

Soins palliatifs: Généralités

N. LAKHDARI
Alger 25 avril 2014

I. Introduction

- La fin de vie des patients au service d'onco- hématologie est une préoccupation quotidienne des soignants.
- Les soins palliatifs sont destinés à la personne **en fin de vie**, considérée comme **vivante** jusqu'aux derniers instants.
Ils concernent les personnes atteintes d'une pathologie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital
- Ils tendent à assurer l'accompagnement global du patient et de son entourage.

II. Définition

- Le terme "palliatifs" du latin **pallium** signifiant le manteau, celui qui protège, reconforte.
- Mais les soins palliatifs vont au-delà d'un "**réconfort**" et tiennent compte de la **souffrance globale du patient**.

II. Définitions

- Les soins palliatifs sont un ensemble multidisciplinaire de soins pour assurer **l'accompagnement** des patients en fin de vie, et ce sur les
plans physique, psychique, social et moral.

Le but premier des soins est d'offrir au **malade et à ses proches**

- la meilleure qualité de vie possible
- et une autonomie maximale.

- **Ce sont des soins actifs et continus** visent à soulager la douleur, apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la **dignité de la personne** malade et à soutenir son entourage.

III. Aspects éthiques

La loi sanitaire n° 85 / 05 relative à la protection et la promotion de la santé

- respect de la personne humaine
- ménager la dignité et la sensibilité particulière des patients
- La démarche vise à
 - éviter les investigations inutiles et les traitements déraisonnables (**acharnement**: proscrit par la loi)
 - tout en refusant de provoquer intentionnellement la mort (**euthanasie : un homicide volontaire**)

III. Objectifs

- Evaluation de la douleur, **traitement antalgique**.
- **Soutien psychologique** du malade, de la **famille** autour du vécu de la fin de vie et du deuil.
- Soins / la bouche, la peau, **l'hydratation, l'alimentation**.
- Evaluation et traitement des symptômes : anxiété, dyspnée, agitation, occlusion, confusion.
- ***Soutien des professionnels confrontés à des situations difficiles.***

IV. Les structures

Les structures qui dispensent les soins palliatifs en institutions sont de deux types :

- L'équipe mobile de soins palliatifs: **Au domicile**
le patient peut bénéficier, avec l'accord du médecin traitant, de l'intervention de l'équipe de soutien ; spécialisée en soins palliatifs.
Fourniture d'équipement, garde malade..
- L'unité de soins palliatifs à **l'hôpital en cas**
 - de difficulté matérielle;
 - entourage absent ou épuisé;
 - grande dépendance;
 - des symptômes non contrôlés/ dyspnée; occlusion..

V. Patients concernés

1. Patients relevant de soins palliatifs :
10% des malades adultes hospitalisés.
 - **principalement les cancéreux, en onco-hématologie**
 - **les troubles neurologiques dégénératifs**
la sclérose en plaques (SEP),
la maladie de Parkinson, le sida, la maladie d'Alzheimer .
2. **En gériatrie:**
Les soins palliatifs et l'accompagnement représentent une véritable nécessité clinique en gériatrie, pour améliorer
le confort des malades âgés en fin de vie,

-

Enfants

04 groupes d'enfants nécessitant des soins palliatifs :

- des enfants atteints de maladies pour lesquelles un traitement curatif existe mais où l'échec est possible/
leucémies,
lymphomes;
néphroblastome
- des enfants atteints de maladies où une mort prématurée peut être anticipée mais où un traitement intense permet de prolonger une vie de bonne qualité
(**mucoviscidose, sida**) ;
- des enfants atteints de maladies progressives pour lesquelles le traitement est uniquement palliatif ,(**myopathies**)
- des enfants atteints de maladies sévèrement invalidantes, souvent neurologiques, prédisposant à des complications parfois mortelle (**IMC sévère**, toute pathologie cérébrale majeure d'origine diverse.

