



HAL
open science

Secrétaire médicale en EMASP : quel est son rôle dans la continuité d'une prise en charge d'un patient en situation palliative ?

Catherine Bailly

► To cite this version:

Catherine Bailly. Secrétaire médicale en EMASP : quel est son rôle dans la continuité d'une prise en charge d'un patient en situation palliative ?. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03099772

HAL Id: dumas-03099772

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03099772>

Submitted on 6 Jan 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Récit d'une Situation Complexe Authentique (RSCA)

« *Secrétaire médicale en EMASP : Quel est son rôle dans la continuité d'une prise en charge d'un patient en situation palliative ?* »

Catherine Bailly



A - INTRODUCTION

Mon activité de secrétaire à l'Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (EMASP) débute en février 2017, date à laquelle se dessine une fusion de trois hôpitaux de la région : Nemours, Montereau et Fontainebleau. Une nouvelle entité hospitalière est créée : le Centre Hospitalier Sud Seine et Marne. Cette fusion modifie le fonctionnement des deux EMASP déjà existantes. La restructuration organise la nouvelle EMASP avec une infirmière sur chaque site, deux psychologues, cinq bénévoles, un médecin et une secrétaire. J'accepte ce poste sans avoir de notions de ce que sont réellement les soins palliatifs. En effet, j'ai effectué la plus grande partie de ma carrière de secrétaire médicale dans le service d'urologie et de transplantation rénale de la Pitié Salpêtrière sans avoir entendu parler de soins palliatifs.

La particularité de ce poste est la mobilité puisque ma quotité de travail est répartie sur les 3 sites (20% sur le site de Nemours, 20% sur le site de Montereau et 60% sur le site de Fontainebleau). Je participe aux staffs dans les différents services où l'équipe intervient ainsi qu'aux transmissions journalières. Ma bonne intégration au sein de l'équipe fait naître en moi le besoin d'une formation complémentaire, afin de participer au mieux aux réunions à plusieurs voix, à la prise en charge du patient et des familles et saisir plus profondément les projets de Soins Palliatifs.

Je participe à une formation/initiation aux Soins Palliatifs à la Maison Médicale Jeanne Garnier « *Soins Palliatifs, bien plus que des soins* ». Ce sera un passionnant moment de partage avec des soignants et non soignants autour de la démarche palliative. Quelques mois plus tard, la Société Française des Soins Palliatifs (SFAP) organise une première journée dédiée aux secrétaires médicales exerçant dans un service de soins palliatifs : « Secrétaire en soins palliatifs : l'atypie dans tous ses états » et met en place un travail de réflexions sur la place et le rôle des secrétaires médicales. Lors de cette journée, certaines d'entre elles témoignent de leurs expériences et notamment de la possibilité de suivre l'enseignement d'un diplôme universitaire. Renseignement pris, je décide de suivre le diplôme universitaire « Accompagnement et fin de vie » afin d'acquérir les notions fondamentales des Soins Palliatifs, les comprendre afin de répondre au mieux aux questionnements des familles et des soignants.

B - NARRATION DE LA SITUATION

Je choisis de parler de Mme C. atteinte d'un carcinome épidermoïde pulmonaire avec extension loco régionale traité par chimiothérapie. Ce diagnostic est posé en 2015.

Mme C effectue une première ébauche de ses directives anticipées suite à cette annonce.

Il faut préciser qu'il n'existait pas d'équipe mobile de soins palliatifs à cette période sur le site de Montereau. A la vue du dossier médical de la patiente, celle-ci souhaite et accepte les traitements médicaux mis en place et précise ses directives anticipées mentionnant « *la poursuite de la chimiothérapie, d'une intervention chirurgicale si nécessaire, transfert éventuel en réanimation et demande d'être soulagée efficacement de la douleur et la souffrance* »

Son suivi en hôpital de jour sur le site de Montereau est marqué par un pneumothorax avec un épanchement péricardique pris en charge en réanimation sur le site de Fontainebleau avec réalisation d'un drainage pleural. Il persiste une dyspnée et une anémie. Mme C répond partiellement aux cycles de chimiothérapie avec une progression ganglionnaire médiastinale. D'autres adénopathies apparaissent. Un syndrome obstructif ampute la fonction respiratoire de 50%. Son oncologue référent décide d'arrêter la chimiothérapie en 2017 avec surveillance par scanners réguliers. Le scanner de mars 2018 est marqué par une réaugmentation des adénopathies ainsi qu'un épanchement pleural gauche. En mai 2018 la surveillance radiologique met en évidence une progression des adénopathies et une stabilité de la lésion pulmonaire.

Mme C est transférée sur le site de Nemours le 14 août 2018 dans le service de soins de suites et de réadaptation (SSRP) pour convalescence. Son dossier est présenté en RCP à Montereau par l'oncologue référent et il est décidé une reprise de la chimiothérapie en hôpital de jour.

C'est lors de ce premier séjour que le médecin référent du Service de Soins de suite et de Réadaptation Fonctionnelle adresse une demande à l'Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs, en précisant trois motifs d'intervention : une évaluation globale, un soutien équipe et un soutien patient. Cette demande est faxée au secrétariat, je la reçois et nous l'analysons en équipe.

Mme C est âgée de 66 ans, divorcée, elle a trois enfants dont deux qu'elle ne voit plus. Son fils aîné est sa personne de confiance. Elle a effectué ses directives anticipées. La patiente arrive de l'hôpital de Fontainebleau pour une convalescence avec des séances de kinésithérapie respiratoire prévues.

Mme C a un bon contact avec l'infirmière de l'EMASP et souhaite la revoir. Notre brochure précisant nos missions et nos coordonnées lui est remis. Elle continue ses séances de chimiothérapie à l'hôpital de jour sur le site de Montereau. Ces séances la fatiguent beaucoup cependant elle garde un appétit correct et un bon moral. Elle renouvelle son souhait de pouvoir rentrer chez elle. Elle présente des douleurs dorsales calmées par du MATRIFEN.

Pour elle, nous utilisons « la fiche rappel » outil institué pour ne pas perdre contact avec nos patients rentrés au domicile. Je les contacte une semaine après leur retour au domicile et régulièrement ensuite afin de garder un lien entre l'équipe et le patient. Je me présente lors d'une visite auprès de Mme C avec l'infirmière afin de lui demander si je peux la recontacter une fois rentrée à son domicile et pour qu'elle puisse mettre un visage sur la voix du futur appel téléphonique. Mme C, très asthénique n'arrive pas à nous répondre et à nous transmettre son accord ni à nous confirmer son numéro de téléphone. Nous restons auprès d'elle bienveillantes. Nous regardons un peu la télévision et la faisons sourire. Notre présence silencieuse semble l'apaiser et la rassurer. Elle sourit et émet un merci difficilement audible. Le lendemain matin, l'infirmière effectue une nouvelle visite, Mme C, de plus en plus asthénique, est en perte d'espoir quant à un rétablissement proche et à la possibilité de rentrer chez elle. Elle se demande « *pourquoi continuer la chimio ?* » Une prise en charge par notre psychologue est engagée et acceptée par Mme C. Plusieurs entretiens sont programmés et appréciés par Mme C, le lien est créé.

