

# Fin de vie et soins palliatifs



Dr Desmedt  
Unité de Soins Continus  
Cliniques universitaires Saint Luc



## Le dictionnaire

- Pallier : atténuer faute de remède n'apporter qu'une solution provisoire ; remédier à quelque chose d'une manière incomplète ou provisoire
- Palliatif : Qui n'a qu'une efficacité incomplète ou momentanée
- Palliare : Couvrir d'un manteau (pallium)

## Les pionniers

- « C'est tout ce qu'il reste à faire quand il n'y a plus rien à faire » *Thérèse Vanier*
- « Le suivi et la prise en charge des patients atteints d'une maladie active, progressive, dont le stade est très avancé et le pronostic très limité et dont le traitement vise au maintien de la qualité de vie »  
*Cicely Saunders*
- « Une attitude qui se traduit davantage par une attention à la personne qui souffre qu'à la maladie »  
*René Schaerer*

## **L'Organisation Mondiale de la Santé (2002)**

« 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 »

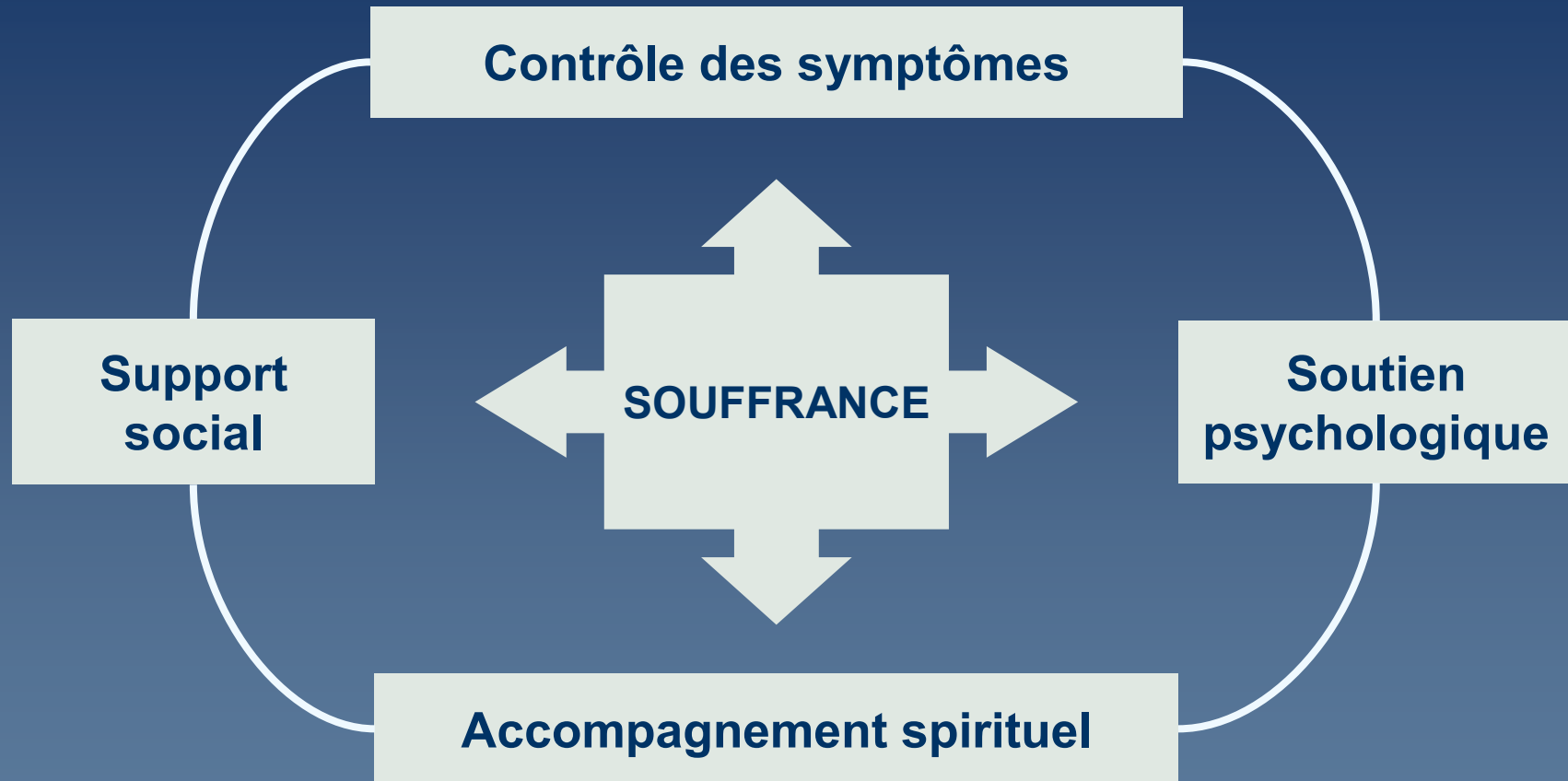
## La loi relative aux soins palliatifs, 14 juin 2002

« Par soins palliatifs, il y a lieu d'entendre : l'ensemble des soins apportés au patient atteint d'une maladie susceptible d'entraîner la mort une fois que cette maladie ne réagit plus aux thérapies curatives.

Un ensemble multidisciplinaire de soins revêt une importance capitale pour assurer l'accompagnement de ces patients en fin de vie et ce sur le plan physique psychique, social et moral.

Le but premier des soins palliatifs est d'offrir au malade et à ses proches la meilleure qualité de vie et une autonomie maximale. Les soins palliatifs visent à garantir et à optimaliser la qualité de vie pour le patient et pour sa famille durant le temps qu'il reste à vivre »

# Valoriser le temps qui reste : confort, qualité de vie



- *Prise en charge globale*
- *Place centrale du patient*
- *Soutien des proches*

