



# Introduction

- *Point de vue des personnes âgées sur la fin de vie et les soins palliatifs – Questionnaire AEOLI*

(Article, VILLARD ML, JALMALV n°86, 2006)

- Continuer à décider
- Avoir un traitement efficace contre la douleur
- Opposition au suicide et à l'euthanasie
- Plus de discussion sur les thèmes de la mort et de la fin de vie en société
- Garder les mêmes professionnels qui sont intervenus tout au long de la maladie

# LE CONTEXTE GENERAL EN GERIATRIE

**La Personne Agée**  
démence ou non vulnérable

**La famille**  
en crise identitaire, épuisée,  
culpabilisée

## **SENS**

de la mort au grand âge  
Du temps écoulé Du  
temps qui reste  
Des soins mis en place

**Les autres Personnes Agées**

**Les soignants**  
confrontés à la difficulté de décoder les  
besoins et les demandes

# Ambivalence face au vieillissement et à la mort :

→ Ambivalence **des familles**

*(présence, culpabilité, agressivité envers les soignants)*

→ Ambivalence **des malades**

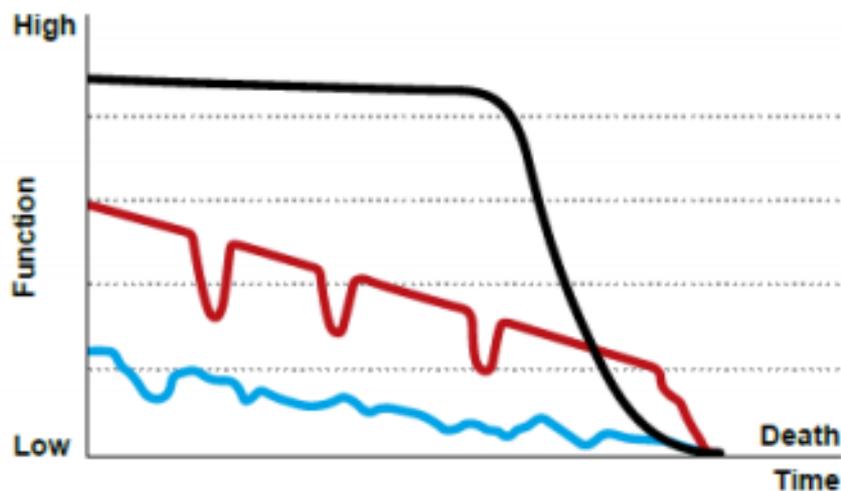
*(acceptation et refus, agressivité, agitation)*

→ Ambivalences **des professionnels**

*(contradiction dans les décisions thérapeutiques)*

# 3 TRAJECTOIRES DE FIN DE VIE

Graphique 1 - Les trois principales trajectoires de fin de vie



Source: Murray, S.A. et al'

- Déclin rapide (cancer, etc.)
- Déclin graduel (défaillances d'organe)
- Déclin lent (troubles cognitifs, etc.)

- Trajectoire n°1
  - La personne atteinte de cancer
- Trajectoire 2 :
  - Les pathologies d'organes
- Trajectoire 3 :
  - Maladies neurodégénératives et apparentées

# Décisions qui posent problèmes :

- Alimentation, pose de gastrostomie
- Hospitalisation
- Risque de chute, Contention
- Hydratation
- Fièvre et antibiothérapie
- Transfusion?
- Soins d'escarres, plaies chroniques, cancéreuse
- Refus de soins
- Troubles du comportement ( risque de maltraitance)

# En gériatrie

- ↳ **Ce sont des soins continus qui requièrent une surveillance**
- ↳ **Importance des soins de confort ( douleur) et de la relation**
- ↳ **Cohérence dans les soins**
- ↳ **Gestion des conflits éthiques ++**
- ↳ **Soutien de l'entourage**
- ↳ **Soutien des soignants**
- ↳ **Respect des rituels des personnes en institution**

# FICHE PALLIA 10 GERONTO

## QUE SONT LES SOINS PALLIATIFS<sup>1</sup> ?

Les **soins palliatifs** sont des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluriprofessionnelle. Dans une approche globale et individualisée, ils ont pour objectifs de :

- Prévenir et soulager la douleur et les autres symptômes, prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la dignité de la personne soignée.
- Limiter la survenue de complications, en développant les prescriptions anticipées personnalisées
- Limiter les ruptures de prises en charge en veillant à la bonne coordination entre les différents acteurs de soin.

La démarche de soins palliatifs vise à éviter les investigations et les traitements déraisonnables tout en refusant de provoquer intentionnellement la mort. Selon cette approche, le patient est considéré comme un être vivant et la mort comme un processus naturel.

## ET L'ACCOMPAGNEMENT<sup>1</sup> ?

L'**accompagnement** d'un malade et de son entourage consiste à apporter attention, écoute, réconfort, en prenant en compte les composantes de la souffrance globale (physique, psychologique, sociale et spirituelle). Il peut être mené en lien avec les associations de bénévoles. L'accompagnement de l'entourage peut se poursuivre après le décès pour aider le travail de deuil.

## A QUI S'ADRESSENT-ILS<sup>1</sup> ?

Aux personnes atteintes de maladies graves évolutives ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée et terminale, en accompagnant leurs familles et leurs proches.

<sup>1</sup> Soins palliatifs et accompagnement. *Coll. Repères pour votre pratique*. Inpes, mai 2009.

