



Accompagner un patient palliatif en Région bruxelloise



- Identification
- Guidelines
- Ressources pratiques

Accompagner
un patient
palliatif
en Région
bruxelloise

PRÉAMBULE

En Belgique, plus de 20 000 personnes ont besoin – à chaque moment – de soins palliatifs. Ces personnes séjournent le plus souvent à domicile ou en maison de repos et comptent sur vous, médecins généralistes et soignants de 1^{re} ligne, pour gérer leurs symptômes et veiller à leur qualité de vie.

La crise sanitaire que nous avons traversée et les nombreux décès qu'elle a provoqués ont mis en exergue les difficultés auxquelles vous pouvez être confrontés lorsque vous soignez des personnes en fin de vie. Parmi ces difficultés, nous en avons retenu trois: celle d'identifier – le plus tôt possible – les patients avec lesquels il est nécessaire d'aborder la question de la fin de vie et de déterminer un projet de soins, celle de contrôler leurs symptômes, et celle de mobiliser les ressources utiles pour mieux les accompagner.

Cette farde vous est destinée. Elle devrait vous aider dans les soins et l'accompagnement que vous dispensez aux personnes atteintes d'une maladie grave, incurable et évolutive. Elle a été conçue par la Fédération Bruxelloise de Soins Palliatifs (FBSP) en partenariat avec Brusano, grâce au soutien financier de la COCOF et de la COCOM. Elle vous donnera des informations et des conseils pratiques sur la façon de repérer les patients qui pourraient bénéficier de soins palliatifs (partie 1), de soulager leurs symptômes (partie 2) et de faire appel aux structures d'aide utiles à leur situation (partie 3).

Améliorer la qualité de vie des patients atteints de maladie incurable est une noble tâche pour la profession soignante. Tous ensemble, nous pouvons y contribuer !

Marianne Desmedt (médecin, présidente FBSP)

Simon Elst (infirmier, chef de projet FBSP)

Dominique Bouckenaere (médecin, vice-présidente FBSP)

Une initiative de :

En partenariat avec :

Avec le soutien de :



Institutions coordinatrices et représentatives des soins palliatifs en Région de Bruxelles-Capitale:



La Fédération Bruxelloise Pluraliste de Soins Palliatifs et Continus (FBSP) rassemble et représente les structures spécialisées actives dans le secteur des soins palliatifs et continus de la Région de Bruxelles-Capitale.

Fondée en 1997, elle est un centre d'expertise et le porte-parole privilégié des soins palliatifs spécialisés à Bruxelles auprès des autorités régionales, fédérales et internationales.

Son objectif est de promouvoir le développement des soins palliatifs en Belgique et d'en améliorer le niveau qualitatif, en partenariat avec les deux autres fédérations du pays et Brusano.

Brusano exerce les missions de Plateforme de Soins Palliatifs en Région de Bruxelles-Capitale. Les activités développées comportent trois niveaux qui s'articulent :

- À un niveau micro : un appui aux professionnels généralistes par une équipe spécialisée, délivré dans le cadre de situations problématiques (soutien aux équipes, soutien à domicile), ainsi que via le dispositif d'orientation *helpdesk*.
- À un niveau méso : une participation à la formation des professionnels de 1^{re} ligne et des volontaires, l'organisation de concertations soutenant notamment l'articulation entre 1^{re} et 2^e ligne et la contribution à la diffusion de bonnes pratiques dans le domaine palliatif auprès des structures d'accueil et de soins, via la gestion des conventions.
- À un niveau macro : la participation à la diffusion de la culture palliative et à la réflexion sur les soins palliatifs notamment via la collaboration avec la FBSP.

SOMMAIRE

PARTIE 1

→ Conseils pour identifier les patients palliatifs et adapter le projet de soins à leur situation clinique en tenant compte de leurs souhaits et de leurs préférences.

PARTIE 2

→ Résumé des guidelines pour soulager les symptômes des patients dont la prise en charge a pour objectif d'assurer le confort.

PARTIE 3

→ Informations pratiques sur les aides et soutiens à disposition des professionnels de la santé bruxellois.

1.

Identification du patient palliatif et discussion du projet de soins

Repérer les patients palliatifs et adapter le projet de soins à leur situation clinique en tenant compte de leurs souhaits et de leurs préférences représente un enjeu important pour ces malades et pour notre système de santé. Mais c'est un exercice complexe !

Dans cette première partie de la farde, vous trouverez le Palliative Care Indicators Tool (PACT). Cet outil est celui que les autorités belges ont décidé d'utiliser pour identifier les patients qui pourraient bénéficier d'une approche palliative (A.R. fixant les critères pour identifier un patient palliatif, 21 octobre 2018).

Vous y découvrirez également quelques conseils sur la façon d'aborder le projet de soins et d'en discuter avec le patient.

Quand considérer qu'un patient est palliatif ?

PICT et Advance Care Planning (ACP)

Identifier le patient palliatif le plus tôt possible permet aux soignants de repérer le « bon » moment pour :

1. Entamer avec lui et ses proches une **discussion** sur ses **souhaits** et ses préférences quant aux soins et à l'accompagnement à venir.
2. Identifier et répondre à ses **besoins** physiques, psycho-sociaux et spirituels.



- ✓ confiance et satisfaction des patients à l'égard du système de soins
- ✓ utilisation plus raisonnée des ressources en réduisant entre autres l'acharnement thérapeutique
- ✓ meilleur contrôle des symptômes
- ✓ meilleur soutien psycho-social

• Comment puis-je repérer, parmi mes patients, celui qui pourrait bénéficier de soins palliatifs ?

En Belgique, depuis 2018, l'échelle « PICT » est devenue la référence officielle pour identifier les patients pouvant bénéficier d'une approche palliative.

→ Tournez la page pour découvrir cet outil.

Un patient a une réponse positive au PICT ? Attention :

- ce patient ne mourra pas forcément dans les 6 à 12 prochains mois (ce n'est pas un outil pronostic)
- il ne faut pas impérativement arrêter tous les soins et les traitements qui maintiendraient ou prolongeraient la vie du patient
- il n'est pas toujours nécessaire de faire appel à une équipe spécialisée en soins palliatifs (certains patients en auront besoin, alors que d'autres pourront continuer à être soignés uniquement par leur médecin et leurs soignants habituels).

• L'un de mes patients a été identifié par le PICT comme étant palliatif : que dois-je faire ?

Lorsque le PICT vous indique que votre patient pourrait bénéficier de soins palliatifs, cela signifie qu'il est temps de réaliser une évaluation de ses besoins palliatifs et d'entamer une discussion sur ses souhaits concernant les soins à venir (« Advance Care Planning » ou ACP).

L'ACP, ou Planification anticipée des soins en français, vise à définir une orientation commune dans les soins et les traitements à venir. Il permet de s'accorder sur les options thérapeutiques et de garantir au patient que l'on respectera ce qui est important pour lui.

Lorsque cette démarche a été réalisée à temps et en amont des problèmes, elle facilite la prise de décisions dans les situations d'urgence et dans celles où le patient n'est plus capable de s'exprimer. Elle permet également de libérer la parole sur la fin de vie, en réduisant le niveau d'anxiété du patient et en lui offrant la possibilité de reprendre un certain contrôle sur sa vie.

→ Allez à la dernière page de cette fiche pour plus de détails concernant la démarche.

PICT (PALLIATIVE CARE INDICATORS TOOL)

1. Seriez-vous surpris si votre patient venait à décéder dans les 6 à 12 prochains mois ?



☐ NON

☐ OUI

2. Votre patient répond-il à plus de 2 indicateurs de fragilité mentionnés ci-dessous ?

- ☐ Le patient reste au fauteuil ou au lit plus de la moitié de la journée, sans chance d'amélioration.
- ☐ Perte pondérale $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou un indice de masse corporelle $< 20 \text{ kg/m}^2$ ou albuminémie $< 35\text{gr/litre}$.
- ☐ Douleur ou autre symptôme persistant et gênant malgré une thérapie optimale de l'affection incurable sous-jacente.
- ☐ Au moins 1 comorbidité cardiaque, pulmonaire, rénale ou hépatique sévère ou 2 comorbidités non équilibrées ou non traitées (y compris alcoolisme, toxicomanie, et handicap).
- ☐ Au moins 2 hospitalisations imprévues ou 1 hospitalisation d'une durée ≥ 4 semaines, au cours des 6 derniers mois (éventuelle hospitalisation en cours comprise).
- ☐ Intensification des soins infirmiers et/ou intervention hebdomadaire de plusieurs professionnels de la santé de disciplines différentes (à domicile ou en MR-MRS).
- ☐ Demande de soins palliatifs ou refus de (pour) suivre un traitement visant à prolonger la vie de la part du patient (ou des proches si patient inapte).



☐ OUI

☐ NON

3. Votre patient présente-t-il au moins un des critères d'incurabilité d'une affection potentiellement mortelle ?

Les critères d'incurabilité sont détaillés pour chaque pathologie en page de droite.

- 3.1. En cas de pathologie oncologique ou hématologique
- 3.2. En cas de pathologie cardiaque ou pathologie vasculaire périphérique
- 3.3. En cas de pathologie respiratoire
- 3.4. En cas de pathologie rénale
- 3.5. En cas de pathologie digestive ou hépatique
- 3.6. En cas de pathologie neurologique
- 3.7. En cas de syndrome gériatrique
- 3.8. En cas de pathologie infectieuse
- 3.9. Une autre pathologie incurable et évolutive sans possibilité de rétablissement ou de stabilisation qui n'est pas mentionnée aux points 3.1 à 3.8.



☐ OUI

☐ NON

Le patient est identifié comme patient palliatif

Le patient n'est pas identifié comme patient palliatif

Critères d'incurabilité d'une affection potentiellement mortelle:

3.1. En cas de pathologie oncologique ou hématologique :

- Déclin fonctionnel lié à l'évolution tumorale ou à une complication médicale ou chirurgicale.
- Refus ou contre-indication à poursuivre un traitement oncologique, ou poursuite du traitement à visée purement symptomatique.
- Syndrome myélodysplasique à haut risque de transformation leucémique avec contre-indication à la greffe médullaire ou syndrome myélodysplasique compliqué d'une neutropénie ou d'une thrombopénie sévère et persistante.

3.2. En cas de pathologie cardiaque ou pathologie vasculaire périphérique :

- Insuffisance cardiaque NYHA IV ou maladie des coronaires étendue et non traitable, accompagnée de symptômes présents au repos et aggravés au moindre effort.
- Maladie vasculaire périphérique sévère et inopérable.

3.3. En cas de pathologie respiratoire :

- Maladie respiratoire chronique sévère et accompagnée d'une dyspnée au repos ou au moindre effort entre les périodes d'exacerbation.
- Besoin d'une oxygénothérapie au long cours, ou d'une ventilation (invasive ou non invasive), ou contre-indication à ces traitements.

3.4. En cas de pathologie rénale :

- Maladie rénale chronique de stade 4 ou 5 (ou FG < 30 ml/min), traitée ou non par dialyse et accompagnée d'une détérioration de l'état de santé.
- Contre-indication, arrêt ou refus de dialyse.
- Insuffisance rénale aiguë compliquant une maladie incurable ou un traitement chez un malade dont le pronostic de vie est limité.

3.5. En cas de pathologie digestive ou hépatique :

- Cirrhose grave décompensée avec échec du traitement médical et contre-indication à la transplantation hépatique.
- Hémorragie, occlusion ou perforation du tube digestif d'origine non néoplasique avec échec ou contre-indication à un traitement médical et/ou chirurgical.

3.6. En cas de pathologie neurologique :

- Altération irréversible et sévère des capacités fonctionnelles et / ou cognitives et / ou de l'état de conscience, malgré une thérapie optimale.
- Dysarthrie progressive rendant la parole difficile à comprendre, ou dysphagie irréversible et responsable de pneumonies d'aspiration récurrentes.

3.7. En cas de syndrome gériatrique :

- Incapacité de se déplacer, de s'habiller, de se laver et de manger sans l'assistance d'un tiers associé avec au moins un des six critères suivants :
 - incontinence urinaire et fécale
 - refus alimentaire et/ou refus de soins persistant
 - perte définitive de l'appétit, ou perte de poids $\geq 10\%$ en 1 mois, ou indice de masse corporelle < 18, ou albuminémie < 30 gr/litre
 - incapacité à parler, à communiquer et à reconnaître ses proches
 - antécédents de chutes répétées ou d'une chute compliquée
 - dysphagie irréversible et pneumonies d'aspiration récidivantes

3.8. En cas de pathologie infectieuse :

- Une infection ne répond pas aux traitements.

3.9. Une autre pathologie incurable et évolutive sans possibilité de rétablissement ou de stabilisation qui n'est pas mentionnée aux points 3.1 à 3.8.

Comment réaliser un ACP ?

L'ACP est un processus actif de réflexion et de discussion entre le patient, sa famille et l'équipe soignante. Cette démarche prend du temps. Elle ne peut être limitée à un entretien unique ou au seul fait de remplir un document.

Pour respecter l'esprit de l'ACP, il convient de veiller à ce qu'il soit :

- **global** : examiner avec le patient ce qu'il pense et ressent de sa situation et de l'avenir, par exemple en termes de traitement qu'il souhaiterait entreprendre ou éviter, mais également en termes de lieu de soin, d'implication des proches, d'obsèques...
- **centré sur le patient** : se focaliser sur les valeurs et les priorités du patient en tant que personne, et non sur la maladie
- **volontaire** : le patient peut refuser d'y participer de manière temporaire ou définitive, en nommant s'il le souhaite les personnes avec qui les décisions devront être prises, ou décider d'aborder seulement certains sujets, ou encore décider de ne pas choisir
- **progressif** : il s'agit d'une démarche dynamique et continue, amorcée le plus tôt possible, adaptée à l'évolution de la maladie et qui doit être réactualisée au fil du temps et des événements jalonnant la vie du patient

Le médecin traitant joue un rôle important dans une démarche d'ACP. Il s'agit pour lui de trouver le bon moment et la bonne phrase pour ouvrir la discussion, si possible en dehors d'un moment de crise.

Pour cela, il lui est conseillé de :

- **se préparer à la discussion** qu'il aura avec le patient, notamment en évaluant ce qui est réaliste au niveau médical
- **inviter** le patient à s'exprimer le plus librement et largement possible sur son vécu pour évaluer son degré de compréhension de la maladie et connaître ses souhaits et ses espoirs
- **anticiper** l'évolution et les complications à venir afin d'établir avec le patient un projet de soins basé sur ses préférences

- **prendre du temps** avec les patients qui sont dans le déni ou qui conservent des espoirs irréalistes, afin de les aider à mieux appréhender la réalité et de décider des soins à venir (plusieurs entretiens sont souvent nécessaires)
- **inclure l'entourage** familial et l'équipe soignante dans la démarche
- **laisser une trace** écrite du contenu de l'entretien, des valeurs, des préférences de traitement et des souhaits du patient dans le dossier médical en guise de rappel, mais aussi pour transmettre l'information à l'ensemble des soignants

Attention : les documents écrits tels que les déclarations anticipées ou le PSPA permettent de laisser des traces concernant certains éléments mis en évidence par l'ACP. Ils ne doivent pas être confondus avec la démarche ACP en elle-même.

Les documents écrits :

- ne sont ni la finalité de l'ACP, ni son point de départ
- doivent être considérés avec précaution, car ils donnent une idée des valeurs et souhaits du patient à un moment donné. Il est important de ne pas considérer leur contenu comme définitivement acquis : veillez à revisiter ces sujets périodiquement, ou lors de changements importants dans l'évolution de la situation du patient.



2.

Fiches de bonne pratique palliative

Les quinze fiches pratiques rassemblées dans cette partie résument les recommandations de bonne pratique publiées sur le site palliaguide.be. Elles ont été remaniées afin de les rendre accessibles à l'ensemble de la profession soignante.

Ces fiches vous aideront à mieux soulager les symptômes des patients avec lesquels vous avez décidé de ne pas/plus administrer de soins visant à prolonger la vie, et dont la prise en charge a pour objectif d'assurer le confort.

