

Demande de mort, aspects cliniques et relationnels

Webinaire SFAP, 26 mars 2026

Pascale Vinant
Pr associée médecine palliative
APHP centre – Cochin – HEGP - Université Paris Cité
p.vinant@aphp.fr

La demande de mort

- ❑ Une question qui « met en tension »
 - Sur le plan émotionnel : situation complexe, souffrance, issue incertaine, charge agressive, culpabilité
 - Sur le plan éthique : valeurs internes, conflit de valeur interne, intra-équipe

—————→ Enjeux relationnels complexes

- ❑ Une question au sein d'un débat sociétal centré sur la réponse :
 - Faut-il ou non légaliser le suicide assisté ou l'euthanasie
 - Peu d'éléments apportés sur la question clinique

—————→ Enjeux cliniques, enjeux pédagogiques



AVIS139

Questions éthiques relatives
aux situations de fin de vie :
autonomie et solidarité



- **Connaitre les données importantes issues de la recherche clinique**
- **Acquérir des postures cliniques et relationnelles adaptées**
- **Appréhender les situations de demande de mort par une approche pluriprofessionnelle**
- **Réfléchir aux aspects formatifs sur l'enseignement dans le contexte de la progression du texte législatif**

- ②
- ③
- ④
- ⑤
- ⑥

« Section 2 bis

« **Droit à l'aide à mourir**

« Sous-section 1

« Définition

« Art. L. 1111-12-1. – I. – Le droit à l'aide à mourir consiste à autoriser et à accompagner une personne qui en a exprimé la demande à recourir à une substance létale, dans les conditions et selon les modalités prévues aux articles L. 1111-12-2 à L. 1111-12-7, afin qu'elle se l'administre ou, lorsqu'elle n'est pas physiquement en mesure d'y procéder, se la fasse administrer par un médecin ou par un infirmier.

Une probable loi sur « le droit à l'aide à mourir (AAM) »

Dispositif juridique avec des critères d'éligibilité pour la prescription d'une drogue létale

Quelle est la question clinique : la demande d'AAM , la demande d'euthanasie , la demande de SA, non !

La question clinique définie sur le plan international : souhait de hâter la mort ou désir de mort

Face à cette question, l'AAM n'est qu'une des réponses possibles à un souhait ou une demande de mort

5 critères d'éligibilité à une aide à mourir

- ▶ **Age**
- ▶ **Résident français régulier et stable**
- ▶ **Etre atteint d'une affection grave et incurable**, qui engage le pronostic vital, en phase avancée ou terminale caractérisée par l'entrée dans un processus irréversible marqué par l'aggravation de l'état de santé de la personne malade qui affecte sa qualité de vie, ou en phase terminale
- ▶ **Présenter une souffrance liée à cette affection, réfractaire aux traitements ou insupportable selon le patient**, lorsqu'il a choisi de ne pas recevoir ou d'arrêter un traitement
Une souffrance psychologique seule ne peut en aucun cas permettre de bénéficier de l'aide à mourir
- ▶ **Etre apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée.**

Une procédure

- Demande du malade par écrit mais autre moyen si incapacité

- Le médecin doit :

1/ Vérifier que le patient ne fait pas l'objet d'une mesure de protection juridique mais cela ne l'exclut pas du droit à mourir

2/ Informer la personne sur son état de santé, sur les perspectives d'évolution de celui-ci ainsi que sur les traitements et les dispositifs d'accompagnement disponibles

3/ Informer la personne qu'elle peut bénéficier de l'accompagnement et des soins palliatifs définis à l'article L. 1110-10 et s'assurer, si elle le souhaite, qu'elle puisse y avoir accès

4/ Proposer à la personne et à ses proches de les orienter vers un psychologue ou un psychiatre et s'assurer, si elle le souhaite, qu'elle puisse y avoir accès ;

5/ Indiquer à la personne qu'elle peut renoncer, à tout moment, à sa demande ;

6/ Expliquer à la personne les conditions d'accès à l'aide à mourir et ses modalités de mise en œuvre. »

Eligibilité à une demande d'AAM par l'examen des critères et respect d'une procédure

≠

Exploration / Evaluation d'un SHM

1. Ce qu'il faut savoir sur le SHM (les données de la recherche)

- Définition
- Fréquence
- Ce que disent les pts
- Les facteurs associés / les facteurs protecteurs

2. Un patient demande à mourir :quelles postures cliniques et relationnelles ?

- Accueillir la demande
- Poser un cadre
- Evaluer
- Réfléchir en équipe
- Proposer des réponses



>> 1



Ce qu'il faut savoir



Définition internationale du « souhait de hâter la mort »

Wish to hasten death Balaguer, 2018, Plos one

Le souhait de hâter sa mort est une réaction à la souffrance, dans le contexte d'une situation clinique menaçant la vie (maladie évolutive incurable) et pour laquelle le patient ne voit plus d'autre issue que d'accélérer sa mort.

Le souhait de mourir surgit en réponse à un ou plusieurs facteurs, incluant des symptômes physiques (présent ou possible), une détresse psychologique (dépression ou perte d'espoir ou peurs ...), détresse existentielle (perte du sens de la vie ..) ou des aspects sociaux (le sentiment d'être une charge).

