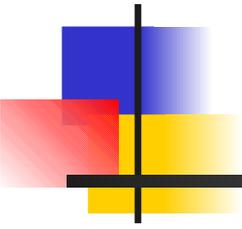
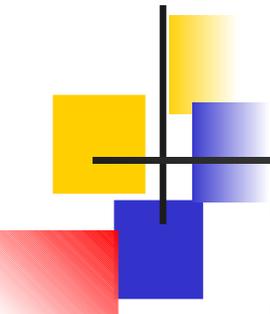


LES SOINS PALLIATIFS



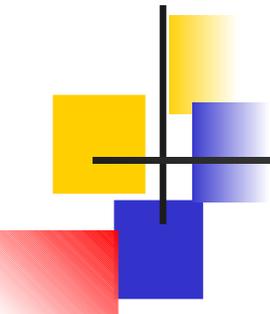
- 1 Que sont des Soins Palliatifs ?
- 2 Qu'est-ce qu'un Réseau ?
- 3 Principes d'Ethique

LES SOINS PALLIATIFS

- 
-
- **Histoire**
 - **Définition**
 - **Principes de prise en charge**
 - **Quelles indications?**
 - **L'équipe multidisciplinaire**
 - **Les traitements médicaux**
 - **Les grands axes de l'accompagnement**
 - **Cas cliniques**

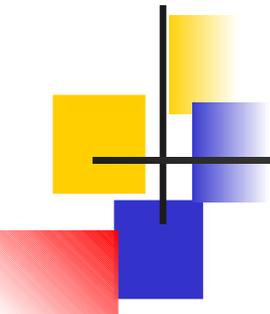
LES SOINS PALLIATIFS

Histoire

- 
- **A Lyon, en particulier, on dit que le mouvement débute avec Jeanne GARNIER et la maison du CALVAIRE en 1842 destinée à accueillir les « incurables ».**
 - **Mais le concept est anglais, du à Cicely SANDERS dans les années 60, assistante sociale, puis infirmière puis médecin fonde le ST CHRISTOPHER HOSPICE en 67 avec comme mission d'accueillir les patients cancéreux en phase terminale et leur entourage. Elle montre qu'il est possible de calmer la douleur en prescrivant de la Morphine toutes les 4 h. Leur qualité de vie est améliorée et l'accompagnement devient possible.**
 - **Concept de Douleur Totale: Expérience globale qui intègre des éléments physiques, psychiques, sociaux et spirituels**

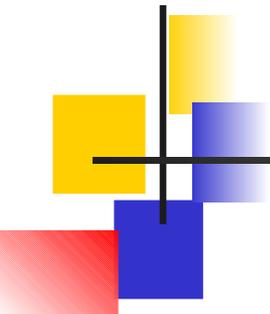
LES SOINS PALLIATIFS

Histoire

- 
- **L'œuvre de C. Saunders a une triple signification :**
 - ***Une protestation* contre le peu d'intérêt pour les mourants et leurs douleurs et souffrances**
 - ***Une attestation* de la richesse affective et morale de certaines fins de vie, à condition que les symptômes pénibles soient pris en charge et qu'existe une éthique de la communication. Temps pour les malades et leurs proches de s'enrichir mutuellement grâce à des interlocuteurs capables d'écouter.**
 - ***Une invitation* à élargir notre conception des soins. A la douleur totale seule une équipe pluridisciplinaire peut apporter une réponse globale.**

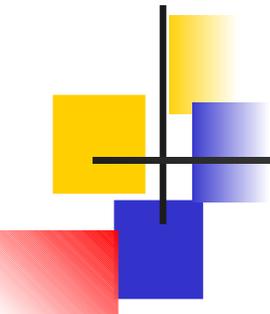
LES SOINS PALLIATIFS

Histoire

- 
- **Elisabeth KÜBLER- ROSS : Les Etapes du Mourir**
 - ***Le Refus*, avec repli sur soi, déni de la réalité**
 - ***La Colère*, avec agressivité, « pourquoi moi »**
 - ***Le Marchandage*, la patient se sait atteint mais demande un sursis**
 - ***La Dépression*, résultant du choc infligé par les diverses pertes consécutives à l'avancée de la maladie et anticipant la perte de vie, il ne sert à rien de détourner l'attention du patient, au contraire rester à ses côtés, créer une ambiance de calme, lui laisser un espace pour exprimer cette souffrance, par quelques paroles et beaucoup de silence peut l'aider à traverser cette période pénible et à atteindre le rivage d'une certaine sérénité et de**
 - ***l'Acceptation.***

