

# SOINS PALLIATIFS

---

Aide-mémoire destiné aux soignants



Hôpitaux  
Universitaires  
Genève

# Sommaire

---

Echelle d'évaluation des symptômes.....	4
Démarche de prise de décision .....	5
Douleur .....	6
Dyspnée .....	10
Râle du mourant .....	12
Asthénie .....	13
Cachexie .....	14
Nausées et vomissements .....	16
Constipation .....	18
Iléus .....	20
Diarrhées .....	21
Soins de bouche .....	23
Delirium .....	25
Anxiété .....	27
Hydratation artificielle.....	31
La plaie oncologique, soins de plaies .....	32
Urgences en soins palliatifs, hypercalcémie tumorale.....	34
Compression médullaire.....	35
Hémorragie aiguë .....	36
Crise d'épilepsie .....	36
Accompagnement du patient et de ses proches .....	37
Annonce de mauvaise nouvelle .....	38
Directives anticipées et représentant thérapeutique.....	40
Spécificité du domicile .....	42
Sédation palliative.....	45
Sédation en cas de situation aiguë avec risque vital immédiat.....	48
Assistance au suicide.....	49
Euthanasie.....	51
Retrait / abstention thérapeutique .....	51
Critères d'admission en unité de soins palliatifs aigus spécialisés.....	53
Check-list.....	55

# Avant-propos

---

2016 fut une année d'importance nationale, car elle a consacré la médecine palliative à la hauteur d'une formation approfondie interdisciplinaire FMH. En pratique, après l'obtention d'une des 46 disciplines principales reconnues en Suisse, deux années de travail en milieu de soins palliatifs spécialisés permettront d'être reconnu en tant spécialiste de médecine palliative. On doit à l'OFSP et à l'ISFM la concrétisation de ce projet qui rend ainsi un bel hommage, parfois posthume, aux pionnières et aux pionniers.

2016 fut une année de signification internationale, car elle a vu l'adaptation en langue russe de la version précédente de ce mémo de soins palliatifs, destiné à l'accompagnement des soins palliatifs au Kirghistan en collaboration avec le DFAE et le service de médecine humanitaire des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).

2016 fut une année de développement académique pour la médecine palliative qui se voit pourvue de positions professorales au sein de nos universités, à Berne, à Genève et à Zurich, gages de reconnaissance et de belles perspectives pour la recherche et pour la qualité de l'enseignement.

2017 est l'année choisie pour renouveler et enrichir le mémo de soins palliatifs, désormais élaboré en binôme comme il sied de le faire en médecine et soins palliatifs. Professionnels infirmiers et médecins de nos institutions viennent nourrir nos savoirs afin de répondre encore mieux aux besoins des patients qui nous confient la responsabilité de leur assurer une qualité de vie optimale jusqu'à son terme.

Nous vous en souhaitons une lecture agréable, sérieuse et constructive.

## **Pre Sophie Pautex**

Professeure associée  
FMH médecine interne, spéc. gériatrie,  
spéc. médecine palliative  
Médecin responsable de l'unité de gériatrie  
et de soins palliatifs communautaires, DMCPRU

## **Dr Gilbert B. Zulian**

Chargé de cours  
FMH médecine interne, spéc. gériatrie  
FMH oncologie, spéc. médecine palliative  
Médecin chef du service de médecine  
palliative, DRMP

Bremaud Catherine (imad), Boegli Monique, Bollondi Pauly Catherine, Chochoy Stéphanie (imad), Dre Dieudonné Nathalie, Ducloux Dominique, Dre Escher Monica, Dre Gridel Geneviève, Guisado Huguette, Lalu Catherine, Neves Daniela, Perrier-Gros-Claude Olivier (imad), Probst Sébastien (HES), Da Rocha Gora (HES), Dre Vayne-Bossert Petra, Dre Weber Catherine

# Echelle d'évaluation des symptômes

---

## Edmonton Symptom Assessment System - ESAS

Date / heure: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Tracer sur les lignes ci-dessous une barre verticale (ou une croix) correspondant le mieux à ce que vous ressentez actuellement.

Pas de douleur		Douleur maximale
Pas de fatigue		Fatigue maximale
Pas de nausée		Nausées maximales
Pas de déprime		Déprime maximale
Pas d'anxiété		Anxiété maximale
Pas de somnolence		Somnolence maximale
Pas de manque d'appétit		Manque d'appétit maximal
Pas de peine à respirer		Peine à respirer maximale
Se sentir bien		Se sentir mal

Autre symptôme (sudation, bouche sèche, vertige, sommeil, etc.):

\_\_\_\_\_



### ATTENTION

Pour tout symptôme mis en évidence, rechercher son étiologie dans les limites du raisonnable et introduire immédiatement en parallèle les mesures symptomatiques adéquates.

# Démarche de prise de décision

---

Le processus de décision gagne en efficacité dès lors que l'équipe anticipe la situation de crise potentielle et se prépare à cette phase sereinement en optant sur différents scénarios d'intervention.

Afin d'individualiser la décision, il est nécessaire de respecter les étapes suivantes :

1. Déterminer les problèmes, les répercussions et l'inconfort de ce symptôme sur la qualité de vie du patient (utiliser des outils d'évaluation).
2. Déterminer quels sont les risques et les inconvénients liés au traitement de ce symptôme par rapport aux bénéfices potentiels pour la qualité de vie du patient.
3. Peser les avantages et les bénéfices du traitement de ce symptôme pour le patient.
4. Elaborer un consensus avec le patient, ses proches et l'équipe soignante pour déterminer quelle est l'attitude optimale à adopter dans cette situation.

Toute décision doit être prise pour un temps déterminé et réévaluée lors de toutes modifications de l'état du patient.

Vérifier si le patient a sa capacité de discernement, s'il a écrit ou fait part de ses directives anticipées et/ou s'il a désigné un représentant thérapeutique.



## INFO

Les prévalences des symptômes et certaines prises en charge sont centrées sur les patients atteints d'une maladie oncologique avancée ; néanmoins, de nombreux points sont aussi adaptés aux prises en charge de patients atteints d'une maladie évolutive non oncologique.

# Douleur

---

## Prévalence

60-80%

## Définition

« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire potentielle ou réelle, ou décrite dans ces termes ».

Dans les situations palliatives, des douleurs aiguës se surajoutent aux douleurs chroniques, devenant plus intenses et fréquentes en fin de vie (prévalence 60 à 80%). Les douleurs sont souvent mixtes. Il existe plusieurs types de douleurs :

- ▶ Nociceptive : proportionnelle au dommage tissulaire, associée à une lésion somatique identifiable et liée à une activité continue des nocicepteurs (ex. douleurs ostéo-articulaires, pathologies artérielles).
- ▶ Neuropathique : causée par une atteinte des structures nerveuses périphériques ou centrales.

## Etapas à respecter dans la prise en soin de la douleur

Les objectifs et les traitements sont personnalisés et réfléchis en interdisciplinarité.

### Prendre en compte la personne dans sa globalité

- ▶ Besoins, attentes, souhaits, pronostic.
- ▶ Expériences, culture, croyances, représentations liées à la maladie, à la douleur.
- ▶ Comorbidités, fragilité, troubles cognitifs, psychiques, traitements et symptômes ESAS.
- ▶ Représentations liées à la morphine *La morphine - des réponses à vos questions*.
- ▶ Autonomie, niveau d'indépendance, lieu de soins, contexte social.
- ▶ La dépister systématiquement et considérer toute forme d'expression douloureuse.

## Anamnèse

- ▶ Le type: nociceptive, neuropathique, mixte, aiguë/chronique.
- ▶ Facteurs déclenchant/soulageant, timing.
- ▶ Différencier douleur « de fond » et épisodes de pics douloureux (nb de pics/24h).
- ▶ Identifier les étiologies possibles.
- ▶ Caractériser, évaluer la douleur et documenter le dossier.

## Outils d'évaluation de la douleur

Auto-évaluation (à prioriser tant que possible):

- ▶ Intensité *Echelle Visuelle Analogique, Echelle Numérique, Echelle Verbale Simplifiée, Echelle des visages.*
- ▶ Dimensions *Questionnaire Douleur Saint Antoine, DN4.*
- ▶ Localisation, irradiation schéma corporel.
- ▶ Retentissement sur comportement, activités, relations sociales, affects: *Brief Pain Inventory.*

Hétéro-évaluation (si communication compromise, troubles cognitifs ou de la vigilance), basée sur l'observation en équipe du comportement): *Doloplus 2, San Salvador* (dans les situations de handicap), COPT (aux soins intensifs).

## Prise en charge

Les mesures proposées doivent être proportionnées à l'intensité de la douleur et adaptées à la typologie. Dans la mesure du possible, traiter ou améliorer l'étiologie.

## Paracétamol

- ▶ Effet antalgique central  
Toxicité hépatique si > 4 g/24h.
- ▶ Cave fonction hépatique si patient avec insuffisance hépatique, dose max de 2 g/j.

## **AINS**

- ▶ Indications: douleurs osseuses, inflammatoires.
- ▶ Traitement de courte durée.
- ▶ Préférer AINS de courte demi-vie comme Ibuprofène 400 mg aux 8 heures.
- ▶ Cave effets secondaires: gastriques, hémorragies, insuffisance rénale, HTA, insuffisance cardiaque.

## **Opiacés**

Il est recommandé de commencer par un palier III en cas de douleurs liées au cancer, par exemple la morphine.

- ▶ Alternatives si intolérance/neurotoxicité: oxycodone, hydromorphone, fentanyl et buprénorphine en 1<sup>ère</sup> intention en cas d'insuffisance rénale.
- ▶ Start low go slow (titration): pour éviter confusion, surdosage chez patients « naïfs ». Débuter par formes à libération rapide.
- ▶ By the clock (en respectant l'horaire): Morphine PO 2.5 à 5 mg chez personnes âgées, 10 mg avant 65 ans, aux 4h. Prescrire en plus au moins 3 réserves/24h (dose unitaire de réserve = 10-15% de la dose quotidienne).
- ▶ By the ladder (par palier): augmenter par paliers de 30% si plus de 3 réserves nécessaires/24h, si effet de fin de dose et réévaluer régulièrement les besoins.
- ▶ By the mouth (per os): choisir la voie d'administration la plus simple (PO si possible) et la plus adaptée (sc ou iv si iléus, altération de la vigilance dans les derniers jours de vie, les patchs transdermiques pour besoins stables et plus d'autonomie).
- ▶ Rotation d'opiacés à envisager en cas de signe de neurotoxicité: myoclonies, confusion...

Effets secondaires des opiacés:

- ▶ Prévoir anti-émétiques en réserve (ex.métoclopramide) durant les 3 premiers jours.
- ▶ Veiller à l'hydratation pour limiter somnolence, confusion, bouche sèche.
- ▶ Prévenir la constipation avec laxatifs irritants et osmotiques (pas de mucilages).