Définition internationale du « souhait de hâter la mort »

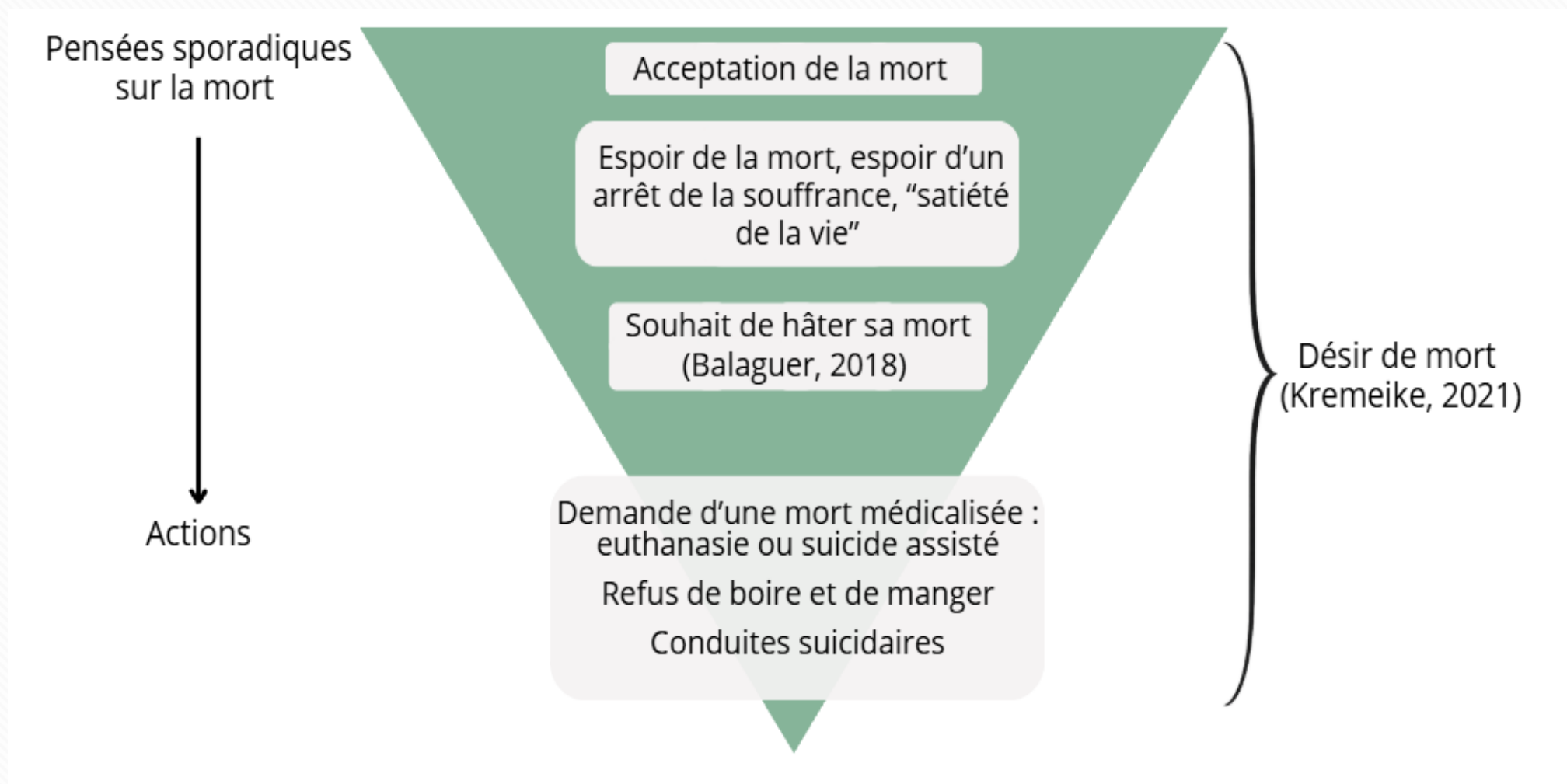
Wish to hasten death Balaguer, 2018, Plos one

Ce souhait peut s'exprimer spontanément ou après avoir été interrogé mais il doit être distingué de :

- l'acceptation d'une mort proche
- d'un souhait de mourir naturellement, préférentiellement de manière rapprochée.

Continuum entre les pensées sur la mort et le degré d'action souhaitée ou demandée

(Rodriguez Prat, 2024)



| Étape du continuum | Exemples de paroles possibles | Significations possibles |
|--|--|---|
| Acceptation de la mort | <p>« J’attends la mort »</p> <p>« Je sais que ma fin approche. »</p> <p>« Je vais mourir. »</p> | Acceptation, attente |
| Souhait que la mort vienne | <p>« J’aimerais que ça se termine bientôt. »</p> <p>« Si je pouvais faire une crise cardiaque ». »</p> <p>« Je n’en peux plus, c’est trop dur. »</p> | Fatigue, lassitude, satiété de la vie, souffrance Pas d’intention d’agir |
| Souhait de hâter la mort | <p>« Si je pouvais, j’aimerais que la mort vienne plus vite. »</p> <p>« Je pense parfois à accélérer les choses. »</p> <p>« Je veux mourir. »</p> | Perception d’une absence d’issue à la souffrance Pas de demande explicite d’un geste médical |
| Demande explicite d’aide à mourir (euthanasie, suicide assisté) / projet suicidaire | <p>« Aidez-moi à en finir. »</p> <p>« Faites quelque chose. »</p> <p>« Je vais trouver une solution pour mettre fin à mes jours. »</p> | Demande d’une action pour permettre la mort, abrégé la vie ou se donner la mort |

Est-ce que c'est fréquent ?

