

de la maladie, son niveau d'acceptation du pronostic. Bien entendu les prescriptions médicamenteuses sont faites en concertation avec les soignants habituels.

### Équipe soignante, équipe mobile : une articulation nécessaire

Il faut à tout prix éviter le cloisonnement entre l'équipe soignante et l'équipe de soins palliatifs, cloisonnement non pas dû à un blocage psychologique ou relationnel mais plus souvent au manque de temps.

En pratique, le plus gros risque est de laisser totalement la prise en charge du malade et de sa famille à l'équipe mobile. Ce n'est bien sûr nullement son rôle, elle n'en a ni les moyens ni le temps (le temps quotidien d'intervention souhaitable pour chaque patient et sa famille est estimé à 6 heures 30 d'infirmières et d'aide-soignante et à 1 heure de médecin et de psychologue). L'équipe soignante doit continuer à s'occuper de son patient de la même façon qu'avant l'intervention de l'équipe mobile dont l'implication ne revient nullement à considérer les soins curatifs comme obligatoirement terminés même si leurs modalités en sont profondément modifiées. L'espoir de guérir ou d'améliorer doit toujours rester présent dans l'esprit et du malade et des soignants, même dans les cas *a priori* les plus désespérés. Jamais le patient ne doit se sentir abandonné par son équipe habituelle.

Le deuxième écueil, lorsqu'il existe une équipe mobile de soins palliatifs à la disposition de tout l'hôpital, est l'excès de la demande par rapport à l'offre. L'équipe mobile se rend dans des services aux activités différentes. Ses interlocuteurs médicaux et paramédicaux sont nombreux. Si elle n'hésite jamais à donner tout son temps au patient, le dialogue préalable avec l'équipe soignante est parfois sacrifié. On peut en rendre responsable l'excès de travail et surtout le manque de disponibilité de l'équipe demandeuse de l'intervention.

Tout ceci semble plaider pour la constitution au sein de chaque service d'une équipe de volontaires qui tout en assurant l'activité traditionnelle médicale s'investisse plus particulièrement dans les soins palliatifs après avoir reçu une formation spécifique.

Est-il envisageable dans cette optique de dédier quelques lits du service aux soins palliatifs ? Nous sommes assez opposés à ce type de solution car elle complique la gestion des lits et aboutit à la création d'une zone spécialisée dont la destination ne peut pas rester inconnue des malades. Le transfert dans un de ces lits risque d'être mal reçu.

Les services de soins palliatifs purement dédiés à cette activité peuvent sembler être la meilleure solution : équipe parfaitement formée, grande expérience entretenue par une activité quotidienne, locaux et matériel adaptés. Nous avons toujours eu à nous louer de l'excellence de la prise en charge des malades dans ces services auxquels nous faisons assez souvent appel. Cependant, un transfert dans un tel service est une décision grave qui ne peut être prise qu'à la demande

expresse du patient et de sa famille. Il sera envisagé s'il ne présente que des avantages et le malade ne doit pas le comprendre comme un abandon au moment où la prise en charge médicale et psychologique est devenue trop lourde. Il entraîne malgré tout un sentiment de culpabilité de la part de l'équipe soignante.

### Intégrer les soins palliatifs à la prise en charge de l'équipe soignante

Les structures de soins palliatifs, équipe mobile, services spécialisés, lits dédiés au sein d'un service, sont des expériences non exclusives les unes des autres dont on n'a pas encore tiré toutes les leçons. Si, dans l'état actuel, l'équipe mobile nous semble une solution assez satisfaisante, notre préférence va à la prise en charge par l'équipe soignante habituelle des situations de fin de vie.

La formation des jeunes médecins et infirmières à ce type d'activité est prometteuse d'évolution (l'enseignement des soins palliatifs a été introduit dans le second cycle des études médicales et dans le programme de l'internat). L'idéal serait que tout médecin, toute infirmière soient parfaitement aptes à prodiguer les soins palliatifs dans la continuité ou en association avec les soins curatifs sans avoir recours à une équipe spécialisée autrement que dans un but de formation. Parallèlement, chaque lit d'hôpital devrait être conçu comme un lit potentiel de soins palliatifs, c'est-à-dire placé dans une chambre individuelle avec les équipements adéquats. Les services hospitaliers fréquemment confrontés aux problèmes de fin de vie (médecine interne, oncologie, gériatrie,...) devraient être les premiers à s'engager dans cette direction, un peu utopique et très onéreuse, mais vers laquelle il faut tendre.

