

Soins palliatifs pour les patients gériatriques

9 octobre 2025

Prise en charge palliative du sujet âgé: qui fait quoi à Paris?



AU PROGRAMME AUJOURD'HUI



14h00	Introduction et éléments de contexte
14h10	Isolement à domicile des personnes âgées : rôle des bénévoles dans le repérage
14h20	Equipes mobiles territoriales de soins palliatifs à Paris
14h40	Sécurisation des patients en perte d'autonomie avec l'équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé
14h55	Prévenir et gérer une situation palliative « urgente » <ul style="list-style-type: none">• Dossiers dormant en EPHAD et ESMS• ERI-SP <i>pallidom</i>
15h15	Adresser un patient âgé en Unité de soins palliatifs
15h30	Ressources et outils de formation
15h40	Temps d'échange
16h	Fin du webinaire

Introduction et éléments de contextes



Présentation DD 75 / Corpalif



La filière territoriale de soins palliatifs c'est quoi?

- Une offre graduée, permettant le repérage des situations palliatives, l'initiation de soins palliatifs en proximité médecin traitant ou d'une équipe référente (en établissement ou à domicile)

Des acteurs

GRADATION DES SOINS SELON LA SITUATION DE LA PERSONNE MALADE	LIEU DE VIE ET DE SOINS	
	Domicile (prise en charge en ambulatoire)	Établissements de santé avec hébergement
	Domicile privatif, maison de répit, établissement social et médico-social (EHPAD, FAM, MAS, lit halte soin santé, lit d'accueil médicalisé, appartement de coordination thérapeutique, etc.) ou autre (prison, etc.)	Établissement public, privé non lucratif et privé lucratif
Niveau 1 Situation stable et non complexe et/ou nécessitant des ajustements ponctuels	Équipe pluriprofessionnelle de santé de proximité, organisée autour du binôme médecin généraliste et infirmier + Aides à domicile (SSIAD, SPASAD, SAAD) +/- Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP)*	Lits en MCO, SMR et USLD +/- Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP)
Niveau 2 Situation à complexité médico-psycho-sociale intermédiaire	Professionnels du niveau 1 + Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP)* ou HAD en lien avec les professionnels du niveau 1 +/- Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP)	LISP en MCO et SMR +/- Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP)
Niveau 3 Situation à complexité médico-psycho-sociale forte/instable	Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP)* + HAD en lien avec les professionnels du niveau 1 ou Professionnels du niveau 2 si coordination et mobilisation au lit du malade effective et médicalisée 24h/24	USP en MCO et SMR +/- Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP) en prévision du déploiement de projet de vie et de soins au-delà du séjour hospitalier

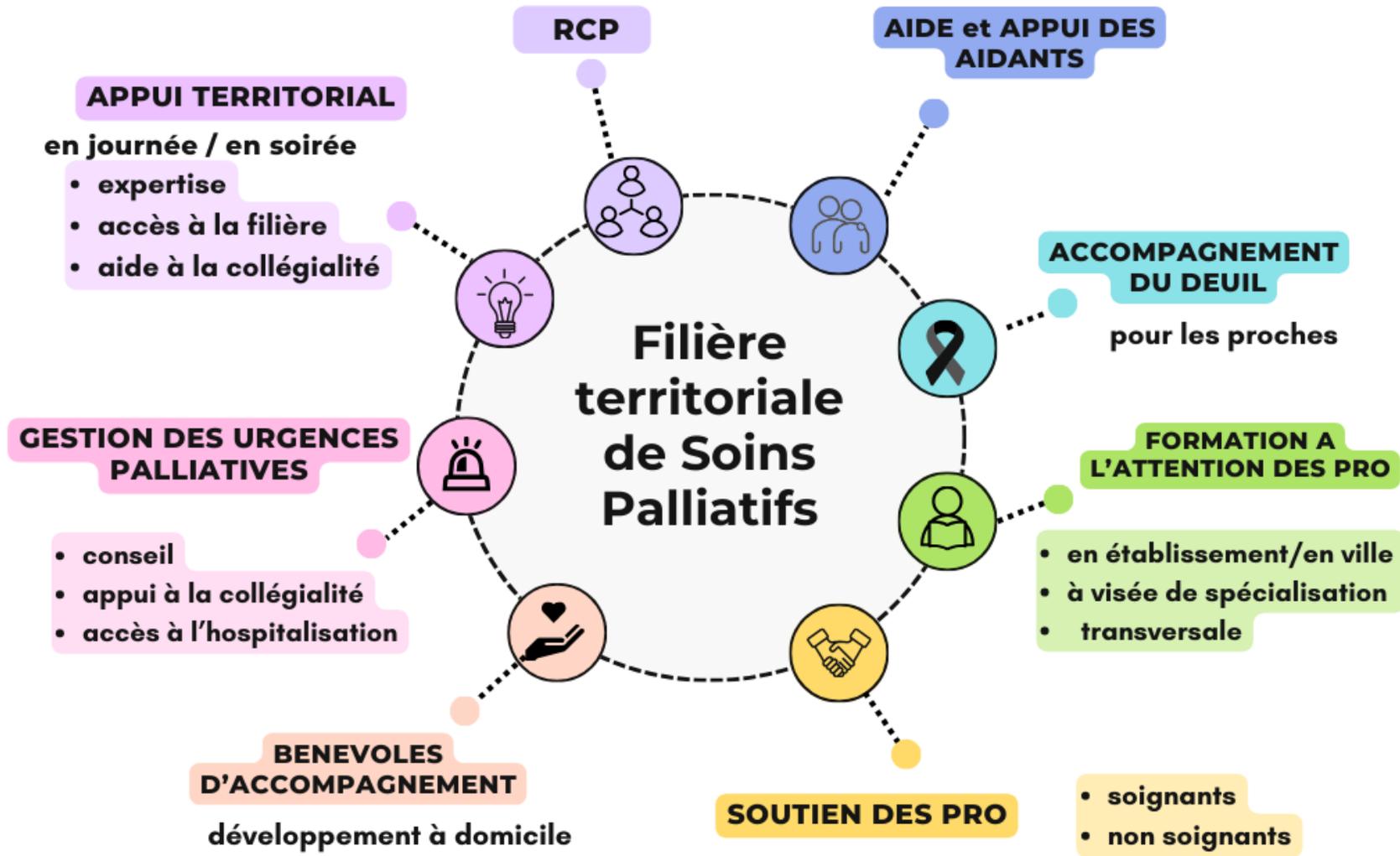
* Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP) à domicile :

- en niveau 1 : avis ponctuel (parcours, expertise)
- en niveau 2 : aide à la coordination/expertise pouvant inclure des visites à domicile auprès de la personne malade
- en niveau 3 : appui en qualité d'expertise



- **Qui doit garantir un accès à l'ensemble des dispositifs et elle permet de préciser les organisations et les articulations entre les acteurs. Elle veille également à son articulation avec les autres filières de soins**

Des outils et des ressources





– **Un projet territorial : Le projet territorial (matérialisé dans le « contrat de filière ») : il fixe des objectifs prioritaires et secondaires pour pouvoir renforcer les différents volets de l'offre palliative**

- En Île-de-France, le premier contrat de filière a été signé en juillet 2024 en Seine-et-Marne.
- Ce document d'une vingtaine de pages comporte plusieurs parties :
 - Le cadre et les textes de référence (en premier lieu l'Instruction du 21 Juin 2023)
 - La synthèse du diagnostic territorial réalisé pour le département
 - L'état des lieux de l'offre existant à la date de signature du contrat, au regard de la définition de la filière par l'Instruction
 - La comitologie et la méthode d'élaboration du projet territorial de soins palliatifs pour le territoire
 - Les priorités identifiées par les acteurs : les objectifs définis seront déclinés en sous-groupes de travail et chacun des acteurs de la filière sera invité à se positionner sur une thématique.
 - Les objectifs secondaires
 - Les indicateurs de suivi et les modalités de pilotage de la filière territoriale La diffusion et la communication sur tout le territoire de l'organisation de la filière sous forme d'infographie (« qui fait quoi ? »)
 - Le contrat de filière comporte des annexes, telles que le diagnostic territorial initial qui a servi de base à l'élaboration du projet et des actions prioritaires, l'infographie territoriale ou encore le tableau de suivi des actions. Le contrat de filière sera présenté en CTS

Un projet territorial



Soins palliatifs en gériatrie : enjeux et spécificités

- **Vieillesse et fragilité** : accompagner les patients âgés, c'est conjuguer vulnérabilité médicale, perte d'autonomie et poids des maladies chroniques.
- **Enjeux** : préserver la qualité de vie, soulager la souffrance, soutenir les proches, anticiper les situations de crise.
- **Spécificité gériatrique** : prendre en compte l'histoire longue du patient, ses valeurs, son rythme, et donner toute sa place à la dimension éthique.
- **Les soins palliatifs ne commencent pas dans les derniers jours** : ils s'inscrivent dès que survient une maladie grave, évolutive ou complexe.
- **Ils accompagnent un chemin de vie**, marqué par des hospitalisations, des retours à domicile, des temps de stabilisation.
- **Ils ne s'opposent pas aux soins curatifs** : ils les complètent, pour sécuriser, anticiper, soutenir.
- **Ils permettent de reconnaître la personne dans sa globalité et de construire avec elle un projet de soins qui fasse sens.**

2. Isolement à domicile des personnes âgées

Présentation Société de Saint Vincent de Paul

3. Equipes mobiles territoriales de soins palliatifs

Présentation de l'EMTSP Paris Ouest
Dr Amélie Georgeon, Dr Julia Revnic, Antoine Rotiel

Equipe Mobile de Soins Palliatifs Territoriale
DAC Paris Ouest - Maison Médicale Jeanne Garnier



Rappel historique du projet de soins palliatifs Paris Ouest

- Depuis 2006 : 1 équipe pluriprofessionnelle (Réseau de santé Ancrage) intervient pour proposer un accompagnement palliatif et de la fin de vie au domicile des patients (16^e arrondissement)
- Evolution en 2014 : réseau tri-thématique (gériatrie, oncologie et soins palliatifs) sur l'ouest parisien : **7^e, 15^e et 16^e** arrondissements, puis en 2021 en un Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) portée par l'association Dispositifs Santé Paris Ouest = maintien des missions en soins palliatifs et son équipe dédiée
- Publication en octobre 2023 par l'ARS Ile de France d'un cahier des charges des Equipes Mobiles de Soins Palliatifs Territoriales (EMSPT) => projet : 1 EMSPT par territoire de DAC
- Annonce ARS **fin septembre 2024** que deux financements ont été débloqués à Paris pour 2 co-portages dont celui du territoire ouest (7^e, 15^e, 16^e arrondissements) entre la Maison Médicale Jeanne Garnier et l'association DSPO (porteuse de la M2A-DAC Paris Ouest)
- Cadre d'une expérimentation de 12 mois (annonce de la création de 2 EMSPT sur le territoire Centre/Sud et Est) => Couverture complète de Paris courant 2026

Création de l'EMSPT Paris Ouest

- Chaque année, l'équipe de soins palliatifs du DAC accompagne plus de 300 nouveaux patients sur l'année. Cependant, les populations des arrondissements de l'ouest parisien sont particulièrement vieillissantes et les besoins en soins palliatifs à domicile vont fortement s'accroître devant la pénurie de prescripteurs et d'effecteurs de soins.

L'offre à domicile devait impérativement être étoffée et amener à évoluer.

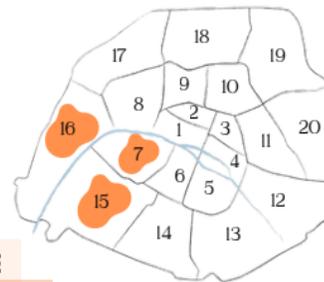
- **Début de l'activité de l'EMSPT :**
- L'activité de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs Territoriale co-portée par la Maison Médicale Jeanne Garnier et le DAC a débuté le 06 janvier 2025 avec 2 médecins, 1 IDEC et 1 IDE mis à disposition par la MMJG
- La mutualisation avec le DAC via un IDE Coordinateur du parcours de soins a débuté le 26 février 2025
- Les recrutements se sont poursuivis et l'équipe a été renforcée progressivement entre janvier et juin : 1 IDE en renfort et 1 psychologue

Soins palliatifs à domicile Paris-Ouest

- L'infirmier Coordinateur des Soins Palliatifs à Domicile Paris Ouest, commun au DAC et EMSPT :
 - Réceptionne les demandes de 9H à 18H en semaine, via un numéro de téléphone unique : 01.80.06.97.75 ou l'adresse mail conjointe : soinspalliatifs@75ouest.fr
 - Les analyse et les étaye
 - Les oriente vers le DAC, l'EMSPT ou une autre ressource
- En cas d'absence, ce poste est partagé entre les IDE de la Maison Médicale Jeanne Garnier
- Une fiche d'admission est remplie avec résumé du contexte clinique
- Un signalement est effectué auprès de l'EMSPT par mail avec accusé de réception
- Une prise de RDV avec visite à domicile est effectuée
- Au domicile :
 - Intervention en binôme médecin-IDE, voir trinôme médecin-IDE-psychologue
 - Prescription et effection si besoin
 - Dossier papier matérialisant les actions réalisées au domicile laissé au domicile avec coordonnées de l'équipe, ordonnances
 - Coordination avec l'adresseur et les acteurs de soins en aval

SOINS PALLIATIFS À DOMICILE

dans les
7ÈME, 15ÈME ET 16ÈME
arrondissements de Paris



UNE NOUVELLE ORGANISATION PORTÉE PAR LE DAC PARIS OUEST ET LA MAISON MÉDICALE JEANNE GARNIER



A partir de 2025, les équipes du Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) Paris Ouest et de la Maison Médicale Jeanne Garnier renforcent leur collaboration pour offrir une prise en charge spécialisée en soins palliatifs à domicile. Cette organisation garantit un accompagnement pluridisciplinaire réactif, favorisant le maintien à domicile dans les meilleures conditions, en collaboration étroite avec l'ensemble des acteurs du territoire.