Les thèmes abordés sont les suivants :

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------|
| → Confusion mentale
ou Delirium | → Dyspnée |
| → Constipation | → Hoquet |
| → COVID-19 : 1 ^{re} partie | → Nausées et Vomissements |
| → COVID-19 : 2 ^e partie | → Occlusion intestinale |
| → Diarrhée | → Prurit |
| → Douleur : 1 ^{re} partie | → Râles agoniques |
| → Douleur : 2 ^e partie | → Sédation palliative |
| | → Toux |

la confusion mentale ^{*} ou delirium

La confusion peut se manifester sous 3 formes : 🍷

1. delirium hyperactif (prédominance d'agitation et d'hyperactivité)
2. delirium hypoactif (prédominance de somnolence, apathie, léthargie)
3. delirium mixte (activité psychomotrice normale ou alternance rapide de périodes d'hypo- et d'hyperactivité)



* Syndrome neuropsychiatrique complexe, d'installation rapide, fluctuant, et potentiellement réversible, associant des troubles de la vigilance et de l'attention, des troubles cognitifs, des troubles du comportement et des troubles du sommeil.

ÉVALUATION — DÉMARCHE

Quelles questions dois-je me poser lorsque j'observe une confusion mentale ?

1. S'agit-il bien d'une confusion mentale ? 🍷

- Pour répondre à cette question, appuyez-vous sur les critères DSM-5 (atteinte de l'attention et du niveau de conscience, troubles cognitifs, caractère aigu et fluctuant des symptômes).
- Recourez, en cas de doute, à un outil de dépistage : MMSE, CAM, etc.
- Interrogez les proches et les soignants sur le fonctionnement habituel du patient et sur l'historique des symptômes. N'oubliez pas que leurs observations peuvent se contredire en raison du caractère fluctuant du delirium.
- Posez un diagnostic différentiel avec la démence, la dépression, les états anxieux,

les psychoses, les troubles de l'ouïe ou de la vue, l'aphasie, l'agitation secondaire à un inconfort.

2. Quelles sont les causes de cette confusion mentale ? 🍷

- L'origine d'une confusion mentale est somatique et souvent multifactorielle. Repérez les facteurs étiologiques à l'origine du syndrome (un récapitulatif des étiologies courantes est disponible en dernière page).

Pensez en priorité à :

- une origine médicamenteuse (anticholinergiques, corticoïdes, opioïdes, benzodiazépines...) ou un sevrage potentiel en alcool, nicotine, médicaments (opioïdes, benzodiazépines...)
- une déshydratation, des signes infectieux, un globe vésical ou un fécalome
- Programmez des examens complémentaires en fonction de la situation médicale et du projet de soins : biologie sanguine, bactériologie, imagerie éventuelle, etc.

- Il faut noter que, à l'approche du décès, la confusion est de moins en moins réversible car elle est l'aboutissement de défaillances multiples et de facteurs irréversibles.

Quel traitement puis-je mettre en route ?

Chez les patients présentant des facteurs de vulnérabilité :

→ **prévenez l'apparition d'une confusion en limitant autant que possible leur exposition à des facteurs précipitants**
 → **recherchez les signes avant-coureurs d'une confusion**

- Un traitement étiologique permet de lever la confusion dans 30 à 50% des situations : privilégiez donc ce type d'approche.
- Donnez priorité à des mesures symptomatiques non pharmacologiques.
- Réservez l'usage des neuroleptiques et des benzodiazépines aux cas d'échec des mesures précédentes.
- Donnez au patient et à son entourage des explications claires et suffisantes sur les symptômes présents, leur origine, les traitements envisagés et l'évolution attendue (y compris le risque d'irréversibilité). Conseillez et soutenez les proches afin qu'ils puissent au mieux maintenir le lien avec le patient et être partenaires des soins. Renforcez le dialogue au sein de l'équipe soignante, car le symptôme est source de difficultés (caractère fluctuant et mobilisant, questionnement éthique, etc.)
- Soyez particulièrement attentif(ve) à l'hydratation, à la nutrition, aux risques de fausses déglutitions, aux mobilisations, à l'élimination, au traitement de la douleur et autres symptômes.
- Dans les cas réfractaires chez un patient en fin de vie, envisagez une sédation palliative. Référez-vous à la fiche «**Sédation palliative**».

MESURES NON PHARMACOLOGIQUES

Quelles mesures non pharmacologiques puis-je mettre en place ?

Rétablissez le rythme veille/sommeil

si celui-ci est perturbé :

- En journée, assurez un environnement calme, maintenez une luminosité proche de la lumière du jour et une activité minimale (marche, mobilisations au lit).
- Évitez la prise de stimulants en fin de journée et en soirée (corticoïdes, caféine, etc.)
- Durant la nuit, limitez le bruit et la lumière au strict minimum.

Sécurisez l'environnement du patient :

- Supprimez les sources de danger (lit surélevé, briquet, fil électrique, etc.) et évitez de laisser à disposition du patient des objets inutiles.
- Favorisez la présence d'une personne connue auprès du patient.
- Évitez les contentions car elles aggravent l'agitation et favorisent, par l'immobilité, les escarres et le déclin fonctionnel.

Réorientez le malade dans le temps et dans l'espace :

- Aidez le patient à se situer dans le temps (calendrier, horloge, etc.)
- Évitez les changements (chambre, lieu de vie, personnel soignant, horaire, etc.)

Veillez à communiquer avec le patient le plus clairement possible :

- Utilisez des phrases simples et courtes.
- Faites preuve de patience, de calme et d'empathie.
- Adaptez-vous à l'état et au rythme du patient.
- Le cas échéant, assurez-vous que le malade porte son appareil auditif, recourez à un interprète, etc.

Quelles mesures pharmacologiques proposer ?

Attention : ces médicaments ne visent pas à supprimer la confusion mais à réduire les symptômes qu'elle provoque (anxiété, hallucination, agitation) et qui rendent le patient inconfortable. Ils peuvent eux-mêmes entraîner ou aggraver un delirium.

1. Neuroleptiques

(halopéridol et antipsychotiques atypiques)

Pour tout nouveau traitement neuroleptique :

- Réalisez une titration initiale afin de déterminer la dose efficace.
- Ajustez la posologie une fois par jour et prévoyez des entredoses.
- Évitez des modifications trop rapides ou un arrêt trop brutal du traitement.
- N'associez pas plusieurs neuroleptiques.
- Pensez à une réaction paradoxale en cas d'aggravation de la symptomatologie.
- Interrompez le neuroleptique si un traitement étiologique est possible et efficace.

Halopéridol :

Utile en cas d'agitation psychomotrice, d'hallucinations ou lorsqu'une voie parentérale est requise. Réactions extrapyramidales plus fréquentes qu'avec les neuroleptiques atypiques.

- 0,5 à 2 mg toutes les 12 à 24 h po, sc ou iv
- en cas d'agitation importante :
répéter la dose après 30 min (iv sc)
à 60 min (po) jusqu'à l'effet souhaité

Pour le patient âgé et fragile :

- réduire la posologie

Dose d'entretien :

- habituellement 50% de la dose qui a été utilisée pour calmer la confusion

En cas de traitement prolongé :

- administrez l'Halopéridol une fois par jour à la dose la plus faible possible

Risperidone :

- 0,25 à 1 mg toutes les 12 à 24 h po

Quétiapine :

Utile lorsqu'on recherche une sédation.

- 12,5 à 100mg toutes les 12 à 24 h po

Olanzapine :

Utile lorsqu'on recherche une sédation.

- 2,5 à 5 mg toutes les 12 à 24 h po

Clozapine :

Utile en cas de maladie de Parkinson, avec une extrême prudence en raison de sa toxicité hématologique et cardiaque.

- 12,5 à 50 mg toutes les 12 à 24 h po

2. Benzodiazépines à demi-vie courte

Elles sont utilisées en association avec les neuroleptiques dans le delirium hyperactif avec anxiété majeure et agitation ; en cas d'échec d'un neuroleptique seul ; en première intention dans les sevrages et la maladie de Parkinson ; en fin de vie lorsque le delirium est irréversible.

Lorazepam :

- 0,5 à 1 mg toutes les 12 à 24 h po, sc ou iv
- en cas d'agitation ou anxiété importante :
répétez la dose après 1 à 2 h

Midazolam :

- 2,5 à 5 mg sc ou iv

Pourquoi est-il important de traiter la confusion mentale?

La confusion mentale est fréquente en soins palliatifs. Sa prévalence augmente à l'approche du décès. Elle concerne jusqu'à 85-90% des malades atteints d'un cancer en phase terminale et grève leur pronostic vital. Elle est non diagnostiquée dans plus de 20% des cas, en raison notamment de son polymorphisme clinique.

La forme hypoactive, par exemple, est souvent considérée à tort comme une dépression.

Outil : étiologies courantes d'une confusion en soins palliatifs

Facteurs de vulnérabilité	Facteurs précipitants
→ âge > 70 ans → démence → maladie de Parkinson → défaillance de la vue ou de l'ouïe → comorbidité multiple ou sévère → dénutrition → alcool, opioïdes, poly-médication	→ déshydratation → infection → troubles ioniques : hypercalcémie, hyper- ou hyponatrémie → hypo- ou hyperglycémie → insuffisance rénale ou hépatique → hypoxémie → troubles hématologiques (CIVD, anémie) → médicaments : anticholinergiques, opioïdes, benzodiazépines, etc. → sevrage : alcool, sédatifs, tabac, etc. → chirurgie récente → pathologies cérébro-méningées : tumeur, ischémie, méningite carcinomateuse, épilepsie, etc. → rétention urinaire → constipation → changement de lieu de vie → douleur non contrôlée

Cette fiche est une synthèse partielle du site palliaguide.be
Consultez celui-ci pour des informations complètes, en particulier pour les points accompagnés du signe 
(ici traités très partiellement).

la constipation*

Les causes d'une constipation sont nombreuses et souvent multiples chez un même patient.

La prise d'opioïdes est fréquemment impliquée, rendant certains malades réticents à une augmentation de la posologie ou à la poursuite du traitement antalgique.



* Changement des habitudes défécatoires avec une émission peu fréquente de selles dures, en faible quantité, et une exonération difficile ou une sensation de vidange incomplète.

ÉVALUATION — DÉMARCHE

Quelles questions dois-je me poser lorsque j'observe une constipation ?

1. Le patient se plaint-il de constipation ?

Signale-t-il une difficulté d'aller à selles, une sensation d'exonération incomplète, des ballonnements, des douleurs abdominales ?
Présente-t-il moins de trois selles par semaine ?

2. Y a-t-il un fécalome ?

Un tableau sub-occlusif a-t-il été exclu ?

3. Quelle(s) est (sont) la (les) cause(s) de la constipation ? Y a-t-il un (ou plusieurs) facteur(s) favorisant(s) potentiellement réversible(s) (par exemple un médicament, une déshydratation, un trouble ionique, une lésion anale douloureuse...) ?

Une **surveillance** quotidienne de l'élimination intestinale (au minimum 2 fois par semaine) est nécessaire, même si le patient ne s'alimente plus ou s'il prend déjà un laxatif.

Anamnèse

- Élimination des selles : fréquence, quantité et consistance des selles, habitudes, fausses diarrhées, gaz, difficultés d'exonération, etc.
- Signes et symptômes associés : sensation de plénitude ou de distension, sensibilité ou douleur abdominale, spasmes, ténesme, anorexie, nausées, vomissements, rétention urinaire, confusion, agitation, etc.
- Expérience du patient avec des laxatifs : posologie, efficacité, tolérance.

Examen clinique général

- Examen abdominal : sensibilité,

distension, bruits intestinaux, présence de masses anormales.

- Examen anal : bécance, hémorroïdes, fissures.
- Toucher rectal si utile : tonus, présence/absence de selles, fécalome.

Éventuels examens complémentaires

- RX abdomen à blanc (stase stercorale, fécalome, occlusion).
- Biologie sanguine (ionogramme, bilan thyroïdien, etc.)

Quel traitement puis-je mettre en route ?

L'objectif principal est de prévenir la constipation et, lorsqu'elle est installée, de la traiter efficacement et rapidement.

N'oubliez pas que vous pouvez agir sur les **facteurs environnementaux** tels que le manque d'intimité pour aller à selle, l'inconfort voire la douleur liés à l'utilisation d'une panne ou d'une protection, etc.

Il est recommandé de/d' :

- Corriger les causes traitables (par exemple déshydratation, hémorroïdes, etc.)
- Anticiper les effets constipants des médicaments :
 - o Supprimer ceux qui ne sont plus considérés comme essentiels.
 - o Administrer régulièrement un laxatif à titre prophylactique si le patient reçoit un opioïde (hormis dans un contexte d'accélération du transit).
- Préférer les laxatifs oraux aux suppositoires et aux lavements.
- Administrer systématiquement le laxatif pour éviter une constipation chronique.
- Expliquer au patient l'importance des mesures préventives et les enjeux du traitement.
- Évaluer systématiquement et régulièrement l'effet des mesures et du traitement.

- Durant les derniers jours de vie, évaluer l'intérêt de poursuivre le laxatif et veiller à ce qu'il n'entraîne pas d'inconfort supplémentaire.

MESURES NON PHARMACOLOGIQUES

Quelles mesures non pharmacologiques puis-je mettre en place ?

- Invitez le patient à se mobiliser si sa condition physique le permet.
- En cas d'alitement, proposez éventuellement un massage du cadre colique.
- Encouragez une hydratation orale suffisante.
- Favorisez, si le patient le souhaite, la prise de boissons qui stimulent le réflexe gastro-colique (par exemple thé, café).
- Conseillez une alimentation riche en fibres (par exemple légumes, fruits, compotes), sauf en cas de subocclusion ou si l'hydratation est difficile à maintenir.
- Créez un environnement favorable (intimité, accessibilité, adaptation du WC).
- Recherchez une position facilitant l'exonération (utiliser un rehausseur de WC, un marchepied, une chaise percée plutôt qu'une panne) et assurez le confort (par exemple antalgiques).

Le fécalome : comment l'identifier et le traiter ?

Le fécalome est une masse fécale dure et de gros volume impossible à évacuer spontanément. Il est souvent situé dans le rectum et se manifeste par une constipation, des fausses diarrhées, des douleurs et une incontinence anale. Il peut être à l'origine d'une confusion, d'une rétention urinaire et/ou d'un iléus.

Il est traité par :

- lavement phosphaté ou à base d'huile (à répéter si nécessaire)
- extraction manuelle sous analgésie et sédation (en cas d'échec des lavements)

- solution orale de macrogols avec électrolytes (si impaction fécale située au-dessus du rectum) : 4 sachets dilués dans 500 ml d'eau à boire en 2 heures, 2 fois par jour et à répéter pendant 2 à 3 jours si nécessaire (contre-indiqué en cas d'insuffisance cardiaque)

MESURES PHARMACOLOGIQUES

Quelles mesures pharmacologiques proposer ?

1. Un ou plusieurs laxatifs oraux

De manière générale, choisissez un laxatif à effet stimulant en cas de selles molles, ou un laxatif à effet émollient en cas de selles dures (faible niveau de preuve). Choisissez le laxatif oral en fonction des préférences du patient, de sa capacité à déglutir et des effets indésirables, lesquels sont détaillés dans le tableau disponible au verso de cette fiche (par exemple : flatulences avec lactulose, crampes abdominales avec laxatifs de contact).

Laxatif stimulant ou de contact

- **Sennoside B (poudre, comprimé) :** 10 à 20 mg en 1 prise, le soir (max 3x 30 mg/jour)
- **Bisacodyl (comprimé) :** 5 à 10 mg en 1 prise, le soir (max 3x 20 mg/jour)
- **Picosulfate de sodium (goutte, comprimé) :** 2,5 à 10 mg en 1 prise, le soir (max 3x 10 mg/jour)

Laxatif émollient à action osmotique

- **Lactulose (poudre, sirop) :** 10 à 30 g (15 à 45 ml) par jour, en 1 à 2 prises
- **Lactitol (poudre) :** 10 à 20 g par jour, en 1 prise le matin

- **Macrogol pur ou avec électrolytes (poudre) :** 1 à 3 sachets par jour dilués dans 125 ml d'eau, en 1 prise, le matin (max 3x 2 sachets/jour)
- Recherchez une posologie qui permet une défécation facile, sans douleur, minimum trois fois par semaine ou selon les habitudes du patient ; réduisez la dose en cas de selles très molles ; suspendez temporairement le traitement en cas de selles liquides.
- Administrez le laxatif de façon systématique et régulière.
- Évaluez l'efficacité après 48 à 72h, et ajustez graduellement la posologie.
- En cas d'échec ou d'effets indésirables, combinez un laxatif émollient avec un stimulant.

