

LE GÉRONTO-PALLIATIF : UN NOUVEAU PARADIGME ?

Dr. Bottero Yvan, médecin coordonnateur DAC C3S

Profit Cécilia, assistante virtuelle

Sud coordonnateurs,
HAD Nice et région, Nice

Jeudi 11 mai 2023

3 POPULATIONS EN EHPAD

La gérontologie

Population :

- Sénescence
- Vieillesse naturelle
- Bien vieillir

Géronto- palliatif non spécifique ?

Population :

- Dégénérescence neuro cognitive
sévère (TNC)

Géronto- palliatif spécifique

Population :

- Cancers incurables d'évolutivité
sévère
- Déficit d'organes sévère
(ins. cardiaque, rénale ou respiratoire)

3 situations :

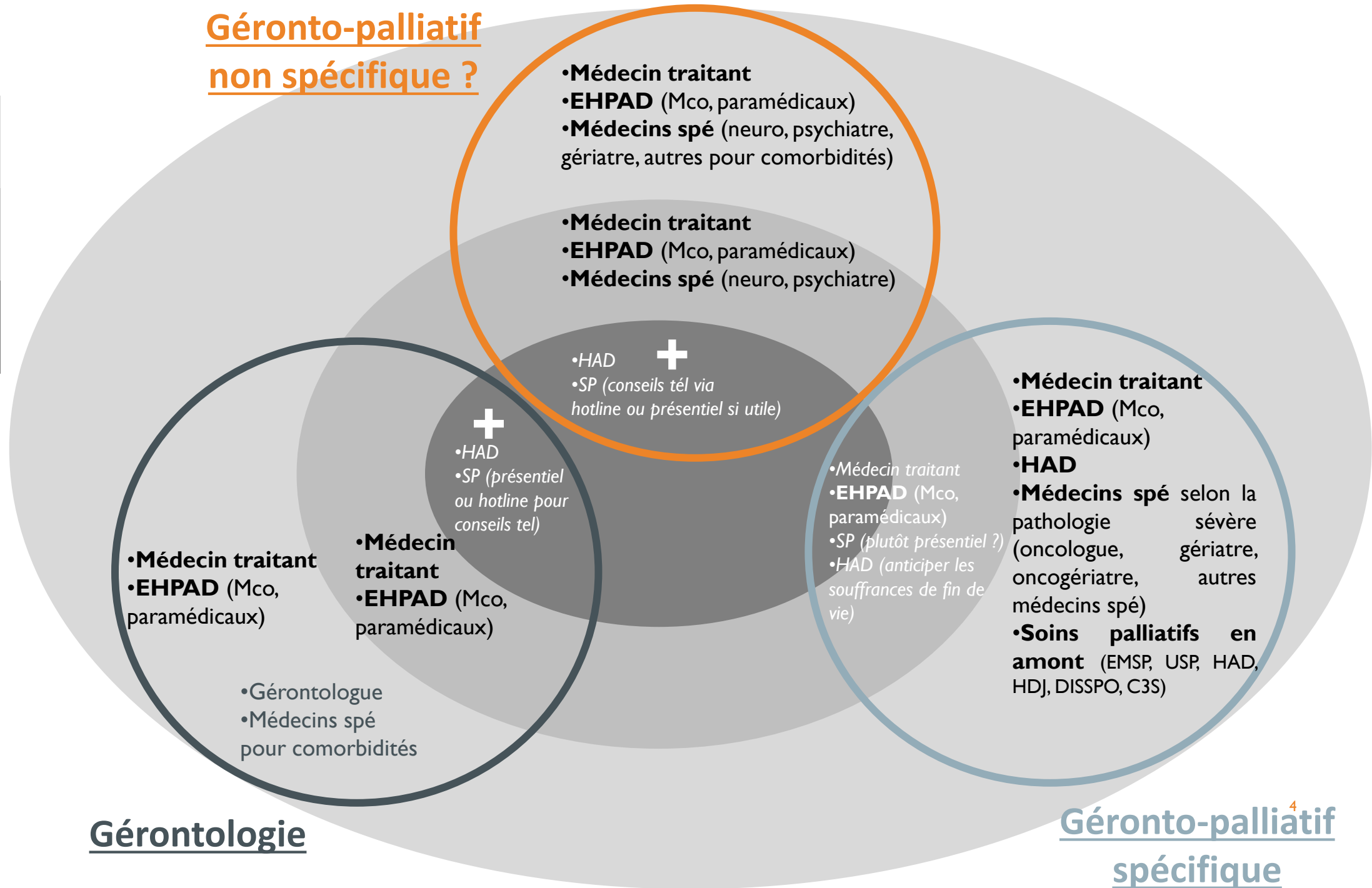
- En fin de vie à **moyen terme + long terme**
- En fin de vie à **court terme**
- En fin de vie à **court terme + souffrances réfractaires**

