

La prise en charge palliative en lits identifiés de soins palliatifs : avantages et limites

Coralie Prebet

► **To cite this version:**

Coralie Prebet. La prise en charge palliative en lits identifiés de soins palliatifs : avantages et limites. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02439307

HAL Id: dumas-02439307

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02439307>

Submitted on 14 Jan 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Sorbonne Université

Faculté de médecine Sorbonne Université

La prise en charge palliative en Lits identifiés de soins palliatifs

Avantages et limites.

Par Docteur Coralie PREBET, Assistante spécialiste en Oncologie
médicale

Mémoire pour le DU « Accompagnement et fin de vie »

Année universitaire : 2018 - 2019

Responsables d'enseignement

Docteur Véronique BLANCHET

Docteur Laure SERRESSE

Professeur Francis BONNET

Sommaire

LISTE DES ABREVIATIONS.....	4
INTRODUCTION	5
RECIT DE LA SITUATION CLINIQUE.....	6
ANALYSE DE LA SITUATION CLINIQUE	8
A LES AVANTAGES DE LA PRISE EN CHARGE EN LISP.....	9
1- <i>Pour les patients</i>	10
2- <i>Pour les soignants</i>	10
B INCONVENIENTS ET LIMITES DES LISP	11
1- <i>Pour les patients</i>	11
2- <i>Pour les soignants</i>	12
SYNTHESE ET APPORTS POUR LE CAS CLINIQUE	14
BIBLIOGRAPHIE	15

Liste des Abréviations

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, devenu à présent

DGOS (Direction Général de l'Organisation des Soins)

LISP : Lits Identifiés de Soins Palliatifs

USP : Unité de Soins Palliatifs

EMSP : Équipe Mobile de Soins Palliatifs

Introduction

Depuis 2002, la circulaire ministérielle de la DHOS du 19 février relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement a permis la création des lits identifiés de soins palliatifs (LISP) afin de répondre au besoin de prise en charge spécifique de la fin de vie notamment dans les services de médecine. Il s'agit d'une spécificité du système de soins français devant répondre à la nécessité de prise en charge palliative et de diversification de moyens sur le territoire (1). Leur développement fut exponentiel entre 2002 et 2010 par rapport aux unités de soins palliatifs, avec la création en 2008 d'un cahier des charges. (1) Actuellement, le système de santé français prend en charge environ 92 000 patients en soins palliatifs par an, dont 21 500 en unités de soins palliatifs et 70 300 en lits identifiés ce qui représente donc la majorité des prises en charge palliatives sur le territoire.(2) Avec la création des LISP, l'objectif était multiple : valoriser les prises en charge complexes qui nécessitent temps, ressources, et compétences spécifiques ; satisfaire les demandes des patients mais également diffuser la culture palliative hors des unités de soins palliatifs (USP). Une quinzaine d'année après leur création, les évaluations réalisées (3) montrent que malgré l'amélioration et l'augmentation de la prise en charge palliative dans les structures de soins hors USP, il persiste des inégalités sur le territoire et des problématiques non résolues. En effet, la prise en charge et l'accompagnement d'un patient en fin de vie s'inscrivent dans une dynamique souvent très différente de celles des services de médecine aiguë créant potentiellement des paradoxes dans l'organisation des soins et pouvant induire des situations conflictuelles. L'objectif de ce travail est donc de mettre en perspective au travers d'un cas clinique les avantages de la prise en charge en lits identifiés de soins palliatifs et les limites tant pour le patient que pour les soignants engagés.

Récit de la situation clinique

Il s'agit d'un patient de 71ans suivi dans le service d'oncologie médicale depuis 2016 pour un cancer ORL (carcinome épidermoïde de l'angle mandibulaire droit sous forme d'une lésion bourgeonnante douloureuse). Le patient travaillait à la télévision, fumeur occasionnel et consommation régulière mais modérée d'alcool. Il est marié et à un fils âgé de 16ans au moment du diagnostic.