(Rodriguez Prat 2024, Ohnsorge 2019, Guirimand 2014)

- Pas si facile de répondre (variabilité importante dans les revues de littérature de 0,17 à 44 %) (Rodriguez Prat 2024)
- Etudes les plus convaincantes basées sur des instruments de mesure du SHM
- Souhait de mort ou pensées sur la mort autour de 20 % chez les patients gravement malades
- Souhait de mort fort autour de 10 % chez les patients gravement malades
- Etude menée à l'USP JG : 9 % de SHM
- AAM entre 2 et 6 % des décès totaux selon les pays (Suisse -Québec)

Au total : phénomène non marginal

Schedule of attitudes toward hastened death (Rosenfield, 1999)

SAHD

- 1 – Je suis confiant que j'arriverai à faire face au stress émotionnel causé par ma maladie.
- 2 – Je crains de beaucoup souffrir de problèmes émotionnels plus tard à cause de ma maladie.
- 3 – Ma maladie me mine tellement que je ne souhaite plus continuer à vivre.
- 4 – Je pense sérieusement demander à mon médecin de m'aider à mettre fin à ma vie.
- 5 – A moins que ma maladie s'améliore, je vais penser à m'organiser pour mettre fin à ma vie.
- 6 – Mourir semble la meilleure façon de soulager la douleur et l'inconfort causés par ma maladie.
- 7 – En dépit de ma maladie, ma vie a toujours un objet et du sens.
- 8 – Je me fiche des traitements car je souhaite que la maladie suive son cours.
- 9 – Je veux continuer à vivre, quelque soient la douleur et la souffrance que me causent ma maladie.
- 10 – J'espère que ma maladie va progresser vite car je préfère mourir plutôt que continuer à vivre avec cette maladie.

Schedule of attitudes toward hastened death (Rosenfield, 1999)

- 11 – J'ai arrêté les traitements pour ma maladie parce que je préférerais que ma maladie suive son cours.
- 12 – J'apprécie ma vie actuelle, même avec ma maladie, et n'envisage pas d'y mettre fin.
- 13 – Comme ma maladie ne peut être guérie, je préfère mourir plus tôt que plus tard.
- 14 – Mourir semble la meilleure façon de soulager la souffrance émotionnelle que me cause ma maladie.
- 15 – Les médecins pourront soulager la plupart de l'inconfort que me cause ma maladie.
- 16 – A cause de ma maladie, l'idée de mourir me reconforte.
- 17 – Je crains de beaucoup souffrir de problèmes physiques plus tard à cause de ma maladie.
- 18 – J'envisage de mettre fin à ma propre vie lorsque ce sera trop de supporter ma maladie.
- 19 – Je continue le plus que je peux tous les traitements possibles car je ferai n'importe quoi pour continuer à vivre.
- 20 – Je suis capable de faire face aux symptômes de ma maladie et n'ai aucune pensée de mettre fin à ma vie.

Est-ce que le SHM est stable dans le temps ?

- Emanuel Jama, 2000 : Sur 2/3 pts vivants à 2 et 6 mois, 50 % avaient changé d'avis
- Rosenfield 2014 : USP, trajectoires de pts SHM stable ou fluctuant : 31 % diminuent, 12,5 % développent en SHM
- Co-existence désir de vivre/désir de mort (Rodriguez-Prat, 2017)
- Bostrom, 2024 : opposition des 2 pour la majorité mais chez 15 % co-existence et fluctuation

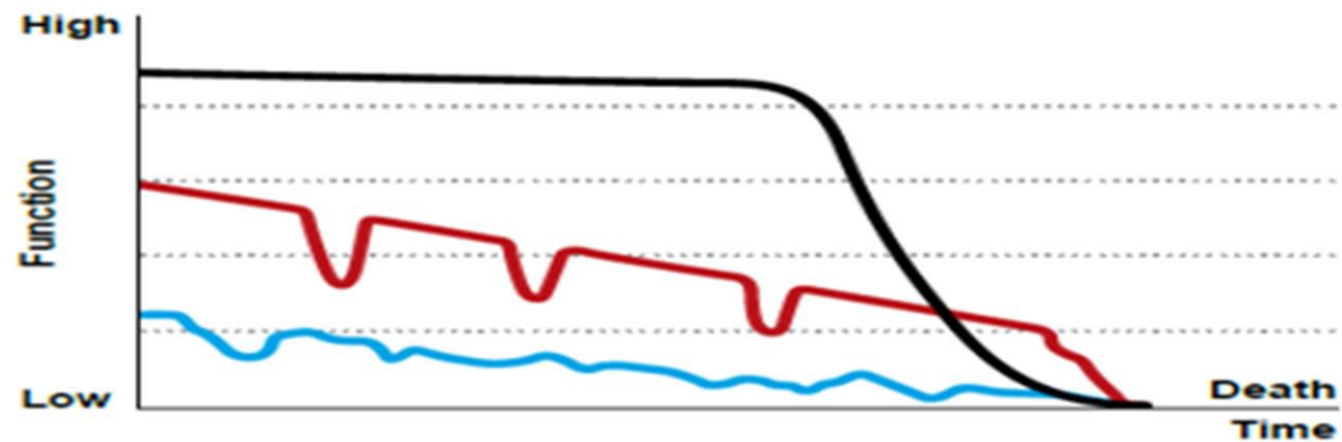
Fluctuation dans le SHM ?