LES SOINS PALLIATIFS

Histoire

- 
- **Le mouvement se développe au Canada, au Royal Victoria Hospital à Montréal avec le Dr MOUNT en 1974**
 - **En France, parution en 1986 de la circulaire sur l'accompagnement des mourants, puis création de la première unité de soins palliatifs à Paris par le Dr ABIVEN. Le Pr SCHAEFFER de Grenoble, est un pionnier dans ce domaine avec la création de l'association JALMAV**
 - **En 1999 (9/6) est votée la Loi sur les soins palliatifs :**
 - **défini le droit des patients de bénéficier de S.P.**
 - **demande l'insertion des S.P. dans le SROS**
 - **favorise coopération public –privé, précise le rôle des bénévoles**
 - **prévoit un congé d'accompagnement de trois mois**

LES SOINS PALLIATIFS

DEFINITION de la SFSP

Les S.P. sont des soins actifs dans une approche 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 S.P. et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, en domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche. Les S.P. et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Ceux qui les dispensent cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables.

LES SOINS PALLIATIFS

DEFINITION de la SFSP

Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort.

Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès et proposent un soutien aux proches en deuil.

Ils s'emploient par leur pratique clinique, leur enseignement et leur travaux de recherche, à ce que ces principes puissent être appliqués.

LES SOINS PALLIATIFS

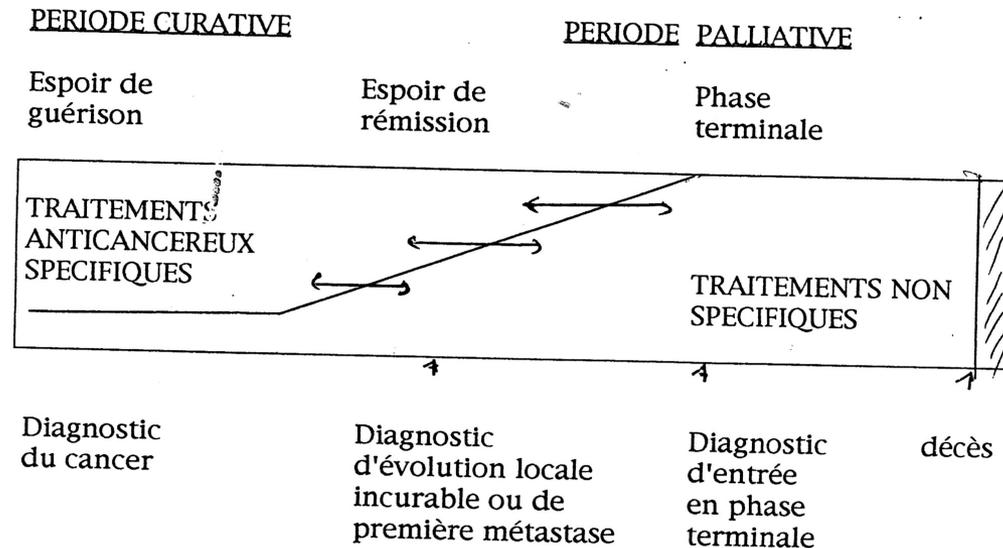
Principes de prise en charge (PAC)

- Ils reposent sur une PAC globale du patient, de ses besoins physiques et de la douleur, du contrôle des autres symptômes gênants, mais également de la PAC des difficultés psychiques, sociales et des problèmes existentiels.
- Cet accompagnement se fait avec la famille ou l'entourage qui nécessitent également d'être soutenus car la maladie comporte des périodes d'espoir et de complications. Ce soutien doit pouvoir se continuer après le décès pour prévenir le deuil pathologique.
- La PAC doit être faite par une équipe multidisciplinaire qui comporte spécialistes, médecins traitant, équipes soignantes, psychologue, assistantes sociales, ministres des cultes, bénévoles...
- L'accompagnement doit se faire dans une ambiance de vérité tout en respectant les étapes psychologiques par lesquelles passe le patient.