2. Un laxatif intra-rectal

- Après 3 jours sans selles, administrez un suppositoire ou un micro-lavement.
- Évaluez l'efficacité après une heure.
- Si la constipation persiste, administrez un lavement (monté sur canule rectale si possible).

Contre-indiqué en cas de thrombopénie sévère, d'infection locale ou de fistule. Lorsque la voie orale ne peut pas être utilisée ou dans la constipation neurogène, administrez un suppositoire de glycérine systématiquement et régulièrement (par exemple tous les 3 jours).

3. Autres médicaments (sur avis d'un spécialiste)

- **Méthylalnaltrexone** pour traiter une constipation induite par un opioïde, lorsque celle-ci est réfractaire au traitement par laxatifs émollients et stimulants. La méthylalnaltrexone peut alors être ajoutée. Elle agit en s'opposant à l'action périphérique de l'opioïde sur le péristaltisme intestinal, sans en modifier l'action antalgique.
- **Prucalopride, néostigmine, érythromycine.**

Pourquoi est-il important de traiter la constipation ?

C'est un symptôme fréquent (environ 50% des patients en soins palliatifs) qui génère de l'inconfort et une gêne considérable. Il s'accompagne généralement d'autres symptômes comme des douleurs, des ballonnements, une anorexie ou des nausées. La constipation peut se compliquer d'un fécalome, de fissures anales, d'hémorroïdes, d'une occlusion intestinale et d'une rétention urinaire. Elle peut également être responsable d'une mauvaise absorption des médicaments administrés par voie orale ou rectale.

L'installation d'une constipation conduit à un **cercle vicieux** (diminution du péristaltisme → augmentation du temps de transit → diminution de la teneur en eau et du volume des selles → diminution du péristaltisme) qui sera levé par la prise d'un laxatif **stimulant** (accélération du péristaltisme) ou **émollient** (augmentation de la teneur en eau des selles).

Outil : mécanismes d'actions et effets indésirables des principaux laxatifs

Laxatifs stimulants Anthraquinones • Sennoside • Diphénylméthanes • Bisacodyl • Picosulfate de sodium	Stimulent le plexus myentérique et le péristaltisme, réduisent l'absorption d'eau dans le colon Délai d'action : 8 à 12 h	Éviter s'il y a un risque occlusif Effets indésirables → Crampes dose-dépendantes (réduites par un fractionnement de la dose journalière)
Laxatifs osmotiques Saccharides • Lactulose • Lactitol PEG ou macrogols • Macrogol pur • Macrogol salin	Augmentent la sécrétion d'eau au niveau de l'intestin grêle et donc le volume des selles et activent le péristaltisme Délai d'action : 1 à 3 jours	Intéressant à utiliser si encéphalopathie hépatique. Éviter si intolérance au lactose et au galactose Effets indésirables des saccharides : → Flatulences, ballonnements dose-dépendants → Goût sucré prononcé Effets indésirables des macrogols : → Mieux tolérés que les saccharides → Nécessitent une grande quantité d'eau → Les macrogols salins sont riches en Na et K et doivent être évités si insuffisance cardiaque ou rénale
Laxatifs de lest • Son et mucilages	Augmentent le bol fécal en produisant des matières résistantes à la flore bactérienne, accroissent la fermentation et accélèrent ainsi le transit	Peu utilisés en soins palliatifs car requièrent l'ingestion de grandes quantités d'eau Effets indésirables : → Ballonnements → Aggravation de la constipation, voire obstruction intestinale, par impaction si apport hydrique insuffisant ou sténose préexistante
Laxatifs lubrifiants • Paraffine liquide	Ramollissent les selles, lubrifient leur surface, facilitent ainsi leur passage	Effets indésirables : → Pneumonie graisseuse si fausse déglutition → Fuites anales, irritation périnéale

Cette fiche est une synthèse partielle du site palliaguide.be

Consultez celui-ci pour des informations complètes, en particulier pour les points accompagnés du signe  (ici traités très partiellement).



COVID-19



1^{re} partie : évaluation, démarche, contrôle des symptômes

Ce guideline a pour objectif d'aider les équipes soignantes à accompagner les patients atteints du COVID-19 pour lesquels il a été décidé de ne pas/plus administrer de soins visant à prolonger la vie et dont la prise en charge cherche uniquement à assurer le confort. Il est destiné aux équipes soignantes qui œuvrent à l'hôpital, en maison de repos ou à domicile, chacune d'entre elles pouvant l'adapter en fonction de ses possibilités et de ses contraintes.

Il complète les autres guidelines de Palliaguide et en diffère, dans certaines recommandations, en raison des spécificités du COVID-19 (par exemple rapidité d'évolution, mesures d'isolement obligatoires, dépassement des ressources disponibles, etc.)

ÉVALUATION — DÉMARCHE

Quelles questions dois-je me poser avant d'entreprendre un traitement ?

1. Un projet de soins a-t-il été défini pour le patient ? Est-il palliatif ?

S'il n'existe pas de projet de soins, établissez-en un en vous appuyant sur les éléments suivants :

- Estimer la **gravité de l'infection** (voir l'outil « **Principaux facteurs de gravité du COVID-19** » en dernière page).
- Relever les **facteurs de risques** en tenant compte de l'âge, des comorbidités, de l'état cognitif, du degré de fragilité (par exemple

le score de fragilité clinique), du niveau d'autonomie et de l'état nutritionnel du patient.

- Interroger le patient sur ses **volontés, le plus précocement possible** (en raison d'un risque de dégradation très rapide), en recherchant d'éventuelles directives anticipées et en prenant, si nécessaire, l'avis d'un représentant légal (personne de confiance, proche).
- Se concerter avec les membres de **l'équipe soignante**.
- Tenir compte des ressources disponibles.

2. Le patient souffre-t-il de symptômes inconfortables ?

- fatigue
- toux (souvent sèche et persistante)

- dyspnée d'apparition précoce ou retardée (ou l'aggravation d'une dyspnée chronique) pouvant rapidement conduire à une sensation d'asphyxie
- fièvre parfois élevée et accompagnée de frissons
- anxiété qui peut devenir majeure
- delirium accompagné parfois d'agitation
- encombrement respiratoire
- céphalées, myalgies, douleurs thoraciques
- altération profonde de l'état général associée à une asthénie et à une anorexie
- diarrhées, nausées, vomissements
- anosmie, agueusie

3. L'état respiratoire du patient s'aggrave-t-il ?

Certains patients atteints du COVID-19 basculent rapidement dans un **état de détresse respiratoire aiguë**, parfois en quelques minutes, y compris en début d'infection. Soyez à l'affût des premiers signes de détresse respiratoire : cela vous permettra d'appliquer sans tarder un protocole de détresse.

Au moins un signe clinique respiratoire :

- gêne respiratoire intolérable et constante au repos
- attention obnubilée par le besoin d'air
- tachypnée (fréquence respiratoire ≥ 28 cycles/min)
- utilisation des muscles respiratoires accessoires (élévation de la clavicule à l'inspiration)
- respiration paradoxale (dépression abdominale durant l'inspiration)
- râles ou grognements en fin d'expiration
- battement des ailes du nez
- encombrement bronchique sévère

Associé à au moins l'un des états suivants :

- état de panique quasi constant : yeux écarquillés, muscles du visage contracturés, sourcils froncés, bouche ouverte, dents serrées, etc.
- état d'agitation quasi constant : absence de position confortable, mouvements fréquents non intentionnels, patient agité ou combatif

Quelle démarche thérapeutique dois-je adopter ?

Pour soigner un patient COVID-19 statué palliatif, observez ces grands principes généraux :

1. Veillez à soulager les symptômes et à répondre, au mieux, aux besoins

psychologiques, sociaux et spirituels du patient et de ses proches. Informez les proches, soutenez-les et tentez dans la mesure du possible de rompre l'isolement du patient envers son entourage familial.

Pour offrir au patient et à ses proches un accompagnement humain, veillez à :

- Garantir autant que possible une présence rassurante auprès du patient.
- Maintenir une communication entre le patient et les proches, à l'aide de tous les moyens technologiquement possibles (visioconférence, téléphone, etc.) afin de préserver le lien et de rompre l'isolement du patient.
- Autoriser la visite des proches, en particulier dans les derniers jours de vie, sous réserve du strict respect des mesures de protection.
- Proposer l'intervention d'un(e) psychologue pour le patient et/ou ses proches.
- Répondre aux besoins spirituels du patient en le mettant en contact, s'il le souhaite, avec un représentant de sa religion.

2. Arrêtez toute investigation ou thérapeutique visant uniquement à préserver la vie du patient. N'envisagez plus de telles démarches.

3. Anticipez une aggravation potentielle de l'état respiratoire :

- Assurez-vous d'une disponibilité rapide du matériel de soins (par exemple oxygène, pousse-seringue), des médicaments nécessaires au contrôle des symptômes, d'une présence rassurante auprès du patient et de l'intervention possible d'une équipe spécialisée en soins palliatifs.
- Rédigez les prescriptions anticipées pour que l'équipe infirmière puisse débiter le traitement, sans délai, en cas d'apparition ou de majoration des symptômes.
- Informez, le plus rapidement possible, le patient (ou à défaut son représentant légal) de la

possibilité de recourir à une sédation en cas de détresse respiratoire, recherchez si possible son consentement, informez-en ses proches et signalez l'information dans le dossier médical.

MESURES (NON) PHARMACOLOGIQUES

Quelle voie d'administration dois-je utiliser ?

Choisissez une voie d'administration adaptée à la gravité de l'affection et aux ressources de l'équipe soignante :

- Privilégiez la voie orale ou sublinguale le plus longtemps possible.
- En cas de dégradation de l'état clinique ou d'aggravation de la dyspnée, il vous faudra opter pour une voie parentérale :
 - La **voie intraveineuse** est intéressante pour sa rapidité d'action et l'absorption des médicaments, y compris chez un patient en choc. C'est un premier choix à l'hôpital.
 - La **voie sous-cutanée** est souvent la seule voie possible à domicile ou en maison de repos. Elle permet l'injection continue ou discontinue de médicaments dans la partie profonde de l'hypoderme, à l'aide d'une aiguille à ailette 21 ou 23 G qui peut être laissée en place pendant quelques jours.

Pour administrer les médicaments en continu, utilisez si possible une pompe ou un pousse-seringue. Si ce matériel n'est pas disponible, diluez les produits dans 250 ml de sérum physiologique et perfusez-les en 24 h à l'aide d'un régulateur de débit rotatif (par exemple Dial-a-flow®).

Vous pouvez mélanger certains médicaments dans la même seringue ou la même perfusion.

N'y associez pas plus de 3 produits.

Exemples d'associations possibles :

- morphine + midazolam + scopolamine
- morphine + midazolam + halopéridol
- morphine + midazolam + métoclopramide

- morphine + midazolam + hyoscine butylbromide
- morphine + halopéridol + scopolamine
- morphine + halopéridol + hyoscine butylbromide

Contrôle des symptômes

Dyspnée et détresse respiratoire

Ce point fait l'objet d'un chapitre dédié de la fiche → « **Soulager un patient COVID-19 – 2^e partie** ».

Douleur

Paracétamol

- 1 g po ou iv ou 600 mg intrarectal
- 3 à 4x/jour (max 4 g/jour)

et/ou

Métamizole

- 1 g po sc ou iv
- 3 à 4x/jour (max 4 g/jour)

↓

Veillez en particulier à :

- Rafraîchir le patient (linge frais sur le visage, cold-pack sur les plis inguinaux) et changer régulièrement ses vêtements et ses draps.

Encombrement bronchique chez un patient incapable d'expectorer

Scopolamine

- 0,5 mg sc ou iv 4x/jour
- ou 2 à 3 mg/jour sc ou iv en continu, avec entredose de 0,5 mg si nécessaire

Si l'effet sédatif de la scopolamine est redouté ou à défaut, remplacez-la par :

Hyoscine butylbromide

- 20 mg sc ou iv 4 à 6x/jour
- ou 80 à 120 mg/jour sc ou iv en continu

↓

Veillez en particulier à :

- Installer le patient en position de drainage (par exemple semi-assis ou décubitus en ¾ latéral).
- Limiter l'apport hydrique.
- Éviter les aspirations (diffusion du virus et inconfort pour le patient).

- Surveiller la fonction urinaire (risque de globe)

Autres symptômes : toux, anxiété, delirium

Ces symptômes sont abordés dans la fiche

→ « **Soulager un patient COVID-19 – 2^e partie** ».

Outil : principaux facteurs de gravité du COVID-19

Facteurs d'alerte au domicile	Facteurs d'alerte en milieu hospitalier
→ fréquence respiratoire > 24 cycles/min (au repos) → SaO_2 < 95% en air ambiant → T.A. systolique < 100 mm Hg → troubles de la vigilance → altération brutale de l'état général ou de la vigilance chez un patient âgé	→ déshydratation → infection → température > 40°C → fréquence respiratoire > 24 cycles/min → SaO_2 < 90% en air ambiant ou oxygénorequérance > 3 litres/min → PaO_2 < 70 mm Hg sur gaz du sang artériel → augmentation rapide des besoins en oxygène pour maintenir une saturation > 95% → T.A. systolique < 100 mm Hg → troubles de la vigilance → lactates artériels > 2 mmol/litre → atteinte pulmonaire bilatérale à la radiographie ou au scanner thoracique



COVID-19



2^e partie : contrôle des symptômes et protocole de détresse

MESURES (NON) PHARMACOLOGIQUES (SUITE)

Nausées & vomissements

Métoclopramide

- 10 mg sc ou iv 3 à 4x/jour
- ou 30 à 60 mg/jour sc ou iv en continu

Alizapride

- 50 mg sc ou iv 3 à 4x/jour
- ou 150 à 300 mg/jour sc ou iv en continu

↓

En cas d'agitation :

Remplacez le métoclopramide ou l'alizapride par l'**halopéridol**

- 1 mg po, sc ou iv 2x/jour
- ou 2 mg/jour sc ou iv en continu

↓

Si les nausées persistent :

Ajoutez au métoclopramide, à l'alizapride ou à l'halopéridol de l'**ondansétron** :

- 4 à 8 mg po, sc ou iv 1 à 2x/jour

Toux

Dextrométhorphane

- 10 mg sc ou iv 3 à 4x/jour

ou codéine

- 15 ou 30 mg po 3 à 4x/jour

ou morphine

- 2,5 à 5 mg po 6x/jour
- ou 10 mg/jour sc ou iv en continu

↓

- recherchez une position confortable (par exemple assise ou semi-assise)
- humidifiez l'air de la pièce
- évitez les aérosols (diffusion du virus)

Anxiété

Doses exprimées pour un patient naïf aux benzodiazépines.

Lorazépam

- 0,5 à 1 mg sublingual, po, sc ou iv, à renouveler SN 3 à 4x/jour
- ou 2 à 4 mg/jour sc ou iv en continu

ou Alprazolam

- 0,25 mg sublingual ou po, à renouveler SN 3 à 4x/jour

ou Midazolam

- 1 à 2 mg sc ou iv ou 10 mg/jour sc ou iv en continu

↓

- rassurez, soyez présent(e)

Delirium

Avant toute chose, prenez soin de/d' :

- exclure un globe vésical ou un fécalome
- réorienter le malade, sécuriser l'environnement, assurer le calme

Si un traitement médicamenteux est nécessaire, combinez deux médicaments :

Halopéridol

- 0,5 à 1 mg sc ou iv suivi de 1 à 2,5 mg/jour sc ou iv en continu

⊕

Midazolam

- 1 à 2 mg sc ou iv suivi de 5 à 10 mg/jour sc ou iv en continu

Prévoir des entredoses de 0,5 à 1 mg d'halopéridol et de 1 à 2 mg de midazolam toutes les 4 h.

