

**Soins palliatifs de proximité :  
Axe 3, Action 12-1  
& Stratégie de santé publique**

*Cellule de coordination de l'Axe 3  
(S. Moine, MC. Daydé, G. Hirsch)*

*Ministère de la Santé, 16 Novembre 2016*

## Axe 3 « Prises en charge de proximité »

(Plan de développement des soins palliatifs 2015-2018)

### AXE 3 - DEVELOPPER LES PRISES EN CHARGE EN PROXIMITE : FAVORISER LES SOINS PALLIATIFS A DOMICILE Y COMPRIS POUR LES RESIDENTS EN ETABLISSEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX.....18

#### Mesure n°8 : Soutenir les professionnels et les aidants dans la prise en charge et l'accompagnement en soins palliatifs à domicile.....18

Action 8-1 : Organiser la sortie d'hospitalisation en soins palliatifs sur la base de recommandations de la HAS.....18

Action 8-2 : Faciliter la mise en œuvre des soins palliatifs à domicile par les professionnels de santé de ville.....18

Action 8-3 : Faciliter la formation continue des professionnels salariés d'ESMS au contact des personnes en fin de vie.....19

Action 8-4 : Soutenir les aidants de proches en fin de vie.....19

Action 8-5 : Pour l'ensemble des professionnels, développer les compétences requises pour la prise en charge des patients atteints de pathologies spécifiques, en lien avec les autres plans.....19

#### Mesure n°9 : Développer les soins palliatifs en établissements et services sociaux et médico-sociaux.....19

Action 9-1 : Favoriser une présence infirmière la nuit dans les EHPAD sur la base des expérimentations en cours, afin d'éviter si possible les hospitalisations en fin de vie.....19

Action 9-2 : Améliorer le partenariat des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) et des réseaux de soins palliatifs avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux .....20

Action 9-3 : Intégrer la dimension / la prise en compte des besoins en soins palliatifs dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements et en particulier ceux des EHPAD.....20

Action 9-4 : Intégrer dans l'évaluation externe des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) la prise en charge des personnes en fin de vie.....20

#### Mesure n°10 : Conforter les soins palliatifs en hospitalisation à domicile.....21

Action 10-1 : Fixer des objectifs de prescription de soins palliatifs en HAD à tous les établissements de santé pour doubler le nombre de patients admis à la fin du programme.....21

Action 10-2 : Evaluer les conditions des interventions de l'HAD en établissements d'hébergement et identifier les freins et les leviers pour favoriser leur développement.....21

Action 10-3 : Encourager via la tarification la prise en charge des patients souffrant de maladies neurodégénératives en situation de grande dépendance.....21

#### Mesure n°11 : Faciliter les coopérations au bénéfice des parcours de santé.....21

Action 11-1 : Promouvoir les conventions et outils de coopération entre HAD, SSIAD et SPASAD.....21

Action 11-2 : Améliorer l'articulation entre SSIAD et HAD pour la prise en charge d'un même patient.....21

Action 11-3 : Renforcer les capacités et fréquences d'intervention des SSIAD/SPASAD dans des horaires élargis et notamment le week-end ou la nuit.....22

Action 11-4 : Organiser partout la réponse aux situations d'urgence en fin de vie au domicile avec définition de « protocoles d'anticipation » pour chaque établissement de santé disposant d'un service d'urgences .....22

Action 11-5 : Définir les modalités de prise en compte de la démarche palliative dans la lettre de liaison.....23

## Axe 3 « Prises en charge de proximité » (Plan de développement des soins palliatifs 2015-2018)

<b>AXE 3 - DEVELOPPER LES PRISES EN CHARGE EN PROXIMITE : FAVORISER LES SOINS PALLIATIFS A DOMICILE Y COMPRIS POUR LES RESIDENTS EN ETABLISSEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX.....</b>	<b>18</b>
<b>Mesure n°8 : Soutenir les professionnels et les aidants dans la prise en charge et l'accompagnement en soins palliatifs à domicile.....</b>	<b>18</b>
Action 8-1 : Organiser la sortie d'hospitalisation en soins palliatifs sur la base de recommandations de la HAS.....	18
Action 8-2 : Faciliter la mise en œuvre des soins palliatifs à domicile par les professionnels de santé de ville.....	18
Action 8-3 : Faciliter la formation continue des professionnels salariés d'ESMS au contact des personnes en fin de vie.....	19
Action 8-4 : Soutenir les aidants de proches en fin de vie.....	19
Action 8-5 : Pour l'ensemble des professionnels, développer les compétences requises pour la prise en charge des patients atteints de pathologies spécifiques, en lien avec les autres plans.....	19
<b>Mesure n°9 : Développer les soins palliatifs en établissements et services sociaux et médico-sociaux.....</b>	<b>19</b>
Action 9-1 : Favoriser une présence infirmière la nuit dans les EHPAD sur la base des expérimentations en cours, afin d'éviter si possible les hospitalisations en fin de vie.....	19
Action 9-2 : Améliorer le partenariat des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) et des réseaux de soins palliatifs avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux .....	20
Action 9-3 : Intégrer la dimension / la prise en compte des besoins en soins palliatifs dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements et en particulier ceux des EHPAD.....	20
Action 9-4 : Intégrer dans l'évaluation externe des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) la prise en charge des personnes en fin de vie.....	20
<b>Mesure n°10 : Conforter les soins palliatifs en hospitalisation à domicile.....</b>	<b>21</b>
Action 10-1 : Fixer des objectifs de prescription de soins palliatifs en HAD à tous les établissements de santé pour doubler le nombre de patients admis à la fin du programme.....	21
Action 10-2 : Evaluer les conditions des interventions de l'HAD en établissements d'hébergement et identifier les freins et les leviers pour favoriser leur développement.....	21
Action 10-3 : Encourager via la tarification la prise en charge des patients souffrant de maladies neurodégénératives en situation de grande dépendance.....	21
<b>Mesure n°11 : Faciliter les coopérations au bénéfice des parcours de santé.....</b>	<b>21</b>
Action 11-1 : Promouvoir les conventions et outils de coopération entre HAD, SSIAD et SPASAD.....	21
Action 11-2 : Améliorer l'articulation entre SSIAD et HAD pour la prise en charge d'un même patient.....	21
Action 11-3 : Renforcer les capacités et fréquences d'intervention des SSIAD/SPASAD dans des horaires élargis et notamment le week-end ou la nuit.....	22
Action 11-4 : Organiser partout la réponse aux situations d'urgence en fin de vie au domicile avec définition de « protocoles d'anticipation » pour chaque établissement de santé disposant d'un service d'urgences .....	22
Action 11-5 : Définir les modalités de prise en compte de la démarche palliative dans la lettre de liaison.....	23

## Axe 3 « Prises en charge de proximité » (Plan de développement des soins palliatifs 2015-2018)

### AXE 3 - DEVELOPPER LES PRISES EN CHARGE EN PROXIMITE : FAVORISER LES SOINS PALLIATIFS A DOMICILE Y COMPRIS POUR LES RESIDENTS EN ETABLISSEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX.....18

Mesure n°8 : Soutenir les professionnels et les aidants dans la prise en charge et l'accompagnement en soins palliatifs à domicile.....18

Action 8-1 : Organiser la sortie d'hospitalisation en soins palliatifs sur la base de recommandations de la HAS.....18

Action 8-2 : Faciliter la mise en œuvre des soins palliatifs à domicile par les professionnels de santé de ville.....18

Action 8-3 : Faciliter la formation continue des professionnels salariés d'ESMS au contact des personnes en fin de vie.....19

Action 8-4 : Soutenir les aidants de proches en fin de vie.....19

Action 8-5 : Pour l'ensemble des professionnels, développer les compétences requises pour la prise en charge des patients atteints de pathologies spécifiques, en lien avec les autres plans.....19

Mesure n°9 : Développer les soins palliatifs en établissements et services sociaux et médico-sociaux.....19

Action 9-1 : Favoriser une présence infirmière la nuit dans les EHPAD sur la base des expérimentations en cours, afin d'éviter si possible les hospitalisations en fin de vie.....19

Action 9-2 : Améliorer le partenariat des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) et des réseaux de soins palliatifs avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux .....20

Action 9-3 : Intégrer la dimension / la prise en compte des besoins en soins palliatifs dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements et en particulier ceux des EHPAD.....20

Action 9-4 : Intégrer dans l'évaluation externe des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) la prise en charge des personnes en fin de vie.....20

Mesure n°10 : Conforter les soins palliatifs en hospitalisation à domicile.....21

Action 10-1 : Fixer des objectifs de prescription de soins palliatifs en HAD à tous les établissements de santé pour doubler le nombre de patients admis à la fin du programme.....21

Action 10-2 : Evaluer les conditions des interventions de l'HAD en établissements d'hébergement et identifier les freins et les leviers pour favoriser leur développement.....21

Action 10-3 : Encourager via la tarification la prise en charge des patients souffrant de maladies neurodégénératives en situation de grande dépendance.....21

Mesure n°11 : Faciliter les coopérations au bénéfice des parcours de santé.....21

Action 11-1 : Promouvoir les conventions et outils de coopération entre HAD, SSIAD et SPASAD.....21

Action 11-2 : Améliorer l'articulation entre SSIAD et HAD pour la prise en charge d'un même patient.....21

Action 11-3 : Renforcer les capacités et fréquences d'intervention des SSIAD/SPASAD dans des horaires élargis et notamment le week-end ou la nuit.....22

Action 11-4 : Organiser partout la réponse aux situations d'urgence en fin de vie au domicile avec définition de « protocoles d'anticipation » pour chaque établissement de santé disposant d'un service d'urgences .....22