LES SOINS PALLIATIFS

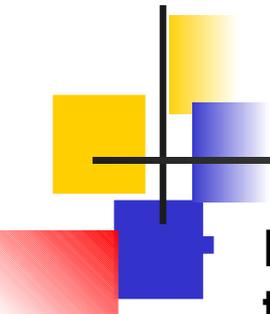
Quelles Indications ?

Schéma de **Soins Continus** du Dr VAUTRIN de NANCY



LES SOINS PALLIATIFS

L'Equipe Multidisciplinaire

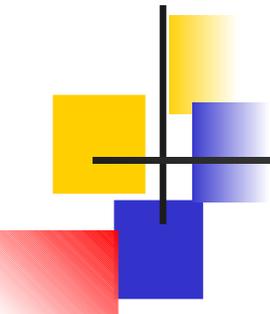


L'interdisciplinarité un nouveau mode d'organisation du travail en rupture avec le modèle hospitalier traditionnel.

- **L'interdisciplinarité exprime la dynamique entre les personnes qui échangent à partir de leur domaine de connaissance, il s'agit non pas de les juxtaposer, mais de les mêler, par le jeu du dialogue, pour qu'elles s'altèrent mutuellement. Le résultat espéré est un enrichissement de la compétence des personnes et de leur compréhension d'une situation.**
- **Une équipe est formée par divers professionnels (infirmiers, médecins , AS, Psychologues, ergothérapeute, kinés, assistantes sociales, pharmaciens, bénévoles, ministres des cultes,...) qui définissent des valeurs partagées et un cadre de fonctionnement.**

LES SOINS PALLIATIFS

Les Traitements Médicaux :_



LA DOULEUR

Définition :

La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion

LES SOINS PALLIATIFS

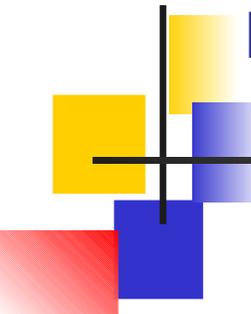
Les Traitements Médicaux : La douleur (cancéreuse)

- **70 % des patients cancéreux vont présenter une douleur qui retentit sur sa qualité de vie et signe pour lui l'aggravation de sa maladie et son pronostic péjoratif**
- **Le diagnostic doit être le plus précis possible:**
 - elle doit être recherchée systématiquement et évaluée avec des outils validés, échelles verbales quantitatives, Echelle Visuelle Analogique (EVA), ECPA... ou qualitatives (QDSA St Antoine)
 - localisation, caractère aigu ou chronique, son type
 - douleur par excès de stimulation ou nociceptive
 - douleur neuropathiques ou de désafférentation situées sur un trajet nerveux ou médullaire, superficielles à type de brûlures, picotements ou paroxystiques, à type de décharge électrique
 - douleur psychogène sans support objectif

LES SOINS PALLIATIFS

Les Traitements Médicaux :_

Les Règles du Traitement Antalgique (OMS 1984)

- 
1. **Traiter systématiquement et non à la demande**
 2. **Respecter les trois paliers antalgiques**
 - antalgiques périphériques AINS, Paracétamol
 - Ant. centraux faibles (codeine, propoxyphène)+ paracet.
 - Ant. Centraux forts opioïdes, morphine et autres
 1. **Réévaluer le patient régulièrement**
 2. **Privilégier la voie orale**
 3. **Utiliser les traitements adjuvants, corticoïdes, mannitol, massages, relaxation...**

LES SOINS PALLIATIFS

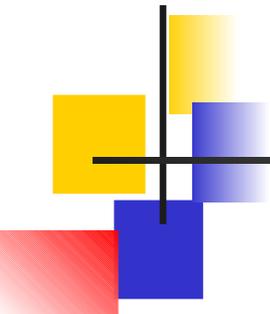
Les Traitements Médicaux : Le Traitement des Autres Symptômes