**VOUS POUVEZ LES CONTACTER
DU LUNDI AU VENDREDI
DE 9H À 18H AU :**



01 80 06 97 75



soinspalliatifs@75ouest.fr

Messagerie
sécurisée



Après évaluation de la situation, l'intervention sera réalisée :

Coordinateur de parcours en soins palliatifs : Antoine ROTIEL (IDEC)

> Patient en situation de soins palliatifs précoce / stabilisée :

Evaluation à domicile, coordination et suivi du patient et de son entourage en collaboration avec les différents acteurs du territoire :

Equipe du DAC Paris Ouest

Dr. Marielle Limouzineau
Dr. Virginie Vigier
de la Rochefoucauld
Christina Varandas
(psychologue)
Marie-Bénédicte
Lallement (IDEC)
Gregory Limousin (IDEC)

> Patient en situation de soins palliatifs symptomatique / instable :

Prise en charge nécessitant une intervention dans les 48h avec, le cas échéant, prescription et réalisation de soins :

Equipe mobile de soins palliatifs territoriale à domicile, coordonnée par la Maison Médicale Jeanne Garnier

Dr. Amélie Georgeon
Dr. Julia Revnic
Véronique Gros (IDEC)
Anne Feignon (psychologue)
Céline Lahalle (IDE)
Yannick Mathieu (IDE)
Anne Pinson (IDE)

Provenance des patients et adresseurs

Adresseurs

- Les services hospitaliers : HEGP, Ste Périne, Cochin, St Louis, La Pitié salpêtrière, Curie, IGR...
- Les établissements partenaires de l'EMSP intra hospitalière (GH Paris Saint-Joseph, Institut Mutualiste Montsouris, Clinique Bizet), l'USP et l'HDJ de MMJG
- Les EHPAD
- Puis les orientations effectuées par les médecins traitants ou les sollicitations directes des familles voir des patients, ainsi que les IDEL et les SSIAD

Profil

- Conformément à l'organisation entre le DAC et l'EMSPT, les patients adressés au DAC ont des symptômes stabilisés et pour un accompagnement palliatif précoce (anticipation)
- Ceux adressés à l'EMSPT ont des symptômes non stabilisés, une altération de l'état général, avec une demande d'intervention rapide (24H/48H ou dans la semaine), ou patients n'ayant pas de Médecin Traitant

Missions de l'EMSPT

Effection, Prescription, Réévaluation

- Prescriptions visant à soulager les symptômes de fin de vie (douleur, dyspnée, encombrement bronchique, angoisse...)
- Mise en place de dispositifs injectables (PCA, Baxter, PSE, perfusions, etc), distribution de médicaments per os, transdermiques...
- Soins de nursing, toilette mortuaire
- Education thérapeutique
- Prescriptions et propositions de matériel à domicile
- Soutien du patient et des proches
- Soutien psychologique et social
- Répit des aidants par le passage de bénévoles
- Constat et rédaction de certificat de décès

Coordination

- Rôle de coordination avec les adresseurs, les équipes référentes, les Médecins Traitants, les cabinets IDE libéraux, les EHPAD, les prestataires, les kinés
- Rôle de soutien des équipes professionnelles au domicile (VAD conjointes)
- Rôle d'articulation entre tous les acteurs de soins (sollicitations de prestataires, d'HAD, Pallidom)

Bilan à 6 mois de fonctionnement

- **File active** : progressivement croissante depuis janvier 2025, la file active est en moyenne de 13 patients sur les 6 premiers mois de fonctionnement, avec des pics à 19 patients en mai
- **Nombre d'inclusions** : 89 sur 94 sollicitations (dont 5 non inclus), 60% de femmes, 40% d'hommes
- **Moyenne d'âge des patients** : 83 ans (+10 ans par rapport à la moyenne d'âge en USP ou EMSP)
- **Pathologies rencontrées** : majoritairement des cancers, suivies par les maladies neurodégénératives et les insuffisances d'organes.
- **Nombre total d'interventions** (toutes natures d'interventions confondues) : 7,1 interventions par patient (les écarts vont de 1 à 28)
- **Prescriptions médicales** dans 80% des interventions, 70% lors des réévaluations au domicile et 8% lors des réévaluations téléphoniques

Anticipation au domicile et en EHPAD

Sécurisation du domicile

- Personne de Confiance, DA rédigées au domicile ou abordées par oral
- Rédaction de la Fiche Urgence Pallia
Evaluation des aides en place et renforcement social (IDEL, Prestataires, Services sociaux)
- Prescriptions anticipées dans 80% des situation : à visée des soignants et des familles, « trousse d'urgence »
- Pose de Baxter (parfois avant un relais Pallidom), pose de PCA au domicile ou en EHPAD avec formation du personnel soignant

Coordination

- Contact avec les soignants du domicile, prestataires, HAD, médecins traitants
- Demande Via Trajectoire
- Signalement Pallidom (3)
- « Astreinte médicale » de WE

- Lien avec le DAC, PF Aidants, EMG

Réévaluation régulière au domicile et par téléphone +++

Anticipation au domicile et en EHPAD

- **Nombre de décès de janvier à juin 2025 :**
- 21 au domicile, 6 en EHPAD, 3 en Service Hospitalier, 29 en USP
 - Soit 45% de décès au domicile (23% dans la population générale)
 - Soit 49% en USP :
 - 60% pour dyspnée, 30% pour isolement, épuisement aidant, souhait d'une FDV en USP, 0,05% pour douleur non contrôlée
 - Hospitalisation dans dans les 24-48H maximum après la demande, 3 le WE, 1 la nuit
- **Recours à des interventions d'urgence :**
- Pallidom (3), SAMU (2), UMP (1) sur un total de 89 patients

Bilan à 6 mois de fonctionnement : perspectives futures

- Une centaine de patients déjà accompagnés, et ceci, sans aucune action de communication faite sur le 1^{er} trimestre, par crainte d'être submergés par les demandes, sans pouvoir y répondre
- Quelques problématiques ont déjà été repérées :

1) Accompagnement de patients âgés en soins palliatifs pour lesquelles les aides à domicile sont insuffisantes :

=> Motif d'orientation : lien vers les services sociaux ou le DAC tout âge toute pathologie, mutualisation avec la Plateforme d'accompagnement et de répit des aidants, liens avec les EMG

2) Présence d'un aidant qui aurait besoin d'aide :

⇒ Motif d'orientation vers le DAC ou PFR (= Volet Aidant)

- Besoin de soutien psychologique pendant la période de la fin de vie de leurs proches mais aussi en post deuil, renforcement des aides, mise en place de bénévoles au domicile
- Aidant âgé (voire présentant des troubles cognitifs dans 20% des cas) compliquant les prises en charge

Bilan à 6 mois de fonctionnement : perspectives futures

3) Volet EHPAD :

- Besoins importants dans les EHPAD (turn-over de soignants, peu de Médecins Coordonnateurs, médecins libéraux parfois peu à l'aise avec les SP...) avec de beaux partenariats ayant permis la montée en compétence des équipes et la « détection » plus fine d'autres situations palliatives

4) Volet continuité des soins :

- Astreinte téléphonique actuelle les WE tenue par les 2 médecins de l'EMSPT => réflexion sur une organisation plus pérenne

Merci pour votre attention !

4. Sécurisation des patients en perte d'autonomie avec l'équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé

Présentations EMPSA GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences
Dr Ouassila Chermak et Mme Maria Perez, infirmière

5. Prévenir et gérer une situation palliative « urgente »

Présentations

- HAD Fondation œuvre de la Croix St Simon: dossiers dormants en EHPAD – Dr Anne-Catherine Cuny
- Pallidom: Equipe rapide d'intervention en soins palliatifs – Dr Clément Leclair



PALLIDOM
Soins Palliatifs Aigus
à Domicile
HAD AP-HP



PALLIDOM

**Une équipe d'urgence palliative
au domicile et en EHPAD**

Bilan à 3 ans

Webinaire SP Personnes âgées

Jeudi 9 Octobre 2025

clement.leclaire@aphp.fr / 06 07 43 93 39

HAD-APHP



**Hospitalisation
à Domicile
AP-HP**



PALLIDOM
Soins Palliatifs Aigus
à Domicile
HAD AP-HP



Absence de lien d'intérêt



**Hospitalisation
à Domicile
AP-HP**



PALLIDOM
Soins Palliatifs Aigus
à Domicile
HAD AP-HP



<https://www.youtube.com/watch?v=nbSZP0i0n84>



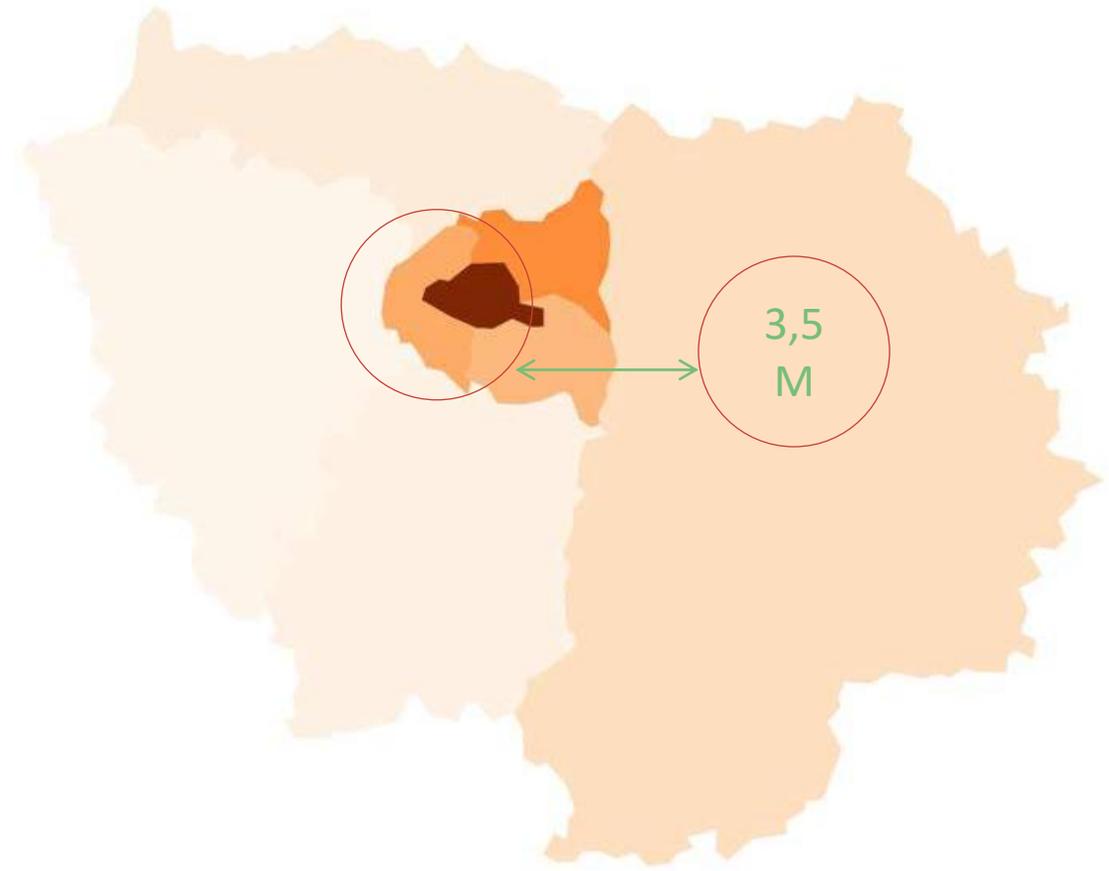
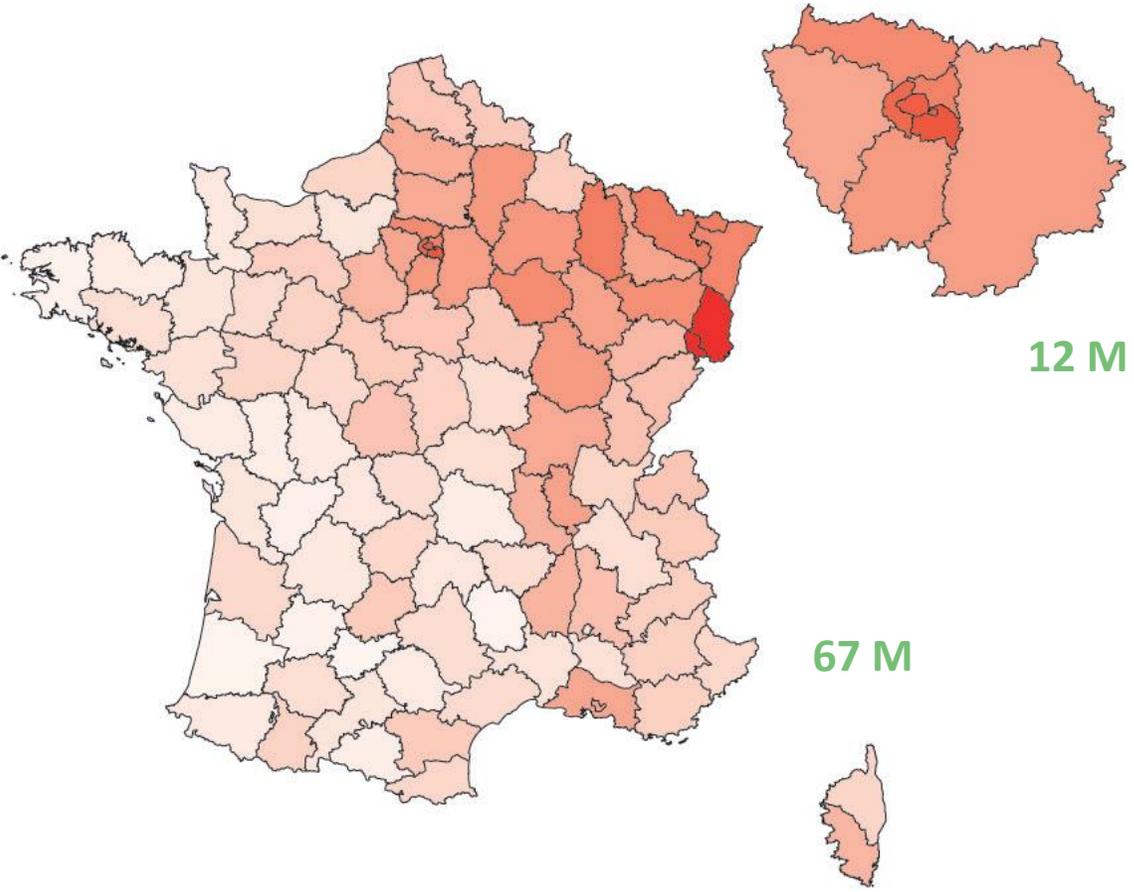
**Hospitalisation
à Domicile
AP-HP**