Action 11-5 : Définir les modalités de prise en compte de la démarche palliative dans la lettre de liaison.....23

### AXE 4 -GARANTIR L'ACCES AUX SOINS PALLIATIFS POUR TOUS : REDUCTION DES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS PALLIATIFS.....24

Mesure n°12 : Promouvoir le repérage précoce des besoins en soins palliatifs.....24

## Vision d'ensemble Axe 3 (Cellule de coordination Axe 3)

Cellule de coordination GT Axe 3, Plan soins palliatifs 2015-2018, Novembre 2016

### AXE 3 – VISION D'ENSEMBLE

**Trajectoire patient :** *les personnes approchant de la fin de leur vie<sup>a</sup> doivent pouvoir accéder aux soins palliatifs quelle que soit leur maladie, et quel que soit leur lieu de soins. Cet accès doit être équitable et élargi : il repose sur un repérage précoce des besoins palliatifs de la personne, dès l'annonce de la maladie grave, potentiellement létale ou dès l'entrée dans la trajectoire de fin de vie (jusqu'à plusieurs mois en amont du décès).*

*Une telle intégration de la démarche palliative, parallèlement au traitement spécifique de la maladie, permet d'anticiper les transitions requises dans le plan de soins, et de baliser le parcours de santé de la personne conformément à ses priorités. Dans cette perspective, l'offre de soins palliatifs doit pouvoir être accessible sur l'ensemble du territoire de santé, à tout moment de la trajectoire du patient atteint de maladie grave.*

Dès le contexte des soins de santé primaires<sup>b</sup>, les équipes de professionnels exerçant en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)<sup>c</sup> ou en centres de santé inscrivent le renforcement de l'accès aux soins palliatifs dans leur projet de santé, au moyen d'un protocole pluriprofessionnel « Accès précoce aux soins palliatifs » dont les principes sont : identification des patients approchant de la fin de leur vie, repérage et évaluation des besoins, planification des soins, et orientation, le cas échéant, vers les ressources spécialisées de soins palliatifs (réseau, équipe mobile, unité de soins palliatifs) [3]. La formation des médecins généralistes (MG) et infirmier.e.s (IDE) à ces principes, se déroule dans le cadre du développement professionnel continu (DPC), et intervient également en amont, lors de la formation initiale mise en œuvre dans les DUMG et IFSI.

Les professionnels des soins primaires du territoire (MG et IDE) ayant un exercice monoprofessionnel (de groupe ou isolé), et ayant adhéré au programme « accès précoce aux soins palliatifs » de la MSP la plus proche, sont invités à participer aux réunions de coordination pluriprofessionnelles (RCP) animées par l'équipe de soins primaires<sup>d</sup> de la MSP, afin de discuter de leurs patients identifiés. Tous sont indemnisés pour leur participation aux RCP, par le biais du Fonds d'intervention régional (FIR)<sup>e</sup> et / ou des nouveaux modes de rémunération (NMR). Ils peuvent également contribuer à la constitution d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS)<sup>f</sup> favorisant les prises en charge palliatives de proximité, en

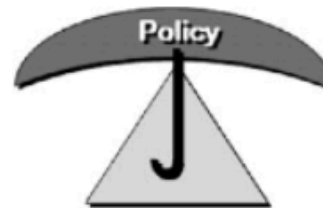
**The Public Health Strategy for Palliative Care**  
(Stjernswärd et al., JPSM, 2007)

**Policy**

- Palliative care part of national health plan, policies, related regulations
  - Funding / service delivery models support palliative care delivery
    - Essential medicines
- (Policy makers, regulators, WHO, NGOs)

**Drug Availability**

- Opioids, essential medicines
  - Importation quota
  - Cost
  - Prescribing
  - Distribution
  - Dispensing
  - Administration
- (Pharmacists, drug regulators, law enforcement agents)



**Implementation**

- Opinion leaders
  - Trained manpower
  - Strategic & business plans – resources, infrastructure
  - Standards, guidelines measures
- (Community & clinical leaders, administrators)

**Education**

- Media & public advocacy
  - Curricula, courses – professionals, trainees
  - Expert training
  - Family caregiver training & support
- (Media & public, healthcare providers & trainees, palliative care experts, family caregivers)

## The Public Health Strategy for Palliative Care

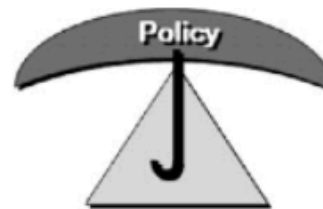
(Stjernswärd et al., JPSM, 2007)

### **Policy**

- Palliative care part of national health plan, policies, related regulations
  - Funding / service delivery models support palliative care delivery
    - Essential medicines
- (Policy makers, regulators, WHO, NGOs)

### **Drug Availability**

- Opioids, essential medicines
  - Importation quota
  - Cost
  - Prescribing
  - Distribution
  - Dispensing
  - Administration
- (Pharmacists, drug regulators, law enforcement agents)



### **Implementation**

- Opinion leaders
  - Trained manpower
  - Strategic & business plans – resources, infrastructure
  - Standards, guidelines measures
- (Community & clinical leaders, administrators)

### **Education**

- Media & public advocacy
  - Curricula, courses – professionals, trainees
  - Expert training
  - Family caregiver training & support
- (Media & public, healthcare providers & trainees, palliative care experts, family caregivers)

## The Public Health Strategy for Palliative Care

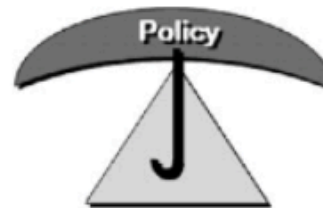
(Stjernswärd et al., JPSM, 2007)

### **Policy**

- Palliative care part of national health plan, policies, related regulations
  - Funding / service delivery models support palliative care delivery
    - Essential medicines
- (Policy makers, regulators, WHO, NGOs)

### **Drug Availability**

- Opioids, essential medicines
  - Importation quota
  - Cost
  - Prescribing
  - Distribution
  - Dispensing
  - Administration
- (Pharmacists, drug regulators, law enforcement agents)



### **Implementation**

- Opinion leaders
  - Trained manpower
  - Strategic & business plans – resources, infrastructure
  - Standards, guidelines measures
- (Community & clinical leaders, administrators)

### **Education + Research**

- Media & public advocacy
  - Curricula, courses – professionals, trainees
  - Expert training
  - Family caregiver training & support
- (Media & public, healthcare providers & trainees, palliative care experts, family caregivers)



**Axe 3 : Prises en charge palliatives de proximité**

*Principes généraux*

**Quel que soit le lieu de soin**

**Quelle que soit la maladie**

**Précocement plutôt que tardivement**

**Axe 3 : Prises en charge palliatives de proximité**

*Objectifs sélectifs*

**Mobilisation des acteurs territoriaux :**

→ outils cliniques

→ outils collaboratifs (interfaces +++)

### **Axe 3 : Prises en charge palliatives de proximité**

#### *Objectifs sélectifs*

#### **Mobilisation des acteurs territoriaux :**

- outils cliniques
- outils collaboratifs (interfaces +++)

#### **Identification précoce des « populations approchant de la fin de leur vie » (GMC, 2010)**

- soins primaires
- soins secondaires, tertiaires
- ESMS

### **Axe 3 : Prises en charge palliatives de proximité**

#### *Objectifs sélectifs*

#### **Mobilisation des acteurs territoriaux :**

- outils cliniques
- outils collaboratifs (interfaces +++)

#### **Identification précoce des « populations approchant de la fin de leur vie » (GMC, 2010)**

- soins primaires
- soins secondaires, tertiaires
- ESMS

#### **Repérage des besoins palliatifs au sein de ces populations**

### **Axe 3 : Prises en charge palliatives de proximité**

#### *Objectifs sélectifs*

#### **Mobilisation des acteurs territoriaux :**

- outils cliniques
- outils collaboratifs (interfaces +++)

