

GESTES TECHNIQUES PAR DES PALLIATIVISTE

Quand la technique sert le projet du patient

10.09.2026

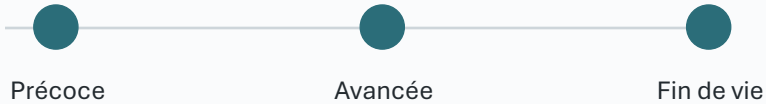
Raffaella D'Orio et Samuel Heiniger
Fondation Rive Neuve

Pourquoi l'accès aux gestes techniques est important en soins palliatifs

Le besoin de soulagement ne dépend ni du lieu de soins, ni de la phase de la maladie

Même objectif clinique

PHASE DE LA
MALADIE



LIEU DE SOINS

Unité

Domicile

EMS / autre

**Le critère n'est pas "où est le patient
?"
mais "quel bénéfice attendons-nous
du geste ?"**

Pourquoi rapprocher certains gestes du patient ?

- 1 Soulager un symptôme là où il survient
- 2 Éviter un transfert parfois plus lourd que le geste
- 3 Réunir évaluation, intervention et réévaluation
- 4 Reconnaître une urgence symptomatique sans enjeu vital immédiat

Le lieu du geste fait partie de la balance bénéfice–charge.

Pourquoi le palliativiste ?

La plus-value potentielle est d'abord dans le raisonnement autour du geste

**Même geste
technique**

≠

**Même raisonnement
clinique**

Symptôme	Que voulons-nous soulager ?
Trajectoire	Quel est le contexte et le pronostic ?
Objectifs	Qu'est-ce qui compte pour ce patient ?
Proportionnalité	Quel bénéfice pour quelle charge ?
Après le geste	Que ferons-nous — ou ne ferons-nous pas — du résultat ?

GUIDELINE

Une recommandation de maladie ou de procédure ne peut pas toujours intégrer à elle seule : multimorbidité, espérance de vie, préférences et charge de soins.

Le risque n'est pas un geste techniquement “mal fait”, mais une indication construite hors du projet palliatif.

Une richesse à ne pas perdre... mais à transformer

Les médecins arrivent en soins palliatifs avec des parcours et des compétences différents



**COMPÉTENCES TECHNIQUES DÉJÀ
ACQUISES**

**Ne pas les utiliser → risque de perte de
compétence**

**Les utiliser sans adaptation →
insuffisant**

Savoir faire un geste ≠ savoir le réaliser comme palliativiste

Réalité variable – à adapter au contexte



Palliative.ch Appendice 1 - Compétences du médecin, spécialisé en médecine palliative

- 1.1.3 connaître les indications à l'antalgie interventionnelle
- 1.2.5 gérer les épanchements pleuraux
- 1.2.8 identifier les patients susceptibles de bénéficier des techniques d'aide respiratoire non invasives
- 1.3.3 gérer l'ascite
- 1.3.6 décrire les indications, avantages et limites à la pose de sondes nasogastriques, gastrostomie et jéjunostomie endoscopique percutanée
- 2.3.5 adapter les modalités de la prise en charge au contexte
- 2.3.12 adapter les modes d'administration des traitements aux circonstances
- 2.4.2 identifier les patients nécessitant l'avis d'un spécialiste
- ...

NEW CURRICULA

PRA1

Les si
fardes
affect
patier
touch
palliat

Les si
consu
patier
conce
pharm
à état

1 Dans
patient
situation
palliat

Le mas
© Le t
Ce doc
suisant
chirurg
du pri
l'évalu
obteni
docum
conten

Advanced Training in Palliative Medicine (Adult Medicine and Chapter)

Curriculum standards

Ontario Palliative Care Network



About t
The new
curricul
(LTA) pr
This doc
Medicine
standards
Medicine



The Ontario
Framework
A Reference Gu
April 2019

Quels gestes ?

Une cartographie — tous ne doivent pas être développés avec la même intensité

GESTE	OBJECTIF PALLIATIF	UNITÉ	DOMICILE
POCUS	Question ciblée / guidage	+++	+++
VVP échoguidée	Accès court, traitement IV nécessaire	+++	++
Midline	Accès périphérique intermédiaire	+++	++
PICC	Accès central durable sélectionné	++	+ / ++
VVC directe	Accès central indispensable	++	rare
Paracentèse	Ascite symptomatique	+++	+++
Thoracentèse	Épanchement symptomatique	+++	+ / ++
Cystostomie sus-pubienne	Rétention / obstruction sélectionnée	++	rare / exceptionnel
Antalgie interventionnelle	Douleur ciblable / réfractaire	++	selon geste
Ponction lombaire / IO	Diagnostic décisif / accès de recours	+	rare / exceptionnel

Le choix dépend de la population, des compétences, du volume d’activité et de la gouvernance locale.

Arya et al. Palliat Med Rep. 2022;3:229–234 • Gravdahl et al. Support Care Cancer. 2024;32:464 • Akid & Doberman. 2026

POCUS — la compétence transversale

Une question clinique précise, une réponse immédiatement utile



Échographie originale — M. Häggström, Wikimedia Commons, 2018. CC0.

DÉFINITION

Échographie ciblée réalisée au lit du patient pour répondre à une question précise et/ou guider un geste.

INDICATIONS PALLIATIVES

Ascite ou épanchement pleural à quantifier/repérer
Accès veineux difficile
Globe vésical / certaines causes de dyspnée

BÉNÉFICE ATTENDU

Rapprocher évaluation, décision et traitement symptomatique.

UNITÉ

+++

DOMIC
ILE

+++

QUESTION

Commencer par une question clinique ciblée avant de poser la sonde.

ACQUISITION

Obtenir seulement les vues nécessaires pour répondre à cette question.

LIMITE

Image incertaine ≠ résultat négatif : demander aide ou examen complet.