## QUEL EST LE CADRE LEGAL ?

Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs : « Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement »

Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (« loi Léonetti ») : propose aux professionnels de santé un cadre de réflexion reposant sur le respect de la volonté de la personne malade (directives anticipées, personne de confiance), le refus de l'obstination déraisonnable. Elle indique les procédures à suivre dans les prises de décisions : collégialité et traçabilité des discussions, de la décision et de son argumentation.

LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie : Cette loi clarifie les conditions de l'arrêt des traitements au titre du refus de l'obstination déraisonnable. Elle instaure un droit à la sédation profonde et continue jusqu'au décès pour les personnes dont le pronostic vital est engagé à court terme. Les directives anticipées deviennent l'expression privilégiée de la volonté du patient hors d'état de le faire et s'imposent désormais aux médecins.

## OU TROUVER UNE EQUIPE DE SOINS PALLIATIFS EN FRANCE ?

Répertoire national des structures :

[www.sfap.org](http://www.sfap.org)

Accompagner la fin de la vie, s'informer, en parler :

 **N°Azur 0 811 020 300**

PRIX APPEL LOCAL



## PALLIA 10 GERONTO

Quand faire appel à une équipe de soins palliatifs ?

Outil d'aide à la décision en 10 questions

Accès aux soins palliatifs :  
→ un droit pour les patients  
→ une obligation professionnelle pour les équipes soignantes

[version mai 2016]

Chaque professionnel de santé aura à mettre en place une démarche palliative et d'accompagnement au cours de son exercice.

Qui peut utiliser PALLIA 10 GERONTO ?

Tout soignant dans le cadre d'une réflexion collégiale

Dans quel but utiliser PALLIA 10 GERONTO ?

Pallia géronto est un outil conçu pour vous aider à mieux repérer le moment où une démarche de soins palliatifs doit être envisagée avec, si besoin, le recours à une équipe spécialisée de soins palliatifs

Quand utiliser PALLIA 10 GERONTO ?

Chez des personnes âgées de plus de 75 ans atteintes d'une maladie ou de polyopathologies évolutives qui ne guériront pas en l'état actuel de nos connaissances.

Quand l'accumulation des besoins rend complexe la démarche d'accompagnement : élaboration du projet de soins le plus adapté, priorisation et coordination des interventions.

Comment utiliser PALLIA 10 GERONTO ?

Répondez à chacune des questions.

La présence de l'item 1 est obligatoire. Une seule réponse positive aux autres items peut suffire à envisager le recours à une équipe spécialisée en soins palliatifs.

	QUESTIONS	COMPLEMENT	Cochez si l'item présent
1	La personne âgée de plus de 75 ans est atteinte d'une maladie grave évolutive ou de polyopathologies qui ne guériront pas, en l'état actuel des connaissances	Une réponse positive à cette question est une condition nécessaire pour utiliser la grille PALLIA GERONTO et passer aux questions suivantes.	
2	Il existe un ou plusieurs facteurs de vulnérabilité somatique péjoratifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>GIR 1 et 2</li> <li>MMS inférieur 10</li> <li>Albuminémie inférieure à 25g/l</li> <li>Difficulté persistante d'hydratation/alimentation par voie orale</li> <li>Escarre stade supérieur ou égal à 3</li> <li>Chutes à répétition</li> </ul>	
3	La maladie prédominante et/ou l'ensemble des pathologies sont rapidement évolutifs	Cette évolutivité est souvent caractérisée par la répétition des épisodes aigus	
4	La personne âgée ou son entourage sont demandeurs d'une prise en charge palliative et d'un accompagnement	Loi n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs	
5	Il existe des symptômes non soulagés malgré la mise en place des traitements de première intention	Douleur spontanée ou provoquée lors des soins, dyspnée, vomissements, syndrome occlusif, confusion, agitation...	
6	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre psychique pour la personne âgée et/ou son entourage	Troubles, angoisse, repli, agressivité ou troubles du comportement, troubles de la communication, conflits familiaux, psycho-pathologie préexistante chez la personne âgée et son entourage.	
7	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre social chez la personne âgée et/ou son entourage	isolement, précarité, difficultés financières, existence dans l'entourage d'une personne dépendante ou handicapée, enfant à charge, époux décédé de l'aidant naturel	
8	La personne âgée ou son entourage ont des difficultés d'intégration de l'information sur la maladie et/ou sur le pronostic	Face à l'angoisse générée par la maladie qui s'aggrave, la personne âgée, l'entourage peuvent mettre en place des mécanismes de défense psychologique qui rendent la communication difficile et compliquent la mise en place d'un projet de soins palliatifs.	
9	Vous constatez des questionnements et/ou des divergences parmi les professionnels concernant la cohérence du projet de soins	Ces questionnements peuvent concerner : <ul style="list-style-type: none"> <li>Les prescriptions anticipées</li> <li>L'hydratation, l'alimentation, une antibiothérapie, une pose de sonde, une transfusion, une surveillance particulière (HGT, monitoring...)</li> <li>L'indication et la mise en place d'une sédation</li> <li>Le lieu de prise en charge le plus adapté</li> <li>Le statut réanimatoire éventuel</li> </ul>	
10	Vous vous posez des questions sur l'attitude adaptée concernant par exemple : <ul style="list-style-type: none"> <li>Refus de soins et/ou de traitement</li> <li>Limitation ou arrêt d'un traitement</li> <li>Demande d'euthanasie</li> <li>Présence d'un conflit de valeurs</li> </ul>	Conformément aux lois en vigueur, il convient de prendre en compte les directives anticipées et/ou de recueillir l'avis de la personne de confiance.	

