



Item136-Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (1). Principaux repères cliniques. Modalités d'organisation des équipes, en établissement de santé et en ambulatoire.

Objectifs CNCI

- Identifier une situation relevant des soins palliatifs.
- Connaître les étapes d'une démarche de soins, de traitement et d'accompagnement du patient et de son entourage lors des situations les plus fréquemment rencontrées en phase palliative ou terminale des maladies graves, chroniques ou létales : acquérir les compétences nécessaires en soins palliatifs pour faire face aux situations les plus fréquemment rencontrées lors des phases palliatives ou terminales des maladies graves, chroniques ou létales (traitement des symptômes respiratoires, digestifs, buccaux, neurologiques, psychiatriques, agoniques...).
- Connaître l'organisation des soins palliatifs en France et savoir faire appel à des équipes ressource ou à des services de recours.

Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
<ul style="list-style-type: none"> - RPC: Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs / ANAES / 2002 - Décret du 29 janvier 2010 	<ul style="list-style-type: none"> - Loi Léonetti / « obstination déraisonnable » - Equipe mobile de soins palliatifs - PenC de la douleur - PenC symptômes d'inconfort (7) - PenC nutritionnelle / hydratation - PenC psychologique - PenC sociale et financière - Hospitalisation à domicile 	<ul style="list-style-type: none"> - Palliatif non exclusif de curatif - Puridisciplinaire / globale - Favoriser SC / éviter IV - Morphine = laxatif - Soins de bouche - Prévention des escarres - Prise en charge à 100% - Prise en charge de l'entourage - Pas de réa si soin palliatif (A savoir !)

Généralités

Définitions

- **Phase curative**: soins dont l'objectif est d'améliorer la **quantité** de vie
- **Phase palliative**: soins dont l'objectif est d'améliorer la **qualité** de vie
- **Phase terminale**: **soulager** l'inconfort dans un contexte de défaillances vitales

!! Remarque

- Les phases curative et palliatives ne sont **pas** mutuellement exclusives (**A savoir !**)
- Elles coexistent en permanence et doivent s'intégrer dans la continuité des soins
- Soins curatifs > palliatifs au début puis inversion progressive jusqu'à la phase terminale

Cadre légal

- **Loi Kouchner (1999)**: l'accès aux soins palliatifs est un droit
- **Loi du 4 mars 2002**
- **Loi Léonetti (= Loi du 22 avril 2005) +++**
 - Lutte contre l'**obstination déraisonnable** (ex-acharnement thérapeutique)
 - Autonomie (le patient est libre de refuser des soins) / personne de confiance
 - **Directives anticipées**: valables 3 ans / si patient inconscient / non contraignantes
 - **Double effet**: recourir à un traitement qui peut avoir pour ES d'abrèger la vie
 - **Collégialité** et transparence des décisions de limitation des soins
- **Décret du 29 janvier 2010** relatif aux conditions de mise en oeuvre des décisions de limitation ou d'arrêt de traitement
- **4 niveaux de décisions** :
 1. Ne pas entreprendre un nouveau traitement
 2. Fixer des limites de posologie
 3. Arrêter un traitement
 4. Renforcer les sédations
- **Modalités organisationnelles (circulaire 2002/98) (5)**
 - Unités d'hospitalisation de soins palliatifs (USP)

- Equipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)
- Lits identifiés (lits avec patients de SP hors des USP)
- Réseau de soins palliatifs (par territoire)
- Soins palliatifs à domicile (HAD ++)

Euthanasie

- = mettre fin à la vie d'un patient de façon délibérée et active
- Du point de vue pénal: assimilée à un homicide
- Code de déontologie: « le médecin n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort »

Indication de soins palliatifs

- En pratique: tout âge / tout service / décision **après concertation**
- !! transition soins curatifs à palliatif doit être continue et non brutale
- Paramètres à prendre en compte +++
 - absence ou épuisement des thérapeutiques efficaces
 - état général du patient (échelle OMS ou Karnofsky)
 - paramètres paracliniques défavorables (cytopénie, etc)
 - souhaits du patient et/ou de l'entourage (!! à une dépression)

Prise en charge palliative (9)

Principes de prise en charge

- **Prise en charge pluridisciplinaire**
 - Hospitalisation initiale ou non à discuter / en cancérologie ou soins palliatifs
 - Equipe spécialisée de soins palliatifs (**unité mobile** ou fixe)
 - **Médecin traitant** (++) et médecins spécialistes (oncologue, etc)
 - Paramédicaux: kinésithérapeute / psychologue / infirmière, etc.
 - Entourage et associations: bénévoles, famille, etc.
- **Prise en charge globale**
 - « douleur globale » : physique / psychique / affective / spirituelle
 - → prise en charge médicale / psychologique / sociale
- **Favoriser la voie sous-cutanée +++**
 - Si la voie orale n'est plus possible, utiliser au maximum la SC (ou proposer la pose d'une voie centrale simple)
 - Pour médicaments, hydratation, etc. !! Eviter IV tant que possible
- **En fin de vie: éviter l'obstination déraisonnable**
 - ARRÊT des examens et soins inutiles, pas d'investigations déraisonnables.
 - Décision collégiale de **limitation des soins**

Tt spécifique à visée palliative

- **!! NPO la chimiothérapie ou l'hormonothérapie si elle est indiquée**
 - Palliatif n'est pas synonyme d'arrêt de traitement !!! traitements actifs possibles. (zéro si confusion) Il existe de nombreuses chimiothérapies palliatives qui ont pour but de repousser la survenue de la phase terminale. (Il est possible de vivre décemment, de travailler pendant des années parfois avec une maladie métastatique).
 - objectif: augmenter la survie sans progression / 1ère-2ème ligne
- **Penser aux stratégies endoscopiques ou chirurgicales palliatives**
 - Endoprothèse dans un cancer de l'oesophage, du pancréas..