Les services de soins palliatifs doivent continuer à se développer. Ce sont les meilleurs lieux d'enseignement et de recherche donc de diffusion et de progrès de cette discipline encore jeune et trop souvent maltraitée.

## À domicile

### Expérience de généralistes

Assurer des soins à un patient en phase terminale à son domicile est une des missions essentielles du médecin de famille qui retrouve ici son rôle fondamental. Qui mieux que le médecin traitant connaît le patient dans sa globalité : son histoire et celle de sa famille, sa personnalité, ses convictions et ses croyances, et à un plan plus technique sa réactivité aux traitements, son seuil de tolérance à la douleur et sa façon de s'exprimer ou non dans ses périodes de souffrances physiques ou morales.

**Sylvain Michenot**  
Médecin généraliste,  
chef de l'unité de soins  
palliatifs, Maison de  
Santé Claire-Demeure,  
Versailles

**Richard Hono**  
Médecin généraliste,  
Le Chesnay



## Soins palliatifs et accompagnement

Cette pratique d'accompagnement nécessite de la part des médecins généralistes que nous sommes quelques particularités de motivation, formation, disponibilité et capacité à fédérer et à animer une équipe.

### Les motivations

Les motivations à soigner un patient en phase terminale ne vont pas de soi. Elles surgissent à l'occasion d'une relation médecin-malade de qualité, de la prise de conscience du champ de nos responsabilités et de la réflexion de notre « rôle propre ». Cela suppose que le médecin fasse le deuil de « la toute-puissance » c'est-à-dire de sa capacité à soigner et à sauver coûte que coûte, et qu'il valorise ses qualités d'écoute et ses capacités relationnelles dans le sens d'un accompagnement à vivre jusqu'à la fin.

Actuellement 70 à 80 % des patients meurent en

institution. Il y a donc manifestement une carence de prise en charge, et une lacune dans le champ d'activité des médecins généralistes.

Peut-être est ce par manque de motivation à assurer ce rôle à la fois simple et si difficile mais aussi par manque de formation, de soutien et d'équipes pluridisciplinaires présentes sur le terrain et compétentes.

### La formation

La formation et le perfectionnement sont une nécessité pour tout médecin. Nous savons bien que nous devons veiller à mettre nos connaissances à jour. Mais le champ de notre activité de généraliste est vaste, et la formation en soins palliatifs n'est pas obligatoirement perçue comme une priorité. Pourtant lorsque nous y sommes confrontés, l'accompagnement de fin de vie ne s'improvise pas. Outre l'aspect technique (manie-

## Une unité de soins palliatifs au service des médecins libéraux l'exemple de

**Jacques Girardier**  
Médecin chef  
d'établissement,  
USP La Mirandière,  
Quétigny

**L**es unités de soins palliatifs ne représentent pas un nouveau secteur d'hospitalisation « spécialisé » destiné à recevoir tous les malades en fin de vie d'une région. Elles sont là pour promouvoir une qualité de soins adaptée à la fin de la vie, dans les lieux où les malades peuvent terminer leur existence. Il est en effet regrettable qu'aujourd'hui la fin de la vie entraîne trop souvent une hospitalisation, parfois éloignée du domicile et que le malade soit pris en charge par une équipe soignante nouvelle et inconnue, même si c'est une équipe de soins palliatifs.

D'autre part aujourd'hui, si les malades décèdent très majoritairement en institution ce n'est pas uniquement la conséquence d'une évolution de la société. C'est aussi par un manque d'investissement des médecins et des soignants libéraux faute de formation et découragés par l'ampleur du travail et l'absence de soutien.

La médecine de la fin de la vie doit rester de la compétence de la médecine libérale et tout doit être entrepris pour que le malade puisse rester chez lui le plus longtemps possible, avec l'accord de sa famille.

Mais pour cela il faut que les médecins puissent compter sur l'ap-

appui, le soutien d'une équipe toujours disponible, prête à les conseiller, les aider sur place, les rassurer, les valoriser et éventuellement les relayer en cas de problème.

C'est dans cet esprit que travaille l'USP La Mirandière de Quétigny.

### Un soutien aux médecins libéraux

L'USP La Mirandière est indépendante, à l'écart de toute structure publique ou privée pour être vraiment à la disposition de tous. Son activité se déploie dans quatre directions :

- Un secteur d'hospitalisation réduit de 15 lits pour bien signifier le caractère volontairement limité de cette activité.