- Emanuel 2000 : Sur 2/3 pts vivants à 2 et 6 mois, 50 % avaient changé d'avis
- Rosenfield, 2014 : 31 % de demande de mort diminuent et 12,5 % émergent
- Ferrand, 2012: 37% de DE maintenues, 24% fluctuant
- Briggs, 2021 : PA institutionalises, fluctuation en lien avec sentiment de solitude et depression
- Co-existence désir de vivre/désir de mort (Rodriguez-Prat, 2017)
- Bostrom, 2024 : opposition des 2 pour la majorité mais chez 15 % co-existence et fluctuation

Capacité d'adaptation et vulnérabilité persistante

Trajectoire de maladie

Le moment où un patient exprime un souhait de mort est différent selon la pathologie et la trajectoire



Source: Murray, S.A. et al⁸

- Cancer (n=5)
- Organ failure (n=6)
- Physical and cognitive frailty (n=7)
- Other (n=2)

Trajectoire de maladie et demande à mourir

Ohnsorge, 2019

- **Cancer : Annonce de progression ou de prise en charge palliative**
- **Insuffisance d'organe : Epuisement liées à la succession des crises de décompensation**
- **Maladie neurologique : dyspnée, dépendance croissante, nutrition artificielle évoquée**
- **PA : institutionnalisation, perte des relations**

« Moment à risque »

Que disent les patients formulant un SHM ?

2017, revue études qualitatives

- Patient avec maladie incurable somatique
- 14 études : 255 entretiens avec patients
- Europe, Canada, EU, Asie pays avec ou sans légalisation SA ou euthanasie

BMJ Open Understanding patients' experiences of the wish to hasten death: an updated and expanded systematic review and meta-ethnography

Andrea Rodríguez-Prat,¹ Albert Balaguer,² Andrew Booth,³ Cristina Monforte-Royo⁴

Thème principal : Souffrance multidimensionnelle

Facteurs physiques :

Perte de fonction, douleur, fatigue, dyspnée, incontinence, altération des fonctions cognitives

Facteurs émotionnels et psychologiques : peur et perte d'espoir

Peur face à l'incertitude, d'être une charge pour les autres, peur de la douleur et des symptômes car souvent déjà vécus, peur du processus de la mort par crainte qu'ils ne puissent exprimer leurs besoins et préférence

Facteurs sociaux

Être une charge pour les proches, avoir besoin d'aide, faire souffrir les proches, sentiment d'inutilité, être dépendant, perte du sentiment d'être une personne, sentiment d'être traité comme un objet, perte de l'estime de soi, rôle des professionnels de santé

**Perte du sentiment de soi ou d'identité
associé souvent à une succession de perte**

Signification WTHD

- **Arrêter la souffrance**
- **Ne pas être une charge pour les proches**
- **Préserver l'autodétermination pour la fin de vie (contrôle)**
- **Souhait de vivre mais pas de cette manière (aimerait vivre s'il pouvait faire encore des choses qui sont importantes pour eux), paradoxe exprimé : WTHD et demande de tt**
- **Un moyen de communication sur la fin de vie (Coyle, Oncol Nurs Forum, 2004, Oshnsorge, BMC palliat Care, 2014)**
- **WTHD comme une forme de contrôle, certains le voit comme un mécanisme de coping**

Les facteurs corrélés au souhait de mourir

- Douleur/symptômes
- Dépression
- Perte d'espoir
- Perte du sens de la vie, souffrance existentielle
- Soutien social insuffisant
- Perte d'autonomie / sensation d'être une charge pour ses proches
- ATCD de traumatisme (abus , abandon retrouvé dans les cases report)
- Troubles cognitifs

Les facteurs protecteurs du souhait de mourir






- **Bon statut fonctionnel**
- **Bien être spirituel**
- **Bon soutien social**
- **Bonne estime de soi**