Voie veineuse périphérique — VVP

La voie la moins invasive qui suffit réellement à l’objectif thérapeutique

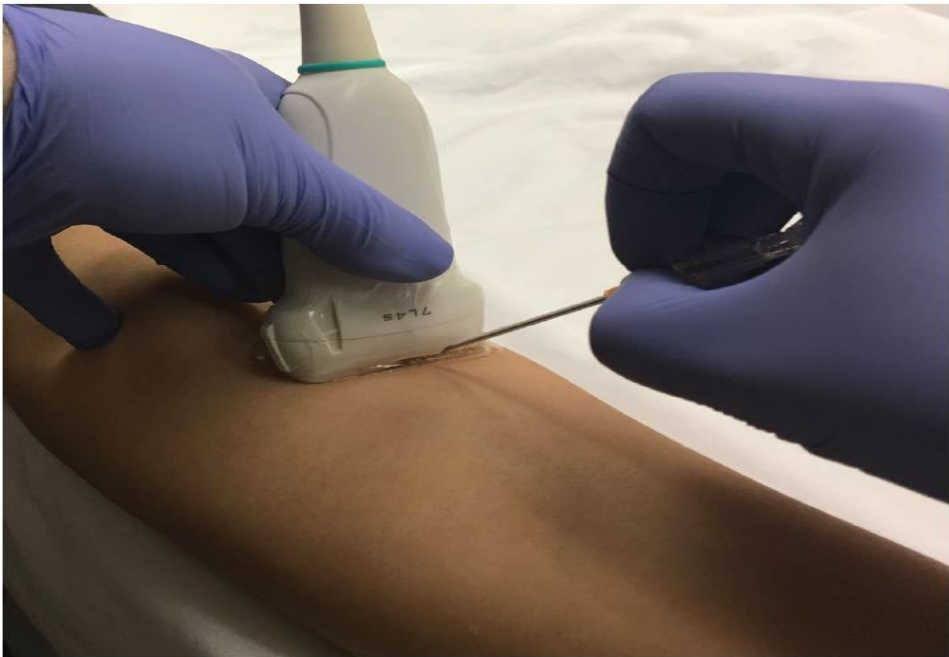


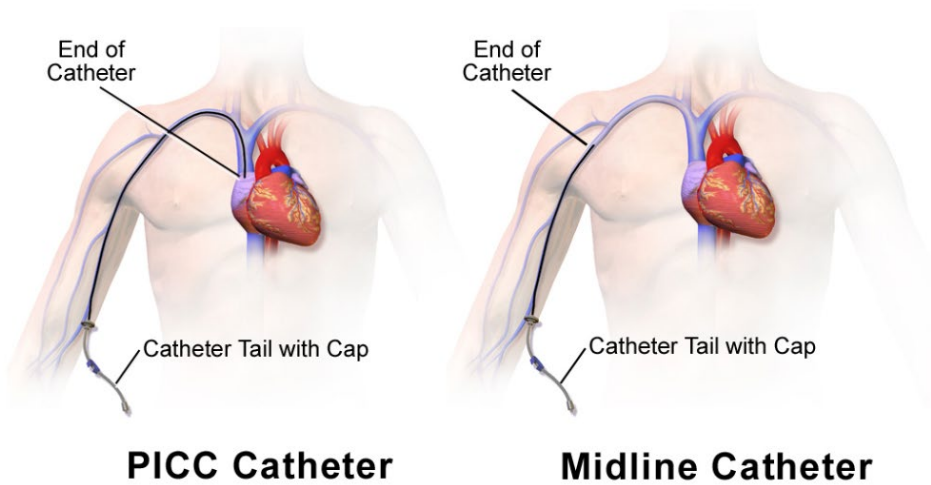
Figure originale — Gottlieb M et al. West J Emerg Med. 2017;18:1047–1054. Fig. 6.

DÉFINITION	Cathéter court dont l’extrémité reste dans le réseau veineux périphérique.
INDICATIONS PALLIATIVES	Traitement IV nécessaire et de courte durée Transfusion ou traitement à action IV rapide Autres voies inadéquates dans le projet de soins
BÉNÉFICE ATTENDU	Accès rapide ; échoguidage utile si accès difficile et pour limiter les tentatives.
UNITÉ	+++
DOMICILE	++

VEINE	AIGUILLE	RIVE NEUVE
Choisir un trajet adapté à la profondeur et à la longueur du cathéter.	Suivre en temps réel la pointe — pas seulement la tige.	Réflexion en cours : former les infirmier·ères à la VVP échoguidée.

Midline — voie périphérique longue

Même site d'insertion possible que le PICC, mais pas la même destination



DÉFINITION

Cathéter périphérique long inséré dans une veine du bras ; son extrémité reste dans le réseau veineux périphérique.

INDICATIONS PALLIATIVES

Traitement IV de durée intermédiaire
Accès périphérique difficile
Produits compatibles avec une administration périphérique

BÉNÉFICE ATTENDU

Moins de re-ponctions sans imposer une voie centrale quand elle n'est pas nécessaire.

UNITÉ

+++

DOMIC ILE

++

POCUS

Choisir une veine du bras et guider la ponction / le guide.

DESTINATION

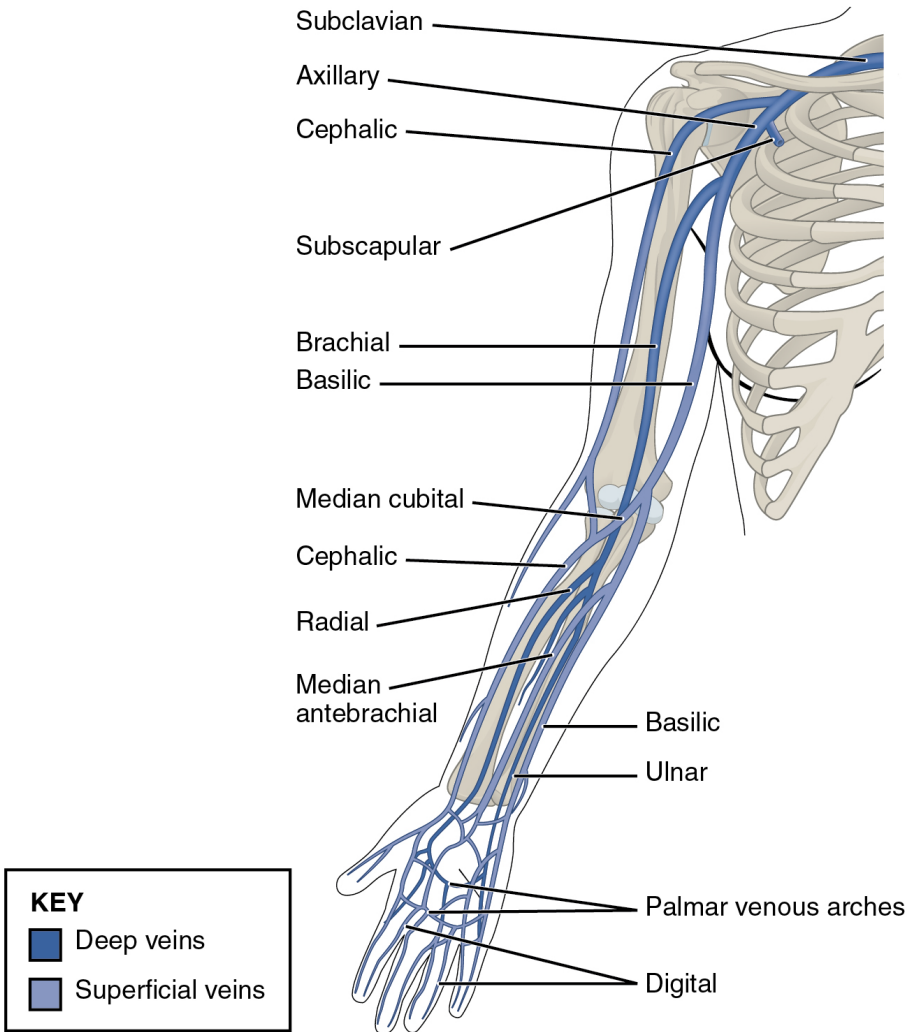
La pointe reste périphérique : un Midline n'est pas un PICC.

CHOIX

Durée et produit perfusé doivent rester compatibles avec une voie périphérique.

Figure originale — BruceBlaus, PICC vs. Midline Catheter, 2016. CC BY-SA 4.0.

