



Actualités sur les Soins palliatifs

Dr Corinne Vaysse- van Oost ,Service de soins palliatifs et MCC , Wavre



Introduction: d'abord la législation

- La législation concernant les soins palliatifs en Belgique est en constante évolution. En effet:
- - une nouvelle définition a été promulguée
- - donc certains arrêtés ont été modifiés
- - des différences régionales existent
- Des nouveaux arrêtés wallons!

La fin de vie régie par les 3 lois de 2002

- Loi sur les droits du patient qui reconnaît au malade: un droit à l'information concernant sa pathologie, la nécessité d'obtenir son consentement pour les soins (prise de sang, radios, traitements..), la possibilité de directives anticipées, la cascade des représentations..
- Loi sur l'euthanasie qui dépénalise l'acte dans des conditions bien précises
- Loi sur les soins palliatifs
-

La loi Cadre du 14 juin 2002

- « Art. 2. Tout patient doit pouvoir bénéficier de soins palliatifs dans le cadre de l'accompagnement de sa fin de vie.
 - Les dispositifs d'offre de soins palliatifs et les critères de remboursement de ces soins par la sécurité sociale doivent garantir l'égalité d'accès aux soins palliatifs de tous les patients incurables, dans l'ensemble de l'offre de soins.
- + Commission fédérale d'Evaluation des Soins Palliatifs

Définition des Soins Palliatifs en 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 les plans 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 possible et une autonomie maximale. Les soins palliatifs tendent à garantir et à optimaliser la qualité de vie pour le patient et pour sa famille, durant le temps qu'il lui reste à vivre.

Changement de paradigme...

- ces soins naissent de l'aveu de l'impuissance à guérir, du consentement à la finitude humaine, de l'humilité devant le tragique de la condition mortelle. Cette faiblesse assumée est la condition d'une nouvelle puissance, celle d'offrir à la personne malade, y compris à ses derniers moments, les conditions d'un accomplissement et le réconfort d'un accompagnement.....l'investissement dans le travail des soins palliatifs permet de renouer avec la vocation la plus traditionnelle de la médecine, qui n'est pas réduite à la seule recherche biomédicale visant à la guérison, mais qui applique les savoirs et savoir faire de la science et de la technique à la rencontre singulière du patient en respectant ses souhaits..

Spécificités des soins palliatifs

- Un travail multidisciplinaire : le médecin a besoin des autres soignants...et parfois des spécialistes
- Un travail en équipe : une réunion pluridisciplinaire une fois/semaine où tous les aspects sont abordés
- Une dimension d'accompagnement : on fait appel aux psy, bénévoles, intervenants en soins spirituels...
- Qualité de vie plutôt que quantité..priorité au confort..écoute et accompagnement des proches

A partir de 2000-2002 sur le terrain ..

La Belgique se dite d'un » maillage » palliatif a peu près unique au monde!!

Des équipes se mettent en place , des formations se donnent aux infirmières, aux médecins..

Les moyens des SP: Des équipes!!

- -Des réseaux locaux ou plates formes qui s'efforcent de promouvoir les SP par l'information, la formation des intervenants, la réflexion éthique, le soutien psychologique y compris jusqu'au deuil
- -Des équipes de seconde ligne ou de soutien à domicile, y compris dans les MR-MRS, et dans tous les hôpitaux les fonctions ou équipes mobiles palliatives pour aider la première ligne de soins
- -quelques unités de soins palliatifs dans les hôpitaux pour des patients et un séjour limités

En MR-MRS

- Nécessité pour la MRS d'appartenir à la plate forme locale qui propose des rencontres de concertation, des formations pour le personnel, des lieux de parole, une commission éthique..
- Lien fonctionnel avec une unité résidentielle de SP à l'hôpital
- MCC coresponsable diffusion de culture palliative+ formation
- MCC veille à l'ACP dans le dossier de soins (PSPA, Projet thérapie)
- Chaque MRS a une fonction palliative portée par le MCC ou un infirmier formé en SP