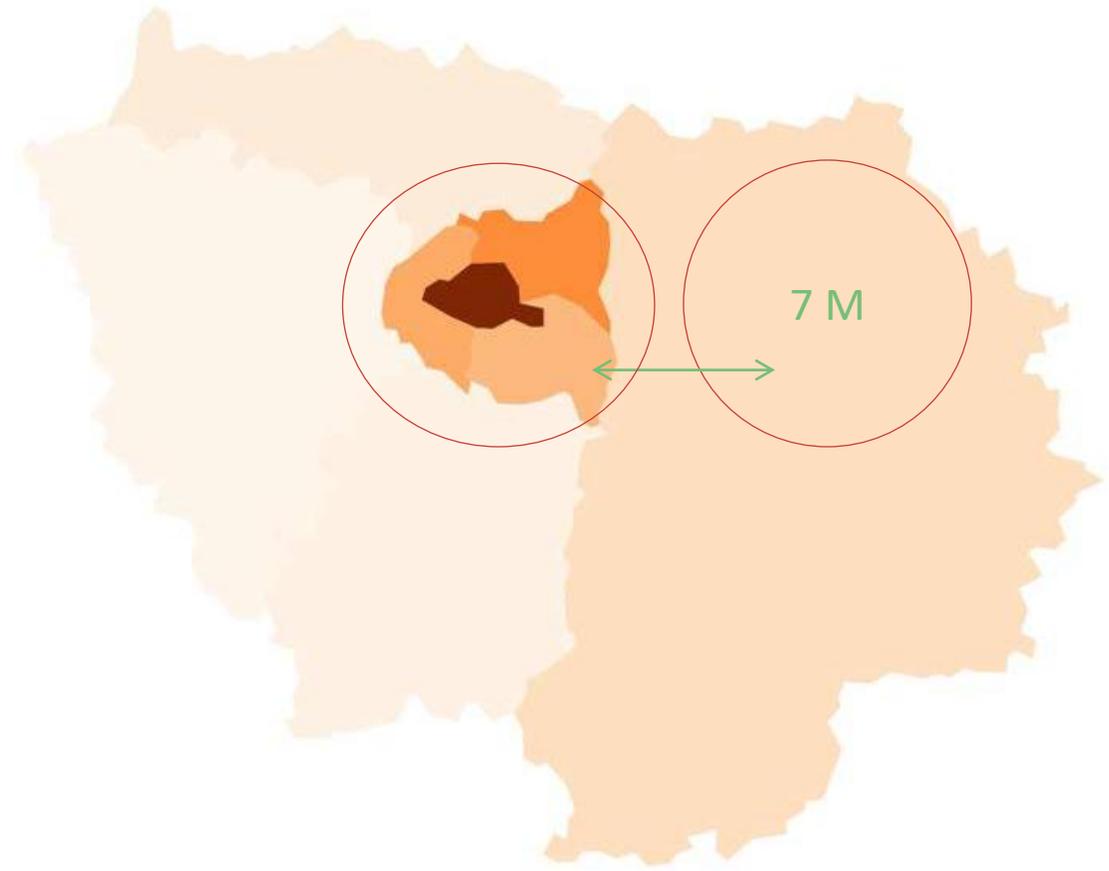
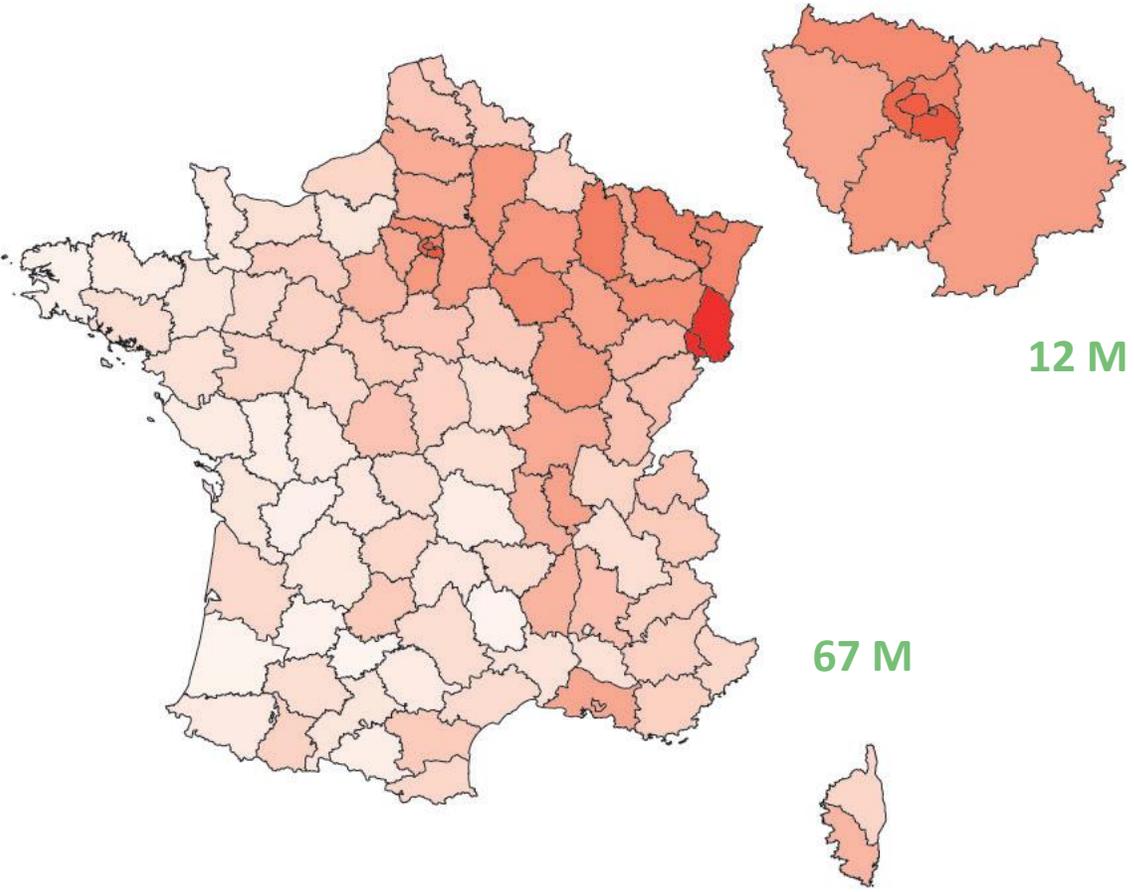
Une Equipe – Binôme IDE-Médecin

- Qui se déplace chez les gens (domicile ou EHPAD)
- Présentant une détresse vitale
- Ne souhaitant pas être hospitalisés
- Dans le cadre d'une démarche palliative formalisée collégalement et dans le temps de l'urgence

Un territoire expérimental jusqu'à décembre 2023
75 + 92



Un territoire complet depuis décembre 2023
75 + 92 + 93 + 94





PALLIDOM
Soins Palliatifs Aigus
à Domicile
HAD AP-HP

Un territoire urbain



**Hospitalisation
à Domicile
AP-HP**



PALLIDOM

Soins Palliatifs Aigus
à Domicile
HAD AP-HP

Des horaires 7/24 :

- Appui à la collégialité téléphonique 24/24
- Première Intervention de 7h à 21h
- Interventions secondaires possibles la nuit par IDE avec appui médical téléphonique (patients déjà inclus)



Hospitalisation
à Domicile
AP-HP



Un médecin nous appelle (MT, SMUR, SOS, MedCo EHPAD, Réseau SP, Médecin Hospitalier)

Ligne médicalisée directe 24/7 : 01 73 73 54 86

1ere étape : Appui à la collégialité :

Formalisation démarche palliative

Formalisation intérêt (et possibilité) du domicile

Formalisation intérêt PALLIDOM

2eme étape : Effectation :

Association de traitements curatifs peu invasifs et de traitements symptomatiques de confort

Accompagnement global phase initiale et suivi



PALLIDOM
Soins Palliatifs Aigus
à Domicile
HAD AP-HP

Pallidom, en pratique...



Un médecin nous appelle (MT, SMUR, SOS, MedCo EHPAD, Réseau SP, Médecin Hospitalier)

Ligne médicalisée directe 24/7 : 01 73 73 54 86

3^{ème} étape : Le Suivi :

Réévaluation jour / nuit – programmé / non programmé

En lien avec soignants du territoire

Jusqu'à stabilisation (Retour à l'état de base, hospitalisation, décès)

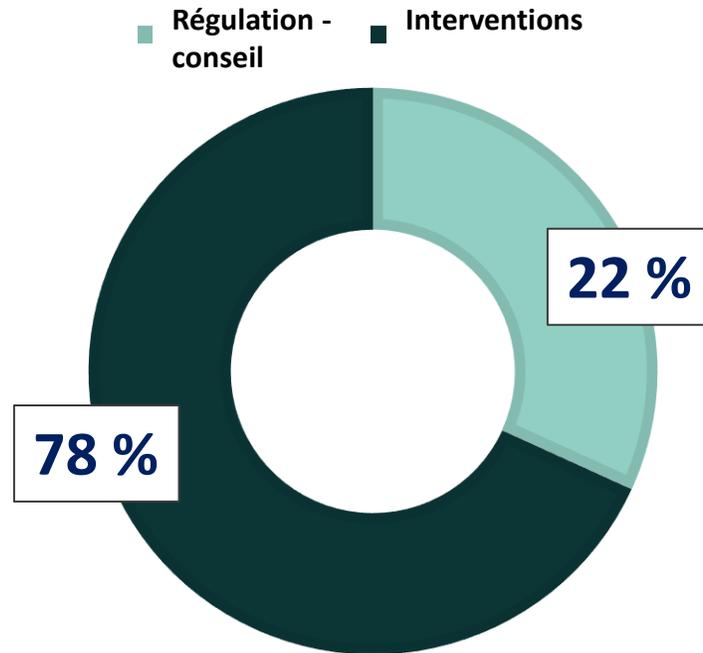
Pendant 3 jours en médiane – 5 jours en moyenne