Géronto-palliatif non spécifique ?

Fin de vie à moyen
(>15j à 6 mois) et **long terme** (> 6 mois)

Fin de vie à court terme (phases pré-agonique et agonique) < 15 j

Fin de vie à court terme avec souffrances réfractaires phys. et psy.



Géronto-palliatif non spécifique ?

Les soins palliatifs si fin de vie avec souffrances

Les soins palliatifs en amont et pour la fin de vie

•HAD +
•SP (conseils tél via hotline ou présentiel si utile)

•HAD +
•SP (présentiel ou hotline pour conseils tel)

•Médecin traitant
•EHPAD (Mco, paramédicaux)
•SP (plutôt présentiel ?)
•HAD (anticiper les souffrances de fin de vie)

•Médecin traitant
•EHPAD (Mco, paramédicaux)
•HAD
•Médecins spé selon la pathologie sévère (oncologue, gériatre, autres médecins spé)
•Soins palliatifs en amont (EMSP, USP, HAD, HDJ, DISSPO, C3S)

Gérontologie

Géronto-palliatif spécifique⁵

Fin de vie à moyen (>15j à 6 mois) et long terme (> 6 mois)

Fin de vie à court terme (phases pré-agonique et agonique) < 15 j

Fin de vie à court terme avec souffrances réfractaires phys. et psy.

PARADIGME

Faudrait-il que les soins palliatifs interviennent dans le **géronto-palliatif non spécifique** avant la période de la fin de vie, en amont ?



La **dégénérescence neuro cognitive** serait alors du **géronto-palliatif spécifique**.

Donc la possibilité d'un nouveau paradigme.

OBJECTIFS



- **Mieux préparer le mourir**
- **Eviter le plus possible les souffrances réfractaires**

SOLUTIONS IDENTIFIÉES

- ✓ Création d'**USP** spécialisées dans les personnes âgées
- ✓ Dotation de **LISP** en **EHPAD** avec augmentation des **moyens financiers et humains** (en particuliers ceux attribués à l'HAD dont le rôle important serait confirmé)
- ✓ Présence d'**1 IDEL la nuit** car paramédicaux systématiquement mobilisés
- ✓ Formation du personnel d'EHPAD dans la **démarche palliative** :

- Pour la **philosophie palliative** avec éthique et pluridisciplinarité → Tout le personnel

} **Elaboration d'un projet de vie**

- Pour la **connaissance et application des soins palliatifs** → 2 groupes de référents (1Mco + 1 IDE 1 AS)

} **Anticipation de la fin de vie** pour éviter la souffrance globale (patient, entourage familial et professionnel)

CONCLUSION

Pour que le paradigme évolue, il faudrait que les acteurs du soin s'adaptent :

- Les **gérontologues et gériatres** qui connaissent déjà bien la culture palliative (prendre soin de façon globale + donner du sens) devraient mieux connaître et appliquer les lois palliatives (loi du double effet, arrêt des traitements déraisonnables, indications de sédations).
- Les **palliatologues** devraient accepter, avant la fin de vie, de se confronter aux troubles cognitifs sévères et complexes, ce qui les rendraient plus efficaces pour anticiper les souffrances de la fin de vie des dégénérescences cérébrales.

Il serait en fait judicieux que les uns et les autres prennent l'habitude de travailler naturellement ensemble

Merci pour votre écoute