Le dossier de Mme C est discuté au staff : la séance de chimiothérapie prévue est annulée en raison d'une baisse des globules blancs et d'une chambre implantable bouchée. Alors qu'un retour à domicile était envisagé, l'altération de l'état général de Mme C le reporte. Une orientation vers une unité de soins de longue durée (USLD) est suggérée.

L'annonce de cette décision impact psychologiquement Mme C. Elle prend conscience que sa perte d'autonomie est de plus en plus marquée. Elle demande une aide pour sa toilette et la mise au fauteuil est de plus en plus difficile. La chambre implantable est changée et une séance de chimiothérapie est programmée.

Plusieurs visites sont effectuées par l'infirmière de l'équipe qui constate que la patiente se fatigue de plus en plus mais poursuit néanmoins ses séances de kinésithérapie respiratoire. Mme C. exprime de fortes inquiétudes quant à son devenir, elle prend conscience de l'altération de son état général.

Nous apprenons le lundi matin, en allant rendre visite à Mme C qu'elle a fait une détresse respiratoire avec aggravation de son insuffisance cardiaque. Des directives anticipées avaient été rédigées par la patiente en 2015 lors de l'annonce de la maladie. A la demande de l'équipe soignante référente, il est demandé à notre infirmière de préciser ces directives anticipées avec la patiente.

Mme C est transférée en pneumologie sur le site de Montereau pour une prise en charge ciblée, sans que nous puissions la revoir avant son transfert et sans avoir pu préciser ses directives anticipées ni prendre le temps de revoir la personne de confiance.

J'apprendrai fortuitement cinq jour après que Mme C est décédée le 5 décembre 2018 dans le service de médecine du site de Montereau lors de mon passage dans le service ce pour une autre demande. Le fait que l'EMASP de Montereau n'ait pas été appelée a été vécu par notre équipe comme une rupture de continuité de prise en charge regrettable.

C – ANALYSE DE LA SITUATION

1 – les problèmes rencontrés dans cette situation :

- Rupture du lien nécessaire à une bonne prise en charge
- Manque de coordination et de traçabilité entre les 3 sites.
- Défaut d'homogénéité technique, absence de logiciel commun aux 3 sites, dossier unique existant
- Manque de communication et d'articulation de la prise en charge
- Absence de sollicitation de l'EMASP à Montereau au plus près des besoins de la patiente
- Absence de collégialité et de regard croisé

2 – Le questionnement induit par cette situation :

- Nous avons réussi à tisser un lien de confiance avec Mme C, un contact satisfaisant afin de lui permettre, malgré une altération de l'état général rapide, une gestion de ses émotions devant l'évolution de sa maladie. Au début de celle-ci, Mme C acceptait son projet thérapeutique mais plus la maladie évoluait, plus elle s'interrogeait sur la nécessité de continuer la chimiothérapie et cela l'angoissait. En tant que secrétaire médicale aurais-je pu empêcher cette rupture de continuité ? Comment veiller à réduire ce risque, autant que faire se peut ? Comment pallier le manque de communication, maintenir ou créer le lien nécessaire à une prise en charge ? Pourquoi l'intervention de l'EMASP n'a-t-elle pas été demandée en amont, au plus proche du diagnostic ? Quel est le retentissement de cette rupture de prise en charge vis-à-vis de la patiente et de l'équipe dont je fais partie ?
- La fin de prise en charge nous est apparue empêchée. Mme C a été transférée dans le service de médecine de l'hôpital de Montereau, qu'elle ne connaissait pas. La prise en charge psychologique s'est interrompue alors que Mme C. était très angoissée et en demande. Quel a pu être le retentissement sur la patiente avec cette prise en charge avortée ? S'est-elle sentie abandonnée par l'équipe ? Ses directives anticipées effectuées au début de la maladie n'ont pas été rediscutées avec elle ni même avec la personne de confiance. Sensation de frustration et d'une prise en charge inachevée pour l'infirmière, la psychologue et moi-même.

3 – Le choix de la question et définition de la problématique :

En tant que secrétaire médicale au sein d'une équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs, comment participer à la continuité de l'information qui est un des outils de la continuité des soins ? Jusqu'où puis-je aller, quel est mon rôle ? Une équipe mobile en soins palliatifs doit pouvoir créer des liens, assurer au patient et à sa famille, lors d'une prise en charge que le changement de lieu de soins n'entraîne pas de changement thérapeutique ni d'arrêt de l'intervention de l'EMASP. Comment décliner la continuité des soins lorsqu'un patient est transféré d'un service vers un autre ? Ou comment éviter une rupture de la continuité lors d'un changement de lieu et d'équipe ?

Nous pouvons reprendre l'idée du Docteur L. Birkui de Francqueville, lorsqu'elle parle du « *grand écart pour les équipes mobiles* » entre idéal et réalité de terrain.

Suite aux questionnements que me pose la situation de Mme C, je formule la problématique suivante :

« *Secrétaire médicale en EMASP : Quel est son rôle dans la continuité d'une prise en charge d'un patient en situation palliative ?* »

D – RECHERCHE DOCUMENTAIRES

1 – LA CONTINUITÉ :

Définition de la continuité dans le dictionnaire Larousse : « *Caractère de ce qui est continue dans le temps, donner une suite, ne pas interrompre* ».

La loi du 9 juin 1999 rappelle que les soins palliatifs sont « *des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire* » (Art. L. 1^{er} B de la Loi n°99-477).

La continuité est définie dans le dictionnaire des soins infirmiers du Groupe AMIEC Recherche comme « *le caractère de la prise en charge des soins dont la permanence et la cohérence reposent sur l'action concertée des différentes personnes qui participent au projet de soins* »

✓ La continuité de l'information :

La réunion pluridisciplinaire permet d'accéder au maximum d'informations. La démarche palliative se veut avant tout personnalisée. Plus l'équipe détient des informations sur le patient, plus les objectifs de soins sont adaptés. La place de l'histoire personnelle du patient et de sa famille est majeure en fin de vie et cela oblige l'équipe à une éthique rigoureuse dans la manière de formuler l'information et sur l'utilité de l'information. Il est préférable que cela donne lieu à une traçabilité écrite, un dossier médical partagé. Dans les services, la traçabilité est écrite mais aussi informatisée. Les informations véhiculées lors de réunions pluridisciplinaires, lors des transmissions ou des réunions à plusieurs voix sont transmises à l'oral. Elles forment un moment de partage et d'échange au sein de l'équipe. Autour de la démarche de soins, l'équipe va dégager des attitudes communes et créer ainsi un climat favorisant la communication.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé (ANAES) considère l'information écrite comme étant « *un complément possible à l'information orale et le respect*

de l'avis de chacun que l'on parvient ensemble à comprendre ce qui est le plus adapté à la personne en fin de vie. Essayer de regrouper les informations dans le dossier informatisé, consultable par l'ensemble des équipes afin d'améliorer la prise en charge du patient et de son entourage ».