File active nécessitant de la coordination +++



**Hospitalisation
à Domicile
AP-HP**

Etat des lieux à 3 ans



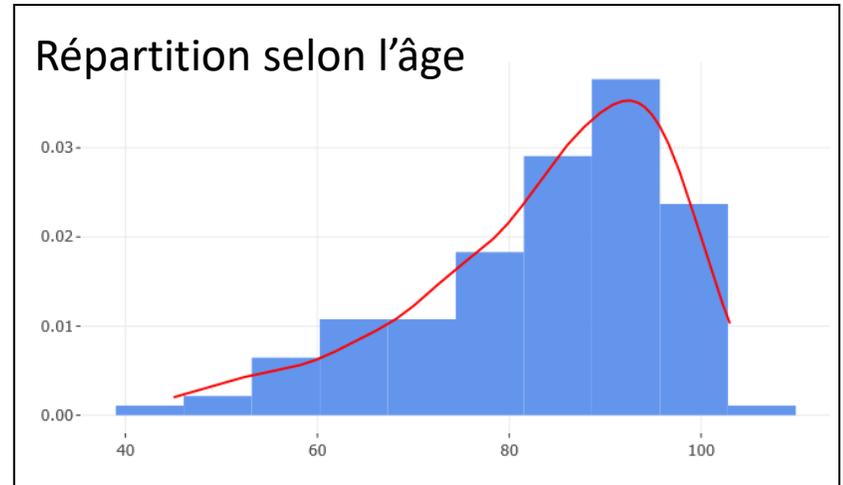
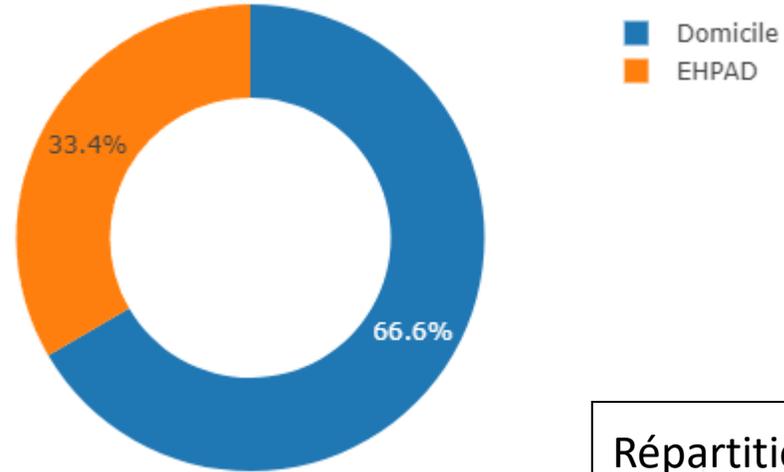
- 2326 Sollicitations
- 1806 Admissions Pallidom

Etat des lieux



- **1150 Domiciles / 656 EHPAD**
- **F 62% / H 38%**
- **Age 85 ans**
- **Karnofsky 23 %**

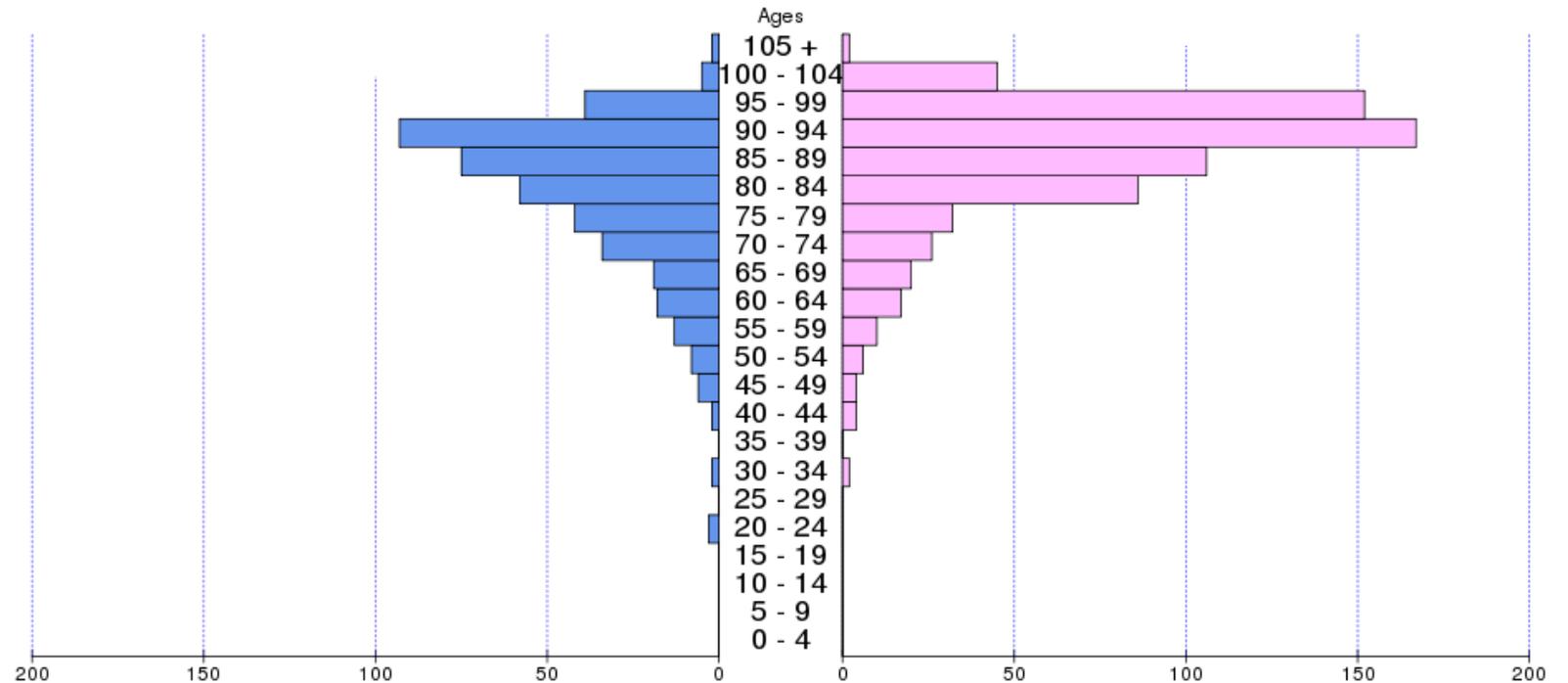
Lieu de vie du patient



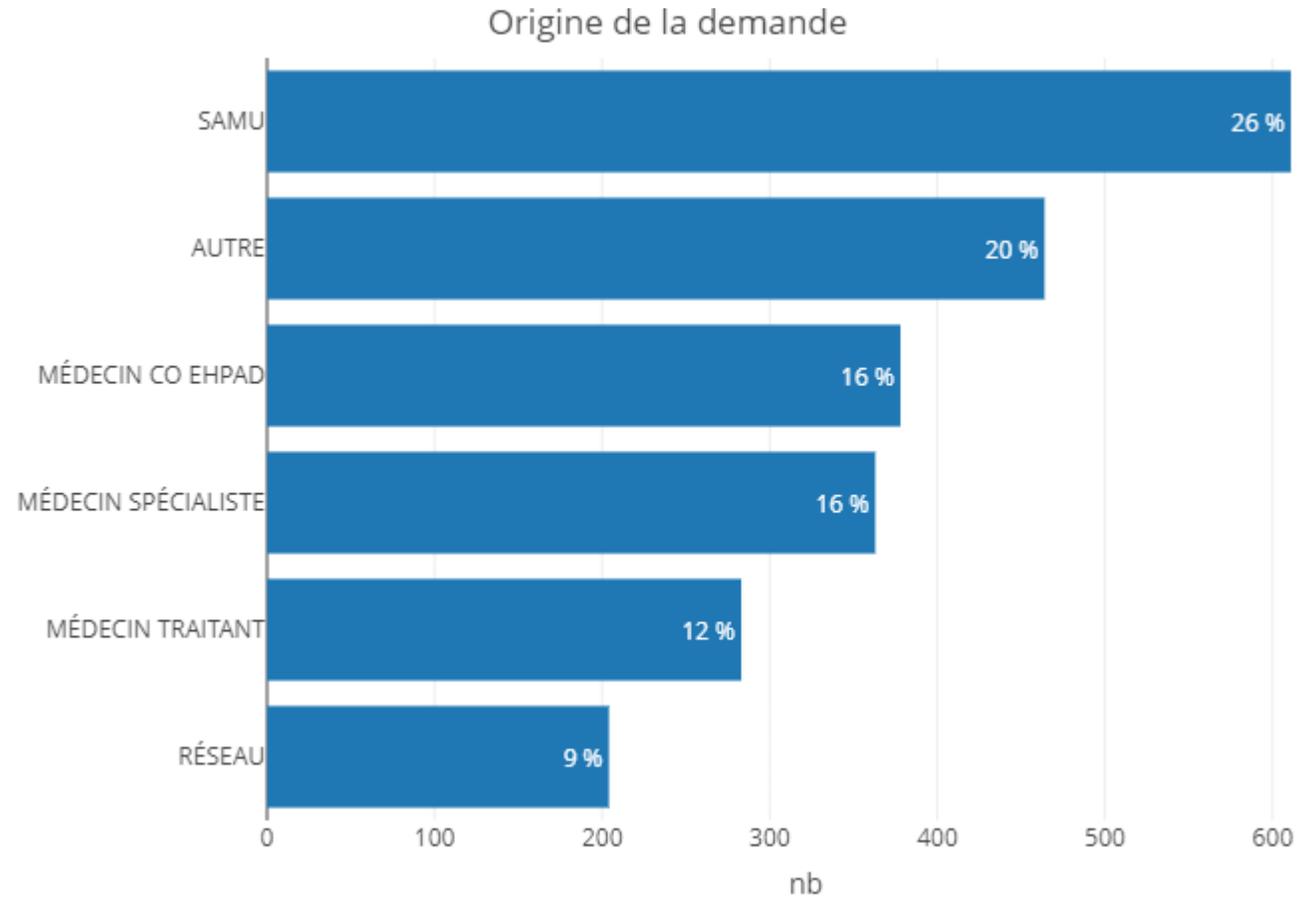
Etat des lieux



- **1150 Domiciles / 656 EHPAD**
- **F 62% / H 38%**
- **Age 85 ans**
- **Karnofsky 23 %**