**Soin de support**

**Soin continu**

**Soin  
terminal**

**Phase  
curative**

**Phase  
palliative  
active**

**Phase  
palliative  
symptomatique**

**Phase  
terminale**

**Guérir**

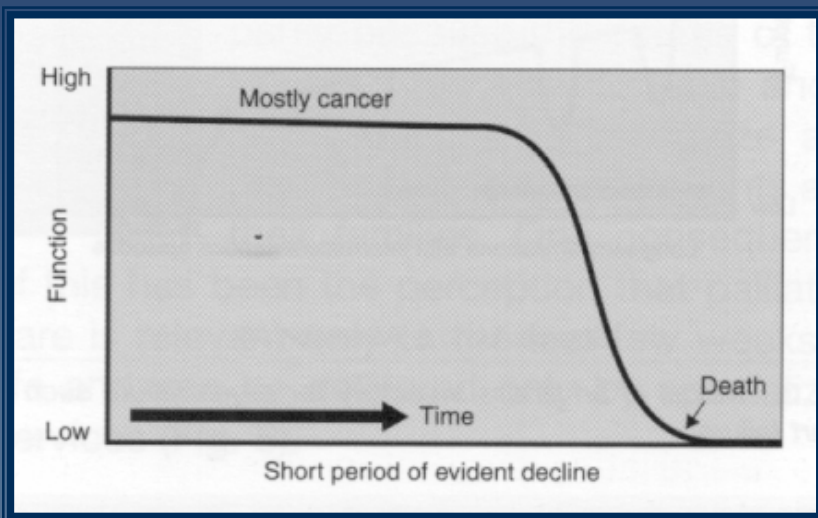
**Ralentir l'évolution**

**Maîtriser les complications**

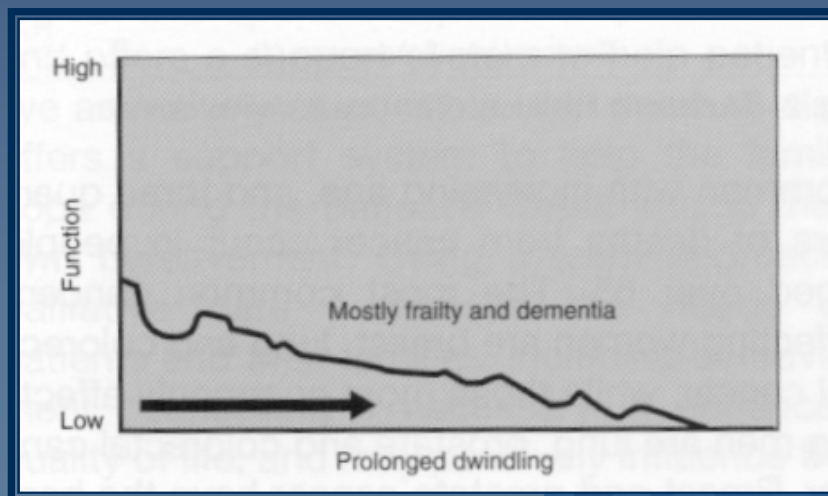
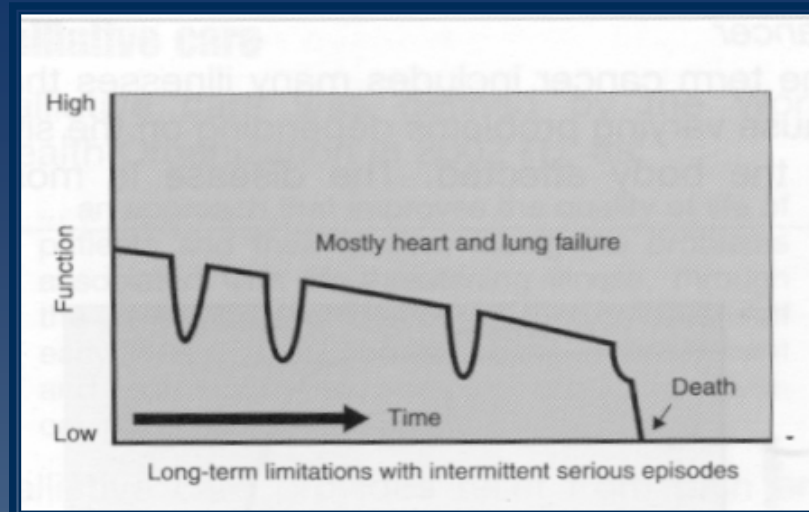
**Rechercher le confort et le soulagement des symptômes**

**S  
U  
I  
V  
I  
  
D  
E  
  
D  
E  
U  
I  
L**

# Insuffisance fonctionnelle



**Cancer**



**Démence**

## Le contrôle des symptômes

- Quelques éléments épidémiologiques
- La douleur
- La dyspnée et l'encombrement respiratoire
- La dégradation de l'état général
- D'autres symptômes

## Prévalence durant la dernière année de vie

275 patients cancéreux en fin de vie (Bruera)

· Asthénie	85 %	78 -92
· Anorexie	90 %	81-100
· Douleur	76 %	62 - 85
· Nausées	68 %	61 - 75
· Trouble du sommeil	60 %	40 - 75
· Constipation	65 %	40 - 80
· Dyspnée	12 %	8 - 16

## Prévalence durant les 2 derniers jours de vie

Lichter (1990), J. Palliative Care 6 : 7

- Bruits respiratoires anormaux 56 %
- Troubles urinaire 53 %
- Douleur 51 %
- Agitation 42 %
- Dyspnée 22 %
- Nausées et vomissements 14 %
- Transpiration 14 %
- Confusion 9 %

	Cancer	HIV	Insuffisance cardiaque	BPCO	Insuffisance rénale
Douleur	35-96	63-80	41-77	34-77	47-50
Dépression	3-77	10-82	9-36	37-71	5-61
Confusion	6-93	30-85	30-65	18-32	18-33
Fatigue	32-90	54-85	69-82	68-80	73-87
Dyspnée	10-70	11-62	60-88	90-95	11-62
Anorexie	30-92	57	21-41	35-67	25-64

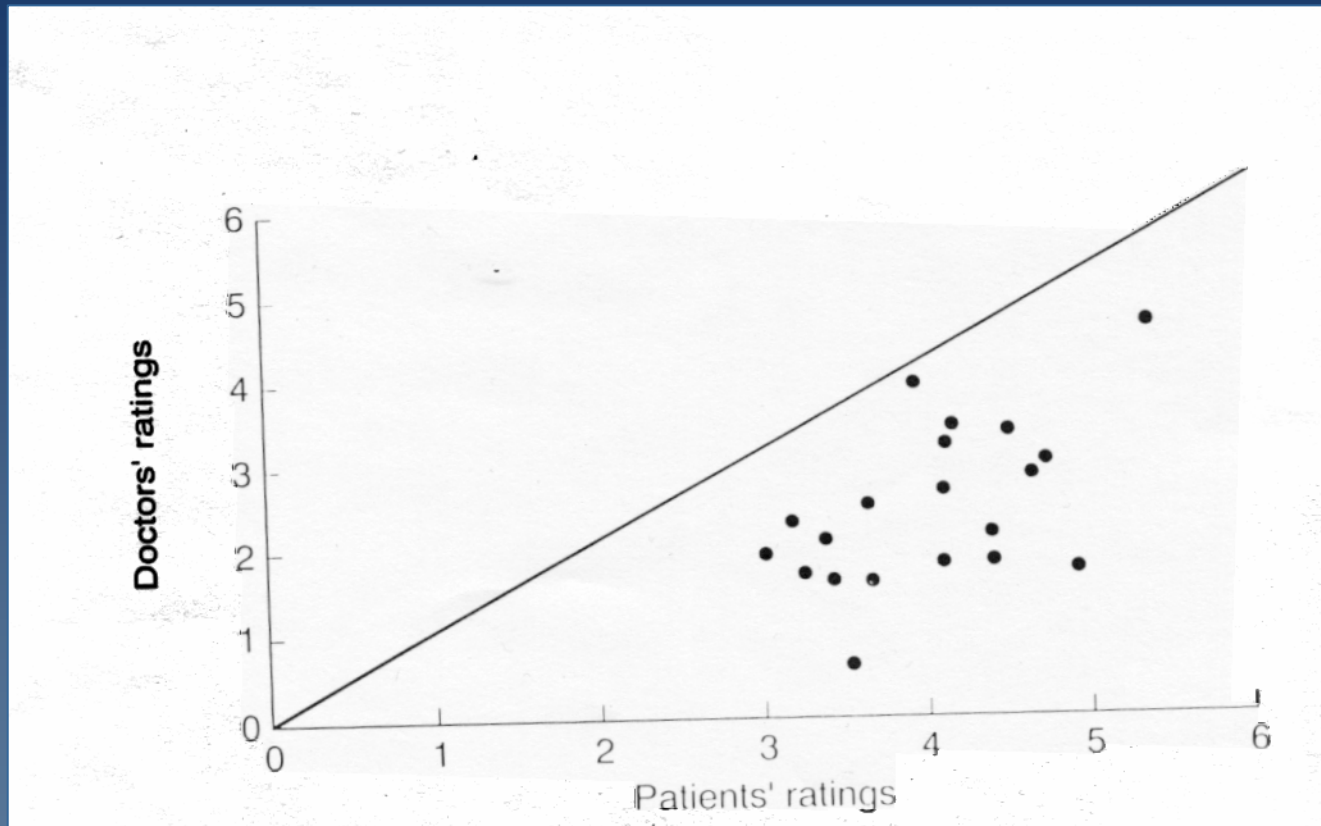
*Journal of Pain and Symptom Management, 2006*

## La douleur

- Prévalence : 70 à 80 % des patients cancéreux
- Répercussion importante sur la qualité de vie (physiques, psychologiques, sociales)
- Traitement efficace : 90 à 95 % des cas
- Contrôle insuffisant : 40 % des cas