L'information est un outil essentiel pour une prise en charge pérenne et efficace. Son enrichissement est basé sur la communication, le partage et l'écoute. Le lien ou le contact créé entre le patient et le soignant au tout début d'une prise en charge est primordial pour la continuité de celle-ci. Le malade ne doit jamais être abandonné et reçoit des soins optimaux à chaque moment de son parcours de soins.

✓ **La matérialisation de la continuité**

« Le dossier du patient favorise la coordination des soins. Outil de partage des informations, il est un élément clé de la qualité et de la continuité des soins dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Le rôle et les responsabilités des différents acteurs pour la tenue du dossier du patient doivent être définis et connus. » (Manuel de certification des établissements de santé V2010 - HAS 2014).

Cependant la continuité des soins impose l'existence d'un système d'information, de communication et d'organisation. Elle doit être assurée tout au long du parcours du patient, depuis son accueil jusqu'au retour au domicile ou au transfert dans une autre structure de soins. Aussi, la coordination des professionnels autour de cette prise en charge doit être le plus efficace possible. Comment assurer cette continuité sur 3 sites différents ? L'EMASP de l'hôpital Sud Seine et Marne se répartie sur 3 sites, avec un système d'informations médicales informatisées différents. Difficile dans ce cas de maintenir un lien, si ce n'est oralement, entre l'équipe d'aval et d'amont lors d'un transfert par exemple. Mon rôle de vecteur d'information est dans ce cas nécessaire puisque je suis la seule au sein de l'équipe à circuler sur les 3 sites. De même pour la mission de recueil de l'activité de l'équipe para médicale. La transmission de cette activité au département d'information médicale (DIM) est nécessaire pour valoriser notre travail d'équipe. Le DIM dont le concept est apparu dans une circulaire n°275, du 6 janvier 1989, relative à l'information des hôpitaux publiques a reçu une consécration avec la circulaire DH/PMSI n° 303, du 24 juillet 1989, relative à la généralisation du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et à l'organisation de l'information médicale dans les hôpitaux publics. Le statut administratif des EMASP est atypique.

En effet, comment évaluer et quantifier un travail de sensibilisation à la démarche palliative auprès des soignants, des familles et des malades ? Quantifier ce temps ne serait-ce pas là une façon de valoriser la démarche palliative ?

La transmission d'information écrite est matérialisée par le « dossier EMASP », créé à chaque nouvelle demande et alimenté au jour le jour et au fil des visites auprès des patients par les différents membres de l'équipe. Ce dossier informatisé ou pas, selon les hôpitaux ou les services est fréquemment partagé, si l'outil ou l'infrastructure informatique le permet. Il est mis à disposition des équipes référentes, des médecins, des infirmières, des aides-soignantes ou tout autre partenaire participant à la prise charge comme l'HAD et les réseaux de territoire. Lors d'un transfert ou d'un retour à domicile, c'est un outil essentiel pour la continuité de la prise en charge. L'Agence Régionale de Santé (ARS) en fait un critère important de l'accréditation.

✓ **Lien de confiance à ne pas rompre.**

La première accroche avec le patient, la première visite est essentielle pour créer le lien. Ce lien est nécessaire pour instaurer une confiance solide et pouvoir maintenir la constance de cette relation. Créer le lien au tout début d'une prise en charge est primordial pour la pérennité de celle-ci. Chaque rencontre entre un soignant et un soigné est une expérience nouvelle, il est donc important de ne pas la banaliser, ni de la schématiser.

Créer un lien chez un patient déjà en rupture qu'elle soit volontaire ou subi est plus difficile. Comme le souligne la philosophe Claire Marin dans son livre *Les Ruptures* : « *le point de rupture est ce moment où l'on renonce à un lien, on le défait ou le tranche. C'est le moment où l'on cesse de croire en quelqu'un, d'attendre quoi que ce soit de lui* ».

Bâtir ce lien, le maintenir avec une personne en rupture nécessite une prise de contact qui se rapproche de l'appivoisement à la manière du renard au Petit Prince de Saint-Exupéry, tout en douceur, sans préjugé ni intrusion : « *il faut être très patient... Tu t'assoiras d'abord un peu loin de moi, comme ça dans l'herbe. Je te regarderai du coin de l'œil et tu ne diras rien. Le langage est source de malentendus. Mais chaque jour, tu pourras t'asseoir un peu plus près...* ». Ceci est encore plus vrai lorsque le lien a été antérieurement pauvre, absent ou trahi. Le lien de confiance est un outil primordial pour la pérennité de la continuité d'une prise en charge. La création d'une relation de confiance, que l'on peut aussi appeler « lien thérapeutique » ou « alliance thérapeutique » c'est établir un lien entre soignant et soigné qui favorise la mise en commun d'un projet de soins.

Une compréhension empathique, une force motivationnelle d'une équipe peut être vitalisante une personne dont les forces sont diminuées par la maladie. L'alliance thérapeutique renvoie à la notion de continuité des soins dans un rapport de personne à personne qui passe un contrat.

Cependant, la continuité des soins, d'une prise en charge ou d'une relation ne veut pas dire absence de changement (de service, d'équipe ou de structures) mais absence de rupture. Elle signifie que si un projet de prise en charge change, l'EMASP restera en lien, en tenant compte du projet précédent.

Par définition la prise en charge palliative, concerne des situations qui évoluent rapidement. Les projets et les souhaits des patients ainsi que des familles changent vite. Cela pose un problème éthique de mettre fin à un engagement thérapeutique. Ainsi, lorsque l'équipe d'aval ne demande plus l'intervention de l'EMASP, un problème éthique se pose. L'engagement thérapeutique est empêché voire interdit.

D'autre part, la continuité des soins en soins palliatif est une valeur emblématique. Elle est comprise comme la continuité de la prise en charge. Elle fait appel à la notion de prise en charge globale du patient, de la famille et des proches et pas seulement du symptôme ou de l'organe malade.

Aussi, en cas de rupture de continuité de cette prise en charge, cela génère chez le patient un sentiment d'abandon voire de trahison. Pour l'équipe la frustration d'un travail inachevé peut être ressenti ainsi qu'un sentiment de culpabilité de ne pas avoir empêché cette rupture. Cela atteint notre idéal palliatif. Toutefois, il est possible que certains patients préfèrent ne pas donner suite à notre prise en charge pour des raisons qui leur appartiennent. Cela est difficile à concevoir pour les soignants spécialement impliqués qui exercent en soins palliatifs.