- Une activité de consultations et de visites qui est particulièrement développée. Les raisons de l'appel sont en rapport soit avec un symptôme mal soulagé, une difficulté de maintien du malade là où il est ou encore des questions éthiques difficiles. Sauf rares exceptions il n'y a pas à La Mirandière d'hospitalisation directe ou sur dossier. Toute demande passe par une évaluation préalable du malade là où il se trouve. Elle est sollicitée par le médecin de famille, le spécialiste, le malade lui-même, sa famille ou l'infirmière. Dans tous les cas le médecin référent est joint en premier, avant

toute intervention, ce qui permet une première prise de contact et d'ailleurs elle est généralement bien accueillie, parfois même avec un certain soulagement. Cette précaution est indispensable pour éviter aussi tout malentendu, générateur de conflit. Ainsi tous les jours un médecin et un soignant de La Mirandière se rendent au chevet de malades soit en institution soit à domicile et rencontrent non seulement le malade et sa famille mais aussi tous les intervenants. Cette visite permet avant tout, d'analyser la situation, d'évaluer les différents problèmes ainsi que les souhaits et motivations de chacun. Un long temps est accordé pour connaître le souhait du malade, écouter, évaluer, étudier les ressources encore possibles, puis énoncer les solutions et leur réalisation pratique. Effectuée par des tiers, cette analyse est utile et empreinte de justesse car elle n'est influencée ni par le vécu, ni par le poids de l'investissement affectif et l'épuisement. Au terme de cette évaluation, l'admission à l'USP est décidée dans seulement un tiers des cas. Dans les autres cas le malade est laissé sur place soit parce que c'est trop tôt soit parce que le maintien est possible. Les conclusions de l'évaluation sont communiquées

ment des antalgiques majeurs, prise en compte des symptômes associés à la douleur, traitement des douleurs neurogènes, etc.) la prise en charge du patient dans sa globalité implique des connaissances particulières ; éthiques, philosophiques, psychologiques, et impose une réflexion sur soi-même, une capacité à prendre de la distance, une bonne maîtrise de l'investissement affectif, des mécanismes de défense et des difficultés décisionnelles. On voit donc qu'un minimum de formation s'impose. Mais contrairement aux médecins hospitaliers ou salariés nous devons financer nous-mêmes et intégralement notre formation, le plus souvent sur notre temps libre, ce qui représente une complication supplémentaire.

### La disponibilité

La disponibilité du médecin généraliste libéral doit être

totale ; l'accompagnement ne fait appel que très partiellement au médecin spécialiste et n'implique le médecin hospitalier que pour des ajustements thérapeutiques ou des situations particulières dans le cadre d'allers-retours de courte durée. Cet accompagnement nécessite un temps de présence qui n'est pas rémunérable (ou difficilement). La proximité de la mort génère chez le patient et son entourage une angoisse et un sentiment de solitude que le médecin de famille se doit d'assumer avec toute l'équipe soignante. Un passage quotidien, voire plus ne serait-ce que quelques minutes, est toujours nécessaire. Par ailleurs, les symptômes de la maladie et les effets secondaires des traitements justifient de fréquentes adaptations thérapeutiques et l'utilisation d'opiacés impose des prescriptions régies par une législation contraignante.

Être joignable facilement, y compris en dehors du

## La Mirandière

au médecin de famille. Tout maintien à domicile passe nécessairement par son accord. L'évaluation se termine toujours par le rappel que l'USP s'efforcera de toujours être disponible si nécessaire.

- Les avis téléphoniques se multiplient et constituent une activité croissante. L'équipe médicale est régulièrement appelée pour aider, renseigner, conseiller, soutenir un médecin aux prises avec un malade à domicile qui ne va pas bien. Ces entretiens dépassent la simple demande de détail technique car souvent le médecin isolé a besoin de réconfort, de soutien et surtout de vérifier que ce qu'il fait correspond à la bonne attitude.