VI. Continuité des soins

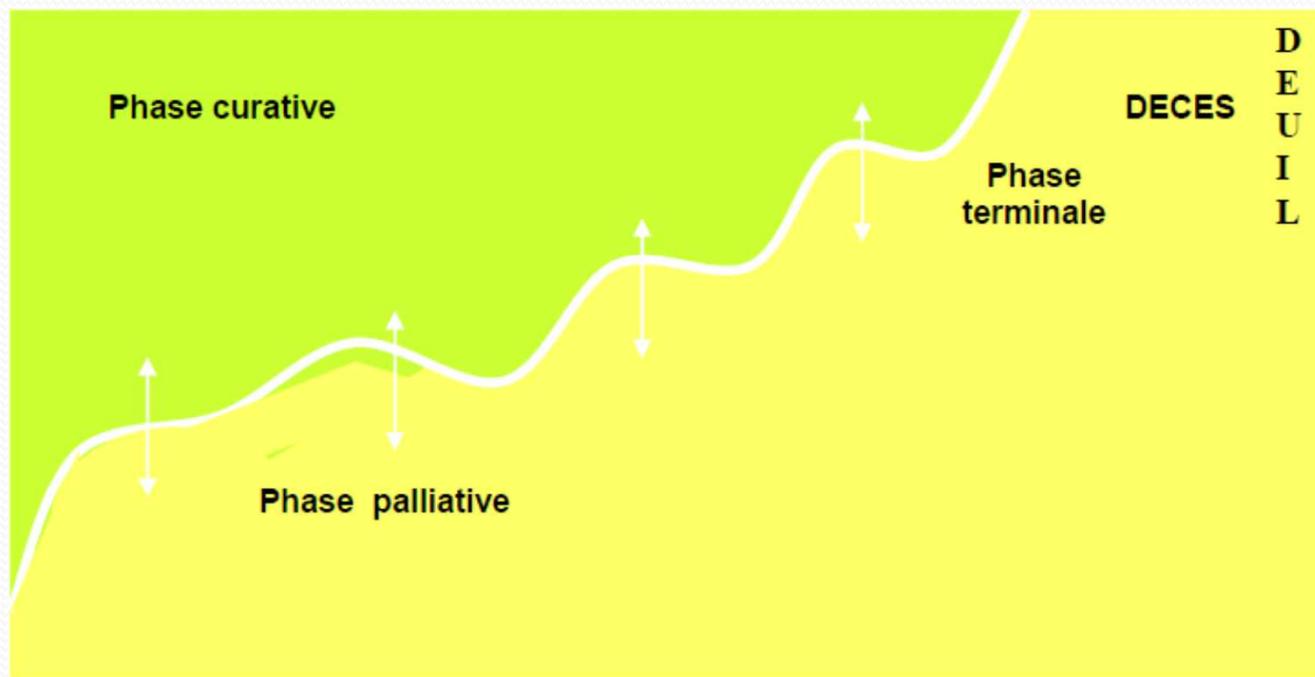
A contrario; les soins palliatifs ne commencent pas quand s'arrêtent les soins curatifs.

- Le soin est **Un** et se déroule dans une continuité qui conduit parfois non pas vers la guérison mais vers l'aggravation de la maladie et la mort.
- La proportion des traitements à visée curative et des traitements à visée palliative évolue ainsi au fil du temps et du cours de la maladie.

Continuité des soins

- **La période curative**: but guérison et confort
- **La période palliative**:
la guérison n'est plus possible, **le confort** est donc une priorité; tout en poursuivant des traitements spécifiques peu toxiques pour diminuer les symptômes.
- **La phase terminale**: le décès est imminent.
Les soins sont centrés sur le confort.

Continuité des soins



CONTINUITE DES SOINS

La « phase palliative » tend à augmenter au fil du temps

VIII Les phases de la fin de vie

Le malade va passer par différentes phases psychologiques.

- **1^{er} étape: le déni**

C'est la phase **de refus puis d'isolement**. Le malade a reçu une annonce +/- brutale.

Il est **sous le choc**, comme anesthésié, paralysé. Il est très angoissé.

Les services d'onco-hématologie organisent des **consultations dit " d'annonce"**.

- **2^{ème} étape : la révolte**

Il essaye de nier l'évidence .

Il devient agressif . **Pourquoi lui ?**

- **3^{ème} étape: la dépression**

Il s'épuise par sa lutte et son angoisse, son insomnie.

Il devient dépressif et il a **du chagrin et pleure**.

Cette expression est paradoxalement bénéfique et participe au travail d'acceptation.