Nouvelles législations

- 21 Juillet 2016: nouvelle définition des soins palliatifs (loi fédérale votée par les Chambres)
- 21 octobre 2018 échelle d'identification du patient palliatif (loi fédérale votée par les Chambres)
- On attend de l'INAMI la mise en œuvre pour les professionnels+ honoraires spécifiques pour ACP
- 3 mai 2019 décrets wallons dans le cadre du transfert de compétence (SP à domicile)

La définition des SP de juillet 2016:

- Par soins palliatifs, il y a lieu d'entendre: l'ensemble des soins apportés au patient qui se trouve à un **stade avancé** ou terminal d'une maladie grave, évolutive et mettant en péril le pronostic vital, et ce ***quelle que soit son espérance de vie.***
- Un ensemble multidisciplinaire de soins est garanti pour assurer l'accompagnement de ces patients, et ce sur les plans physique, psychique, social, moral, existentiel et, le cas échéant, spirituel.
- Les soins palliatifs offrent au malade et à ses proches la meilleure qualité de vie possible et une autonomie maximale. Les soins palliatifs tendent à garantir et à optimiser aussi longtemps que possible la qualité de vie pour le patient et pour ses proches et aidants proches

Suite de la nouvelle définition

- Les soins palliatifs sont prodigués dès le moment où le patient est identifié comme palliatif jusqu'à et y compris la phase terminale. Les soins palliatifs peuvent également être entamés alors que des traitements sont encore en cours jusqu'aux soins liés pour les proches et aidants proches jusqu'après le décès. Idéalement, le recours aux soins palliatifs se fait de façon progressive en fonction des besoins et souhaits en matière de soins, quelle que soit l'espérance de vie.
- Le Roi fixe les modalités de mise en œuvre des directives scientifiques appliquées tant pour l'identification du malade comme palliatif que pour l'évaluation des souhaits et des besoins en matière de soins.”

L'identification du patient palliatif: le PICT

- PICT= Palliative Care Indicators Tool (outil belge)
- L'outil se présente comme un algorithme décisionnel, composé de 2 parties. La première identifie le patient palliatif: c'est cette partie qui a été publiée en octobre 2018 comme échelle d'identification du patient palliatif
- On attend la deuxième partie, qui permet l'évaluation des besoins (et donc des moyens) : la proposition tendrait à aboutir à 3 statuts différents.

Le PICT ...Suite

- L'échelle s'appuie sur 3 critères qui conduisent au patient palliatif :
 - ☐ Le premier critère s'appuie sur la Question Surprise. Si l'évaluateur pense que le patient pourrait décéder dans les 6 à 12 prochains mois, il passe au filtre suivant. Sinon, le patient n'entre pas en ligne de compte pour des soins palliatifs.

- ☐ Le deuxième critère mesure la fragilité du malade à l'aide de 7 indicateurs : la baisse de performance, la perte de poids, la persistance d'un symptôme, des comorbidités, 1 ou des hospitalisations, l'intensification de l'aide, et le refus de poursuivre un traitement curatif. Si l'évaluateur retient 2 indicateurs ou +, il passe au troisième filtre. Sinon, le patient n'est pas qualifié de « palliatif ».

- ☐ Le dernier filtre explore l'incurabilité de la pathologie. Huit types d'affection sont proposés : les pathologies oncologiques, cardiovasculaires, respiratoires, rénales, hépatiques, neurologiques, infectieuses et les syndromes gériatriques. Chacun est associé à quelques critères qui définissent le caractère incurable et évolutif de la pathologie.. L'outil laisse la possibilité à l'évaluateur d'inclure d'autres pathologies que celles citées.