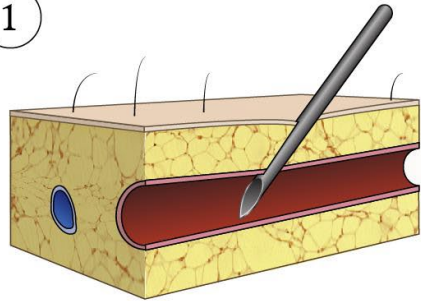
Midline en pratique



Transducer/preset	Linear probe, 7.5-10 MHz/ Veins
Image orientation	Short-axis Long-axis
Cannulation technique	Out-of-plane In-plane

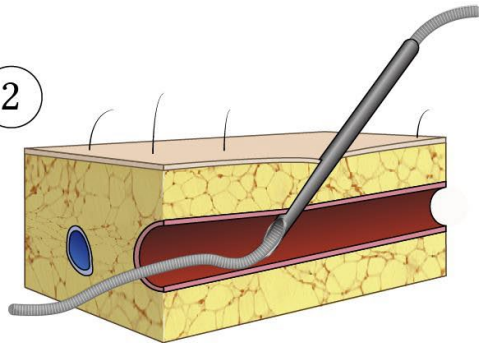
Midline en pratique – technique de Seldinger

1



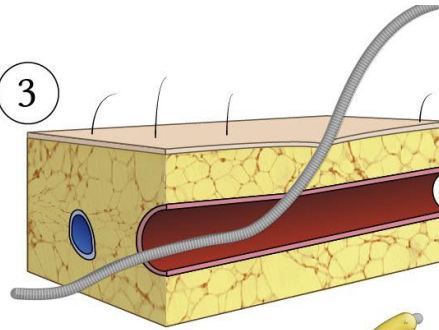
The artery is punctured with a hollow needle

2



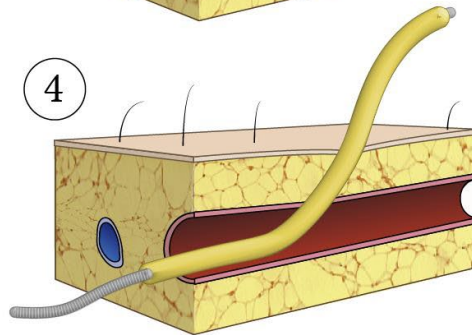
A flexible guidewire is introduced through the needle

3



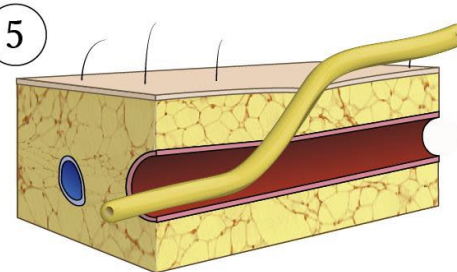
The needle is withdrawn, leaving the guidewire in the artery

4



The arterial catheter is introduced over the guidewire

5



The guidewire is removed and the catheter remains in the vessel

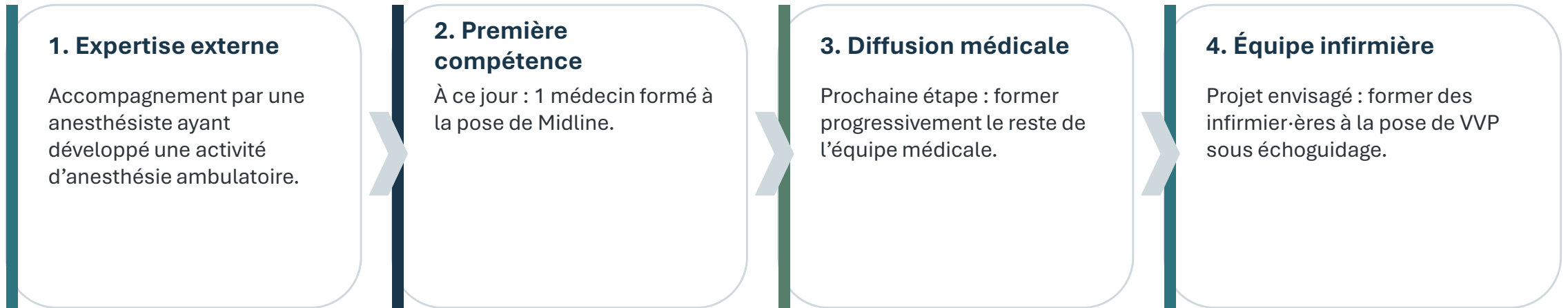
Midline en pratique



Notre expérience

À Rive Neuve : apprendre avec une expertise externe, sécuriser, puis diffuser dans l'équipe

DÉPLOIEMENT EN COURS



Former une personne n'est pas l'objectif final : l'enjeu est de construire une compétence d'équipe, sûre et transmissible.

Du transfert de compétence à l'abstract

Une expérience Rive Neuve–anesthésie ambulatoire présentée dans le cadre du Hospital at Home

ABSTRACT SOUMIS — WHAHC 2027, GÖTEBORG

SKILL TRANSFER FROM AMBULATORY ANAESTHESIA TO TECHNICAL PALLIATIVE CARE: ULTRASOUND-GUIDED MIDLINE INSERTION FOR HOSPITAL AT HOME

1. POINT DE DÉPART

Une anesthésiste ayant développé une activité d'anesthésie ambulatoire réalise les premières poses de Midline à Rive Neuve.

2. TRANSFERT

La compétence est progressivement transférée à un médecin palliativiste, avec supervision puis autonomie dans l'unité.

3. HOSPITAL AT HOME

L'objectif dépasse la pose en unité : rendre cette compétence portable vers le domicile et les EMS, dans un cadre structuré et sûr.

Abstract soumis avec l'anesthésiste ayant assuré la formation initiale : le transfert de compétence fait partie du résultat, pas seulement de la technique.

Qu'en pense notre patiente partenaire ?

Pour une patiente, qu'est-ce que la pose d'un Midline change concrètement ?

Pourquoi avez-vous choisi de faire poser votre midline par une équipe de soins palliatifs?

*Pour une prise de **décision co-construite et partagée**. Pour la vision de ma situation à 360 degrés ce qui a permis de poser une indication de VV en adéquation avec mes besoins. **Jusqu'ici, chaque service qui me suivait avait un avis différent mais personne n'allait au bout d'une décision**, la partageait avec les autres cela est devenu infernal pour moi. Cette période a duré trop longtemps avec des conséquences plus ou moins graves et un évènement largement indésirable mais surtout et totalement prévisible : les cathéters "simples" qui lâchent au bloc avec extravasation des produits. **L'équipe des soins palliatifs m'a permise cette vision bio-psycho-sociale en prenant en compte des aspects "qui sont importants pour moi"** » qui ne pouvaient pas être entendus dans d'autres services.*

Qu'en pense notre patiente partenaire ?

Pour une patiente, qu'est-ce que la pose d'un Midline change concrètement ?

Lors de la pose du midline, vous êtes-vous sentie en sécurité ? Qu'est-ce qui vous a aidée, ou au contraire inquiétée ?