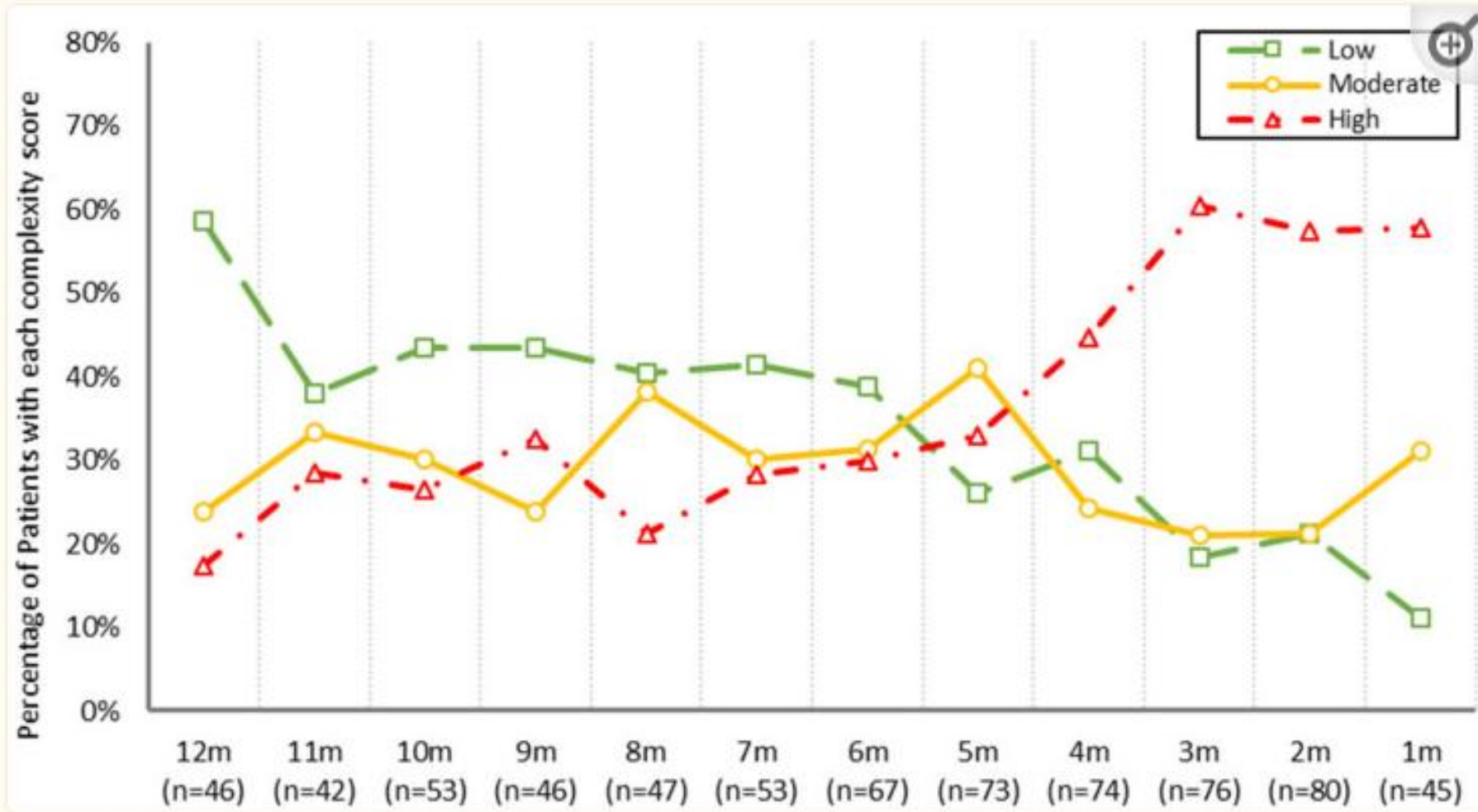
- Intrication des facteurs
- WTHD survient souvent dans le cadre d'une exacerbation des symptômes physiques ou psychologiques
- Aboutit à un stress majeur avec perte d'espoir d'amélioration
- Attention aux facteurs déclenchants souvent présents
- Le risque augmente avec l'évolution de la maladie



Article

Symptom Burden and Complexity in the Last 12 Months of Life among Cancer Patients Choosing Medical Assistance in Dying (MAID) in Alberta, Canada

Linda Watson ^{1,2,*}, Claire Link ¹, Siwei Qi ¹, Andrea DeIure ¹, K. Brooke Russell ³, Fiona Schulte ⁴, Caitlin Forbes ⁴, James Silvius ^{5,6}, Brian Kelly ^{4,7} and Barry D. Bultz ^{1,4,7}





»» 2



Un patient demande à mourir : quelles postures cliniques et relationnelles ?



1. Accueillir et écouter la demande et le patient
2. Explorer la demande de mort pour elle-même
3. Evaluer la souffrance en pluriprofessionnalité, pluridisciplinarité (SP et psychiatre)
4. Réfléchir en équipe avec psychologues
5. Proposer des réponses

1. **Accueillir et écouter la demande**
2. Explorer la demande de mort pour elle-même
3. Evaluer en pluriprofessionnalité, pluridisciplinarité (SP et psychiatre)
4. Réfléchir en équipe avec psychologues et EMSP
5. Proposer des réponses

Retenir la formulation de la demande de mort

Pluralité d'expression de la demande de mort



**Je n'en peux plus
Laissez-moi mourir
Je veux mourir
Cela suffit
J'en ai marre
Je veux que cela s'arrête
J'en ai assez, faites quelque chose
Faites - moi la piqûre
Faites- moi mourir ...
Je veux être endormi
Je veux que vous m'aidiez
Je veux une euthanasie**

Des fois par un geste

Importance du premier accueil de la demande

Les pièges dans la communication

Faire comme si on n'entendait pas (déstabilisation)

Ne pas reformuler, détourner la conversation

Ne parler que de douleur ou de symptômes

« C'est interdit en France » ou « C'est encore interdit en France mais heureusement cela va bientôt changer »

Proposer de faire quelque chose avant d'avoir compris ce que demande le patient

« Faut-pas dire cela ! » « Le moral est pas bon aujourd'hui ? »

« Je vais appeler la psychologue »

« On n'a pas l'euthanasie, mais il y a la sédation profonde, j'appelle les soins palliatifs »

Orienter le patient vers quelque chose qu'il n'a pas vraiment demandé

Importance du premier accueil de la demande

Les attitudes appropriées

1. **S'asseoir !**
2. **Avoir conscience de ses propres réactions/émotions**
3. **Ecouter +++++**
4. **Regarder, être**
5. **S'appuyer sur la pluriprofessionnalité**
6. **Créer une relation empathique**
7. **Reformuler pour s'assurer que l'on comprend bien ce que dit le patient**
8. **Interroger sur ce que demande le patient : que voulez-vous dire exactement ...en reprenant ses mots si possible**
9. **Pourquoi ?**
10. **Depuis quand ?**