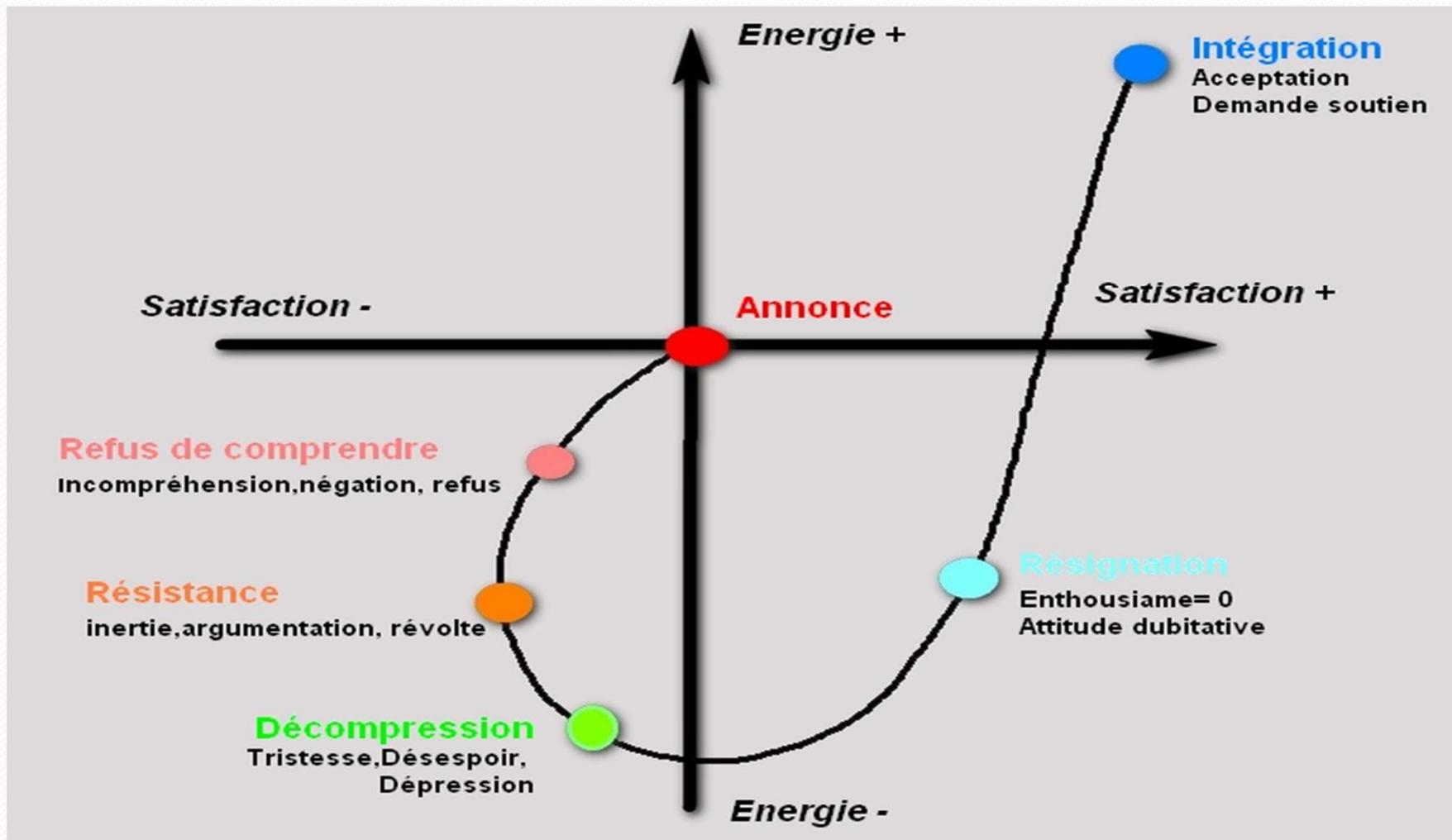
- **4^{ème} étape: résignation**

La dépression s'éloigne et le patient essaye de trouver des aides souvent **avec la religion** ou vers les soignants.

- **5^{ème} étape: acceptation**

Le patient accepte peu à peu, **il s'apaise, devient plus calme**.

Mais on doit absolument **gérer ses besoins (les douleurs et autres souffrances...)**



IX. Les besoins

Les besoins des personnes malades en fin de vie, doivent être connus, entendus et identifiés par les professionnels de santé et les respecter.

Difficiles à exprimer, à décrypter voire à repérer.