OUI

1. Seriez-vous surpris si votre patient venait à décéder dans les 6 à 12 prochains mois ?

NON

2. Votre patient répond-il à plus de 2 indicateurs de fragilité mentionnés ci-dessous ?

- Le patient reste au fauteuil ou au lit plus de la moitié de la journée, sans chance d'amélioration.
- Perte pondérale $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou un indice de masse corporelle $< 20 \text{ kg/m}^2$ ou albuminémie $< 35\text{gr/litre}$.
- Douleur ou autre symptôme persistant et gênant malgré une thérapie optimale de l'affection incurable sous-jacente.
- Au moins 1 comorbidité cardiaque, pulmonaire, rénale ou hépatique sévère ou 2 comorbidités non équilibrées ou non traitées (y compris alcoolisme, toxicomanie, et handicap).
- Au moins 2 hospitalisations imprévues ou 1 hospitalisation d'une durée ≥ 4 semaines, au cours des 6 derniers mois (éventuelle hospitalisation en cours comprise).
- Intensification des soins infirmiers et/ou intervention hebdomadaire de plusieurs professionnels de la santé de disciplines différentes (à domicile ou en MR-MRS).
- Demande de soins palliatifs ou refus de (pour)suivre un traitement visant à prolonger la vie de la part du patient (ou des proches si patient inapte).

NON

OUI

3. Votre patient présente-t-il au moins un des critères d'incurabilité d'une affection potentiellement mortelle ?

Cf. critères 3.1. à 3.9. détaillés en page 2.

- 3.1. En cas de pathologie oncologique ou hématologique
- 3.2. En cas de pathologie cardiaque ou pathologie vasculaire périphérique
- 3.3. En cas de pathologie respiratoire
- 3.4. En cas de pathologie rénale
- 3.5. En cas de pathologie digestive ou hépatique
- 3.6. En cas de pathologie neurologique
- 3.7. En cas de syndrome gériatrique
- 3.8. En cas de pathologie infectieuse
- 3.9. Une autre pathologie incurable et évolutive sans possibilité de rétablissement ou de stabilisation qui n'est pas mentionnée aux points 3.1 à 3.8.

OUI

Le patient est identifié comme patient palliatif.

NON

Le patient n'est pas identifié comme patient palliatif.

*Dans le cas où votre patient est identifié comme palliatif, les fédérations belges de soins palliatifs vous encouragent à **définir un plan de soins et un ACP (« Advanced Care Planning »)***, avec votre patient et en concertation interdisciplinaire.*

Critères d'incurabilité d'une affection potentiellement mortelle.

3.1. En cas de pathologie oncologique ou hématologique :

- Déclin fonctionnel lié à l'évolution tumorale ou à une complication médicale ou chirurgicale
- Refus ou contre-indication à poursuivre un traitement oncologique, ou poursuite du traitement à visée purement symptomatique
- Syndrome myélodysplasique à haut risque de transformation leucémique avec contre-indication à la greffe médullaire ou syndrome myélodysplasique compliqué d'une neutropénie ou d'une thrombopénie sévère et persistante.

3.2. En cas de pathologie cardiaque ou pathologie vasculaire périphérique :

- Insuffisance cardiaque NYHA IV ou maladie des coronaires étendue et non traitable, accompagnée de symptômes présents au repos et aggravés au moindre effort
- Maladie vasculaire périphérique sévère et inopérable.

3.3. En cas de pathologie respiratoire :

- Maladie respiratoire chronique sévère et accompagnée d'une dyspnée au repos ou au moindre effort entre les périodes d'exacerbation
- Besoin d'une oxygénothérapie au long cours, ou d'une ventilation (invasive ou non invasive), ou contre-indication à ces traitements.

3.4. En cas de pathologie rénale :

- Maladie rénale chronique de stade 4 ou 5 (ou FG < 30ml/min), traitée ou non par dialyse et accompagnée d'une détérioration de l'état de santé
- Contre-indication, arrêt ou refus de dialyse
- Insuffisance rénale aiguë compliquant une maladie incurable ou un traitement chez un malade dont le pronostic de vie est limité.

3.5. En cas de pathologie digestive ou hépatique :

- Cirrhose grave décompensée avec échec du traitement médical et contre-indication à la transplantation hépatique
- Hémorragie, occlusion ou perforation du tube digestif d'origine non néoplasique avec échec ou contre-indication à un traitement médical et/ou chirurgical.