#### **Identification précoce des « [populations approchant de la fin de leur vie](#) » (GMC, 2010)**

- soins primaires
- soins secondaires, tertiaires
- ESMS

#### **Repérage des besoins palliatifs au sein de ces populations**

#### **Graduation des soins adaptée aux besoins des patients**

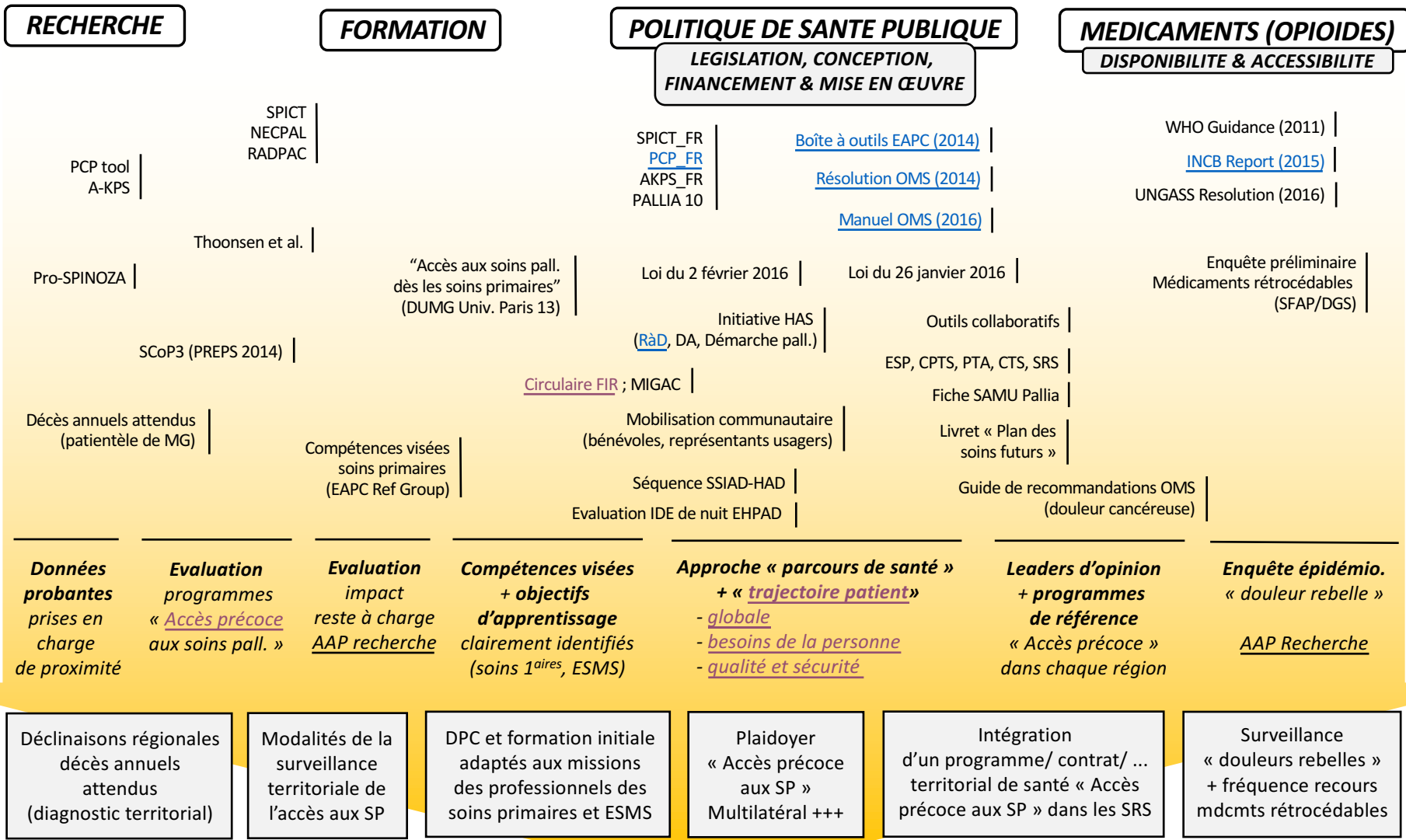
- les dispositifs s'adaptent aux patients (et non l'inverse)

**Axe 3 : Prises en charge palliatives de proximité**  
*Sous-groupes de travail*

<b>EVALUER / SOUTENIR</b>	<b>COLLABORER</b>	<b>ANTICIPER</b>
<b>Action 8-3</b> : Faciliter la formation continue des professionnels salariés des services médico-sociaux au contact des personnes en fin de vie	<b>Action 8-2</b> : Faciliter la mise en oeuvre des soins palliatifs à domicile par les professionnels de santé de ville	<b>Action 8-1</b> : Organiser la sortie d'hospitalisation en soins palliatifs sur la base de recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)
<b>Action 9-3</b> : Intégrer les besoins en soins palliatifs dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements et en particulier ceux des EHPAD	<b>Action 9-2</b> : Améliorer le partenariat des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) et des réseaux ayant une compétence en soins palliatifs avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux	<b>Action 8-5</b> : Soutenir les proches aidants de patients en fin de vie en favorisant l'accès à des solutions de répit pour le patient et les aidants.
<b>Action 9-4</b> : Intégrer dans l'évaluation externe des établissements sociaux et médicosociaux (ESMS) la prise en charge des personnes en fin de vie	<b>Action 11-1</b> : Promouvoir les conventions et outils de coopération entre HAD et SSIAD/SPASAD	<b>Action 9-1</b> : Favoriser une présence infirmière la nuit dans les EHPAD sur la base des expérimentations en cours, afin d'éviter si possible les hospitalisations en fin de vie
<b>Action 10-1</b> : Fixer des objectifs de prescription de soins palliatifs en HAD à tous les établissements de santé pour doubler le nombre de patients admis à la fin du programme	<b>Action 11-2</b> : Améliorer l'articulation entre SSIAD et HAD pour la prise en charge d'un même patient	<b>Action 11-3</b> : Renforcer les capacités et fréquences d'intervention des SSIAD/SPASAD dans des horaires élargis et notamment le week end ou la nuit
<b>Action 10-2</b> : Evaluer les conditions des interventions de l'HAD dans les établissements sociaux et médico-sociaux et identifier les freins et les leviers pour favoriser leur développement	<b>Action 11-5</b> : Définir les modalités de prise en compte de la démarche palliative dans la lettre de liaison dont l'instauration est prévue par le projet de loi de modernisation de notre système de santé	<b>Action 11-4</b> : Organiser partout la réponse aux situations d'urgence en fin de vie au domicile avec définition de « protocoles d'anticipation » pour chaque établissement de santé disposant d'un service d'urgences
<b>Action 10-3</b> : Encourager la prise en charge des patients souffrant de maladies neurodégénératives en situation de grande dépendance		<b>Action 12-1</b> : Mettre en place un recours à des programmes dans chaque région pour repérer de manière précoce les besoins en soins palliatifs