Origine de la demande

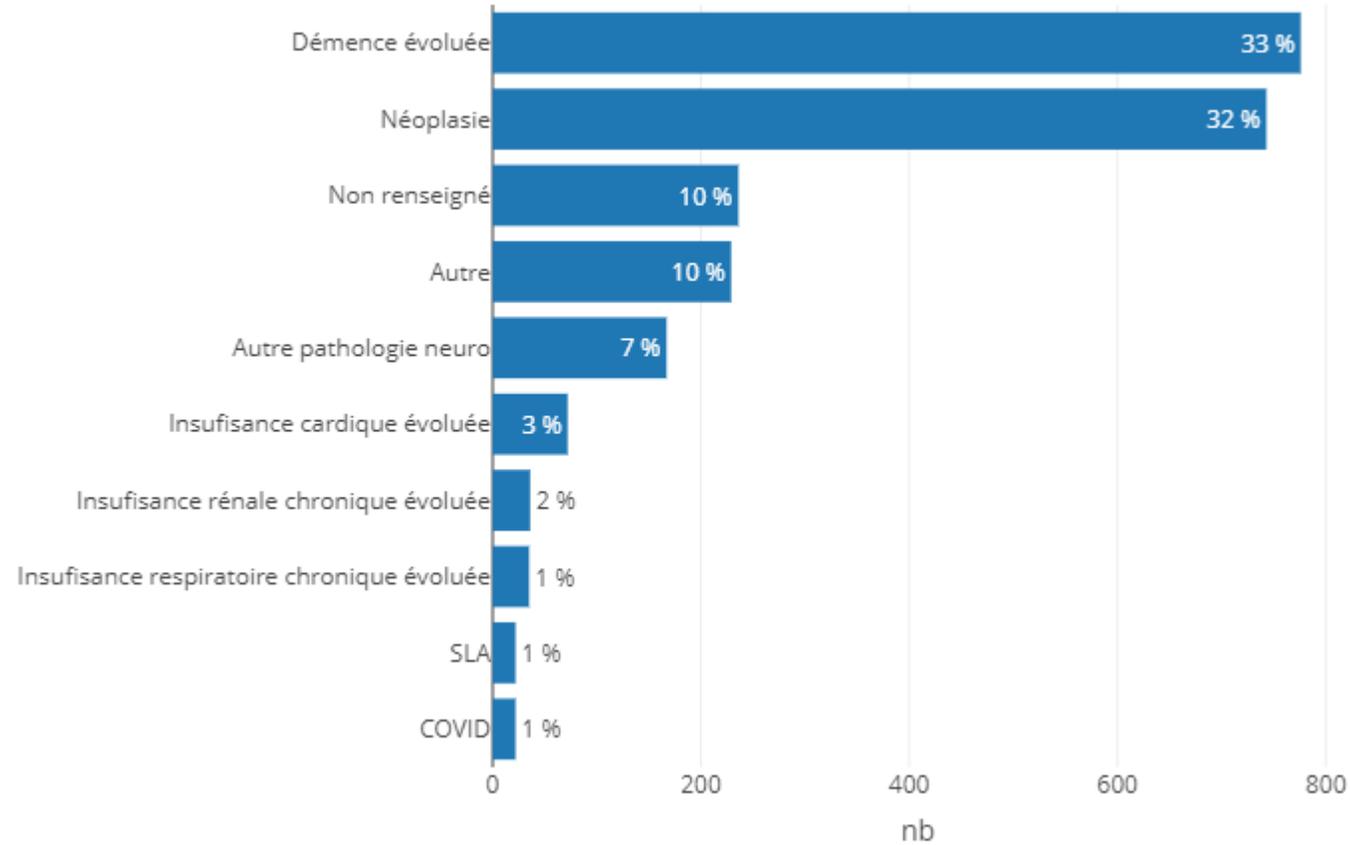




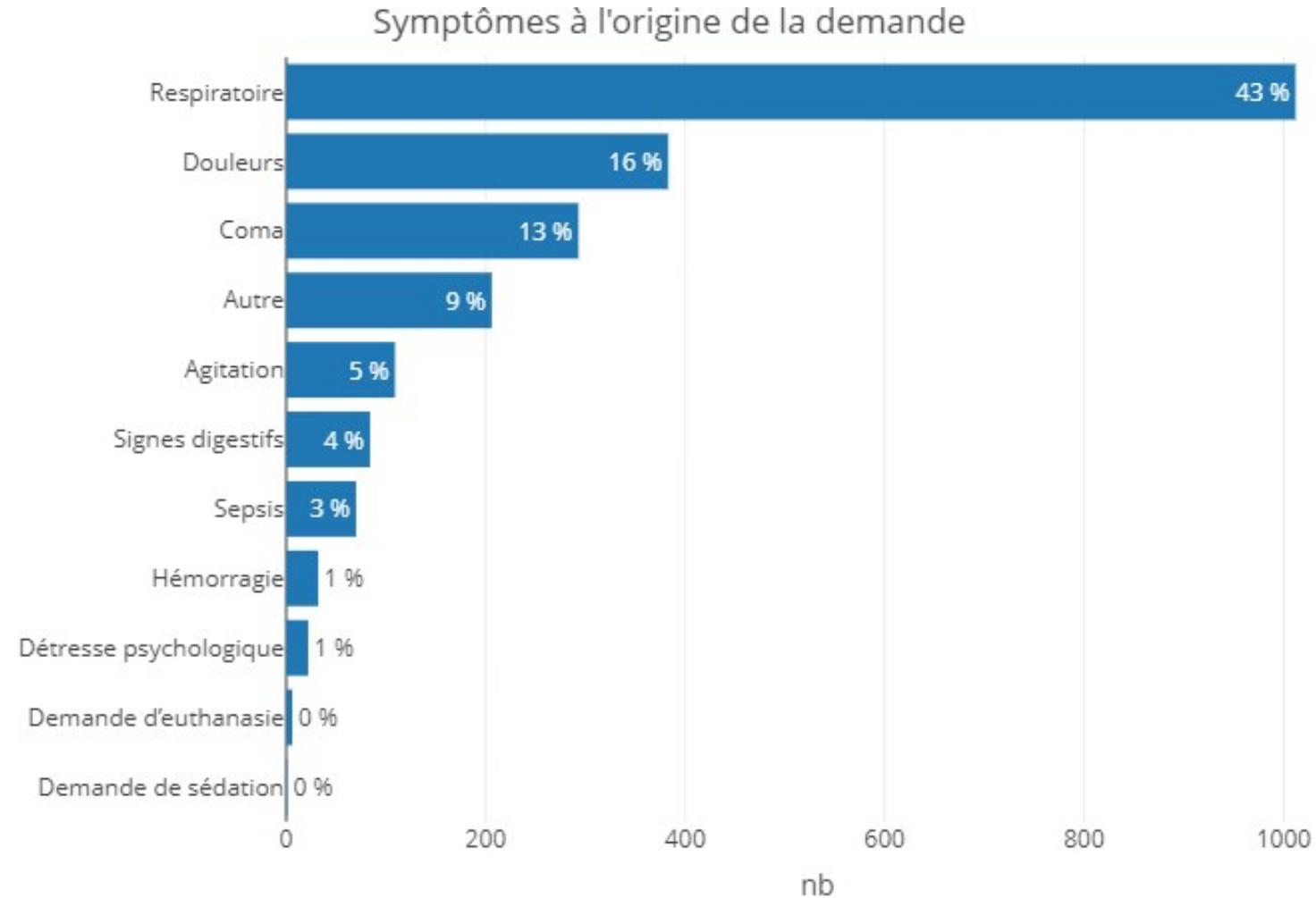
Pathologie à l'origine de la demande



Pathologie à l'origine de la demande



Symptôme à l'origine de la demande

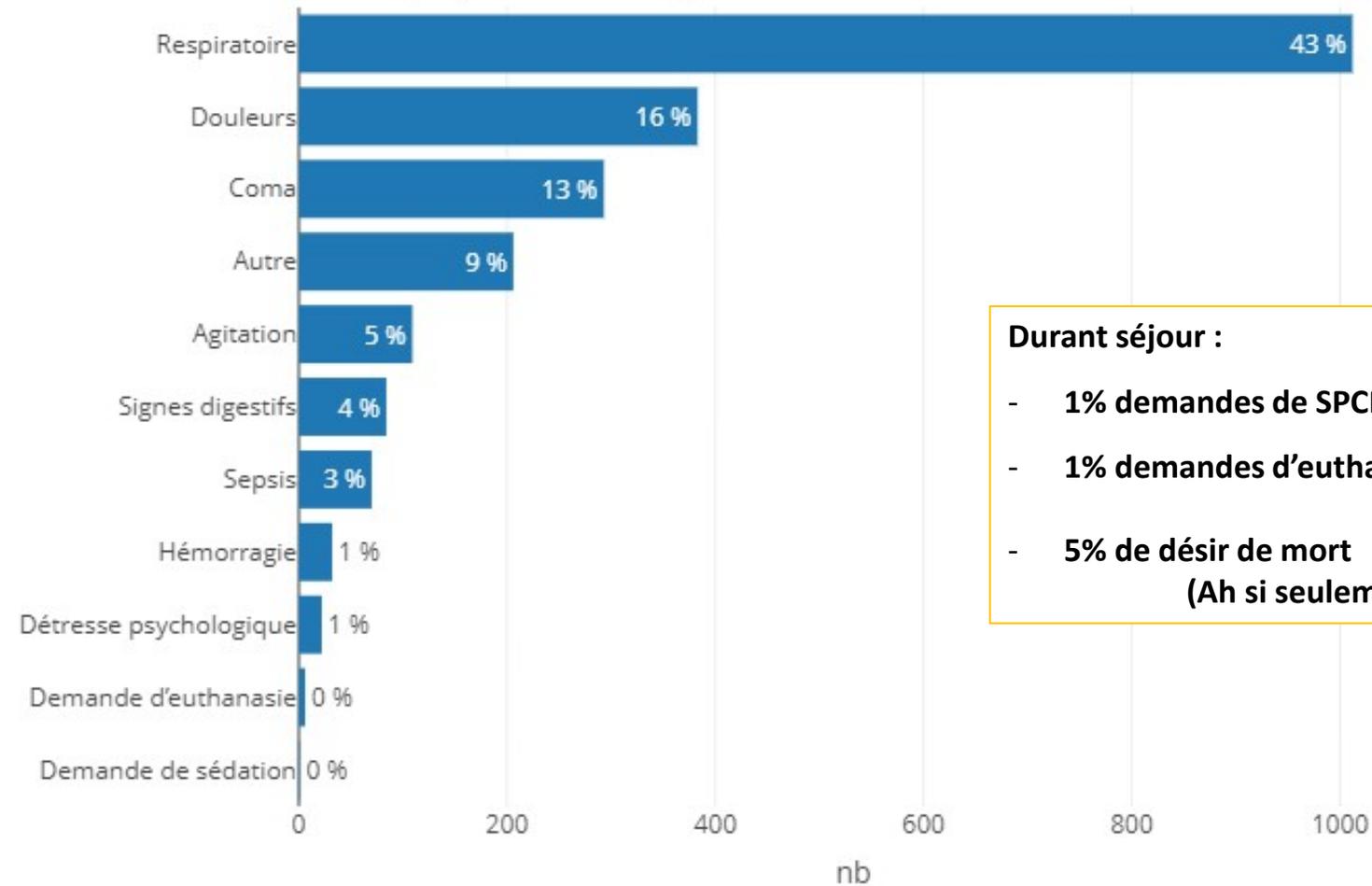




Symptôme à l'origine de la demande



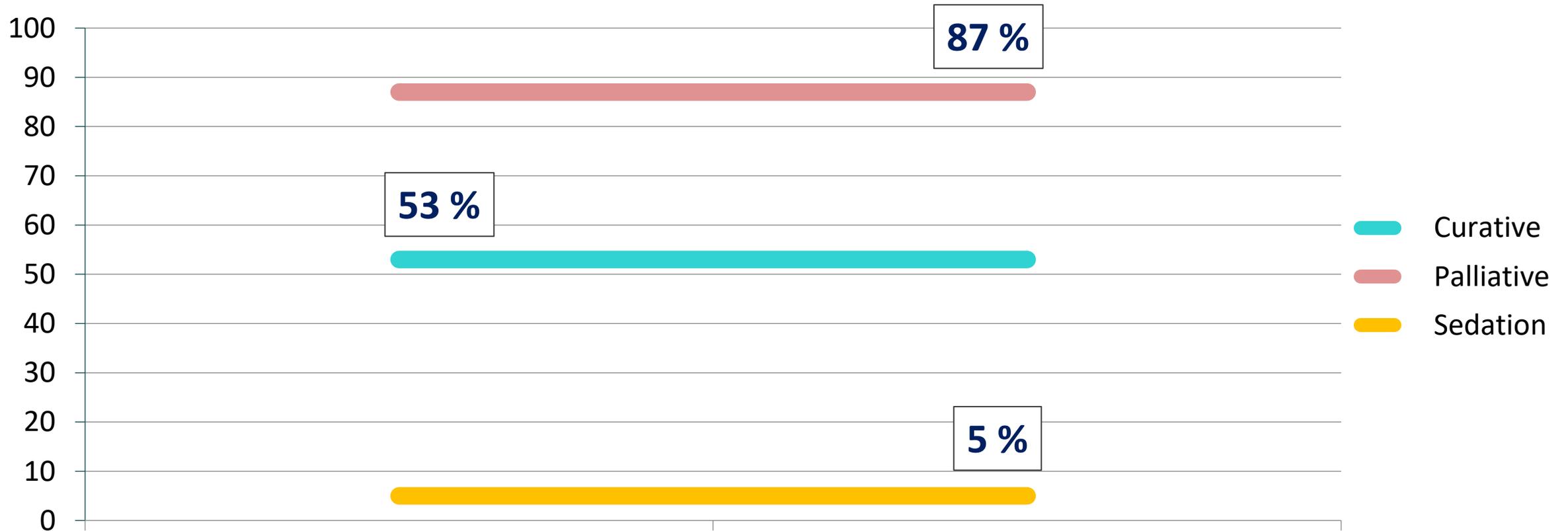
Symptômes à l'origine de la demande



Durant séjour :

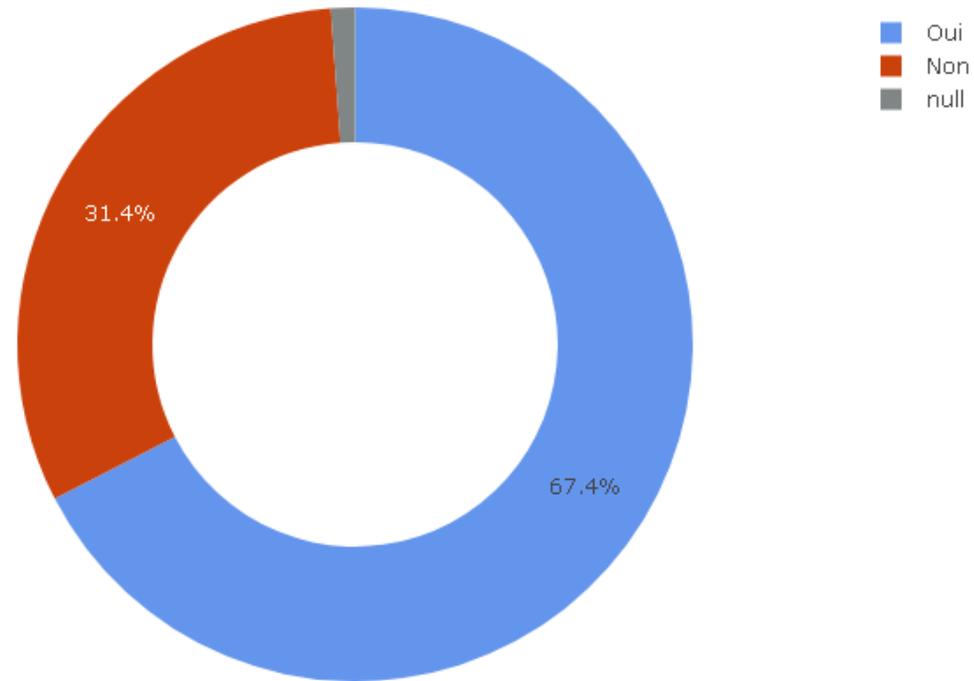
- 1% demandes de SPCMJDC
- 1% demandes d'euthanasie
- 5% de désir de mort
(Ah si seulement...)

Types de traitements



Nécessité de soins techniques

[PCA – Baxter – Pose aiguille HUBER – SNG en aspiration...]