### Les mesures thérapeutiques dans les situations particulières

- ▶ Douleurs neuropathiques (ex : diabète, OH, post-zona, cicatrices/lésions mutilantes, chimiothérapie, AVC, paralysie en cas de métastases cérébrales, atteintes neurologiques liées au cancer). Soulagement souvent partiel après 6 à 12 semaines.
- ▶ Gabapentine : 100 mg/8h et titrer tous les 3 jours suivant clearance à la créatinine.
- ▶ Prégabaline : débiter avec 50 mg le soir et titrer jusqu'à une dose cible minimale de 150 mg/j (adapter à la fonction rénale).
- ▶ Antidépresseur : préférer la venlafaxine ( $\geq 150$  mg/j) ou la duloxétine car moins d'effets secondaires que les tricycliques. Chez un patient jeune sans contre-indication (cardiaque, oculaire, hypotension...), un traitement tricyclique peut aussi être discuté.
- ▶ Clonazepam : commencer à 0,5 mg/j en particulier au coucher (absence d'études d'efficacité), longue  $\frac{1}{2}$  vie.
- ▶ Ergo-physiothérapie pour lutter contre hypertonie, dystonie, attitudes vicieuses.
- ▶ Soutien psychologique si douleurs chroniques invalidantes.
- ▶ Anticiper en veillant aux délais d'action des traitements *Le bon analgique au bon moment*.
- ▶ Si douleurs difficilement contrôlables : rediscuter objectifs, protocole, fréquence des soins, gérer anticipation anxieuse, solliciter spécialistes en plaies et cicatrisation, équipes mobiles.

### Ressources

Ne pas hésiter à contacter l'équipe mobile douleur/soins palliatifs, infirmières spécialistes cliniques en cas de douleurs difficiles à soulager.

Autres ressources :

CAPP-Info n°52 et 53

➤ [www.pharmacie.hug-ge.ch/infomedic/cappinfo.html](http://www.pharmacie.hug-ge.ch/infomedic/cappinfo.html)

Rotation d'opiacés : Rev Med Suisse 2011; 7: 1400-6

# Dyspnée

---

## Prévalence

30 à 75%

## Définition

Expérience subjective d'inconfort respiratoire ressentie par le patient souvent associée à une anxiété importante et exerçant un impact majeur sur le bien-être.

La dyspnée, n'est pas forcément corrélée aux signes objectifs cliniques (tachypnée, utilisation des muscles accessoires) et aux examens de laboratoires (désaturation en O<sub>2</sub>, anémie).

## Etiologie

- ▶ Directement liée à une tumeur : épanchement pleural, obstruction bronchique avec atélectasie, lymphangite carcinomateuse, épanchement péricardique, augmentation du volume abdominal, parésie du nerf phrénique ou du nerf récurrent.
- ▶ Indirectement liée à une tumeur : embolie pulmonaire, pneumonie, cachexie et asthénie, anémie, anxiété.
- ▶ Secondaire aux traitements : post-actinique, post-chirurgie, post-chimiothérapie.
- ▶ Etiologies associées : BPCO, maladies restrictives, maladies neurologiques, insuffisance cardiaque.

## Prise en charge

### Mesures générales

- ▶ Proposer au patient d'adapter ses activités quotidiennes.
- ▶ Installer le patient adéquatement (position semi-assise).
- ▶ Assurer le confort vestimentaire.
- ▶ Aérer la pièce, ventilateur.
- ▶ Rafraîchir le visage et le corps et proposer des soins de bouche fréquents.
- ▶ Répartir les soins sur la journée de façon équilibrée (fractionner les repas, épargner l'énergie du patient pendant les soins).
- ▶ Physiothérapie respiratoire, techniques de relaxation.
- ▶ Veiller à sa propre attitude lors des soins (voix calme et posée, éviter les imprévus).

## + > INFO

Les antibiotiques peuvent être utilisés à but symptomatique, en cas d'encombrement bronchique important dans le cadre d'une infection pulmonaire après évaluation du contexte.

### Mesures étiologiques

Éliminer si possible l'étiologie principale et les facteurs déclenchants ou aggravants et les traiter dans la mesure du possible.

- ▶ Obstruction des voies respiratoires : considérer la possibilité de maintenir ouvertes les voies respiratoires par laser, stent, radiothérapie ou chimiothérapie.
- ▶ Lymphangite carcinomateuse – fibrose post-actinique : souvent résistante au traitement. Un test thérapeutique aux corticostéroïdes devrait être effectué (dexaméthasone 16 à 24 mg/j pendant 3 jours, puis réduction progressive de la dose pour parvenir à la dose minimale efficace) ou arrêt si inefficace.

### Mesures médicamenteuses symptomatiques

- ▶ Oxygénothérapie : ne pas se baser sur la saturation, mais sur l'efficacité clinique (traitement d'épreuve). Toujours préférer les lunettes au masque.
- ▶ Opiacés : La morphine constitue le 1<sup>er</sup> choix. Les autres opiacés n'ont pas été évalués dans la littérature mais peuvent être utilisés en fonction de la situation (insuffisance rénale).

Les opiacés diminuent efficacement la perception de la dyspnée.

- ▶ Patient déjà sous opiacés à visée antalgique : augmentation de la posologie de 20 à 30%.
- ▶ Patient pas encore sous opiacés : comme pour le traitement de la douleur.  
Voie orale : 5 mg morphine/4h (2,5 mg à 3 mg chez le patient très âgé). Voie SC : 50% des doses orales.
- ▶ Anxiolytiques si composante anxieuse marquée : lorazépam 0.5-1 mg sublingual/8h, à titrer (N.B. : la forme sc peut être envisagée en cas d'aphagie).  
Cave : les benzodiazépines n'ont pas d'effet direct sur la dyspnée.
- ▶ Diurétiques si composante d'insuffisance cardiaque, par exemple torasémide po (N.B. : le furosémide peut aussi s'administrer par voie sc).
- ▶ Bronchodilatateurs si BPCO.
- ▶ En cas de dyspnée réfractaire : discuter la sédation.

# Rôle du mourant

---

## Prévalence

40-90% des patients dans leurs derniers jours et heures de vie.

## Définition

Respiration bruyante produite par la turbulence de l'air passant à travers des sécrétions accumulées dans l'oropharynx et l'arbre bronchique chez un patient proche de la mort et incapable d'éliminer ses sécrétions par la toux ou la déglutition.

Facteurs de risque: tumeur pulmonaire et/ou cérébrale.

Souvent très anxiogène pour les proches et le personnel de soins.

## Prise en charge

### Mesures générales

- ▶ Explication / réassurance des familles et des proches.
- ▶ Positionnement en décubitus latéral ou position assise pour faciliter le drainage.
- ▶ Aspiration généralement pas conseillée.
- ▶ Limitation de l'hydratation aux besoins métaboliques indispensables.
- ▶ Soins de bouche (cave sécheresse buccale aggravée par les anti-cholinergiques).

### Mesures médicamenteuses symptomatiques

- ▶ Considérer une dose test de diurétiques pour exclure une composante de décompensation cardiaque tel furosémide (Lasix®) sc ou iv.
- ▶ Anti-cholinergiques: peu d'efficacité prouvée dans la littérature.
- ▶ Glycopyrolate (Robinul®) 0.2 mg sc, si pas d'effet après 1h, prescrire 0,4 mg aux 6h ou 1.2 à 2 mg en sc continu/24h.
- ▶ Scopolamine (scopoderm®) patch à renouveler toutes les 72h. Cave delirium.
- ▶ Lévomépromazine (Nozinar®): 6.25 mg sc, max 2-3x/j.

# Asthénie

---

## Prévalence

80%. Trop souvent acceptée comme une fatalité. L'asthénie peut se manifester par un épuisement physique avec des difficultés pour accomplir les activités de la vie quotidienne, par une fatigabilité accrue, par un manque d'entrain ou par une absence d'envie.

## Etiologie

- ▶ Substances produites ou stimulées par la tumeur.
- ▶ Infections, en particulier si récidivantes.
- ▶ Anémie.
- ▶ Diabète, maladie d'Addison, hyponatrémie, hypercalcémie, déshydratation.
- ▶ Insuffisance rénale ou hépatique.
- ▶ Effets secondaires médicamenteux : cytostatiques, opiacés, benzodiazépines.
- ▶ Radiothérapie.
- ▶ Douleur.
- ▶ Etat dépressif.

## Prise en charge

### Mesures étiologiques

Selon démarche de prise de décision.

### Mesures générales

- ▶ Adapter les tâches quotidiennes à l'énergie résiduelle.
- ▶ Encourager le patient à accepter l'aide offerte par des tiers.
- ▶ Réorganiser la vie quotidienne pour effectuer les tâches importantes au moment où la forme est la meilleure.
- ▶ Prolonger les moments de repos.
- ▶ Un entraînement physique modéré peut être instauré.
- ▶ Prise en compte de la dimension psychologique et sociale.

### Mesures médicamenteuses symptomatiques

- ▶ Corticostéroïdes : par ex. prednisone 20 mg po ou dexaméthasone 1 mg po le matin pendant 2 semaines au maximum (perte d'efficacité) ; Cave : myopathie, candidose, hyperglycémies.
- ▶ Amphétamines : efficacité confirmée seulement chez des patients dont le traitement par opiacés est à l'origine de l'asthénie, par ex : méthylphénidate 5-15 mg po (10 mg le matin, 5 mg à midi). Cave : agitation, delirium, troubles du sommeil.

# Cachexie

---

## Prévalence

50-80%

## Etiologie

- ▶ Cachexie primaire : production de cytokines (TNFa).
- ▶ Cachexie secondaire.
- ▶ Réduction de la prise alimentaire, inactivité.
- ▶ Sécheresse buccale, altération du goût, candidose orale, prothèse dentaire mal adaptée et autres problèmes dentaires.
- ▶ Gastroparésie, dysautonomie neuro-végétative, constipation, occlusion intestinale.
- ▶ Perturbation de l'absorption digestive, par exemple : insuffisance pancréatique, diarrhées chroniques.
- ▶ Douleur, état dépressif, delirium, problème social ou financier.

## Prise en charge

### Mesures étiologiques

Selon démarche de prise de décision.

### Mesures générales

- ▶ Informer le patient et sa famille du faible impact potentiel que l'alimentation peut avoir sur le décours de la maladie.
- ▶ Favoriser une présentation appétissante, des repas fractionnés avec peu d'odeur et recourir aux conseils d'une diététicienne.
- ▶ Si troubles de la déglutition, adapter la texture, discuter une consultation de logopédie.



## INFO

La cachexie est une perte pondérale de plus de 5% par rapport au poids  $\leq$  12 mois - nausées, vomissements.  
Ou BMI  $<$  20 kg/m<sup>2</sup> + 3 critères sur 5 (force musculaire, fatigue, anorexie, masse maigre (index), anomalies biochimiques (CRP, Hb  $<$  12 g/dl, albumine  $<$  32 g/l).