- Les Sympt. Autres que la douleur sont fréquents et peuvent diminuer la qualité de vie du patient, mais les consensus sont en voie d'élaboration. Fréquence (St Christopher 6677 pat.) :
 - Fatigue 78% - Perte de Poids 77%
 - Douleurs 71% - Anorexie 67 %
 - Essoufflement 51% - Toux 50%
 - Constipation 47% - Faiblesse 47%
 - Nausées-Vomiss. 40% - Oedem. Ascite 31%
 - Insomnie 29% - Incont. Urinaire 23%
 - Dysphagie 23% - Escarre 19%
 - Hémorragie 14% - Vertiges 10%
 - Paralyse 8%

LES SOINS PALLIATIFS

Les Traitements Médicaux :_

Principes de traitement des Autres Symptômes

- 
- **PAC pluridisciplinaire et respecter la demande du patient**
 - 1. **Quelle importance le symptôme a pour le patient, c'est lui qui indique ses priorités.**
 - 2. **La prévention de l'apparition du symptôme est primordiale**
 - 3. **Rechercher et traiter la cause d'abord ex. HTIC**
 - 4. **Eviter les traitements pénibles et mesurer à chaque fois le rapport coût-bénéfice. Une information claire doit être donnée, et le patient doit pouvoir décider**
 - 5. **Evaluer l'efficacité d'un traitement et prévenir ses effets indésirables,(tmt de la constipation avec les morphiniques)**
 - 6. **Privilégier la monothérapie par voie orale**

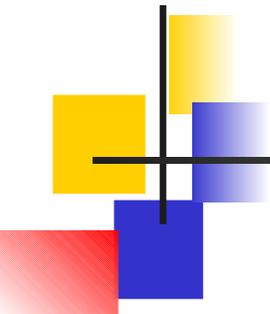
LES SOINS PALLIATIFS

Les Grands Axes de l'Accompagnement

- **Attention profonde et compétence attentive, les infirmières ont réfléchi davantage que les médecins à la souffrance de la personne.**
- **Ecouter la plainte du malade, sa souffrance, ses peurs ses révoltes, ses silences ses sanglots. Mais aussi son entourage et les différents membres de l'équipe, cela s'apprend et nécessite d'en prendre le temps.**
- **Communiquer de façon verbale ou non, avec tous. Se pose la question de dire la vérité au malade, or nous devons la vérité à nos patients (code de déontologie+loi récente sur l'information du patient en font une obligation). L'important est d'instituer une relation de confiance et d'être le plus authentiques possible.**

LES SOINS PALLIATIFS

Les Grands Axes de l'Accompagnement

- 
- **Réconforter par la tendresse des gestes, la parole et le silence, un regard, la clarté de nos explications. Par la recherche patiente et créative qui aide le malade à trouver un intérêt, un sens à la vie qui lui reste, à réaliser certains projets.**

Mais il nous arrive à nous aussi, de ressentir la situation de tel malade comme insensée. Nous traversons révolte, découragement colère et nous risquons d'aggraver la souffrance du malade en l'accablant de la nôtre. Pour le reconforter, il faut alors surmonter notre propre désarroi, ou tout au moins le mettre à distance.

LES SOINS PALLIATIFS

Les Grands Axes de l'Accompagnement

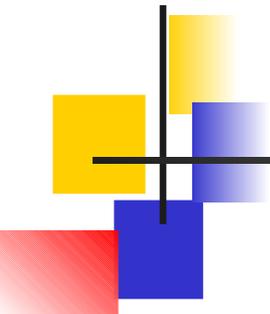
■ Respecter l'autre

- *Respect du corps*, de leur pudeur, de leur intimité
- **Respect des convictions de l'autre**, nous n'avons pas à « vouloir pour l'autre ». Nous devons connaître les convictions de l'autre, pour libérer le malade par le soulagement de ses sympt. pour qu'il soit en mesure de s'occuper de l'essentiel, lui-même.
- *Respect du mystère de l'autre*, qui est-il? Qu'a été son histoire avant la maladie?
- *Respect de l'irréductible solitude de celui qui meurt*

Nous n'avons pas un rôle de « passeur », nous atteignons le « fleuve » mais nous restons sur la rive.