Prise en charge de la douleur

(cf [Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses](#))

- Evaluation de la douleur par échelle d'auto/hétéro-évaluation (cf [Bases neurophysiologiques, mécanismes physiopathologiques d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique.](#))
- Tt antalgique adapté au niveau OMS et au type de douleur (**palier III** ++)
- Jamais de prescription à la demande: toujours **schéma fixe** (**A savoir !**)
- Privilégier la voie **orale** tant que possible / ensuite voie **SC** > IV (En pratique la voie IV est de plus en plus plébicité en soins palliatifs, nutrition parentéales, pompes de morphines ...)
- NPO la prévention des ES (**laxatifs** et anti-émétique si morphine) (**A savoir !**)
- Tt de fond (morphine LP 1x/12h) +/- interdose (morphine LI 1/6e /4h)

Prise en charge des symptômes d'inconfort (7)

- **Soins de bouche +++**
 - Humidification indispensable (sécheresse car respiration par la bouche)
 - Bains de bouches régulier avec bicarbonates +/- antifongique si mycose (préserve l'état buccal et donc la possibilité de la voie per os)
- **Lutte contre les escarres +++** (7, cf [Complications de l'immobilité et du décubitus. Prévention et prise en charge.](#))
 - Nursing / hygiène locale / matelas anti-escarre
 - Mobilisation régulière / surveillance cutanée, etc.
- **Dyspnée / encombrement**

- Patient 1/2 assis / kinésithérapie respiratoire / O2 si hypoxie
- En fin de vie: morphine ++ / Scopolamine® en SC si râles
- **Sommeil / confusion**
 - Hypnotiques ou sédatifs si insomnie +/- anxiolytiques
 - Neuroleptiques (halopéridol) si agitation importante
- **Nausées-vomissements**
 - ES de la morphine: anti-émétiques dopaminergiques si besoin
 - !! Aucune indication à l'odansétron (Zophren®) hors chimiothérapie
- **Constipation**
 - Multifactorielle: morphine / allitement / alimentation
 - → Laxatifs osmotiques systématiques / surveiller transit
- **Incontinence ou rétention urinaire**
 - En général RAU iatrogène (morphine, tricycliques, scopolamine..) ou par compression extrinsèque de la maladie
 - Drainage ou sonde urinaire à demeure / surveiller diurèse et globe, possibilité de pose de sonde double J ou néphrostomie percutanée.

Nutrition / hydratation

- **Nutrition**
 - Favoriser alimentation orale adaptée (eau gélifiée, yaourts) / fractionnée
 - !! ne pas forcer si fin de vie: support entéral ou parentéral exceptionnels
 - Jamais de nutrition parentérale en urgence chez un patient dénutri (risque de syndrome de renutrition inapproprié)
 - Pas de nutrition si phase terminale (sauf plaisir)
- **Hydratation**
 - Privilégier la voie PO: eau / SRO / proposer régulièrement
 - Si PO impossible: proposer hydratation par NaCl en SC

Soutien psychologique

- Ecoute / empathie / disponibilité fondamentales en fin de vie
- Respecter les étapes psychologiques d'acceptation de la mort (cf)

Prise en charge sociale et financière

- !! NPO prise en charge à **100%** pour ALD
- Si retour au domicile: mise en place d'une **HAD ++**, etc.

Prise en charge de la famille / entourage

- Fondamentale +++ : NPO de **contacter** la famille si absente / soutien psychologique
- Possibilité d'un **congé d'accompagnement** pour « ascendant / descendant / conjoint »

Surveillance

- En ambulatoire par médecin traitant
- En hospitalier par équipe pluridisciplinaire

Synthèse pour questions fermées

Quels sont les 5 modalités organisationnelles pour les soins palliatifs ?

- Unités d'hospitalisation de soins palliatifs (USP)
- Equipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)
- Lits identifiés
- Réseaux de soins palliatifs
- Soins palliatifs à domicile (HAD)

Quels sont les 4 niveaux de décisions pour limiter les soins ?

- Ne pas entreprendre un nouveau traitement
- Fixer des limites de posologie
- Arrêter un traitement
- Renforcer la sédation

Quels sont les 5 principaux points de la loi Léonetti de 2005 sur les soins palliatifs ?

- Lutte contre l'obstination déraisonnable
- Autonomie
- Directives anticipées
- Principe du double effet
- Collégialité