- Posture d'écoute et d'ouverture à l'autre : aller à la rencontre d'un autre
- Notre attitude sera d'autant plus empathique que notre mental sera libre de jugement, d'opinions, de peurs
- Eviter de répondre au plus vite, de « comprendre » au plus vite, de classer la demande
- Rejoindre la personne même si cela nous heurte
- Faire résonner en soi la gravité de la demande, la souffrance qu'elle suppose souvent
- Comprendre ce que la personne exprime (vraiment ?), vit et a vécu
- Etre attentif à son propre vécu
- Etre attentif à ce qui n'est pas dit

1. Accueillir et écouter la demande
2. Explorer la demande de mort pour elle-même
3. Evaluer en pluriprofessionnalité, pluridisciplinarité (SP et psychiatre)
4. Réfléchir en équipe avec psychologues et EMSP
5. Proposer des réponses

Exploration du SHM

- **Exploration des motivations : pourquoi voulez-vous mourir ? Importance de la reformulation, d'aller plus loin**
- **Explorer la temporalité : depuis combien de temps pensez-vous à cela ?**
- **Explorer ce qui est important pour le patient vis-à-vis de sa fin de vie**

- **Quels sont vos plus grandes peurs vis-à-vis de la mort ?**
- **Comment attendez-vous de mourir ?**
- **Quelles sont vos préoccupations vis-à-vis de la fin de vie ? Quelle sont les pires choses qui pourraient vous arriver ?**
- **Avez-vous des proches qui sont décédés et vous ont marqués ?**
- **Quels sont vos objectifs dans le temps qui vous reste à vivre ?**
- **Quelle est la chose la plus importante pour vous maintenant à côté de ce souhait de mourir que j'entends ?**
- **Ya t-il des choses qui vous font encore plaisir ?**
- **Que pensent vos proches de ce souhait ? En avez-vous parlé ?**
- **.....**

- Le début de l'entretien n'est pas si facile
- Y avoir pensé à l'avance facilite :

« C'est une question difficile que vous abordez avec moi aujourd'hui »

- Après l'écoute de la demande initiale, en fonction de sa profession, de son expérience, plusieurs options existent :
 - Vous passez la main : vous m'avez dit quelque chose d'important , reformulation, je vais en parler à mon équipe, mon chef, Et on va revenir vous voir
 - Vous poursuivez l'entretien d'exploration, voire d'évaluation
 - Conclusion

Conclusion du premier entretien

- Proposer au patient de résumer l'entretien ou faites le en lui indiquant de vous corriger si besoin
- Ratifier la souffrance

- Indiquer que c'est une demande sérieuse, grave ... qui permet de poser un cadre :
 - Temporalité : on a besoin de temps
 - Pluriprofessionnalité ou pluridisciplinarité

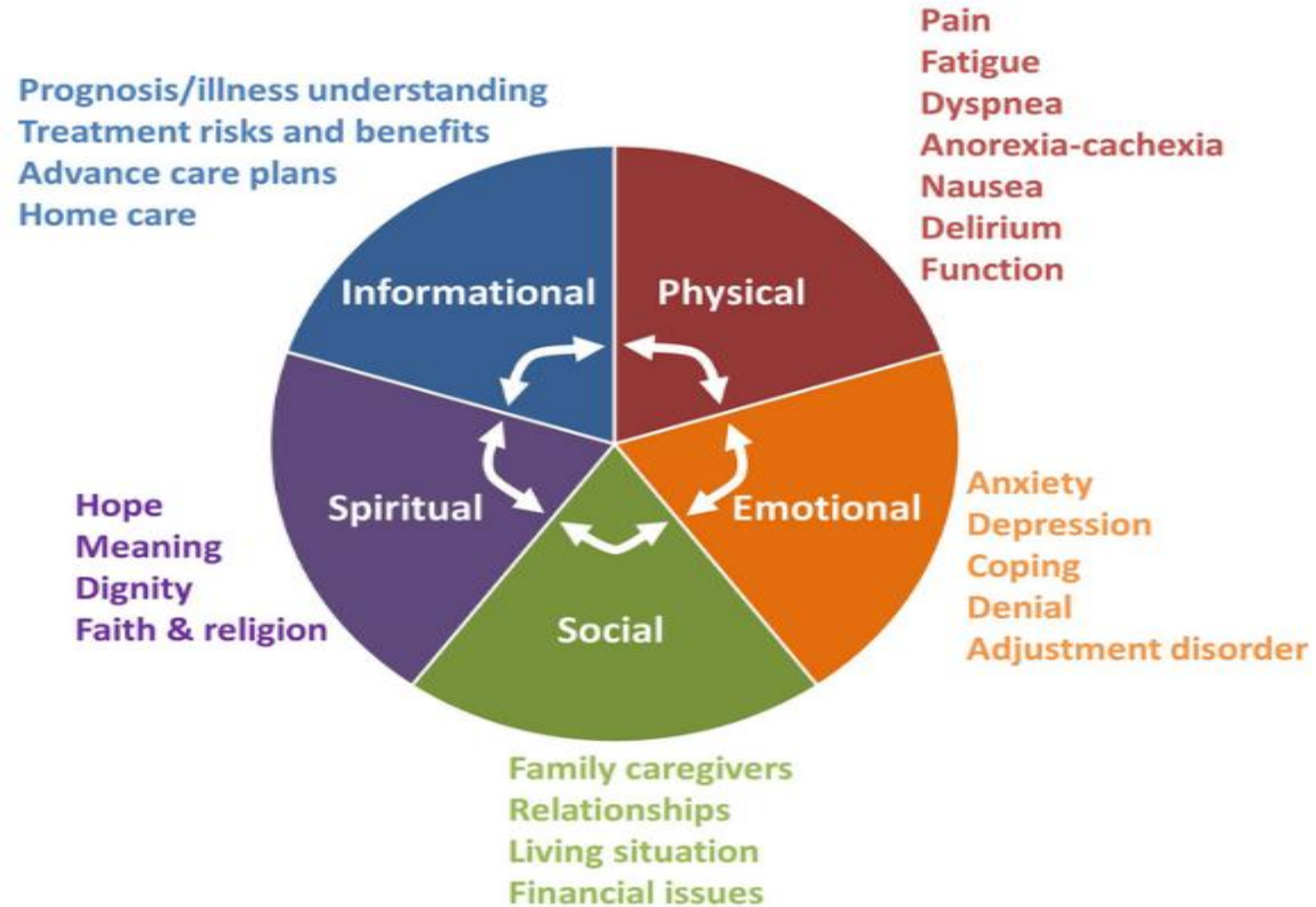
- Planifier les modalités de suivi
- Tracer l'entretien dans le DPI