Contre-indication, arrêt ou refus de dialyse

- Insuffisance rénale aiguë compliquant une maladie incurable ou un traitement chez un malade dont le pronostic de vie est limité.

3.5. En cas de pathologie digestive ou hépatique :

- Cirrhose grave décompensée avec échec du traitement médical et contre-indication à la transplantation hépatique
- Hémorragie, occlusion ou perforation du tube digestif d'origine non néoplasique avec échec ou contre-indication à un traitement médical et/ou chirurgical.

3.6. En cas de pathologie neurologique :

- Altération irréversible et sévère des capacités fonctionnelles et / ou cognitives et / ou de l'état de conscience, malgré une thérapie optimale
- Dysarthrie progressive rendant la parole difficile à comprendre, ou dysphagie irréversible et responsable de pneumonies d'aspiration récurrentes.

3.7. En cas de syndrome gériatrique :

- Incapacité de se déplacer, de s'habiller, de se laver et de manger sans l'assistance d'un tiers associé avec au moins un des six critères suivants :
 - Incontinence urinaire et fécale
 - Refus alimentaire et/ou refus de soins persistant
 - Perte définitive de l'appétit, ou perte de poids $\geq 10\%$ en 1 mois, ou indice de masse corporelle < 18 , ou albuminémie $< 30\text{gr/litre}$
 - Incapacité à parler, à communiquer et à reconnaître ses proches
 - Antécédents de chutes répétées ou d'une chute compliquée
 - Dysphagie irréversible et pneumonies d'aspiration récidivantes.

3.8. En cas de pathologie infectieuse :

- une infection ne répond pas aux traitements.

3.9. Une autre pathologie incurable et évolutive sans possibilité de rétablissement ou de stabilisation qui n'est pas mentionnée aux points 3.1 à 3.8.

Critère 2 de fragilité

2. Votre patient répond-il à plus de 2 indicateurs de fragilité:

- le patient reste au fauteuil ou au lit plus de la moitié de la journée, sans chance d'amélioration
- Perte pondérale $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou un indice de masse corporelle $< 20 \text{ kg/m}^2$ ou albuminémie $< 35 \text{ gr/l}$
- Douleur ou autre symptôme persistant et gênant malgré une thérapie optimale de l'affection incurable sous-jacente
- Au moins 1 comorbidité cardiaque, pulmonaire, rénale ou hépatique sévère ou 2 comorbidités non équilibrées ou non traitées (y compris alcoolisme, toxicomanie, et handicap)
- Au moins 2 hospitalisations imprévues ou 1 hospitalisation d'une durée ≥ 4 semaines, au cours des 6 derniers mois (éventuelle hospitalisation en cours comprise)
- Intensification des soins infirmiers et/ou intervention hebdomadaire de plusieurs professionnels de la santé de disciplines différentes (à domicile ou en MR-MRS)
- Demande de soins palliatifs ou refus de (pour)suivre un traitement visant à prolonger la vie de part du patient (ou des proches si patient inapte)

Critère 3 de pathologie

➔ 3. Votre patient présente-t-il au moins un des critères d'incurabilité d'une affection potentiellement mortelle ?

. **3.1.** En cas de pathologie oncologique ou hématologique :

a) Déclin fonctionnel lié à l'évolution tumorale ou à une complication médicale ou chirurgicale

b) Refus ou contre-indication à poursuivre un traitement oncologique, ou poursuite du traitement à visée purement symptomatique

c) Syndrome myélodysplasique à haut risque de transformation leucémique avec contre-indication à la greffe médullaire ou syndrome myélodysplasique compliqué d'une neutropénie ou d'une thrombopénie sévère et persistante.

3.2. En cas de pathologie cardiaque ou pathologie vasculaire périphérique :

a) Insuffisance cardiaque NYHA IV ou maladie des coronaires étendue et non traitable, accompagnée de symptômes présents au repos et aggravés au moindre effort

b) Maladie vasculaire périphérique sévère et inopérable.