Un transfert dans un autre établissement, une autre structure ou un retour à domicile mal anticipé peut-être source d'angoisse pour les patients. Un transfert ne doit pas être un abandon. Nous voyons que la continuité d'une prise en charge est basée sur la communication, la transmission, l'anticipation, la coordination et la collaboration. Pour cela des vecteurs sont nécessaires afin de pérenniser cette prise en charge. La coopération interdisciplinaire est un moyen d'optimiser la résolution de situations parfois complexes en situation palliative.

L'importance du dialogue, de l'écoute, de la confiance et de l'accompagnement est soulignée par les directives anticipées. Elles sont issues d'un cheminement progressif et partagé. Elles concrétisent ce lien entretenu et maintenu avec le patient en lui permettant d'être acteur de son parcours. Les directives anticipées sont souvent l'accomplissement d'un accompagnement abouti. La non reconnaissance ou la non valorisation de cet acte de communication et de dialogue comme un acte soignant à part entière, ne risque-t-il pas de ramener ces directives anticipées à un simple formulaire administratif toujours proposé, mais souvent renseignée de façon inadéquate.

2 – LE ROLE ET LES MISSIONS DE LA SECRETAIRE DE L'EMASP

En 1976, le Docteur Thelma Bates crée la première équipe mobile à l'Hôpital St-Thomas de Londres. En France, la première équipe prend naissance en 1989 à l'Assistance Publique de Paris à l'Hôtel Dieu sous la responsabilité du Docteur Jean Michel Lassaunière sur le modèle anglo-saxon.

Les équipes mobiles de soins palliatifs sont des structures originales par leur statut, les valeurs qu'elles proposent de diffuser et leurs modes de fonctionnement. La circulaire du 5 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs – annexe 2 : Référentiel d'organisation des soins palliatifs relatif aux équipes mobiles de soins palliatifs précise la composition de l'équipe et son fonctionnement : « *Le recours aux soins palliatifs s'organise en plusieurs niveaux de prise en charge, auxquels vient s'ajouter si besoin une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP), composée de plusieurs professionnels (médecin, infirmier, psychologue, kinésithérapeute et assistant de service social). Les équipes mobiles interviennent en appui des professionnels qui effectuent ces prises en charge* ».

✓ L'atypie d'un secrétariat d'une EMASP

Le rôle et les missions de la secrétaire médicale en EMASP : Renvoient à l'étymologie, *secretarium*, en latin qui signifie le « *lieu où conserver des secrets, des trésors* ». Le secrétariat est un lieu d'accueil mais aussi un espace d'analyse des demandes toujours plurielles et singulières. La qualité de l'accueil conditionne la prise en charge future. « *Véritable plaque tournante et pensante de ce qui se joue dans ces appels des services de soins* ». La loi du 4 mars 2002 introduit la notion de « secret partagé » en accord avec le patient et pour permettre la continuité des soins. L'obligation du secret professionnel est la même pour tout soignant et s'applique également à ma fonction.

Elle assure les activités classiques du secrétariat de l'équipe et pour les patients, elle fait partie intégrante de la chaîne du soin et de l'équipe. C'est un maillon indispensable, elle fait le lien.

Elle fait partie de la chaîne du soin, bien en amont parfois puisque souvent la première personne de l'équipe à recevoir une demande d'intervention. *« Chaque appel ou visite nécessite d'accorder un temps, une écoute et, à cet instant précis, l'attention de la secrétaire y est toute consacrée. Cette spécificité est bien du rôle du secrétariat, élément fixe de l'équipe mobile autour duquel tous les membres s'activent et viennent y chercher des informations. Il est un lieu d'échanges et de communication ».*

Elle est un carrefour entre les demandes et les différents membres de l'équipe. La singularité du secrétariat en équipe mobile de soins palliatifs est dans sa fonction de transversalité, elle recueille et transmet les informations.

Les professionnels en EMASP se disent *« toujours prêts et toujours près »*. La disponibilité et la temporalité est différente d'un secrétariat en soins palliatifs d'un autre secrétariat de médecine « curative ». En effet, mon activité est dépendante des demandes de l'équipe. Du fait de notre positionnement transversal, l'équipe est censée offrir une disponibilité à tous les services de l'hôpital. Souvent, nous avons l'impression d'être en décalage avec le rythme des services dans lesquels nous intervenons. Dans ces services « curatifs » le temps est compté, rythmé, déshumanisé. Pour les soignants, un quota de toilettes ou de soins chronométrés et pour les secrétaires un quota de compte-rendus, de courriers à l'heure voire à la journée en oubliant le paramètre humain. Prendre le temps de réfléchir en équipe sur une problématique d'une prise en charge est typique à un secrétariat d'équipe mobile.

La Société Française des Soins Palliatifs (SFAP) organise en mai 2019 une journée dédiée aux secrétaires médicaux de soins palliatifs mettant en exergue cette profession promulguant des soins indirects. Atypique dans sa spécialité, la secrétaire médicale exerçant en EMASP ou en USP ne soigne pas mais prend soin. Un savoir être plus qu'un savoir-faire, humaniser sa fonction et mettre l'humain au centre du processus du soin est la singularité de cette profession. L'écoute, la disponibilité à l'autre que ce soit aux différents membres de l'EMASP ou aux familles permet de donner du sens à la fonction. La secrétaire travaillant dans un service de Soins Palliatifs doit avoir une expression adaptée à la situation du patient et de la famille afin d'être dans l'empathie. Le secrétariat est lieu convivial, accueillant, le café est toujours chaud et la porte du secrétariat toujours ouverte. C'est un lieu de rencontre avec les familles d'une

part mais aussi avec les bénévoles. Je partage mon espace avec les bénévoles deux ou trois fois par semaine. La mise à disposition de notre registre leur permet de participer à nos prises en charge. Leur regard est précieux et il est important de leur apporter un climat de confiance, de bonne humeur et d'échange afin qu'ils se sentent intégrés dans l'équipe mais aussi au sein des équipes référentes auprès desquelles ils interviennent.

Comme le souligne Monique Formarier, « *appartenir à une équipe, c'est en accepter les valeurs, les codes sociaux, les rites, tout ce qui permet de forger un « esprit d'équipe », élément indispensable qui rend l'équipe singulière* ».

✓ **La singularité d'une EMASP : l'interdisciplinarité et le travail en équipe**

Selon le Docteur J.M Lassaunière « *l'interdisciplinarité vis à exprimer la dynamique entre les personnes qui échangent à partir de leurs domaines de connaissances. Il ne s'agit plus seulement d'accoler des séries de connaissances mais, par le jeu du dialogue, de le mêler pour qu'elles s'altèrent mutuellement* ».