Oui je me suis sentie en sécurité. Ayant l'habitude du bloc opératoire ou de hôpitaux qui dédient des endroits particuliers aux gestes, j'ai été surprise que la pose puisse se faire directement dans ma chambre et mon lit à RN. J'ai apprécié ce confort après que cela m'ait inquiétée. J'ai apprécié que toutes les étapes soient clairement annoncées et expliquées. Que l'équipe soit pluridisciplinaire avec chaque personne qui a son rôle dans le geste. Sur le moment je n'avais pas de questions en plus ou particulières; souvent elles viennent au fil de l'expérience (cf Q.3).

Qu'en pense notre patiente partenaire ?

Pour une patiente, qu'est-ce que la pose d'un Midline change concrètement ?

Avec votre longue expérience de patiente, qu'est-ce qui s'est particulièrement bien passé, et qu'est-ce qui pourrait être amélioré, lors de la pose puis dans le suivi du midline?

- *Les explications ont été très claires et tout à fait adaptée à ma littératie. Lors de la première pose du midline (aussi quelques autres poses) nous en avons profité du geste pour de la formation à des médecins et infirmier-es. De ce fait, j'ai moi aussi eu le privilège d'avoir beaucoup d'informations. J'ai apprécié aussi Annouk Perret, très humaine et performante dans ses gestes. Le seul point que je verrai plus négatif pour l'ensemble des patient.e.x.s, est le fait de devoir solliciter une personne de l'extérieur de la fondation. Cela peut amener un temps de retard ou complexifier la coordination. Du côté de la gestion du midline, j'ai une équipe à domicile qui s'en occupe avec moi et en retour vous sollicite s'il y a un problème qui le nécessite. Par contre j'aurais trouvé nécessaire, avec maintenant le recul, que le service ambulatoire de RN soit plus présent et actif dans mon suivi sur les premières semaines post pose et hospit. Principalement du fait de tout ce chemin avant d'arriver enfin au Mid mais aussi pour m'accompagner dans la gestion générale. Je me rappelle m'être mise beaucoup de pression dans le fait de "devoir prouver" à mon réseau de soins que nous avons pris la bonne décision et surtout que j'assumais les gestes. Ce n'était pas adapté de ressentir cela.*

Qu'en pense notre patiente partenaire ?

Pour un patiente, qu'est-ce que la pose d'un Midline change concrètement ?

- *Le point négatif pour moi c'est le manque général d'information et de connaissances autour des remboursements concernant le matériel à domicile: c'est du matériel coûteux. J'ai fait l'ETP pour apprendre à gérer moi-même mes perfusions mais il y a un envers du décor que je n'apprécie pas: sur chaque commande/ facture il y a toujours une part non couverte par la LAMAL ni la LCA ni les PC. Pour vous donner une idée, cela fait 10 mois que j'ai des midline puis Piccline depuis mai 2026. La part que j'ai du payer de ma poche de situe entre 3500-4000CHF actuellement.*

Qu'en pense notre patiente partenaire ?

Pour une patiente, qu'est-ce que la pose d'un Midline change concrètement ?

- *Un autre point est que j'aurais aimé être plus informée sur la gestion au quotidien de ces voies, sur le retour à domicile et donc à la gestion de mes activités de vie quotidiennes. Et non uniquement la vision hôpital. Par exemple, les premières semaines qui suivent la pose, dans ma situation, il y a des saignements qui peuvent être quotidiens et abondants et qui nécessitent un changement de pansement assez directement. Un exemple qui était absurde et stressant lorsque cela saignait, j'étais à mes rdv médicaux à Lausanne et que je devais rentrer chez moi rapidement en annulant tous les restes de mes rdv médicaux car personne ne pouvait changer mon pansement dans ces espaces. J'ai effectivement après ces situations mieux compris aussi l'avis de certains de mes médecins qui voyaient un danger en ce dispositif. De manière générale que ce soit mid ou picc cela demande une gestion accrue du risque infectieux et donc une adaptation encore plus marquée des AVQ. Cette part est peut être à mon sens pas assez discutée, travaillée et suivie à RN.*

Se former... puis maintenir la compétence

Pour le Midline, l'enjeu n'est pas seulement d'apprendre le geste, mais de pouvoir continuer à le pratiquer.

DONNÉE CLÉ — MAINTIEN DES COMPÉTENCES

Les compétences procédurales s'altèrent lorsqu'elles ne sont pas utilisées régulièrement : l'exposition répétée et les refreshers font partie du maintien de l'expertise.

1. UN VOLUME DE PRATIQUE

Maintenir une compétence technique suppose de rencontrer suffisamment de patients pour pratiquer le geste régulièrement. Il n'existe pas de seuil validé spécifique au Midline.

2. DOMICILE + EMS

Lorsque la procédure sera prête pour le domicile et les EMS, nous anticipons davantage de patients susceptibles de bénéficier d'un Midline.

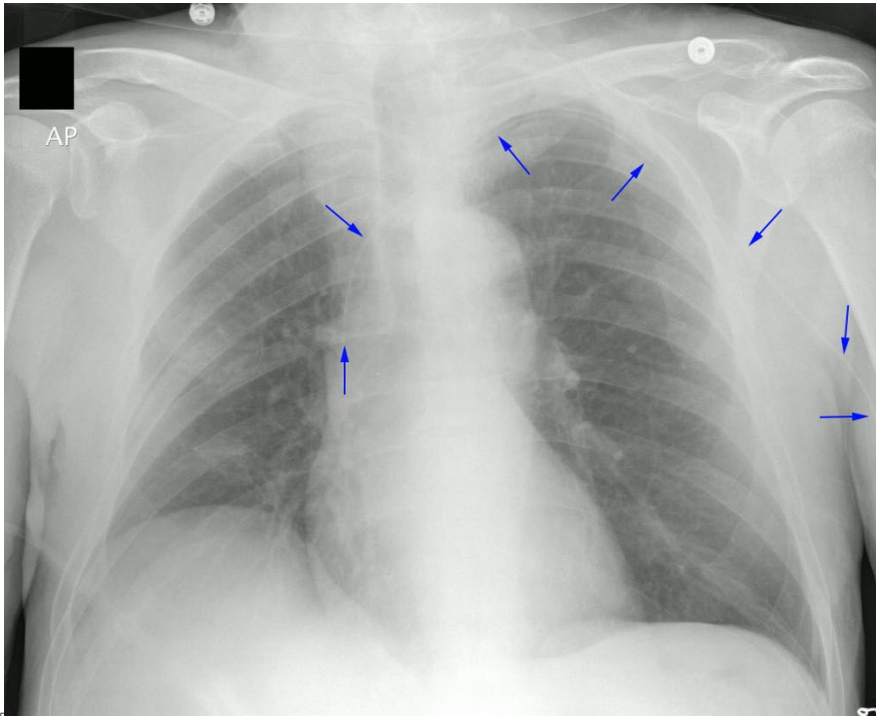
3. AU MOINS DEUX OPÉRATEURS

Objectif : former au moins deux personnes afin d'assurer la continuité, une exposition régulière et le maintien de la compétence dans le temps.

Former n'est que la première étape : il faut ensuite créer les conditions permettant de continuer à pratiquer.