# Axe 3 : Prises en charge palliatives de proximité

## Cartographie du plan de développement



**Axe 3 : Prises en charge palliatives de proximité**  
 Cartographie du plan de développement

**RECHERCHE**

**FORMATION**

**POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE**

**MEDICAMENTS (OPIOIDES)**

**LES TEXTES**

**LEGISLATION, CONCEPTION, FINANCEMENT & MISE EN ŒUVRE**

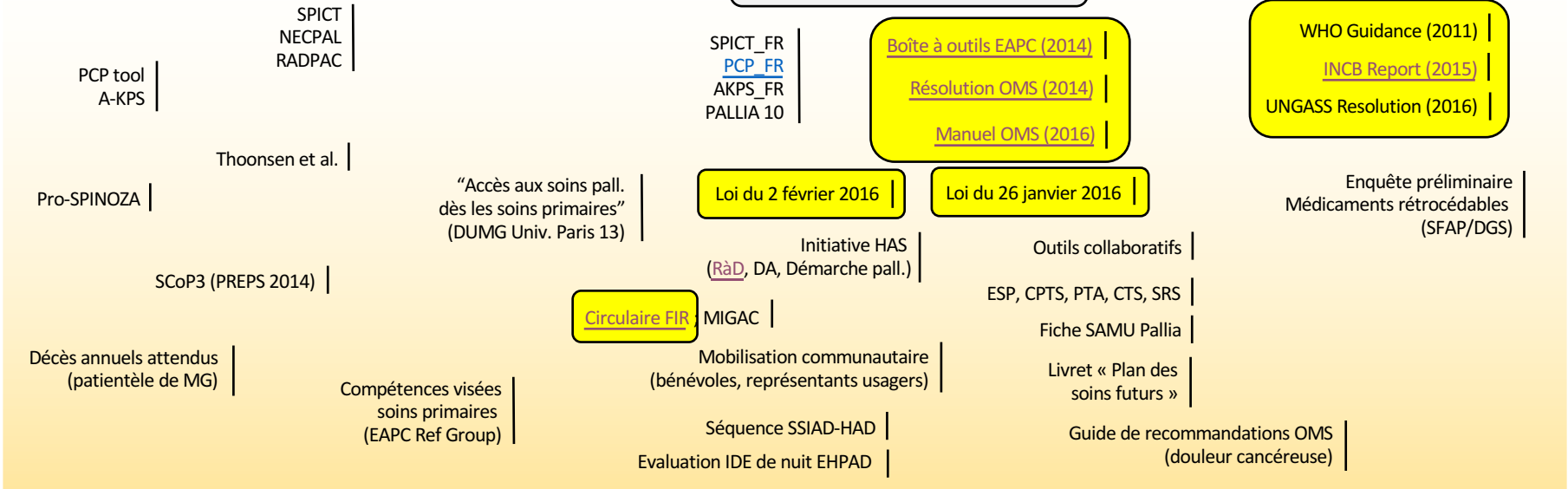
**DISPONIBILITE & ACCESSIBILITE**

**CE QUI EST DISPONIBLE**

**CE QUI EST EN COURS**

**CE DONT NOUS AVONS BESOIN**

**VERS OÙ NOUS ALLONS**

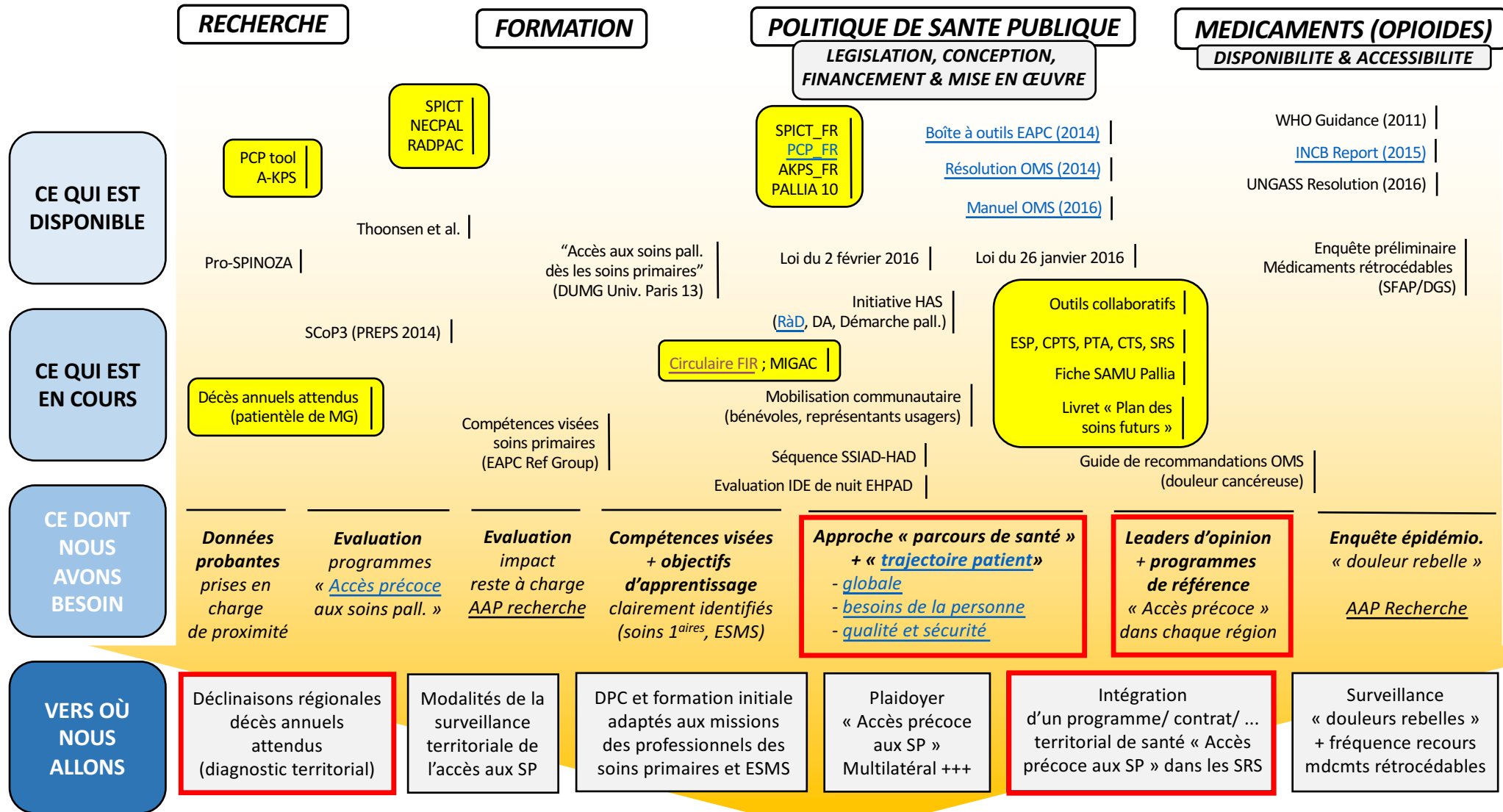


<b>Données probantes</b> prises en charge de proximité	<b>Evaluation programmes</b> « <u>Accès précoce</u> aux soins pall. »	<b>Evaluation impact</b> reste à charge <u>AAP recherche</u>	<b>Compétences visées + objectifs d'apprentissage</b> clairement identifiés (soins 1 <sup>ères</sup> , ESMS)	<b>Approche « parcours de santé » + « trajectoire patient »</b> - <u>globale</u> - <u>besoins de la personne</u> - <u>qualité et sécurité</u>	<b>Leaders d'opinion + programmes de référence</b> « Accès précoce » dans chaque région	<b>Enquête épidémiol.</b> « douleur rebelle » <u>AAP Recherche</u>
---	--	--	---	--	--	--

Déclinaisons régionales décès annuels attendus (diagnostic territorial)	Modalités de la surveillance territoriale de l'accès aux SP	DPC et formation initiale adaptés aux missions des professionnels des soins primaires et ESMS	Plaidoyer « Accès précoce aux SP » Multilatéral +++	<b>Intégration d'un programme/ contrat/ ... territorial de santé « Accès précoce aux SP » dans les SRS</b>	Surveillance « douleurs rebelles » + fréquence recours mdcmts rétrocédables
---	---	---	---	--	---



**Axe 3 : Prises en charge palliatives de proximité**  
 Cartographie du plan de développement



**Axe 3 : Prises en charge palliatives de proximité**  
 Cartographie du plan de développement

**FORMATION SOINS PRIMAIRES**

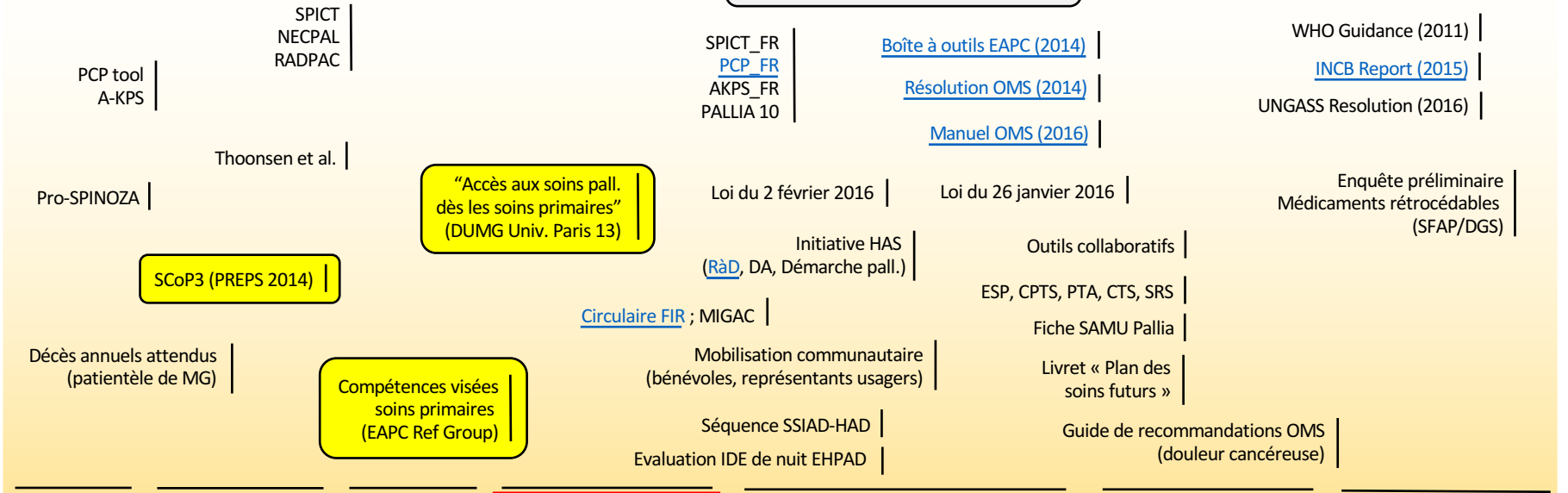


**CE QUI EST DISPONIBLE**

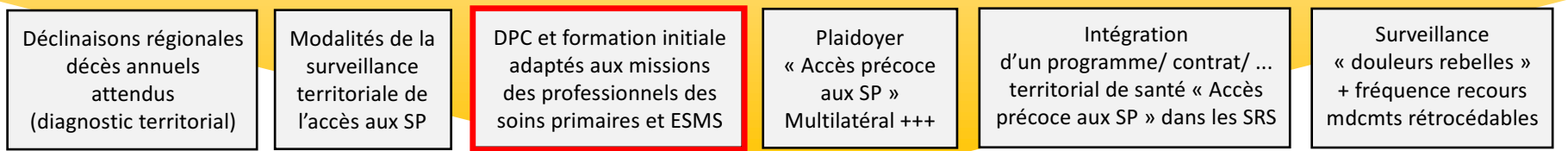
**CE QUI EST EN COURS**

**CE DONT NOUS AVONS BESOIN**

**VERS OÙ NOUS ALLONS**



<b>Données probantes</b> prises en charge de proximité	<b>Evaluation programmes</b> « <u>Accès précoce</u> aux soins pall. »	<b>Evaluation impact</b> reste à charge <u>AAP recherche</u>	<b>Compétences visées + objectifs d'apprentissage</b> clairement identifiés (soins 1 <sup>ères</sup> , ESMS)	<b>Approche « parcours de santé » + « trajectoire patient »</b> - <u>globale</u> - <u>besoins de la personne</u> - <u>qualité et sécurité</u>	<b>Leaders d'opinion + programmes de référence</b> « Accès précoce » dans chaque région	<b>Enquête épidémiol.</b> « douleur rebelle » <u>AAP Recherche</u>
---	--	--	---	--	--	--