- ▶ Procéder à des soins d'hygiène de la cavité buccale.
- ▶ Lorsque le patient n'est pas ou plus en mesure d'avaler, l'utilisation de glaçons d'ananas peut maintenir le plaisir du goût.
- ▶ Mesures médicamenteuses symptomatiques.
- ▶ Corticostéroïdes : prednisonne 20 mg po ou dexaméthasone 4 mg po le matin pendant 2 semaines au maximum (perte d'efficacité).  
Cave : myopathie, candidose, hyperglycémies, hypertension artérielle.
- ▶ Progestatifs : acétate de mégestrol 160 mg po 1-3x/j (max. 800 mg/j), indiqués chez les patients dont la survie est > 3 mois.  
Cave : risque thrombo-embolique accru.

### **Rôle de l'alimentation entérale ou parentérale**

En principe non indiquée chez les patients atteints de néoplasies avancées. Elle n'a pas d'effet sur la survie, n'améliore pas la réponse tumorale aux traitements anticancéreux et ne réduit pas leur toxicité. Elle comporte des effets secondaires non négligeables. Elle peut néanmoins être prise en compte chez un patient présentant une tumeur à croissance lente et dont l'espérance de vie est de plusieurs mois (par ex. tumeur ORL avec dysphagie). La nutrition entérale doit être privilégiée chaque fois que le système digestif est fonctionnel.

L'altération de l'image corporelle et la crainte de mourir faute d'une prise alimentaire suffisante sont souvent présentes.

# Nausées et vomissements

---

## Prévalence

50%

## Etiologie

Causes locales	Candidose oro-pharyngée	Afférences vagues sympathiques => centre du vomissement
Causes viscérales	Gastrique (hypomotilité, ulcère), constipation, occlusion intestinale, pathologie biliaire	Afférences vagues sympathiques => centre du vomissement
Causes toxiques	Chimiothérapie, radiothérapie, infection	Zone gâchette => centre du vomissement
Causes chimiques	Urémie, hypercalcémie	Zone gâchette => centre du vomissement
Médicaments	Opiacés, fer, digoxine, AINS, antibiotiques, antidépresseurs	Zone gâchette => centre du vomissement
Mal des transports, pathologie vestibulaire		Appareil vestibulaire => centre du vomissement
HTIC, tumeurs cérébrales		Centre du vomissement
Anxiété, douleur mal contrôlée		Cortex => centre du vomissement



## INFO

Les nausées peuvent être constantes dans la journée alors que les vomissements sont intermittents. Il est donc important de bien les différencier.



## Prise en charge

### Mesures étiologiques

Selon démarche de prise de décision.

### Mesures générales

Assurer l'hygiène buccale, éviter les odeurs fortes, fractionner les repas, bien positionner le patient, aérer la chambre.

Favoriser une alimentation « plaisir ».

### Mesures médicamenteuses symptomatiques

- ▶ Métoclopramide : antagoniste dopaminergique au niveau de la zone gâchette, prokinétique. ES : syndrome extrapyramidal (cave en particulier chez la personne âgée et chez la femme jeune). Penser au QT long suivant les situations. P : 10-20 mg po/sc/iv/supp 3-4x/j avant repas, aux 4h. Si toujours inefficace : 60-120 mg/24h sc/iv continu.
- ▶ Dompéridone : action prokinétique, pas d'action centrale. 10-20 mg p.o 3-4x/j avant les repas.
- ▶ Halopéridol : antagoniste dopaminergique au niveau de la zone gâchette. ES : syndrome extrapyramidal. P : 0.5-2 mg 2 à 3x/j + 2 x 0.5 mg en réserve po ou sc.
- ▶ Ondansétron : antagonistes des récepteurs 5-HT<sub>3</sub> au niveau zone de la gâchette et des afférences vagues. ES : céphalées, constipation. P : 4-32 mg/j po/iv/sc.
- ▶ Dexaméthasone : si pas d'effet des antiémétiques ci-dessus. ES : myopathie, candidose, hyperglycémies. P : 4-12 mg/j po/iv/sc.

Lors d'occlusion intestinale complète, les prokinétiques sont formellement contre-indiqués. Alternative : halopéridol, ondansétron, octréotide.

# Constipation

---

## Prévalence

Très fréquente et sous-estimée.

## Définition

Fréquence d'émission des selles < 3x/semaine, associée à des difficultés d'exonération, de l'inconfort et/ou des selles dures.

## Etiologie

- ▶ Favorisée par l'inactivité, la diminution des apports en aliments et liquides, une alimentation pauvre en fibres, l'immobilité, les toilettes difficilement accessibles, le manque d'intimité.
- ▶ Lésions anatomiques : tumeurs coliques, lésions ano-rectales douloureuses, carcinose péritonéale.
- ▶ Médicaments : opioïdes mais aussi anticholinergiques.
- ▶ Troubles métaboliques : hypercalcémie, hypothyroïdie.
- ▶ Atteintes neurologiques : compression médullaire.



## INFO

Rechercher des signes associés (douleur abdominale, nausées, vomissements), pouvant évoquer un iléus, pratiquer un toucher rectal à la recherche d'un fécalome et ne pas hésiter à réaliser une RX de l'abdomen pour rechercher des niveaux hydro-aériques ou une stase stercorale colique.

## Prise en charge

### Mesures étiologiques

Selon démarche de prise de décision.

### Mesures générales

Axées principalement sur la prévention : « toute main qui prescrit un opiacé, prescrit un laxatif » ; évaluation quotidienne et adaptation rapide des traitements. Stimuler l'hydratation et la mobilité des patients.

Associer des mesures complémentaires comme massages abdominaux et/ou réflexologie.

### Mesures médicamenteuses symptomatiques

- ▶ Associer un laxatif de contact: picosulfate de Na (Laxoberon®) et un laxatif osmotique lactitol (Importal®) ou macrogol (Movicol®).
- ▶ Eviter les mucilages et l'utilisation prolongée de paraffine.

Suivant le nombre de jours sans selles :

- ▶ 2-3 jours : suppositoire lubrifiant (Bulboïd®), suppositoire laxatif irritant (bisacodyl), pratiquer si nécessaire un petit lavement (p.ex Clyssie®).
- ▶ 4 jours : discuter grand lavement (Practomil®) cf. Capp-info n°37.

### Mesure médicamenteuse exceptionnelle

L'administration de méthylnaltrexone peut être envisagée en cas de constipation opiniâtre due principalement à un opioïde et résistant aux mesures symptomatiques mais elle doit être discutée dans chaque cas avec le médecin spécialiste.

Une radiographie de l'abdomen permet de mettre en évidence des niveaux hydro-aériques ou une stase stercorale colique.

## Prévalence

3%. Les symptômes sont variables selon le niveau de l'obstruction. Si l'obstruction est gastro-duodénale : nausées, vomissements, peu ou pas de coliques ou douleurs abdominales, bruits abdominaux pouvant être normaux. Si l'obstruction est colique basse : crampes abdominales, bruits abdominaux absents ou métalloïdes et des nausées et vomissements peuvent apparaître tardivement.

## Etiologie

- ▶ Mécanique : intrinsèque, extrinsèque, adhérences, carcinose péritonéale.
- ▶ Fonctionnelle : constipation, médicaments, infiltration du plexus coeliaque ou du plexus mésentérique.

## Prise en charge

- ▶ Avis chirurgical (anticiper la décision si possible).
- ▶ Contre-indications absolues ou relatives à une prise en charge chirurgicale : infiltration gastrique proximale, carcinose péritonéale étendue, nodules intra-abdominaux multiples, ascite récidivante, mauvais état général du patient.

## Traitement médicamenteux symptomatique

- ▶ Passer tous les médicaments sc ou iv.
- ▶ Stopper les anti-émétiques prokinétiques (ex : métoclopramide, dompéridone).
- ▶ Stopper les laxatifs.
- ▶ Antalgie : anticholinergique spasmolytique : bromure de butylscopolamine 60-120 mg/24h sc/iv (aussi anti-sécrétoire) et/ou morphine sc (idem traitement douleur).
- ▶ Anti-sécrétoire : ocréotide 0.1-0.3 mg/8h sc.
- ▶ Anti-émétiques : halopéridol 0.5-2 mg/8-12h + 2 x 0.5 mg en réserve sc. Ondansétron 4-32 mg/j sc ou iv.
- ▶ Dexaméthasone : 4-16 mg sc 1 à 3 doses/j ou iv 1x/j en cas d'obstruction localisée pendant 3 jours, puis selon efficacité.
- ▶ Hydratation 1000-1500 ml/24h sc ou iv.
- ▶ Sonde naso-gastrique : traitement préopératoire ou en cas d'échec des traitements médicamenteux. Mesure de confort pour permettre une vidange gastrique si acceptée par le patient.
- ▶ Envisager une gastrostomie de décharge en cas d'obstruction de durée prolongée si pas de chirurgie.

# Diarrhées

---

## Prévalence

5-10%

## Définition

> 3-4 selles molles/j.

## Etiologie

- ▶ Exclure la présence de fausses diarrhées secondaires à une impaction fécale ou une sub-occlusion intestinale (toucher rectal, RX abdomen).
- ▶ Médicaments : laxatifs, antibiotiques, fer.
- ▶ Malabsorption.
- ▶ Alimentation entérale : administration trop rapide, flacon froid, osmolarité élevée.
- ▶ Radiothérapie abdomino-pelvienne.
- ▶ Obstruction intestinale intermittente.
- ▶ Saignements digestifs.
- ▶ Affections concomitantes : hyperthyroïdie, maladies inflammatoires de l'intestin, côlon irritable, infections gastro-intestinales, intolérance au lactose et/ou au gluten, colites infectieuses, insuffisance pancréatique.



## INFO

Les mesures générales à prendre sont :

- ▶ Traiter la déshydratation.
- ▶ Adapter l'alimentation, régime liquide et hydrates de carbone (toasts, riz), éviter fibres et produits lactés.

## Prise en charge

### Mesures étiologiques

- ▶ Revoir les traitements médicamenteux et interrompre les substances potentiellement contributives, suspendre les laxatifs pendant 24h-48h.
- ▶ Traitement antibiotique si présence de Clostridium difficile.
- ▶ Diarrhées post-résection iléale : cholestyramine 4-12 g 3x/j.

### Mesures générales

- ▶ Lutter contre la déshydratation.
- ▶ Veiller au confort intime du patient (accès facilité à la chaise percée ; changes réguliers, protection cutanée...).

### Mesures médicamenteuses symptomatiques

- ▶ Antidiarrhéiques : lopéramide, dose initiale = 2 mg et dose maximale = 16 mg/j. Ne pas introduire chez des patients sous opiacés ou suspects d'iléus. Si effet insuffisant, STOP lopéramide au profit de morphine po ou sc si malabsorption.
- ▶ Probiotiques (Bioflorin®).
- ▶ Ecoulements muqueux : dérivés atropiniques.
- ▶ Diarrhées sévères réfractaires aux traitements symptomatiques habituels : discuter l'administration d'octréotide avec le médecin spécialiste.