PICC — voie centrale insérée par voie périphérique

Le point clé : l'extrémité est centrale et doit être localisée par une méthode validée



Radiographie originale — Shortword, [Wikimedia Commons](#), 2016. CC BY-SA 4.0.

DÉFINITION

Cathéter introduit par une veine du bras, mais dont l'extrémité rejoint la circulation veineuse centrale.

INDICATIONS
PALLIATIVES

Accès IV fiable et prolongé
Traitement nécessitant une voie centrale
Projet ambulatoire/domicile dans des situations sélectionnées

BÉNÉFICE ATTENDU

Accès central sans trajet vers un plateau de radiologie dans certaines organisations équipées.

UNITÉ ++

DOMIC
ILE + /
 ++

DIFFÉRENCE CLÉ

Insertion périphérique, mais extrémité centrale.

TIP LOCATION

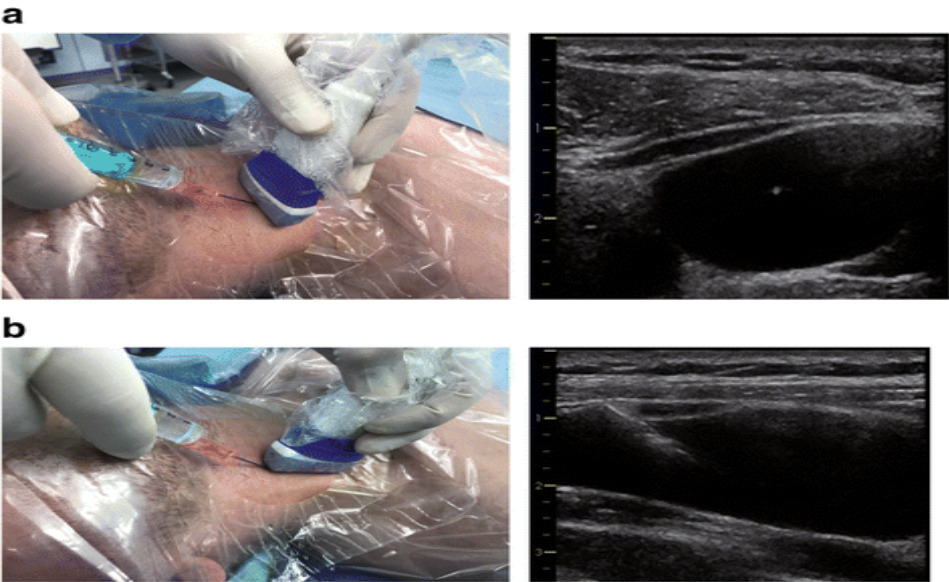
Confirmer la pointe par une méthode validée : IC-ECG et/ou imagerie selon protocole.

FIN DU GESTE

La pose n'est complète qu'après localisation, fixation et documentation.

Accès veineux central direct

Une option sélectionnée : indication et compétence doivent être explicites



DÉFINITION Cathéter introduit directement dans une veine centrale/profonde, selon le site choisi.

INDICATIONS PALLIATIVES Accès central réellement indispensable
Absence d’alternative moins invasive adaptée
Traitement compatible avec le projet de soins

BÉNÉFICE ATTENDU Offrir un accès fiable dans des situations sélectionnées, parfois sans transfert.

UNITÉ ++

DOMIC ILE rare

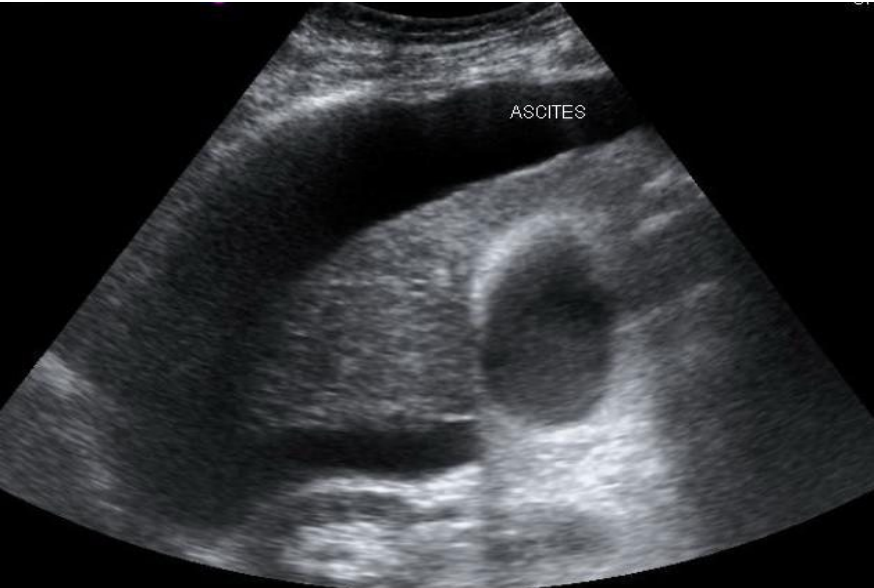
POCUS EN TEMPS RÉEL
Voir la pointe de l’aiguille entrer dans la veine.

GUIDE
Confirmer le guide intraveineux avant toute dilatation.

SITE
Choisir selon anatomie, risques, durée prévue et projet de soins.

Ponction d'ascite — paracentèse

L'exemple emblématique d'un geste à objectif directement symptomatique



Échographie originale — Samir, « Ascites ultrasound 2 », Wikimedia Commons, 2009. CC BY 3.0.

DÉFINITION

Drainage percutané de liquide péritonéal, ici avec un objectif principalement thérapeutique et symptomatique.

INDICATIONS PALLIATIVES

Distension / tension abdominale
Douleur, satiété précoce, nausées
Dyspnée ou limitation fonctionnelle attribuable à l'ascite

BÉNÉFICE ATTENDU

Soulagement rapide ; éviter un transfert ; maintenir le patient dans son lieu de soins.

POINT TECHNIQUE

SANS ÉCHOGRAPHIE

Repère de surface possible : fosse iliaque gauche, environ au tiers de la ligne entre l'épine iliaque antéro-supérieure et l'ombilic.

AVEC POCUS

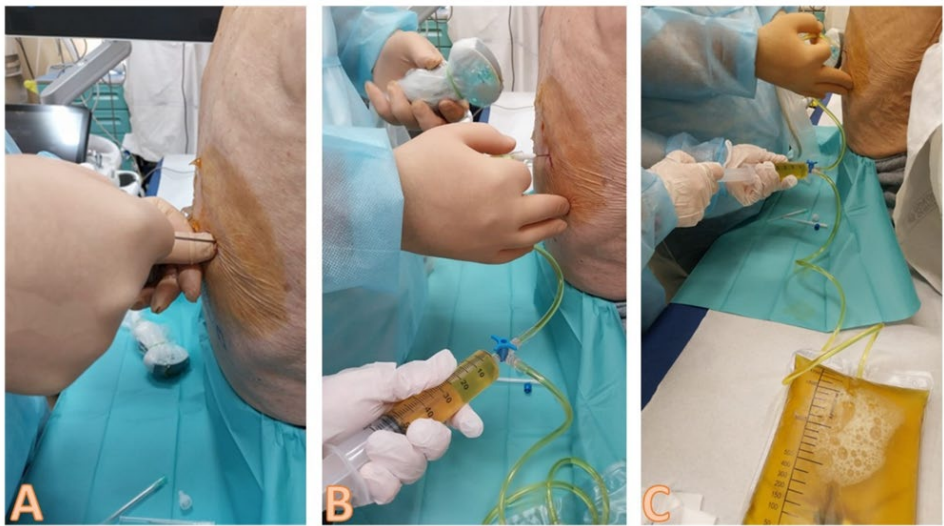
Choisir la vraie poche : profondeur, anses digestives ; repérer les vaisseaux pariétaux au Doppler.