Délais - Durées



Durée de séjour

Médiane : 3 j
Moyenne : 5,5 j

Délai d'intervention

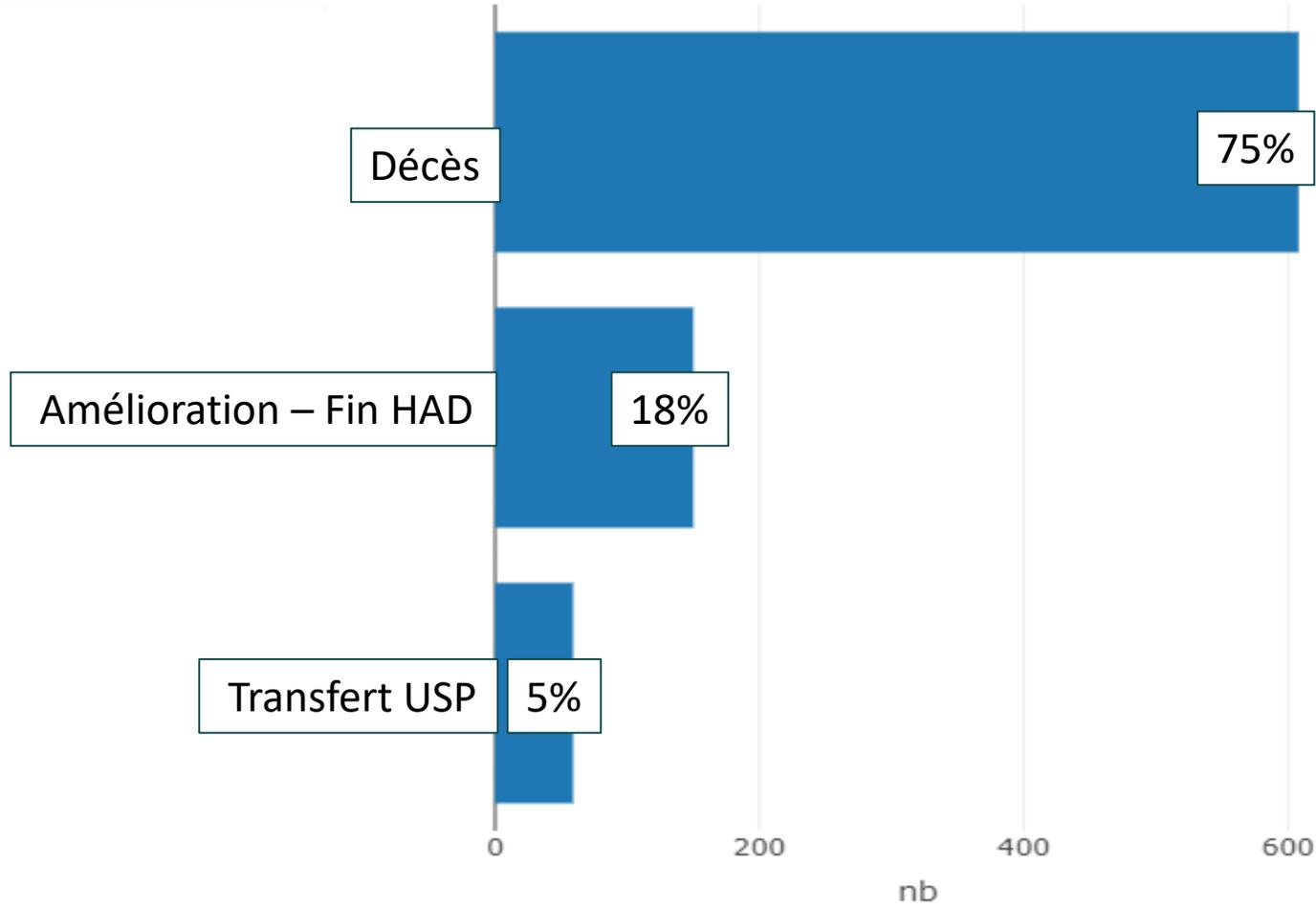
Médiane : 2h30
Moyenne : 6h40 (inclut la nuit)

Durée première intervention

Médiane : 1h05
Moyenne : 1h20

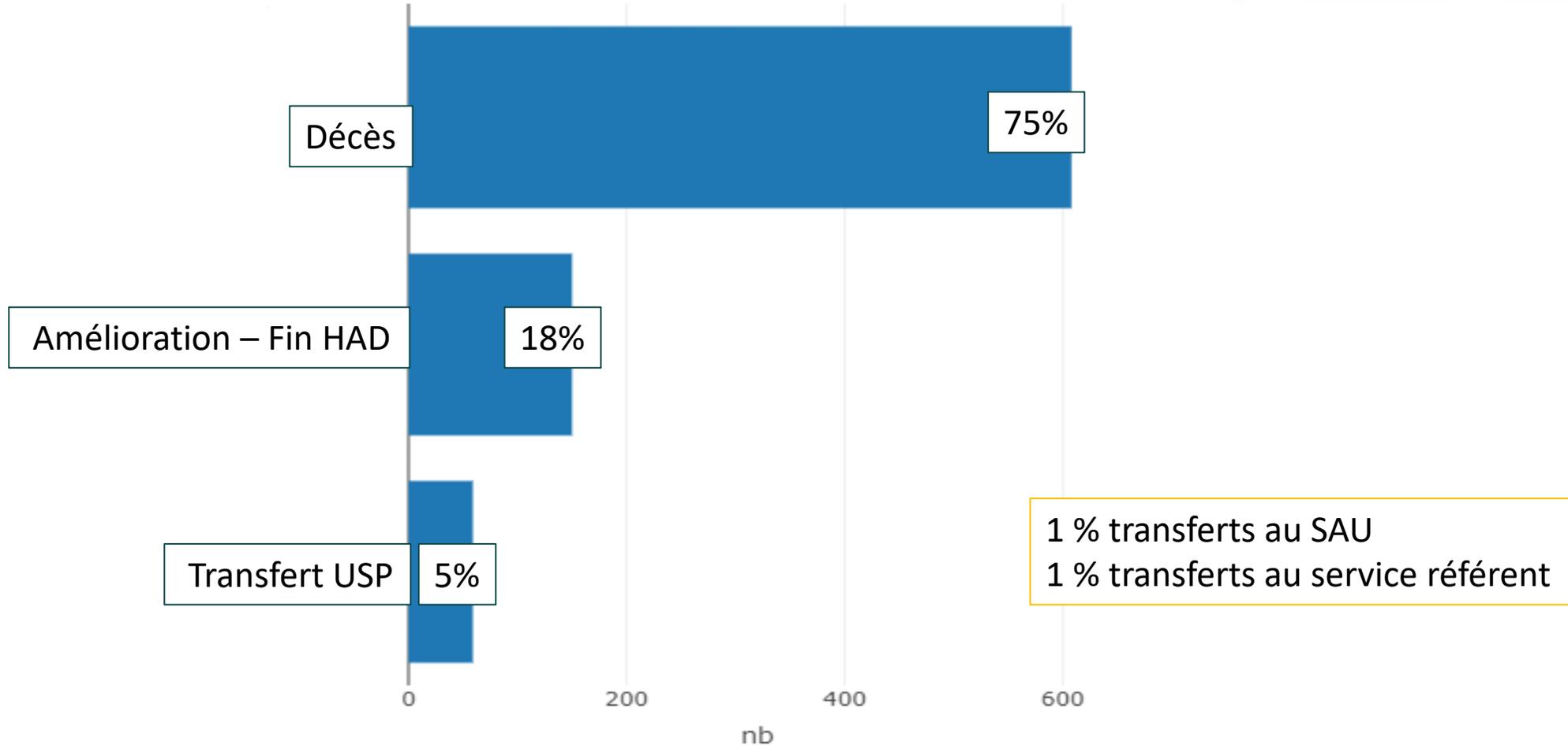
4% de décès pendant la première intervention

Evolution

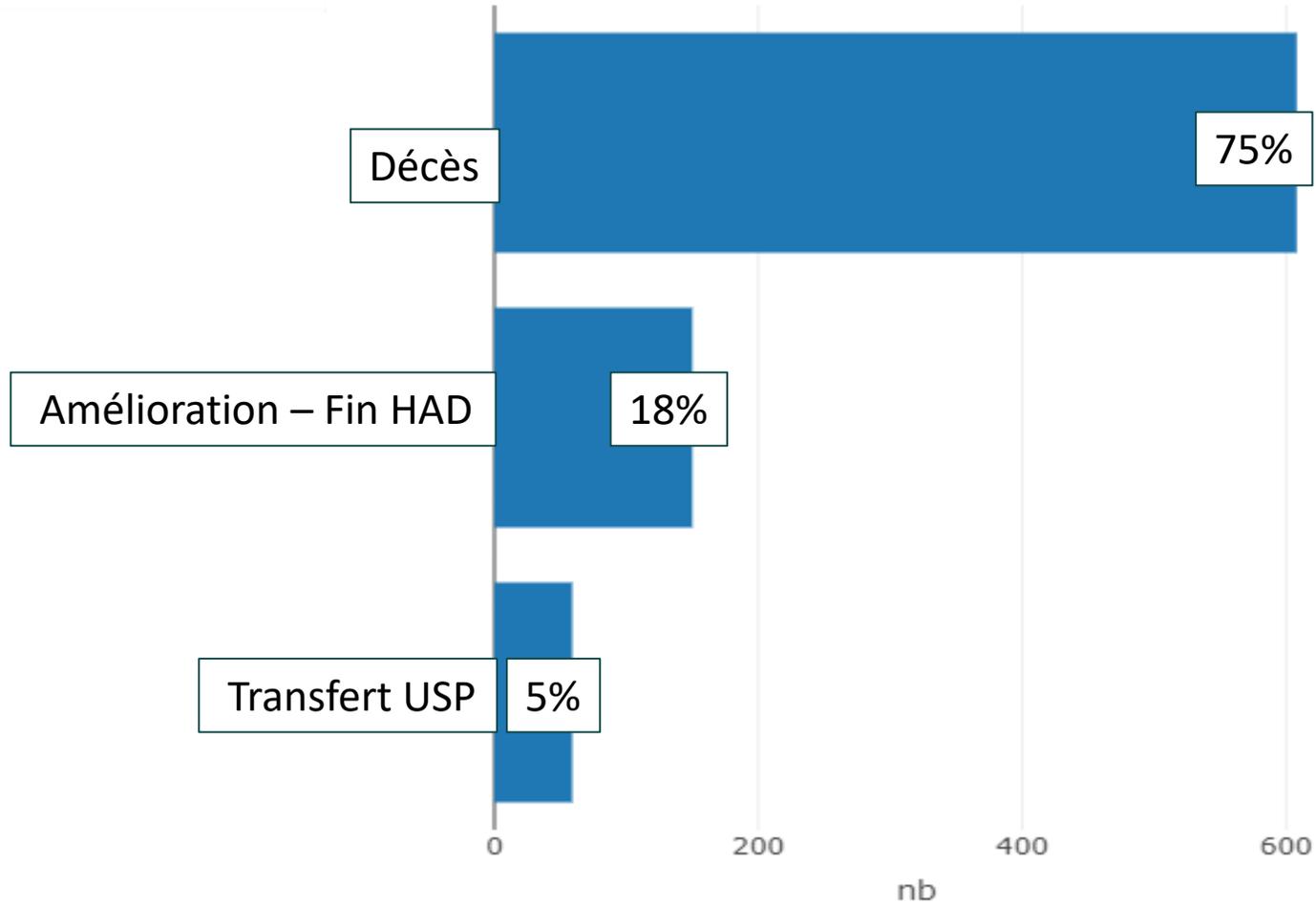




Evolution



Evolution

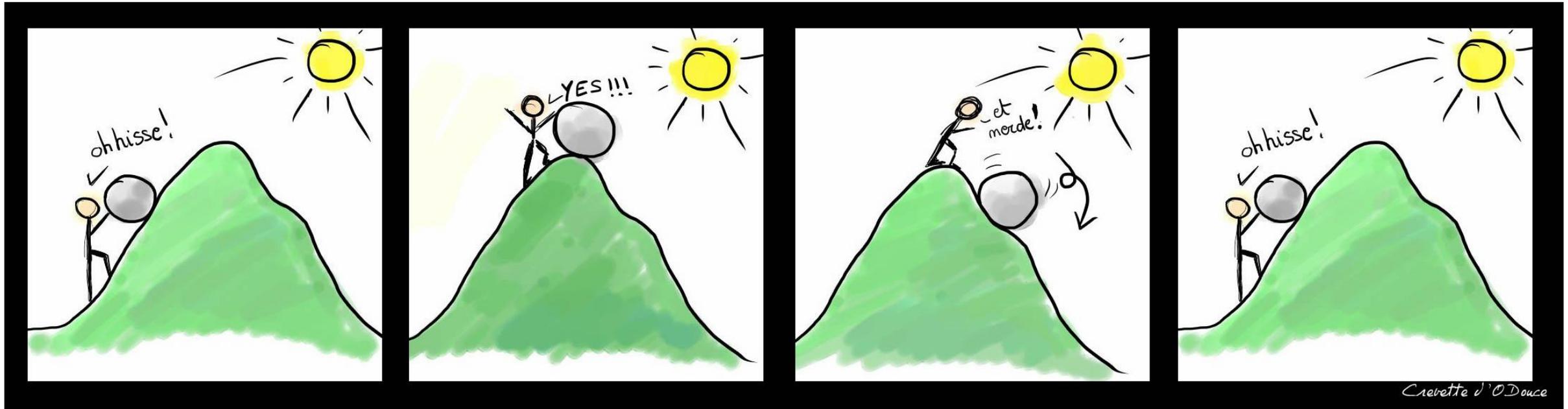


Satisfaction (en premier retour)

- Familles ++
- Professionnels d'EHPAD +++
- Professionnels d'HAD ++
- Partenaires ++
- Patients + ?