## Contrôle insuffisant lié aux patients/ proches

- Refus de signaler la douleur
  - Par peur de masquer une progression de la maladie
  - Par peur d'entendre parler d'une évolution de la maladie
  - Par peur d'être considéré comme un patient difficile
  - Par fatalisme, du fait d'une éducation, d'une culture
- Refus de prendre un antalgique
  - Par peur de la dépendance
  - Par peur de la tolérance
  - Par peur d'une toxicité



Évaluation de la douleur : comparaison patient - médecin

*Larue et al*  
*Cancer 1995; 76: 2181-2185*

**Oncologues (300)****Médecins généralistes (600)****Satisfaction à l'égard de leur pratique antalgique**

93,2 %

85,3 %

p=0,0007

**Utilisation de l'échelle OMS**

25,7 %

17,8 %

p=0,006

**Recours régulier à un morphinique**

42,5 %

48,3 %

p=0,03

**Administration systématique de l'antalgique**

70,3 %

61,8 %

p=0,01

**Absence d'une dose plafond de la morphine**

42,3 %

27,3 %

p=0,00001

**Administration d'un morphinique à tout stade de la maladie**

66 %

55,2 %

p=0,002

- Expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à un dommage tissulaire réel ou potentiel ou décrite en termes d'un tel dommage (*IASP*)
- La douleur est ce que la personne qui souffre rapporte et elle survient quand cette personne la ressent (*McCafferty*)
- La douleur est ce que le malade affirme qu'elle est et non ce que les autres croient qu'elle devrait être (*Osler*)

## **Douleur psychique**

Anxiété (Peur de mourir, souffrir, abandonner les proches... )  
Dépression (épuisement, altération image corporelle, isolement...)  
Sentiments de culpabilité, colère (échec tt, retard du diagnostic ...)

## **Douleur physique**

Cancer  
Complication iatrogène  
Autre pathologie

## **Douleur sociale**

Perte de position professionnelle  
Perte de position familiale  
Isolement  
Soucis administratifs, financiers...

**DOULEUR  
TOTALE**



*Cecily Saunders*

## **Douleur spirituelle**

Non sens de la maladie  
Non sens de la vie  
Non sens de la mort  
Non sens de la religion...

**Souffrance**

- . Douleur nociceptive
  - . Douleur viscérale 33 %
    - . Par distension d'une capsule
    - . Par obstruction d'un viscère creux
  - . Douleur somatique
    - . Par destruction des tissus mous 45 %
    - . Par destruction osseuse 35 %
- . Douleur neuropathique 34 %
  - . Par destruction d'une structure nerveuse

## Traitement symptomatique

- Traitement médicamenteux
  - Médicaments antalgiques purs,
  - Médicaments antalgiques adjuvants
- Actes anesthésiques et neurochirurgicaux
- Thérapeutiques non médicamenteuses
  - Physiothérapie
  - Support psychologique, relaxation, hypnose
  - Chirurgie, radiothérapie
  - Pansement

...





**1**  
**Analgésiques  
non morphiniques**

**2**  
**Opiïdes faibles  
± Analgésiques niveau 1**

**3**  
**Opiïdes puissants  
± Analgésiques niveau 1**

**Intensité  
douloureuse**

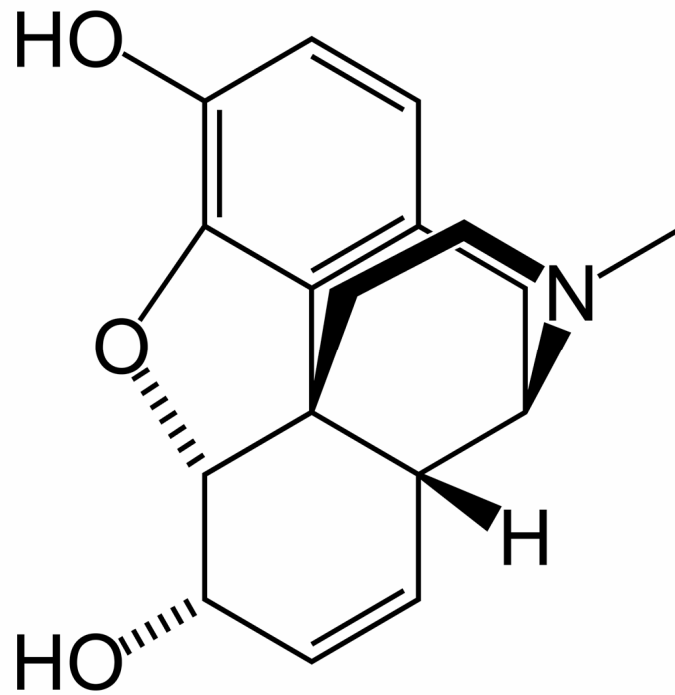
*Echelle antalgique OMS*



« La première fois qu'ils ont parlé à mon mari de la morphine, c'était à l'hôpital car il était très souffrant  
Il a accepté mais, avec une grande peur. Le mot nous fait aussi peur que "cancer " je crois. On savait que c'était une drogue terrible mais, il a accepté et j'ai respecté sa volonté »

- 40 % des patients ont peur d'une accoutumance
- 48 % sont anxieux à l'idée d'avoir à utiliser de la morphine
- 52 % pensent que l'utilisation de la morphine est de mauvais pronostic par rapport à leur maladie cancéreuse
- 42 % des Français pensent qu'on ne devrait pas informer les patients du fait qu'ils prennent de la morphine
- 67 % pensent que c'est un produit utile et 83 % affirment qu'elle permet de traiter la douleur

*JY. Ranchère, Bulletin du Cancer 1998*



### Référence du palier OMS 3

- Pas d'effet plafond
- Voies d'administration
- Peu de risque d'accumulation
- Toxicité limitée



- Dose initiale
  - 60 mg de morphine orale par 24 heures
- Adaptation des doses
  - Dès la 2<sup>ème</sup> prise
  - ↗ 50 % si d<sup>+</sup> modérée - 100 % si d<sup>+</sup> sévère
  - ↘ 25 % si disparition complète d<sup>+</sup>
- Dose maximale
  - Pas d'effet plafond (si pas de toxicité)
- Dose d'appoint
  - DT/6 à DT/12
  - Toutes les 2 à 4 heures
  - ↗ dose fixe si > 2 doses d'appoint/ jour

Morphine	Equianalgésie
Voie orale	30 mg
Voie sous cutanée	15 mg
Voie intraveineuse	10 mg
Voie péridurale	0,1 mg
Voie intrathécale	0,01 mg

Voie administration	Délai d'action	Durée d'action
Orale immédiate	45'	4 h
Orale retard	120' à 240'	12 à 24 h
Sous cutanée	20'	3 à 4 h
Rectale	45'	4 h
Intraveineuse	5'	2 h

- Somnolence
- Altération des fonctions cognitives
- Dysphorie
- Hallucinations
- Confusion
- Myoclonies
- Allodynie et hyperalgie
- Constipation
- Nausées et vomissements
- Dépression du centre respiratoire
- Tolérance, dépendance physique
- Rétention urinaire, spasme biliaire, prurit, xérostomie, sudation...

