

Quand la
personne âgée
est en fin de vie...

...Particularités de
la prise en charge
de la douleur

Dr Claire RENEUX
Unité de Soins Palliatifs
CHR Metz-Thionville

Déclarations légales

**Je déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt
particulier à ce jour dans le cadre de cette
présentation**

**Loi du 4 mars 2002 (article L 4113-13 du code de la santé publique)
et décret du 28 mars 2007.**

**Et déclare ne faire état dans ma présentation que de
données confirmées**

(article R.4127-13)

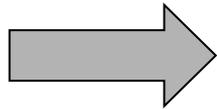
Plan

- **Prévalence considérable**
- **Etiologies nombreuses et intriquées**
- **Fréquence accrue des douleurs mixtes**
- **Nécessité accrue de recours à l'hétéro-évaluation**
- **Du côté soignants: malaise et comportements inadaptés**
- **Adaptations des thérapeutiques antalgiques à la population âgée**
- **Nécessaire prévention des dérives éthiques**

I- Une prévalence considérable

**Prévalence de la douleur chez la personne âgée:
45 à 70 % selon les auteurs.**

Celle-ci atteint les 85 % en fin de vie.



Constamment suspecter la douleur



***Démarche non pas compassionnelle
mais scientifique et humaine :***

**évaluation, mécanismes en cause,
traitement étiologique/symptomatique
médicamenteux ou non**

II- Des étiologies nombreuses et intriquées

**Aux pathologies articulaires, rhumatismales,
cutanées, virales et métaboliques**

**viennent se rajouter fréquemment des pathologies
cancéreuses, associant:**

- des douleurs aiguës
- des douleurs chroniques
- des douleurs nociceptives
- des douleurs neuropathiques



Une analyse rigoureuse s'impose...

III- Une fréquence accrue des douleurs mixtes



**Nociception et neuropathie
sont souvent associées,**



**souvent sous diagnostiquées
...donc non prises en charge**



*La morphine n'est pas le médicament
de la fin de vie
et toute douleur en fin de vie
ne relève pas de morphine!*

Devant une composante neuropathique

**Savoir utiliser les antidépresseurs
et les anti-épileptiques, mais également
-les topiques locaux (Emla, Versatis, Capsaïcine)
-la neurostimulation transcutanée**

**Tenir compte du poids et des
modifications pharmacologiques
liées au vieillissement, ainsi
qu'aux pathologies associées**

Attention au rein...

Start low and go slow!



IV- Une nécessité accrue de recours à l' hétéro-évaluation



- Grand âge
- Polypathologie
- Troubles cognitifs
- Dépression
- Troubles sensoriels
- Troubles du comportement

diminution des possibilités d'auto-évaluation

Hétéro-évaluation de la douleur chez la personne âgée

4 échelles en français de bonnes qualité de fiabilité et de validité:

DOLOPLUS – ALGOPLUS – ECPA – PACSLAC

Le KIT DOULEUR PERSONNE AGÉE
réalisé par le collectif Doloplus en 2010
permet de répondre à toutes les situations:

EVS (échelle verbale simple)

Pour privilégier l'auto-évaluation
à chaque fois que possible

Si auto-évaluation impossible:

ALGOPLUS si douleur aiguë

DOLOPLUS si douleur chronique

Pourquoi ce kit douleur ?

Les préjugés concernant la douleur chez les personnes âgées persistent et alimentent encore la sous-évaluation et le sous-traitement de ce symptôme pourtant si fréquent dans cette population.

L'évaluation systématique de la douleur est loin d'être acquise, même si le discours des pionniers est devenu recommandation officielle.

Les outils d'auto-évaluation (échelle verbale simple et échelle verbale numérique en particulier) sont connus, mais encore sous-utilisés.

Les outils d'hétéro-évaluation ne doivent être utilisés que lorsque l'auto-évaluation est impossible ou non fiable.