**Axe 3 : Prises en charge palliatives de proximité**  
 Cartographie du plan de développement

**DONNEES PROBANTES IDENTIFICATION PRECOCE**

**RECHERCHE**

**FORMATION**

**POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE**

**MEDICAMENTS (OPIOIDES)**

**LEGISLATION, CONCEPTION, FINANCEMENT & MISE EN ŒUVRE**

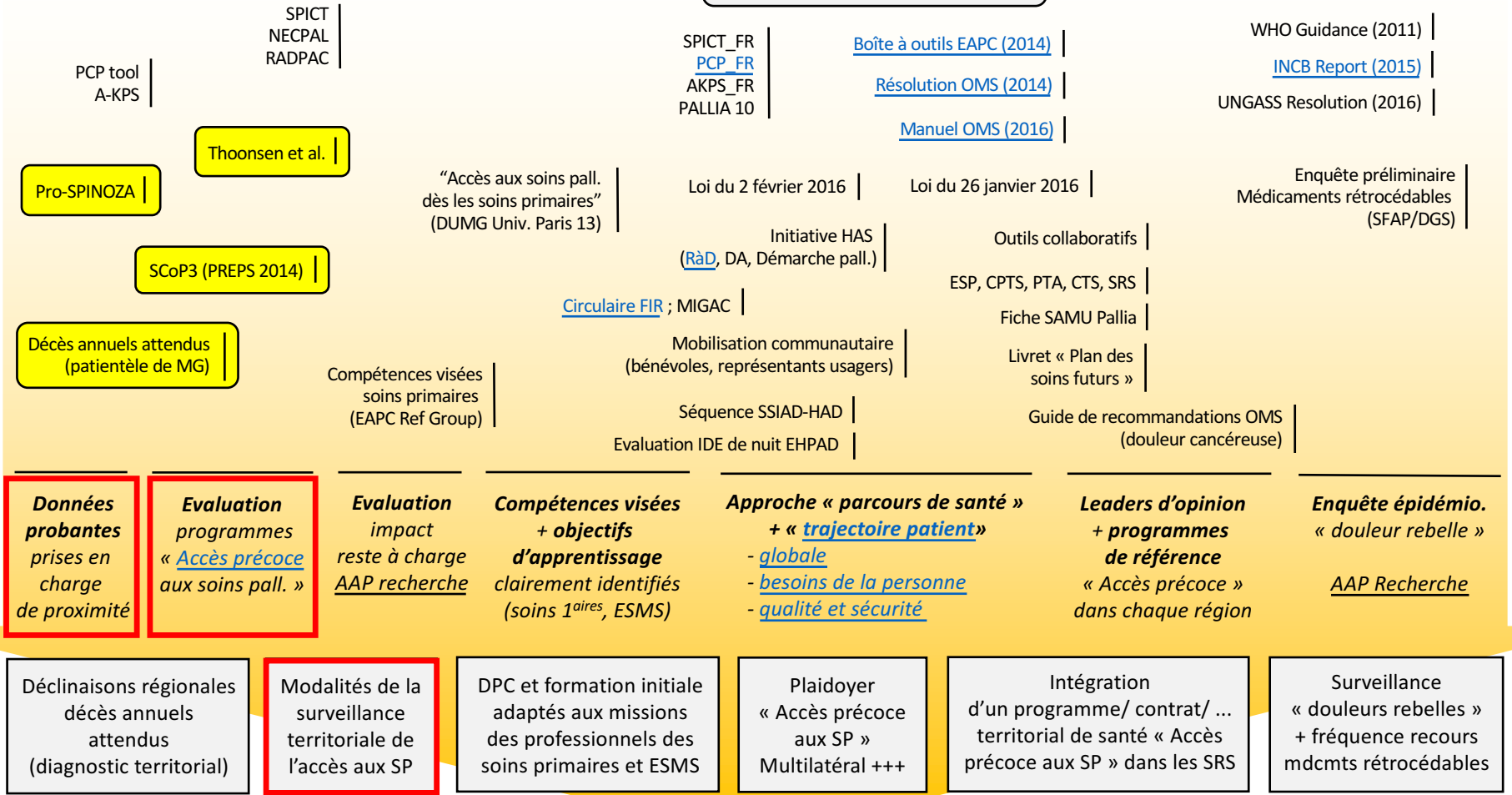
**DISPONIBILITE & ACCESSIBILITE**

**CE QUI EST DISPONIBLE**

**CE QUI EST EN COURS**

**CE DONT NOUS AVONS BESOIN**

**VERS OÙ NOUS ALLONS**



# Axe 3 : Prises en charge palliatives de proximité

Cartographie du plan de développement

## LA SURVEILLANCE

### RECHERCHE

### FORMATION

### POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE

### MEDICAMENTS (OPIOIDES)

#### LEGISLATION, CONCEPTION, FINANCEMENT & MISE EN ŒUVRE

#### DISPONIBILITE & ACCESSIBILITE

CE QUI EST DISPONIBLE

CE QUI EST EN COURS

CE DONT NOUS AVONS BESOIN

VERS OÙ NOUS ALLONS

<p>PCP tool A-KPS</p> <p>Pro-SPINOZA</p>	<p>SPICT NECPAL RADPAC</p> <p>Thoonsen et al.</p>	<p>“Accès aux soins pall. dès les soins primaires” (DUMG Univ. Paris 13)</p>	<p>SPICT_FR PCP_FR AKPS_FR PALLIA 10</p> <p>Loi du 2 février 2016</p> <p>Initiative HAS (RàD, DA, Démarche pall.)</p> <p>Circulaire FIR ; MIGAC</p> <p>Mobilisation communautaire (bénévoles, représentants usagers)</p> <p>Séquence SSIAD-HAD</p> <p>Evaluation IDE de nuit EHPAD</p>	<p>Boîte à outils EAPC (2014)</p> <p>Résolution OMS (2014)</p> <p>Manuel OMS (2016)</p> <p>Loi du 26 janvier 2016</p> <p>Outils collaboratifs</p> <p>ESP, CPTS, PTA, CTS, SRS</p> <p>Fiche SAMU Pallia</p> <p>Livret « Plan des soins futurs »</p> <p>Guide de recommandations OMS (douleur cancéreuse)</p>	<p>WHO Guidance (2011)</p> <p>INCB Report (2015)</p> <p>UNGASS Resolution (2016)</p> <p>Enquête préliminaire Médicaments rétrocédables (SFAP/DGS)</p>
--	---	--	--	---	---

<p><b>Données probantes</b> prises en charge de proximité</p>	<p><b>Evaluation programmes</b> « <u>Accès précoce</u> aux soins pall. »</p>	<p><b>Evaluation impact</b> reste à charge <u>AAP recherche</u></p>	<p><b>Compétences visées + objectifs d'apprentissage</b> clairement identifiés (soins 1<sup>ères</sup>, ESMS)</p>	<p><b>Approche « parcours de santé » + « trajectoire patient »</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>globale</u></li> <li>- <u>besoins de la personne</u></li> <li>- <u>qualité et sécurité</u></li> </ul>	<p><b>Leaders d'opinion + programmes de référence</b> « Accès précoce » dans chaque région</p>	<p><b>Enquête épidémiol.</b> « douleur rebelle »</p> <p><u>AAP Recherche</u></p>
---	--	---	---	--	--	--

<p>Déclinaisons régionales décès annuels attendus (diagnostic territorial)</p>	<p>Modalités de la surveillance territoriale de l'accès aux SP</p>	<p>DPC et formation initiale adaptés aux missions des professionnels des soins primaires et ESMS</p>	<p>Plaidoyer « Accès précoce aux SP » Multilatéral +++</p>	<p>Intégration d'un programme/ contrat/ ... territorial de santé « Accès précoce aux SP » dans les SRS</p>	<p>Surveillance « douleurs rebelles » + fréquence recours mdcmts rétrocédables</p>
--	--	--	--	--	--

**Axe 3 : Prises en charge palliatives de proximité**  
 Cartographie du plan de développement

**DEMOCRATIE EN SANTE**

**RECHERCHE**

**FORMATION**

**POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE**

**MEDICAMENTS (OPIOIDES)**

**LEGISLATION, CONCEPTION, FINANCEMENT & MISE EN ŒUVRE**

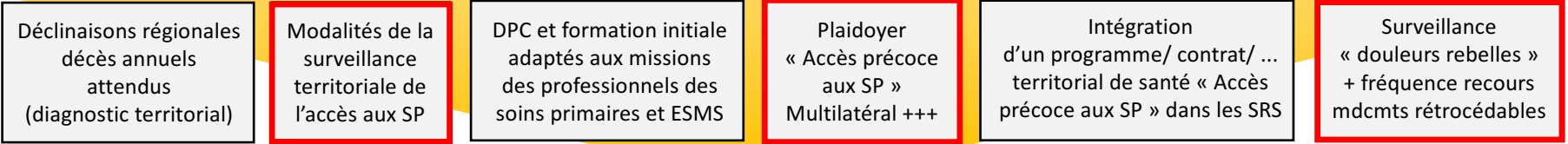
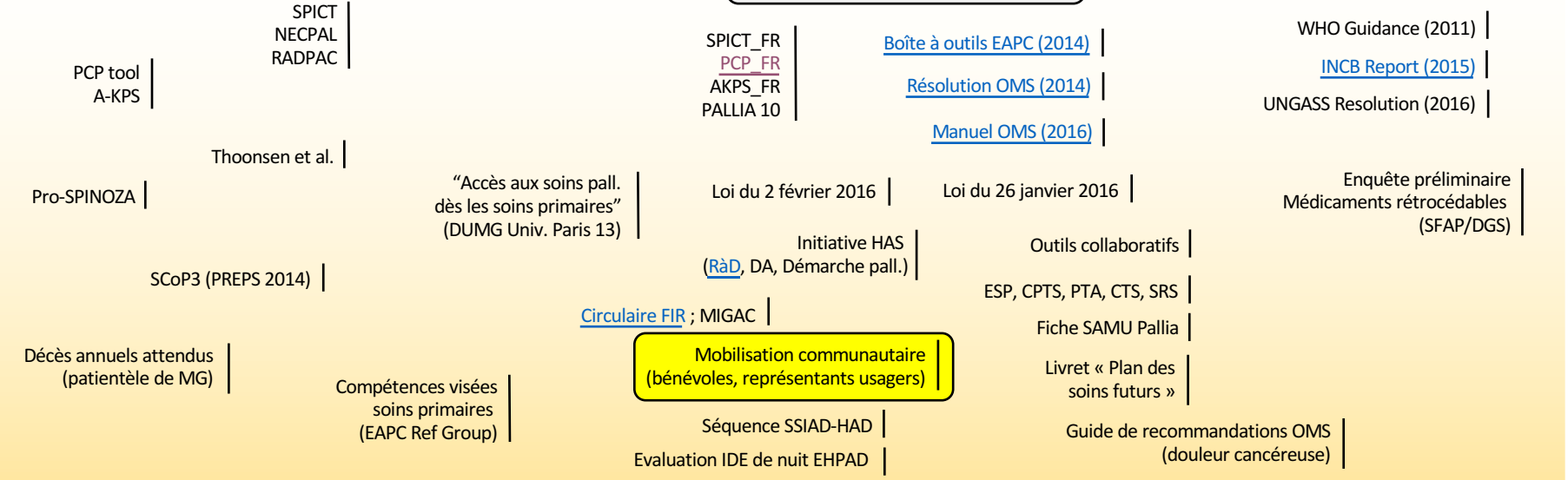
**DISPONIBILITE & ACCESSIBILITE**