3.3. En cas de pathologie respiratoire :

a) Maladie respiratoire chronique sévère et accompagnée d'une dyspnée au repos ou au moindre effort entre les périodes d'exacerbation

b) Besoin d'une oxygénothérapie au long cours, ou d'une ventilation (invasive ou non invasive), ou contre-indication à ces traitements.

Critère 3 de pathologie : suite

➔ **3.4.** En cas de pathologie rénale :

- a) Maladie rénale chronique de stade 4 ou 5 (ou $FG < 30\text{ml/min}$), traitée ou non par dialyse et accompagnée d'une détérioration de l'état de santé
- b) Contre-indication, arrêt ou refus de dialyse
- c) Insuffisance rénale aiguë compliquant une maladie incurable ou un traitement chez un malade dont le pronostic de vie est limité.

3.5. En cas de pathologie digestive ou hépatique :

- a) Cirrhose grave décompensée avec échec du traitement médical et contre-indication à la transplantation hépatique
- b) Hémorragie, occlusion ou perforation du tube digestif d'origine non néoplasique avec échec ou contre-indication à un traitement médical et/ou chirurgical

Critère 3 de pathologie (fin)

➔ **3.6.** En cas de pathologie neurologique :

- a) Altération irréversible et sévère des capacités fonctionnelles et / ou cognitives et / ou de l'état de conscience, malgré une thérapie optimale
- b) Dysarthrie progressive rendant la parole difficile à comprendre, ou dysphagie irréversible, responsable de pneumonies d'aspiration récurrentes.

3.7. En cas de syndrome gériatrique : incapacité de se déplacer, de s'habiller, de se laver et de manger sans l'assistance d'un tiers associé avec au moins un des six critères suivants :

- a) Incontinence urinaire et fécale
- b) Refus alimentaire et/ou refus de soins persistant
- c) Perte définitive de l'appétit, ou perte de poids $\geq 10\%$ en 1 mois, ou indice de masse corporelle < 18 , ou albuminémie $< 30\text{gr/litre}$
- d) Incapacité à parler, à communiquer et à reconnaître ses proches
- e) Antécédents de chutes répétées ou d'une chute compliquée
- f) Dysphagie irréversible et pneumonies d'aspiration récidivantes.

3.8. En cas de pathologie infectieuse :

une infection ne répond pas aux traitements. .

A l'INAMI: le statut palliatif en MR- MRS

- La définition a changé..mais pas encore pour l'INAMI: dans les documents qui permettent de demander le statut palliatif, il est encore mentionné le fait que le patient doit avoir une durée de survie prévisible de moins de TROIS mois (et non un an..) : on est bien dans la phase terminale de la maladie.
- - ce statut donne droit à la suppression du ticket modérateur pour les visites du médecin généraliste, mais il est demandé à ce dernier une disponibilité accrue; les équipes de soutien en soins palliatifs peuvent intervenir , en accord avec le médecin.
- On attend encore les modalités pour les SP plus précoces!

En Wallonie, les plates formes de SP

- ➔ Les plates formes font un travail de réseau pour développer la culture des SP sur leur territoire: séance d'information, modules de formation à destinations des soignants , y compris les médecins, mais aussi développement d'outils comme le PSPA, proposition de réflexion éthique , colloque bisannuel régional, journées de concertation spécifique aux MR-MRS, interventions spécifiques..
- ➔ Les psychologues des PF interviennent aussi bien auprès du patient et des proches que pour soutenir les équipes soignantes.
- ➔ Les 8 plates formes wallonnes attendent, vu les transferts de compétence, leur cadre réglementaire et financier de la RW ..à Bruxelles, Palliabru va être intégré à une super-structure 1L

Les Soins palliatifs à domicile en Wallonie

- Les dispositions relatives aux soins palliatifs à domicile ont fait l'objet d'un décret inséré dans le Code wallon de l'Action sociale et de la santé , décret qui a été approuvé par le Parlement wallon
- Ce décret organise les SP autour de 3 structures, les plates formes, la FWSP et les équipes de soutien. Un budget a été approuvé aussi qui pérennise l'organisation actuelle, en accord avec le secteur
- On attend les moyens financiers de l'INAMI.