À défaut de Midazolam : **Lorazépam**

- 0,5 à 1 mg sublingual, po, sc ou iv, à répéter toutes les heures jusqu'à ce que le patient se calme (passer à une dose de 2 mg si l'effet n'est pas suffisant)

Traitement de la dyspnée

Mesures indiquées

- Utilisez la **morphine**, le médicament le plus efficace pour soulager la dyspnée. D'autres opioïdes du palier III peuvent être utilisés, mais sans la même preuve d'efficacité.
- Combinez-la à une **benzodiazépine** en cas d'anxiété ou de dyspnée sévère.
- **L'administration d'oxygène** peut soulager la dyspnée d'un patient hypoxique. Optez pour cette thérapie lorsque la $\text{SaO}_2 < 92\%$ et ne poursuivez l'administration que si elle apporte du confort au patient.
- Déterminez le schéma thérapeutique, la voie d'administration et la posologie des médicaments en tenant compte de l'inconfort occasionné par la dyspnée, du traitement antérieur du patient et des ressources disponibles.

En raison du **risque d'aérosolisation des particules virales**, l'utilisation d'un ventilateur est **déconseillée**, de même que celle d'un aérosol et d'un appareillage à pression positive continue sans circuit adapté.

Les mesures non pharmacologiques suivantes peuvent contribuer à soulager le patient :

- Recherchez un positionnement adapté du patient (par exemple position semi-assise à 45°, coussin sous les genoux).
- Aérez la pièce.
- Appliquez un linge froid sur le visage en cas de fièvre.
- Veillez au confort vestimentaire.
- Assurez des soins de bouche réguliers.

Dyspnée transitoire et/ou d'intensité légère

Morphine

- 5 mg po ou 2,5 mg sc ou iv à administrer ponctuellement, en cas de gêne respiratoire

↓

Veillez en particulier à :

- Pour un patient âgé ou dont la FG < 30 ml/min : réduire la dose de 50%. Pour un patient sous opioïde : augmenter l'entredose antérieure de 30 à 50%.

Dyspnée d'intensité modérée

Morphine

- 5 mg po à administrer systématiquement toutes les 4 h
- ou 2,5 mg iv ou sc à administrer une fois suivi d'une pompe délivrant 10 mg iv ou sc en continu par 24 h
- administrez une dose supplémentaire (entredose ou dose d'appoint) de morphine égale à 10% de la dose de 24 h, si la dose de fond est insuffisante, en respectant un intervalle d'administration de 15 min pour la voie intraveineuse, 30 min pour la voie sous-cutanée et 60 min pour la voie orale
- si la dyspnée persiste ou qu'il y a recours à 3 entredoses/24 h, augmenter la dose de fond de 50 à 100%

↓

Veillez en particulier à :

- Pour un patient âgé ou dont la FG < 30 ml/min : réduire la dose de 50%. Pour un patient sous opioïde : augmenter l'entredose antérieure de 30 à 50%.

Lorazépam

En cas d'anxiété :

- 1 à 2 mg sublingual iv ou sc, à renouveler une fois après 15 à 30 min si l'anxiété persiste
- Administrez ensuite po toutes les 6 à 8 h, ou par une pompe iv ou sc (2 à 4 mg/24h)

Dyspnée d'intensité sévère

Morphine + midazolam

- Morphine 5 mg iv ou sc + midazolam 1 à 2 mg iv ou sc

- Si la dyspnée persiste après 15 min (si iv) ou 30 min (si sc) : injecter morphine 5 mg iv ou sc + midazolam 1 à 2 mg iv ou sc
- Installez une pompe iv ou sc avec 30 mg/jour de morphine et 10 à 20 mg/jour de midazolam
- Administrez une dose supplémentaire (entredose) de morphine égale à 10% de la dose de 24h si la dose de fond est insuffisante, en respectant un intervalle d'administration de 15 min pour la voie intraveineuse, 30 min pour la voie sous-cutanée et 60 min pour la voie orale.
- En cas d'anxiété : administrez une dose supplémentaire de 2 mg iv ou sc de midazolam toutes les 4h.
- Si la dyspnée persiste ou qu'il y a recours à 3 entredoses en moins de 24h, augmenter la dose de fond de 50 à 100%.

À défaut de midazolam :

Lorazépam

- 1 à 2 mg iv ou sc ou sublingual, à renouveler une fois après 15 à 30 min si la dyspnée persiste, à administrer ensuite toutes les 6h ou par pompe iv ou sc (4 à 8 mg/24 h)

Diazépam

- 2 mg iv (ou im), à renouveler une fois après 15 à 30 min si la dyspnée persiste et à administrer ensuite toutes les 6h.

Si la dyspnée s'aggrave et/ou devient insupportable pour le patient, utilisez le **protocole de détresse** pour sédaté le patient.

Détresse respiratoire

Appliquez un protocole de détresse pour endormir le patient le plus rapidement possible et lui éviter une sensation d'étouffement.

Protocole de détresse

1. Injectez morphine 5 mg iv ou sc (+) midazolam 5 mg iv ou sc

Pour un patient déjà sous opioïde :

utilisez une dose initiale de morphine de 10 mg (si le patient consommait moins de l'équivalent de 50 mg/24 h de morphine iv ou sc) ou de 25% de sa dose journalière (s'il consommait plus de l'équivalent de 50 mg/24 h de morphine iv ou sc).

Pour un patient déjà sous benzodiazépine :

utilisez une dose initiale de midazolam de 10 mg (si le patient prenait un anxiolytique 1 à 2 fois par jour) ou de 15 mg (s'il était traité par 3 prises ou plus).

2. Installez une pompe iv ou sc avec 30 mg/jour de morphine + 60 mg/jour de midazolam

3. Si le patient reste éveillé et inconfortable après 5 min (si iv) ou 15 min (si sc), administrez 5 mg iv ou sc de morphine (+) 5 mg iv ou sc de midazolam

Si la détresse persiste après un nouveau
délai de 5 min (si iv) ou 15 min (si sc),
administrez 10 mg iv ou sc de morphine
et 10 mg iv ou sc de midazolam et doublez
la dose de fond des 2 médicaments.

4. Adaptez la suite du traitement en conséquence, en évaluant l'effet sédatif obtenu à l'aide d'une échelle validée (par exemple l'outil «**Échelle de Rudkin modifiée**», à droite).

5. Envisagez d'interrompre l'oxygénothérapie lorsque le patient est profondément endormi.

À défaut de midazolam :

Lorazépam

- 4 mg iv (ou sc), à renouveler si nécessaire après 5 à 15 min et à administrer ensuite toutes les 4 h ou en pompe iv (ou sc), 12 à 20 mg/jour.

ou Diazépam

- 10 mg iv (ou im), à renouveler si nécessaire après 5 à 15 min et à administrer ensuite toutes les 4 h.

Outil : échelle de Rudkin modifiée (traduction française)

Score	Niveau de sédation
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 sur le lobe de l'oreille)
5	Patient avec les yeux fermés ne répondant pas à la stimulation tactile légère



la diarrhée *



En pratique clinique, on parle de diarrhée lorsqu'il y a au moins trois selles très molles à liquides par jour. La diarrhée est dite «aiguë» lorsqu'elle est présente depuis moins de 2 semaines. Elle est «chronique» lorsqu'elle dure plus de 4 semaines. En soins palliatifs, la diarrhée s'explique souvent par la prise d'un laxatif à dose trop élevée. L'arrêt du laxatif résout généralement le problème en 24 à 48 heures. Néanmoins, il existe d'autres étiologies possibles.

* Émission de selles trop fréquentes, trop abondantes et de consistance anormale (très molles ou liquides).

ÉVALUATION — DÉMARCHÉ

Quelles questions dois-je me poser lorsque j'observe une diarrhée ?

1. **S'agit-il d'une vraie diarrhée ?** Ne confondez pas celle-ci avec les situations suivantes :

- La **fausse diarrhée** : plus fréquente que la diarrhée, elle survient dans un contexte de constipation. Elle résulte d'une hypersécrétion muqueuse et d'une liquéfaction de selles en amont du fécalome, et se manifeste par l'émission de selles liquides, par un besoin impérieux de déféquer et parfois par une incontinence. Elle doit être traitée comme une constipation.
- L'**incontinence anale**.
- Des pertes engendrées par une fistule rectale, une tumeur ou une rectite.

2. Quelle est la cause de la diarrhée ?

Les étiologies les plus courantes d'une diarrhée en soins palliatifs sont reprises en dernière page.

3. **Quelles sont les conséquences de la diarrhée ?** Le patient est-il déshydraté ? Y a-t-il un déséquilibre électrolytique ? La région anale est-elle irritée ?

4. **Dans quelles conditions est-elle apparue ? Y a-t-il d'autres signes digestifs ou généraux associés à cette diarrhée ?** Constipation, incontinence, douleur abdominale, crampes, nausées et vomissements, méléna, fièvre, soif intense, etc.

5. **Quelle est la fréquence des selles ? Leur volume ? Leur aspect (consistance, couleur, odeur, présence de sang, glaires ou résidus alimentaires) ?**

6. **Outre l'examen clinique, envisagez des investigations complémentaires** adaptées au projet de soins, après avoir reçu l'accord du

patient **afin de repérer et traiter une cause réversible** : biologie sanguine, coproculture, RX abdomen à blanc pour rechercher une stase stercorale, autres imageries, etc.

Quel traitement puis-je mettre en route ?

Recourez à un traitement étiologique chaque fois que l'état du patient et le projet de soins le permettent.

En cas de diarrhée d'origine infectieuse (en particulier par clostridium), administrez en priorité un traitement anti-infectieux. Pesez également les avantages et inconvénients des ralentisseurs du transit.

Réviser le traitement médicamenteux :

- Arrêtez les laxatifs.
- Passez en revue la médication orale en cours et adaptez-la en fonction du risque de malabsorption (remplacez par exemple les comprimés à libération retard par des comprimés à action immédiate).

MESURES NON PHARMACOLOGIQUES

Quelles mesures non pharmacologiques puis-je mettre en place ?

1. Adaptez le régime alimentaire du patient

- Proposez-lui une diète riche en liquides : thé, coca dégazéifié, etc.
- Privilégiez une alimentation riche en sucres lents : riz, biscottes, pâtes, etc.
- Évitez les fibres (légumes et fruits), les laitages et les graisses.
- Fractionnez les repas.

2. Maintenez une bonne hydratation et corrigez, si indiqué, les troubles électrolytiques

Choisissez de préférence des liquides riches en sucres et en ions par voie orale.

3. Protégez la peau

- Assurez des soins d'hygiène après chaque selle liquide.
- Protégez la peau de la région périnéale et fessière avec une pâte à l'oxyde de zinc.

MESURES PHARMACOLOGIQUES

Quelles mesures pharmacologiques proposer ?

1. Administrez un opioïde, afin de ralentir le transit intestinal

Le **lopéramide** est l'opioïde de 1^{er} choix, car il est mieux toléré et plus puissant que la codéine ou que la morphine. Il peut être associé à un autre opioïde.

Lopéramide

- **diarrhée aiguë :**
4 mg après la 1^{re} selle puis 2 mg après chaque selle (max 16 mg/jour)
- **diarrhée chronique :**
2 à 4 mg toutes les 8 à 12 h

↓

Effets indésirables :
iléus paralytique

2. Ajoutez de l'octréotide, en cas de diarrhée réfractaire

Il réduit les sécrétions digestives et ralentit le péristaltisme.

Il est utile en cas d'échec du traitement par opioïde, et surtout en présence d'une diarrhée secondaire à une iléostomie, une fistule entéro-colique, un syndrome carcinoïde, un syndrome de Zollinger Ellison ou une infection par le VIH.

Octréotide

- 100 à 200 µg toutes les 12 h sc ou iv
- ou 300 à 600 µg/jour sc continu (1500 µg/j si syndrome carcinoïde)

3. Pensez éventuellement à un adsorbant

Si utile, absorbez l'excès de liquides avec un adsorbant (actapulgite, charbon activé).

Ces produits ont une action limitée et sont peu utilisés en soins palliatifs.

Pourquoi est-il important de soulager un patient diarrhéique ?

C'est un symptôme relativement rare chez les patients atteints d'une affection à un stade avancé (sauf dans certaines pathologies spécifiques comme le VIH) mais il génère beaucoup d'inconfort.

Les diarrhées peuvent entraîner une irritation rectale ou cutanée douloureuse, une incontinence fécale, une déshydratation, un déséquilibre électrolytique et une malabsorption. Leur caractère impérieux et incontrôlable peut atteindre les patients dans leur dignité, altérer leur humeur et nuire à la qualité de la relation avec leurs proches.

Outil : étiologies courantes d'une diarrhée en soins palliatifs

Iatrogène	→ Médicaments : laxatifs, antibiotiques, antiacides riches en magnésium, AINS (par exemple indométacine, diclofénac), fer, sorbitol (édulcorant utilisé dans les sirops), cytostatiques (par exemple irinotécan, 5 fluorouracile), thérapies ciblées
	→ entérite post-radique
	→ alimentation par sonde
	→ post-opératoire : gastrectomie, iléostomie, résection étendue du grêle, colectomie droite
Alimentaire	→ excès de fibres ou de fruits, épices, alcool
	→ intolérance au lactose ou au gluten
	→ intoxication alimentaire
Infectieuse	→ gastro-entérite virale
	→ infection bactérienne ou parasitose
	→ candidose
	→ colite à clostridium difficile
Pancréatique	→ pancréatite chronique, cancer du pancréas
Biliaire	→ cholestase, fistule grêle, grêle court
Neuro-endocrine	→ syndrome carcinoïde, VIPome
	→ syndrome de Zollinger Ellison (gastrinome)
Intestinale	→ syndrome de l'intestin irritable → maladie de Crohn → rectocolite ulcéro-hémorragique → ischémie mésentérique → adénocarcinome du côlon ou du rectum
Autres	→ diabète, amylose, hyperthyroïdie



la douleur



1^{re} partie : évaluation, démarche, palier I

La douleur est « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes ». Cette définition souligne son caractère intrinsèquement subjectif et le manque de corrélation entre la douleur et la lésion. Dans un contexte de soins palliatifs, la douleur est liée à l'évolution d'une maladie incurable, à une complication, à un traitement ou à une comorbidité.

ÉVALUATION — DÉMARCHE

Quelles questions dois-je me poser pour évaluer une douleur ?

L'évaluation est la clé du traitement antalgique. Prenez le temps de la réaliser avec rigueur, en vous aidant éventuellement de la checklist au verso de cette fiche. **Recherchez systématiquement la présence d'une douleur** chez tout malade atteint d'une affection incurable (certains ne signalent pas spontanément qu'ils ont mal). Privilégiez l'auto-évaluation, interrogez le patient chaque fois que possible (intensité et description de sa douleur).

Lors de l'évaluation auprès d'un **patient non communicant**, soyez attentif(ve) aux comportements suggestifs d'une douleur, tenez compte de l'observation des proches et des

soignants, distinguez la douleur des autres sources potentielles de détresse (anxiété, delirium, etc.) Faites un test thérapeutique en cas de doute.

Aidez-vous d'**échelles validées** telles que celles mises à votre disposition dans la boîte à outils de Palliaguide.

Répétez régulièrement l'évaluation.

Pensez à recenser les mesures qui ont déjà été prises à titre antalgique, ainsi que leur efficacité et les effets indésirables rencontrés.

Afin de mieux **orienter votre choix thérapeutique**, veillez à :

- Identifier la cause et le (les) mécanisme(s) physiopathologique(s) (douleur nociceptive, neuropathique, mixte) par un examen clinique, neurologique et si nécessaire des examens complémentaires.

- Relever tous les éléments qui vous permettront d'individualiser votre traitement : priorités du patient, projet thérapeutique global, pronostic vital, insuffisance rénale et hépatique, cachexie, comorbidités, âge, médications en cours, etc.
- Inviter le patient et ses proches à nommer leurs représentations, leurs attentes (par exemple, le degré de soulagement attendu) et leurs craintes à l'égard de la douleur et du traitement antalgique.

Quelle démarche dois-je adopter pour choisir le traitement ?