Dans l'histoire de sa maladie, il a bénéficié d'une prise en charge optimale avec chirurgie puis radio-chimiothérapie adjuvante. Il a rechuté deux mois après la fin de ce traitement initial au niveau local avec un œdème jugal, un trismus et une ulcération de la gencive. Il bénéficie d'une première ligne de chimiothérapie sans résultat clinique significatif, puis d'une deuxième avec une réponse partielle. Il bénéficie en septembre 2017 d'une inclusion dans un essai clinique pour un traitement par immunothérapie. Il est hospitalisé en janvier 2018 pour un tableau de diarrhée profuse.

Les examens réalisés ne permettent pas de définir clairement l'étiologie de la diarrhée qui s'améliore peu malgré les différents traitements symptomatiques entrepris. A noter que le patient a une gastrostomie d'alimentation depuis plusieurs mois en raison d'une prise orale impossible secondaire à sa pathologie ORL.

Au décours de l'hospitalisation, le patient passe son scanner de réévaluation montrant une progression locorégionale importante avec un envahissement des vaisseaux cervicaux sans métastases à distance par ailleurs. Cette annonce de progression est très mal vécue par le patient, qui n'accepte pas la situation. Son oncologue référent propose une quatrième ligne de traitement par méthotrexate hebdomadaire en informant le patient de la faible probabilité de résultats.

En effet, sur le plan clinique il présente une progression locale exophytique visible de jour en jour. Dans ce contexte il est décidé en équipe d'une prise en charge palliative exclusive. La

masse tumorale devient très importante avec la nécessité d'une réfection de pansement deux fois par jour pendant au moins une heure et d'un traitement par corticothérapie afin de diminuer l'œdème facial réactionnel. De plus, il présente des douleurs importantes secondaires à cette lésion, difficile à équilibrer notamment parce que le patient refuse toute augmentation des thérapeutiques ou l'adjonction de traitements pouvant agir sur les douleurs neuropathiques de type amitriptyline. Il refuse également les traitements anxiolytiques ou antidépresseurs malgré une humeur triste et une anxiété exprimée. Il craint en effet avec ces différents traitements de se retrouver sédaté malgré lui. Il m'exprime à plusieurs reprises le fait qu'il peut supporter la douleur et qu'il espère que son oncologue trouvera un traitement efficace.

Il est vu à plusieurs reprises par l'EMSP, sans succès sur la prise en charge antalgique et anxiolytique.

Au fur et à mesure de son hospitalisation, le contact avec les équipes paramédicales devient de plus en plus difficile, le patient se renferme sur lui, communique de moins en moins malgré les temps de soins prolongés dans sa chambre. A plusieurs reprises les équipes paramédicales me font part de leurs difficultés à accompagner le patient et il devient pour certains d'entre eux difficiles de rentrer dans la chambre. Il en advient de même, progressivement avec l'équipe médicale, hormis son oncologue référent à qui il demande régulièrement s'il y a la possibilité d'un nouveau traitement.

A plusieurs reprises il lui est fait la proposition d'un séjour en unité de soins palliatifs afin de lui proposer une prise en charge différente et optimale de ses symptômes. Après de nombreux échanges avec le patient mais aussi avec sa famille, il refuse car il dit se sentir abandonné si on l'envoie vers une autre équipe et craint de manquer une opportunité thérapeutique bien qui lui était dit à plusieurs reprises qu'on ne pourrait pas faire de nouveaux traitements. Son oncologue référent est peu enclin également au transfert car il souhaite accompagner le patient et comprend le sentiment d'abandon exprimé par le patient. La situation devient de plus en plus difficile et conflictuelle, d'une part pour les équipes qui se sentent démunies face à la souffrance du patient mais également face à son mutisme, et d'autre part entre médecins : le référent et les médecins de la salle qui se sentent en échec dans la prise en charge palliative. Devant m'occuper au

quotidien de ce malade, j'ai le sentiment de ne pas lui offrir un accompagnement palliatif de qualité et d'être en rupture thérapeutique complète avec lui. Ce sentiment n'est pas partagé par son référent qui ne comprend pas nos motivations de transfert vers une USP.

Finally, après plusieurs semaines de prise en charge dans le service, le patient accepte un transfert. Il n'aura jamais accepté les traitements antalgiques, anxiolytiques proposés et la communication avec les différents intervenants hormis son médecin référent fut de plus en plus difficile voire inexistante. Il décède très peu de temps après son arrivée en USP.