**CE QUI EST DISPONIBLE**

**CE QUI EST EN COURS**

**CE DONT NOUS AVONS BESOIN**

**VERS OÙ NOUS ALLONS**



## Phases des soins palliatifs

(Masso et al., Pall Med, 2015)

	Les phases des soins palliatifs identifient des périodes cliniques significatives durant la maladie d'un patient. Les phases des soins palliatifs sont définies par une évaluation clinique globale, qui prend en considération les besoins du patient, de sa famille et de ses proches.	
	CETTE PHASE EST EN COURS SI...	CETTE PHASE S'ACHEVE LORSQUE...
<b>Stable</b>	Les problèmes et les symptômes du patient sont contrôlés convenablement par un plan de soin bien défini, <b>et</b> des interventions ultérieures visant à maintenir le contrôle des symptômes et la qualité de vie ont été planifiées, <b>et</b> la situation de la famille et/ou des proches-aidants est relativement stable, et aucun problème nouveau n'est apparent.	Les besoins du patient et/ou de la famille et/ou des proches-aidants augmentent, et nécessitent des modifications dans le plan de soin existant.
<b>Instable</b>	Une modification urgente du plan de soins, ou un traitement d'urgence est nécessaire, <b>parce que</b> le patient est confronté à un nouveau problème qui n'avait pas été anticipé par le plan de soin existant, <b>et/ou</b> le patient est confronté à une augmentation rapide de la sévérité d'un problème actuel, <b>et/ou</b> la situation de la famille et/ou des proches-aidants change soudainement, avec un impact sur les soins du patient	Le nouveau plan de soins est en place, il a été revu et aucune modification supplémentaire du plan de soin n'est nécessaire. Cela ne signifie pas forcément que le symptôme/la crise est complètement résolue, mais il existe un diagnostic clair, et un plan de soin (le patient est stable ou en voie de détérioration) <b>et/ou</b> le décès est probable dans les prochains jours (le patient est maintenant en phase terminale)
<b>En voie de détérioration</b>	Le plan de soin tient compte des besoins de manière anticipée, mais nécessite des révisions périodiques <b>parce que</b> l'état général du patient s'altère <b>et</b> le patient est confronté à l'aggravation progressive d'un problème pré-existant <b>et/ou</b> le patient est confronté à un problème nouveau mais anticipé <b>et/ou</b> la famille/les proches-aidants sont confrontés à un épuisement croissant, avec un impact sur les soins du patient	L'état du patient reste stationnaire (le patient est maintenant stable) <b>ou</b> une modification urgente dans le plan de soin ou un traitement d'urgence <b>et/ou</b> la situation de la famille et/ou des proches-aidants change soudainement, avec un impact sur les soins du patient, et une intervention urgente est nécessaire (le patient est maintenant instable) <b>ou</b> le décès est probable dans les prochains jours (le patient est maintenant en phase terminale)
<b>Terminale</b>	Le décès est probable dans les prochains jours	Le patient décède <b>ou</b> l'état du patient change et la mort n'est plus probable dans les prochains jours (le patient est maintenant stable, ou en voie de détérioration)
<b>Deuil</b>	Le patient est décédé ; le suivi de deuil proposé à la famille/aux proches-aidants est consigné dans le dossier médical du patient décédé.	Clôture du dossier

(Masso et al., Pall. Med., 2015)

NB : Les phases des soins palliatifs ne sont pas séquentielles. Un patient peut aller et venir d'une phase à l'autre.

– Trad. fr. : S. Moine

**Boîte à outils « soins primaires »**  
(EAPC, 2014)



European Association for Palliative Care  
www.eapcnet.eu

## **BOITE A OUTILS POUR LE DEVELOPPEMENT DES SOINS PALLIATIFS DANS LES SOINS PRIMAIRES**

### **OBJECTIF DE CE DOCUMENT**

Cet outil a été développé par l'EAPC, en lien avec la WONCA, pour contribuer à soutenir et guider les personnes et les organisations en Europe et à l'échelle globale qui cherchent à développer davantage l'offre de soins palliatifs dans le contexte des soins de santé primaires. Les principes énoncés dans la [Charte de Prague de l'EAPC](#), et en particulier la reconnaissance de l'accès aux soins palliatifs en tant que droit humain, sont à la base de ce travail. En 2014, l'OMS a recommandé que les soins palliatifs soient intégrés aux services de soins de santé primaires, et cette boîte à outils propose une orientation pratique pour atteindre les objectifs requis.

### **POURQUOI EST-IL IMPORTANT DE DEVELOPPER LES SOINS PALLIATIFS DANS LE CONTEXTE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES?**

Davantage de patients peuvent bénéficier des soins palliatifs et de fin de vie, si ceux-ci sont mis en œuvre par des équipes de soins de santé primaires. Pour que cela soit possible, les médecins généralistes (MG) et les infirmières travaillant dans un cadre ambulatoire ou à domicile auront besoin d'être formés et soutenus par les équipes de spécialistes de soins palliatifs. Ils auront également besoin de suffisamment de temps, de ressources financières et pratiques adéquates, et de la possibilité de prescrire de la morphine, le cas échéant.

Les soins primaires ont une position privilégiée ainsi que le potentiel pour offrir des soins palliatifs efficaces aux patients. En effet, les professionnels des soins primaires peuvent :

- aller à la rencontre des patients atteints de maladies évoluant vers la mort
- intervenir précocement dans le cours d'une maladie évoluant vers la mort
- répondre à des besoins multiples : physiques, sociaux, psychologiques et spirituels
- prodiguer des soins en cabinet, en dispensaire, en maison de retraite ou à domicile, ce qui permet d'éviter les hospitalisations inutiles
- soutenir les aidants familiaux et mettre en œuvre un suivi et des soins durant le deuil

### **APERCU DES ENJEUX ACTUELS**



## **Renforcement des soins palliatifs en tant qu'élément des soins complets à toutes les étapes de la vie**

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur le renforcement des soins palliatifs en tant qu'élément du traitement intégré à toutes les étapes de la vie ;<sup>1</sup>

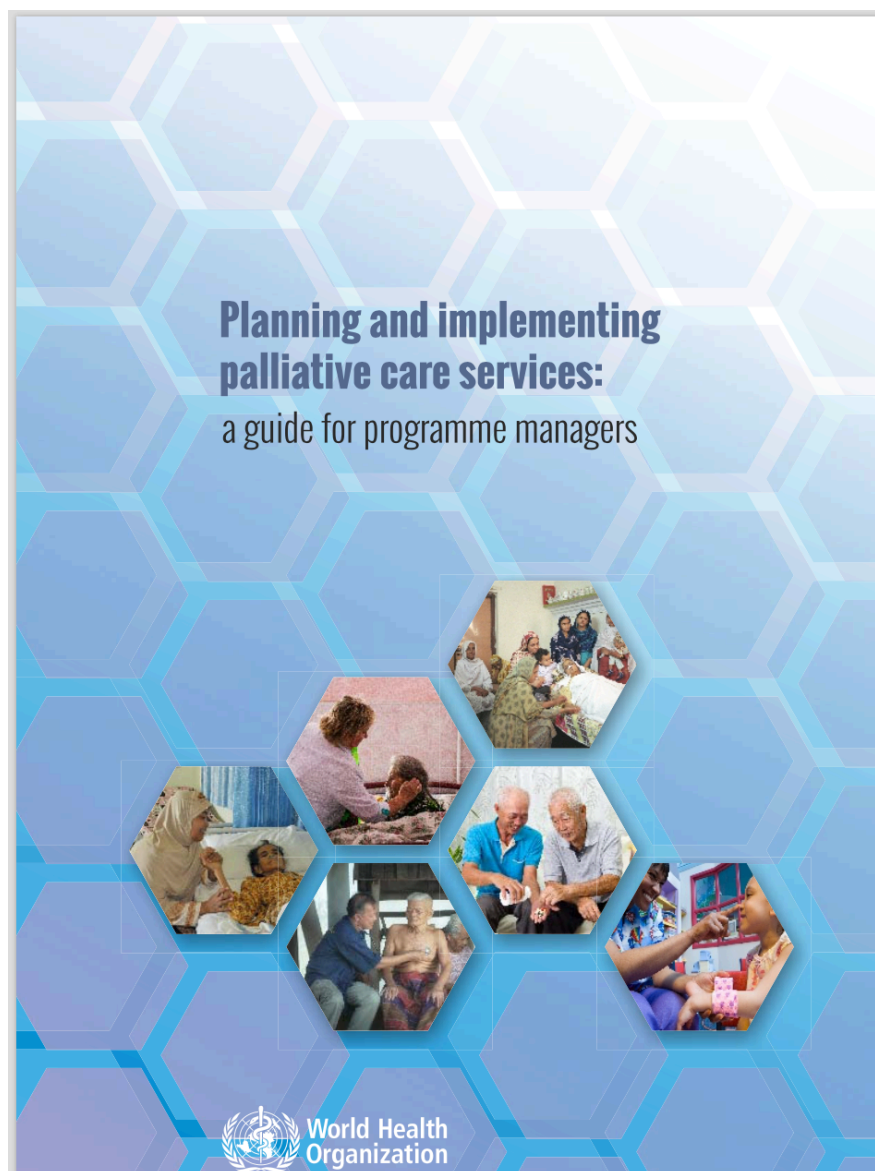
Rappelant la résolution WHA58.22 sur la prévention et la lutte anticancéreuses, en particulier pour ce qui est des soins palliatifs ;