PRINCIPE

Le site échographique réellement sûr et drainable prime sur le repère de surface.

Ponction pleurale — thoracentèse

On ne ponctionne pas une image : on traite un symptôme



DÉFINITION

Ponction de l’espace pleural destinée ici à évacuer un épanchement symptomatique.

INDICATIONS
PALLIATIVES

Dyspnée attribuable de façon plausible à l’épanchement
Oppression / douleur dans certaines situations
Évaluer le bénéfice avant une stratégie pleurale durable

BÉNÉFICE ATTENDU

Soulager la dyspnée ou la douleur en évitant si possible un parcours lourd.

UNITÉ +++

DOMIC
ILE + /
 ++

AVANT

Repérer épanchement, diaphragme, profondeur et trajet.

TRAJET

Passer au bord supérieur de la côte pour éviter le paquet vasculo-nerveux.

PENDANT

Réévaluer les symptômes : le succès = soulagement, pas un volume cible.

Figure originale — Boccatonda A et al. *Diagnostics*. 2024;14:1124. Fig. 8. CC BY 4.0.

Cystostomie sus-pubienne

Une urgence symptomatique peut être une vraie urgence, même sans enjeu vital immédiat



DÉFINITION

Accès percutané direct à la vessie au-dessus de la symphyse pubienne.

INDICATIONS
PALLIATIVES

Rétention/obstruction symptomatique si voie urétrale impossible ou inadaptée
Situations sélectionnées d’hématurie avec rétention
Objectif explicite de confort

BÉNÉFICE ATTENDU

Décompression et soulagement rapides ; parfois maintien dans le lieu de soins souhaité.

UNITÉ

++

DOMICILE

exceptionnel

AVANT

Confirmer une vessie suffisamment remplie et accessible.

POCUS

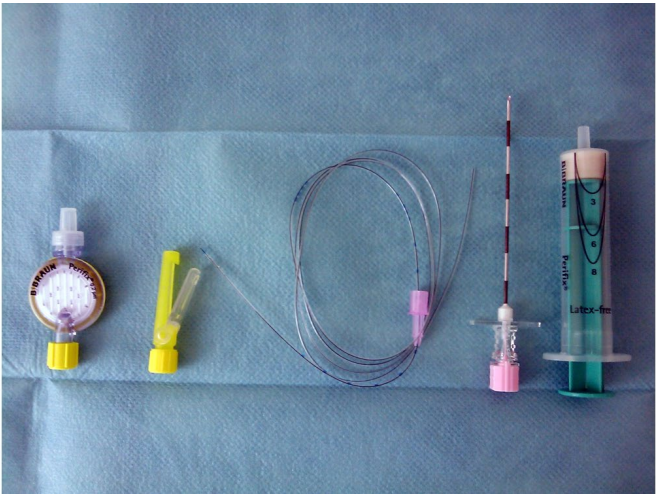
Choisir un trajet médian sans interposition digestive.

PRINCIPE

Si anatomie incertaine ou fenêtre non sûre : ne pas ponctionner à l’aveugle.

Antalgie interventionnelle

Reconnaître l’indication, l’intégrer au projet de soins et adresser suffisamment tôt



DÉFINITION

Techniques invasives ou mini-invasives ciblant une structure douloureuse ou une voie nociceptive.

INDICATIONS PALLIATIVES

Douleur focale / anatomiquement ciblable
Contrôle insuffisant malgré un traitement conventionnel adapté
Effets indésirables limitant l’escalade pharmacologique

BÉNÉFICE ATTENDU

Analgésie ciblée ; réduction possible de la charge médicamenteuse ; amélioration fonctionnelle.

UNITÉ

++

DOMICILE

selon geste

REPÉRER

Identifier tôt une douleur anatomiquement ciblable.

INTÉGRER

Discuter bénéfice, charge et objectifs avec le patient et l’équipe.

SUIVRE / COORDONNER

Même si le geste est posé par un spécialiste, le palliativiste en assure le suivi clinique et l’intégration au projet de soins.

Illustration — Brianhagen, “Peridural kateter”, Wikimedia Commons, 2011. CC BY 3.0 / GFDL.

Antalgie interventionnelle — des frontières qui évoluent

Le transfert d'une technique repose sur la formation, la supervision et la gouvernance — pas seulement sur l'étiquette de spécialité.

SOINS PALLIATIFS — FORMATION

Un curriculum dédié à l'antalgie interventionnelle a été intégré à une formation de fellowship en Hospice & Palliative Medicine.

Après 6 séances, les fellows rapportaient une augmentation significative de leurs connaissances et de leur confiance.

→ Le palliativiste doit au minimum connaître les options et savoir adresser précocement.

SUISSE — URGENCES À BÂLE

Au Bethesda Spital, l'anesthésie régionale périphérique échoguidée a été intégrée directement aux urgences.

1117 patients ont reçu un bloc sur 6 ans, avec protocoles structurés et formation échographique.

Une publication 2026 décrit aussi l'adoption progressive d'un bloc du tronc supérieur pour les luxations d'épaule.

MÉDECINE D'URGENCE — ÉTATS-UNIS

Revue de portée 2025 :

- 238 publications
- 9055 blocs échoguidés réalisés par des urgentistes
- 52 types de blocs

→ Les blocs échoguidés deviennent une compétence identifiable de médecine d'urgence.

À retenir — certaines techniques périphériques sont transférables après formation structurée ; cela ne signifie pas que toute antalgie interventionnelle devient une compétence palliative de routine.

Ponction lombaire — une indication à sélectionner

Rare en soins palliatifs : pertinente seulement si le résultat peut réellement modifier la prise en charge

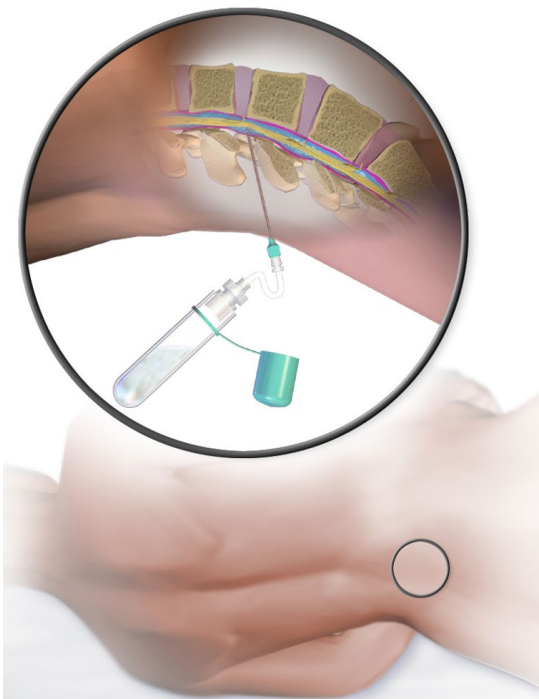


Figure originale — BruceBlaus, "Spinal tap", Wikimedia Commons, 2013. CC BY 3.0.