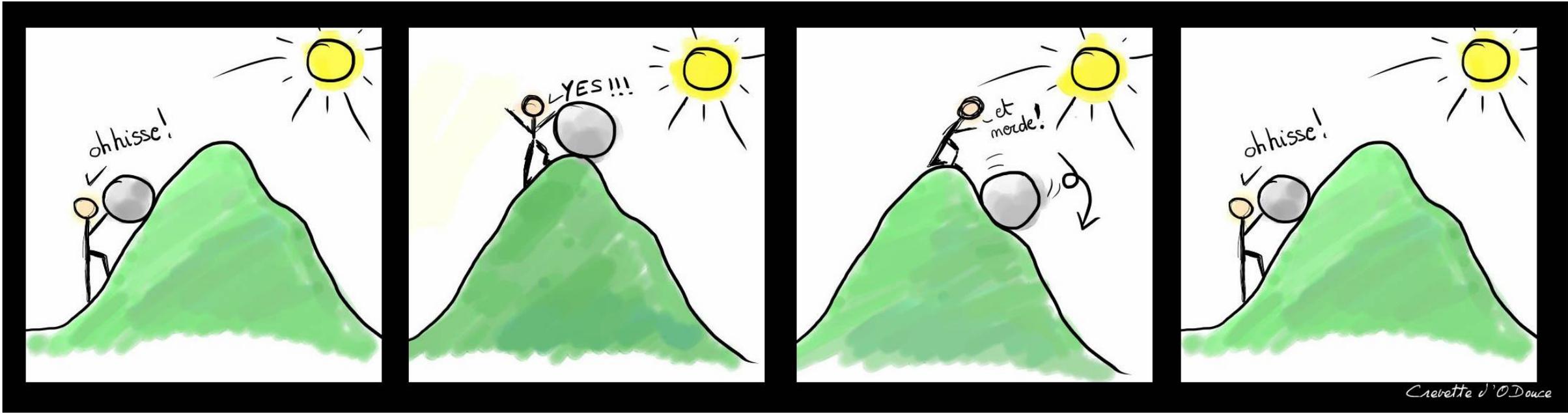


PALLIDOM
Soins Palliatifs Aigus
à Domicile
HAD AP-HP



**Hospitalisation
à Domicile
AP-HP**


Corpalif
écouter & agir

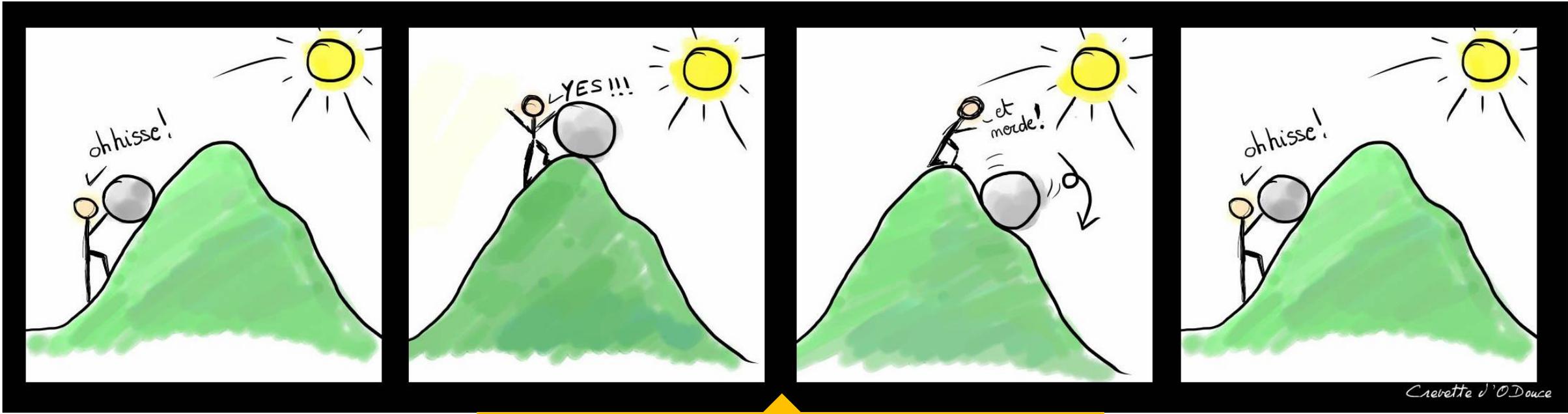


Heave Ho !

Oui !!!

*** !

Heave Ho !



Heave Ho !



Oui !!!

*** !

Heave Ho !



PALLIDOM

Soins Palliatifs Aigus
à Domicile
HAD AP-HP

Merci !



<https://youtu.be/nbSZP0iOn84>

01 73 73 54 86

Clément Leclaire

clement.leclaire@aphp.fr

Hospitalisation
à Domicile
AP-HP

6. Adresser un patient âgé en unité de soins palliatifs

Interview du Dr Virginie Fossey-Diaz - USP Bretonneau

7. Ressources et outils de formation



Présentations Corpalif



Les outils mis à disposition

Fiche Géroto-pallia 10

- mon patient relève-t-il des soins palliatifs?

Kit EHPAD

- Outil validé par l'ARS IDF composé de 6 fiches pratiques

Fiche urgence pallia

- toutes les informations nécessaires en cas d'urgence

Flyer décès à domicile

- Flyer à destination des familles et des proches

Annuaire CORPALIF

- coordonnées de l'ensemble des acteurs de la région

certificat de décès

- Possibilités pour les IDEL volontaire de délivrer des certificats de décès

La CORPALIF met à disposition de l'ensemble des acteurs des outils pour les aider dans la prise en charge des patients.

Ils sont disponibles sur notre site internet:
<https://www.corpalif.org/>



Outils aide à l'évaluation

Pallia 10 géronto

QUE SONT LES SOINS PALLIATIFS¹ ?

Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluriprofessionnelle. Dans une approche globale et individualisée, ils ont pour objectifs de :

- Prévenir et soulager la douleur et les autres symptômes, prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la dignité de la personne soignée.
- Limiter la survenue de complications, en développant les prescriptions anticipées personnalisées
- Limiter les ruptures de prises en charge en veillant à la bonne coordination entre les différents acteurs de soin.

La démarche de soins palliatifs vise à éviter les investigations et les traitements déraisonnables tout en refusant de provoquer intentionnellement la mort. Selon cette approche, le patient est considéré comme un être vivant et la mort comme un processus naturel.

ET L'ACCOMPAGNEMENT¹ ?

L'accompagnement d'un malade et de son entourage consiste à apporter attention, écoute, réconfort, en prenant en compte les composantes de la souffrance globale (physique, psychologique, sociale et spirituelle). Il peut être mené en lien avec les associations de bénévoles. L'accompagnement de l'entourage peut se poursuivre après le décès pour aider le travail de deuil.

A QUI S'ADRESSENT-ILS¹ ?

Aux personnes atteintes de maladies graves évolutives ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée et terminale, en accompagnant leurs familles et leurs proches.

¹ Soins palliatifs et accompagnement. Coll. Repères pour votre pratique. Inpes, mai 2009.

QUEL EST LE CADRE LEGAL ?

Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs : « Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement »

Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (« loi Léonetti ») : propose aux professionnels de santé un cadre de réflexion reposant sur le respect de la volonté de la personne malade (directives anticipées, personne de confiance), le refus de l'obstination déraisonnable. Elle indique les procédures à suivre dans les prises de décisions : collégialité et traçabilité des discussions, de la décision et de son argumentation.

LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie : Cette loi clarifie les conditions de l'arrêt des traitements au titre du refus de l'obstination déraisonnable. Elle instaure un droit à la sédation profonde et continue jusqu'au décès pour les personnes dont le pronostic vital est engagé à court terme. Les directives anticipées deviennent l'expression privilégiée de la volonté du patient hors d'état de le faire et s'imposent désormais aux médecins.

OU TROUVER UNE EQUIPE DE SOINS PALLIATIFS EN FRANCE ?

Répertoire national des structures :

www.sfap.org

Accompagner la fin de la vie, s'informer, en parler :

 **N°Azur 0 811 020 300**

PRIX APPEL LOCAL



PALLIA 10 GERONTO

Quand faire appel à une équipe de soins palliatifs ?

Outil d'aide à la décision en 10 questions

Accès aux soins palliatifs :
→ un droit pour les patients
→ une obligation professionnelle pour les équipes soignantes

(version mai 2016)

Chaque professionnel de santé aura à mettre en place une démarche palliative et d'accompagnement au cours de son exercice.

Qui peut utiliser PALLIA 10 GERONTO ?

Tout soignant dans le cadre d'une réflexion collégiale

Dans quel but utiliser PALLIA 10 GERONTO ?

Pallia géronto est un outil conçu pour vous aider à mieux repérer le moment où une démarche de soins palliatifs doit être envisagée avec, si besoin, le recours à une équipe spécialisée de soins palliatifs

Quand utiliser PALLIA 10 GERONTO ?

Chez des personnes âgées de plus de 75 ans atteintes d'une maladie ou de polyopathologies évolutives qui ne guériront pas en l'état actuel de nos connaissances.

Quand l'accumulation des besoins rend complexe la démarche d'accompagnement : élaboration du projet de soins le plus adapté, priorisation et coordination des interventions.

Comment utiliser PALLIA 10 GERONTO ?

Répondez à chacune des questions.

La présence de l'item 1 est obligatoire. Une seule réponse positive aux autres items peut suffire à envisager le recours à une équipe spécialisée en soins palliatifs.

	QUESTIONS	COMPLEMENT	Cocher ¹¹ item présent
1	La personne âgée de plus de 75 ans est atteinte d'une maladie grave évolutive ou de polyopathologies qui ne guériront pas, en l'état actuel des connaissances	Une réponse positive à cette question est une condition nécessaire pour utiliser la grille PALLIA GERONTO et passer aux questions suivantes.	
2	Il existe un ou plusieurs facteurs de vulnérabilité somatique préexistants	<ul style="list-style-type: none"> • GIR 1 et 2 • MMS inférieur 10 • Albuminémie inférieure à 25g/l • Difficulté persistante d'hydratation/alimentation par voie orale • Escarre stade supérieur ou égal à 3 • Chutes à répétition 	
3	La maladie prédominante et/ou l'ensemble des pathologies sont rapidement évolutifs	Cette évolutivité est souvent caractérisée par la répétition des épisodes aigus	
4	La personne âgée ou son entourage sont demandeurs d'une prise en charge palliative et d'un accompagnement	Loi n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs	
5	Il existe des symptômes non soulagés malgré la mise en place des traitements de première intention	Douleur spontanée ou provoquée lors des soins, dyspnée, vomissements, syndrome occlusif, confusion, agitation...	
6	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre psychique pour la personne âgée et/ou son entourage	Tristesse, angoisse, repli, agressivité ou troubles du comportement, troubles de la communication, conflits familiaux, psycho-pathologie préexistante chez la personne âgée et son entourage.	
7	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre social chez la personne âgée et/ou son entourage	Isollement, précarité, difficultés financières, existence dans l'entourage d'une personne dépendante ou handicapée, enfant à charge, épuisement de l'aideur naturel	
8	La personne âgée ou son entourage ont des difficultés d'intégration de l'information sur la maladie et/ou sur le pronostic	Faço à l'angoisse générée par la maladie qui s'aggrave, la personne âgée, l'entourage peuvent mettre en place des mécanismes de défense psychologique qui rendent la communication difficile et compliquent la mise en place d'un projet de soins palliatifs.	
9	Vous constatez des questionnements et/ou des divergences parmi les professionnels concernant la cohérence du projet de soins	Ces questionnements peuvent concerner : <ul style="list-style-type: none"> • Les prescriptions anticipées • L'hydratation, l'alimentation, une antibiothérapie, une pose de sonde, une transfusion, une surveillance particulière (HGT, monitoring...) • L'indication et la mise en place d'une sédation • Le lieu de prise en charge le plus adapté • Le statut réanimatoire éventuel 	
10	Vous vous posez des questions sur l'attitude adaptée concernant par exemple : <ul style="list-style-type: none"> • Refus de soins et/ou de traitement • Limitation ou arrêt d'un traitement • Demande d'euthanasie • Présence d'un conflit de valeurs 	Conformément aux lois en vigueur, il convient de prendre en compte les directives anticipées et/ou de recueillir l'avis de la personne de confiance.	



Kit EHPAD

Son objectif principal est de **faciliter la prise en charge palliative des résidents**, offrant ainsi une meilleure qualité de soins en fin de vie.