Considérant les résolutions 53/4 et 54/6 de la Commission des Stupéfiants du Conseil économique et social des Nations Unies visant respectivement à assurer une disponibilité suffisante de drogues licites placées sous contrôle international à des fins médicales et scientifiques tout en empêchant leur détournement et leur usage illicite et à promouvoir une disponibilité suffisante des stupéfiants et des substances psychotropes placés sous contrôle international à des fins médicales et scientifiques tout en empêchant leur détournement et leur usage illicite ;

Prenant note du Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants sur la disponibilité des drogues placées sous contrôle international : assurer un accès adéquat à des fins médicales et scientifiques,<sup>2</sup> et du document d'orientation de l'OMS intitulé « Assurer l'équilibre dans les politiques



**Manuel « Développement de programmes  
(OMS, 2016)**





**POINTS CLÉS**  
... ORGANISATION DES PARCOURS

## Comment améliorer la sortie de l'hôpital des patients adultes relevant de soins palliatifs ?

*80 % des patients souhaitent finir leur vie chez eux alors que seulement 27 % sont décédés à domicile en 2010 ; les (ré)hospitalisations sont fréquentes et la préparation de la sortie est essentielle pour réussir la prise en charge palliative à domicile.*

*Cette fiche s'adresse à tous les professionnels hospitaliers prenant en charge des adultes susceptibles de bénéficier de soins palliatifs.*

*Un résumé des actions est décrit dans la figure 1.*

### Points clés

L'identification des patients relevant de soins palliatifs (SP) doit être **précoce** chez toute personne hospitalisée atteinte d'une maladie grave, évolutive, en phase avancée ou terminale, quels que soient son âge, le diagnostic (cancer ou non) ou le contexte de soins (traitements agissant sur la maladie ou non).

Lorsqu'un patient relevant de SP peut et souhaite retourner dans son lieu de vie habituel :

- l'avis, l'accord et la disponibilité des professionnels de soins primaires, le repérage de l'aidant principal et de la personne de confiance si elle a été désignée, sont indispensables ;

**Mise en œuvre du FIR**  
(Circulaire du 23 mai 2016)

---

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

---

Vous veillerez à programmer ces dispositifs en complémentarité de l'offre d'ores et déjà disponible en la matière (MAIA notamment).

*Systèmes d'information des réseaux*

L'objectif recherché est d'améliorer la coordination des parcours des personnes en situation complexe en mettant en place dans l'ensemble des réseaux de santé du territoire des systèmes d'informations (avec homogénéisation des systèmes au niveau régional). Ces systèmes d'informa-

**b) Mission 2: organisation et promotion de parcours de santé coordonnés et amélioration de la qualité et de la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale**

*Nouveau plan soins palliatifs et accompagnement en fin de vie*

Trois mesures du plan national pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie 2015-2018 font l'objet d'un financement *via* le FIR. Ainsi, des crédits vous sont alloués:

- pour compléter le maillage territorial en équipes mobiles de soins palliatifs (action 14-1);
- pour développer des programmes visant à repérer de manière précoce, au domicile, les besoins en soins palliatifs et faciliter l'accès aux prises en charge notamment par les professionnels de premier recours (action 12-1) mais également par les offres de soins coordonnées, telles que l'hospitalisation à domicile ou les services de soins infirmiers à domicile;
- pour faciliter la mise en œuvre des soins palliatifs à domicile par les professionnels de santé de ville (action 8-2), afin de favoriser les projets territoriaux de professionnels de ville coordonnés et de faciliter le recours aux expertises et aux coordinations *via*, le cas échéant, les plateformes territoriales d'appui.

Ces crédits vous sont alloués sur la base du critère du nombre total de décès par région (données 2013).

*Actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge de l'offre médico-sociale*

Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) et groupes d'entraide mutuelle (GEM)

**Disponibilité & accessibilité**  
*(INCB, 2015)*



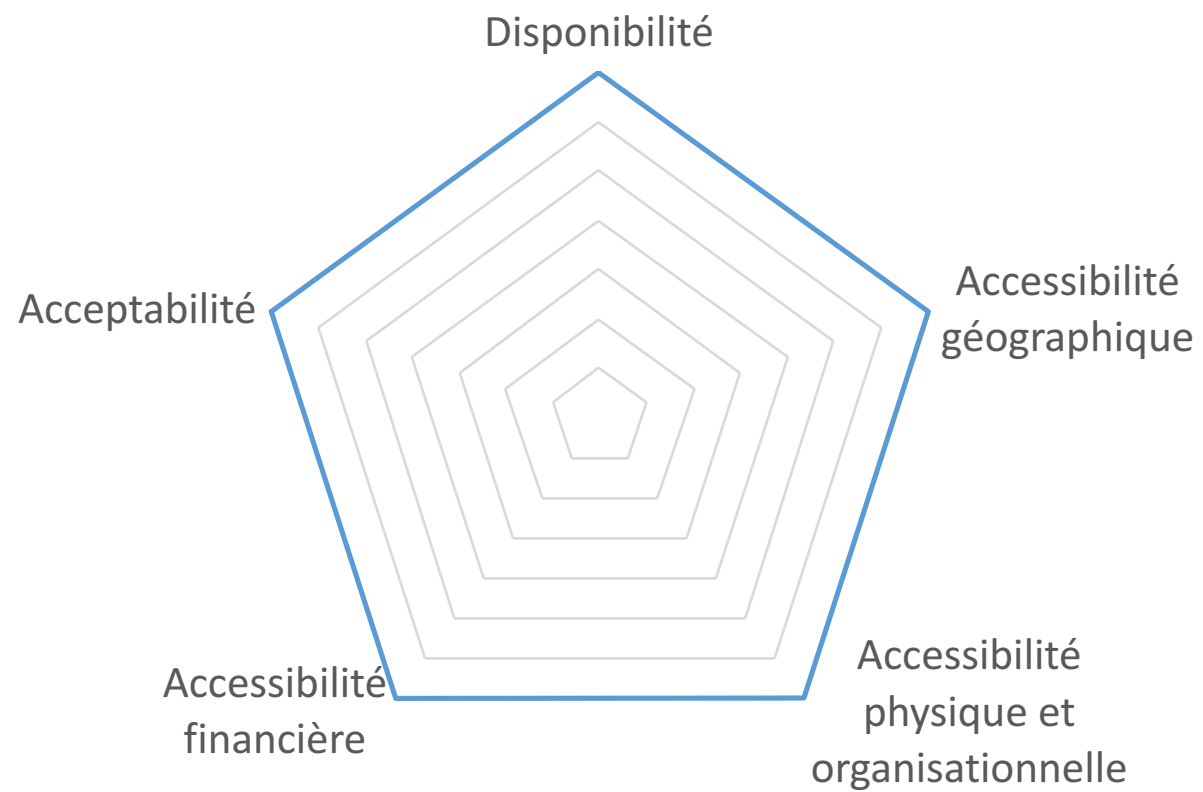
INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD



Availability of Internationally Controlled Drugs:  
**Ensuring Adequate Access for  
Medical and Scientific Purposes**

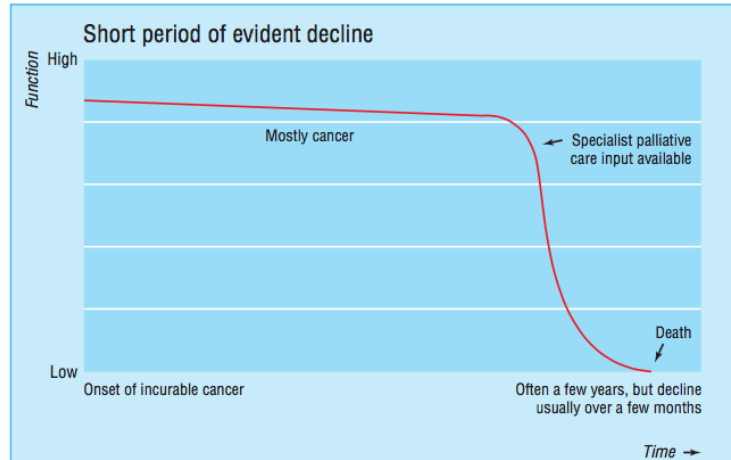
*Indispensable, adequately available  
and not unduly restricted*

**Le concept d'accès aux soins**  
*(Pechansky & Thomas, 1981)*

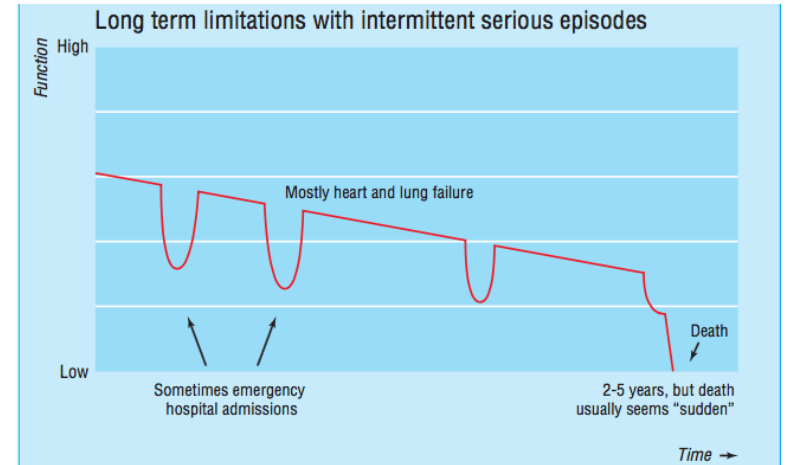


## Trajectoires de fin de vie (Murray et al., 2005)

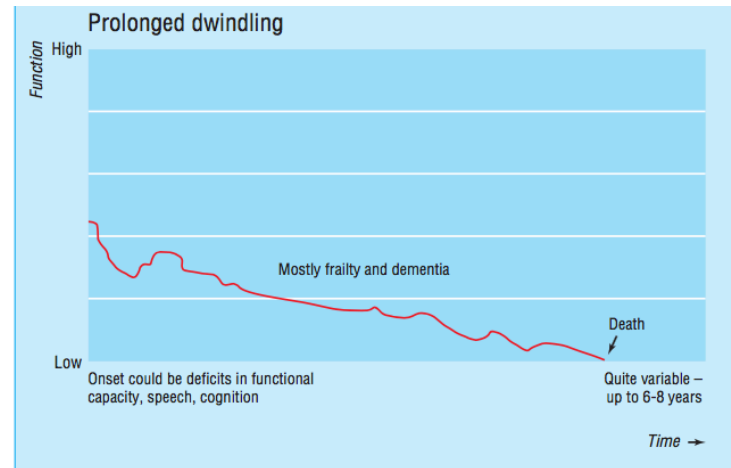
« Cancer »