Il est possible de conjuguer ces modes de soutien. Par exemple, un médecin suit dans sa clientèle une malade de 67 ans qui arrive au stade terminal d'un cancer du rectum. Elle est maintenant en occlusion et ne peut plus absorber la morphine LP qu'elle recevait jusque-là. Elle est encore consciente et très entourée par une famille qui souhaite la garder à la maison jusqu'à la fin. Le médecin traitant peu familiarisé avec les techniques antalgiques téléphone à La Mirandière. On le sent motivé mais embarrassé. Un long entretien lui permet d'obtenir tous les rensei-

gnements pratiques pour la mise en route d'un traitement antalgique et antiémétique par voie sous-cutané continue. Le lendemain, comme convenu, l'équipe de La Mirandière se rend au domicile de la malade pour vérifier qu'il n'y a pas de problème et rencontre à cette occasion tout le monde. Par la suite le médecin suivra quotidiennement sa malade chez elle (nous tenant au courant) jusqu'à son décès 10 jours plus tard.

L'existence de La Mirandière a permis une augmentation du nombre des malades restant à domicile.

Il faudrait, dans un souci de disponibilité, que La Mirandière puisse répondre à l'urgence et c'est là une difficulté. Le maintien à domicile a ses limites pour des raisons qui appartiennent au malade, à sa famille, à l'équipe médicale ou soignante et il n'est pas rare qu'après une période stable la situation bascule brusquement. En cas d'urgence un médecin est toujours joignable à l'unité et s'efforcera d'admettre le malade si c'est possible. Le malade qui vient du domicile est prioritaire, même s'il faut reporter l'admission d'un malade prévu venant d'une institution. En cas d'impossibilité du fait de la faible capacité de l'USP, il est convenu que le malade soit hospitalisé temporairement dans l'institution qui l'a déjà soigné en attendant

qu'une place se libère. Une telle éventualité est toujours préparée à l'avance et les familles ne sont pas prises au dépourvu. C'est l'absence d'anticipation de l'urgence qui constitue le principal obstacle au maintien à domicile. Au contraire une explication claire, des prescriptions anticipées, la démystification des conditions de la phase ultime et le soutien actif de l'USP sont des facteurs apaisants indispensables à une bonne prise en charge à domicile.

- La formation proposée aux médecins libéraux et soignants représente une composante très importante de l'activité de l'unité. Cette formation repose sur l'expérience et une réflexion qui se poursuit chaque jour. Elle est réalisée de plusieurs façons : participation à l'enseignement du diplôme interuniversitaire de soins palliatifs, cycles de formation, stages encadrés à l'unité, intervention dans le cadre de la formation médicale continue.

On parle beaucoup aujourd'hui de soins palliatifs, de maintien à domicile et de réseaux. La médecine de la fin de la vie est difficile et réclame beaucoup d'investissement et de courage. Il est du rôle des Unités de soins palliatifs d'y apporter un soutien actif, en institution comme à domicile. ■



## Soins palliatifs et accompagnement

temps de travail est donc primordial, mais savoir déléguer l'est aussi en désignant ou en informant un confrère susceptible de prendre le relais si nécessaire.

Comme nous le verrons, ce type de prise en charge ne peut s'assumer qu'en équipe. Il faut donc prévoir des temps de rencontre entre soignants et une disponibilité vis-à-vis des autres acteurs de soins. En pratique libérale cette disponibilité est grande consommatrice de temps ; le sien et celui des autres.

Dans notre expérience, cet impératif demande une organisation différente de son travail et une attention aux difficultés des autres acteurs de soins ; attitude à laquelle nous n'avons pas été particulièrement préparés. Pourtant le travail en équipe est un élément clé de la prise en charge des patients en fin de vie.

### Fédérer et animer une équipe

Est-ce une activité spécifique d'un médecin de famille ? Pas forcément. Le patient s'attache souvent à l'un ou à l'autre des intervenants (infirmière kinésithérapeute, aide-ménagère, etc.) dont il réclame avec insistance la présence aux derniers moments conscients. Cependant, lorsque l'équipe n'existe pas, le médecin tente de la

créer et de la faire fonctionner, en associant infirmières, kinésithérapeutes, pharmaciens, biologistes, assistantes sociales, médecins spécialistes, voire associations de bénévoles ou de soins à domicile.

En tant que praticien libéral, nous avons déjà l'habitude de travailler avec tel ou tel autre professionnel, par affinité, pour des raisons de proximité, ou par souci de qualité de soin. Mais cela ne suffit pas. Il faut valoriser le rôle de chacun et savoir partager des informations qui dépassent le cadre habituel d'une relation strictement professionnelle, tout en étant garant de leur confidentialité.