Toxicité de la morphine	Incidence	Dose dépendance	Effet de tolérance
<b>Constipation</b>	90 à 95 %	Oui	Non
<b>Nausées d'origine centrale</b>	30 %	Oui	Oui (5 j)
Nausées d'origine gastrique	< 5 %	Oui	Non
Nausées d'origine vestibulaire	< 5 %	Oui	Non
<b>Somnolence</b>	15 à 20 %	Oui	Oui (5 j)
Confusion, hallucinations	5 %	Non	Non
Xérostomie	75 à 80 %	Oui	Non
Myoclonies	40 %	Oui	Non

## Autres morphiniques

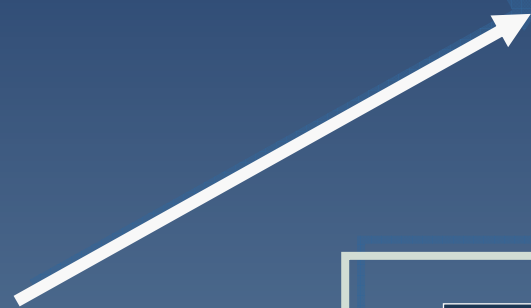
- Indications
  - Limiter la toxicité
  - Disposer d'une autre voie d'administration
- Types de produits
  - Transtec ®, Durogésic ®
  - Palladone ®, Oxycontin ®, Oxynorm ® ...
- Table d'équivalence de dose

<b>100 mg de codéine orale</b>	<b>10 mg de morphine orale</b>
<b>100 mg de dextropropoxyphène oral</b>	<b>10 mg de morphine orale</b>
<b>70 à 100 mg de tramadol oral</b>	<b>10 mg de morphine orale</b>
<b>50 mg de tilidine oral</b>	<b>10 mg de morphine orale</b>
<b>0,2 mg de buprénorphine sublinguale</b>	<b>10 mg de morphine orale</b>
<b>35 µgr/h de buprénorphine transdermique</b>	<b>40 mg/j de morphine orale</b>
<b>5 mg d'oxycodone oral</b>	<b>10 mg de morphine orale</b>
<b>4 mg d'hydromorphone orale</b>	<b>30 mg de morphine orale</b>
<b>1 mg de méthadone orale</b>	<b>10 mg de morphine orale</b>
<b>25 µgr/h de fentanyl transdermique</b>	<b>60 mg/j de morphine orale</b>

- . 80 % Douleur soulagée par un opiacé
- . 10 à 30 % Ajout d'un adjuvant
- . 10 % Ajustement répété du traitement
- . 5 % Douleur réfractaire

*Grond et al  
J Pain Symptom Manage 1991; 6: 411-422*

- Les antidépresseurs (15 %)
- Les antiépileptiques (13 %)
- Les corticoïdes (13 %)
- Les autres médicaments



Antidépresseur  
ou  
Antiépileptique

Antidépresseur  
et  
Antiépileptique

Anesthésique local  
Agoniste alpha 2  
Inhibiteur NMDA  
...