# Soins de bouche

## Evaluation

Méthode de mesure		Evaluation			Score + date + initiales
		1	2	3	
Voix	Parler avec le patient et l'écouter	Normale	Rauque et sèche	Difficultés à parler	
Lèvres	Observer, toucher	Roses et humides	Sèches et fissurées	Ulcérées, avec sang	
Dents	Observer	Propres et sans débris	Plaque(s) et débris localisés ou prothèse sale	Plaque(s) et débris généralisés, douleurs. Prothèse sale et abîmée.	
Gencives	Observer	Roses, fermes et humides	Rougeur(s), œdèmes, dépôts blanchâtres.	Saignements, dépôts blanchâtres épais	
Langue	Observer	Rose et humide	Pâteuse, moins de papilles, moins colorée	Rougeurs, fissures, boursoufflures, coloration noire	
Salive	Observer	Aqueuse, transparente	Visqueuse, épaisse	Absente, bouche sèche	
Muqueuses	Observer	Roses et humides	Rougeurs, inflammations, dépôts, cloques, pas d'ulcération	Ulcérations avec ou sans saignements, douleurs	
Déglutition	Demander au patient d'avaler sa salive et observer	Normale	Difficulté à déglutir, douleurs	Incapacité à déglutir et à s'alimenter	
Goût	Demander au patient	Normal	Altération du goût	Goût métallique	
Odeur	Demander au patient de souffler par la bouche et sentir	Pas d'odeur ou odeur non inconfortable	Odeur franche ou modérément inconfortable	Odeur fortement à extrêmement inconfortable	
Hygiène prothèse	Demander au patient de l'enlever, observer	Propres sans débris. Muqueuse rose	Plaques et débris. Pas d'ulcération en bouche	Plaque et débris	
Rétention prothèse	Observer, toucher	Prothèse tient	Prothèse instable	Prothèse tombe	
<b>Score total</b>					

## Prise en charge

Effectuer le soin de bouche trois fois par jour, mais au minimum 2 fois de façon approfondie. L'action mécanique et sa fréquence priment sur les produits utilisés.

### Soins essentiels

- ▶ Brossage des dents 3 fois par jour avec une brosse à dents.
- ▶ Cas échéant, avec un bâtonnet en mousse ou ajouter une compresse humide enroulée sur le doigt.
- ▶ Enlever les prothèses dentaires, les rincer et les brosser 3 fois par jour.

### Soins complémentaires

- ▶ Alcaliniser la bouche à l'aide de la solution stérile aromatisée HUG pour soins de bouche contenant du bicarbonate ou solution soins de bouche Bichsel.
- ▶ Ne pas utiliser les bâtonnets au citron ou acides, et à base de glycérine, qui assèchent les muqueuses.
- ▶ Hydrater : glaçons à l'ananas, eau gazeuse, pulvérisations régulières d'eau
- ▶ Corps gras sur les lèvres, sauf pour les patients sous O<sub>2</sub> au masque.
- ▶ En cas de bouche très sèche : vaseline intra-buccale.
- ▶ Bouche douloureuse: traiter la cause et proposer :
  - Bains de bouche à la morphine 0.2%
  - Xylocaïne visqueuse 2%, 1 heure avant toute prise alimentaire
  - Rechercher une candidose buccale qui doit absolument être traitée.
- ▶ Nystatine suspension 100'000 UI 4x/j en gargarisme puis à avaler.
- ▶ Fluconazole 150 mg / dose unique.

Pour en savoir plus : cf. Capp-Info n°37



# Delirium

---

## Prévalence

De 28% jusqu'à 88% dans les derniers jours de vie

## Conséquence

Augmente le risque d'hospitalisation, la durée de l'hospitalisation, le risque de complications, la difficulté de prise en charge des comorbidités, le déclin fonctionnel, la mortalité et le coût des soins.

## Définition

Syndrome organique cérébral caractérisé par la survenue aiguë de troubles de l'attention et des fonctions cognitives habituellement accompagnés de désordres psychomoteurs (augmentation et/ou diminution de l'activité, perturbation du cycle veille/sommeil) et de la perception (hallucinations).

Sous-types: hypoactif (le plus fréquent, difficile à reconnaître et sous-diagnostiqué), hyperactif, mixte.

## Prise en charge

### Mesures étiologiques

A prendre en charge en premier lieu, selon possibilités et objectif des soins. Les étiologies médicamenteuses, métaboliques et infectieuses sont les plus faciles à traiter et offrent les meilleurs taux de réversibilité du delirium.

### Mesures générales

S'adapter à l'état et au rythme du patient, utiliser des phrases simples, réorienter régulièrement, reproduire l'environnement familial (habits, photographies, éclairage), horloge et calendrier, structurer la journée, mettre lunettes/appareil auditif, assurer hydratation adéquate, limiter cathéters, éviter contention, mobiliser le patient, présence rassurante.

Informer et soutenir les proches, demander des informations sur les habitudes de vie.

### Mesures médicamenteuses symptomatiques

1<sup>er</sup> choix : halopéridol po > sc, se donner un délai de 24 heures pour évaluer l'efficacité ; dose initiale : 0.5-1 mg/8h po/sc ; réserve : 0.5-1 m.

2<sup>e</sup> choix :

- ▶ Neuroleptiques atypiques (quétiapine, olanzapine, rispéridone), moins étudiés, moins de risques de syndrome extrapyramidal.
- ▶ Neuroleptique sédatif (levomepromazine).
- ▶ Considérer adjonction de benzodiazépine (lorazepam) en cas d'anxiété majeure, mais attention risque d'aggraver la confusion.

### Confusion Assessment Method

#### 1 + 2 + 3 ou 4 = diagnostic posé avec certitude

1. Début brusque, fluctuation pendant la journée
2. Inattention
3. Pensée désorganisée
4. Altération de la conscience (alerte, hypervigilant, léthargique, stuporeux, comateux)

#### Facteurs prédisposants

Age - abus d'alcool - troubles cognitifs préexistants - sévérité de la pathologie sous-jacente.

#### Facteurs précipitants

Médicaments (psychotropes, opiacés, antibiotiques, etc.) - infections pulmonaires ou urinaires - troubles métaboliques (Na, K, Ca, fonction rénale, hépatique), anémie, déshydratation, hypoglycémie, troubles endocriniens, hypoxémie - globe urinaire, fécalome - tumeurs cérébrales, AVC - sevrage OH, médicaments - douleur, épilepsie - défaillance multiorganique.

#### Facteurs aggravants

Environnement (déprivation sensorielle, changement de milieu) - symptômes non contrôlés - stress psychosociaux - stress existentiel, spirituel.

# Anxiété

---

## Prévalence

Entre 28 et 79% des patients en soins palliatifs

## Définition

«Vague sentiment de malaise, d'inconfort ou de crainte accompagnée d'une réponse du système nerveux autonome; sa source est souvent non spécifique ou inconnue pour la personne. Sentiment d'appréhension généré par l'anticipation du danger. Il s'agit d'un signal qui prévient d'un danger, imminent et qui permet à l'individu de réagir face à la menace.»

En psychologie, on distingue l'anxiété adaptée comme émotion normale (protectrice) face à une situation, de l'anxiété pathologique qui devient un fardeau, distinction souvent difficile en soins palliatifs. Lorsqu'elle provoque une souffrance, l'anxiété doit être traitée.

## Etiologie

La douleur mal contrôlée représente une des principales causes d'anxiété.

Les autres facteurs physiques sont : les symptômes mal contrôlés, les troubles métaboliques ou endocriniens, ou encore des réactions médicamenteuses (corticostéroïdes ; sevrage).

Parmi les facteurs psychologiques on rencontre : un conflit inconscient, une situation de crise, un stress, le risque de mort ou mort imminente ou encore une maladie psychiatrique sous-jacente.

## Manifestations

### Les manifestations somatiques

Respiratoires : (sensation de constriction, oppression thoracique, dyspnée); cardiovasculaires : (palpitations, lipothymie, tachycardie, douleurs thoraciques atypiques); neuromusculaires : (crispation, crampes, tremblements, agitation motrice, paresthésies, acouphènes, vertiges); digestives : (inappétence, nausées, spasmes coliques); neurovégétatives : (sueurs, sécheresse buccale, troubles du sommeil); douleurs : majoration d'une plainte douloureuse préexistante ou modification inexplicée de celle-ci; fatigue.



## LE SAVIEZ-VOUS ?

En soins palliatifs, l'anxiété est un effet secondaire fréquent de la dépression. Le diagnostic de la dépression est parfois difficile à poser chez les patients gravement malades (en raison de la maladie et de la thérapie associée).

### Les manifestations psychologiques

**Affectives** : anticipation dramatisée des événements futurs, inquiétude, appréhension, craintes ; peur excessive avec réassurance difficile, d'une mort prématurée empêchant la réalisation de ses objectifs de vie, de laisser ses proches seuls après la mort, du processus de mourir ; intensification d'un sentiment d'impuissance douloureux et persistant ; détresse ; sentiment de perdre le contrôle sur les événements entourant sa mort.

**Cognitives** : diminution de l'attention, concentration, de la capacité à résoudre des problèmes ; difficulté à faire un choix, à prendre une décision ; préoccupation, rumination, blocage de la pensée, tendance à l'oubli.

**Comportementales** : irritabilité, agitation psychique ou motrice, méfiance, hypervigilance, égocentrisme.

### Prise en charge

Une prise en charge palliative bien menée peut diminuer la sensation d'anxiété :

- ▶ Rechercher, identifier et traiter les causes.
- ▶ Évaluer, instruments standardisés HUG : HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale). Autres outils tels que : le thermomètre de détresse, la Death and Dying Distress Scale.
- ▶ Revoir les traitements médicamenteux et interrompre, si possible, les substances potentiellement contributives.
- ▶ Anxiété légère à modérée : interventions non médicamenteuses.

Anxiété de forte intensité : approches pharmaceutiques pouvant être associées.

### Mesures générales

- ▶ L'anxiété est souvent fluctuante et évolue rapidement au cours de la maladie. Elle est en lien avec les ressources adaptives du patient, son interaction avec son entourage (proches-soignants), son comportement.
- ▶ Attitude d'écoute envers le patient, instauration d'entretiens de soutien relationnel et de relation d'aide.

### Mesures non médicamenteuses (anxiété légère à modérée)

- ▶ Le Toucher Massage® ou massage de confort, la sophrologie, l'hypnothérapie, la réflexologie, l'art-thérapie, l'écoute musicale, musicothérapie, la méditation, l'aromathérapie.
- ▶ Les interventions par le psychologue et/ou le psychiatre permettent au patient d'exprimer sa détresse psychique, de lui rendre une certaine autonomie et d'agir sur l'incertitude. Ils peuvent aussi soutenir l'entourage et les équipes médico-soignantes (p.ex. lors d'anxiété par « contagion »).