Nous répons habituellement à consigner par écrit nos observations, résultats d'examen, prescriptions, ailleurs que dans un dossier médical que nous considérons comme notre propriété. Pourtant comment travailler en équipe pluridisciplinaire sans partager un outil de travail commun, sans échanger par écrit consignes et informations. Les transmissions orales n'offrent pas de sécurité suffisante quand elles s'adressent à plusieurs acteurs de soins et qu'elles concernent un patient particulièrement vulnérable.

La simple tenue d'un cahier de transmission, asso-

## Le réseau Cicely

### Didier-Henri Mayeur

Médecin hospitalier  
oncologue, Hôpital A.  
Mignot, Le Chesnay

### Martine Jaquemont

Administrateur, ASP  
Fondatrice

### Richard Hono

Médecin généraliste,  
Le Chesnay

### Sylvain Michenot

Médecin généraliste,  
chef de l'unité de  
soins palliatifs,  
Maison de Santé  
Claire-Demeure,  
Versailles

### Laurence Vitu-Loas

Radiothérapeute,  
Unité de soins  
palliatifs Maison de  
santé Claire-  
Demeure, Versailles

**C**e réseau, du nom de Cicely Saunders, fondatrice du mouvement moderne des soins palliatifs, s'est constitué en 1998, à l'initiative de professionnels de santé « de terrain ».

### Les acteurs du réseau

Il comporte comme membres fondateurs un médecin généraliste, un médecin d'unité de soins palliatifs, un oncologue médical, un oncologue radiothérapeute, une association d'infirmières libérales : Libé-soins.

Ce réseau s'est étoffé avec la participation de kinésithérapeutes, de biologistes, de pharmaciens et du centre communal d'action sociale de Versailles. Il s'agit d'un réseau ville-hôpital, centré autour des patients cancéreux en phase évoluée et/ou palliative de leur maladie. L'objectif est de favoriser le retour et le maintien au domicile du patient en l'entourant des compétences de chacune des parties intéressées.

Ceci est rendu plus facile par le

réseau qui permet une meilleure coordination des acteurs de santé. Des réhospitalisations en urgence ont pu ainsi être évitées grâce à l'existence d'un répertoire téléphonique permettant de donner des réponses rapides aux problèmes posés.

L'association Libé-soins a permis depuis 4 ans de former 170 infirmières libérales au traitement des pathologies lourdes et à l'accompagnement des malades en phase terminale. Le réseau Cicely a élargi ces formations à l'ensemble des acteurs de santé concernés.

### Situation actuelle

Le réseau se heurte cependant à diverses difficultés. Ainsi, les négociations avec les diverses autorités de tutelle (CPAM, Ddass, ARH, Urcam,...) avancent lentement en raison de la multiplicité des interlocuteurs et du flou juridique persistant concernant l'accréditation des réseaux et leur financement. En effet, sur le terrain le réseau fonctionne pour l'instant très bien

grâce au bénévolat et à l'enthousiasme initial. Mais il faut bien sortir du bénévolat pour pérenniser le réseau. Ainsi, un réseau de ce type nécessite un travail rémunéré de coordination, de secrétariat et de formation. Il faut également, dans le cadre des pathologies lourdes et « chronophages », trouver un système de rétribution correspondant à la réalité du travail effectué par les acteurs de santé. Un autre point crucial est le recrutement d'un psychologue par le réseau et la possibilité de remboursement de visites de psychologues au domicile des patients.

Les points positifs sont le très bon accueil des professionnels de santé de la région de Versailles, qui sont nombreux à être intéressés par le réseau Cicely. En outre, les rapports avec l'Association pour le développement des soins palliatifs (ASP) sont étroits et un partenariat avec l'ASP est envisagé pour permettre l'intervention de bénévoles au domicile des patients. ■

ciant tous les partenaires, dont la famille, laissé au domicile du patient ne peut nuire à personne s'il est utilisé avec discernement.

### Les réseaux : une solution possible

Volontairement nous n'avons pas évoqué les patients qui sont pourtant au centre de nos préoccupations. Nous savons que 70 % d'entre eux meurent à l'hôpital alors que leur volonté s'exprime dans des proportions inverses. Il nous semble possible de mieux respecter le choix des patients en dépit des obstacles, et nous, médecins de famille, espérons trouver dans la création de réseaux de soins et le regroupement d'associations diverses, un outil efficace et des conditions de travail nous incitant à mieux nous impliquer. Mais pour le moment les conditions ne sont pas en place et les démarches administratives pour créer simplement un réseau sur la base d'associations de bénévoles ayant fait largement leurs preuves relèvent d'un véritable parcours du combattant. Les bonnes intentions proclamées n'ont pour l'instant aucune répercussion pratique sur le terrain. Il suffirait simplement à tous les acteurs de santé (y compris à l'administration) d'abandonner un peu de pouvoir, de partager un peu de savoir, de manifester un peu d'obstination, pour qu'un plus grand nombre de patients puisse terminer leur vie dans les conditions de leur choix. Nous y gagnerons en complétude.