L'échelle DOLOPLUS permet l'évaluation de la douleur chronique chez la personne âgée ayant des troubles de la communication verbale. Créée en 1992, validée en 1999, DOLOPLUS a été le premier outil reconnu sur le plan international.

L'échelle ALGOPLUS, validée en 2007, est venue combler une lacune : comment évaluer en moins d'une minute la douleur aiguë chez la personne âgée ayant des troubles de la communication verbale ?

Auto-évaluer à chaque fois que possible... sinon, hétéro-évaluer en utilisant les échelles appropriées à la douleur aiguë ou à la douleur chronique.

L'évaluation systématique de la douleur par des outils validés et le couplage à un traitement adapté permettent aux personnes âgées de ne plus être les oubliées de la douleur et aux soignants de passer du soigner au prendre soin.

Docteur Bernard WARY
Coordinateur du Collectif DOLOPLUS

Plus de 60 000 kits distribués en 18 mois !

www.doloplus.com



KIT d'évaluation de la douleur chez la personne âgée

ECHELLE
EVS

ECHELLE
DoLoPlus

ECHELLE
ALGOPlus

POUR HÉTÉRO-ÉVALUER LA DOULEUR CHRONIQUE:

Conseils d'utilisation

1 • L'utilisation nécessite un apprentissage

Comme pour tout nouvel outil, il est judicieux de l'expérimenter avant de le diffuser. Devant tout changement de comportement, le soignant pensera à utiliser l'échelle. Le temps de cotation diminue avec l'expérience (quelques minutes au maximum). Lorsque c'est possible, il est utile de désigner une personne référente dans une structure de soins donnée.

2 • Coter en équipe pluridisciplinaire de préférence

Que ce soit en structure sanitaire, sociale ou à domicile, la cotation par plusieurs soignants de profession différente est préférable. La cotation systématique à l'admission du patient servira de base de référence. A domicile, on peut intégrer la famille et les autres intervenants, en s'aidant d'un cahier de liaison, du téléphone, voire d'une réunion au lit du malade. L'échelle est à intégrer dans le dossier « soins » ou le « cahier de liaison ».

3 • Ne rien coter en cas d'item inadapté

Il n'est pas toujours possible d'avoir d'emblée une réponse à chaque item, en particulier face à un patient inconnu dont on n'a pas encore toutes les données, notamment sur le plan psychosocial. On cotera alors les items possibles, la cotation pouvant s'enrichir cependant au fil du temps.

4 • Les comportements passifs

Sont moins frappants mais tout aussi parlants et importants que les comportements actifs; par exemple, les troubles du comportement peuvent s'exprimer sur un mode hyperactif, tel que l'agressivité inhabituelle, mais aussi sur un mode de repli.

5 • La cotation d'un item isolé

N'a pas de sens; c'est le score global qui est à considérer. Si celui-ci se concentre sur les derniers items, la douleur est peu probable.

6 • Ne pas comparer les scores de patients différents

La douleur est une sensation et une émotion subjective et personnelle. La comparaison des scores entre patients n'a donc aucun sens. Seule l'évolution des scores d'un patient donné nous intéresse.

7 • Établir une cinétique des scores

La réévaluation sera quotidienne jusqu'à sédation des douleurs puis s'espacera ensuite en fonction des situations. Établir une cinétique des scores en la faisant apparaître sur la feuille de soins (au même titre que la température ou la tension artérielle) sera un argument primordial dans la prise en compte du symptôme et dans la mise en route du traitement.

8 • En cas de doute, ne pas hésiter à faire un test thérapeutique antalgique adapté

On admet qu'un score supérieur ou égal à 5/30 signe la douleur. Pour les scores inférieurs à ce seuil, il faut laisser le bénéfice du doute au malade; si le comportement observé change avec la prise d'antalgique, la douleur sera donc incriminée.