# Equipe mobile de soins palliatifs (EMPS)

## Les missions d'une EMSP :

- Aide, soutien, conseils aux équipes soignantes
- Aide à la prise en charge globale du patient dans le soulagement des **douleurs** et autres symptômes d'inconfort
- Accompagnement **psycho-social** du patient et de son entourage
- Soutien dans la **démarche éthique** et de **collégialité**
- Formation

# La démarche de l'EMSP

- La non substitution
- Diffuser la **culture palliative**
- Favoriser l'**autonomie des équipes** à la démarche palliative
- Promouvoir **l'interdisciplinarité**
- Proposer un **regard tiers**
- Soutenir les ressources de l'établissement
- Suggérer des **relais**

# Les soins palliatifs : définition SFAP

Les **Soins Palliatifs** sont « des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale »

« Leur objectif est de soulager des douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle »

# La démarche palliative

**L'INTERDISCIPLINARITE.....c'est:**

- **Placer le patient au centre** des préoccupations
- **Confronter les points de vue** des différents professionnels
- Travailler autour d'un **objectif commun et échange** des compétences
- **Faciliter la prise de distance**
- **Instaurer une réflexion éthique de groupe**

# La Démarche palliative

## LA COLLEGIALITE.....c'est :

- Expression antérieure de la volonté : DA , PC
- Concertation pluridisciplinaire
- Médecin consultant sans lien hiérarchique
- Nécessité ou non d'un deuxième avis extérieur
- Traçabilité de l'information et de la décision motivée

## L'ANTICIPATION.....c'est:

- Ressources dans l'établissement (humaines, matérielles, pharmacie)
- Prescriptions anticipées/protocoles
- ✓ Douleur
- ✓ Symptômes respiratoires
- ✓ Angoisse/Agitation
- ✓ Hémorragies
- Fiche Urgence Pallia

FICHE MALADE REPERTOIRE SAMU-CENTRE 15

A renvoyer uniquement par mail : samu-sec@chu-montpellier.fr

Identité patient Informations médicales Informations diverses

Date d'admission : //

NOM	
PRENOM	
DATE DE NAISSANCE	
AGE (en année)	
SEXE	Féminin/ Masculin
ADRESSE	EHPAD
TELEPHONE	
Equipe / structure médicale référente	MEDECIN TRAITANT : MEDECIN EMSP : Docteur CANET Lisa
DIAGNOSTIC	
ATCD Med-Chir	
Traitement actuel	
Traitement à réaliser	
Souhaits (patient, famille, MT)	Non hospitalisation Soins de confort Accompagnement jusqu'au décès en EHPAD
Décision du collège médical (ex : pas de réa, etc.)	Pas de réanimation Eviter hospitalisation autant que possible Soins de confort sur l'EHPAD
Informations diverses	
Date de la saisie	
Nom du requérant	Docteur Lisa CANET EMSP CLINIQUE DU MAS DE ROCHET CASTELNAU-LE-LEZ 04.67.33.10.03

Signatures : Docteur Lisa CANET

Médecin Traitant : Docteur

Fiche URGENCE PALLIA

Concernant une personne en situation palliative  ou palliative terminale

Fiche destinée à informer un médecin intervenant lors d'une situation d'urgence. Celui-ci reste autonome dans ses décisions.

RÉDACTEUR Nom :  Statut du rédacteur :   
 Téléphone :  ou tampon :   
 Fiche rédigée le :

PATIENT  M.  Mme NOM :  Prénom :   
 Rue :  Né(e) le :   
 CP :  Ville :  Téléphone :   
 N° SS :  Accord du patient pour la transmission des informations  Oui  Non  Impossible

Médecin traitant :  Joignable la nuit  Oui  Non  NA<sup>1</sup> Tél :   
 Médecin hospitalier référent :  Tél :   
 Service hospitalier référent :  Tél :   
 Lit de repli possible<sup>2</sup> :  Tél :   
 Suivi par HAD :  Oui  Non  NA  Tél :   
 Suivi par EMSP :  Oui  Non  NA  Tél :   
 Suivi par réseau :  Oui  Non  NA  Tél :   
 Autres intervenants à domicile :   
 (SSIAD, IDE libérale...) avec leur(s) numéro(s) de téléphone

Pathologie principale et diagnostics associés :

Le patient connaît-il son diagnostic ?  Oui  Non  En partie  NA Son pronostic ?  Oui  Non  En partie  NA  
 L'entourage connaît-il le diagnostic ?  Oui  Non  En partie  NA Le pronostic ?  Oui  Non  En partie  NA  
 Réflexion éthique collégiale sur l'orientation des thérapeutiques :  Oui  Non  En partie  NA

Projet thérapeutique :   
 Symptômes et risques possibles :  Douleur  Dyspnée  Vomissement  
 Encombrement  Anxiété majeure  
 Agitation  Convulsions  Occlusion  
 si extrême, écrire en majuscules  Autres (à préciser dans cette zone →)

Produits disponibles au domicile :   
 Prescriptions anticipées :  Oui  Non  NA

DÉMARCHE PRÉVUE  Avec accord patient le   Projet d'équipe si accord patient impossible  
 Hospitalisation :  Souhaitée si aggravation  Envisageable  Refusée autant que possible  NA  
 Soins de confort exclusifs :  Oui  Non  NA Décès à domicile :  Oui  Non  NA  
 Réanimation en cas d'arrêt cardio-respiratoire :  Oui  Non  NA Massage cardiaque :  Oui  Non  NA  
 Ventilation non invasive :  Oui  Non  NA Intubation :  Oui  Non  NA  
 Usage d'amines vaso-actives :  Oui  Non  NA Trachéotomie :  Oui  Non  NA  
 Sédation en cas de détresse aiguë avec pronostic vital engagé :  Oui  Non  NA Remplissage :  Oui  Non  NA