Analyse de la situation clinique

On peut identifier dans cette histoire clinique différents problèmes :

- La prise en charge de la douleur chez un patient qui refuse les traitements médicamenteux : principe d'autonomie versus principe de bienfaisance.
- L'accompagnement de fin de vie chez un patient non communicant sur le projet thérapeutique et/ou en opposition avec l'équipe.
- La gestion des conflits en équipes sur l'accompagnement d'un patient complexe en fin de vie et la compréhension des sensibilités et limites des soignants.
- Le vécu psychologique du patient dans un parcours de soin où il n'y pas eu de succès thérapeutique, dans le cadre d'une maladie mutilante et entraînant une atteinte sociale majeure.

Par ailleurs, j'ai pu identifier les problèmes spécifiques que m'a posé cette situation clinique :

- Le sentiment d'échec dans l'adhésion au projet de soin vis-à-vis du patient
- L'échec dans la création d'une communication adaptée et d'un lien de confiance
- La gestion du conflit avec mon collègue référent où je n'ai pas réussi à exprimer clairement les raisons de notre désaccord et à lui montrer notre rôle et position très différents vis-à-vis du patient.

Problématique liée au sujet

Dans le cadre de la prise en charge en Lits identifiés soins palliatifs dans les services de médecine aiguë : quels sont les avantages, les inconvénients et les limites de l'accompagnement palliatifs pour le patient et pour les soignants ? Pour ce travail, je détaillerai de façon choisie la question des limites de ce dispositif et des problématiques spécifiques qu'il peut amener aux soins des services de médecine conventionnels.

A Les avantages de la prise en charge en LISP

1- Pour les patients

Différentes études menées en France comme à l'étranger rapporte un souhait fort de la part des patients de pouvoir décéder au domicile (4,5). Pourtant, la majorité des patients décèdent à ce jour dans des structures hospitalières.(6) La valorisation de ces séjours en fin de vie en LISP doit donc améliorer la qualité de prise en charge de ces patients.

En effet, l'accompagnement par une seule et même équipe du diagnostic jusqu'à la fin de vie assure une meilleure connaissance du patient, de son parcours de soin et de l'évolution de la maladie. Le malade sait qu'il est connu, ainsi que ses proches par les soignants, il a pu avoir exprimé par le passé ses souhaits et rédigés des directives anticipées. Ainsi ses volontés sur sa fin de vie peuvent être connues en amont par l'équipe qui pourra répondre au plus près à ses demandes. Pour les patients suivis en oncologie, il existe également une habitude du lieu entre les structures d'hôpitaux de jour et l'hospitalisation conventionnelle et il s'agit le plus souvent d'un repère important dans ces parcours de soin complexes. La réassurance de l'unité de lieu est souvent exprimée, ainsi que le sentiment d'être connu et compris en tant qu'individu par les équipes. Par ailleurs, cet accompagnement continu dans le même service permet une prise en charge moins brutale de la situation palliative en s'inscrivant dans une continuité de soins, sans rupture pour le patient avec possiblement une meilleure acceptation de la situation de fin de vie.

2- Pour les soignants

Pour les équipes qui soignent les patients atteints de cancer, la possibilité de pouvoir les accompagner jusqu'à la fin ces malades leur offre la possibilité de de remplir au mieux leur mission. En effet, devant les pathologies incurables comme le cancer, les soignants peuvent être amenés à développer un sentiment de culpabilité et d'échec dans la mission de soin (X). Ainsi, accompagner le patient dans son projet de fin de vie leur offre la possibilité de compenser cet « échec thérapeutique ».

Par ailleurs, la création des lits identifiés de soins palliatifs dans les services de médecine où un nombre significatif de patients décèdent comme dans les services d'oncologie médicale, a permis la reconnaissance concrète et la valorisation de pratiques quotidiennes. (7) De plus, l'objectif de ce niveau intermédiaire de prise en charge (entre la prise en charge

extrahospitalière et la prise en charge en unités de soins palliatifs) contribue à la diffusion de la démarche palliative et de l'accompagnement en fin de vie.