### Mesures médicamenteuses (anxiété sévère, en complément aux mesures non médicamenteuses)

Précautions générales : prescrire un médicament seulement si nécessaire, au dosage minimal, en tenant compte des effets secondaires, des interactions médicamenteuses, du métabolisme. Augmenter lentement le dosage. Evaluer régulièrement l'efficacité et la nécessité de continuer.

**Benzodiazépines** : Utilisées chez 70-80% des patients en soins palliatifs avec bonne efficacité.

	Dose équipotentielle approx. à 10 mg midazolam	1/2-vie (heures)	Voies d'administration	Effet principal
Midazolam (Dormicum®)	10 mg	1.5 - 2.5	PO, SC, IV, IM rectal	Sédatif
Oxazépam (Anxiolit® Seresta®)	20 mg	4 - 15	PO	Anxiolytique
Lorazépam (Temesta® Tavor®)	1 mg	10 - 20	PO, SC, IV	Anxiolytique
Diazépam (Valium®)	10 mg	20 - 100	PO, IV, IM, rectal	Antiépileptique
Alprazolam (Xanax®)	0.5 mg	6 - 12	PO	Anxiolytique
Bromazépam (Lexotanil®)	5-6 mg	10 - 20	PO	Anxiolytique

**Neuroleptiques:** Certains neuroleptiques ont également une action sur l'anxiété et sont particulièrement indiqués lorsque l'anxiété survient en présence d'un état confusionnel.

	Dose initiale	1/2-vie (heures)	Voies d'administration	Effet principal
Halopéridol (Haldol®)	0.25 - 0.5 mg, 2-3x/jour	12 - 38	PO, SC, IM	Sédatif
Lévomépromazine (Nozinan®)	6.25 - 12 mg, 2-3x/jour	15 - 30	PO, SC	Anxiolytique
Risperidone (Risperdal®)	0.25 - 0.5 mg, 2x/jour	24 - 34	PO	Anxiolytique
Olanzapine (Zyprexa®)	2.5 - 5 mg, 1x/jour	29 - 55	PO	Anti-épileptique

**Antidépresseurs:** Notamment, les antidépresseurs de type SSRI (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) peuvent avoir un effet concomitant sur l'anxiété et la dépression. Avant l'introduction, il est toutefois à considérer la longue durée de début d'action et l'indisponibilité des formes galéniques autres que per os.

# Hydratation artificielle

---

Doit être discutée si le patient :

- ▶ N'arrive plus à avaler une quantité suffisante de liquide habituellement environ 1 l/j.  
ET reçoit des agents potentiellement confusiogènes (opiacés, psychotropes) ou présente des symptômes ou des signes en lien avec une déshydratation, par exemple xérostomie (signe peu fiable), soif, vertiges, céphalées, fatigue, somnolence, delirium, constipation.
- ▶ ET accepte de recevoir une hydratation artificielle. N.B. : en cas de non-communication, vérifier l'existence de directives anticipées et discuter avec l'équipe de soins, le représentant thérapeutique et les proches. Dans tous les cas, il faut accompagner les proches / le patient dans la compréhension des décisions / mesures prises (objectifs des soins).

Puis :

- ▶ Introduire une hydratation sous-cutanée, à privilégier en continu ou sur la nuit (maximum 100 ml/h) ou intraveineuse si une voie iv est déjà utilisée (par exemple par DAVI), œdèmes généralisés ou troubles majeurs de la crase.
- ▶ Environ 1000 ml/24h, à adapter selon situation clinique (Cave : œdème périphérique, insuffisance cardiaque, encombrement bronchique).
- ▶ Dans tous les cas, continuer les soins de bouche et utiliser les glaçons d'ananas pour lutter contre la sensation de bouche sèche et stimuler la salivation.
- ▶ Type de soluté :
  - NaCl 0.9%
  - éventuellement NaCl 0.45% ou GlucoSalin 2/1 en cas d'hyponatrémie ou risque de surcharge hydrosaline.

La poursuite de l'hydratation doit être régulièrement discutée selon son efficacité et sa tolérance, l'évolution clinique et les objectifs de soins.

# La plaie oncologique, soins de plaies

---

- ▶ Les plaies oncologiques sont des plaies palliatives.
- ▶ Les soins palliatifs de plaies s'opèrent sur tout le continuum des soins.
- ▶ Les concepts liés sont: les soins de plaies de fin de vie, les soins palliatifs et la gestion des symptômes.
- ▶ L'objectif des soins des plaies oncologiques est de soulager ou de prévenir les souffrances provenant des plaies et de maintenir voire d'améliorer la qualité de vie.

## **Étiologie des plaies cancéreuses (ulcérées à la peau)**

- ▶ Invasion directe ou diffusion métastatique.
- ▶ Primaire (tumeur négligée).
- ▶ Métastase ulcéreuse cutanée et/ou lymphatique.
- ▶ Ulcération ou lésion consécutive à un traitement anti-cancéreux (chimiothérapie, hormonothérapie, radiothérapie, électro-chimiothérapie).

## **Prise en charge**

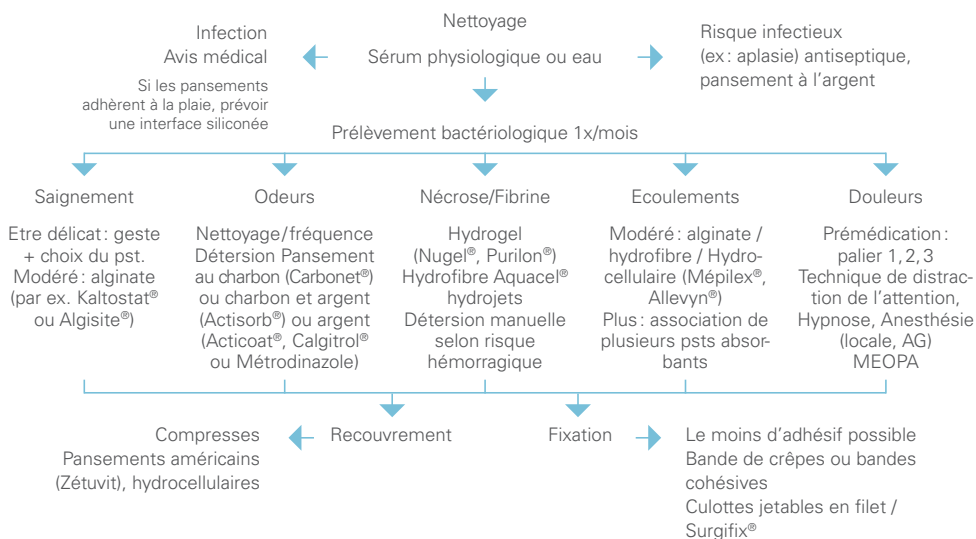
- ▶ L'effet psychologique ne doit pas être sous-estimé.
- ▶ Prise de conscience et acceptation de l'image corporelle.
- ▶ Inconfort pour le patient, saignements, exsudats, odeurs, douleur et prurits.

## **Objectifs des soins de plaies**

- ▶ Éviter les mauvaises odeurs de la plaie.
- ▶ Soulager la douleur physique (douleur nociceptive et neuropathique) et psychique.
- ▶ Soigner le saignement spontané et l'hémorragie.
- ▶ Contenir l'exsudat.
- ▶ Éviter des saignements par micro-arrachages de la surface de la plaie.
- ▶ Assurer confort et sécurité pour le patient.



## Types de pansements



(Algorithme adapté de celui d'Isabelle Fromantin, infirmière expert P&C, oct 2008)

## A considérer

Alimentation : apport en protéines+ calories suivant les situations ; hydratation et soins de peau avec des produits doux. La douche (douce) peut être proposée au patient.

Offrir des absorbants pour les odeurs dans l'environnement.

Agents actifs : charbon actif, litière pour chats, mousse à raser (absorbant les odeurs), un assainisseur d'air (absorbant les odeurs), des huiles essentielles (masquage de l'odeur).

# Urgences en soins palliatifs

## Hypercalcémie tumorale

---

### Prévalence

0.2 et 9%

### Définition

> 2.6 mmol/l (calcémie corrigée) ou calcium ionisé > 1.35 mmol/l. Instaurer un traitement si la calcémie corrigée est supérieure à 3 mmol/l, mais surtout en fonction de la clinique.

### Etiologie

- ▶ Augmentation de l'absorption digestive (apports en calcium ou vitamine D).
- ▶ Augmentation de la résorption osseuse (métastases osseuses, lytiques, syndrome paranéoplasique (PTHrp, autres), hyperparathyroïdie, immobilisation).
- ▶ Diminution de l'excrétion rénale (déshydratation, diurétique...).

### Prise en charge

#### Mesures étiologiques

Traiter si possible la maladie de base.

#### Mesures générales

Hydratation saline isotonique (1-2 l), mais Cave insuffisance cardiaque.

#### Mesures médicamenteuses

- ▶ Les bisphosphonates après réhydratation et contrôle de la fonction rénale, contrôler la calcémie au 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> jour et envisager une nouvelle administration si nécessaire.
- ▶ Acide zolédronique 4 mg (dosage à adapter à la fonction rénale) dilué dans NaCl 0.9% 100% cc iv à perfuser en 15-30 min.
- ▶ Clodronate 1500 mg, dilué dans 500-1000 ml NaCl 0.9% sc en 4- 6 h (2<sup>e</sup> choix et seulement si pas d'accès veineux).
- ▶ Effets secondaires : augmentation de la créatinine, douleurs osseuses (J1 post-perfusion), nausées, vomissements, état grippal, phlébites, ostéonécrose de la mâchoire (consultation dentaire- OPG si administration chronique).

# Compression médullaire

---

## Prévalence

3-10%, 20% si métastases vertébrales.

C'est une urgence médicale (traitement efficace dans les 6-8 heures). Le pronostic fonctionnel dépend de l'importance et de la durée des déficits neurologiques au moment de l'instauration du traitement et de la réponse initiale à celui-ci. Souvent précédée de symptômes, ne survient presque jamais comme un coup de tonnerre dans un ciel bleu.

## Les symptômes

- ▶ Douleurs vertébrales = symptôme initial dans >90%.
- ▶ Les douleurs précèdent presque toujours les symptômes neurologiques.
- ▶ Une douleur de longue date qui se modifie tout à coup est très suspecte, en particulier :
  - douleur « crescendo »
  - douleur aggravée en position couchée et au Valsalva
  - signe de Lhermitte
  - radiculopathie.
- ▶ Faiblesse, paralysie musculaire +/- troubles sensitifs et incontinence.