La notion de travail en équipe est consubstantielle de la notion de soins palliatifs et d'accompagnement puisque l'on travaille sur la question des limites, limites de la vie, limites de la personne malade, limites de soi-même. Le temps de vie avec une maladie grave est différent du temps des soignants ou de la famille. Le questionnement et le lien avec les équipes référentes font partie des missions des équipes mobiles. En soins palliatifs, le cœur de l'exercice renvoie à des questionnements d'ordre éthique que seul un travail interdisciplinaire permet d'aborder. Mon poste de secrétaire médicale me permet d'assister aux staffs et aux transmissions internes avec les membres de l'équipe. Les fonctions différentes au sein de l'équipe permettent une analyse d'une situation en juxtaposition avec une complémentarité des regards face à cette situation. La réponse de l'équipe à une situation complexe résulte de ces regards croisés et déhiérarchisés. Cette façon de travailler en équipe est à la fois efficace et apprenante pour chaque membre de l'équipe.

La collégialité est la forme la plus représentative de l'interdisciplinarité, mais comme nous l'avons vu, il y a d'autres moyens de la pratiquer et où la secrétaire un a rôle majeur : la communication et l'information dans le dossier médical, l'organisation de réunions thématiques, la formation interdisciplinaire... En effet, la formation est une des missions des EMASP. La contribution de l'équipe entière y est primordiale en fonction de ses compétences. Pour ma part, je suis sollicitée pour le travail de support pédagogique, diaporama et la

réalisation de supports de cours remis à chaque participant lors de nos formations. Les moments de formations permettent de recentrer notre vision commune et comme le souligne le Pr. Régis Aubry « *parler la même langue* ».

Le travail en équipe nécessite aussi une évaluation constante, un respect entre chaque membre afin de ne pas rompre ce travail d'équipe, d'en assurer sa pérennité et son efficacité. Maîtriser son égo, laisser la place au « parler vrai », sans se blesser, en intervision ou supervision est indispensable.

3 – LA DEMARCHE PALLIATIVE

✓ Définition

Selon l'OMS, « *les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que par le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés* » (réf HAS) Je complète cette définition par une citation du Docteur Dominique Grouille « *Aussitôt revenu chez moi le soir, j'allume mon ordinateur et je tape « soins palliatifs » sur Google. Par chance, la documentation est abondante. Une phrase m'interpelle d'emblée : « les soins palliatifs c'est tout ce qui reste à faire quand il n'y a plus rien à faire »* » « *Vaincre la mort ou l'apprivoiser ?* » (p. 77)

La démarche palliative s'inscrit dans la continuité des soins curatifs et le devoir de non abandon. La commission Sicard a bien souligné le fait que la séparation entre soins palliatifs et soins curatifs empêchait le développement d'une culture de la démarche palliative.

L'infusion de la culture palliative fait partie des missions de l'EMASP. « *En tout cas, chaque professionnel des soins palliatifs œuvre dans le même sens ; accompagner et soulager les souffrances physiques et morales des malades en fin de vie et promouvoir les grandes valeurs qui nous animent et qui constituent la « Culture palliative ». Confucius n'a-t-il pas écrit : « celui qui déplace une montagne le fait en déplaçant de petites pierres ? »*.

✓ **Les acteurs de la culture palliative**

Le développement de la démarche palliative est réalisable si tous les soignants et non soignants intègrent une culture palliative dans leur pratique, quels que soient leurs spécificités et leurs lieux d'exercice. Le rôle des professionnels de santé n'est pas uniquement de soigner (cure) mais aussi « de prendre soin » (care). Le prendre soin nécessite des compétences et une volonté d'écoute, d'attention, de tact et de discrétion. La culture se sème, quel que soit le jardinier. Une secrétaire médicale travaillant dans une structure de soins palliatifs, USP, EMASP ou réseau territorial participe au développement de la démarche palliative en participant à l'organisation des journées de sensibilisation aux soins palliatifs, en diffusant l'information auprès du public professionnel, en participant au congrès de la SFAP. Sa représentation au sein de réunions institutionnelles tel que le groupe de réflexion éthique (GRE) ou de participer à une veille documentaire lui permet de diffuser cette culture palliative. Dans le contexte particulier de la fin de vie, chaque acteur définit ses compétences comme une combinaison de savoirs, savoir-faire et de savoir-être. Les secrétaires médicales en soins palliatifs ont des connaissances acquises tout au long de leur parcours professionnel et participent activement au développement de la démarche palliative. Une sensibilité à l'écoute, à l'échange et à la communication font partie intégrante de ses fonctions.

Humaniser la profession de secrétaire en soins palliatifs à travers la diffusion de la démarche palliative permet de redonner du sens, se sentir utile. Remettre l'humain au centre de la prise en charge est le principe même des soins palliatifs.

Pour Levy-Soussan, « *la démarche palliative n'est pas réservée à des spécialistes et doit s'intégrer dans la pratique de tout professionnel dans un travail d'équipe engagée auprès d'un patient atteint d'une maladie grave évolutive* ».

✓ **Une prise en charge globale.**

Les soins palliatifs s'inscrivent dans une démarche médicale holistique, prenant en compte la globalité de l'être humain. La démarche palliative réhabilite le soin, en réintroduisant la notion de prendre soin, en travaillant à retrouver du sens aux soins, à l'accompagnement à la vie, à la fin de vie. Les soins palliatifs, tels que définis par la loi, font partie intégrante des soins de support dans la mesure où ils viennent en complément des traitements spécifiques.

La circulaire DHOS/SDO/2005/101 du 20/2/2005 définit les soins de support ainsi : « *les soins de support regroupent les soins et soutiens à la personne tout au long de sa maladie, conjointement aux traitements spécifiques lorsqu'il y en a* ».

Ils font partis du parcours de soins du patient et de son entourage à toutes les phases de la maladie. Le fait de ne pas séparer les soins palliatifs des traitements spécifiques permet le développement de la démarche palliative. Intégrer des compétences en soins palliatif dans la démarche clinique évite l'enfermement dans une activité spécifique. *« Mieux encore, nous désirons promouvoir une prise en soins « globale ». Il s'agit de considérer la personne souffrante dans son ensemble et non comme une juxtaposition d'organes ou de pathologies ».* Le Docteur Dominique Grouille parle de « prise en soin » plutôt que de « prise en charge », à juste titre car *« nous voulons prendre soin des malades, ils ne sont pas pour nous des charges ! »* La démarche palliative fait partie de la prise en charge globale du patient.

Dans la démarche palliative, au-delà des activités de soins, des conduites à tenir, des protocoles, des bonnes pratiques et donc des savoirs, il va s'agir d'oser être là, à la rencontre de l'autre. L'intérêt du travail en équipe pluridisciplinaire permet d'envisager le soutien de chacun des individus de cette équipe pour travailler à être présent.