B Inconvénients et limites des LISP

1- Pour les patients

Malgré ce que peuvent être amenés à déclarer les patients quant au lieu souhaité pour leur fin de vie (5) : le plus souvent au domicile, les patients décèdent de plus en plus à l'hôpital, fait observé depuis plus de vingt ans à présent (6). Hors l'hôpital doit répondre à une organisation et une structuration notamment dans les services de médecine aiguës qui correspondent à des services de courts séjours. Malgré l'implantation des lits identifiés de soins palliatifs devant permettre une prise en charge plus adaptée notamment en termes de temporalité. Néanmoins, ces parcours patients s'inscrivent dans cette organisation globale et la rationalisation de la structure hospitalière (8). En effet, comme décrit dans le rapport de la DGOS : « Évaluation de la contribution des EMSP et LISP à la diffusion d'une culture palliative » qui reprend lui-même les concepts de Herzlich, cette organisation ne permet pas au patient d'être « au centre de sa propre mort » par perte des ritualisations et temporalité spécifique d'implicite la fin de vie. La « médicalisation » de la mort est par définition en opposition avec la culture palliative. Ainsi, bien que le patient puisse souhaiter rester auprès d'une équipe en qui il a confiance et qui le connaît, il s'expose à rester dans une prise en charge technique et normée en quelque sorte par l'organisation standard et usuelle de l'hôpital. La continuité même de la prise en charge ne permet par la rupture nécessaire dans la trajectoire du patient ; rupture importante pour repenser le projet de soins, et l'accompagnement dans la fin de vie : définir ou redéfinir les souhaits du patient, ses besoins.

2- Pour les soignants

Dans l'article « Autour de la souffrance soignante en soins palliatifs : entre idéal de soin et juste distance »(9), Julien Simard résume très bien la notion de « bonne mort » décrit par Chapple selon laquelle le patient en fin de vie devient un « mourant » qui doit préparer et accepter sa mort, avec la notion de coopération émotionnelle et communicationnelle qui encadre cette fin de vie : faire ses adieux, régler un conflit, ... ; et ce avec un contrôle optimal des symptômes déplaisants, notamment la douleur qu'elle soit physique ou psychologique. Ainsi, le patient qui ne rentre pas dans ce processus tacite pose « problème » à l'équipe soignante qui peut alors percevoir un échec dans la prise en charge et l'accompagnement palliatif du patient. De plus, dans l'ouvrage « Innommables, inclassables, ingouvernables. Aux frontières du social »(10) Simard, à nouveau, explique que les « patients qui « refusent » de voir leur fin de vie de manière sereine [...] » sont considérés comme de « mauvais patients » car leur accompagnement requiert un effort supplémentaire et parfois une remise en question des concepts de la démarche palliative telle qu'on la conçoit dans nos institutions.

Parallèlement à ce phénomène du « mauvais patient », Dominique Jacquemin décrit dans les pages de la revue « Frontières » (2005, p. 28)(11) la présence d'un « idéal de soin » (ibid., p. 29) vraisemblablement inatteignable dans la démarche palliative. En effet, pour le philosophe, la souffrance des soignants en soins palliatifs est essentiellement « fondée sur la conviction d'un inaccomplissement entre une visée du bien et sa possible réalisation », en d'autres termes, nous recherchons probablement la prise en charge parfaite et reproductible qui est quasiment impossible dans cette situation extrême de fin de vie, majorant ce sentiment d'échec et de souffrance pour les soignants.

Ces concepts décrits dans la littérature peuvent être appréhendés par les équipes des unités de soins palliatifs qui peuvent être régulièrement confrontées à ce genre de situation. Qu'en est-il des équipes de service de médecine conventionnelle ? En effet, la création des LISP doit permettre la diffusion de la culture palliative et amener des moyens supplémentaires tant matériel qu'en terme de formation aux équipes qui accompagnent régulièrement des patients en fin de vie sans en être « spécialisés »(12). Or les études (13,14) montrent qu'il existe un manque

sur le terrain de moyens alloués supplémentaires et de temps de formation nécessaire. Les équipes médicales et paramédicales peuvent donc être confrontées à ces situations complexes sans avoir nécessairement l'espace, le recul, les ressources pour les traiter. Il en ressort un sentiment supplémentaire d'échec et un risque possible à l'extrême de burn out par le gap créé entre les attentes et la réalité de l'accompagnement palliatif (9). Et le souhait de vouloir accompagner un patient que l'on connaît jusqu'au bout devient un objet de souffrance et de remise en question pour l'ensemble de l'équipe.