## Prise en charge

- ▶ Lorsque le diagnostic est confirmé et même en cas de forte suspicion, il faut instaurer sans délai un traitement corticostéroïde : 8 à 16 mg de dexaméthasone/24h po/sc/iv.
- ▶ L'IRM de la colonne vertébrale dans son intégralité est l'examen de choix qui permet de confirmer le diagnostic et de visualiser l'étendue de l'atteinte tumorale (70% thoracique, 20% lombaire, 10% cervical) et d'envisager un traitement chirurgical +/- radiothérapie +/- vertébroplastie. Ces décisions devraient être anticipées dans la mesure du possible.

# Hémorragie aiguë

---

Dans la mesure du possible, anticiper la situation avec le patient, les proches et l'équipe. Penser à la possibilité d'une hospitalisation si le patient est à domicile.

Equiper la chambre avec des draps de couleurs (verts ou bleus).

Si hémorragie cataclysmique :

- ▶ Rester avec le patient.
- ▶ Pratiquer une sédation en urgence (p. ex. cancer ORL ou pulmonaire).

Si hémorragie lente, suivant le site :

- ▶ Compresses hémostatiques, administration locale de vasopressine (une ampoule sur une compresse), cautérisation.
- ▶ Correction des troubles de la coagulation, arrêt des médicaments augmentant le risque de saignement.
- ▶ Voies respiratoires : envisager une sédation.
- ▶ Voies urinaires : poser une sonde à double voie.
- ▶ Voies digestives : envisager un transfert pour gastroscopie ou colonoscopie.

# Crise d'épilepsie

---

Diagnostic différentiel :

- ▶ Tumeur cérébrale primaire ou secondaire, troubles métaboliques (calcémie, urémie).
- ▶ Toxicité et interactions médicamenteuses, sevrage médicamenteux ou toxique, hémorragie cérébrale, infections.

## Prise en charge

Pas de prophylaxie primaire en cas de tumeur cérébrale primaire ou de métastases cérébrales (sauf en cas de mélanome)

- ▶ Investigations (EEG, IRM, CT) si crise inaugurale et espérance de vie > qq jours.
- ▶ Traitement de la crise aiguë : clonazépam 0.5-1 mg sc ou iv.
- ▶ Prophylaxie secondaire : Lévétiracétam 2x250 mg/j.
- ▶ Si trouble de la déglutition : discuter phénobarbital supp ou clonazepam sc.

# Accompagnement du patient et de ses proches

---

Le vécu de la maladie grave évolutive engendre des moments de crise avec des changements dans les repères habituels (croyances, valeurs, relations, projet de vie) des patients et de leurs proches.

Un questionnement d'ordre spirituel, s'exprime parfois dans ces moments par une recherche de sens, un bilan de vie.

Accompagner le patient et ses proches dans ce cheminement au quotidien est une part essentielle des soins.

Différentes ressources peuvent être sollicitées pour enrichir l'offre d'accompagnement en fonction des croyances et des besoins des personnes.

Les aumôniers proposent un accompagnement spirituel et religieux.

Les bénévoles laïques, témoignant du lien social du patient également citoyen, offrent écoute, partage, et soutien.

# Annonce de mauvaise nouvelle

---

L'annonce de mauvaise nouvelle représente un moment délicat autant pour le patient / ses proches significatifs que pour le soignant. C'est un moment important pour transmettre des informations claires et précises, repérer les connaissances du patient/famille et de les accompagner au mieux dans cette expérience. Le binôme médico-infirmier doit être favorisé afin de faciliter la continuité des soins.

EPICES est un moyen mnémotechnique traduit par Teike Lüthi & Cantin (2011) qui guide le processus :

**E = environnement :** Préparation de l'environnement extérieur et intérieur

- ▶ Préparation du soignant.
- ▶ Connaissance du dossier.
- ▶ Anticiper le déroulement de l'entretien : la personne qui initie, la durée.

Contexte :

- ▶ Choix d'un lieu calme, disposition adaptée (en rond, éviter grandes tables).
- ▶ Préparation du patient.
- ▶ Présence de proche(s) significatif(s).
- ▶ Communiquer le moment et la durée de l'entretien.

**P = Perception du patient**

- ▶ Identifier ce que sait déjà le patient sur sa maladie et impact sur son avenir : niveau de compréhension, le mode d'expression, l'état émotionnel.
- ▶ Pouvez-vous nous décrire comment vous vivez votre maladie en ce moment ? Quelles sont les informations qui vous ont été transmises, jusqu'à présent ? Qu'est-ce qui est important pour vous ?

**I = Invitation**

- ▶ Adapter le niveau de transmission selon le rythme et souhait du patient : déterminer non pas si oui ou non la personne veut entendre de mauvaises nouvelles mais plutôt à quel niveau elle souhaite les obtenir.
- ▶ Qu'aimeriez-vous savoir ? Qu'est-ce qui est important pour vous de connaître ?
- ▶ Aimerez-vous que je vous explique les détails du diagnostic ?

### **C = Connaissances**

- ▶ Moment de l'annonce : être précis et compréhensible dans le choix des termes. Des bouts « digérables », vérifier que le patient arrive à suivre, son niveau de compréhension. Permettre des moments de silence, d'expressions et faire preuve d'honnêteté.

### **E = Empathie**

- ▶ Attitude relationnelle : accueillir les émotions du patient, être là pour l'autre de manière authentique : légitimer les sentiments. Cette nouvelle vous bouleverse et c'est tout à fait compréhensible, nous sommes là pour vous écouter...

### **S = Stratégies et synthèses**

- ▶ Identifier les ressources, les choix thérapeutiques, les craintes, le soutien des proches significatifs.
- ▶ Faire la différence entre les problèmes réversibles et irréversibles et présenter une stratégie qui confirme l'individualité du patient et la spécificité du traitement.
- ▶ Résumer la situation, clarifier les objectifs, le suivi.
- ▶ Clore l'entretien en fixant un prochain rendez-vous et présenter les soutiens à disposition.

# Directives anticipées et représentant thérapeutique

---

Les DA sont l'expression écrite par avance de la volonté d'une personne sur le type de soins qu'elle souhaite recevoir ou non dans des situations données et au cas où elle ne serait plus en mesure de s'exprimer par elle-même.

Cette démarche est volontaire.

Tout soignant doit informer la personne de la possibilité de rédiger ses directives anticipées. Tous les professionnels de la santé doivent respecter les DA si la personne se trouve dans la situation mentionnée par celle-ci.

## Rédaction du document

Le médecin (de famille ou hospitalier) a un rôle primordial auprès de la personne dans l'information et la compréhension des conséquences de ses choix thérapeutiques.

Il est possible d'utiliser un papier libre avec écriture manuscrite ou dactylographiée. Il existe aussi différents documents préétablis pour la rédaction qui peuvent être complétés par la personne de notes personnelles.

Une aide à la rédaction est proposée par un soignant formé ou les équipes spécialisées de soins palliatifs.

Conditions nécessaires pour la validité du document :

- ▶ La personne doit être capable de discernement, de préférence non déprimée et à distance de l'annonce du diagnostic.
- ▶ Les choix ne doivent pas transgresser des dispositions légales.
- ▶ Il est recommandé de rencontrer la personne seule la première fois, dans la mesure du possible.
- ▶ Elles doivent être datées et signées de la main de leur auteur.



Conditions nécessaires pour faciliter l'application des directives anticipées :

- ▶ Les professionnels sont informés de l'existence du document et de l'endroit où il se trouve (dossier patient informatisé, carnet de santé...). Aux HUG, le médecin insère le document dans le dossier patient intégré. A domicile il est possible de transmettre les DA au secrétariat général des HUG pour insertion dans le Dossier Patient Informatisé (DPI).
- ▶ Il est recommandé de réactualiser les DA régulièrement et particulièrement lors d'événements de santé.
- ▶ Le représentant thérapeutique a été associé à la démarche.

## **Le contenu**

- ▶ Description des objectifs thérapeutiques (clarification des mesures de première intention pour maintenir la vie, ou diminuer les douleurs ou des symptômes d'inconfort...).
- ▶ Souhaits importants à transmettre quant aux mesures médicales consenties ou refusées en cas d'incapacité de discernement.
- ▶ Valeurs personnelles (qualité de vie, fin de vie « digne » selon la personne).
- ▶ Désignation d'un représentant thérapeutique (et un remplaçant si nécessaire).

Il est recommandé d'actualiser les DA tous les deux ans ou lors de tout changement de l'état de santé.

Pour plus d'informations, cf. site internet HUG :

➤ <http://directivesanticipees.hug-ge.ch>

# Spécificité du domicile

---

## Evaluation

Comme pour toute prise en charge de type palliative, l'évaluation à domicile comporte principalement :

- ▶ Evaluation globale de la situation : histoire de vie, qualité de vie, histoire de la maladie, niveau de dépendance (AVQ/AIVQ).
- ▶ Evaluation des symptômes : si patient communicant, auto-évaluation (ESAS), sinon hétéro-évaluation (Doloplus2, ECPA).
- ▶ Evaluation des besoins spirituels (religion, croyances, sens de la vie).
- ▶ Existence de directives anticipées.
- ▶ Evaluation des besoins des proches.

## Prise en charge interdisciplinaire

### Patient et proches

Le partenariat et la communication avec le patient et ses proches sont primordiaux car de leur implication dépend la possibilité d'un maintien à domicile : se mettre d'accord sur les objectifs de la prise en charge, l'utilité des traitements, des réserves, rôle de chacun des intervenants, qui appeler, etc.

### Equipe médico-soignante, collaboration interprofessionnelle

L'accompagnement à domicile nécessite l'implication d'une équipe pluri-professionnelle.

- ▶ **Médecin de famille** : joue un rôle primordial de par sa connaissance de la personne et comme coordinateur de la prise en charge des différents intervenants. En cas de symptômes difficiles à soulager, de situations médico-psycho-sociales complexes ou d'une disponibilité insuffisante (visites à domicile nécessaires), il peut faire appel à une équipe spécialisée (UGSPC, GGSP) pour une prise en charge globale ou conjointe.
- ▶ **Infirmiers(ères)** : par exemple, imad, Sitex, CSI, Permed, Assistance à domicile...

### **Selon la situation et son évolution, d'autres intervenants à domicile peuvent être :**

- ▶ Aides en soins et santé communautaires et aides-soignants.
- ▶ Physiothérapeute.
- ▶ Ergothérapeute.
- ▶ Assistante sociale.
- ▶ Diététicienne.
- ▶ Aumôniers.
- ▶ Bénévole.

### **Anticipation**

Est primordiale au domicile pour :

- ▶ Eviter que des décisions doivent être prises en urgence par des soignants ne connaissant pas ou peu la situation.
- ▶ Diminuer le stress et l'anxiété du patient et de ses proches.
- ▶ Eviter des prises en charge (traitements, examens...) ou des transferts inadaptés.

La rédaction ou la réactualisation de directives anticipées devrait toujours être proposée.

### **Les principaux points à anticiper**

**Liste de contact à disposition 24h/24h** (médecin, infirmier, services d'urgence...) à communiquer au patient et à ses proches.