Directives anticipées  Oui  Non  NA Rédigées le   Copie dans le DMP  
 Personne de confiance  Lien :  Tél :   
 Où trouver ces documents ?   
 Autre personne à prévenir  Lien :  Tél :

# DOULEUR / SPÉCIFICITÉS DE LA PERSONNE AGÉE

# La Douleur chez la Personne Agée



- Fréquente
- Hétérogénéité
- Sous estimée
- Sous évaluée
- Sous traitée



- Douleurs induites par les soins : fréquentes et minimisées
- Obstacles au repérage de la douleur ; banalisation, troubles de la communication, composante sensitivo-motrice de la douleur abaissée...

# Stratégies à développer

- Observer
- Ecouter
- Interroger
- Évaluer
- Transmettre
- Répondre



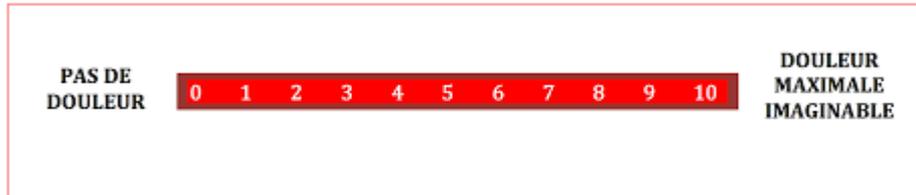
Réévaluer

# Évaluer

- **Fausse idée** reçue : «ça prend trop de temps».
  - **Réflexion d'équipe** sur le choix des outils d'évaluation.
  - L'évaluation est réalisée **systematiquement** et intégrée dans la démarche quotidienne du binôme IDE/AS.
  - Malade **communiquant et non communiquant**.
  - **Tracer et réévaluer**
- ➡ **Langage commun / attitude homogène et cohérente**

# Les outils de l'Auto évaluation

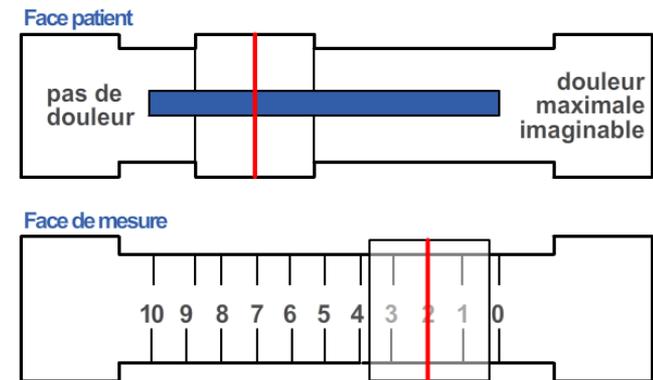
- Echelle Visuelle Analogique (EVA)
- Echelle numérique (EN)



- Echelle Verbale Simplifiée (EVS)

*Quelle est le niveau de votre douleur à l'instant précis ?*

EVA : ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE



- 0 : Pas de douleur
- 1 : Douleur faible
- 2 : Douleur modérée
- 3 : Douleur intense
- 4 : Douleur insupportable

# Douleur aiguë - Algoplus



## Evaluation de la douleur

Echelle d'évaluation comportementale de la **douleur aiguë** chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

## Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....						
Heure	.....h .....											
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
<b>1 • Visage</b> Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
<b>2 • Regard</b> Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
<b>3 • Plaintes</b> « Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.												
<b>4 • Corps</b> Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
<b>5 • Comportements</b> Agitation ou agressivité, agrippement.												
<b>Total OUI</b>	■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5	
<b>Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation</b>	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe						

# Echelle DOLOPLUS 2

## ECHELLE DOLOPLUS - 2 EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGE

NOM :		Prénom :		Service :		DATES					
Observation Comportementale											
<b>RETEN TISSEMENT SOMATIQUE</b>											
1 • Plaintes somatiques	• pas de plainte	0	0	0	0						
	• plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1						
	• plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2						
	• plaintes spontanées continues	3	3	3	3						
2 • Positions antalgiques au repos	• pas de position antalgique	0	0	0	0						
	• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1						
	• position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2						
	• position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3						
3 • Protection de zones douloureuses	• pas de protection	0	0	0	0						
	• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1						
	• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2						
	• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3						
4 • Mimique	• mimique habituelle	0	0	0	0						
	• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1						
	• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2						
	• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3						
5 • Sommeil	• sommeil habituel	0	0	0	0						
	• difficultés d'endormissement	1	1	1	1						
	• réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2						
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3						
<b>RETEN TISSEMENT PSYCHOMOTEUR</b>											
6 • Toilette et/ou habillage	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0						
	• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1						
	• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2						
	• toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3						
7 • Mouvements	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0						
	• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1						
	• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2						
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3						
<b>RETEN TISSEMENT PSYCHOSOCIAL</b>											
8 • Communication	• inchangée	0	0	0	0						
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1						
	• diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2						
	• absence ou refus de toute communication	3	3	3	3						
9 • Vie sociale	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...)	0	0	0	0						
	• participation aux différents activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1						
	• refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2						
	• refus de toute vie sociale	3	3	3	3						
10 • Troubles du comportement	• comportement habituel	0	0	0	0						
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1	1	1	1						
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2						
	• troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3						
<b>COPYRIGHT</b>						<b>SCORE</b>					