9 • L'échelle cote la douleur, et non la dépression, la dépendance ou les fonctions cognitives

Il existe de nombreux outils adaptés à chaque situation, et il est primordial de comprendre que l'on cherche à repérer les changements de comportement liés à une éventuelle douleur. Ainsi, pour les items 6 et 7, on n'évalue pas la dépendance ou l'autonomie, mais bien la douleur.

10 • Ne pas recourir systématiquement à l'échelle DOLOPLUS

Lorsque la personne âgée est communicante et coopérante, il est logique d'utiliser les outils d'auto-évaluation.

Cependant, au moindre doute, l'hétéro-évaluation évitera la sous-estimation.

Lexique

Plaintes somatiques

Le patient exprime sa douleur par la parole, le geste ou les cris - pleurs - gémissements.

Positions antalgiques

Position corporelle inhabituelle visant à éviter ou à soulager la douleur.

Protection de zones douloureuses

Le malade protège une ou plusieurs zones de son corps par une attitude ou certains gestes de défense.

Mimique

Le visage semble exprimer la douleur au travers des traits (grimaçants, tirés, atones) et du regard (regard fixe, vide, absent, larmes).

Sollicitation

Toute sollicitation quelle qu'elle soit (approche d'un soignant, mobilisation, soins, etc.)

Toilette / Habillage

Évaluation de la douleur pendant la toilette et/ou l'habillage, seul ou avec aide.

Mouvements

Évaluation de la douleur dans le mouvement : changement de position - transferts - marche, seul ou avec aide.

Communication

Verbale ou non verbale

Vie sociale

Repas, animations, activités, ateliers thérapeutiques, accueil des visites, etc.

Troubles du comportement

Agressivité, agitation, confusion, indifférence, glissement, régression, etc.



Echelle d'évaluation comportementale de la douleur chronique chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

www.doloplus.com



TOUT CHANGEMENT DE COMPORTEMENT CHEZ UNE PERSONNE ÂGÉE DOIT FAIRE ÉVOQUER LA DOULEUR

NOM : _____ Prénom : _____

Service : _____

Observation comportementale

DATES			

RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
1 • Plaintes somatiques	• pas de plainte	0	0	0	0
	• plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	• plaintes spontanées continues	3	3	3	3
2 • Positions antalgiques au repos	• pas de position antalgique	0	0	0	0
	• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	• position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
	• position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3
3 • Protection de zones douloureuses	• pas de protection	0	0	0	0
	• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1
	• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2
	• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
4 • Mimique	• mimique habituelle	0	0	0	0
	• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3
5 • Sommeil	• sommeil habituel	0	0	0	0
	• difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	• réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
6 • Toilette et/ou habillage	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	• toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3
7 • Mouvements	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL					
8 • Communication	• inchangée	0	0	0	0
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	• diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2
	• absence ou refus de toute communication	3	3	3	3
9 • Vie sociale	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...)	0	0	0	0
	• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
	• refus de toute vie sociale	3	3	3	3
10 • Troubles du comportement	• comportement habituel	0	0	0	0
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1	1	1	1
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2
	• troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3

SCORE

10 ITEMS EN 3 SOUS GROUPES

- 1- Plaintes somatiques
- 2- Positions antalgiques au repos
- 3- Protection zones douloureuses
- 4- Mimique
- 5- Sommeil
- 6- Toilette et habillage
- 7- Mouvements
- 8- Communication
- 9- Vie sociale
- 10- Troubles du comportement

4 niveaux de cotation
Score global de 0 à 30
Douleur si > 5/30

ECPA: Echelle comportementale de la personne âgée

- **Observation avant le soin**

- Regard et mimique
- Position spontanée au repos
- Mobilité du patient
- Relation à autrui

- **Observation pendant le soin**

- Anticipation anxieuse aux soins
- Réactions des zones douloureuses
- Plaintes exprimées pendant le soin

POUR HÉTÉRO-ÉVALUER LA DOULEUR AIGUE:

Consignes pour la passation de la grille ALGOPLUS

L'échelle Algoplus a été spécifiquement développée pour évaluer et permettre la prise en charge des douleurs aiguës chez un patient âgé pour tous les cas où une auto évaluation fiable n'est pas praticable (troubles de la communication verbale).