Composition du kit : 6 fiches essentielles

Le kit se compose de 6 fiches élaborées pour couvrir tous les aspects des soins palliatifs en EHPAD :

Dotation médicamenteuse : liste des médicaments essentiels en soins palliatifs

Dispositifs médicaux : équipements nécessaires pour les soins

Protocoles thérapeutiques pour les événements urgents : gestion rapide et efficace des situations critiques

Traçabilité de contrôle : suivi rigoureux des soins prodigués

Traçabilité des stupéfiants : gestion sécurisée des médicaments à risque

Rappel de la réglementation

FICHE 2 Dispositifs médicaux

Composition du kit

- 1 carré absorbant
2 paires de gants
1 champ absorbant imperméable
5 compresses
1 cathéter court sécurisé 22G (bleu) Dakin®
- 1 perfuseur avec robinet 3 voies
- 1 seringue 3 pièces 20 mL (graduation 1 mL)
- 1 bouchon Luer Lock sans site ou 1 valve anti-reflux
- 1 aiguille 18 G 1/2
1 bandelette adhésive double
1 pansement transparent adhésif
1 boîte à aiguille

Kit perfusion IV/SC

Soin des yeux

- 1 Sérum physiologique
1 Larmes artificielles

Soin de bouche

- 1 Bâtonnet de soins de bouche
1 Bicarbonate de sodium 1,4% sol pour perf/Bicarbonate de sodium poudre
1 Vaseline si absence d'oxygène
1 Pastille/Aequasyl

Rétention urinaire

- 1 Gel lubrifiant ou Xylocaine Gel
1 Seringue pré-remplie
1 Gants stériles
1 Compresses
1 Dakin®
- 1 Sonde urinaire : CH 12 ou 16
- 1 Poche de recueil

LE KIT DE SOINS PALLIATIFS

Seulement après avis d'un médecin

CONTACTS

6 FICHES

- FICHE 1 Dotation médicamenteuse
- FICHE 2 Dispositifs médicaux
- FICHE 3 Protocoles thérapeutiques pour les événements urgents
- FICHE 4 Traçabilité de contrôle
- FICHE 5 Traçabilité des stupéfiants
- FICHE 6 Rappel de la réglementation

Besoin d'informations ?
Contactez :

Hôpital Antoine-Béclère, ARS, xccc, EMGES, Corpalif, ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS



La gestion de « l'urgence palliative »

Fiche URGENGE PALLIA
 Concernant une personne en situation palliative ou palliative terminale

Fiche destinée à informer un médecin intervenant lors d'une situation d'urgence. Celui-ci reste autonome dans ses décisions.

RÉDACTEUR Nom : _____ Statut du rédacteur : _____
 Téléphone : _____ ou tampon : _____
 Fiche rédigée le : _____

PATIENT M. Mme NOM : _____ Prénom : _____
 Rue : _____ Né(e) le : _____
 CP : _____ Ville : _____ Téléphone : _____
 N° SS : _____ Accord du patient pour la transmission des informations Oui Non Impossible

Médecin traitant : Dr _____ Joignable la nuit Oui Non NA¹ Tél : _____
 Médecin hospitalier référent : Dr _____ Tél : _____
 Service hospitalier référent : _____ Tél : _____
 Lit de repli possible² : _____ Tél : _____
 Suivi par HAD : Oui Non NA _____ Tél : _____
 Suivi par EMSP : Oui Non NA _____ Tél : _____
 Suivi par réseau : Oui Non NA _____ Tél : _____
 Autres intervenants à domicile : _____
 (SSIAO, IDE libérale...)
 avec leur(s) numéro(s) de téléphone _____

Pathologie principale et diagnostics associés : _____

Le patient connaît-il son diagnostic ? Oui Non En partie NA Son pronostic ? Oui Non En partie NA
 L'entourage connaît-il le diagnostic ? Oui Non En partie NA Le pronostic ? Oui Non En partie NA
 Réflexion éthique collégiale sur l'orientation des thérapeutiques : Oui Non En partie NA

Projet thérapeutique : _____

Symptômes et risques possibles : Douleur Dyspnée Vomissement
 Encombrement Anxiété majeure
 Agitation Convulsions Occlusion
 Autres (à préciser dans cette zone →) _____

Produits disponibles au domicile : _____
 Prescriptions anticipées : _____
 Oui Non NA

DÉMARCHE PRÉVUE Avec accord patient le _____ Projet d'équipe si accord patient impossible

Hospitalisation : Souhaitée si aggravation Envisageable Refusée autant que possible NA
 Soins de confort exclusifs : Oui Non NA Décès à domicile : Oui Non NA
 Réanimation en cas d'arrêt cardio-respiratoire : Oui Non NA Massage cardiaque : Oui Non NA
 Ventilation non invasive : Oui Non NA Intubation : Oui Non NA
 Usage d'amines vaso-actives : Oui Non NA Trachéotomie : Oui Non NA
 Sédation en cas de détresse aigüe avec pronostic vital engagé : Oui Non NA Remplissage : Oui Non NA

Directives anticipées Oui Non NA Rédigées le _____ Copie dans le DMP

Personne de confiance _____ Lien : _____ Tél : _____
 Où trouver ces documents ? _____
 Autre personne à prévenir _____ Lien : _____ Tél : _____

1) NA = Non Applicable ou Inconnu 2) Validé au préalable avec le service concerné Version fiche 2017-06

La Fiche Urgence Pallia, validée par le comité scientifique de la **SFAP** (Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs), est un document essentiel destiné à transmettre des informations cruciales aux professionnels de santé intervenant en situation d'urgence auprès de patients en soins palliatifs.

Objectifs principaux de la Fiche Urgence Pallia

- Faciliter la prise de décision en urgence
- Garantir le respect de l'autonomie du patient
- Assurer le suivi de la volonté exprimée par le patient



Gérer le décès au domicile

Flyer 95 : à remettre à la famille

VOUS CONSTATEZ QUE VOTRE PROCHE
VIENT DE DÉCÉDER.

- 1** Dans un premier temps, vous devez obtenir un **certificat médical de décès**.
Pour trouver un médecin, vous pouvez appeler :
- Votre médecin traitant
 - SOS médecin (01.30.40.12.12)

En cas d'absence de réponse, vous pouvez demander conseil au SAMU (15).

Le certificat de décès doit être dûment rempli, signé et tamponné sur chacun des volets.
N'hésitez pas à vérifier l'identité inscrite avec le médecin.

- 2** Vous pouvez **contacter les pompes funèbres** afin d'anticiper leur passage. Ils ne peuvent intervenir qu'une fois le certificat de décès établi.

- 3** Quelques gestes importants en attendant l'intervention des pompes funèbres
La pièce doit rester fraîche et sombre, pour cela :
- Fermer les fenêtres, volets, rideaux, et portes
 - Éteindre le chauffage dans la pièce
 - En cas de fortes chaleurs, les fenêtres peuvent être ouvertes et les volets ou les rideaux fermés
 - Laisser la climatisation en fonctionnement

Vous pouvez tout à fait avoir un geste d'affection (fermer les yeux, toucher la main). Il est important de pouvoir accompagner comme vous l'entendez. Vous pouvez préparer les vêtements et/ou bijoux pour votre défunt.

- 4** Afin de faciliter l'organisation des obsèques, vous trouverez ci-dessous une liste de documents à préparer en original et en photocopie avant de vous rendre aux pompes funèbres :

- Le livret de famille ou l'acte de naissance de la personne défunte
- La carte d'identité du défunt
- La carte de mutuelle du défunt
- Le RIB ou relevé de compte du défunt
- En cas de concession existante : acte de concession ou information (nom, prénom) de la dernière personne inhumée dans la concession
- En l'absence de concession : fournir un justificatif de domicile pour pouvoir procéder à l'achat d'une concession ou alors passer en mairie pour y acheter directement la concession
- Dans le cas où un contrat obsèques a été mis en place, il faut récupérer les éléments utiles (numéro du contrat obsèques, numéro à joindre...).

DÉCÈS DE VOTRE PROCHE PREMIERS CONSEILS

Accompagner et vivre un deuil à domicile est un événement particulièrement douloureux, si vous sentez que vous avez besoin d'un soutien, des professionnels peuvent être à votre écoute. N'hésitez pas à les solliciter.

QUELS DOCUMENTS FOURNIR ?
QUELS GESTES ADOPTER ?
QUI CONTACTER ?

Date :



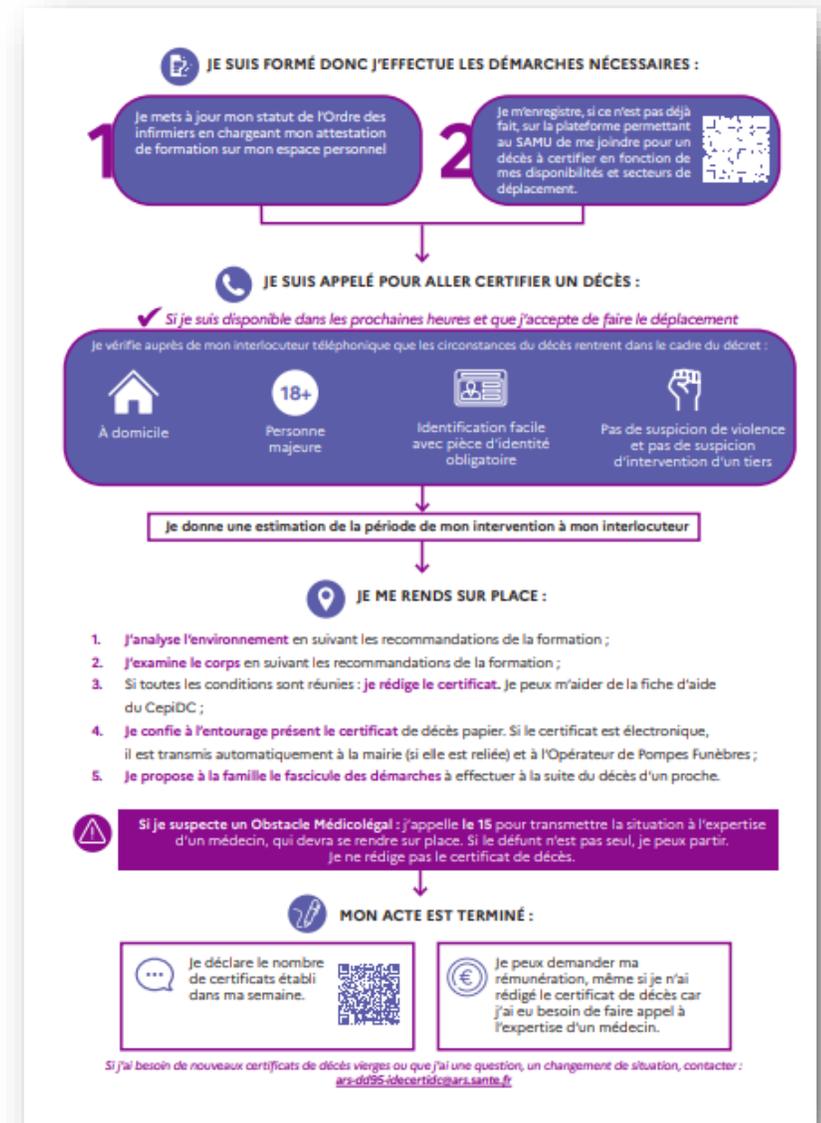
Gérer le décès au domicile

Expérimentation certificats de décès par les IDEL : où en est-on ?

Le décret n° 2025-370 du 22 avril 2025 pérennise la possibilité pour les infirmiers diplômés d'État de rédiger des certificats de décès, facilitant les démarches pour les familles endeuillées.

Seuls les infirmiers, inscrits à l'ordre, diplômés depuis **au moins trois ans** et ayant suivi une **formation spécifique**, peuvent signer les certificats.

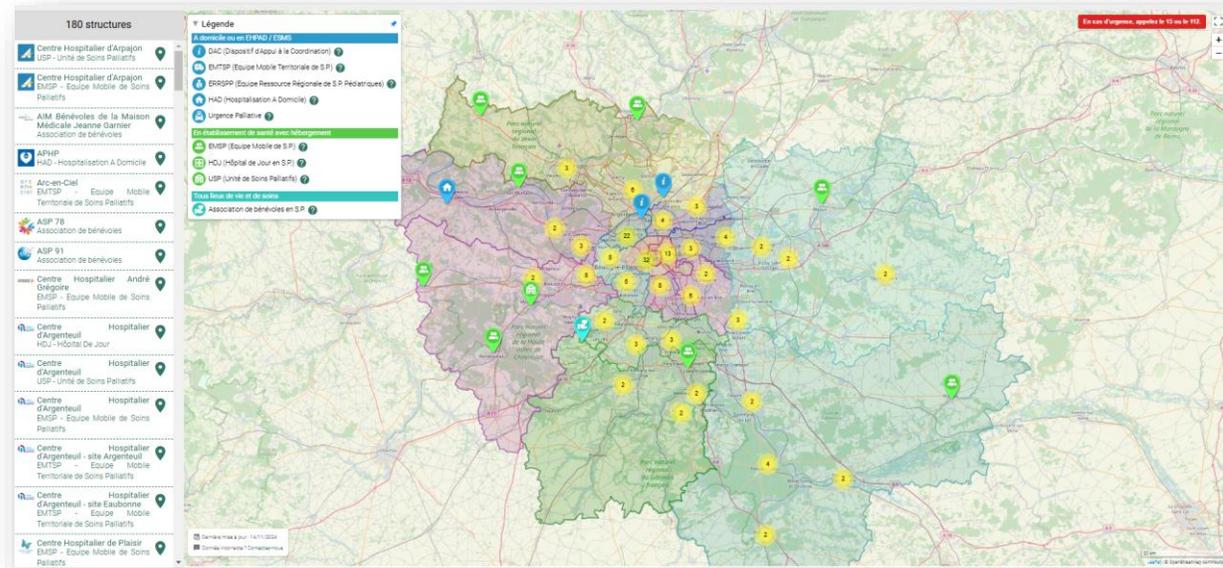
Pour toutes informations se rapprocher de la DD 75





ANNUAIRE CORPALIF

- Mise à disposition d'un annuaire pour les professionnels de santé
- Cet annuaire recense l'ensemble des structures de soins palliatifs que ce soit
 - en établissement : USP, HDJ et équipes mobiles
 - À domicile ou en EHPAD: équipes mobiles territoriales, HAD, DAC,...



CORPALIF 75



VOTRE CONTACT

contact@corpallif.org

www.corpalif.org