DÉFINITION

Ponction de l'espace sous-arachnoïdien, le plus souvent à visée diagnostique.

INDICATIONS PALLIATIVES

Question diagnostique précise dont le résultat modifiera réellement la décision thérapeutique
Suspicion ciblée d'infection, d'atteinte méningée ou autre indication spécialisée compatible avec le projet de soins

BÉNÉFICE ATTENDU

Obtenir une information décisive sans transformer le geste en examen 'par défaut'.

UNITÉ +

DOMIC
ILE rare

REPÈRE

Ligne intercristale ≈ niveau L4 / espace L4–L5.

AVANT

Formuler la question diagnostique qui justifie réellement la ponction.

APRÈS

Ne demander que les analyses susceptibles de modifier la décision.

Voie intra-osseuse — une option exceptionnelle

En soins palliatifs, la littérature existe mais reste limitée : une voie de recours, pas une voie de routine.

DEUX RÉFÉRENCES SPÉCIFIQUES AUX SOINS PALLIATIFS

2019 Sédation palliative à domicile via accès intra-osseux pendant 4 jours, sans complication rapportée.

2025 Article de mis au point : bénéfices, limites et place potentielle de la voie intra-osseuse en soins palliatifs.

DÉFINITION

Accès vasculaire via la cavité médullaire permettant une administration systémique.

PLACE POSSIBLE EN SOINS PALLIATIFS

Situation très sélectionnée : accès parentéral réellement nécessaire, voie veineuse non obtenue, et voie sous-cutanée inadéquate pour l’objectif thérapeutique.

BÉNÉFICE ATTENDU

Disposer d’un accès vasculaire de recours sans imposer d’emblée un transfert ou une escalade technique plus lourde.

POINT À RETENIR

PAS DE ROUTINE

Toujours comparer d’abord avec les autres accès proportionnés.

PROJET DE SOINS

L’accès n’a de sens que si le traitement administré est lui-même indiqué.

NIVEAU DE PREUVE

Cas clinique + revue palliative ; données encore insuffisantes pour une recommandation large.

Qu'est-ce qu'un geste "réalisé comme palliativiste" ?

La qualité palliative se joue dans l'indication ET dans la manière de faire

- 1 Quel symptôme voulons-nous réellement soulager ?
- 2 Le résultat ou le geste changera-t-il la prise en charge ?
- 3 La charge du geste + du déplacement est-elle proportionnée ?
- 4 Comment réduire douleur, anxiété et inconfort procédural ?
- 5 Quels examens préalables sont réellement utiles ?
- 6 Sommes-nous prêts à reconnaître et traiter une complication ?

CONFORT PROCÉDURAL

Anesthésie locale, anticipation de la douleur, anxiolyse/sédation si indiquée et sûre.

EXAMENS UTILES

Ne pas demander un bilan "cosmétique" : chaque résultat doit pouvoir modifier une décision.

URGENCE PALLIATIVE

Une urgence symptomatique peut exiger une réponse immédiate sans mettre en jeu le pronostic vital.

Même technique, mais une indication, une préparation et un critère de succès centrés sur le patient.

Se former — même quand on savait déjà faire

Une compétence antérieure est une ressource ; elle doit être réactualisée, validée puis transmise

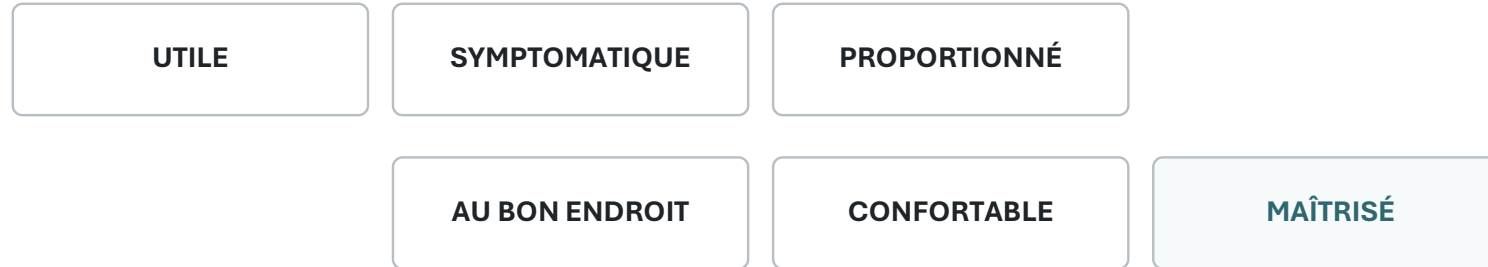


Étape suivante : construire un parcours de formation propre aux soins palliatifs, puis transmettre progressivement ces compétences aux autres palliativistes.

Une compétence ancienne ne garantit pas une compétence actuelle. Une bonne indication palliative ne garantit pas non plus une bonne exécution technique.

Conclusion

La technique devient palliative lorsqu'elle est subordonnée à l'objectif du patient



Savoir faire le geste est une compétence.

Savoir quand, pourquoi et comment le faire pour ce patient est une compétence palliative.

Soins palliatifs, POCUS et gestes au lieu de soins

Références soutenant l'intérêt de rapprocher l'imagerie et certains gestes du lieu de vie du patient

1. Arya A, Davey R, Sharma A, et al. Utilization of Point-of-Care Ultrasound in a Specialist Palliative Care Team Across Multiple Care Settings. *Palliat Med Rep.* 2022;3(1):229–234. doi:10.1089/pmr.2021.0067.
 2. Breakey N, Osterwalder J, Mathis G, Lehmann B, Sauter TC. Point of care ultrasound for rapid assessment and treatment of palliative care patients in acute medical settings. *Eur J Intern Med.* 2020;81:7–14. doi:10.1016/j.ejim.2020.08.007.
 3. Landers A, Ryan B. The use of bedside ultrasound and community-based paracentesis in a palliative care service. *J Prim Health Care.* 2014;6(2):148–151.
 4. Ota KS, Schultz N, Segaline NA. Palliative Paracentesis in the Home Setting: A Case Series. *Am J Hosp Palliat Care.* 2021;38(8):1042–1045. doi:10.1177/1049909120963075.
 5. Segaline N, Wang J, Bethancourt B, Ota KS. The Role of Ultrasound-Guided Therapeutic Thoracentesis in an Outpatient Transitional Care Program: A Case Series. *Am J Hosp Palliat Care.* 2019;36(10):927–931. doi:10.1177/1049909119837517.
 6. Kjelle E, Lysdahl KB, Olerud HM. Mobile X-ray outside the hospital: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2020;20:459. doi:10.1186/s12913-020-05271-4.
 7. Nidecker A, Pigué JC, Sadry F, Burckhardt B. Mobile radiography in Switzerland – report of a trial. *Swiss Med Wkly.* 2009;139(Suppl 175):P-465. Expérience genevoise de radiographie mobile à domicile.
 8. Mobirad Sàrl. Radiographies conventionnelles en EMS et à domicile : service à Genève depuis 2007 et dans le canton de Vaud depuis 2014. Site institutionnel, consulté le 31.08.2026.
-