L'explication des soins palliatifs bien en amont d'une situation en fin de vie permet au patient de rester acteur de sa prise en charge et facilite son accompagnement ainsi que celle de sa famille. Il a été prouvé et confirmé par des études internationales que les soins palliatifs doivent être débutés tôt dans la prise en charge et doivent être complémentaires et parallèles aux traitements spécifiques de la maladie. Comment expliquer que dans notre service d'hôpital de jour d'oncologie, que les missions de l'EMASP ne soient pas présentées dans « le classeur de liaison personnalisé » remis lors des consultations d'annonce d'une maladie grave ? Comment expliquer la difficulté d'employer le mot « palliatif » ? Comment se détacher de la connotation « d'oiseau de mauvaise augure ? »

L'explication de cette démarche par des personnes imprégnées de la culture palliative permettra de mieux faire comprendre le mot « palliatif » qui reste pour la plupart du temps assimilé aux derniers jours de vie. Changer de mot ne suffirait pas à changer le regard que l'on a face à la mort. Régis Aubry souligne à juste titre la résonance du mot « palliatif » à la mort, et à la phase terminale. Remplacer le mot palliatif par un autre ne résoudra pas le problème de fond qui est notre regard face à la mort. La démarche palliative permet de transformer notre regard face à la fin de vie.

F – SYNTHÈSE

La recherche documentaire m'a permis de faire un point sur les missions de la secrétaire médicale, les définitions et la littérature scientifique sur ma question de départ :

*« Secrétaire médicale en EMASP : Quel est son rôle dans la continuité
d'une prise en charge palliative ? »*

Réévaluer notre mode de communication, réexpliquer nos missions ainsi que la démarche palliative est nécessaire. J'interviens en tant que secrétaire de l'EMASP avec ma collègue infirmière de l'équipe dans le parcours de soins de Mme C trois ans après la déclaration de sa maladie. Or, nous savons que plus nous intervenons tôt dans une prise en charge, plus l'accompagnement est bénéfique pour le patient et la famille. J'ai profité de ce travail pour me questionner avec l'ensemble de l'équipe sur l'intérêt de notre brochure sous sa forme actuelle et notre mode de communication. Une refonte de cette brochure est en cours. Un travail d'information est élaboré avec notre équipe et le service d'hôpital de jour en oncologie afin que les missions de l'EMASP puissent être expliquées dès les consultations d'annonces. Nous avons rediscuté et établi, en équipe une fiche explicative avec nos missions (cf annexe 1). Nous devons en tant qu'EMASP tenter de dissiper le trouble qu'induit le mot « palliatif ». L'objectif serait, dans la mesure du possible, de parvenir à pouvoir parler de la fin de vie et permettre notre intervention plus précocement dans la prise en charge. N'est-ce pas là le principal enjeu de chaque membre de l'équipe, permettre in fine la diffusion et l'intégration des soins palliatifs ? Cela exige un perpétuel réajustement et une adaptation permanente. Mme C aurait pu bénéficier de notre aide au tout début de sa maladie et ainsi bénéficier d'un soutien, d'un projet de vie malgré le risque de mort et surtout d'un projet de confort malgré la maladie.

Connaître notre existence et nos missions est la base de notre reconnaissance. Pour pouvoir travailler, l'EMASP doit être appelée et, pour cela, doit être reconnue. Chaque membre de l'équipe, quelle que soit sa fonction, doit être diplomate et avoir une attitude facilitant notre intervention dans les services. L'historique de ma présence sur les sites (Fontainebleau, Montereau, Nemours) et mon ancienneté me permettent de déployer un « réseau » de contacts, notamment celui de mes autres collègues secrétaires. Passer voir ma collègue de l'HAD ou de médecine, par exemple, lorsque je suis sur le site de Montereau, permet de maintenir du lien. Le simple fait de mon passage peut susciter une nouvelle demande : « Ah ! au fait puisque tu es là, pourrais-tu dire à l'équipe de passer... » ou « le Docteur m'a demandé si vous pouviez passer voir Me ou M.... » C'est en quelque sorte du « public relation ». Je suis un membre de l'équipe et reconnue en tant que tel. Lorsque je me déplace dans les services, on me reconnaît

et le lien avec l'équipe se fait naturellement. C'est d'ailleurs en allant recueillir des informations dans le service de médecine à Montereau que j'ai appris le décès de Mme C.

Pour faciliter la fluidité de l'information et sa traçabilité j'aurais pu être plus présente dans la prise en charge. La première prise de contact avec Mme C m'a permis de faire sa connaissance. Oser être présente auprès du patient, ne serait-ce pas là une possibilité d'ancrer du sens à ma fonction ? Suivre cette formation m'a permis d'acquérir de la confiance et me permettra de m'affirmer. Je compte être plus visible, présente, au contact du patient et de sa famille.

Ce travail m'a permis de réfléchir également sur le travail en interdisciplinarité et assurer un rôle de liaison ou de vecteur. L'interdisciplinarité ouvre un « espace de négociation ». Un manque de coordination des équipes d'amont et d'aval n'a pas permis à Mme C une continuité de prise en charge. Le fait d'exercer sur 3 sites différents est d'autant plus difficile que l'information circule vite. Il faut être réactif. Ma présence régulière au staff, au sein des services, me permet d'anticiper un éventuel transfert et de prévenir l'équipe d'aval. Mme C a été transférée dans les derniers jours de sa vie dans un service ciblé, sans continuité, entraînant une rupture. Proposer un accompagnement et garder le lien est alors difficile.

L'articulation et la coordination des EMASP sur 3 sites différents augmentent le risque de rupture. Cette restructuration due à la fusion m'impose, et impose également aux autres membres de l'équipe, de veiller à la circulation de l'information. La communication au sein de l'équipe est primordiale. Un manque de communication peut aboutir, comme cela a été le cas chez Mme C à des prises de décisions sans concertation et dénuées de sens. Le rôle de « mémoire externe » ou « pense bête » de l'équipe s'attribue aisément à ma fonction. Entrer en lien avec chacun des acteurs de la prise en charge c'est installer un partenariat qui permettra un travail collectif. La difficulté de positionnement de la secrétaire médicale au sein d'une EMASP est habituelle. Son rôle est à préciser plutôt qu'à reconquérir car elle fait partie de l'équipe. Humaniser la fonction est essentiel pour y donner tout son sens et son efficacité. Le doute sur le sens est favorisée par l'isolement, en effet la secrétaire est souvent seule dans le bureau alors que les autres membres sont auprès du patient et des équipes soignantes. L'élargissement du cadre de ses compétences au-delà des fonctions de bureautique permettrait de valoriser ses missions et d'améliorer le sentiment d'appartenance à l'équipe. Cela passe par la formation et le souhait de vouloir s'investir dans de nouvelles fonctions. Le rôle de coordinateur est déterminant pour la création et le maintien des liens entre les structures géographiquement

disséminées comme c'est le cas pour Mme C. Mme C a bénéficié de plusieurs transferts, de nombreux allers et retours entre plusieurs services spécialisés, source de perte de repère pour elle. Dans ces conditions, il aurait été nécessaire de la préparer à ces transferts afin qu'elle puisse être impliquée dans ces prises de décisions et éviter le sentiment d'abandon qu'elle a peut-être ressenti. En tant que secrétaire, j'aurai pu favoriser également, dans le cas de Mme C, l'entretien du réseau naturel ou familial. Son environnement familial n'a pas été soutenu, écouté comme étant un facteur d'aide pour Mme C. Or la continuité des soins passe par cette prise en compte de ce réseau naturel sans pour autant occulter les souhaits de la patiente.

