ou autres : _____ PO
- Métastase cérébrale : Corticoïde : _____ PO-SC-IM
- Convulsions-Epilepsie : Antiépileptique : _____ PO-SC-IM
Valium : _____ PO-IM-IR
Benzodiazépines : _____ PO-SC-IM
- Autres : _____ PO-SC-IM

5. Exemple pratique



POMPE S/C :

- ____ mgr de Morphine
- ____ mgr de Midazolam
- ____ mgr de Scopolamine

Autres :

PROTOCOLE DE DETRESSE :

____ mgr de Midazolam ____ mgr de Morphine, ____ mgr de Scopolamine

ENTRE DOSE AVANT TOILETTE/MOBILISATION :

O si nécessaire

O D'office

- ____ mgr de Morphine Systématiquement ou Selon évaluation Autres :
-

SOINS DE BOUCHE : (vignette à apposer) + Prévoir matériel

Date, signature et cachet du médecin :

5. Exemple pratique



SUIVI PALLIATIF de																								
..... Date :																								
	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24
Douleur - au repos (coter 0 à 10)																								
- toilette, soins (0 à 10)																								
- mobilisation (0 à 10)																								
Score Algoplus : .../5 + ECPA																								
Dyspnée																								
Sommeil - noter S - (R si réveillable)																								
Nausées (N) Vomissements (V)																								
Agitation (A) Confusion (C)																								
Urines/diurèse (signaler si globe)																								
Sonde vésicale :																								
Selles (prévention)																								
Température :																								
Paramètres :																								
Soins de bouche :																								
Alimentation ((grille – Logo)																								
Chgt de position/alternating/lever																								
Massage/ HE/																								

Rôles du MCC et de l'institution



CONSEIL D'ACHAT DE MATERIEL

- Pousse-seringue

Rôles du MCC et de l'institution



CRÉER UN DOSSIER SPECIFIQUE SOINS PALLIATIFS:

- Farde soins palliatifs

ADVANCE CARE PLANING –ACP: Rôles du MCC et de l'institution

➤ Farde soins palliatifs

- Liste des intervenants du réseau palliatif interne et externe
- La déclaration d'intention en soins palliatifs de l'institution
(lecture obligatoire par chaque nouveau partenaire de soins)

1.PRATIQUE

- 1.1 Programmation du pousse-seringue
- 1.2 Combinaisons compatibles et incompatibles dans le pousse-seringue
- 1.3 Paliers et conversion des opioïdes (télécharger application sur gsm : ORTHODOSE)
- 1.4 Tableau pratique et conversion des Opioides

Rôles du MCC et de l'institution

➤ Farde soins palliatifs



2. Documents nécessaires pour constituer un mini-dossier

- 2.1 Document de passage en SP pour le médecin conseil (original à envoyer) + demande d'intervention de la plateforme
- 2.2 Grille éthique et Feuille de traitement
- 2.3 Algoplus ECPA
- 2.3 Plan de soins thérapeutiques anticipatifs
- 2.4 Suivi palliatif en cours par deux journées
- 2.5 Tracing des activités KEL instaurées
- 2.6 Vignettes pour soin de bouche
- 2.7 Documents pour la famille