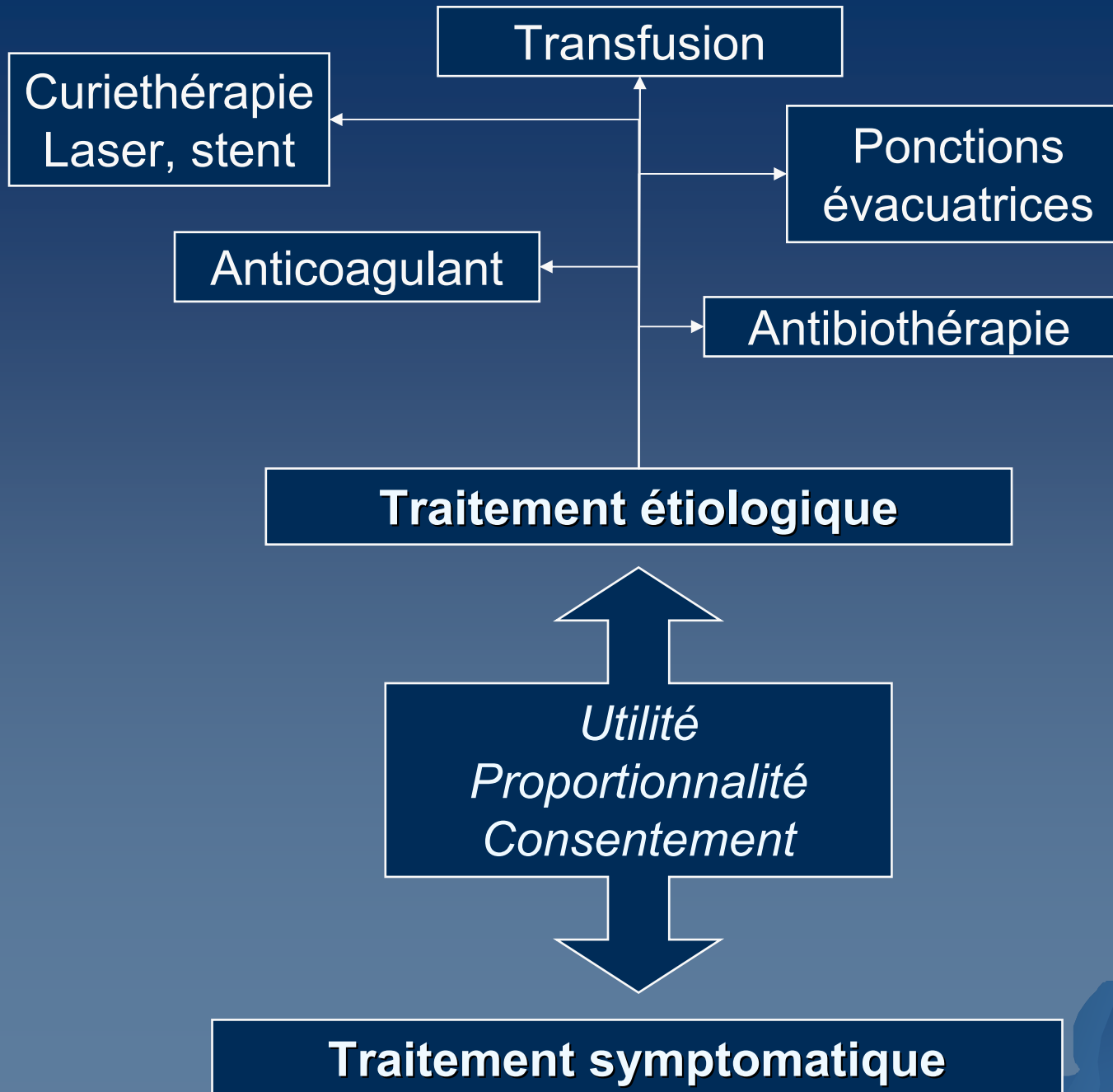
Adjuvants  
de la douleur neuropathique

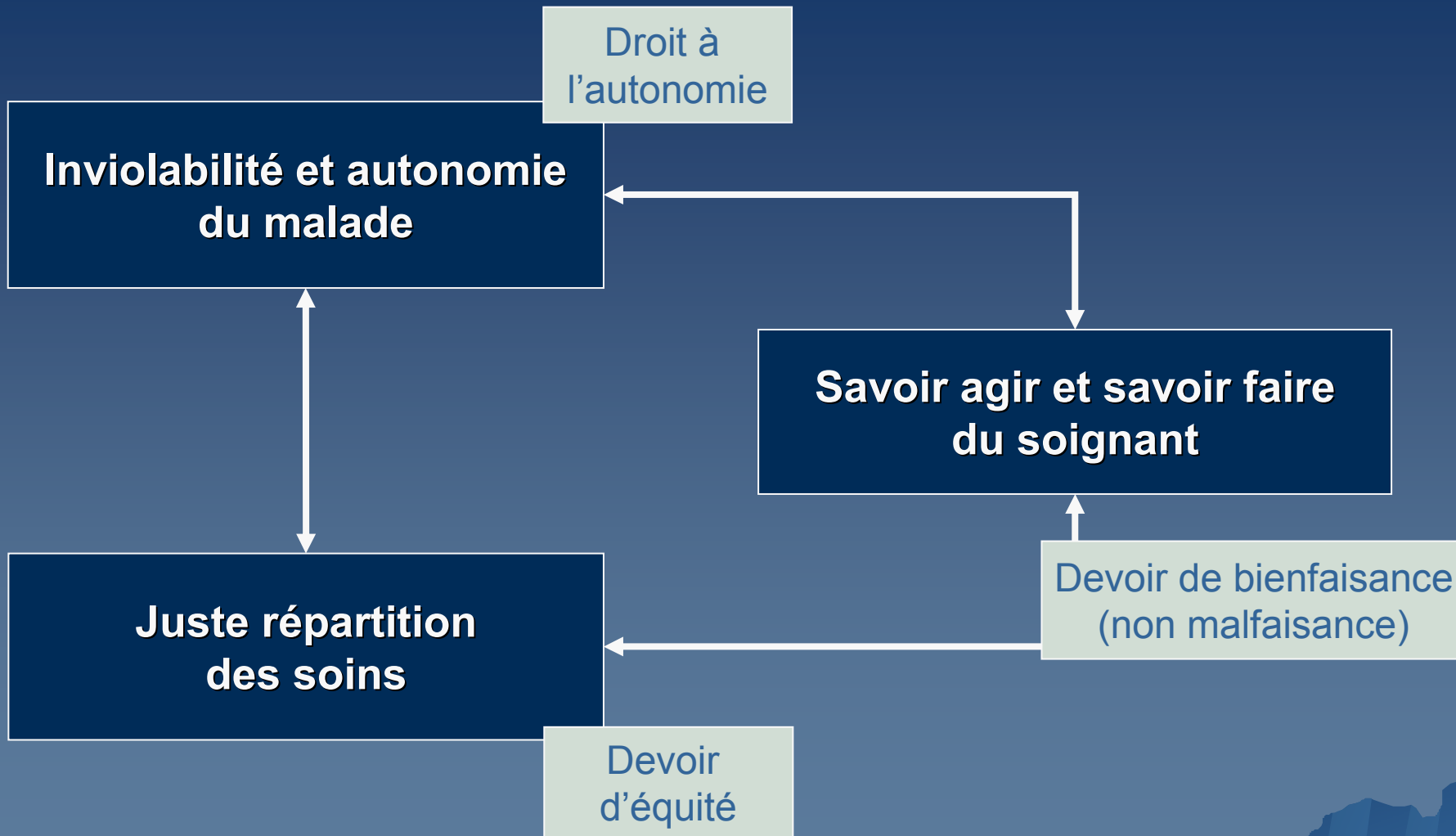
- La perception d'une respiration difficile, inconfortable obligeant l'individu à augmenter sa ventilation et/ou à réduire son activité
- Une sensation purement subjective qui peut s'accompagner de signes objectifs (tachypnée, hyperpnée, tirage, cyanose centrale ...)
  - Pas de corrélation systématique entre la nature ou le degré d'évolution de l'affection et la sévérité du symptôme (Bruera 1998)

- ◆ Incidence en fin de vie
  - > 50 % cancer à un stade avancé
    - 28 % intensité sévère
    - 27,5 % caractère constant
  
- ◆ ↗ durant les derniers jours de vie
  - 55,5 % des malades admis en U.S.P.
  - 78,6 % des malades mourants
  
- ◆ ↗ cancer du poumon
  - 60 % des cancers du poumon
    - 30 % caractère modéré à sévère
  
- ◆ ↗ hétéro-évaluation
  - 1,8/ 3 proche versus 1,4/ 3 patient
  - 28 % médecin, 35 % infirmier, 43 % proche

« La dyspnée a ceci de particulier : elle se transmet. Chaque fois que nous sommes auprès d'une personne dont la respiration est difficile et qui en souffre, nous ressentons cette douleur dans notre propre respiration dont le rythme se modifie, nous sommes sujets à cette angoisse viscérale. La respiration est ce qui fait de nous des êtres vivants et, devant les difficultés respiratoires, nous ressentons dans toute notre personne la fragilité de notre existence : notre vie ne tient qu'à un souffle. Toutes celles qui ont eu la chance de donner naissance à un enfant, tous ceux qui ont assisté à ce moment si intense se souviendront de ce suspense entre l'expulsion de l'enfant et son premier cri, ce silence, cette attente. L'enfant vit mais rattaché au corps de sa mère. Il faut que l'air entre une première fois dans ses poumons, que le souffle l'anime pour qu'il devienne une personne à part entière, indépendant de sa mère. »

*Cosette Odier*





## Le traitement médicamenteux

- Les morphiniques
- Les anxiolytiques
- Les anticholinergiques
- Les corticoïdes et autres
- L'oxygène

## L'approche non médicamenteuse

## Les morphiniques

### Mécanisme d'action mal connu et complexe

- $\searrow$  sensibilité du centre respiratoire à  $\nearrow$  pCO<sub>2</sub>
- $\searrow$  F.C. +  $\searrow$  T.A. (vasodilatation périphérique)
- Effet sédatif + anxiolytique

### Efficacité démontrée

Sans dépression majeure de la fonction respiratoire

### Posologie

- Posologie initiale
  - Patient « opiacé naïf » 5 à 10 mg po / 4 h
  - Patient « opiacé tolérant » + 25 à 50 % dose
- Augmentation par palier de 25 - 50 %  
! Ajuster selon dyspnée et F.R.
- Dose d'appoint : Dose 24 h/12
- Administration à la demande si caractère intermittent

# Les morphiniques par aérosol

## Mécanisme d'action

- . Action sur les récepteurs morphiniques pulmonaires
- . ? Action centrale (< 15 % résorption systémique)

## Efficacité contestée

## Toxicité

- . Toxicité systémique réduite
- . Bronchospasme ( ? conservant ou histamine)

## Posologie

- . Posologie initiale : 2,5 à 10 mg ttes 4 heures
- . Augmentation par palier de 25 - 50 %
- . ? Dose maximale : 30 à 70 mg



<b>Benzodiazépines</b>	<b>Dose de charge</b>	<b>Dose d'entretien (24 h)</b>	<b>Voies d'administration</b>
<b>Diazépam</b> Valium ®	5 à 10 mg	5 à 60 mg	Intramusculaire Intraveineux Intra rectal
<b>Lorazépam</b> Temesta ®	1 à 4 mg	2 à 16 mg	Sublingual Sous cutané Intraveineux
<b>Midazolam</b> Dormicum ®	5 à 15 mg	30 à 150 mg	Sous cutané Intraveineux (Intra rectal)

## L'oxygène

- Indications
  - Hypoxie :  $SaO_2 < 90 \%$
  - Test thérapeutique + :  $pO_2 > 60$ ,  $SaO_2 > 90 \%$
- Toxicité
  - Coût et stress engendré par le matériel
  - Dépendance psychologique
  - Sécheresse de bouche

## Râles de l'agonie

- 25 à 92 % des patients en fin de vie  
24 à 60 h avant le décès (délai médian)
- Origine de l'encombrement respiratoire
  - Sécrétions salivaires et bronchiques
  - Œdème pulmonaire
  - Aspiration de solide et de liquide
- Facteurs de risque
  - Cancer du poumon
  - Agonie de longue durée

- ◆ Mécanisme d'action
  - ↘ sécrétions salivaires et respiratoires,
  - Bronchodilatation
- ◆ Efficace dans 2/3 des cas [ 48 à 92 % ]
  - 1/2 réponse précoce (< 4 h)
  - 1/2 réponse tardive
  - Sécrétions oropharyngées > bronchiques
  - ? Surinfection, œdème pulmonaire, aspiration
  - Préviend l'apparition de nouvelles sécrétions
  - N'assèche pas les sécrétions déjà présentes