L'utilisation d'Algoplus est ainsi particulièrement recommandée pour le dépistage et l'évaluation des :

- pathologies douloureuses aiguës (ex : fractures, zona, post-op, ischémie, lumbago, rétentions urinaires...),
- accès douloureux transitoires (ex : névralgies faciales, poussées douloureuses sur cancer...),
- douleurs provoquées par les soins ou les actes médicaux diagnostiques.

L'échelle comporte cinq items (domaines d'observation). La présence d'un seul comportement dans chacun des items suffit pour coter « oui » l'item considéré. La simple observation d'un comportement doit impliquer sa cotation quelles que soient les interprétations étiologiques éventuelles de sa préexistence.

En pratique, pour remplir la grille, observer dans l'ordre : les expressions du visage, celles du regard, les plaintes émises, les attitudes corporelles et enfin le comportement général.

Chaque item coté « oui » est compté un point et la somme des items permet d'obtenir un score total sur cinq. Un score supérieur ou égal à deux permet de diagnostiquer la présence d'une douleur avec une sensibilité de 87% et une spécificité de 80% et donc d'instaurer de façon fiable une prise en charge thérapeutique antalgique. Il est ensuite nécessaire de pratiquer régulièrement de nouvelles cotations. La prise en charge est satisfaisante quand le score reste strictement inférieur à deux.

Erreurs fréquemment rencontrées

Difficultés de repérage :

- Agrippement doit être coté « oui » *quel que soit le support d'agrippement* (patient lui même, soignant ou tout autre support).

Cotation en fonction d'une interprétation étiologique du signe et non pas sur sa simple présence, par exemple :

- l'item « plaintes » coté « non » parce que le cri du patient est attribué à la démence ou parce que le patient crie depuis longtemps.
- l'item « comportements » coté « non » parce que l'agrippement à la barrière de protection est attribué à la peur de tomber.

www.doloplus.com



ECHELLE
ALGOPLUS

Echelle d'évaluation comportementale de la **douleur aiguë** chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale



Evaluation de la douleur

Echelle d'évaluation comportementale de la **douleur aiguë** chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....						
Heureh.....h.....h.....h.....h.....h.....						
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1 • Visage												
Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
2 • Regard												
Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
3 • Plaintes												
« Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.												
4 • Corps												
Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
5 • Comportements												
Agitation ou agressivité, agrippement.												
Total OUI	■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5	
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe						

RECOMMANDATIONS DU COLLECTIF DOLOPLUS

- 1- Toujours privilégier l' auto-évaluation, y compris chez des patients peu verbalisants et déments**
- 2- ALGOPLUS n' est pas un mini DOLOPLUS**
- 3- ALGOPLUS est spécifiquement développée pour l' évaluation de la douleur aiguë**
- 4- DOLOPLUS est spécifiquement développée pour l' évaluation de la douleur chronique**
- 5- Utiliser ALGOPLUS pour hétéro-évaluer toutes les situations conduirait à de faux négatifs car ne prenant pas en compte les répercussions psycho-comportementales.**

6- ALGOPLUS repose sur une observation somatique, DOLOPLUS sur l'observation de changements de comportements (philosophie différentes des échelles)

