

Mots clés :

Soin palliatif  
Fin de vie  
Organisation  
des soins  
Spécialité

## Les soins palliatifs, un nouveau modèle de soins

Le concept de soins palliatifs a été élaboré à partir de travaux britanniques il y a une vingtaine d'années. Ce « modèle » de soins a été promu en France par quelques précurseurs, puis accompagné et encouragé par plusieurs lois. Mais son principe même reste encore à préciser : s'agit-il d'une nouvelle spécialité médicale ou d'une démarche de soins applicable à tous les modes d'exercice ? Une synthèse récente<sup>1</sup> apporte à cette question quelques éléments de réponse spécifiques à notre système de soins.

### Un nouveau modèle de soins

Dispenser des soins palliatifs ne se limite pas à arrêter les traitements spécifiques de la maladie. En France, la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs proposait comme définition en 1992 « *des soins actifs dans une approche très globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. Leur objectif est de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. Les soins palliatifs et d'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution* ». Cette démarche active vise donc à améliorer la qualité de vie plus qu'à retarder la mort.

### Une démarche de soins et non une spécialisation

La loi de 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs les définissait à nouveau comme des pratiques de soins pouvant être pratiquées par tout professionnel de santé. Une circulaire ministérielle rappelait en 2002 que « *les soins palliatifs doivent progressivement s'intégrer dans la pratique de tous les soignants, à domicile comme en établissement de santé* ».

Les soins palliatifs sont caractérisés par des attitudes, des gestes diagnostiques et thérapeutiques adaptés, une capacité d'attention au malade et à ses proches, ainsi qu'un travail en équipe. Le « *droit d'accès* » à ces soins ne signifie pas l'accès à des structures spécialisées, mais plutôt la garantie que, le moment venu, le patient et ses proches auront affaire à des professionnels, non « *spécialistes* » mais « *compétents* ».

### Que retenir pour notre pratique ?

**Les soins palliatifs concernent tous les soignants.** Il ne doit pas s'agir d'une nouvelle spécialisation, mais d'une « démarche » globale concernant l'ensemble des médecins en position de soins. Leur développement est prévu par la loi. L'intervention éventuelle d'équipes de professionnels spécialement formés n'a pas pour objectif de se substituer à l'action du médecin traitant, mais de lui apporter le soutien et les moyens nécessaires à cette démarche.

**L'interdisciplinarité est nécessaire,** avec ses « temps » spécifiques de rencontres et de discussions entre professionnels concernés, bien au-delà des seuls médecins.

**Les soins palliatifs sont un modèle de médecine centrée sur le patient,** particulièrement en accord avec l'évolution générale souhaitable de la médecine.

Tout cela implique une réflexion en profondeur sur la formation des professionnels, l'organisation des soins, et leur rémunération.

Nous reviendrons dans de prochains Bibliomed sur ces divers aspects.

### Plusieurs modalités d'organisation

Après la tendance initiale de spécialisation, la prise en compte de l'objectif général ainsi que de l'étendue des besoins a conduit à proposer quatre dispositifs :

- *les unités de soins palliatifs*, services hospitaliers spécialisés accueillant uniquement des patients en soins palliatifs. Leur nombre est limité (78 en 2004) ;
- *des lits dédiés en soins palliatifs*, réservés aux patients en soins palliatifs dans les services hospitaliers ;
- *les équipes mobiles de soins palliatifs*, équipes transversales spécialisées intervenant dans les services hospitaliers pour conseiller les équipes soignantes lors de la prise en charge des malades en soins palliatifs ; elles sont en croissance rapide (55 en 1997, 317 en 2004) ;
- *les réseaux de soins palliatifs au domicile*, permettant la prise en charge palliative à domicile, avec des équipes de coordination spécialisées pour faciliter l'organisation et apporter conseils et soutien aux professionnels de ville (84 réseaux structurés en 2004).

### Des difficultés d'acceptation par les médecins

Une telle vision progresse dans le corps médical : dans une enquête auprès de 1000 médecins français (généralistes, oncologues, neurologues, sidénologues), il apparaît deux groupes : un peu plus du 1/3 des médecins ont une vision restrictive de la place des soins palliatifs et de leur extension à la médecine de ville, voire une certaine défiance à leur égard, une attitude plus favorable à la spécialisation ; près des 2/3 ont une vision plus large de la place et du rôle des soins palliatifs, et utilisent volontiers leurs moyens. Ils sont plus favorables à leur diffusion en médecine de ville et en retrait face à la spécialisation<sup>2</sup>.

#### Références

- 1- Mino JC, Frattini MO. Les soins palliatifs en France : « mettre en pratiques » une politique de santé. *Rev fr Affaires Soc.* 2007;2:139-55.
- 2- Ben Diane MK et al. Deux points de vue de médecins sur les soins palliatifs. *Santé Publique.* 2005;17(1):75-85.