L'amélioration de l'homogénéité de l'information va faciliter sa circulation et par conséquent optimiser la communication. Jusqu'à présent les transmissions dans le dossier de soins étaient manuscrites. Le sentiment qu'elles ne soient pas lues questionne leur utilité. Nous avons à l'heure actuelle des systèmes d'information inadaptés, différents sur chaque site et non partagés : un logiciel pour lire les radios, un autre pour les résultats biologiques, un autre encore pour les prescriptions.... et tous ces outils ne communiquent pas entre eux.

Un logiciel commun aux 3 sites est en cours d'installation. Le dossier « EMASP » sera partagé et visible, quel que soit le service et le site d'exercice. Parfaire le partage des informations, les rendre accessibles à tous les acteurs de la prise en charge favorisera une meilleure communication. Il est nécessaire d'organiser la transmission de l'information de façon à ce qu'elle soit facilement accessible et serve l'interprofessionnalité. (comme le dossier informatisé unique du patient). Dans le cas de Mme C, le manque de suivi dans les soins est révélateur d'une mauvaise utilisation, voire de l'absence de support de communication.

G – CONCLUSION

C'est dans ce partage et le respect de l'avis de chacun que nous parvenons à comprendre ce qui est le plus adapté à la personne en fin de vie. Essayer de regrouper les informations dans le dossier médical informatisé, consultable par l'ensemble des équipes, contribue à améliorer la prise en charge du patient et de son entourage. Comme nous l'avons vu dans la prise en charge de Mme C, l'orchestration des acteurs de soins est primordiale pour permettre une continuité des soins et éviter des ruptures. Ma spécificité d'exercice sur 3 sites différents augmente ces risques. Travailler en harmonie, dans une complémentarité où toutes les parties se tiennent et s'organisent logiquement est utopique. Mon rôle de secrétaire sur 3 sites différents, avec une

quotité de temps limitée, rend difficile le maintien du lien si précieux pour assurer un accompagnement. En effet, mon implication sur les sites de Nemours et Montereau se limite au recueil de l'activité de l'équipe, sans investissement présentiel au staff par exemple ou au sein des équipes, faute de temps. La présence des secrétaires aux réunions à plusieurs voix permet une intégration et une reconnaissance au sein de l'équipe mais aussi au niveau des services référents dans lesquels nous intervenons. Mettre un visage sur les différents acteurs d'une prise en charge, savoir reconnaître une personne ressource facilite le lien relationnel. La familiarité est un gage de soutien. Oser être plus présente, visible, être reconnue comme membre de l'équipe en tant que tel par les services référents sera un de mes objectifs suite à ce travail.

La participation au groupe éthique me permet l'apprentissage d'une réflexion éthique, d'un questionnement. Les malades en fin de vie ou leur famille sont souvent reconnaissants à ces « tiers » qui leur permettent de se confier. Les patients peuvent partager des peurs. Les familles peuvent échanger avec des personnes neutres, qui leur apportent une autre perspective et des informations qu'ils n'auraient pas comprises venant du médecin ou des soignants.

La communication et la circulation de l'information sont des outils nécessaires à la continuité d'une prise en charge. Néanmoins les difficultés institutionnelles, organisationnelles ainsi que le manque d'outils freinent mon implication et celle de l'équipe. Des champs de compétences peuvent être investis par une secrétaire en soins palliatifs comme son aptitude relationnelle afin de pouvoir créer un lien, établir une rencontre nécessaire dans les prémices d'une prise en charge, sans pour autant sortir de son champ de compétences. Elle est un maillon important de la chaîne du soin. Son rôle ne se borne pas à la saisie d'activité, la mise en page de tableaux de statistiques ou le bilan d'activité mais elle remplit un réel rôle facilitateur de lien. Cependant a-t-elle sa place sur le terrain, dans les services référents auprès des patients ? J'ai pu prendre contact avec Mme C. car il existe une réelle coopération avec l'infirmière de l'équipe. Cette coopération permet de fédérer des compétences et d'établir une cohésion d'équipe et pour ma part se sentir intégrer à l'équipe. Pourquoi ne pourrait-on pas parler le binôme infirmière/secrétaire ou psychologue/secrétaire ? La secrétaire est un des acteurs de la prise en charge dont l'intervention auprès du patient ne se pose pas comme une « évidence ». Notre titre « Assistante Médico-Administrative » nous positionne au sein de l'équipe principalement sur des tâches administratives. L'humanisation de la fonction est importante.

La secrétaire en EMASP fait partie d'une équipe et par conséquent travaille en équipe ce qui implique un « faire ensemble », c'est le passage du « je » au « nous ». La notion de co construction paraît essentielle. Les différents acteurs, dont je fais partie, travaillent ensemble pour la réussite d'un projet de fin de vie ou des objectifs de soins. N'est-ce pas là le principe même d'un travail d'équipe ? Sans cesse en interaction avec les membres de l'équipe, les patients, les proches, la secrétaire d'une EMASP crée le lien. S'en suit une implication propre à chacune d'accepter et d'oser être au plus proche du patient.

H – LEXIQUE :

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé

GRE : Groupe de Réflexion Ethique

HAS : Haut Autorité de Santé

SSRP : Soins de Suite et de Réadaptation

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

SP : Soins Palliatifs

EMASP : Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs

DIM : Département d'informations médicales

SFAP : Société Française des Soins Palliatifs

PMSI : Programme médicalisation des systèmes d'informations

I - BIBLIOGRAPHIE

GROUILLE. D. « Vaincre la mort ou l'appivoiser ? » Edition Balland

MARIN. C. « Rupture(s) » Edition L'Observatoire

BLANCHET. V. et Coll. « Soins Palliatifs : réflexions et pratiques ». FD – 4me édition actualisée et enrichie.