Un score **supérieur ou égal à 5/30** signe la douleur

# Echelle ECPA

## E.C.P.A.

### Avant les soins

#### Visage

Détendu	0
Soucieux	1
Grimace	2
Effrayé	3
Figé	4

#### Position spontanée

Aucune position antalgique	0
Évite une position	1
Position antalgique	2
Recherche sans sucés	3
Cloué	4

#### Mouvements

Identiques à l'habitude	0
Evite certains mouvements	1
Lenteur	2
Immobilité inhabituelle	3
Immobile ou agité	4

#### Relations

Contact habituel	0
+ difficile	1
Évite la relation	2
Absence de tout contact	3
Indifférence totale	4

### Pendant les soins

#### Anticipation aux soins

Rien	0
Impression de peur	1
Agité	2
Agressif	3
Cris	4

#### Mobilisation

Indifférent	0
Attentif et craintif	1
Guide les gestes	2
Position antalgique	3
Opposition	4

#### Toucher

Aucune réaction	0
Réaction durant, sans plus	1
Réaction au toucher	2
Réaction à l'effleurement	3
Impossible	4

#### Plaintes

Aucune	0
A l'invite	1
A la présence	2
Gémis durant les soins	3
Cris aux soins	4

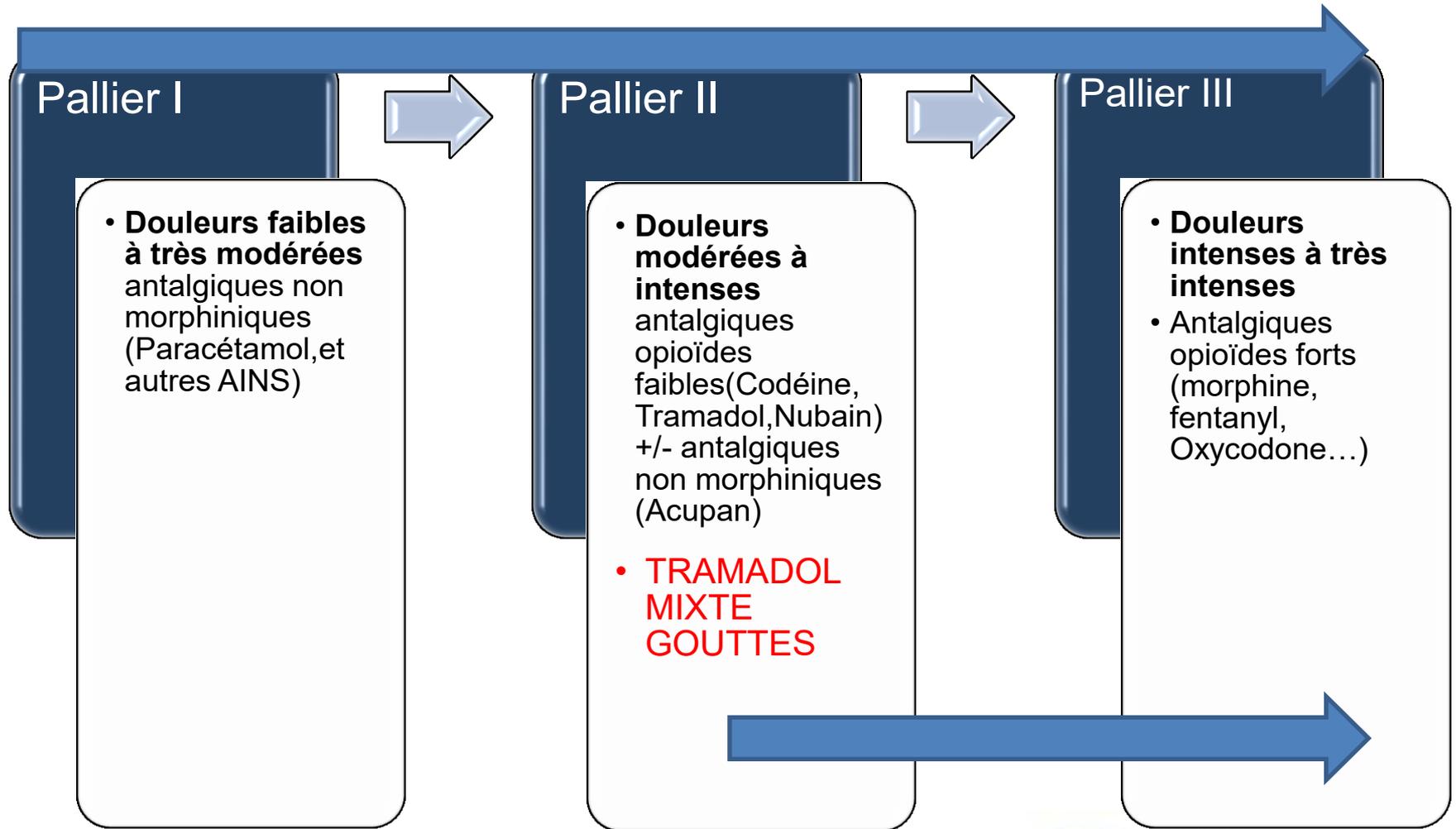
/32 ( douleur si >5 )

## Les grands principes:

- Privilégier une voie simple (ORALE, transdermique, nasale...)
- Prescription à **horaire fixe**
- Prescription **personnalisée**
- Prescription respectant l'échelle de l'OMS
- Attention: polypathologie et polymédication: altérations fonction rénales, hépatiques...effets secondaires des antalgiques, risques iatrogènes..