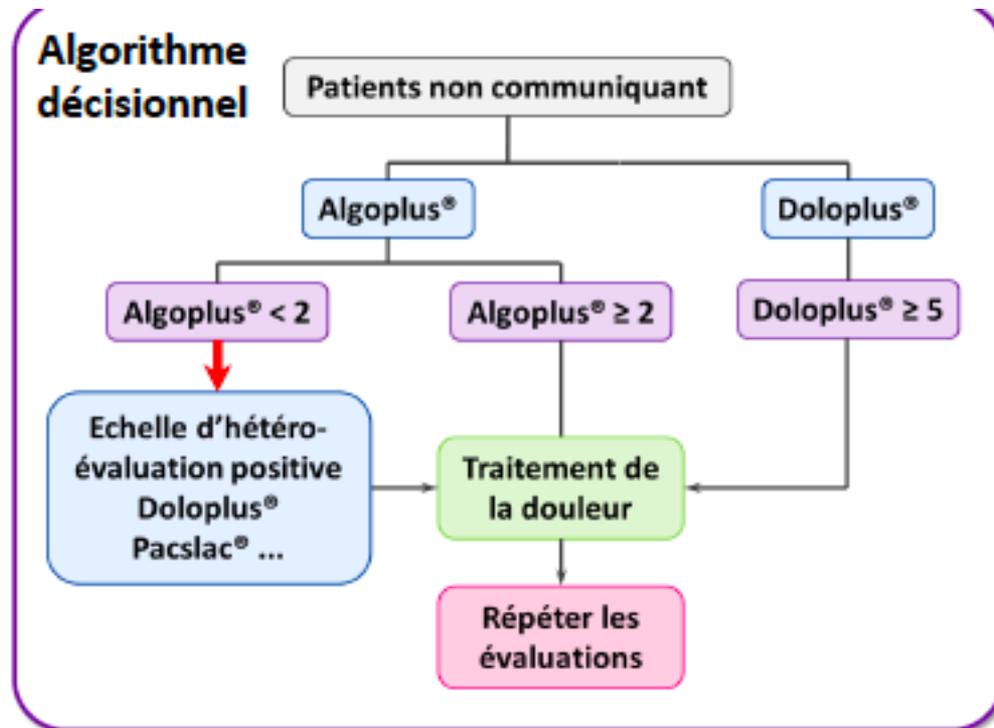
7- Pour éviter la tendance à remplacer DOLOPLUS par ALGOPLUS, le collectif a réalisé une étude multicentrique en hétéro-évaluant des patients âgés douloureux chroniques par Algoplus et par Doloplus, et voir si Algoplus évalue toutes les situations douloureuses ou non.

-> algorithme (Algoplus puis Doloplus) pourra peut-être répondre à cette question...

Etude CALDOL... pour un algorithme d'utilisation Algo-plus-Dolo-plus

Conclusion

Cette étude montre que l'échelle Algo-plus® ne détecte pas la douleur chez 17% des patients âgés. Cette échelle est facile et rapide à utiliser mais son utilisation en dehors de ses conditions de validation peut conduire à un risque de non-détection de la douleur et à l'absence de traitement antalgique.



V- Patient dément...douloureux...en fin de vie.... Et le soignant

**Altération des
fonctions
cognitives
+
Fin de vie**

ATTENTION

***-Au fatalisme...
-Aux réactions
défensives
inappropriées***



« Il existe encore souvent un profond mépris autours des déments, surtout en phase avancée. Ce mépris trouve son origine dans l'ignorance et la peur. Sorte de mise à distance défensive, il est agissant tant dans le public que chez les soignants. »

Renée Sebag-Lanoë

Peu de patients déments bénéficient d'une prise en charge palliative spécialisée.

Pourtant :

- 100 000 décès par an de patients déments**
- Risque de décès X 2 / non déments**
- 90 % de patients totalement dépendants**
- Comorbidité +++**

Principales pathologies associées à la démence
au cours du dernier mois de la vie

INFECTIONS	95 %
DÉNUTRITION	80 %
ESCARRES	40 %
CANCER	30 %

<u>Symptômes</u> <u>associés</u>	DOULEUR	100 %
	ENCOMBREMENT	75 %
	REFUS DE SOINS	30 %
	RIGIDITÉ MUSCUL	20 %

Démence et loi Leonetti

- La décision collégiale concerne typiquement le patient dément. Mais :*
- *Dans 90 % des cas, pas de discussion sur le projet médical dans le dossier*
 - *Directives anticipées: exceptionnelles*
 - *Personne de confiance: très rare*

Or, ces patients sont particulièrement exposés à l'obstination déraisonnable ou au défaut de soins...