70 à 80 % patients en fin de vie

Lourd de symbole et de conséquences

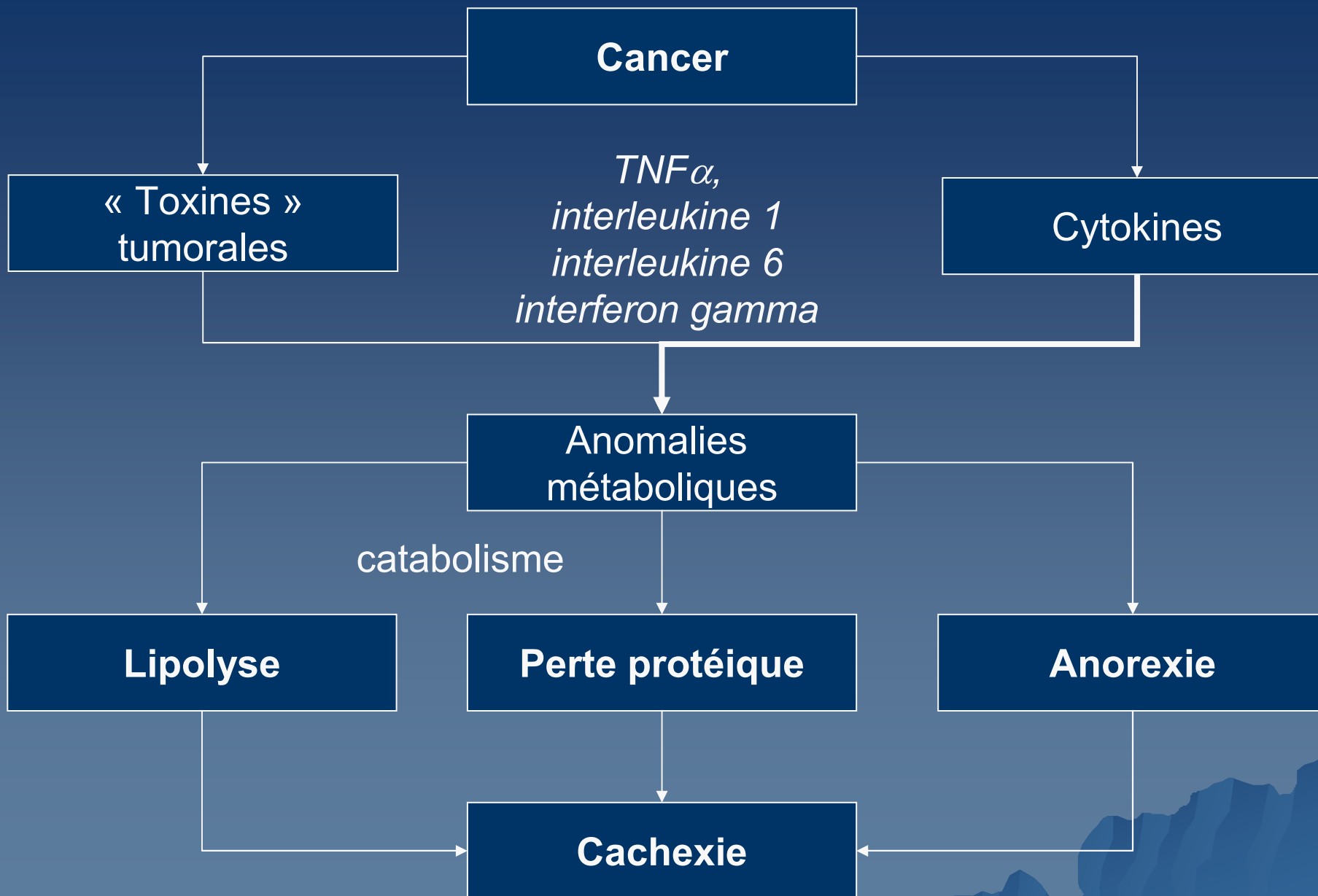
- |                           |  |
|---------------------------|--|
| . Finalité nutritionnelle | Nécessité physiologique                              |
| . Finalité psychologique  | Acte de plaisir                                      |
| . Finalité sociale        | Temps de convivialité                                |
| . Finalité symbolique     | Protection contre la maladie<br>Ultime lien à la vie |

## Symptôme « impossible » à soulager

- Étiologie multifactorielle

Cancer, insuffisance cardiaque, rénale ou hépatique, anémie, anomalie métabolique ( $\searrow$  Ca,  $\searrow$  K,  $\searrow$  Na), médicament (opiacé, sédatif, tranquillisant, hypotenseur...) ...

- Mécanisme complexe de la cachexie





## Dérivés de la progestérone

- Mécanisme d'action incertain
  - ? Stimulation de l'appétit
  - Réduction dans la production des cytokines
- Efficace dans 55 à 68 % des cas
  - ↗ appétit, ↗ aliments et calories ingérées
  - ↗ poids en graisse + H<sub>2</sub>O
  - ↗ humeur, ↗ bien être - pas ↗ survie
- Délai d'action différé (quelques semaines)  
Durée d'action prolongée si réponse + (quelques mois)
- Toxicité cardiovasculaire (thrombose), œdème, hyperglycémie, impuissance (10%), insuffisance surrénale
- Posologie
  - Courbe dose-effet
  - Pas de bénéfice acétate de mégestrol > 800 mg/ j
  - Médroxyprogestérone : 500 mg à 1 gr / jour

## Dérivés de la cortisone

- Mécanisme d'action non élucidé
- Efficace dans 50 à 75 % des cas
  - ↗ appétit
  - ↗ bien être et ↗ niveau d'activité
  - Pas ↗ gain de poids (sauf H<sub>2</sub>O )
- Délai d'action rapide (quelques jours)  
Durée d'action courte (< 1 mois)
- Toxicité non négligeable
- Posologie
  - Dexaméthasone : 2,5 à 5 mg par jour
  - Méthylprednisolone : 16 à 32 mg par jour

## **Autres médicaments à l'étude**

- Dronabinol (dérivé cannabis) : 2,5 mg ttes 8 - 12 h
- Thalidomide : 100 mg au coucher
- Mélatonine : 20 à 40 mg par jour
- Acide eicosapentanoic (E.P.A.) : 2 à 3 gr par jour

## **Produit dont l'efficacité est mise en cause**

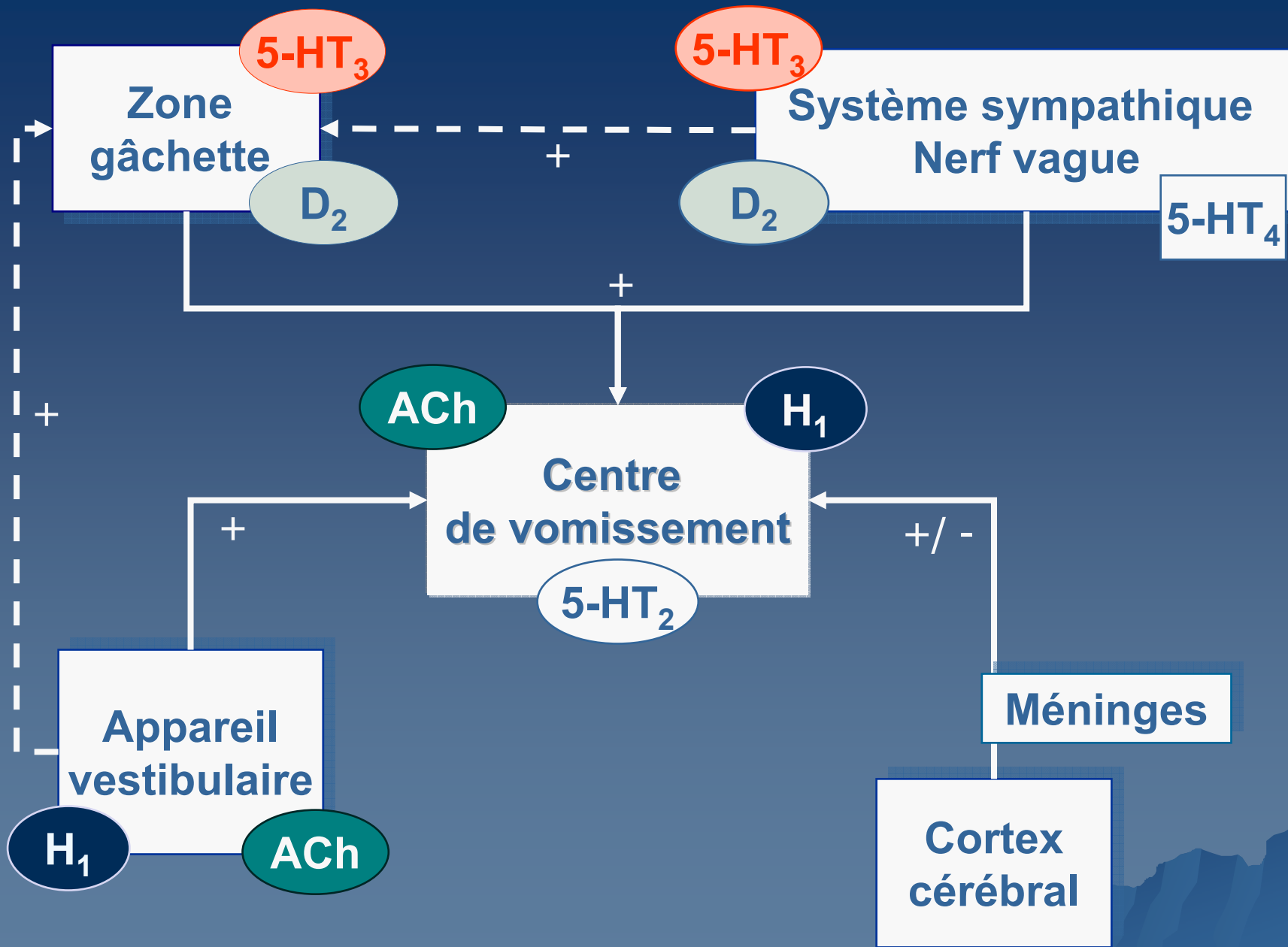
- Cyproheptadine (Périactin ®)