- Interdoses :
  - accès douloureux,
  - prévention actes douloureux (soins, toilettes...)
- Réévaluation régulière
  - résultats,
  - effets secondaires...

# Les Paliers de l'OMS



# MORPHINIQUES

- TITRATION : dose minimale efficace  
2,5mg 3 à 4 fois par jour, augmentation par palier de 30%
- OXYCODONE
- ROTATION DES OPIOIDES
- INTERDOSES (forme LI) :
  - ✓ En systématique avant les soins
  - ✓ À la demande

# FENTANYL

- ✓ Peut être conservé en cas d'IRA
- ✓ Fentanyl transmuqueux : Courte durée d'action (1h)  
Voie sublinguale (Abstral) et nasale (Pecfent, Instanyl)
- ✓ Patch : A retirer en cas de forte fièvre
- ✓ Possibilité d'un « demi » patch



1 patch à 25  $\mu\text{g}/\text{h}$  correspond à  
60 mg de morphine orale

L'effet persiste plus de 12 h après  
le retrait.

## Table pratique d'équianalgésie des opioïdes forts dans la douleur cancéreuse par excès de nociception (ratio calculé à partir du passage par la morphine orale)

1 morphine orale = 1/2 morphine SC = 1/3 morphine IV - Délais action approximatifs de morphine LI : Per os : 40 mn, SC : 20 mn, IV : 10 mn.  
 1 morphine orale = 1/2,4 fentanyl transdermique (pour un ratio de 1/100) = 1/7,5 hydromorphone orale = 1/2 oxycodone orale.  
 1 morphine IV = 1 oxycodone IV ou SC.  
 1 oxycodone orale = 1/2 oxycodone SC ou IV (en pratique, le ratio d'équianalgésie est entre 1/2 et 1 du fait de la variabilité inter-individuelle).

Version 5 - Janvier 2010  
 Fédération soins de support - soins palliatifs - CHU de Grenoble  
 coordinationsupport@chu-grenoble.fr - soinspalliatifs@chu-grenoble.fr

Morphine en mg									Oxycodone en mg						Hydromorphone en mg	Fentanyl en µg					
PO			SC			IV			PO			SC - IV			PO	Transdermique	Transmuqueux				
Dose / 24h		Dose du bolus**		Dose du bolus**		Dose du bolus**		Dose / 24h		Dose / 24h		Dose du bolus**		Dose du bolus**		Dose / 24h		Dose / 72h		Dose du bolus	
Moscantin cp LP	Actiskénan gel LI 5 - 10 - 20 - 30 mg		Dose par 24 heures	Morphine sol inj amp 1 - 10 - 20 50 - 100 - 200 400 - 500 mg		Dose par 24 heures	Morphine sol inj amp 1 - 10 - 20 50 - 100 - 200 400 - 500 mg		OxyContin cp LP 5 - 10 - 20 - 40 - 80 - 120 mg	Targinact* (oxycodone / naloxone) cp LP 5/2,5 - 10/5 - 20/10 - 40/20 mg	OxyNorm gel LI 5 - 10 - 20 mg		Dose par 24 heures	OxyNorm sol inj amp 10 - 20 50 - 200 mg		Sophidone gel LP 4 - 8 - 16 - 24 mg	Durogésic Fentanyl Radiopharm Fentanyl Sandoz Fentanyl Winthrop Metrifen patch 12 - 25 - 50 75 - 100 µg/h	Abstral cp sublingual 100 - 200 - 300 - 400 - 600 - 800 µg	Actiq appl. buccal 200 - 400 - 600 - 800 - 1200 - 1600 µg		
	Stéphan gel LP 10 - 30 - 60 100 - 200 mg	Sévéredol cp LI 10 - 20 mg		Oramorph sol buv unidose LI 10 - 30 - 100 mg/5ml	1/10		1/6	1/10			1/6	1/10		1/6	1/10					1/6	1/10
20	2	3,5	10	1	1,5	6,5	0,5	1	10	10	1	1,5	6,5	0,5	1						
30	3	5	15	1,5	2,5	10	1	1,5	15	15	1,5	2,5	10	1	1,5		12			Effentora cp gingival 100 - 200 - 400 - 600 - 800 µg	
60	6	10	30	3	5	20	2	3	30	30	3	5	20	2	3	8	25				
90	9	15	45	4,5	7,5	30	3	5	45	45	4,5	7,5	30	3	5		37				
120	12	20	60	6	10	40	4	7	60	60	6	10	40	4	7	16	50			Instanyl* pulv nasal 50 - 100 - 200 µg	
160	16	27	80	8	13	53	5	9	80	80	8	13	53	5	9						
180	18	30	90	9	15	60	6	10	90	80 + 10*	9	15	60	6	10	24	75				
200	20	33	100	10	17	67	7	11	100	80 + 20*	10	17	67	7	11					Pas de règles entre la dose du bolus et celle du traitement opioïde de fond. La dose initiale doit être le plus faible dosage avec augmentation de la posologie, si nécessaire, jusqu'à l'obtention de la dose procurant une analgésie efficace avec une seule unité par accès douloureux paroxystique (Cf. AMM).	
240	24	40	120	12	20	80	8	13	120	80 + 40*	12	20	80	8	13	32	100				
280	28	47	140	14	23	93	9	16	140	80 + 60*	14	23	93	9	16						
300	30	50	150	15	25	100	10	17	150	80 + 70*	15	25	100	10	17	40	125				
360	36	60	180	18	30	120	12	20	180	80 + 100*	18	30	120	12	20	48	150				
400	40	67	200	20	33	133	13	22	200	80 + 120*	20	33	133	13	22						
480	48	80	240	24	40	160	16	27	240	80 + 160*	24	40	160	16	27	64	200				
540	54	90	270	27	45	180	18	30	270	80 + 190*	27	45	180	18	30	72	225				
600	60	100	300	30	50	200	20	33	300	80 + 220*	30	50	200	20	33	80	250				
720	72	120	360	36	60	240	24	40	360	80 + 280*	36	60	240	24	40	96	300				
900	90	150	450	45	75	300	30	50	450	80 + 370*	45	75	300	30	50	120	375				
1000	100	167	500	50	83	333	33	56	500	80 + 420*	50	83	333	33	56		412				