### **Prescription en cas de complications médicales possibles/attendues :**

- ▶ Si douleur : toujours prescrire réserves antalgiques.
- ▶ Si prise orale devenant impossible : avoir à disposition à domicile les médicaments nécessaires au confort par voie parentérale.
- ▶ Selon contexte, avoir protocole en cas de dyspnée (morphine, O<sub>2</sub>, Robinul, matériel d'aspiration.)
- ▶ Selon contexte, prescription d'un traitement antiépileptique (par exemple si pathologie intracrânienne).
- ▶ Si risque de dyspnée aiguë, discuter d'une sédation palliative, par ex midazolam intra-nasal.
- ▶ Selon contexte, prescription d'un traitement en réserve de la confusion (haute prévalence en fin de vie).

### **Prévision de l'aggravation de la dépendance**

- ▶ Intervention d'un ergothérapeute pour évaluation des besoins (lit médicalisé, chaise percée, etc.).
- ▶ Augmentation des aides à domicile.

### **Choix de l'orientation du patient si maintien à domicile impossible ou non souhaité**

Par exemple : hôpital de Bellerive, maison de Tara, clinique de Jolimont, afin d'éviter un passage inutile par les services d'urgence.

### **En cas de souhait de décès à domicile**

Le souhait du patient de décéder à domicile doit être respecté tant que possible, le projet devant être discuté avec ses proches en prenant en compte les désirs de chacun, leurs ambivalences et leurs limites.

### **Soutien des proches**

Afin de tenter d'éviter leur épuisement, présenter possibilité d'accueil en UATR ou UATM, possibilité de garde de nuit, de bénévoles...

Des réunions régulières avec le patient, ses proches et les soignants sont utiles pour réadapter le projet de soins selon l'évolution de l'état de santé.

### **En cas de décès**

Le médecin constate le décès. Lorsque la famille est présente, elle appelle une compagnie de pompes funèbres qui vient chercher le corps. Les soignants doivent s'enquérir des rituels funéraires spécifiques et peuvent être amenés à effectuer une toilette mortuaire pour permettre aux proches de garder une dernière image la plus proche possible du patient vivant et d'amorcer le « travail de deuil » en respectant les croyances et les valeurs de la personne.

Si le patient n'a pas de famille, la police doit être contactée pour venir fermer l'appartement après la levée de corps.

# Sédation palliative

---

## Définition

Selon Bigorio 2005, consensus d'experts suisses :

Administration intentionnelle de substances sédatives au dosage minimal nécessaire dans le but d'obtenir le soulagement d'un ou plusieurs symptômes réfractaires en réduisant l'état de conscience temporairement ou définitivement d'un patient porteur d'une maladie avancée dont l'espérance de vie estimée est courte (jours ou semaines), ceci en collaboration avec une équipe multidisciplinaire compétente.

Symptôme réfractaire : symptôme vécu par le patient comme insupportable et ne pouvant être contrôlé de manière satisfaisante pour le patient en dépit d'une prise en charge palliative correctement menée qui jusqu'alors ne compromettait pas la communication de la personne malade avec autrui.

La sédation palliative est une thérapie reconnue, sûre et efficace en soins palliatifs si elle est administrée selon les lignes directrices et suite à une indication claire. Toute sédation doit être discutée, si possible anticipée, avec un médecin cadre, voir un spécialiste en soins palliatifs, de façon interdisciplinaire. Le médecin doit être présent sur place dans les meilleurs délais.

Pré-requis :

- ▶ Anticiper l'éventualité d'une sédation avec le patient, son entourage et avec l'équipe pluri-professionnelle. Il y a certains facteurs qui augmentent le risque de sédation palliative (SP), tels que le diagnostic de cancer pulmonaire, la présence d'une dyspnée et un âge plus jeune.
- ▶ Identifier un (ou plusieurs) symptôme réfractaire : cf. définition ci-dessus. Les symptômes réfractaires les plus souvent décrits dans la littérature scientifique sont la dyspnée, le delirium/agitation, la douleur, les angoisses et l'hémorragie massive.

- ▶ Définir clairement les objectifs, par rapport :
  - Au symptôme et comment juger qu'il est suffisamment traité
  - A la profondeur de la sédation: utilisation d'un score de sédation (p.ex. Rudkin) en utilisant la sédation la plus légère pour contrôler le symptôme (sédation proportionnée au symptôme)
  - A la durée de la SP: sédation continue (24/24h) versus sédation intermittente (durée prédéfinie, souvent utilisée en cas de détresse psychique réfractaire, agitation nocturne réfractaire etc.)
- ▶ Obtenir un consensus d'équipe : La décision de mise en place d'une SP se prend toujours en équipe et jamais par une personne seule !
- ▶ Obtenir l'accord du patient et vérifier sa capacité de discernement ainsi que l'existence éventuelle de directives anticipées. A défaut, obtenir l'accord du représentant thérapeutique.
- ▶ Informer le patient et ses proches (avec l'accord du patient) sur la sédation : il ne s'agit pas d'abréger ni de raccourcir la vie (selon l'évidence d'aujourd'hui, la SP ne raccourcit pas la vie, mais de provoquer une somnolence ou une perte de conscience sous surveillance. Informer sur la possibilité de réversibilité ou d'irréversibilité et sur les conséquences. Offrir au patient la possibilité d'exprimer à ses proches son choix et l'inviter à leur communiquer ses souhaits, ses conseils ou autres (oralement ou par autre moyen de communication, selon son désir) et de pouvoir leur dire au revoir.
- ▶ Documenter la discussion interdisciplinaire, le symptôme réfractaire et les essais infructueux des thérapeutiques, la discussion avec le patient/proche et les objectifs de la sédation palliative dans le DPI.

## Modalités pratiques

Continuer tous les traitements symptomatiques en cours ainsi que toutes les mesures de confort : O<sub>2</sub>; soins de bouche, positionnement, antalgie.

### Induction

- ▶ Voie d'abord (préférer la voie sous-cutanée) : sc (site bien perfusé) ou iv.
- ▶ Bolus (première dose) : midazolam = Dormicum® 0.03 à 0.05 mg/kg, soit 1 à 2.5 mg (5 mg acceptable). Adapter en fonction de l'âge, de la prise chronique de benzodiazépines, d'une BPCO.
- ▶ Evaluation à 15 minutes
  - Si le degré de sédation souhaité est obtenu (score de Rudkin = 4), ad dose d'entretien.
  - Si sédation insuffisante : répétition du bolus à la même dose.

## Entretien

- ▶ Dose de midazolam = Dormicum®: 50% de la dose d'induction totale/heure.
- ▶ Voie d'administration identique (iv ou sc).
- ▶ Si la sédation est insuffisante, augmenter de 1 mg/h.

## Arrêt

- ▶ Si sédation nocturne, prévoir avec le patient une heure d'arrêt.
- ▶ Si sédation partielle souhaitée à certains moments de la journée, diminuer de 50% la dose horaire.

La préparation de midazolam dans du NaCl 0.9% (ou dans du glucose 5%) est stable pendant 24h et compatible avec les substances suivantes: halopéridol, kétamine, ondansétron, opiacés et scopolamine.

## Surveillance (à moduler suivant l'état clinique)

- ▶ Présence permanente d'un professionnel pendant au moins 15 minutes.
- ▶ Première heure: toutes les 15 minutes:
  - Fréquence respiratoire
  - Profondeur de sédation (score de Rudkin)
  - Pous, TA, saturation en O<sub>2</sub>, l'évolution clinique et les objectifs fixés.
- ▶ Ensuite: toutes les 2 heures ou à définir selon le lieu (hospitalier, domicile) selon:
  - Le degré de soulagement du patient
  - La profondeur de la sédation (score de Rudkin).
- ▶ Les effets secondaires et les signes de surdosage: baisse de la fréquence respiratoire, baisse de la saturation en oxygène.

## Soutien de l'entourage

Durant toute la sédation il est important d'informer régulièrement les proches et d'explorer des souffrances qui pourraient se manifester chez eux. Il a été démontré que la SP peut engendrer des difficultés pour la famille, mais aussi pour le personnel soignant.

### Score de Rudkin

1. Patient complètement éveillé et orienté
2. Patient somnolent
3. Patient avec les yeux fermés, mais répondant à l'appel
4. Patient avec les yeux fermés, mais répondant à une stimulation tactile légère (traction du lobe de l'oreille)
5. Patient avec les yeux fermés, ne répondant pas à une stimulation tactile légère (traction du lobe de l'oreille).

# Sédation en cas de situation aiguë avec risque vital immédiat

---

## Identification d'une situation à risque

- ▶ Hémorragies cataclysmiques extériorisées : sphère ORL, pulmonaire ou digestive.
- ▶ Détresse respiratoire avec sensation de mort imminente.

Il s'agit de situations terminales dans lesquelles une sédation rapide en urgence est souhaitée.

Dans la mesure du possible, l'éventualité d'une sédation devrait être anticipée avec le patient et avec l'équipe pluri-professionnelle.

## Modalités pratiques

- ▶ Continuer les traitements symptomatiques en cours.
- ▶ Si voie veineuse en place, ou accès veineux évident, utiliser la voie intraveineuse, sinon utiliser la voie sous-cutanée.
- ▶ Débuter une induction par midazolam (Dormicum®) en bolus : 0.05 à 0.1 mg/kg, soit 2.5 mg si 70 kg. Evaluer à 2-3 minutes :
  - Si le degré de sédation souhaité est obtenu, ad dose d'entretien (voir p.30)
  - Si la sédation est insuffisante, répétition du bolus à la même dose.
- ▶ Suivant l'évolution clinique, laisser le patient se réveiller ou continuer avec une perfusion continue de midazolam (Dormicum®), cf. dose d'entretien p.30.



# Assistance au suicide

---

L'assistance au suicide consiste à procurer à une personne capable de discernement, désirant se suicider, les moyens de le faire.

L'assistance au suicide est légalement possible en Suisse car cet acte n'est pas punissable s'il est réalisé sans mobile égoïste.

Code pénal, art. 115. Incitation et assistance au suicide :

*Celui qui, poussé par un mobile égoïste, aura incité une personne au suicide, ou lui aura prêté assistance en vue du suicide, sera, si le suicide a été consommé ou tenté, puni d'une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire.*

La demande d'assistance au suicide est une démarche personnelle du patient capable de discernement. Elle relève de la liberté individuelle.

Une personne peut demander une assistance au suicide (droit-liberté), mais elle ne peut pas l'exiger (droit-créance).

La personne doit avoir la capacité d'exécuter l'acte conduisant à son décès.