LES SOINS PALLIATIFS

Les Grands Axes de l'Accompagnement

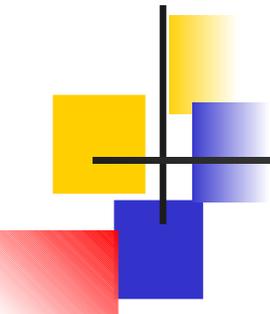


- **Etre compétent**

Le soulagement des symptômes requiert un savoir-faire de la part des médecins et des autres soignants. Une formation s'avère indispensable et n'est jamais achevée.

Nous aimerions soulager totalement le malade et l'entourage de leur souffrance, or il s'agit d'une mission impossible tant la souffrance est complexe.

Nous rêvons souvent de « bonne mort », d'accompagnement réussi... La réalité nous invite à renoncer à ce rêve de toute puissance et à accepter l'inachevé



LES SOINS PALLIATIFS

« Les vivants ont besoin des mourants pour se poser les questions les plus importantes sur la vie et prêter attention à ses plus grandes réalités »

Cicely SAUNDERS

LES SOINS PALLIATIFS

Cas Cliniques

Mme M, 61 ans :

- **Lymphome en 2002 traité par chimiothérapie + Interféron**
- **Hospitalisation pour paraplégie des MI progressive en déc. 03**
- **Diagnostic de Lymphome de Haut Grade avec envahissement de la moelle épinière en février 04**
- **1ère cure de chimio en avril 04, aplasie presque mortelle + mucite intolérable + début escarre sacré, arrive dans l'unité, dans un coma profond...**
- **2ème cure de chimio en mai 04, 50% de la dose initiale, idem mais escarre +++**
- **retour à domicile début juin 04, décès septembre 04**

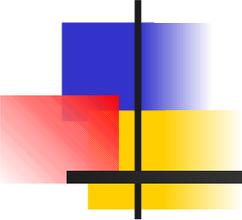
LES SOINS PALLIATIFS

Cas Cliniques

- **M. J., 80 ans :**
 - **Polypes vésicaux cancéreux 1995**
 - **Ablation de vessie 2001 + chimiothérapie**
 - **Une métastase pulmonaire opérée en 2002**
 - **Adénopathies médiastinales en 2003 + chimiothérapie**
 - **Métastases osseuses en janvier 2004, avec radiothérapie**
- en juillet 2004 avec exacerbation des douleurs, d'où intervention de l'EMSP à la demande du médecin traitant...**

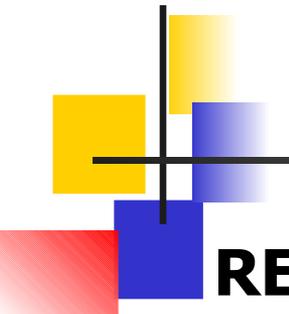
RE.VI.TAL SP

Val de Drôme



Dr Joseph CERUETTO

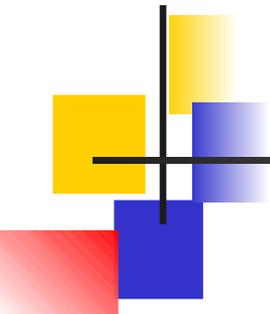
Plan



RE.VI.TAL. SP Val de Drôme :

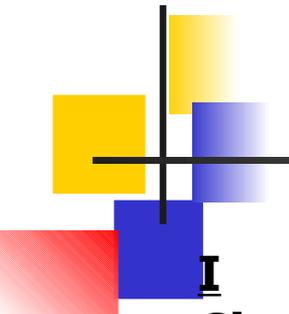
- Historique
 - Définition
-
- **L'Equipe Mobilisable en Soins Palliatifs (EMSP)**

Historique



- **Fort d'une expérience de 10 années en soins palliatifs, Mme le Dr DINNEMATIN et l'USP du CH de Crest souhaite étendre l'offre en soins palliatifs à la population du Val de Drôme et permettre la prise en charge à domicile.**

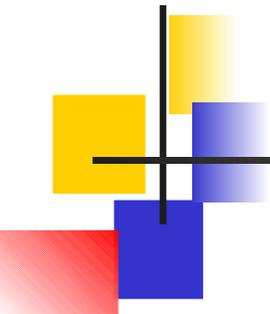
CADRES REGLEMENTAIRES



I DES SOINS PALLIATIFS:

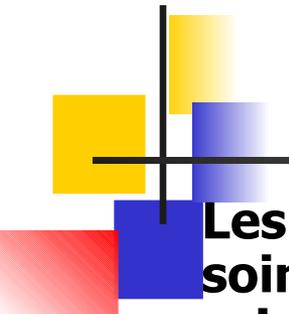
- **Circulaire DGS/3D dite « Laroque » du 26 août 1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale**
- **Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs**
- **Circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile**
- **Décret n° 2000-1004 du 16 octobre 2000 relatif aux conditions d'intervention des bénévoles.**
- **Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D/2002/ n° 2002/98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement**
- **Décret n°2002-793 du 30 mai 2002 relatif aux conditions d'exercice des professionnels de santé délivrant des soins palliatifs à domicile**

CADRES REGLEMENTAIRES



- **II DES RESEAUX DE SANTE :**
- **La loi n° 2001-1246 du 24 décembre 2001 sur la dotation Nationale de Développement des Réseaux**
- **La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé**
- **Le décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux**
- **Le décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé**
- **La circulaire DHOS/CNAMTS du 19 décembre 2002**
- **La circulaire CNAMTS du 30 décembre 2002**

Définition



Les réseaux de santé ont pour charge de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires... Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan d'éducation, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

- **Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocations sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.**

Loi du 4 mars 2002

Buts de l'association :



- **animer et évaluer le travail en réseau de soins palliatifs de proximité ;**
- **organiser et assurer aux patients qui le souhaitent des soins palliatifs coordonnés, adaptés et globaux, quelque soit leur pathologie et leur lieu de résidence ou d'hospitalisation dans la zone géographique, conformément à la loi n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs ;**
- **être un acteur de la chaîne des soins en assurant la cohérence et la congruence des avis des différents intervenants médicaux et soignants participant à la prise en charge d'un même patient ;**
- **garantir la qualité des soins palliatifs fournis par les membres du réseau par la formation et le soutien des équipes pluridisciplinaires ;**
- **promouvoir des soins palliatifs de qualité.**

Participants :

les professionnels de santé libéraux (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens) exerçant dans les cantons de Crest Nord, de Crest Sud, de Bourdeaux, de Saillans, de Dieulefit, de Die, de Chabeuil et de Loriol

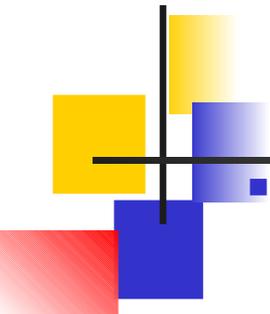
- **l'E.M.S.P. et l'U.S.P. du centre hospitalier de Crest**
- **les SSIAD de la zone géographique définie ci-dessus**
- **les associations de bénévoles d'accompagnement en soins palliatifs**
- **les institutions et établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux**
- **les organisations à vocation sanitaire ou sociale**
- **Les représentants des usagers**

L'EQUIPE MOBILISABLE EN SOINS PALLIATIFS

Elle est composée par

- **Docteur Joseph CERUETTO**
Médecin 1/2 temps
- **Madame Marie Claude JOURDAN**
Cadre Infirmier 1/2 temps
- **Madame Hélène BERNEUIL**
- **Madame Michèle CAVALIER**
- **Madame Jocelyne VIAL**
Infirmières = 2 ETP
- **Madame Françoise BLONDEL**
Psychologue 1/2 temps
- **Madame Laurence MANDIER**
Secrétaire 1/2 temps

ROLES de L'EMSP

- 
- **la mise en lien des différents acteurs (soignants, malades, familles, secteur social, médico-social, etc...) participant ainsi à l'intégration et à la promotion des soins palliatifs où que se soient les patients en fin de vie.**
 - **une évaluation de la situation,**
 - **la proposition d'un projet de soins pour le patient et l'application de protocoles,**
 - **la réévaluation et le suivi de la situation,**
 - **réunion de clôture de dossier,**
 - **le partage et la réflexion autour des situations rencontrées, participant ainsi à la prévention de l'épuisement professionnel,**
 - **une réflexion éthique et une aide aux décisions dans la démarche éthique au quotidien,**
 - **le soutien psychologique et la mise en place de groupes de parole,**