- Accueillir et écouter la demande
- Explorer la demande de mort pour elle-même
- **Evaluer en pluriprofessionnalité, pluridisciplinarité (SP et psychiatre)**
- Réfléchir en équipe avec psychologues et EMSP
- Proposer des réponses

- Avec le consentement du patient
- Avec le souci premier de la relation
- Avec la visée d'améliorer la situation du patient, pas de tout comprendre
- Avec l'ouverture aux proches, si le patient est d'accord

Improving patient and caregiver outcomes in oncology: Team-based, timely, and targeted palliative care.

Hui D¹, Hannon BL², Zimmermann C², Bruera E³.



Résumé des éléments à explorer

Maguire, Battin, Block, Cole, Baile, Chochinov, Addington, Breitbart, Back, Bascom

- **Souffrance : symptômes, perte d'espoir, soutien social, perte d'autonomie, dépression, anxiété, ATCD traumatique**
- **Souffrance existentielle**
- **Contexte social et familial, difficultés relationnelles, ATCD de décès difficiles, « être une charge »**
- ***Espoir, moment de plaisir, estime de soi, soutien social, soutien spirituel et ressources***
- **Besoin de maîtrise**
- **Co-existence désir de vivre , désir de mort – Ambivalence**
- **Niveau d'information sur la maladie, temporalité par rapport à la maladie**
- **Représentations, attentes et peurs vis-à-vis de la fin de vie**
- **Troubles cognitifs**

- **Quand appelle t-on le psychiatre ? Pas systématique mais indications importantes , accord du patient**

 - Suspicion clinique de dépression**

 - Troubles de la personnalité ou pathologie psychiatrique évoquée**

 - Risque suicidaire**

- **Quand appelle t-on la psychologue ?**

 - Pour le patient : tous les cas de souffrance psychique avec l'accord du patient**

 - Pour réfléchir : tout le temps**

- **Quand appelle t'on l'EMSP ?**

 - Tout le temps mais la manière de la présenter doit être réfléchie**

Points d'attention sur la pluriprofessionnalité

- On ne reste jamais seul avec une demande de mort (reco kremeike 2021)

Pas de secret : partage en équipe en informant le patient

→ Souffrance globale = Prise en charge pluridisciplinaire

→ Vous me parlez de quelque chose de grave

- Le cadre cohérent, bienveillant, sécurisant d'une équipe qui échange et partage est fondamental et en soi une réponse
- Importante des « petites choses » au niveau soignant qui sont des grandes choses au niveau humain
- Entretien médecin / IDE ++

- Accueillir et écouter la demande
- Explorer la demande de mort pour elle-même
- Evaluer en pluriprofessionnalité, pluridisciplinarité (SP et psychiatre)
- Réfléchir en équipe avec psychologues et EMSP plus ou moins psychiatre
- Proposer des réponses

- **Ventiler les émotions**
- **Evaluation globale**
- **Exprimer les conflits de valeur s'ils existent (kremeike 21)**
- **Essayer de comprendre : appréhender – Posture d'humilité**
- **Délibération sur les décisions à prendre, les pistes à explorer**

Appréhender :

- Quelle est la souffrance de cette personne ?
- Quels sont ses repères de vie ? Ses expériences ?
- Quels sont ses besoins, ses souhaits, son espoir, ses peurs ?

Approche qui cherche d'abord à rejoindre plus qu'à comprendre

- Quel (s) sens a cette demande ?
- Quel projet de soin ?

La demande peut vouloir dire

Un souhait d'arrêt ou de limitation de traitements : projet de soin inadapté

Un souhait de soulagement (qualité de vie insuffisante ou souffrance) ;

Identité : - une demande de reconnaissance du soi (désir, considération de l'autre)
 - une identité perdue (je ne suis plus celui que j'étais)

Une demande centrée sur un besoin de maîtrise

Une demande anticipée par peur (d'étouffer, d'avoir mal, d'être une charge pour son entourage) ;

Un souhait de parler de la fin de vie et des options ;

Un souhait de ne plus être présent à la situation (sédation) ;

Un patient avec un risque suicidaire

- Accueillir et écouter la demande
- Explorer la demande de mort pour elle-même
- Evaluer en pluriprofessionnalité, pluridisciplinarité (SP et psychiatre)
- Réfléchir en équipe avec psychologues et EMSP
- **Proposer des réponses**