\* À prescrire. \*\* Dose du supplément = 1/6 à 1/10 de la dose totale par 24 heures par la même voie. LP = Libération prolongée = durée d'action 12 h. LI = Libération immédiate = durée d'action 4 à 6h.  
 ▲ Au-delà d'une dose de 80 mg par 24h, l'augmentation de la posologie se fait en associant OxyContin LP à Targinact.

# Antalgie des douleurs neuropathiques

- Les anticonvulsivants

## Neurontin (gabapentine) :

- ✓ Plus de patients répondeurs
- ✓ Meilleur profil de tolérance
- ✓ Introduction progressive : J1 300 le soir J2 300 midi et soir J3 matin midi et soir puis 400 x 3/jr etc...

- Les antidépresseurs

- ✓ Laroxyl : ajuster au mg près, prise le soir
- ✓ Cymbalta : à prendre le matin, psychostimulant

- Topiques locaux : lidocaïne (Versatis)

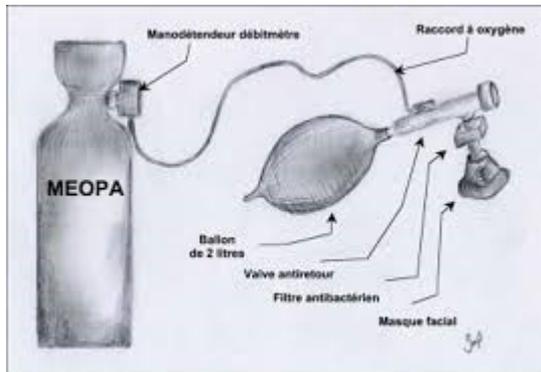
# Les Co-antalgiques

Utilisation en **association** avec les antalgiques

- Corticoïdes
- Antispasmodiques
- Myorelaxants
- Biphosphonates
- Anxiolytiques et antidépresseurs
- Traitement des troubles digestifs (nausées, constipation...)

# Autres antalgiques

Surtout pour les douleurs induites



# Approches non pharmacologiques

- Présence, écoute, réassurance
- Psychothérapie, relaxation, hypno analgésie
- Kinésithérapie, ostéopathie, appareillage et appareil de soutien
- Autres: zoothérapie, phytothérapie, huiles essentielles, Art thérapie, méditation, musicothérapie, digipuncture, approche corporelle:  
(toucher/ massage, froid/chaud)

# Prévention de la douleur

## Comportement des soignants:

- Connaitre la personne soignée : ses capacités, ses handicaps, son « niveau de douleur » habituel, son mode de vie ( Distractions )
- S'adapter au rythme de vie du patient. Savoir attendre l'efficacité d'un traitement (!)
- Connaitre et maîtriser les gestes : technicité, utilisation matériel adapté : lève malade .. ne pas banaliser l'acte.
- Anticiper et planifier en équipe : délai d'action des produits, protocoles antalgiques, prescriptions anticipées, coordinations des soins

# SPÉCIFICITÉ DE LA FIN DE VIE ET DE LA PHASE TERMINALE

# Dyspnée

- Symptôme fréquent en fin de vie
- Expérience subjective : la description du patient est le seul indicateur fiable de l'intensité
- Echelles d'évaluation ( EVA – EN)
- Traitement symptomatique de première ligne : les opioïdes
- Benzodiazépines : que si associés aux opioïdes
- Pas d'efficacité démontrée de l'oxygène

## IDENTIFICATION D'UNE CAUSE REVERSIBLE

OUI

TRAITEMENT ETIOLOGIQUE

- Antibiotiques
- Broncho-dilatateurs
- Anticoagulants
- Diurétiques
- Corticoïdes
- Transfusions
- Laser
- Ponction pleurale
- Ponction ascite
- ....

NON

TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE

- O<sup>2</sup>
- Morphine
- diurétiques
- scopolamine
- anxiolytiques
- midazolam
- Mesures non médicamenteuses
  - Installation
  - Kinésithérapie
  - Relaxation
  - Massage ...