Accès vasculaires et techniques

Midline, PICC, voies centrales, accès périphériques et repères procéduraux

1. Gravdahl E, Haugen DF, Fredheim OM. Use of peripherally inserted central venous catheters and midline catheters for palliative care in patients with cancer: a systematic review. *Support Care Cancer*. 2024;32:464. doi:10.1007/s00520-024-08664-3.
 2. Matsuo N, Nakanishi K, Kurosawa H, et al. Femoral tunneled central venous catheters for terminally ill patients with cancer. *J Palliat Med*. 2012;15(11):1173–1177. doi:10.1089/jpm.2012.0106.
 3. Abdulelah M, et al. Venous access devices: a review. *Med Int (Lond)*. 2025;5:42. doi:10.3892/mi.2025.241.
 4. Zhou M, et al. Intracavitary electrocardiogram guidance for peripherally inserted central catheter placement: a systematic review and trial sequential meta-analysis. *J Vasc Access*. 2026. doi:10.1177/11297298251334889.
 5. Tian Y, Zhong Z, Dougarem D, Sun L. The ultrasound-guided versus standard technique for peripheral intravenous catheter placement by nurses: a systematic review and meta-analysis. *Heliyon*. 2024;10(9):e30582. doi:10.1016/j.heliyon.2024.e30582.
 6. Harvey JJ, Prentice R, George J. Diagnostic and therapeutic abdominal paracentesis. *Med J Aust*. 2023;218(1):18–21. doi:10.5694/mja2.51795.
 7. Saugel B, Scheeren TWL, Teboul JL. Ultrasound-guided central venous catheter placement: a structured review and recommendations for clinical practice. *Crit Care*. 2017;21:225. doi:10.1186/s13054-017-1814-y.
-

Antalgie interventionnelle et voie intra-osseuse

Références spécifiques aux options interventionnelles et à leur place en soins palliatifs

1. Aman MM, et al. The American Society of Pain and Neuroscience (ASPN) Best Practices and Guidelines for the Interventional Management of Cancer-Associated Pain. *J Pain Res.* 2021;14:2139–2164.
 2. Hsieh Y-L, Chen H-Y, Lin C-R, Wang C-F. Efficacy of epidural analgesia for intractable cancer pain: a systematic review. *Pain Pract.* 2023;23(8):956–969. doi:10.1111/papr.13273.
 3. Christiansen S, Mayeda M, Mazzola J, Rakshe S. Epidural Analgesia for End-of-Life Pain. *J Palliat Med.* 2025;28(1). doi:10.1089/jpm.2024.0211.
 4. Day R. The use of epidural and intrathecal analgesia in palliative care. *Int J Palliat Nurs.* 2001;7(8):369–374. doi:10.12968/ijpn.2001.7.8.9007.
 5. Mansfeld A, Radafshar M, Thorgeirsson H, Höijer CJ, Segerlantz M. Palliative Sedation via Intraosseous Vascular Access. *J Palliat Med.* 2019;22(1):109–111. doi:10.1089/jpm.2018.0398.
 6. Doumeizel P-M, Chartier B, Drieux M. La voie intra-osseuse en soins palliatifs, un choix supplémentaire de voie d’abord ? *Médecine Palliative.* 2025;24(3):108–111. doi:10.1016/j.medpal.2025.02.006.
-

Formation, transfert de compétences et maintien des acquis

Formation structurée, supervision, exposition régulière et évaluation des compétences

1. Tatel CE, Ackerman PL. Procedural skill retention and decay: a meta-analytic review. *Psychol Bull.* 2025;151(6):696–736. doi:10.1037/bul0000481.
 2. Akid I, Doberman DJ. A Survey to Enhance Procedural Based Skills in Hospice Education. *Am J Hosp Palliat Care.* 2026;43(6):692–693. doi:10.1177/10499091251331214.
 3. Campbell EM, Konda C, Lau K, Wang W. Integrating an Interventional Pain Management Curriculum in Hospice and Palliative Medicine Fellowship Training. *Am J Hosp Palliat Care.* 2025;42(5):504–507. doi:10.1177/10499091241268597.
 4. General Medical Council. *Palliative Medicine Curriculum.* 2022.
 5. SSMIG/SGAIM. Programme de formation postgraduée en médecine interne générale — exigence POCUS, composante 1.
 6. Schöll E, Gerbershagen MU, Müller AM, Litz RJ. Ultrasound-Guided Regional Anesthesia as Primary Analgesic Management in the Orthopedic-Surgical Emergency Department of an Affiliated Hospital. *Medicina.* 2025;61:2006. doi:10.3390/medicina61112006.
 7. Schöll E, Vach W, Maier D, Müller AM, Litz RJ. Feasibility and Adoption of Low-Volume Ultrasound-Guided Superior Trunk Block for Shoulder Reduction in the Emergency Department. *J Clin Med.* 2026;15:6245. doi:10.3390/jcm15166245.
 8. Gawel RJ, Hong JX, Lege-Matsuura J, et al. Emergency physician-performed ultrasound-guided nerve blocks: a scoping review of the published literature. *Am J Emerg Med.* 2025;97:200–206. doi:10.1016/j.ajem.2025.07.068.
-

Sources des figures

Attribution des images originales utilisées dans les diapositives

1. Häggström M. Ultrasound of trabeculated urinary bladder. Wikimedia Commons. 2018. CC0.

6. Samir. Ascites ultrasound 2. Wikimedia Commons. 2009. CC BY 3.0.

2. Gottlieb M, Sundaram T, Holladay D, Nakitende D. Ultrasound-Guided Peripheral Intravenous Line Placement. West J Emerg Med. 2017;18:1047–1054. Fig. 6.

7. Boccatonda A, Baldini C, Rampoldi D, et al. Ultrasound-Assisted and Ultrasound-Guided Thoracentesis. Diagnostics. 2024;14:1124. Fig. 8. CC BY 4.0.

3. BruceBlaus. PICC vs. Midline Catheter. Wikimedia Commons. 2016. CC BY-SA 4.0.

8. John site. Suprapubic Catheter. Wikimedia Commons. 2020. CC0.

4. Shortword. PICC line-correct position-with annotation. Wikimedia Commons. 2018. CC BY-SA 4.0.

9. Brianhagen. Peridural kateter. Wikimedia Commons. 2011. CC BY 3.0 / GFDL.

5. Saugel B, Scheeren TWL, Teboul JL. Ultrasound-guided central venous catheter placement. Crit Care. 2017;21:225. Fig. 1. CC BY 4.0.

10. BruceBlaus. Spinal Tap. Wikimedia Commons. 2013. CC BY 3.0.