Du côté éthique, quelles actualités?

- Toutes les plates formes et équipes de deuxième ligne , à domicile comme en hôpital, pratiquent « des SP intégraux », des SP où la demande d'euthanasie fait partie de leur travail d'accompagt
- Les PF promeuvent la démarche d'ACP via PSPA
- Les équipes de soutien aident à la mise en place d'un projet thérapeutique de SP (avec P. Détresse)
- Certains médecins de SP sont aussi médecins EOL

L'accompagnement d'un patient en DE

- S'il accepte les soins palliatifs, cela peut permettre que tous soient respectés dans leurs valeurs, limites
- Pour lui, l'objectif de tous est le confort physique
- L'accompagnement sera attentif à ses souffrances
- L'équipe se mettra aussi à l'écoute de ses proches, et pourra proposer un apport spirituel ou religieux
- Si acte il y a, on veillera à la sérénité du moment

PSPA et Projet thérapeutique

- Quand se profile la dernière année possible de vie, il paraît raisonnable de s'entretenir avec le résident d'une MR- MRS de ses souhaits pour sa fin de vie.
- Le PSPA est un outil qui permet à une personne, avec l'aide de ses proches, de ses soignants de mettre ses choix par écrit. La partie concernant sa santé doit être remplie avec le soutien du médecin.
- Un projet thérapeutique peut être proposé par l'équipe soignante si le PSPA n'est pas assez précis

Pourquoi le PSPA en institution de soins?

- En urgence qui décide, et comment ?
- Si malaise grave, MT injoignable?
- Il faut ANTICIPER...si nous voulons respecter notre patient..
- Ce qui veut dire prendre le temps d'échanger avec lui concernant ses souhaits de fin de vie!

PUBLICATIONS: LE PSPA

A destination des professionnels de la santé

DEMARCHE D'ACCOMPAGNEMENT

Projet de soins personnalisés et anticipés



Faire entendre sa voix jusqu'au bout de sa vie ...

Mode d'utilisation

Avec le soutien de la Fondation Roi Baudouin

Dans le cadre du projet En route pour la vie : "Comment exprimer ses souhaits concernant son accompagnement et ses soins futurs, si un jour nous ne sommes plus à même de les dire nous-même ?"
Une autre manière d'aborder le PSPA (15/05/2017)



Ce carnet comprend différents volets concernant les souhaits que vous souhaitez exprimer pour votre fin de vie. Ils seront pris en compte dans la mesure du possible.

Carnet de vie

Faire entendre sa voix jusqu'au bout de sa vie ...

Pallium

Carnet comprenant les différents documents légaux concernant les choix de fin de vie

Déclarations de volonté

Faire entendre sa voix jusqu'au bout de sa vie ...

Pallium

Ce carnet est destiné aux personnes qui sont amenées à s'accompagner en fin de vie et sera utilisé dans le respect de mes volontés au cas où et tant que je ne suis plus capable de prendre moi-même une décision.

Conditions d'utilisation

Faire entendre sa voix jusqu'au bout de sa vie ...

Pallium

Différence entre directives anticipées et projet thérapeutique

Directives anticipées

- = l'expression écrite par avance de la volonté d'une personne sur le **type de soins qu'elle souhaite recevoir ou non** dans des situations données et au cas où elle ne serait **plus en mesure de s'exprimer elle-même**
- **Choix du patient** en concertation avec son médecin, ses proches
- Référence au vécu personnel
- évolutif

Projet thérapeutique

- = décider du **niveau d'intensité des soins** qui seront prodigués en cas de détérioration aigüe de l'état du patient, et par là de l'arrêt ou de la non mise en œuvre de certains traitements.
- **Choix du médecin** en concertation avec le patient et ses proches
- Référence à un protocole de soins
- évolutif