## Alimentation artificielle

- Pas ↑ survie et faible impact sur le confort
- Toxicité, coût financier
- Indiqué si
  - Facteur de dénutrition aigu et réversible
  - Obstacle sur le tube digestif et bon état général

## Hydratation artificielle

- ◆ Après l'échec des autres mesures : brumisation, épaississant, glaçon, spray ... et des soins de bouche répétés
- ◆ Indiquée si
  - Déshydratation aiguë
  - Soif persistante et intense
  - Sécheresse de bouche résistante
  - Désorientation sur déshydratation
  - Demande insistante du patient/proche
- ◆ Intérêt de la voie sous cutanée
  - 1,5 à 2 litres maximum par jour
  - Na Cl 0,9 % ou de glucosé salin



	ACh	H <sub>1</sub>	HT <sub>2</sub>	D <sub>2</sub>	5HT <sub>3</sub>	5HT <sub>4</sub>
Métoclopramide	0	0	0	++	(+)	++
Halopéridol	(+)	0	0	+++	0	0
Lévomépromazine	++	+++	+++	++	0	0
Odansétron	0	0	0	0	+++	0
Olanzépine	++	+++	+++	++	0	0
Hyoscine	+++	0	0	0	0	0
Diphenhydramine	++	+++	0	0	0	0



## Sédation palliative

Rechercher, par des moyens médicamenteux, une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience, dans le but de faire disparaître la perception d'une situation vécue comme insupportable par le patient alors que tout les moyens disponibles et adaptés à cette situation ont pu lui être proposés ou mis en œuvre sans permettre d'obtenir le soulagement escompté par le patient

*SFAP*

A stylized, dark blue silhouette of a mountain range is positioned at the bottom right of the slide, extending from the center towards the right edge.





## Un médecin

- Convaincu de l'absence d'autres solutions, du caractère irréversible de la souffrance et de l'absence de pressions extérieures
  - Prendre le temps
    - Respecter un délai raisonnable (1 mois)
    - Rencontrer le patient à plusieurs reprises
  - Consulter les proches (à la demande du patient)
  - Prendre l'avis de l'équipe soignante
  - Consulter un (ou deux) médecins experts indépendants
- Prêt à pratiquer l'acte lui-même
  - Déclarer l'acte endéans les 8 jours
- Libre de refuser mais obligé d'en informer le patient

## Un patient

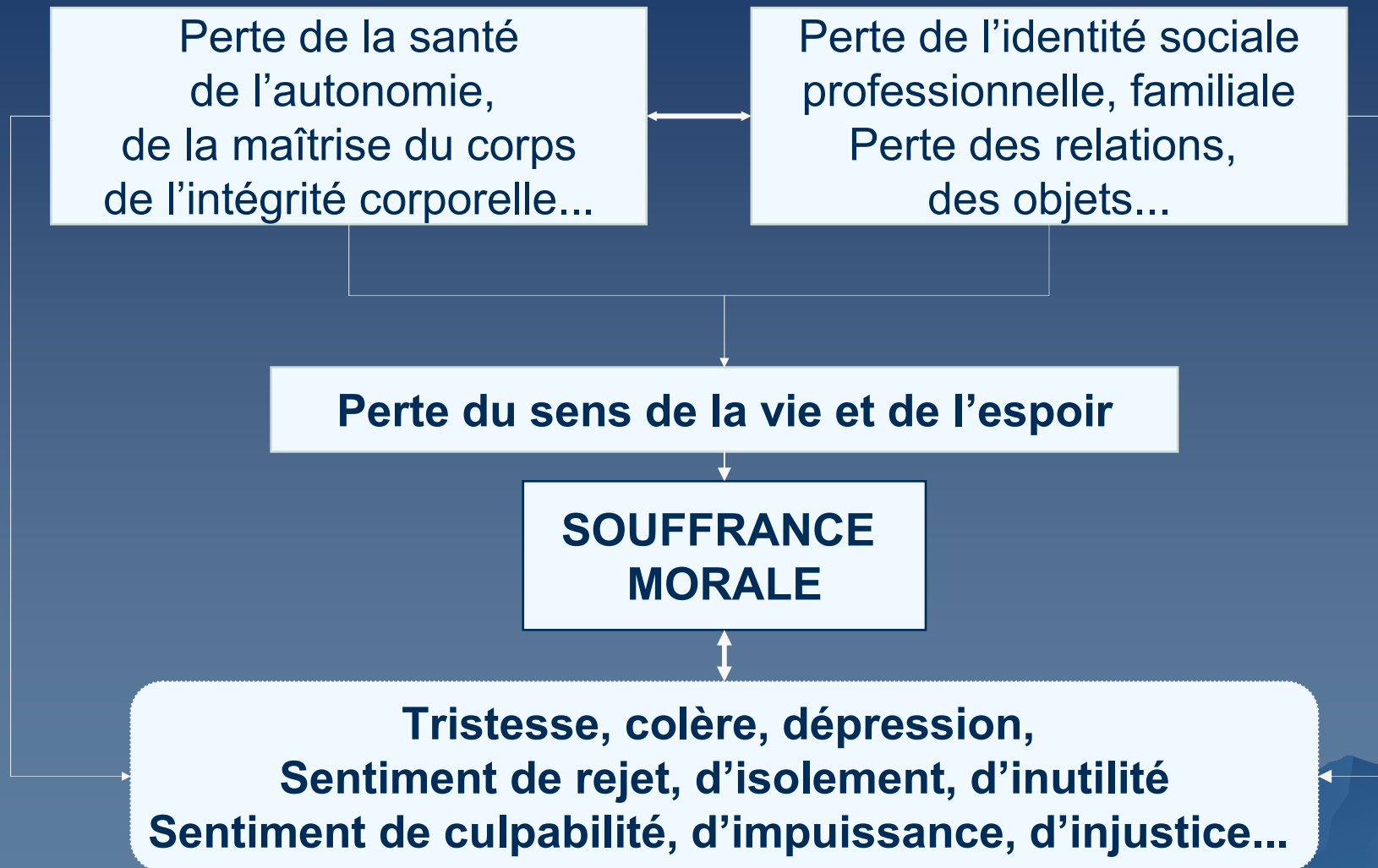
- Apte à exprimer sa volonté (majeur ou mineur émancipé, capable et conscient au moment de la demande)
- Informé de son état de santé, de son espérance de vie et des possibilités thérapeutiques encore envisageables
- En état de souffrance physique ou psychique
  - Constant, insupportable, inapaisable
  - Secondaire à une affection grave et incurable
- Dont la demande d'euthanasie est
  - Volontaire (libre de contrainte extérieure)
  - Réfléchie (informé sur la maladie, son degré de gravité, les autres solutions envisageables et leurs conséquences)
  - Répétée (hors d'un contexte d'urgence)
  - Écrite (par une personne majeure « désintéressée », en présence du médecin, s'il y a incapacité à écrire)