## L'hospitalisation à domicile en milieu urbain

**Patrick Le Plat**  
Médecin coordina-  
teur, chef de service,  
HAD Croix Saint-  
Simon, Paris

En France, il y a 63 structures d'hospitalisation à domicile. Leur répartition géographique sur le territoire est inégale. Elle se fait au détriment des zones rurales. Ainsi, l'Île-de-France concentre plus de 62 % de la capacité nationale d'accueil (3 900 places).

À ce jour, 52 départements sont dépourvus d'HAD [1].

Les HAD initialement créées assuraient des prises en charge polyvalentes, les pathologies étaient diverses : tumorale, vasculaire, infectieuse, neurologique... Au fur à mesure des années, tout en conservant cette polyvalence, elles ont développé des pôles de compétences, notamment pour les soins palliatifs.

Cependant, la tendance actuelle est à la création de structures unipolaires, se « spécialisant » en soins palliatifs. Leur capacité d'accueil dépasse rarement 30 places.

La récente loi sur les soins palliatifs [2] accentuera vraisemblablement cette tendance.

Quelle que soit la structure d'HAD, les soins palliatifs ont pris une place prépondérante.

Ils concernent tous les âges de la vie et tous types de pathologies : cancer, sida, maladie neurologique chronique ...

Les demandes de prise en charge HAD proviennent essentiellement de l'hôpital, mais de plus en plus fréquemment, des médecins de famille la prescrivent.

### Quel est le rôle de l'HAD ?

Pour une prise en charge cohérente et efficace, centrée sur le souhait du patient en fin de vie voulant retrouver son environnement, l'HAD assure différentes missions de coordination, de soin, de formation et de soutien.

La structure d'HAD assure la coordination des acteurs de santé et du service social, autour du patient. La prise en charge est pluridisciplinaire. Elle fait appel :

- au médecin de famille, en partenariat avec le médecin hospitalier,
- aux soignants : infirmière, aide-soignante, kinésithérapeute...,
- au psychologue,
- au pharmacien de proximité et/ou hospitalier,
- au service social,
- aux associations d'accompagnants bénévoles,
- aux prestataires de services : location de matériel (lits tous soins, pompes, seringues électriques, machines à ventiler...).

C'est un véritable réseau de soins qui se tisse autour du patient.

Au domicile, un dossier de soins infirmiers centralise l'ensemble des actions réalisées par les soignants. Ce document est un lien entre les acteurs. Le médecin traitant, à chacune de ses visites, y annote ses observations et ses consignes. Pour le médecin hospitalier, le dossier accompagne le patient lors d'une réhospitalisation ou d'une consultation. Ce dossier doit respecter les règles en vigueur du secret professionnel. Bien sûr, il ne dispense pas des rencontres au chevet du patient entre le médecin traitant et l'équipe, pour une synthèse de la prise en charge.

Le projet thérapeutique fédère les acteurs : c'est le ciment de la coordination.

Il permet une prise en charge globale du patient, car il se décompose en trois éléments étroitement liés : clinique, psychologique et social, qui s'inscrivent dans une démarche éthique.

Élaboré par le médecin prescripteur de la demande d'HAD (médecin de famille ou hospitalier), ce projet est proposé au médecin coordinateur.

Ce dernier évalue l'adéquation du projet avec les possibilités de soins au domicile, afin d'assurer au malade une sécurité optimale.

Au cours du séjour, les objectifs seront réévalués en concertation avec le médecin traitant et l'équipe soignante, et si nécessaire, avec le service social de l'HAD.

Ce projet est indissociable de la volonté du patient et de ses proches. Aucune HAD n'est possible sans l'accord du patient et la collaboration de ses proches. Il en est de même pour le médecin de famille : l'HAD doit recueillir son assentissement pour le suivi du patient.

Les soignants élaborent le projet de soins. L'HAD

1. Données 1999, Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile.  
2. Loi n°99-477 du 9 Juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs. J.O du 10 Juin 1999. 8487-8489.