Nos attentes

- - les modalités concrètes pour l'honoraire promis (et budgété à l'INAMI selon la ministre fédérale) pour la consultation concernant la discussion autour des directives anticipées (ACP)
- La deuxième partie du PICT qui permettrait la mise en place de trois statuts différents de SP selon les besoins du patient
- L'adaptation du financement des équipes de soutien en Wallonie à la population , donc aux besoins réels (blocage)
- La mise en place de structures intermédiaires entre le domicile et l'hôpital , soit des Centres de jour, soit du Middle care



Portail des **soins palliatifs** en Wallonie

[Accueil](#) | [Fédération wallonne](#) | [Soins palliatifs](#) | [Aides et soutien](#) | [Acteurs](#) | [Documentation](#) | [Formation](#) | [Agenda](#)

Prochainement

- » **05 juin 2012**
Café Deuil - un moment de rencontre suite à la perte d'un être cher
- » **07 juin 2012**
La solitude du psychologue - Cycle pour les psychologues en soins continus et palliatifs de Liège-Huy-Waremme
- » **08 juin 2012**
1ère journée psychologie - Enfants de parents malades et parents d'enfants malades, quelle prise en charge est possible de nos jours au sein d'un hôpital?



Nos annuaires

Les soins palliatifs

» [En Wallonie](#)

Je cherche :

Type d'acteur

Tous les acteurs

Code Postal

1300

Ok

» [A Bruxelles](#)

» [En Flandre](#)

Enfants et maladie grave

Lieu d'intervention

Tous

Public visé

Tous

Catégorie de services proposés

Tous

Recherche par nom

Soins palliatifs

- » Définition
- » Historique
- » Législation

Bénéficiaire de soins palliatifs

- » Où se pratiquent les soins palliatifs ?
- » Aides financières

Pour les professionnels

- » Formulaires
- » Organiser le retour à domicile

Accompagnement spécifique

- » Enfant face à la maladie grave
- » Handicap et SP

NEW - LA SOLITUDE DU PSYCHOLOGUE : CYCLE POUR LES PSYCHOLOGUES EN SOINS CONTINUS ET PALLIATIFS - 09 mai 2012

Le psychologue est là depuis l'annonce du diagnostic jusqu'à la mort du patient. Il est attendu de lui qu'il intervienne auprès des malades, des familles et qu'il seconde les équipes soignantes. Le psy est souvent le seul représentant de sa fonction au sein des équipes soignantes : quels sont les risques d'épuisement professionnel pour le psy régulièrement exposé à des situations à forte charge émotionnelle ? Comment peut-il préserver une extériorité suffisante, un espace tiers indispensable à l'exercice de sa fonction au sein de l'équipe soignante ? Quel rôle peuvent jouer les groupes d'intervention extérieurs ?

A partir du modèle **systémique**, nous allons essayer de comprendre les interactions entre les divers niveaux (individu, famille, équipe soignante) et la multiplicité des points de vue (médical, soignant, psy,...) impliqués dans l'accompagnement des patients... Cliquez sur l'affiche pour consulter le programme !



NEW - ORTHODOSE : LOGICIEL DE CALCUL D'ENTRE-DOSE MORPHINIQUE, TELECHARGEABLE GRATUITEMENT - 25 avril 2012.

A destination des médecins et des professionnels de la santé, le logiciel **orthodose** permet de se familiariser à l'usage de l'entre-dose ou inter-dose morphinique, et renforce ainsi la lutte contre les douleurs cancéreuses. Téléchargement gratuit du logiciel via le site www.orthodose.com ou cliquez sur le logo pour y accéder.



» Espace Presse

» Consulter la revue SoinsPalliatifs.be

» Liens utiles

» Participer au portail

En Conclusion

- On parle maintenant de SP si la mort est prévisible dans l'année qui vient. Il est intéressant de savoir si le PICT permet un statut palliatif. . Alors il est recommandé de remplir avec le patient l'ACP (PSPA) , ou , à défaut un projet thérapeutique.
- Actuellement le statut palliatif ne concerne l'INAMI que pour les trois derniers mois.
- Quant aux équipes et aux plates formes, on peut toujours essayer de les solliciter dès le début.