Fonctionnement

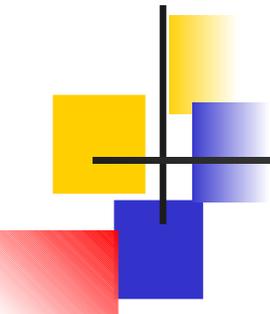
L'E.M.S.P., financée par l'ARH, a comme fonctions :

- **D'intervenir en Soins Palliatifs (soutien technique, accompagnement des équipes, formation) auprès des centres hospitaliers de Die et de Dieulefit, plus particulièrement pour les lits identifiés et à domicile pour les patients hors secteur réseau, comme toute EMSP**
- **Elle est mise à la disposition du réseau RE.VI.TAL. SP. Val de Drôme pour :**
 1. Faciliter la prise en charge à domicile, pour ceux qui le désirent, dans les meilleures conditions possibles, de patients en fin de vie, de leur famille et des équipes soignantes avec la mise en place d'un projet de soins personnalisé et **d'UN DOSSIER COMMUN DE SOINS**
 2. Développer la formation des acteurs, avec l'élaboration de protocoles adaptés.
 3. Former les personnels des établissements médico-sociaux à la prise en charge des personnes en fin de vie.
 4. Développer la diffusion des concepts de soins palliatifs dans la société.

Dr. Joseph CERUETTO -

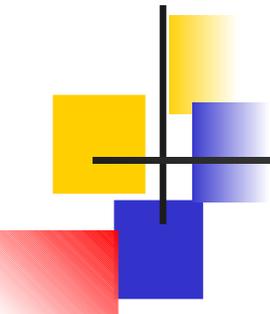
UTIP Drôme Ardèche du 1

Notre rôle



1. **Partage de l'expérience**
 - Soutien technique
 - Formation
2. **Donner de l'espace à la parole**
 - Accompagnement des soignants
 - Accompagnement du patient et de la famille si souhaité
 - **Animer une réflexion éthique**

Etapes de Prise en charge d'un patient à domicile

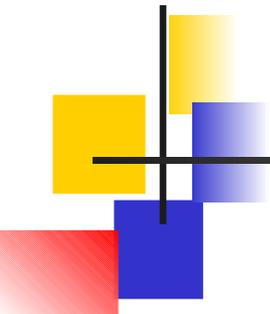


- 1. Demande de prise en charge formulée par médecin traitant ou infirmière**
- 2. Rencontre du patient et de la famille par deux membres de l'EMSP**
- 3. Présentation du réseau, respect des critères de faisabilité, si OK**
- 4. REUNION D'INCLUSION avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire au cabinet du médecin et prescriptions anticipées + mallette d'urgence**

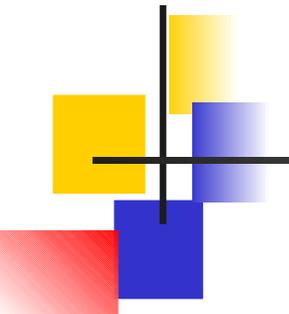
Etapes de Prise en charge d'un patient hospitalisé

1. **Demande de prise en charge formulée par service hospitalier, médecin traitant ou infirmière**
2. **Rencontre du patient et de la famille par deux membres de l'EMSP**
3. **Présentation du réseau, respect des critères de faisabilité**
4. **Organisation du RAD avec aides, si OK**
5. **REUNION D'INCLUSION avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire et prescriptions anticipées + mallette d'urgence**

Suivi du patient

- 
- 1. Une visite hebdomadaire conjointe avec les libéraux de l'EMSP pour dépister les complications**
 - 2. Une réunion de coordination mensuelle avec l'équipe pluridisciplinaire
+- bénévoles? +- auxiliaires de vie?**
 - 1. Une réunion de clôture de dossier avec l'équipe pluridisciplinaire + bénévoles + auxiliaires de vie**

LES DEROGATIONS TARIFAIRES



Pour la participation aux réunions :

- **Pour Médecins, infirmiers, kinésithérapeutes
= 40,00 €**
- **Pour les pharmaciens = 20,00 €**

Pour la participation aux formations :

- Soirées = 40,00 €
- Journées : Médecin = 15 C = 300,00 €
Auxiliaires Médicaux = 41 AMI = 58 AMK
= 120,00 €