## Tableau IV

### Exemple d'ordonnance en cas de détresse respiratoire

Si le patient reçoit l'équivalent de :

Administrer une dose immédiatement,  
puis après 20 minutes au besoin

#### Sédatif

##### Lorazépam

< 2 mg/j

2 mg/j – 4 mg/j

> 4 mg/j par voie sous-cutanée

ou

##### Midazolam

benzodiazépine une fois par jour ou < 70 kg

benzodiazépine plusieurs fois par jour ou > 70 kg

benzodiazépine à forte dose ou si tolérance aux benzodiazépines

Lorazépam, 1 mg par voie sous-cutanée (0,25 ml)

Lorazépam, 2 mg par voie sous-cutanée (0,5 ml)

Lorazépam, 4 mg par voie sous-cutanée (1 ml)

Midazolam, 5 mg par voie sous-cutanée

Midazolam, 10 mg par voie sous-cutanée

Midazolam, 10 mg – 20 mg par voie sous-cutanée

#### Opioides

##### Morphine

0 mg – 3 mg par voie sous-cutanée, toutes les 4 heures

≥ 4 mg par voie sous-cutanée, toutes les 4 heures

Morphine, 5 mg par voie sous-cutanée

Morphine, 1,5 × dose par voie sous-cutanée, toutes les 4 heures

##### Hydromorphone

0 mg – 1 mg par voie sous-cutanée, toutes les 4 heures

≥ 1 mg par voie sous-cutanée, toutes les 4 heures

Hydromorphone, 1 mg par voie sous-cutanée

Hydromorphone, 1,5 × dose par voie sous-cutanée, toutes les 4 heures

#### Sécrétions

Scopolamine ou glycopyrrolate, au besoin

Scopolamine ou glycopyrrolate régulier

Scopolamine, 0,4 mg par voie sous-cutanée

Scopolamine, 0,8 mg par voie sous-cutanée

*Un ou plusieurs de ces agents peuvent être employés selon la situation clinique (par exemple, en l'absence de râles terminaux, on pourrait omettre l'anticholinergique)*

Source : Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec. *Guide pratique des soins palliatifs : gestion de la douleur et autres symptômes*. 4<sup>e</sup> éd. Montréal : L'Association ; 2008. p. 223-39. Reproduction autorisée.

# Hydratation /alimentation en fin de vie

- Situation d'impossibilité complète ou partielle d'alimenter ou d'hydrater en quantité normale des malades arrivant à la phase terminale
- Réflexion éthique : justification ou non d'une hydratation/ alimentation artificielle ?
- Décisions au cas par cas en pesant la balance bénéfices / risques
- La mort est liée à la maladie arrivée en phase terminale : peu d'influence de l'alimentation et de l'hydratation sur la durée de vie
- Privilégier la qualité de vie et le confort

# « IL VA MOURIR DE SOIF »

- La perception de la soif diminue avec l'âge
- Grande majorité des cas : plus de sensation de soif en fin de vie
- Si sensation de soif : directement liée à la bouche sèche -> soulagée par la prise orale de petites quantités de boissons, de glaçons et par les soins de bouche
- La déshydratation entraîne la sécrétion d'opioïdes cérébraux ayant une action antalgique ( + diminution du volume urinaire, des vomissements, de l'encombrement bronchique, de l'ascite, des œdèmes péri-tumoraux)

# « IL VA MOURIR DE FAIM »

- La phase terminale s'accompagne d'une anorexie
- L'alimentation entérale expose à des complications dont la principale = pneumopathie d'inhalation
- Pas d'impact positif démontré de la nutrition entérale chez des sujets âgés déments ( tant au niveau de la qualité de vie que de la morbi-mortalité)
- Le jeûne induit une production de corps cétoniques ayant un effet anorexique central

# Soins de bouche

La Bouche est le **carrefour de la vie**

- Minimum **6 fois par jour** pour être efficace
- Privilégier les **produits naturels** et **les goûts appréciés** du résident (créativité)
- Les soins de bouche font partie de la **responsabilité de l'ide**



# Phase agonique

- **Utiliser les voies d'abord appropriées**
  - arrêter la voie orale
  - **Voie sous-cutanée au moyen des cathéters BD-INTIMA**
- **Les constantes « vitales » ?** Pas d'incidence sur les traitements et les soins
- **Hydrater, alimenter ?**
  - Connaitre et expliquer les risques
  - Réduire les volumes perfusés +++
  - Importance des soins de bouche, des yeux, de la peau
- **Soins d'hygiène ?**
  - A adapter en fonction de l'état clinique
- **Surveiller et traiter**
  - Douleurs
  - Nausées et vomissements
  - Dyspnée, râles agoniques
  - Agitation, angoisse
  - Convulsions, mouvements anormaux pénibles

# Phase agonique : Encombrement

- Ne pas fluidifier (aérosols, humidificateurs)
- Diurétiques
- Anticholinergiques
- STOP hydratation, alimentation parentérale
- Aspirations que si encombrement majeur et pas de possibilité de faire autrement

# Perfusion sous-cutanée (CSCI)

PROFENID	SCOPOLAMINE	NALOXONE
VOLTARENE	SCOBUREN	PERFALGAN ?
LARGACTIL	ATROPINE	BRICANYL
HALDOL	HYPNOVEL	POLARAMINE
DROLEPTAN	SEROPRAM	FUROSEMIDE
NOZINAN	GARDENAL	CLAFORAN
PRIMPERAN	RIVOTRIL	ROCEPHINE
ZOPHREN	CLASTOBAN	PENICILLINE
RANIPLEX	ARELIA	AMIKLIN
MOPRAL	MORPHINE	SOLUMEDROL
PROSTIGMINE	FENTANYL	SOLUDECADRON

# POUR CONCLURE

- Raisonner en terme de confort et de qualité de vie pour le patient
- Respecter le rythme du malade
- Réaliser les soins avec le consentement du patient
- Évaluer la douleur
- Effectuer des transmissions orales et écrites détaillés pour une meilleur continuité des soins

**L'interdisciplinarité permet une prise en charge globale, adaptée et personnalisée**