Ce d'autant que cette souffrance n'est souvent pas reconnue et gérée dans les services de médecine (8). D'une part parce qu'il est souvent considéré que les professionnels ont « choisi » de travailler dans ce type de service et d'être confrontés régulièrement à la mort ; d'autre part parce que l'organisation des services conventionnels et leur moyen ne laisse peu voire pas de place à des séances de débriefing des dossiers complexes ou à un accompagnement psychologique des équipes.

Par ailleurs, et toujours en s'appuyant sur le rapport de la DGOS (8), la coordination des soins entre une prise en charge médicale aiguë (ou en oncologie, un patient qui est hospitalisé pour une séance de chimiothérapie ou une biopsie) et la coordination de soins palliatifs sont très différentes. Dans le premier cas de figure, le rôle du médecin est central avec des décisions parfois cruciales pour le bon déroulement des soins. Dans la seconde situation, l'équipe paramédicale passe le plus souvent au premier plan car actrice des soins de confort et par extension des soins palliatifs autour du patient. Il apparaît donc un paradoxe dans les prises en charge qui peuvent varier d'une chambre à l'autre. Pour les soignants, infirmiers, aides-soignants, il faut donc par fois changer en très peu de temps de temporalité, d'objectifs, d'attention. Cet exercice est difficile et représente une source d'épuisement supplémentaire. (14,15)

Synthèse et apports pour le cas clinique

Cette situation clinique complexe rassemble à différents niveaux les limites des LISP dans un service de médecine conventionnel. La prise en charge médicale et notamment de la douleur était complexe et en échec malgré l'aide de l'EMSP. De plus le projet de soin n'était pas clair pour le patient, du moins sur le changement de paradigme et le passage en soins palliatifs exclusifs. La rupture de lieu plus précoce dans la prise en charge aurait pu aider le patient à avancer sur sa situation personnelle et échanger avec une équipe différente la possibilité d'aborder de façon différente sa trajectoire. Dans ce cas de figure la continuité de soins n'a probablement pas permis au patient de saisir l'évolution de sa maladie. Pour l'équipe l'absence d'évolution dans le projet de soin du patient fut un premier point de tension, puis son repliement, son attitude en opposition aux soins, aux soignants ont été le deuxième point de tension menant au conflit au sein de l'équipe soignante. L'analyse de la littérature et les évaluations réalisées sur les LISP montrent qu'il est crucial de renforcer leur structuration et leur utilisation pratique. Nombreux auteurs se sont intéressés à l'évaluation qui devait en être faite ce qui avait amené en 2008 à la création d'une grille, possiblement non adaptée (2). Mais ce cas clinique montre avant tout que nous ne sommes pas suffisamment formés et organisés pour faire face à des patients « complexes » qui ne rentrent pas dans les prises en charge standard. La loi ayant permis leur création n'imposait pas l'allocation de moyens supplémentaires dédiés, ce qui dans la conjoncture actuelle, n'est donc le plus souvent non respecté. L'impossibilité pour l'équipe d'avoir le temps de reprendre en interne avec notamment l'équipe mobile de soins palliatif puis avec le patient n'a pas permis une prise en charge palliative satisfaisante. Mais il est également important de mentionner que notre équipe est « jeune » avec un roulement important des paramédicaux et en conséquence un manque de formation et d'accompagnement de nos jeunes diplômés. En conclusion, la prise en charge de la fin de vie dans les services hospitaliers est une réalité quotidienne qui n'a pas attendu la création des LISP, néanmoins cette structuration bien qu'elle ait facilité la diffusion de la culture palliative, est probablement insuffisante dans sa forme actuelle pour accompagner au mieux les patients comme les soignants.