1. Choisissez l'antalgique en vous appuyant sur l'échelle de l'OMS :

- Douleur de faible intensité (EVA < 4) : choisir un antalgique du palier I (non opioïde).
- Douleur d'intensité modérée (EVA entre 4 et 6) ou non soulagée par un antalgique non opioïde administré à la dose maximale : choisir soit un antalgique du palier II (par exemple tramadol), soit du palier III (par exemple morphine) avec une faible dose de départ.
- Douleur de forte intensité (EVA > 6) ou non soulagée par un opioïde du palier II administré à la dose maximale : choisir un opioïde du palier III. Référez-vous à la fiche → « **Soulager la douleur – 2^e partie** ».

2. **Associez des médicaments adjuvants** aux antalgiques de l'échelle OMS chaque fois qu'il existe une indication spécifique (par exemple, en cas de douleur neuropathique ou osseuse) et que le produit est efficace et bien toléré, avec l'objectif d'améliorer la balance entre l'efficacité et les effets indésirables.

3. Choisissez la voie d'administration la moins invasive possible :

- **Privilégiez la voie orale** : formes à libération contrôlée (longue durée d'action) pour le traitement antalgique de fond ; formes à libération immédiate (courte durée d'action) pour les entredoses et les titrations complexes (douleur très intense ou difficile à soulager).
- **Pensez à la voie transdermique pour une**

douleur stable, particulièrement chez un patient polymédiqué, peu compliant, ou présentant des troubles de la déglutition ou digestifs.

- Envisagez une voie parentérale si les voies orale et transdermique sont contre-indiquées :
 1. préférez la voie sous cutanée (efficace, simple et bien tolérée)
 2. évitez si possible la voie intramusculaire (plus douloureuse)
 3. réservez la voie intraveineuse aux urgences ou aux cas suivants : troubles de la coagulation, anasarque, volume à injecter important ou autre contre-indication à la voie sous-cutanée
 4. limitez l'utilisation de la voie rectale peu appréciée par la plupart des patients et contre-indiquée en cas de lésions ano-rectales ou de risque de saignements

4. **Lorsque la douleur est continue**, administrez les antalgiques de façon systématique et à horaire fixe (dose de fond) afin d'éviter la réapparition du symptôme, et tenez compte de la durée d'action du produit pour fixer l'intervalle d'administration.

Attention : pour préserver leur action prolongée, les préparations orales à libération contrôlée ne peuvent être ni coupées, ni écrasées, ni croquées, ni sucées.

Prévoyez toujours des entredoses (doses d'appoint, « si nécessaire ») pour soulager les épisodes douloureux qui surviennent malgré la prise systématique d'antalgiques.

Anticipez les douleurs liées à un geste douloureux (toilette, mobilisation, soins de plaie, ponction, etc.) en administrant un antalgique avant le geste (tenez compte du délai d'action du produit pour fixer l'heure d'administration), associez une prise en charge de l'anxiété (explication, relaxation, anxiolytiques) et des anesthésiques locaux éventuels.

5. **Anticipez et traitez systématiquement les effets secondaires induits par les antalgiques, notamment par les opioïdes** (constipation, nausées, etc).

Antalgiques du palier I

Antalgiques non opioïdes aux propriétés analgésiques et antipyrétiques. Ils sont utilisés en monothérapie pour les douleurs de faible intensité et peuvent être associés à un autre antalgique (palier I, II ou III) pour les douleurs plus intenses.

Paracétamol (po iv ir)

Bon index thérapeutique. Hépatotoxicité dose-dépendante.

Délai et durée d'action :

- voie orale :
agit après 30 à 60 min durant 4 à 6 h
- voie parentérale :
agit après 10 à 15 min durant 4 à 6 h

Dosage :

- 500 mg à 1g, 3 à 4 x/jour po iv
- 600 mg, 3 à 4x/jour ir
- dose max : 4 g/jour (1 g par prise) po iv

↓

Points d'attention :

Réduire la dose de 25 à 50% chez le patient âgé, alcoolique, malnutri, dont le poids est inférieur à 50 kg, ou présentant une altération de la fonction hépatique ou rénale (FG < 10 ml/min). Prudence avec les comprimés effervescent en cas d'insuffisance cardiaque ou rénale (apport en NaCl).

Anti-inflammatoires non-stéroïdiens

Utiles dans la douleur inflammatoire, fréquemment utilisés dans les douleurs liées aux métastases osseuses (sans preuve formelle d'efficacité). Effets indésirables fréquents et potentiellement graves.

Pas de différence d'efficacité entre les AINS mais grande variation interindividuelle. Choisir l'AINS le moins toxique possible, à la dose la plus faible possible, durant le moins de temps possible :

- 1^{er} choix : ibuprofène
(1200 mg/jour po en 3 prises)

- tenir compte du profil de toxicité individuel pour choisir un autre AINS. Pour une douleur superficielle et bien localisée, penser aux formes locales (patch ou gel transdermique), surtout chez le patient âgé ou fragile

Ne jamais associer deux AINS différents (pas de gain d'efficacité mais toxicité accrue).

Métamizole (po iv sc)

Habituellement considéré comme un analgésique de 2^e choix en raison du risque (rare) d'agranulocytose.

Délai et durée d'action :

- voie orale :
agit après 45 à 60 min durant 6 à 8 h
- voie parentérale :
agit après 15 à 20 min durant 6 à 8 h

Dosage :

- 500 mg à 1g, 3 à 4x/jour po iv
- Dose max : 4 g par jour po iv

↓

Points d'attention :

Réduire la dose chez le patient présentant une altération de la fonction hépatique ou rénale. Prudence lors de l'administration par voie parentérale en cas d'antécédents allergiques.

Outil : check-list d'évaluation de la douleur

Topographie	→ distinguer une douleur locale d'une douleur irradiée ou référée.
Intensité	→ relever l'intensité de la douleur actuelle, de la douleur durant les dernières 24 heures (intensité minimale, moyenne et maximale), de la douleur au repos et lors d'une activité, en se basant prioritairement sur une auto-évaluation.
Aspect qualitatif	→ porter attention aux mots que le patient utilise pour décrire la douleur : certains descriptifs évoquent la présence d'une douleur neuropathique (brûlure, décharge électrique, picotements, fourmillements, etc.), d'autres reflètent le vécu affectif du patient (douleur épuisante, angoissante, énervante, etc.)
Aspect temporel	→ s'intéresser au mode de début et au profil évolutif de la douleur. → distinguer une douleur permanente d'une douleur récurrente ou intermittente. → distinguer un fond douloureux continu d'un accès douloureux paroxystique.
Accès douloureux paroxystique (ADP ou breakthrough pain)	→ noter les caractéristiques cinétiques de l'ADP : durée entre le début et le pic d'intensité maximale, durée totale de l'accès, fréquence des accès. → interroger le patient sur le caractère spontané ou provoqué (mouvement, déglutition, défécation, miction, etc.) de l'ADP.
Facteurs de majoration et de soulagement	→ identifier les facteurs majorant ou soulageant la douleur : mouvement, contact, frottement, chaud, froid, stress, alimentation, défécation, etc.
Retentissement	→ noter les retentissements de la douleur sur les activités, l'humeur, la relation avec les autres, le sommeil, l'appétit, etc.
Symptômes associés	→ rechercher les symptômes associés à la douleur (fièvre, toux, etc.) car ils peuvent orienter vers son étiologie.
Traitement actuel	→ relever les thérapeutiques antalgiques (médicamenteuses et non médicamenteuses), le mode d'administration et la posologie des antalgiques en cours et le nombre d'entredoses utilisées. → s'intéresser au degré de soulagement obtenu, aux effets indésirables, à la compliance thérapeutique.
Traitements antérieurs	→ faire une anamnèse détaillée des thérapeutiques antalgiques qui ont été utilisées par le passé en relevant leur durée d'utilisation, leur efficacité, leurs effets indésirables et les raisons de leur abandon.
Analyse pluridimensionnelle	→ s'intéresser à toutes les dimensions de la douleur : - dimension cognitive (signification de la douleur pour le patient et son entourage, connaissances et croyances envers la douleur, son expression et son traitement) - dimension affective (anxiété, dépression, etc.) - dimension sociale (contexte professionnel, familial et culturel) - dimension spirituelle (questionnement sur le sens, signification religieuse)
Assuétude	→ noter les antécédents d'alcoolisme, d'abus de stupéfiants et de benzodiazépines, les facteurs psychiatriques ou sociaux favorisant un usage aberrant des opioïdes.
Attentes et objectifs	→ demander au patient et à son entourage de préciser leurs attentes à l'égard du traitement antalgique (degré de soulagement, amélioration fonctionnelle...) afin de partager un objectif commun.



la douleur



2^e partie : antalgiques des paliers II et III

MESURES PHARMACOLOGIQUES (SUITE)

Antalgiques du palier II

Antalgiques opioïdes utilisés pour la douleur d'intensité modérée, en monothérapie ou associés à un antalgique du palier I. Ils ont un effet plafond (dose maximale à ne pas dépasser). Leur métabolisme dépend des cytochromes P450 : il est donc variable d'une personne à l'autre et sujet aux interactions médicamenteuses.

Tramadol (po sc iv)

Le tramadol a pour particularité d'agir par un double mécanisme. Ceci entraîne une réduction des effets indésirables liés aux opioïdes à dose équianalgésique (constipation, dépression respiratoire, etc.), mais un risque de voir apparaître d'autres effets indésirables propres à la molécule (vertiges, réduction du seuil convulsif, etc.)

Délai et durée d'action :

- voie orale à libération immédiate : agit après 30 à 60 min durant 6 à 8 h
- voie orale à libération prolongée : agit après 3 à 4 h durant 12 ou 24 h
- voie parentérale : agit après 20 à 30 min durant 6 à 8 h

Dosage :

- dose initiale : 25 mg 3 à 4 x/jour po
- dose max : 400 mg/jour po sc iv

Équivalences :

- 100 mg tramadol parentéral = 10 mg morphine parentéral
- 100 mg tramadol po = 10 mg morphine po

- 100 mg de tramadol po = 70 mg tramadol parentéral (90 mg en usage chronique)

↓

Points d'attention :

Réduire la posologie chez le patient âgé, en cas d'altération de la fonction rénale (FG < 30 ml/min) et d'altération sévère de la fonction hépatique.

Codéine (po)

La codéine n'est quasiment plus utilisée aujourd'hui en raison d'une efficacité très variable d'un individu à l'autre (absence d'efficacité dans 7 à 10% des cas, et risque de surdosage chez le métaboliseur rapide).

Antalgiques du palier III

Antalgiques opioïdes tels la morphine, l'oxycodone, l'hydromorphone, le fentanyl, la buprénorphine, la méthadone, etc.

Morphine (po sc iv)

Agoniste pur. Considérée comme l'opioïde de référence pour les conversions, souvent utilisée en 1^{re} intention pour des raisons de familiarité, de disponibilité et de coût.

Délai et durée d'action :

- voie orale à libération immédiate : agit après 30 à 45 min durant 4 à 6 h
- voie orale à libération prolongée : agit après 2 à 3 h durant 8 à 12 h
- voie sous-cutanée : agit après 15 à 20 min durant 3 à 4 h
- voie intraveineuse : agit après 5 min durant 3 à 4 h

Dosage :

- dose initiale : 30 mg/jour po
- dose max : pas d'effet plafond

Équivalences :

- 60 mg morphine po = 20 à 30 mg morphine parentérale (sc ou iv)

↓

Points d'attention :

Contre-indiqué si la clearance de créatinine est <30 ml/min.

Oxycodone (po, sc, iv)

Agoniste pur. À dose équivalente, efficacité et toxicité comparables à celles de la morphine.

Délai et durée d'action :

- voie orale à libération immédiate : agit après 30 min durant 4 à 6 h
- voie orale à libération prolongée : agit après 30 min durant 12 h
- voie sous-cutanée : agit après 15 à 20 min durant 3 à 4 h
- voie intraveineuse : agit après 5 min durant 3 à 4 h

Dosage :

- dose initiale : 20 mg/jour po
- dose max : pas d'effet plafond

Équivalences :

- 60 mg morphine po = 30 à 40 mg oxycodone po
- 60 mg oxycodone po = 30 mg oxycodone parentérale

↓

Points d'attention :

Contre-indiqué en cas d'insuffisance hépatique ou si la clearance de créatinine est <10 ml/min. Tenir compte des modalités de remboursement de la forme parentérale.

Hydromorphone (po sc iv)

Agoniste pur. Utilisé en 2^e ligne dans les douleurs de forte intensité nécessitant une dose ≥60mg/jour morphine orale.

Délai et durée d'action :

- voie orale à libération immédiate : agit après 30 à 45 min durant 4 à 6 h
- voie orale à libération prolongée : agit après 2 à 3 h durant 8 à 12 h

- voie sous-cutanée : agit après 15 à 20 min durant 3 à 4 h
- voie intraveineuse : agit après 5 min durant 3 à 4 h

Dosage :

- dose initiale : cf. tables d'équianalgésie
- dose max : pas d'effet plafond

Équivalences :

- 60 mg morphine po = 8 à 12 mg hydromorphone po
- 16 mg hydromorphone po = 8 mg hydromorphone parentérale

↓

Points d'attention :

Contre-indiqué si la clearance de créatinine est <10 ml/min. Tenir compte des modalités de remboursement de la forme parentérale.

Fentanyl (transdermique)

Agoniste pur. Utile en cas d'insuffisance rénale (dose réduite). Moins constipant que la morphine. Réserver la voie transdermique à une douleur stable.

Délai et durée d'action :

- voie transdermique : agit après 12 à 24 h durant 2 à 3 jours
- en cas de cachexie, la durée d'action peut être raccourcie à 48 h

Dosage :

- dose initiale : cf. tables d'équianalgésie
- dose max : pas d'effet plafond

Équivalences :

- 60mg morphine po = 25 µg/h fentanyl transdermique

Buprénorphine**(sublingual, transdermique, sc iv)**

Agoniste partiel, sans effet plafond aux doses usuelles. Utile en cas d'insuffisance rénale, y compris très sévère. Moins constipant que la morphine. Réserver la voie transdermique à une douleur stable.

Délai et durée d'action :

- voie sublinguale : agit après 45 à 60 min durant 6 à 8 h
- voie sous-cutanée : agit après 15 à 20 min durant 6 à 8 h

- voie intraveineuse : agit après 5 min durant 6 à 8 h
- voie transcutanée : agit durant 72 à 96 h

Dosage :

- dose initiale : 17,5 µg/h buprénorphine transdermique ou 3x0,1 mg sublinguale
- dose max : 140 µg/h buprénorphine transdermique ou 4 mg/jour buprénorphine sublinguale

Comment dois-je déterminer la dose adéquate ?

«Start low, go slow» :
en démarrant le traitement à une dose faible et en augmentant prudemment tant que le patient n'est pas soulagé, vous limitez le risque d'apparition d'effets indésirables.

1. Avec quelle dose dois-je débiter le traitement ?

Si le patient est naïf aux opioïdes, choisissez une dose équivalente à 30 mg/24 h de morphine orale, ou plus faible s'il est âgé, cachectique, ou présente une insuffisance hépatique ou rénale.

Si le patient est déjà sous un opioïde du palier II : calculez la dose à partir des tables d'équianalgésie.

Réalisez la titration en augmentant progressivement la posologie par palier de 30 à 50% jusqu'à l'obtention d'un effet antalgique satisfaisant avec des effets secondaires acceptables pour le patient. Titrez de préférence avec un opioïde à libération immédiate lorsque la douleur est très intense et/ou difficile à contrôler.

2. Quelle formulation et quelle dose de fond dois-je choisir ?

Optez de préférence pour un opioïde à libération prolongée, afin de réduire le nombre

de prises médicamenteuses. Sa posologie est formulée en dose totale par 24h.

3. Comment dois-je utiliser les entredoses ou doses d'appoint (ou « si nécessaire ») ?

Des entredoses doivent être systématiquement prévues en supplément de la dose de fond, pour soulager les accès douloureux paroxystiques (ou « pics de douleur »). Le nombre d'entredoses prises doit être noté afin d'adapter le traitement de fond : lorsque le patient nécessite 3 entredoses ou plus par jour, envisagez d'augmenter la dose de fond.

Pour les entredoses, choisissez un opioïde à action immédiate, dont la dose est équivalente à 10 à 15% de la dose de fond reçue sur 24h.