Besoins physiologiques

- Les besoins de confort, au sens de bien-être, s'avèrent déterminants en fin de vie: **Alimentation; mobilité; respiration**
- Atténuer les **douleurs physiques**

Besoins psychologiques

- Le malade souhaite que l'on prenne en compte ses souffrances morales.
- Ce impose une prise en charge globale de l'individu.
- Des besoins de tendresse sont sous-estimés,
un simple accompagnement avec la main peut suffire parfois.

Les besoins

1. Alimentation et hydratation

Anorexie fréquente, douleur et sécheresse buccale

- fractionner les repas,
- dessert et des glaces
- bains de bouche

L'acte de nourrir, **très symbolique**, souvent un moyen de communication privilégié, **parfois même le dernier**.

- **C'est pourquoi l'alimentation et l'hydratation doivent rester orales aussi longtemps que possible.**
- Nutrition entérale sonde gastrique, gastrostomie;
- Nutrition parentérale



2. **La mobilité souvent réduite,**

- Utiliser le fauteuil roulant
- Prévention d'escarre; matelas ;
- changement de position massage, hygiène

- 1

besoins

- **3. La respiration: souvent le patient est dyspneique**
 - oxygénothérapie à la demande;
 - position semi assise
- **4. L'hygiène** et l'apparence
 - favoriser l'estime de soi: En tenant compte du degrés de l'autonomie pour se vêtir, se maquiller, se coiffer se parfumer
- **5. Le repos et le sommeil** : nombreux facteurs sont sources d'insomnie; (algies nocturnes; cauchemars; peur...
 - tisanes, sédatif
- **La constipation**: hydratation; laxatifs

La douleur

Soit physique : somatique (métastases)

Morale liée à la solitude; au désespoir; à la peur de mourir: résignation, anorexie, insomnie

- Prise en charge est double: médicamenteuse et relationnelle

OMS 2002

- ***La lutte contre la douleur est liée par définition à la pratique quotidienne de tout soignant.***
- ***Tous les professionnels de santé sont concernés***
- ***Au-delà du soin, elle doit devenir une culture partagée , entre patients, professionnels de santé et pouvoirs publics »***

Principes du traitement de la douleur :

1. croire le malade ;
2. faire **un diagnostic étiologique** et caractériser le type de la douleur (nociceptive, neuropathique) pour entreprendre un traitement adapté ;
3. se renseigner sur les thérapeutiques déjà reçues et leur efficacité pour ne pas utiliser un antalgique insuffisant.
4. **privilégier la voie orale ;**
5. PAS de prescription « **à la demande** » dans le cadre des douleurs chroniques, au profit **d'une administration préventive de la douleur,**
5. réévaluer régulièrement l'efficacité du traitement et adapter la posologie, si nécessaire.

Tabou:

- Contrairement aux idées reçues, la Morphine n'entraîne jamais de dépendance physique si elle est prescrite chez un patient douloureux

Les différents paliers (OMS)



La transfusion

- *Il existe un lien certain entre le taux d'Hb et la qualité de vie du patient.*

En phase palliative, l'incidence de l'anémie est souvent

- méconnue,
 - négligée ou
 - insuffisamment prise en charge.
- Quoi qu'il en soit, il est capital d'informer le patient, la famille sur le bien-fondé de la transfusion ou **de la non-transfusion.**
 - La non transfusion rencontre une symbolique très fortement ancrée (le sang est la vie) qui interfère souvent avec la décision

Tableau récapitulatif des antalgiques

PALIER	DCI	NOMS	DOULEURS
I. Antalgiques périphériques	Aspirine	Kardégic, Aspégic	Douleurs faibles à modérées
	Paracétamol	Doliprane, Dafalgan, Efféalgan	
	AINS	Profénid, Nifluril, Surgam, Nurofen	
II. Antalgiques centraux faibles	Codéine + antalgique périphérique	Codoliprane, Efféalgan codéiné	Douleurs modérées à sévères
	Agoniste	Morphine, Skénan, Fentanyl, Moscontin, Alfentanyl	Douleurs très sévères et rebelles
III. Antalgiques centraux forts (Morphiniques)	Agoniste/antagoniste	Temgésic, Fortal, Nubain	
	Antagoniste	Narcan	

Conclusion

La mise en œuvre des soins palliatifs vise à contrôler les symptômes physiques et soulager la souffrance psychologique du malade en fin de vie.

L'accompagnement des personnes en fin de vie peut confronter l'équipe soignante à des interrogations professionnelles et personnelles

Mais souvent la conviction religieuse permet d'intégrer la mort à la trajectoire de vie