Réponses

Réponses possibles

- **Le soulagement des symptômes y compris de la dépression (case report kétamine)**
- **Le soulagement de l'inconfort et la restauration d'une estime de soi avec les approches centrées sur le corps : relaxation, massage, intervention d'un stomathérapeute**
- **Valeur thérapeutique de l'écoute, de la relation, du cadre que procure une équipe**
- **L'information : options en fin de vie, droit des patients, Cs d'ACP**
- **L'anticipation de situations craintes**
- **Réflexion sur le lieu de vie et de soin, lutte contre l'isolement**
- **Redonner du contrôle**
- **Délibération pluridisciplinaire sur le projet de soin : arrêter ou reprendre certains traitements, opportunité de proposer une sédation profonde et continue ou une sédation proportionnée**
- **Psychothérapie, soutien relationnel, biographie hospitalière**

- **Toutes les demandes ne cèdent pas avec une prise en charge palliative adaptée**
- **Ce n'est ni un échec, ni une faute**

Le reconnaître est le début d'un nouveau chemin

Reconnaître, nommer l'altérité

Partager une incertitude sur le « bien »

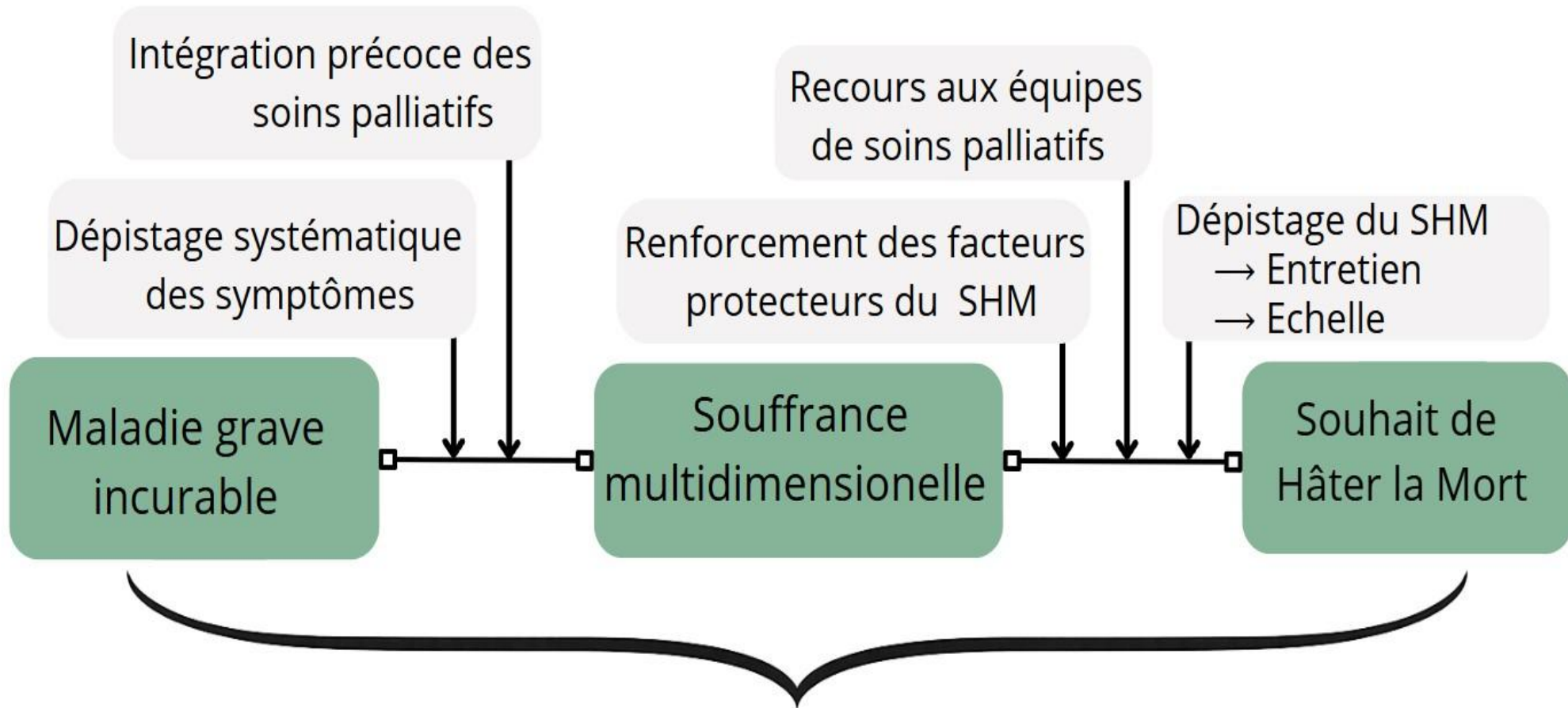
Partager un questionnement sur la question du sens, sur la dignité

Rester là, contenir : dimension horizontale et verticale (Donatien Mallet)

Pour conclure,

- **Enjeu de se situer comme acteur de SP sur la question clinique : écoute, évaluation, contenance et la réflexion d'une équipe**
- **Enjeu de l'enseignement sur la question et sa complexité**
- **La prévention me semble être le plus important et est un facteur de ralliement**

Actions de prévention du SHM



- Décision partagée, délibération sur la proportionnalité des traitements
- Advance care planning
- Démarche d'accompagnement avec attention à la relation de soin

Merci !