POUR Y ARRIVER...

Réunion pluridisciplinaire/multiprofessionnelle

Décision collégiale

Outils d'évaluation

Outils d'aide à la décision

Soutien des soignants

Soutien des familles

Mémoire F. ROSATI, IDE

« Il persiste des préjugés tenaces et des réactions de transfert. »

« seuil de tolérance à la douleur »

Il n'y a pas à proprement parler de déni de la douleur mais plutôt une modification du comportement du soignant face à la douleur, qui tolère un seuil de douleur avant de la prendre réellement en charge.

« Détectée mais banalisée et dénigrée, la douleur n'est pas entendue, les infirmières déviant leur responsabilité vers les médecins (responsables car prescripteurs...). »

Tout se résume finalement dans ce seuil de douleur à atteindre, pour être prise en charge, qui va dépendre:

- de la durée de la douleur**
- de la visualisation de la douleur**
- de la résistance du médecin**
- de la crédibilité du malade**
- de la gravité du diagnostic**
- de l'importance des lésions**

**Si évaluer c' est reconnaître la douleur,
c' est surtout s' exposer à sa prise en charge...**

Vaincre ses résistances par rapport aux morphiniques, à l' engagement dans les techniques psychocomportementales, à l' écoute de la souffrance, etc..

VI- Adaptation des thérapeutiques antalgiques à la personne âgée

1-Tenir compte des modifications pharmacologiques liées au vieillissement et aux pathologies associées

⇒ masse grasse
↘ eau corporelle
↘ clearance rénale
↘ clearance hépatique
Polymédication
Automédication
Pathologies associées



**être prudent
mais pas frileux...**

«Start low and go slow»

2- Oser remettre en question certaines règles d'or...

En fin de vie, la voie orale n'est plus forcément la voie royale



Savoir passer d'une voie à l'autre

Transdermique, sous cutanée, sublinguale, veineuse...

Respecter les équi-analgésies

Recourir à la rotation des voies d'administration

Recourir à la rotation des médicaments

Avoir le matériel adéquat et savoir s'en servir

Pousse-seringues électriques, pompes à morphine...

*En fin de vie, savoir « bafouer »
la règle prônant de ne pas associer
plus de trois (cinq...) médicaments.*

- **La respecter cependant lorsque c'est possible**
- **Supprimer d'abords les médicaments « futiles »
sans tomber dans l'abandon ou le fatalisme**
AVK, héparine, vasodilatateurs, anticholinestérasés...

*Il est fréquent en fin de vie d'être amené à associer
6,7...8 molécules, elles même administrées par 2 ou 3
voies différentes, pour juguler tous les symptômes.*

3- Utiliser des galéniques adaptées

**Observance et tolérance sont les garants
d' un traitement efficace**

**Adapter la galénique avec le malade
(ou consensus d' équipe) si l' on veut éviter:**

Que les gouttes arrosent le sol

Que les grosses gélules passent par la fenêtre

Que les patchs tapissent les draps

***Personnaliser les traitements et recourir
aux formes les plus appropriées***

4- Utiliser davantage les traitements non médicamenteux

**Tout le monde est d'accord sur le principe...
Mais le recours aux techniques de physiothérapie, relaxation, massages, toucher relationnel, musicothérapie, hypnose, arthérapie, etc. reste largement sous utilisé.**



**Valorise le travail des soignants et
réconforte les familles**

5- Mieux prévenir les douleurs induites

Les douleurs induites sont souvent des douleurs indues...



mobilisations et soins douloureux qui rajoutent une couche de douleur supplémentaire...

Fatalisme et minimisation sont trop fréquents.