Par ailleurs, trois conditions minimales sont généralement reconnues pour pouvoir envisager une assistance au suicide :

- ▶ la demande doit être sérieuse et répétée
- ▶ la personne doit être capable de discernement
- ▶ des alternatives de traitement doivent être proposées à la personne

Lorsqu'un médecin accepte de pratiquer une assistance au suicide, l'Académie suisse des sciences médicales considère que les conditions minimales doivent également inclure que « La maladie dont souffre le patient permet de considérer que la fin de vie est proche. »<sup>1</sup>

L'assistance au suicide ne fait pas partie des devoirs du médecin<sup>1</sup> ni des soins infirmiers<sup>2</sup>. Ce n'est donc pas une option thérapeutique qui pourrait être présentée au patient par le soignant.

1. Académie suisse des sciences médicales, Prise en charge des patientes et patients en fin de vie, 2012. [www.samw.ch/fr/Ethique/Directives/actualite.html](http://www.samw.ch/fr/Ethique/Directives/actualite.html)

2. Association suisse des infirmières et infirmiers, Position éthique 1, 2005. [www.sbk.ch/fileadmin/sbk/shop\\_downloads/fr/Ethische\\_Standpunkte\\_1\\_franzoesisch.pdf](http://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/shop_downloads/fr/Ethische_Standpunkte_1_franzoesisch.pdf)

## Comment accueillir une demande d'assistance au suicide par un patient?

- ▶ Accepter d'en parler et montrer ainsi qu'une telle demande peut être entendue.
- ▶ Préciser la demande : le patient demande-t-il vraiment une assistance au suicide ? Demande-t-il à être soulagé d'un symptôme ? Est-ce une manière d'exprimer sa souffrance ?
- ▶ Ne pas banaliser la demande.
- ▶ Donner au patient toutes les informations relatives à sa situation en expliquant ce qui peut être offert en termes de soins.
- ▶ Faire appel, si approprié, à des consultants spécialisés (ex : soins palliatifs, psychiatrie...).
- ▶ Informer le patient si nécessaire de la législation suisse et de la position des HUG.

## Aux HUG

Les HUG n'autorisent l'assistance au suicide dans leurs murs que pour un patient dépourvu de domicile\* ou dans l'impossibilité d'y retourner, dans certaines conditions strictement définies, et à condition qu'aucun soignant ou médecin des HUG n'intervienne directement dans la réalisation du geste.

## Pour plus d'informations

Autorisation / interdiction de l'assistance au suicide au sein des HUG. Conseil d'éthique clinique des HUG, 2006.

➤ [www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/soigner/ethique/assistanceausuicideaux.pdf](http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/soigner/ethique/assistanceausuicideaux.pdf)

Procédure d'évaluation des demandes d'assistance au suicide aux HUG. Conseil d'éthique clinique des HUG, 2014.

➤ [www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/soigner/ethique/procedure\\_assistance suicide.pdf](http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/soigner/ethique/procedure_assistance suicide.pdf)

\* « Domicile » désigne un lieu alternatif à l'hôpital

# Euthanasie

---

Acte par lequel une personne met activement et intentionnellement fin à la vie d'un patient en lui administrant un médicament.

L'euthanasie est interdite en Suisse, même lorsque le patient est capable de discernement et qu'il fait une demande sérieuse et répétée.

Code pénal, art. 114. Meurtre sur la demande de la victime

*Celui qui, cédant à un mobile honorable, notamment à la pitié, aura donné la mort à une personne sur la demande sérieuse et instante de celle-ci sera puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire.*

En l'absence de demande de la victime, mettre activement et intentionnellement fin à la vie d'un patient par compassion est considéré par le droit suisse comme un meurtre et les sanctions seront alors plus sévères.

# Retrait / abstention thérapeutique

---

Le retrait thérapeutique et l'abstention thérapeutique doivent être distingués de l'euthanasie.

Il s'agit de la cessation / non-initiation d'un traitement vital lorsque celui-ci est refusé par un patient capable de discernement ou par son représentant, ou qu'il n'est plus dans l'intérêt du patient, ou qu'il correspond pour le patient à un fardeau disproportionné par rapport au but visé.

Le décès du patient peut être une conséquence d'un retrait ou d'une abstention thérapeutique. Cependant, contrairement à l'euthanasie, le décès n'est pas l'objectif poursuivi.

## Ressources

### Equipes mobiles

Unité de gériatrie et soins palliatifs communautaires  
Service de médecine de premier recours et imad  
Domicile, cliniques privées, EMS  
📞 022 372 33 27, [communautaires.soinspalliatifs@hcuge.ch](mailto:communautaires.soinspalliatifs@hcuge.ch)

Equipe Mobile Douleur et Soins Palliatifs  
Service de pharmacologie et toxicologie cliniques  
Cluse-Roseraie: hôpital, hôpital de Beau-Séjour, maternité,  
hôpital des enfants  
📞 079 55 3 27 46 médecin, 📞 079 553 22 21 infirmières  
[soinspalliatifs.equipemobile@hcuge.ch](mailto:soinspalliatifs.equipemobile@hcuge.ch)

Equipe Mobile Antalgie et Soins Palliatifs  
Service de médecine palliative  
Trois Chêne, Bellerive, Belle-idée  
📞 022 305 72 10  
[mobile.equipe@hcuge.ch](mailto:mobile.equipe@hcuge.ch)

### Infirmières ressources en soins palliatifs

Infirmières ressources soins palliatifs  
Service de réadaptation médicale  
Hôpital de Loëx  
📞 022 727 25 91, [soinspalliatifs.infirmiereresource@hcuge.ch](mailto:soinspalliatifs.infirmiereresource@hcuge.ch)

Infirmière spécialiste clinique  
Direction des soins  
Transverse HUG  
📞 022 372 75 71, [catherine.bollondi@hcuge.ch](mailto:catherine.bollondi@hcuge.ch)

### Service de médecine palliative

Interne de piquet, Chef de clinique de piquet  
Hôpital de Bellerive  
📞 38 600, 079 653 80 14

### Réseau de soins palliatifs

L'association palliative Genève met en visibilité le réseau genevois existant:  
📍 [www.palliativegeneve.ch](http://www.palliativegeneve.ch)

# Critères d'admission en unité de soins palliatifs aigus spécialisés

---

## Critères d'inclusion obligatoires

- ▶ Patient(e) adulte souffrant d'une maladie avancée, chronique/incurable et/ou dont l'espérance de vie est limitée.
- ▶ Patient(e) présentant des problèmes non stabilisés et complexes d'ordre physique, psychologique et/ou socio-spirituel, et requérant un niveau élevé d'examen, de traitements et de prise en charge (médicale, soins, psychosociale ou spirituelle).
- ▶ Patient(e) ne présentant pas de psychopathie ou toxicomanie grave et incontrôlable, pas de danger incontrôlable pour lui/elle ou autrui, pas de désaccord avec la prise en charge proposée ni de la part de son représentant légal, et ne nécessitant pas de médication ou autres mesures dont l'application conforme aux règles de l'art ou la surveillance ne peut être assurée dans le service.

## Critère(s) d'inclusion présent(s)

- ▶ **Complexité Instabilité**  
Symptômes complexes, pénibles et instables, qui exigent, en cas de modification ou d'aggravation, une nouvelle évaluation, une adaptation, une prescription et la réalisation de nouvelles mesures.
- ▶ **Vulnérabilité**  
Co-morbidité psychique ou psychiatrique, trouble psychique ou vulnérabilité psychique, personne en situation de handicap, gestion difficile du temps qu'il reste à vivre sur le plan spirituel et/ou existentiel.
- ▶ **Processus de prise de décision**  
Prise de décision délicate à un stade avancé de la maladie, conflits dus à des contextes culturels différents, à des questions éthiques ou relatifs au choix et à l'objectif des mesures thérapeutiques.
- ▶ **Lieu de soins**  
Une prise en charge palliative spécialisée ambulatoire ou stationnaire dans un autre environnement/établissement n'est pas indiquée ou n'est pas pertinente.

- ▶ Orientation  
Évaluation/planification complexe de la sortie et de l'encadrement nécessaire pour un transfert dans une meilleure structure d'accueil pour les personnes concernées et leurs accompagnants proches.
- ▶ Isolement social  
Soutien nécessaire, absence de proches.
- ▶ Réseau du patient  
Décompensation du réseau de prise en charge, épuisement des proches. Situations de crise.
- ▶ Soutien des proches  
Besoin accru de prise en charge des proches, y compris des enfants mineurs. Situation de crise pour le patient ou les proches.
- ▶ Phase terminale  
Situation nécessitant une assistance accrue lors des soins de fin de vie.

### **Critères de non-admission**

- ▶ Critères d'admission dans une autre unité des soins aigus ou non aigus des HUG.
- ▶ Critères de retour à domicile ou de transfert dans une autre structure d'accueil, ou décès imminent.

# Check-list

---

## Organisation du retour à domicile d'un patient en soins palliatifs

- Le patient a été mis au courant de sa maladie, de son évolution et souhaite rentrer à domicile.
- Les proches ont été mis au courant de la maladie du patient (avec son accord) et informés de son évolution. Les proches sont partie prenante du retour à domicile. Les implications pratiques ont été discutées, les attentes et craintes de chacun ont été abordées.
- Le médecin traitant est informé de la situation par téléphone avant la sortie, accepte de se déplacer à domicile. Les modalités de collaboration avec les ressources de la communauté ont été discutées. La prise en charge en cas d'urgences le soir, les week-ends et jours fériés, a été organisée. Les coordonnées en cas d'urgence ont été transmises au patient et à ses proches.
- En cas de complication envisagée (douleurs importantes, dyspnée, compression médullaire...) l'attitude est définie et a été discutée avec le patient, ses proches et le médecin traitant. Le lieu de ré-hospitalisation éventuelle le plus adapté a été défini.
- L'encadrement à domicile (infirmière, aide soignante, bénévoles, télé alarme, repas...), est discuté avec le patient, les proches et l'assistante sociale ou infirmière de santé publique. La prévention de l'épuisement des proches est considérée.
- Les aménagements nécessaires ont été réalisés, au besoin après la visite d'un ergothérapeute.
- Un enseignement est dispensé aux proches selon leurs besoins quant aux traitements, aide à la mobilisation...
- Un document écrit est faxé au médecin traitant, infirmières, le jour de la sortie et au besoin au service d'urgence. Il contient les éléments principaux (diagnostics, symptômes principaux, attitude discutée en cas de complications, existence de directives anticipées).
- Une ordonnance est faite le jour de la sortie, comprend les traitements (carnet à souche pour les opiacés), les traitements de réserve (en particulier antalgiques) et le matériel nécessaire. La continuité du traitement est assurée jusqu'au relais par la pharmacie en ville. Les prescriptions de soins sont remises au patient.

# Informations pratiques

---

## Sites Internet

- [www.hug-ge.ch/soins-palliatifs-professionnels](http://www.hug-ge.ch/soins-palliatifs-professionnels)
- [www.imad-ge.ch](http://www.imad-ge.ch)
- [www.palliativegeneve.ch](http://www.palliativegeneve.ch)

Brochure éditée avec le soutien de