« Défaillance d'organe »



« Fragilité, Démence »



# Besoins palliatifs multi-dimensionnels

(Murray et al., 2016)

Figure 1: Multidimensional trajectories in cancer

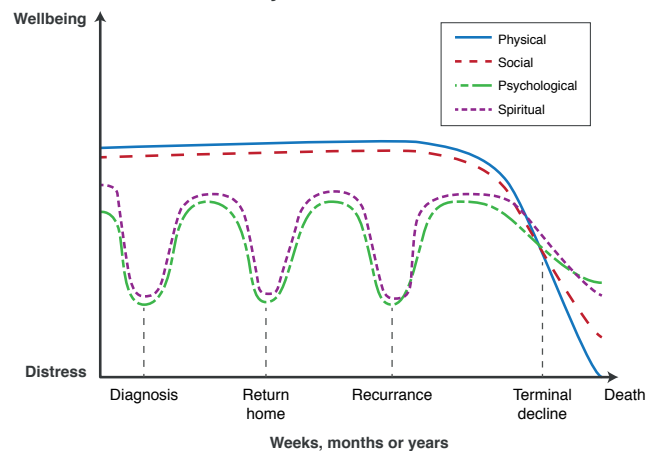


Figure 2: Multidimensional trajectories in Organ Failure

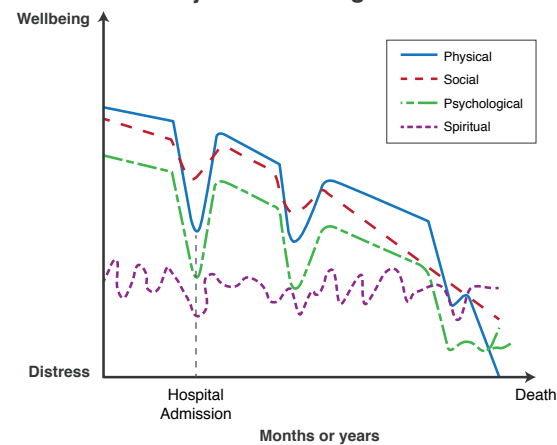
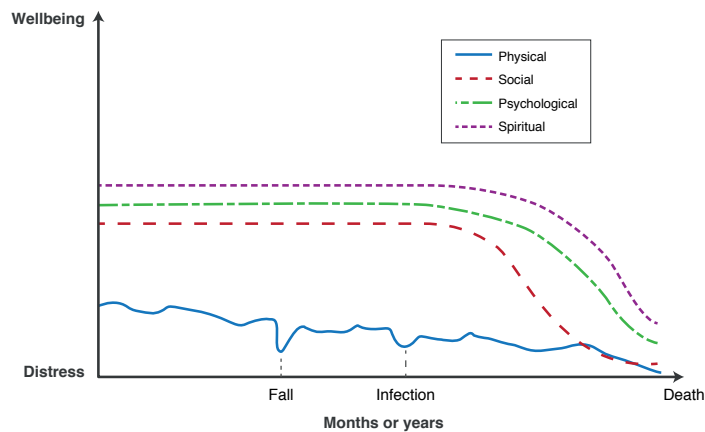
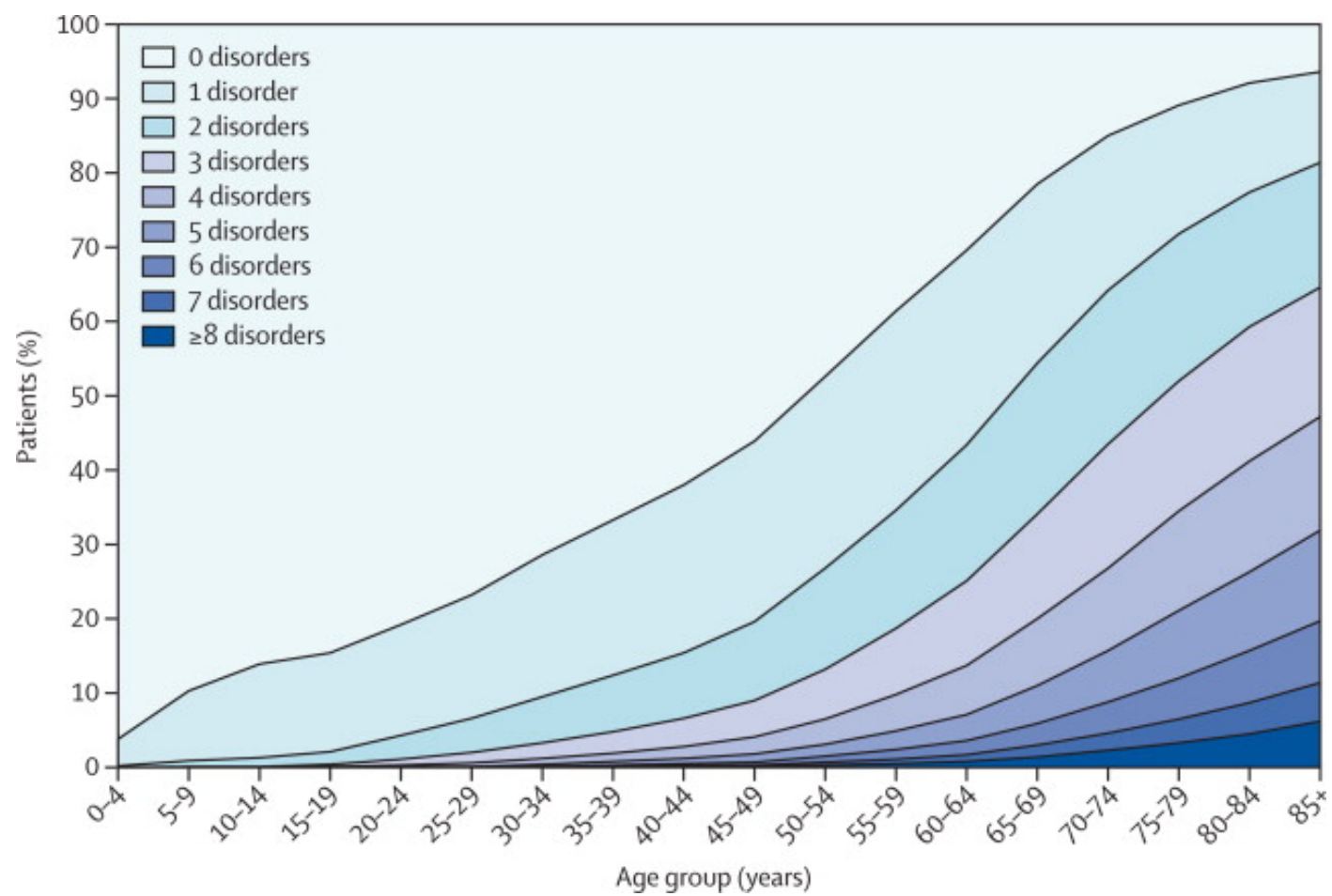


Figure 3: Multidimensional trajectories in Frail Older Persons



## Epidemiology of multimorbidity

(Barnett et al., Lancet, 2012)





**Quality standards**  
(NICE, 2011)



**NICE QUALITY STANDARDS (Nov 2011)**

**End of life care for adults quality standard**

---

1	People approaching the end of life are identified in a timely way.
2	People approaching the end of life and their families and carers are communicated with, and offered information, in an accessible and sensitive way in response to their needs and preferences.
3	People approaching the end of life are offered comprehensive holistic assessments in response to their changing needs and preferences, with the opportunity to discuss, develop and review a personalised care plan for current and future support and treatment.
4	People approaching the end of life have their physical and specific psychological needs safely, effectively and appropriately met at any time of day or night, including access to medicines and equipment.
5	People approaching the end of life are offered timely personalised support for their social, practical and emotional needs, which is appropriate to their preferences, and maximises independence and social participation for as long as possible.
6	People approaching the end of life are offered spiritual and religious support appropriate to their needs and preferences.
7	Families and carers of people approaching the end of life are offered comprehensive holistic assessments in response to their changing needs and preferences, and holistic support appropriate to their current needs and preferences.
8	People approaching the end of life receive consistent care that is coordinated effectively across all relevant settings and services at any time of day or night, and delivered by practitioners who are aware of the person's current medical condition, care plan and preferences.
9	People approaching the end of life who experience a crisis at any time of day or night receive prompt, safe and effective urgent care appropriate to their needs and preferences.
10	People approaching the end of life who may benefit from specialist palliative care, are offered this care in a timely way appropriate to their needs and preferences, at any time of day or night.