Bibliographie

1. Guy-Coichard C, Tournigand C, Nozach M-L, Zivkovic L, de Gramont A. La mise en place de lits identifiés de soins palliatifs modifie-t-elle les transferts en unité de soins palliatifs ? Une étude prospective sur unan. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. 12(4):185-91.
2. Morin L. Vingt-cinq années de développement de l'offre de soins palliatifs en France (1987–2013) - ScienceDirect [Internet]. *Médecine Palliative*. 2015 [cité 6 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S163665221500015X>
3. Accessibilité de l'offre de soins palliatifs à l'hôpital en France : de fortes inégalités entre régions. *Disponible sur:* http://www.bretagnesoinspalliatifs.com/sites/default/files/Inegalite-reg-dacces-aux-SP_ArticleMedPallJuin2015.pdf
4. Pennec S. *Le dernier mois de l'existence : les lieux de fin de vie et de décès en France*. Institut National d'Etudes démographiques; 2013.
5. Thomas C, Morris SM, Clark D. Place of death: preferences among cancer patients and their carers. *Soc Sci Med*. 1 juin 2004;58(12):2431-44.
6. Aouba A. Lieu de décès en France Métropolitaine : situation en 2005. *JALMAV n°95*. *JALMAV*. 2005;11-23.
7. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. 2016-87 févr 2, 2016.
8. Evaluation de la contribution des EMSP et LISP à la diffusion d'une culture palliative [Internet]. [cité 6 mai 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_contribution_EMSP_et_LISP_diffusion_culture_palliative.pdf
9. Simard J. Autour de la souffrance soignante en soins palliatifs : entre idéal de soin et juste distance. *Frontières* ;26(1-2). *Disponible sur:* https://www.academia.edu/21777419/Autour_de_la_souffrance_soignante_en_soins_palliatifs_entre_id%C3%A9al_de_soin_et_juste_distance
10. Simard J. Aux limites de l'accompagnement en soins palliatifs : figures de patients « difficiles ». *PUQ*; *Disponible sur:* https://www.academia.edu/35740798/Aux_limites_de_laccompagnement_en_soins_palliatifs_figures_de_patients_difficiles
11. Jacquemin D. Mourir dans la dignité : un défi pour l'humain, un lieu pour Dieu ? *Frontières*. 2007;20(1):12-21.
12. Aubry R. Du bon usage du concept des lits identifiés des soins palliatifs. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. 7(3):119-20.
13. Démarche palliative dans un service de médecine interne. *Disponible sur:* <https://www.em-premium.com/article/1057523/resultatrecherche/57>

14. Micheau J, Molière É, Havette S. Enjeux pratiques et organisationnels de la fin de vie à l'hôpital. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. 1 juin 2015;14(3):171-8.
15. Chvetzoff G, Gomez F, Pasquet-Moulin D, Carcel C, Conesa P, Talon A. Charge en soins en oncologie médicale : analyse comparée des patients en phase curative ou en phase palliative. *Wwwem-Premiumcomdatarevues16366522v10i2S1636652210001467*. 15 avr 2011 ; Disponible sur: <https://www.em-premium.com/article/286752/resultatrecherche/59>

Résumé

Le récit de situation complexe présenté dans ce mémoire le cas d'un patient atteint d'un cancer ORL palliatif avec de nombreux symptômes douloureux et une atteinte directe du visage du patient par la tumeur. Sa prise en charge fut complexe tant sur le plan symptomatique que dans son parcours patient. Son souhait était d'être accompagné dans le service d'oncologie médicale qui l'avait traité depuis le diagnostic, ce qui était possible dans le cadre d'une prise en charge en lits identifiés de soins palliatifs. Néanmoins, l'inadéquation dans l'attitude du patient, et la compréhension du projet au sein de l'équipe provoquèrent tension et conflit dans le service. Ce cas clinique questionne les limites du dispositif de LISP dans les services de médecine conventionnel qui en dépit des directives ministérielles et recommandation des sociétés savantes sont encore sous dotés en moyens effectifs pour réaliser de telle prise en charge. De plus, il souligne l'importance de l'enseignement de la démarche palliative au sein des équipes médicales et paramédicales afin d'appréhender au mieux les situations difficiles et les patients hors champs. La prise en charge en LISP se doit d'être un projet partagé par l'ensemble de l'équipe en accord avec les souhaits du patient. Si ce partage ne peut être réalisé, la question du transfert vers une unité spécialisée (unité de soins palliatifs) doit être anticipée.

Mots clés : lits identifiés de soins palliatifs ; patient complexe ; services de médecine de courts séjours ; démarche palliative ;