Lorsqu'une douleur persiste ou réapparaît malgré la prise d'une entredose, une seconde entredose peut être administrée en surveillant l'état du patient et en respectant un intervalle d'administration correspondant au pic maximal d'action de l'opioïde (par exemple pour la morphine : 60 min par voie orale, 30 min par voie sous cutanée et 15 min par voie iv).

Vous pouvez administrer l'entredose à la demande pour soulager une douleur présente. Vous pouvez aussi l'administrer avant un soin douloureux afin d'anticiper la douleur induite.

Comment puis-je limiter les effets indésirables ?

Attention : la constipation est un effet indésirable et persistant de tous les opioïdes. Il est nécessaire de prévoir une prévention. Consultez la fiche → « Constipation ».

- Prévenez et traitez les effets secondaires. Assurez-vous que le patient et ses proches participent activement à la surveillance et à la gestion des effets secondaires.
- Évitez d'augmenter trop rapidement la posologie : évaluez l'efficacité antalgique et

les effets indésirables après chaque augmentation de dose et fixez le palier suivant en conséquence. Vérifiez que l'effet indésirable est bien attribuable à l'opioïde.

- Vérifiez que le symptôme qualifié d'effet indésirable est bien attribuable à l'opioïde.
- Face à un effet indésirable persistant, adaptez le traitement :
 - o si la douleur est soulagée, réduire la posologie de 25% et réévaluer
 - o si la douleur n'est pas soulagée ou si la réduction de la dose entraîne une recrudescence de la douleur : soit introduire une modalité thérapeutique complémentaire (antalgique du palier I, adjuvant, traitement non pharmacologique, etc.), soit changer d'opioïde.

Pourquoi est-il important de soulager un patient douloureux ?

La douleur est très fréquente chez les patients atteints d'une affection incurable : elle concerne plus de trois patients sur quatre atteints d'un cancer avancé et plus d'un patient sur deux souffrant d'une pathologie non cancéreuse évoluée. C'est un symptôme redouté par la plupart des patients car il altère leur qualité de vie, leur capacité fonctionnelle, leur humeur, leurs relations sociales, leur sommeil, leur appétit, etc. Malgré cela, la douleur est régulièrement sous-évaluée et sous-traitée pour des raisons multiples (manque de connaissances, craintes liées aux opioïdes, stoïcisme, fatalisme, etc.)



la dyspnée*

La dyspnée peut être constante ou se présenter sous la forme d'une crise. Elle peut survenir ou être majorée par une activité physique ou un facteur émotionnel. Elle n'est pas toujours accompagnée de signe(s) clinique(s), ni d'anomalie(s) biologique(s) ou radiologique(s).



* Expérience subjective d'inconfort respiratoire qui résulte de l'interaction de composantes physiologiques, psychologiques, sociales et environnementales.

ÉVALUATION — DÉMARCHÉ

Quelles questions dois-je me poser lorsque j'observe une dyspnée ?

1. Quelle est la sévérité de la dyspnée ?

Pour répondre à cette question, il est essentiel d'interroger le patient (en s'aidant éventuellement d'une échelle d'auto-évaluation). S'il n'est pas capable de communiquer, vous pouvez relever les signes cliniques qui pourraient refléter l'existence d'une dyspnée (par exemple une modification du rythme ou de l'amplitude respiratoire, une utilisation des muscles accessoires, une cyanose, de la transpiration, des signes d'anxiété), en vous aidant si nécessaire d'un outil comme le [Respiratory Distress Observation Scale](#) (voir en dernière page).

Attention : ne vous fiez pas à la SpO_2 pour évaluer l'existence et l'intensité d'une dyspnée. Il n'existe pas de corrélation entre ce symptôme et l'hypoxémie.

2. Le patient est-il en situation d'urgence ?

Faut-il envisager un protocole de détresse ?

Recherchez les signes qui font du traitement de la dyspnée **une urgence** : stridor, tachypnée (> 30 respirations par minute), altération de l'état de conscience, etc.

3. Le patient exprime-t-il des peurs liées à la dyspnée ? Comment puis-je y répondre ?

4. A-t-il des symptômes associés à la dyspnée ? Le patient présente-t-il, en plus de la

dyspnée, un encombrement bronchique, une toux, des hémoptysies, une douleur, de la fièvre, une anxiété ou un autre symptôme qu'il faut soulager ?

5. Quelles sont les causes de la dyspnée

(elles sont souvent multiples) ? Existe-t-il un ou plusieurs facteurs qui auraient pu la précipiter ou l'aggraver (par exemple une infection, une anémie, une embolie pulmonaire, un épanchement pleural, une ascite) ?

Quel traitement puis-je mettre en route ?

En premier lieu, un traitement étiologique, c'est à dire un traitement qui vise à traiter la ou les cause(s) de la dyspnée. Cela se fait chaque fois que le contexte clinique le permet, avec l'accord du patient et en évaluant, si possible avec lui, le bénéfice qu'il tirera du traitement en termes de confort et de qualité de vie. L'avis d'un médecin spécialiste sera parfois nécessaire. Lorsqu'un traitement étiologique n'est pas envisageable, on traitera exclusivement le symptôme pour calmer la sensation d'étouffer et l'angoisse.

Le traitement est adapté à chaque patient et réévalué régulièrement. Une prise en charge multidisciplinaire est favorisée.

MESURES NON PHARMACOLOGIQUES

Quelles mesures non pharmacologiques puis-je mettre en place ?

- Expliquer au patient et à son entourage les causes de la dyspnée et les moyens de la soulager.
- Ouvrir le dialogue avec le patient sur ses peurs et les risques qu'il encourt.
- Aborder, si le contexte le justifie, la question de la sédation et offrir un support émotionnel.
- Assurer une présence apaisante et rassurante dans les moments de crise.
- Aérer la chambre, ventiler le visage du patient.

- Aménager le lieu de vie (par exemple chaise roulante ou chaise percée) et prévoir une aide pour les activités de la vie journalière, afin que le patient puisse réserver sa capacité respiratoire à ce qu'il juge important.
- Créer une atmosphère calme avec un espace suffisant autour du patient, et veiller au confort vestimentaire (vêtements amples).
- Installer le patient dans la position qui lui convient le mieux (semi-assis, décubitus sur le côté de l'épanchement pleural, etc.)
- Bien hydrater les lèvres et les muqueuses buccales.
- Proposer des techniques de relaxation et de contrôle de la respiration, avec l'aide d'un kiné.

Faut-il envisager une oxygénothérapie ?

Attention, l'oxygénothérapie n'est pas utile dans toutes les situations !

Si le patient n'est pas hypoxémique

($SpO_2 > 90\%$), ne pas envisager l'oxygénothérapie : dans ce cas, diriger un souffle d'air frais (par exemple avec un ventilateur) sur le visage. Il est démontré que cette thérapie, agissant par stimulation du nerf V2, est aussi efficace qu'une administration d'oxygène, tout en étant bien moins coûteuse et sans effet secondaire.

Si le patient est hypoxémique

($SpO_2 < 90\%$), faire un test thérapeutique de maximum 72h. Poursuivre l'administration d'oxygène uniquement si le symptôme est atténué et sans nouvelle mesure de la saturation.

🕒 Administrer l'oxygène par lunettes si possible, à un débit adapté à la pathologie et à la clinique, en continu ou de manière intermittente. Au domicile, la prescription doit mentionner le type d'oxygénothérapie (par exemple oxyconcentrateur), la période (max 1 mois, renouvelable de manière illimitée), le dosage (litres/minute et nombre d'heures/jour), l'humidificateur, la bouteille de réserve de 1m³ et la mention « tiers payant applicable » (remboursement intégral en cas de statut palliatif).

Quelles mesures pharmacologiques proposer ?

1. Un opioïde

Les opioïdes doivent être utilisés en première ligne. Ils atténuent la sensation de dyspnée sans déprimer le centre respiratoire ou raccourcir la durée de vie, à condition qu'ils soient introduits à faible dose et titrés prudemment. Leurs effets indésirables (par exemple la constipation) doivent être anticipés et gérés comme lorsqu'ils sont prescrits à titre antalgique. L'efficacité de la morphine par voie orale ou parentérale est bien établie (l'utilisation d'aérosol est controversée).

D'autres opioïdes comme le fentanyl ou l'oxycodone peuvent être utilisés mais avec un moins grand degré de certitude quant à leur efficacité.

Déterminer la dose d'entretien

1. Choisir une dose initiale

- patient naïf aux opioïdes : morphine po 15 à 30 mg/j
- patient sous opioïde à titre antalgique : augmenter de 25 à 50% la dose antérieure
- patient âgé, fragile, BPCO, insuffisant rénal, etc. : réduire la posologie de 25 à 50%

2. Effectuer une titration par palier de 25 à 50%, en fonction de la réponse clinique

Déterminer l'entredose

(dose à administrer si nécessaire)

- un dixième de la dose de 24h, administrable toutes les 4 heures, ou toutes les 2 heures sous surveillance médicale

2. Un anxiolytique

Les benzodiazépines à demi-vie courte sont indiquées en 2^e intention en association avec la morphine pour traiter l'anxiété et gérer les crises de panique respiratoire, ou en cas d'échec d'un opioïde seul. Titrer en fonction de la situation clinique.

Remplacer éventuellement par un neuroleptique sédatif chez le patient présentant simultanément une anxiété et une confusion.

Traitement d'une crise de panique respiratoire :

- Alprazolam : 0,25 à 1 mg po
- Lorazépam : 0,5 à 2 mg po m
- Midazolam : 1 à 5 mg sc ou iv

Traitement d'une anxiété chronique :

- Alprazolam : 0,25 à 1 mg toutes les 4 à 6 h po
- ou 1 à 2 mg toutes les 12 h po (forme retard)

3. Autres traitements

Sont envisageables pour des situations spécifiques :

- Un **corticoïde** en cas de composante inflammatoire : compression tumorale, syndrome cave supérieur, lymphangite carcinomateuse, exacerbation de BPCO, etc.
- Un **aérosol bronchodilatateur** en cas de bronchospasme (BPCO, etc.)
- Un **diurétique** en cas de composante cardiaque.
- Un **anticholinergique** en cas de râles agoniques.

4. En cas de dyspnée réfractaire, envisager une sédation palliative. Référez-vous à la fiche

→ « Sédation palliative »

Pourquoi est-il important de soulager un patient dyspnéique ?

C'est un symptôme fréquent (95% des pathologies respiratoires chroniques terminales, 70% des néoplasies avancées, 60% des insuffisances cardiaques). L'impact et l'inconfort que la dyspnée entraîne sont souvent sous-estimés. Elle est source d'angoisse pour le patient et l'entourage, réduit l'autonomie du patient, altère sa qualité de vie et l'isole

socialement. Elle peut conduire à une détresse respiratoire.

Gardez à l'esprit la **nature multidimensionnelle** de la dyspnée. Les médicaments n'interviennent que sur certains aspects physiologiques et ne constituent qu'une partie de la prise en charge globale du symptôme.

Outil pour évaluer la dyspnée d'un patient non-communicant

Respiratory Distress Observation Scale pour l'évaluation de la dyspnée *

Nombre de points	0	1	2	Total
Fréquence respiratoire	< 19	19 – 30	> 30	
Fréquence cardiaque	< 90	90 – 110	> 110	
Agitation : mouvements involontaires	non	occasionnels	fréquents	
Utilisation des muscles accessoires : élévation des clavicules à l'inspiration	non	légère	prononcée	
Respiration paradoxale : dépression abdominale à l'inspiration	non		oui	
Battement des ailes du nez	non		oui	
Râles de fin d'expiration	non		oui	
Expression de crainte Yeux grands ouverts Muscles du visage contractés Froncement des sourcils Bouche ouverte Dents serrées	non		oui	
Total				
Chaque item est coté de 0 à 2. L'échelle note la dyspnée de 0 à 16, 0 signifiant l'absence de dyspnée, 16 une dyspnée maximale. Un score supérieur à 3 prédirait une dyspnée modérée à sévère.				

*Sahut d'Izam M, Thierry Chinet T, Frédéric Guirimand F. Dyspnée en soins palliatifs : épidémiologie, neurophysiologie et évaluation. Médecine palliative 2016 ; 15 : 69-77.

Cette fiche est une synthèse partielle du site palliaguide.be
Consultez celui-ci pour des informations complètes, en particulier pour les points accompagnés du signe 
(ici traités très partiellement).



le hoquet*

On qualifie un hoquet d'« aigu » s'il disparaît dans les 48 h, de « persistant » s'il dépasse 2 jours et de « réfractaire » s'il dure plus d'un mois. Les étiologies d'un hoquet sont nombreuses et parfois multiples chez un même patient. La distension gastrique, la stase et le reflux gastro-œsophagien sont fréquemment impliqués. Il est également intéressant de signaler que certains médicaments utilisés pour calmer le hoquet sont parfois eux-mêmes responsables du symptôme (par exemple la dexaméthasone et le midazolam).



* Contraction involontaire des muscles du diaphragme associée à une fermeture prématurée et brutale de la glotte mettant fin à l'inspiration.

ÉVALUATION — DÉMARCHÉ

Quelles questions dois-je me poser lorsque j'observe un hoquet ?

1. Quel est l'inconfort ressenti par le patient ?

Quelles sont les conséquences de ce hoquet sur la qualité de vie du patient et de son entourage (insomnie, douleur, épuisement, anxiété, stress des proches, etc.) ?

2. Quelle en est la cause (quelles en sont les causes) ? Procédez à :

- Un examen attentif du dossier médical avec un relevé du traitement en cours afin d'exclure une cause médicamenteuse.
- Une anamnèse portant entre autres sur les circonstances d'apparition du hoquet, ses caractéristiques (rythme, intensité, durée),

son impact sur la qualité de vie et les symptômes associés.

- Un examen clinique général en portant une attention particulière à la sphère ORL, au thorax, à l'abdomen, sans oublier l'examen neurologique.
- **Envisagez des investigations complémentaires** (bilan sanguin, examens radiologiques, etc.) adaptées au projet de soins et après avoir reçu l'accord du patient.

Quel traitement puis-je mettre en route ?

- Intervenez **le plus rapidement possible** car un hoquet, même aigu, peut être à la source d'un inconfort majeur.
- Traitez, si indiqué, en fonction du projet de soins et du souhait du patient, la cause du hoquet :

- o en revoyant la médication en cours (par exemple remplacer la dexaméthasone par la méthylprednisolone)
- o en corrigeant les causes métaboliques
- o en ponctionnant une éventuelle ascite ou un épanchement pleural, etc.
- Appliquez un traitement symptomatique si le traitement étiologique est dépassé ou a échoué.

MESURES NON PHARMACOLOGIQUES

Quelles mesures non pharmacologiques puis-je mettre en place ?

- Donnez au patient et aux proches des explications claires et suffisantes sur le symptôme et la façon dont il peut être soulagé. Soyez à l'écoute de l'inconfort ressenti.
- Dans un hoquet aigu et peu dérangeant, utilisez des petits moyens mécaniques simples et populaires :
 - bloquer la respiration
 - boire un verre d'eau en apnée
 - provoquer un éternuement
 - tirer sur la langue
 - etc.
- Dans un hoquet persistant ou réfractaire, pensez à l'apport de l'acupuncture.

MESURES PHARMACOLOGIQUES

Quelles mesures pharmacologiques proposer ?

1. Si le hoquet est d'origine gastro-intestinale, indéterminée ou multifactorielle : choisissez un prokinétique et un inhibiteur de la pompe à protons (IPP).

Métoclopramide :

- 10 à 20 mg po, sc ou iv lent si nécessaire ou toutes les 8h



Omeprazole (ou autre IPP) :

- 20 à 40 mg po ou iv par jour

2. Dans un hoquet d'une autre origine (par exemple affection du système nerveux central) ou si le hoquet résiste à un prokinétique et à un inhibiteur de la pompe à protons : recourir à une ou plusieurs des médications suivantes.

Baclofène :

- 5 mg po toutes les 12 h durant 3 jours
- si la réponse est insuffisante, augmenter de 5 mg/prise tous les 2-3 jours
- maximum 75 mg/jour en 3 prises et en dose d'entretien



Points d'attention :

Envisagez ce traitement sous réserve d'une fonction rénale normale (risque de delirium). Évitez un arrêt brusque (sevrage). Le baclofène peut être associé à la gabapentine.