SAINT EXUPERY. A. - Le Petit Prince - chapitre XXI- Edition Folio – Gallimard Jeunesse

KONCEWIECZ Ch, LEROY Y.A, « La demande en question en équipe mobile de soins palliatifs » Médecine Palliative – Soins de Support – Accompagnement – Ethique (2017)16, 45-48

SCHEPENS. F. « Les soignants et la mort » Erès. Clinique du travail.

AUBRY. R. ; DAYDE. Maire Claude – « Soins Palliatifs, éthique et fin de vie » – Collection Soigner et accompagner – Edition Lamarre

LEVY-SOUSSAN. M. Traitements étiologiques/soins de support/soins palliatif : quelle continuité ? Rev. Prat. 2009 ;59(6) : 776-7

AUBRY. R. « Les évolutions de la démarche palliative » – Entretien recueillis par Nathalie Sarthou-Lajus et Patrick Verspieren. S.E.R « Etudes » 2018/10 Octobre /p55-64
<https://www.cairn.info/revue-etudes> -2018-10-page55

REVUE JALMALV : « Du conflit à la conflictualité, en soins palliatifs » – n°137 juin 2019 – Jusqu'à la mort accompagner la vie – PUG

J – ANNEXE

Que sont les Soins Palliatifs ?

Les Soins Palliatifs s'adressent à toute personne atteinte de maladie grave évolutive ou terminale, quel que soit son âge et le stade de la maladie.

Les buts des Soins Palliatifs

- Soulager les douleurs physiques et les autres symptômes fréquents en situation palliative
- Prendre en compte la souffrance psychique, sociale et spirituelle
- Veiller à assurer un confort et une qualité de vie acceptable par le patient, et l'accompagner tout au long de la maladie, ainsi que ses proches

L'E.M.A.S.P. fonctionne De 9h à 16h36

Du lundi au vendredi
(Sauf les jours fériés)
Sur les trois sites :

Site de Fontainebleau

Pour nous joindre : en interne 4 1354
Secrétariat : 01 60 74 13 54
(répondeur en cas d'absence)
Fax : 01 60 74 13 55
emasp@ch-sud77.fr
Médecin : 4 3390 ou par le standard
01 60 74 10 10 demander le bip 3345
poste 4 3390

Site de Montereau

Pour nous joindre : en interne 3 6506
Secrétariat : 01 64 31 65 06
Fax : 01 64 31 65 53
emasp@ch-sud77.fr
Médecin : 01 64 31 65 06

Site de Nemours

Pour nous joindre : en interne 2 2484
Secrétariat : 01 64 45 24 84 –
Fax : 01 64 45 47 99
emasp@ch-sud77.fr
Médecin : 01 64 45 24 84

E.M.A.S.P.



Equipe Mobile D'Accompagnement Et de Soins Palliatifs

*Information à l'attention
des patients
et/ou de leur entourage*

CENTRE HOSPITALIER
DU SUD SEINE ET MARNE
www.ch-sud77.fr

Référence : SSM-INF-PEC-EASP-003 – N° version : 2 –
Date de diffusion : 11/09/2017 – Plaquette de 2 pages

Composition actuelle de l'équipe :

Médecins :

Docteur Fayçal SAIDI *Coordonnateur*
Docteur François CADOT *site de Montereau*

IDE :

Bernard MARQUES *site de Montereau*
Elisa MORENO *site de Nemours*
Céline RENARD *site de Fontainebleau*
Nathalie MARYNIAC-JADAUD *site de Fontainebleau*

Cadre de Santé :

Virginie VIEIRA

Psychologues :

Charlotte GAUTHIER
sites Fontainebleau, le mardi et vendredi
Site de Montereau le lundi et jeudi
Ophélie MARGOTTIN
Site de Nemours le mardi, mercredi et jeudi

Secrétaire :

Catherine BAILLY
sites de Fontainebleau (mardi, mercredi, vendredi) , Nemours (jeudi) et
Montereau (lundi)

Comment faire une demande d'intervention EMASP ?

Remplir le formulaire de demande
mis à disposition dans les services
puis le faxer :

Fax : 01 64 31 65 53 *site de Montereau*
Fax : 01 64 45 47 99 *site de Nemours*
Fax : 01 60 74 13 55 *site de Fontainebleau*
ou utilisation de la demande via crossway

OU

Nous contacter par téléphone
(coordonnées au dos)

**L'EMASP intervient à la demande du
patient, de ses proches ou des membres de
l'équipe soignante en accord avec le médecin
réfèrent.**

Nos Actions :



- Evaluation globale de la situation et son suivi
- Soutien et accompagnement du patient et/ou de ses proches
- Aide à la gestion de la douleur et autres symptômes

*En aucun cas l'EMASP ne se substitue
à l'Equipe Référente*

Autres missions de l'EMASP

- Proposer un moment et un espace de détente et d'apaisement par le massage-détente
- Améliorer le confort du patient
- Proposer un outil de support à la relation d'aide et d'accompagnement
- Aromathérapie



- Séance de relaxation individuelles, adaptées à chaque patient
- Préparation mentale
- Amélioration du quotidien
- Accompagnement médical
- Une technique psycho corporelle d'acquisition simple et reproductible par chacun
- Soutien psychologique
- Consultation de famille
- Suivi de deuil



Résumé

Madame C, atteinte d'un cancer pulmonaire est actuellement hospitalisée dans le service de soins de suites et de rééducation de l'hôpital de Nemours lorsque je fais sa connaissance. Son histoire débute en 2015, date à laquelle il lui a diagnostiqué un carcinome épidermoïde pulmonaire avec extension loco régionale. Elle est traitée par chimiothérapie. Suite à cette annonce, Mme C effectue ses directives anticipées en stipulant qu'elle souhaite et accepte la poursuite de la chimiothérapie et tout geste chirurgical si nécessaire. La découverte de son cancer et sa prise en charge se déroule à l'hôpital de Montereau. Rapidement, Mme C présente des complications. A partir de ce moment, sa prise en charge ne va être qu'un « vas et vient » entre sites d'exercice (puisque que le Centre Hospitalier Sud 77 est né de la fusion de 3 hôpitaux Nemours, Montereau et Fontainebleau) de services ciblés en fonction des complications qu'elle rencontrera. Notre rencontre, certes tardive dans son parcours va permettre de créer un lien.

Le manque de coordination, d'anticipation et d'informations vont faire en sorte que Mme C va subir sa prise en charge plus que d'y participer. Elle décèdera à Montereau suite à un ultime transfert un week-end pour la prise en charge d'une complication.

Le rôle de la secrétaire de l'EMAPS n'est-il pas de maintenir cette continuité et le lien entre les équipes ? Est-ce possible sur 3 sites d'exercice différents ?

Titre : « Secrétaire médicale en EMASP : Quel rôle dans la continuité d'une prise en charge palliative ? »

Mots clés : Continuité – secrétaire médicale – situation palliative