- Identifier et clarifier la demande du malade
- Explorer et identifier les éléments de souffrance qui conduisent le patient à émettre sa demande d'euthanasie
- Rechercher avec le malade des solutions réalistes pour remédier aux éléments constitutif de la souffrance
- Si aucune solution satisfaisante n'est trouvée, consulter un collègue expert dans le domaine
- Si aucune solution n'est trouvée ou si les résultats obtenus sont insatisfaisants, proposer des alternatives à l'euthanasie (arrêt de traitement - sédation assistée...)
- Si ces alternatives sont rejetées par le patient ou échouent et si la demande d'euthanasie persiste, clarifier le niveau d'intervention de l'équipe soignante et de ses différents membres
- Donner des informations concernant la procédure légale

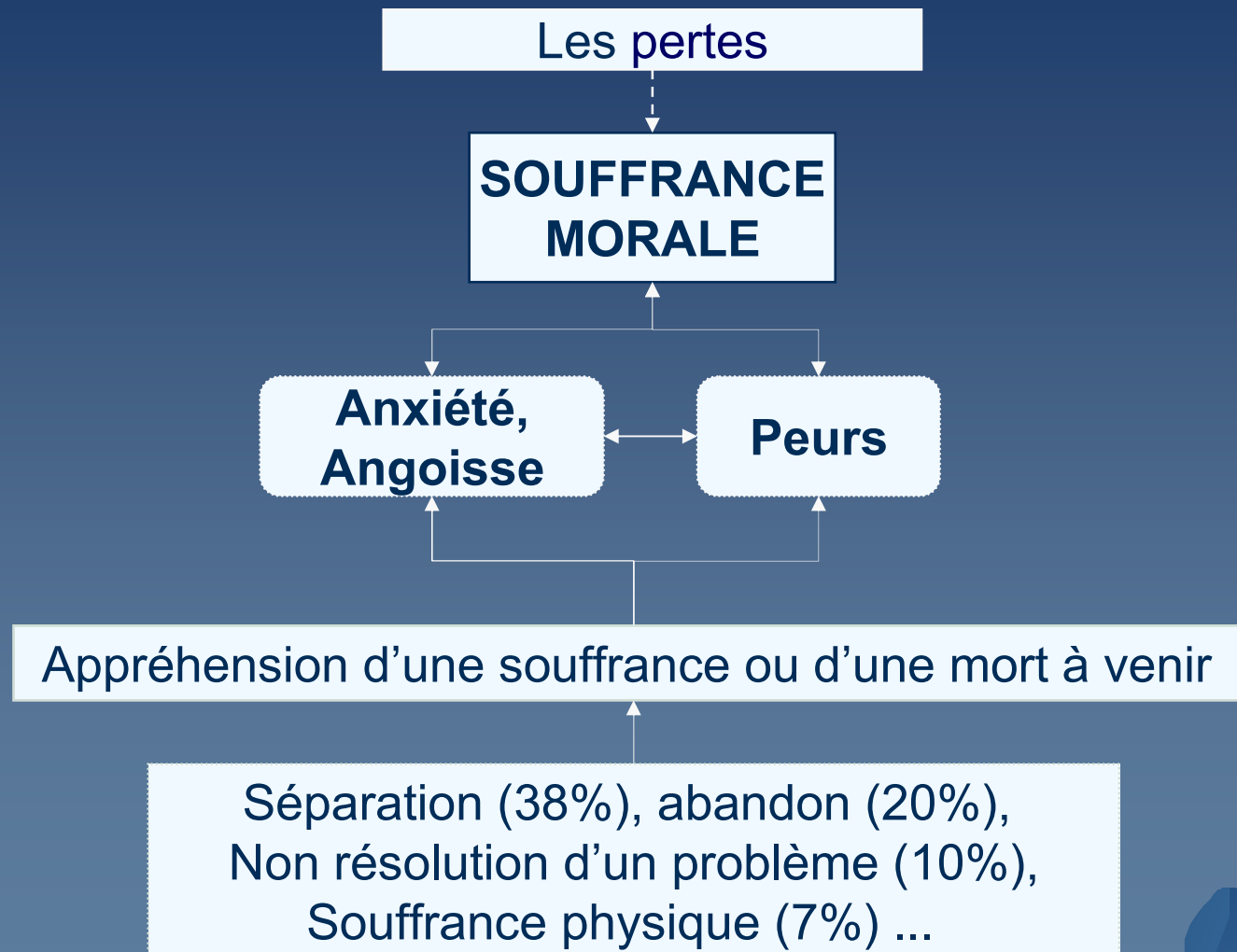
## Le problème de la vérité

- Pourquoi dire ?
  - Le malade a le droit d'assumer son avenir en adulte
  - L'accompagnement est facilité par un climat de vérité
- Comment dire ?
  - En cheminant avec le malade dans une relation durable
  - En respectant ses mécanismes de défense
  - En l'écouter et en laissant la porte ouverte
  - En ménageant l'espoir (latitude d'interprétation)
- A qui dire ?
  - Au malade et aux proches
  - En respectant une juste mesure entre eux

## Une succession de pertes



## Une succession de peurs



**Diagnostic**

Face à sa mort

Traumatisme psychique

Déni, évitement,  
marchandage,  
régression, colère...

Mécanismes de défense

**Évolution**

Dépression

« Acceptation »

Appétence  
relationnelle accrue

« Travail du trépas »  
Assimiler ce qui n'a  
pu l'être jusque là

**Décès**

## Mécanismes de défense du soignant

Devant l'impuissance, l'échec et la culpabilité :

- Mensonge
- Fausse réassurance, optimisation
- Banalisation
- Esquive, évitement
- Rationalisation, médicalisation
- Fuite en avant, anticipation ...



# L'équipe mobile hospitalière

## Structure

- Pour le patient séjournant à l'hôpital
- Multidisciplinaire : médecin, infirmière et psychologue
- Subsidié par forfait – sans frais pour le patient

## Fonction

- Instaurer une culture "palliative" dans l'établissement
- Formuler des avis en matière de soins palliatifs
- Assurer la formation continue du personnel de l'hôpital
- Veiller à la continuité des soins à la sortie de l'hôpital

## L'unité de soins palliatifs

- ◆ 12 lits spécialisés par zone de 300.000 habitants
  - Répartis en 1 ou 2 sites
  - Constitués en entité distincte ou dispersés
  - Dans une structure intra- ou extra- hospitalière
- ◆ Normes structurelles et fonctionnelles favorisant la convivialité du lieu et le travail interdisciplinaire
- ◆ Multidisciplinaire : médecin, équipe infirmière + support kinésithérapeute, assistant social, psychologue, psychiatre, conseiller spirituel...

# Equipe d'accompagnement à domicile

## Structure

- Pour le patient séjournant à domicile ou autre lieu de vie
- Multidisciplinaire : médecin, infirmières, ...
- Subsidiée par forfait – sans frais pour le patient

## Fonction

- Assister les dispensateurs de soins de première ligne
  - En proposant avis, soutien et formation
  - En dispensant certains soins spécifiques
  - En veillant à la coordination des différents intervenants
  - En assurant une continuité entre l'hôpital et le domicile