Gabapentine :

- 100 mg po toutes les 8 h
- si la réponse est insuffisante, augmenter de 100 mg/prise tous les 3 jours
- maximum 1200 mg/jour en 3 prises et en dose d'entretien



Points d'attention :

Adaptez la posologie à la fonction rénale. La gabapentine peut être associée au baclofène.

Halopéridol :

- 1 à 2 mg po, sc ou iv (à répéter si nécessaire)
- 1 à 3 mg au coucher et en dose d'entretien

↓

Points d'attention :

Médicament utile si la fonction rénale est perturbée. Ne l'associez pas au métoclopramide.

Midazolam :

- 2 mg sc ou iv lent (à répéter si nécessaire)
- 10 à 60 mg/jour en sc ou iv continu et en dose d'entretien

↓

Points d'attention :

Utile en fin de vie.

Pourquoi est-il important de soulager le hoquet ?

Le hoquet n'est pas fréquent en soins palliatifs, mais il peut être pénible et invalidant par sa fréquence, son intensité et sa durée.

Même s'il est passager, un hoquet provoque de l'inconfort. Il peut perturber le sommeil, générer de l'anxiété, entraîner des nausées, aggraver une douleur,

nuire à la concentration et affecter les relations sociales. S'il dure, il peut conduire à un véritable épuisement physique et psychologique.

Ce symptôme entraîne rapidement de l'inquiétude et du stress chez les proches.

Outil : étiologies courantes d'un hoquet persistant ou réfractaire en soins palliatifs

Pathologies du système nerveux central	→ AVC → encéphalite, abcès, méningite → tumeur primitive ou métastase → traumatisme crânien → sclérose en plaque → lésion médullaire cervicale ou thoracique (tumeur, infarctus, etc.)
Gastro-intestinale	→ distension gastrique → reflux gastro-œsophagien → maladie ulcéreuse → occlusion
Irritation du nerf vague ou phrénique	→ masse cervicale (goitre, kyste, tumeur, etc.) → masse médiastinale (adénopathie, tumeur, abcès, etc.) → post-opératoire
Irritation du diaphragme	→ hernie → masse sus ou sous-diaphragmatique (tumeur, abcès, etc.)
Métabolique	→ hyponatrémie → hypokaliémie → hypocalcémie → hypocapnie → insuffisance rénale
Médicamenteuse	→ dexaméthasone → diazepam → barbituriques → alpha-méthyl dopa
Autres	→ anxiété, stress → infarctus myocardique, péricardite



les nausées* et vomissements**

Les nausées peuvent être passagères ou permanentes, suivies ou non de vomissements. Leur physiopathologie est encore mal connue et semble en partie distincte de celle des vomissements. Les nausées et les vomissements sont le résultat d'un réflexe complexe. Bien qu'ils soient d'origine multifactorielle dans 25 à 30% des cas, il est souvent possible d'identifier une cause principale.



* Sensation désagréable de malaise et d'inconfort digestif, qui s'accompagne d'une envie de vomir.

** Expulsion forcée, par la bouche, du contenu de l'estomac.

ÉVALUATION — DÉMARCHÉ

Quelles questions dois-je me poser lorsque le patient est nauséux et/ou vomit ?

1. Quand les symptômes sont-ils apparus ?

Y a-t-il une cause sous-jacente ? Avez-vous repéré des facteurs déclencheurs, aggravants ou apaisants ?

2. Quelle est l'intensité des nausées ?

Quelle est la fréquence des vomissements ?

Quelle est leur quantité et quel est leur aspect (bile, aliments non digérés, sang...) ?

Distinguer la régurgitation passive du contenu gastrique d'un vomissement.

3. Quels sont les symptômes associés ?

Douleur, constipation, pyrosis, crampes abdominales, céphalées, vertiges, toux,

confusion, angoisse, anorexie, perte de poids, hoquet, etc. ?

La cause des nausées peut-elle être médicamenteuse ?

Il s'agit d'une cause courante.

Révisez donc systématiquement la liste des médicaments.

4. Quel est l'impact de ces symptômes sur l'état nutritionnel et l'hydratation du patient ?

Soyez attentif(ve), lors de l'examen clinique, à la sphère oropharyngée (mycose, par exemple), à l'abdomen (ascite, hépatomégalie, bruits intestinaux, douleur, par exemple) et faites un examen neurologique (nystagmus, déficit localisé, par exemple). Excluez un fécérome.

En cas de suspicion d'un trouble métabolique et/ou ionique, réalisez, si le projet de soins et le pronostic vital le demandent, une biologie sanguine (urée, créatinine, Na, Ca, K, CRP, fonction hépatique, glycémie, dosages médicamenteux, etc.).

Quel traitement puis-je mettre en route? 🍷

- **Traitez la cause sous-jacente** chaque fois que l'état clinique du patient le permet, en concertation avec lui.
- **Recherchez systématiquement une cause médicamenteuse.** Stoppez tous les médicaments non indispensables et envisagez une rotation d'opioïdes si indiqué.
- **Éliminez si possible les facteurs aggravants :** constipation, anxiété, douleur, toux, etc.
- **Les nausées et vomissements demandent parfois d'associer avec l'antiémétique un médicament spécifique :**
 - **un corticoïde**, pour les nausées et vomissements liés à une hypertension intracrânienne, à une occlusion intestinale, à une carcinomateuse péritonéale, ou à titre d'essai thérapeutique dans le cas de nausées réfractaires
 - **une benzodiazépine**, s'il existe une composante anxieuse
 - **un inhibiteur de la pompe à protons** en cas d'irritation oeso-gastro-duodénale
- En cas de nausées liées à une occlusion intestinale, référez-vous à la fiche → « **Soulager l'occlusion intestinale** ».
- En cas de nausées et vomissements secondaires à une chimio et/ou radiothérapie, référez-vous aux recommandations de l'oncologue.

MESURES NON PHARMACOLOGIQUES

Quelles mesures non pharmacologiques puis-je mettre en place?

- Réduisez les stimuli environnementaux en aérant la pièce, en évitant les odeurs de cuisine et les odeurs désagréables (plaies, selles, etc.)
- Soignez l'hygiène bucco-dentaire, en particulier après les épisodes de vomissements.
- Prévenez la constipation.
- Hydratez et alimentez le patient selon sa

tolérance :

- privilégiez des repas légers et fractionnés par petites quantités répétées
 - proposez des boissons fraîches
 - choisissez des aliments source de plaisir
- Informez le patient et ses proches en donnant des explications claires et suffisantes sur les causes des symptômes et sur la façon dont ils peuvent être soulagés.
 - Si le contexte le permet, intégrez des techniques de médecine alternative, telles que la relaxation, l'hypnose ou l'acupuncture.

En cas de vomissements abondants, faut-il envisager une alimentation et/ou une hydratation artificielle(s) ?

Avant d'introduire une hydratation et/ou une alimentation parentérale(s), pesez les avantages et les inconvénients de ces techniques en tenant compte du projet de soins et du pronostic vital et assurez-vous des souhaits du patient.

MESURES PHARMACOLOGIQUES

Quelles mesures pharmacologiques proposer?

L'approche thérapeutique proposée ici est ciblée sur la cause des nausées et vomissements. Pour vous aider à identifier cette cause, consultez la dernière page.

1. Vomissements par stimulation de la zone gâchette chémoréceptrice (CTZ)

Métoclopramide (po sc iv) en 1^{re} intention

- 10 mg 3 à 6x/jour
 - ou 30 à 60 mg/jour sc ou iv en continu
- Dose maximum : 120 mg/jour
Dose réduite en cas d'insuffisance rénale

ou alizapride (po sc iv) en 1^{re} intention

- 50 mg 3 à 4x/jour
- ou 150 à 300 mg/jour sc ou iv en continu

Dose maximum : 300 mg/jour

ou halopéridol (po sc iv) en cas d'occlusion intestinale ou en 2^e intention

- 0,5 à 1 mg 1 à 2x/jour
- ou 2,5 à 5 mg/jour sc ou iv en continu

Dose maximum : 10 mg/jour

ou dompéridone (po) en cas de maladie de Parkinson

- 10 mg 3 à 4x/jour
- Dose maximum : 60 mg/jour

En cas d'échec, associer à de l'ondansétron (po sc iv)

- 4 à 8 mg 1 à 2x/jour
- ou 8 à 16 mg/jour sc ou iv en continu

Dose maximum : 16 mg/jour

Dose réduite en cas d'insuffisance hépatique

2. Nausées et vomissements d'origine vestibulaire, ou d'origine cérébrale en cas d'effet insuffisant ou de contre-indication des corticoïdes

Hydroxyzine (po)

- 12,5 à 25 mg 3 à 4x/jour

Dose maximum : 60 mg/jour

ou scopolamine (sc iv)

- 0,125 à 0,5 mg 3 à 4x/jour
- ou 2 à 4 mg/jour sc ou iv en continu

3. Vomissements sur trouble de la vidange gastrique

- **Métoclopramide** (cf. point 1)
- **ou dompéridone** (cf. point 1)
- **ou alizapride** (cf. point 1)

En cas d'échec, associer à de l'ondansétron (po sc iv) (cf. point 1)

4. Autres origines périphériques ou étiologie inconnue

- **Métoclopramide** (cf. point 1)
- **ou dompéridone** (cf. point 1)
- **ou alizapride** (cf. point 1)
- **ou halopéridol** (cf. point 1)

5. Vomissements réfractaires. Remplacer le traitement antiémétique en échec par :

- **Olanzapine (po ou sc)**
5 à 10 mg 1x/jour
- **ou lévomépromazine (po)**
6,25 à 12,5 mg 1x/jour

En dernier recours, envisagez une sédation palliative : référez-vous à la fiche

→ « **Entreprendre une sédation palliative** ».

Pourquoi est-il important de traiter les nausées et vomissements ?

Les nausées et les vomissements concernent 40 à 70% des patients atteints d'un cancer à un stade avancé. Ce sont également deux symptômes fréquents dans des affections chroniques comme l'insuffisance cardiaque, rénale ou hépatique terminale. Ces symptômes peuvent conduire à une mauvaise compliance médicamenteuse, se compliquer de déshydratation, de troubles hydro-électrolytiques, de pneumonie d'inhalation, de malnutrition et de lésions du tube digestif (œsophagite, syndrome de Mallory-Weiss). Ils altèrent considérablement la qualité de vie des malades et génèrent de l'inquiétude chez le patient et ses proches.

Outil d'aide à l'identification de la cause principale des nausées et vomissements :

Stimulation de la zone gâchette chémoreceptrice	Nausées persistantes, peu soulagées par les vomissements.	→ médicaments : opioïdes, AINS, antibiotiques, antidépresseurs (SSRI, ATC, etc), anticonvulsivants, digoxine, théophylline, etc. → troubles ioniques ou métaboliques : urémie, hypercalcémie, hyponatrémie, insuffisance hépatique, insuffisance surrénalienne, acidocétose, etc. → toxines bactériennes (sepsis), toxines tumorales, ischémie intestinale, etc.
Origine cérébrale	Vomissements qui peuvent être accompagnés de céphalées, de douleur cervicale et/ou d'un déficit neurologique.	→ hypertension intracrânienne → atteinte méningée (par exemple carcinomatose méningée)
Origine vestibulaire	Nausées et vomissements liés aux mouvements de la tête, associés à des vertiges ou à des étourdissements et à un nystagmus.	→ pathologie de l'oreille interne : vertige de Ménière, infection, tumeur, etc. → médicaments : opioïdes
Sur trouble de la vidange gastrique	Vomissements intermittents, de grand volume, pouvant contenir des aliments ingurgités plusieurs heures auparavant, entraînant un soulagement des nausées, souvent accompagnés d'une sensation de satiété précoce, de reflux et de hoquet. Nausées peu présentes sauf avant le vomissement.	→ médicaments : opioïdes, anticholinergiques, antidépresseurs tricycliques, phénothiazines, chimiothérapie, etc. → trouble fonctionnel (gastroparésie) : dysfonction du système nerveux autonome (par exemple syndrome paranéoplasique, diabète) → trouble mécanique : néoplasie gastrique et compression extrinsèque (hépatomégalie, ascite, masse tumorale, etc.)
Autres origines périphériques	→ troubles du transit intestinal : iléus, occlusion intestinale, constipation importante et fécalome → gastrite, ulcère gastro-duodénal, gastroentérite → irritation péritonéale → autres pathologies viscérales : foie, voies biliaires, pancréas, système urinaire, cœur, œsophage → toux → tumeur et infections ORL	

Cette fiche est une synthèse partielle du site palliaguide.be

Consultez celui-ci pour des informations complètes, en particulier pour les points accompagnés du signe  (ici traités très partiellement).



l'occlusion intestinale*

L'occlusion intestinale peut être mécanique ou paralytique. Elle peut être partielle ou complète, uni ou multifocale (p.ex. dans une carcinomatose péritonéale), d'origine bénigne ou maligne, et touche plus souvent l'intestin grêle que le colon.



* Arrêt du transit intestinal.

Avant d'entrer dans un état d'occlusion complète et persistante, la plupart des patients présentent des épisodes occlusifs sporadiques, spontanément résolutifs, dont le rythme et l'intensité se marqueront au fil du temps.

En soins palliatifs, le début d'une occlusion est souvent insidieux : il est marqué par l'apparition – puis l'aggravation progressive – de douleurs abdominales, de nausées et de vomissements. Le moment de l'arrêt des matières et des gaz est généralement incertain chez des patients qui étaient par ailleurs souvent constipés.

ÉVALUATION — DÉMARCHÉ

Quelles questions dois-je me poser lorsque je soupçonne une occlusion ? 🧠

1. Le patient présente-t-il des symptômes liés à un état occlusif ?

- Des vomissements, précoces et abondants dans l'occlusion haute (estomac, duodénum, jéjunum) ou plus tardifs, moins fréquents et fécaloïdes dans l'occlusion basse.
- Des nausées intermittentes ou continues.
- Des spasmes résultant de contractions intestinales.
- Une distension abdominale, marquée en cas d'atteinte de l'intestin grêle distal ou du colon.
- Un transit conservé tardivement dans les occlusions proximales ou incomplètes, un arrêt précoce des selles en cas d'obstacle complet du colon, une émission

intermittente de gaz et de selles liquides (pullulation bactérienne) en cas d'atteinte du grêle, d'occlusion partielle ou d'impaction fécale.

2. Certains facteurs ont-ils précipité ou aggravé l'état occlusif ? Une constipation, des médicaments constipants tels que les opioïdes, une ascite, etc.

3. Quelles sont les représentations et les peurs générées par l'occlusion ?

4. Quel est l'impact de l'occlusion sur la qualité de vie du patient ? Invitez le patient à établir lui-même les limites de l'inconfort, notamment en termes de nausées, de vomissements et de douleurs.

Quel traitement puis-je mettre en route ?

- **Éliminez les facteurs précipitants** facilement traitables : par exemple par ponction d'ascite évacuatrice, traitement de la constipation, adaptation des médicaments, correction de troubles ioniques.
- **Envisagez des investigations et un traitement étiologique** en tenant compte du pronostic vital du patient, chaque fois que le contexte clinique le permet. Évaluez – en concertation interdisciplinaire et avec le patient – leurs bénéfices et leurs inconvénients en termes de confort et de qualité de vie : par exemple chirurgie, stent duodénal ou colorectal, chimiothérapie.
- Lorsque le traitement étiologique est dépassé, **adoptez des mesures symptomatiques** pour soulager les douleurs, nausées, vomissements et symptômes associés.
- Discutez avec le patient et l'entourage de l'adaptation de l'alimentation et de l'hydratation par voie orale :
 - Durant les premiers jours d'un épisode occlusif, interrompez la prise de l'alimentation orale, dans l'attente d'un traitement désobstructif ou d'une réponse au traitement médicamenteux.
 - Dans une occlusion complète installée : autorisez la prise d'une alimentation liquide ou semi-liquide par voie orale, moyennant un risque de vomissements, en privilégiant de petites quantités de façon répétée (par exemple 50 ml toutes les 30 minutes).
 - Dédramatisez la survenue des vomissements épisodiques, en invitant à considérer le symptôme comme « une façon d'évacuer un trop plein ».
 - Entre deux épisodes occlusifs, proposez la reprise d'une alimentation plus solide, sans fibres et fractionnée.
- Attirez l'attention du patient et de l'entourage sur l'importance d'une bonne hygiène buccale et sur la nécessité de soins de bouche pluriquotidiens.
- Abordez la question de la nutrition et de l'hydratation artificielles en évaluant, avec le patient, leurs bénéfices et leurs inconvénients en termes de durée et de qualité de vie. La décision sera guidée par le caractère réversible ou non de l'occlusion, le pronostic vital, la gêne occasionnée par les symptômes et les souhaits du patient.