L'ETHIQUE

Du grec :

- ***éthos* (epsilon) = « habitude » « coutume » « usage »**
- ***êthos* (êta) = « demeure » « caractère »**
« façon habituelle de se comporter »

- **En latin « *mores* » dit ce qu'*éthos* dit en grec**
- **Traduction : Qui concerne les principes de la morale**

- **Ethique médicale : Ensemble des règles morales qui s'imposent aux différentes activités des médecins (Larousse). En particulier, pour les soins palliatifs, l'acharnement thérapeutique ou encore l'euthanasie.**

PRINCIPES DE L'ETHIQUE CLINIQUE

- Elle repose sur l'application et le respect de certains principes consensuels et/ou paradigmatiques (modèle théorique de pensée qui oriente la réflexion scientifique)

1 HUMANITE (Dignité):

- Chaque patient est un individu unique et différent des autres sur les plans biologique, intellectuel, affectif et social.
- Le principe d'humanité envers les malades signifie un regard et un respect dans leur entière singularité sous ses aspects physiques, psychiques et personnels.

PRINCIPES DE L'ETHIQUE CLINIQUE

2 AUTONOMIE :

Capacité du patient à s'autogouverner, et seul principe à travers lequel le médecin puisse choisir et agir en fonction du propre système de valeurs.

- **La volonté du patient, s'il est apte à consentir, ou ses directives anticipées en cas d'inaptitude, doit primer sur la décision d'entreprendre ou d'interrompre un traitement qui le maintiendra en vie.**

3 BENEFICIENCE et NON MALEFICIENCE :

- **L'obligation du médecin de ne pas causer de mal, de prévenir ou de supprimer le mal ou la déficience et de promouvoir ou faire le bien aux patients dont il a la charge**
- **Obligation de non maleficence (base de la morale sociale)**

PRINCIPES DE L'ETHIQUE CLINIQUE

4 SOULAGEMENT DES SYMPTOMES :

- **Les médecins ont professionnellement et moralement pour mission d'utiliser tout moyen susceptible de libérer les malades de la douleur et des autres symptômes dont ils souffrent.**

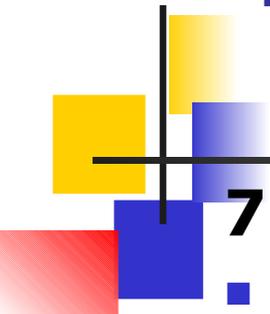
5 VERITE :

- **Obligation du médecin de dire la vérité au patient et à ses familiers.**

6 JUSTICE :

- **Obligation du médecin de procurer aux patients l'égalité d'accès aux procédures diagnostiques et thérapeutiques, sur le principe d'une justice distributive.**
- **Ce principe peut générer des conflits avec une institution soumise à d'autres intérêts.**

PRINCIPES DE L'ETHIQUE CLINIQUE



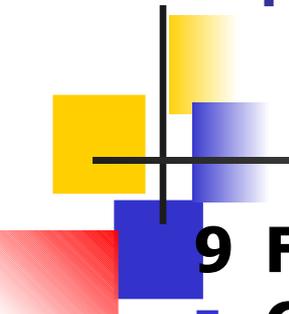
7 DOMAINE PRIVE :

- **Etat ou condition d'accès limité à une personne, ne se référant pas seulement à l'information mais aussi à l'intervention médicale dans des zones d'intimité, de secret et d'anonymat.**

8 PROPORTIONALITE :

- **Il est contre-indiqué de prolonger la vie d'un patient lorsque les mesures pour y parvenir comportent plus de souffrances que de bénéfices.**

PRINCIPES DE L'ETHIQUE CLINIQUE



9 FUTILITE et INUTILITE:

- **Certains traitements ne permettant pas d'obtenir un effet thérapeutique désirable (réalimentation dans un état dépassé...) sont futiles.**
- **Des traitements bien qu'ayant un effet thérapeutique sont incapables de restaurer un état profondément ou irrémédiablement altéré, n'apportant au patient qu'un bénéfice minime, nul ou inutile (antibiothérapie dans un état dépassé).**

10 DROIT de MOURIR :

- **Permettre à une personne de mourir et non de mettre fin à sa vie.**