Organiser les soins en équipe, timing, bien connaître les délai d'action des antalgiques selon la voie d'administration, approche humaine, attentive et bienfaisante

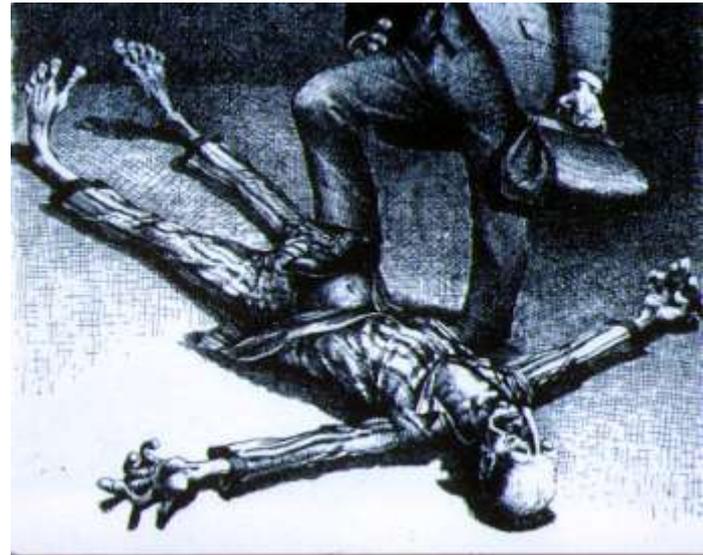
VII- Prévenir les dérives éthiques

**Parfois: volonté de faire taire toute plainte:
*Est-ce la douleur que l'on veut faire taire
ou le malade et ce qu'il nous renvoie ?***

***Si la morphine n'est pas le médicament
de la fin de vie,
l'HYPNOVEL n'est pas celui de l'agonie...***

**Attention au cocktail
Morphine-Hypnovel
systématique.....**

***« Vous avez vu
comme il est calme... »***



Un malade trop calme, c'est un malade qui ne peut plus s'Exprimer, un malade dont la camisole physique a été remplacée par une camisole chimique



un malade qui bénéficiera d'un cocktail « éthique » c.a.d. soit disant palliatif (type Morphine-Midazolam) ...en fait cocktail lytique selon comment il est utilisé

CONCLUSION

*Remettre en question les dogmes
et ne pas rester figés
dans nos protocoles*

*Ecouter et analyser
en équipe*



Personnaliser le prendre soin

Plan d'accès :



Théâtre de Thionville
30, Rue du Maréchal Foch
57100 Thionville - FRANCE
Latitude : 49.352571 | Longitude : 6.149426

Parking : Parking gratuit place de la Liberté, à côté du théâtre.

Contacts :

Docteur Bernard **WARY**

Service Régional de Soins Palliatifs - CHR Metz-Thionville
Hôpital d'Hayange - BP 60327 - 57126 Thionville Cedex - France
Email : b.wary@chr-metz-thionville.fr

Secrétariat du Comité d'Organisation :
M^{me} Sylvie **MATHIS**

Service Régional de Soins Palliatifs - CHR Metz-Thionville
Hôpital d'Hayange - BP 60327 - 57126 Thionville Cedex - France
Tél. 03 82 57 73 70 - Fax : 03 82 57 73 53
Email : s.mathis@chr-metz-thionville.fr

Avec le soutien de :



COLORDSPA



SOCIÉTÉ FRANÇAISE
D'ACCOMPAGNEMENT
ET DE SOINS PALLIATIFS



L'association Pierre Clément Lorraine
organise

la 10^{ème} Journée Lorraine de Soins Palliatifs

**SOINS PALLIATIFS ET ACCOMPAGNEMENT :
DES ÉQUIPES, DES CONVICTIONS, DES QUESTIONS...**

SAMEDI 22 OCTOBRE 2016
AU THÉÂTRE DE THIONVILLE