MESURES NON PHARMACOLOGIQUES

Quelles mesures non pharmacologiques puis-je mettre en place ? 🍀

- Réduisez les stimuli environnementaux en aérant la pièce, en évitant les odeurs de cuisine et les odeurs désagréables (plaies, selles, etc.)

Faut-il avoir recours à une sonde de décharge ?

N'envisagez l'usage de ces sondes que dans les situations suivantes :

- **De façon temporaire** (quelques jours), pour décharger les liquides et les gaz afin de décompresser le tube digestif, dans l'attente d'un traitement désobstructif ou d'une réponse au traitement médicamenteux. Envisagez le retrait de la sonde de décharge si le volume recueilli est < 300-500 ml/jour et si son clampage durant minimum 48h n'entraîne pas de vomissements.

- De façon définitive, en cas de vomissements abondants, itératifs et/ou mal tolérés par le patient, de coma (risque élevé d'inhalation) ou si le patient souhaite continuer à s'hydrater par voie orale sans limiter le volume ingurgité. Préférez une gastrostomie/jéjunostomie à une sonde nasogastrique chez les patients dont le pronostic vital se chiffre en mois (préservation de l'image corporelle, réduction du risque d'aspiration et de déplacement de la sonde).

MESURES PHARMACOLOGIQUES

Quelles mesures pharmacologiques proposer ?

(les voies et des dosages indicatifs sont donnés en dernière page)

1. Dans un iléus mécanique complet bien établi, soulagez les symptômes :

Nausées :

- **Halopéridol**
- Associez un antagoniste 5HT3 (**ondansétron**) si nécessaire.
- Évitez si possible le métoclopramide et l'alizapride (augmentent les crampes).

Douleur :

- N'hésitez pas à utiliser un opioïde puissant.
- Pensez au **métamizole** car il est administrable par voie sc ou iv.
- Associez, si nécessaire, un antispasmodique : **hyoscine butylbromide**.

Nombre et volume des vomissements : antisécrétoires

- Administrez un analogue de la somatostatine, par ex. de l'**octréotide**.

- Pensez à un inhibiteur de la pompe à protons en cas d'occlusion haute (pour réduire les sécrétions gastriques).
- Associez si nécessaire un anticholinergique : **hyoscine butylbromide**.

2. Dans un iléus partiel, tentez de lever l'occlusion et de soulager les symptômes :

Réduire l'œdème péri-tumoral : corticoïdes

- **Méthylprednisolone** ou **dexaméthasone**.
- S'il n'y a pas de reprise du transit après 5 à 10 jours : interrompez le traitement.
- Si la réponse est positive : réduisez progressivement la dose pour, si possible, l'arrêter.

Prévenir une constipation surajoutée : laxatifs

- Administrez des laxatifs osmotiques à dose efficace, par exemple du **lactulose**.
- Évitez les laxatifs stimulants (aggravation des coliques).
- Ajoutez un laxatif par voie anale si le rectum est rempli de selles.
- Interrompez le traitement en cas d'arrêt complet du transit.

Nausées et transit :

- Réalisez une titration avec du **métoclopramide** ou de l'**alizapride**.
- Le caractère procinétique stimulera le transit.

Douleur :

- Prévoyez un antalgique (pensez au métamizole).
- Envisagez un opioïde si la douleur est très intense.
- Tenez compte du fait que le **fentanyl** et la **buprénorphine** transdermiques auraient moins d'effets constipants.

Diminuer le volume des sécrétions digestives :

- Un analogue de la somatostatine, par ex. de l'**octréotide**.
- Entre deux épisodes occlusifs réversibles, prendre éventuellement le relais avec une forme retard.

Pourquoi est-il important de traiter l'occlusion intestinale ?

L'occlusion intestinale a un lourd retentissement psychologique. Outre l'inconfort lié aux symptômes physiques, elle provoque de l'anxiété, altère l'image corporelle et confronte le patient et son entourage aux questions de l'alimentation et de l'hydratation.

Dosages indicatifs pour les mesures pharmacologiques préconisées :

Corticoïdes (pour réduire l'œdème péritumoral)	
Méthylprednisolone	→ 40 à 125 mg im, iv toutes les 24h, durant 5 à 10 jours
Dexaméthasone	→ 5 à 15 mg sc ou iv toutes les 24h, durant 5 à 10 jours
Laxatifs (pour éviter une constipation)	
Lactulose	→ 10 à 30 g (15 à 45 ml) par jour en 1 à 2 prises
Antémétiques (pour soulager les nausées)	
Métoclopramide	→ 5 à 10 mg sc, iv toutes les 6h → 30 à 60 mg par 24h sc ou iv continu (max 120 mg/jour)
Alizapride	→ 3 à 6x 50 mg/jour sc ou iv → 150 à 300 mg/jour en continu
Halopéridol	→ 0,5 à 2 mg sc toutes les 8 à 12h → ou 2,5 à 5 mg/jour en sc ou iv continu
Ondansétron	→ 4 à 8 mg sc ou iv toutes les 12 à 24h → ou 8 à 16 mg/jour en sc ou iv continu
Antalgiques (pour soulager les douleurs)	
Métamizole	→ 0,5 à 1 g sc ou iv toutes les 6 à 8h
Morphine ou autre opioïde	→ à titrer selon l'intensité douloureuse
Hyoscine butylbromide (spasmolytique)	→ 10 à 40 mg sc ou iv toutes les 4 à 6h → ou 40 à 120 mg/jour en sc ou iv continu (max. 240 mg/j)
Anti-sécrétoires (pour limiter la fréquence et le volume des vomissements et diminuer les symptômes)	
Octréotide	Forme immédiate : → 100 à 300 µg sc ou iv toutes les 8h → ou 300 à 900 µg/jour en sc ou iv continu Forme retard : → 20 à 30 mg im tous les mois avec un chevauchement de 6 jours entre la forme immédiate et la forme retard
Hyoscine butylbromide	→ 10 à 40 mg sc ou iv toutes les 4 à 6h → ou 40 à 120 mg/jour en sc ou iv continu (max. 240 mg/j)
Antalgiques (pour soulager les douleurs)	
Oméprazole	→ 40 mg sc ou iv toutes les 24h

Cette fiche est une synthèse partielle du site palliaguide.be

Consultez celui-ci pour des informations complètes, en particulier pour les points accompagnés du signe  (ici traités très partiellement).



le prurit*

Le prurit peut se manifester sur une surface limitée de la peau ou être généralisé. Un nombre important d'affections dermatologiques ou systémiques et de médicaments peuvent entraîner ce symptôme. Le prurit peut également être d'origine neuropathique ou psychiatrique. La prévalence augmente avec l'âge et son origine est parfois multifactorielle. Il est souvent plus intense la nuit et se majore avec la déshydratation, la chaleur et l'anxiété. Un cercle vicieux *prurit → grattage → prurit* peut rapidement s'installer.



* Sensation déplaisante de la peau ou des muqueuses qui provoque le désir de se gratter.

ÉVALUATION — DÉMARCHÉ

Quelles questions dois-je me poser lorsque j'observe un prurit ?

- Quelles sont la localisation et l'étendue du prurit ?
- À quel moment le symptôme s'est-il déclaré et quelle a été son évolution dans le temps ?
- Quels sont les retentissements du prurit sur le sommeil, l'humeur et la qualité de vie du patient ?
- Quelle en est la cause ?
 - Le patient prend-il un médicament qui peut provoquer un prurit ? Passez en revue les opioïdes (en particulier la morphine), les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), les inhibiteurs de l'enzyme de conversion

de l'angiotensine (IECA), les statines, les traitements anti-tumoraux (se référer aux notices des produits), etc.

- Réalisez un examen clinique général associé à un examen attentif de la peau.
- Repérez les signes évoquant une affection cutanée spécifique (dermatite atopique, dermatite de contact, psoriasis, candidose, herpès, parasitose, etc.)
- En cas de doute concernant l'étiologie de l'affection cutanée, envisagez un avis dermatologique.
- Outre l'examen clinique, envisagez des investigations complémentaires (bilan sanguin, tests allergiques, etc.) adaptées au projet de soins et après avoir reçu l'accord du patient.

Quel traitement puis-je mettre en route ?

Veillez à **hydrater la peau en appliquant régulièrement et à volonté un émollient**. Recourez à un **traitement systémique** si les **soins locaux ne calment pas suffisamment le prurit**.

- Ayez si possible le traitement sur la cause identifiée (par exemple éviction de l'allergène connu ou supposé, traitement dermatologique d'une affection cutanée, prothèse biliaire en cas d'obstacle sur les voies biliaires, etc.)
- Passez en revue la médication pour exclure une cause médicamenteuse. Évitez les substances connues pour causer un prurit.
- Envisagez l'administration d'un antihistaminique sédatif au coucher (par exemple hydroxyzine 25 mg), particulièrement en cas d'insomnie liée à un prurit nocturne, afin d'améliorer le sommeil et d'éviter le grattage nocturne.

MESURES NON PHARMACOLOGIQUES

Quelles mesures non pharmacologiques puis-je mettre en place ?

- Gardez les ongles courts et propres pour éviter les lésions de grattage et les surinfections.
- Évitez les bains chauds et prolongés : préférez une eau tiède. Ajoutez un émollient à l'eau du bain.
- Séchez la peau en tamponnant avec un linge doux, plutôt qu'en frictionnant.
- Appliquez systématiquement un émollient après le bain ou la douche, et répétez les applications.
- Évitez le savon, les produits parfumés et ceux à base de lanoline.
- Invitez le patient à porter des vêtements amples, de préférence en coton. Évitez les matières irritantes comme la laine.

- Maintenez un environnement frais et humidifiez le lieu de vie.
- Conseillez de limiter l'usage de la caféine, de l'alcool et des épices, en raison de leur effet histaminolibérateur à l'origine d'une vasodilatation.
- Envisagez le recours à des techniques de réduction du stress en cas d'anxiété.
- Envisagez la photothérapie UVB en cas de prurit réfractaire.

MESURES PHARMACOLOGIQUES

Quelles mesures pharmacologiques proposer ?

1. Un agent topique

- appliquez un **émollient** ou un **émollient mentholé** à 1-2 % (pour procurer une sensation de fraîcheur)
- si inflammation localisée non infectée : appliquez localement un **corticostéroïde**
- si prurit localisé et très gênant : appliquez un **patch de lidocaïne** 12h/jour et évaluez le bénéfice après quelques jours

2. Un traitement systémique

Les traitements suivants sont repris selon leurs cibles. Il s'agit des traitements de 1^{re} ligne. Pour consulter les traitements de 2^e ligne et au-delà, consultez [Palliaguide](#).

Prurit sur choléstase

- **Colestyramine** (inefficace si obstruction biliaire complète) : 4 g, maximum 4x/jour

↓

Points d'attention :

Effets indésirables fréquents : nausées, ballonnements, etc.

En cas d'obstacle tumoral sur la voie biliaire principale, l'indication de prothèse biliaire doit être évaluée.

Prurit sur urémie

- **Gabapentine** : 100 mg/jour po (après la séance

de dialyse). La posologie peut être augmentée progressivement jusqu'à 300 mg.

ou

- **Prégabaline** : 25 mg/jour po (après la séance de dialyse). La posologie peut être augmentée progressivement jusqu'à 75 mg.

Prurit induit par un opioïde

- **Hydroxyzine** : 25 à 50 mg au coucher po

Prurit secondaire à un trouble hématologique

Si lymphome de Hodgkin :

- **Méthylprednisolone** : 8 à 16 mg
1 à 2x/jour po ou iv

Prurit paranéoplasique sur tumeur solide

- **Paroxétine** : 5 à 20 mg/jour po

Prurit d'origine allergique

- **Antihistaminique**

Prurit neuropathique

- **Gabapentine** : 100 à 300 mg/jour po.
La posologie peut être augmentée progressivement jusqu'à 600 à 800 mg/jour.

ou

- **Prégabaline** : 25 à 75 mg/jour po.
La posologie peut être augmentée progressivement jusqu'à 300 mg 2x/jour.

Prurit d'origine inconnue

- **Hydroxyzine** : 25 à 50 mg au coucher po

Pourquoi est-il important de soulager le prurit ?

Le prurit n'est pas le symptôme le plus commun rapporté en soins palliatifs mais il peut entraîner de l'inconfort et de la frustration, perturber le sommeil et engendrer de l'anxiété ou parfois même une dépression. La peau prurigineuse est généralement sèche et les lésions de grattage peuvent provoquer des infections, une lichénification, etc.

Outil : caractéristiques et étiologies courantes d'un prurit

Prurit sur cholestase
Prurit intense, débutant souvent au niveau des extrémités et des points de pression, souvent majoré la nuit. Concerne 20 à 25 % des patients ictériques et plus de 80 % des patients souffrant d'une cirrhose biliaire primitive.
Prurit sur urémie
Prurit généralisé ou localisé au niveau du dos et des avant-bras, paroxystique ou continu. Concerne les patients en insuffisance rénale chronique, dialysés ou pas.
Prurit induit par un opioïde
Prurit généralisé. Concerne 1 % des patients prenant un morphinique par voie systémique et de 10 à 90 % des patients traités par voie péridurale ou intrathécale.
Prurit secondaire à un trouble hématologique
Prurit généralisé. Concerne 50% des patients atteints d'une polyglobulie de Vaquez et 30 % des patients souffrant d'un lymphome de Hodgkin.
Prurit paranéoplasique sur tumeur solide
Prurit qui peut être localisé au niveau génital (cancer prostate et col), au niveau anal (cancer colon), au niveau nasal (tumeur cérébrale), etc.
Prurit d'origine allergique
Urticaire, dermatite atopique, dermatite de contact.
Prurit neuropathique
Douleur post-zostérienne, sclérose en plaques, AVC, etc.



les râles agoniques*

En fin de vie, un patient ayant perdu la capacité d'avaler ou d'expectorer peut souvent accumuler des sécrétions salivaires et/ou respiratoires dans son arrière-gorge. Il en résulte des bruits ronflants, humides, survenant dans un premier temps pendant l'expiration, et occupant ensuite les deux temps respiratoires jusqu'à devenir extrêmement bruyants.



* Respiration bruyante produite par le passage de l'air à travers une accumulation de sécrétions (phénomène lié à la fin de vie).

ÉVALUATION — DÉMARCHÉ

Quelles questions dois-je me poser lorsque j'observe des râles agoniques ?

- **Quel est le degré d'encombrement ?**

Les bruits sont-ils audibles uniquement au stéthoscope ? Au chevet du patient ? Ou dès l'entrée dans la pièce ?

- **Le patient semble-t-il souffrir d'un inconfort respiratoire ou de dyspnée ?** (référez-vous à la fiche → « **Soulager la dyspnée** »).

- **Les proches montrent-ils des signes de stress et d'anxiété ?** Ont-ils été suffisamment informés de l'origine des râles et des mesures qui sont prises ?

S'agit-il bien de râles agoniques ?
Ne confondez pas les râles agoniques avec un **encombrement respiratoire**.

L'encombrement respiratoire n'est pas spécifique à la fin de vie. Il peut être dû à une infection, une bronchorrhée, un œdème pulmonaire, une fausse déglutition, un reflux gastro-œsophagien, un saignement ou une fistule trachéo-œsophagienne, etc.

Si tel est le cas, envisagez un traitement étiologique à titre symptomatique chaque fois que la situation et le pronostic le permettent.

Par exemple :

→ en cas de reflux gastro-œsophagien, administrer

un inhibiteur de la pompe à protons
et recommander la position assise
ou semi-assise

- en cas de suspicion d'une composante cardiaque, administrer une dose test de 20 à 40 mg de furosémide sc ou iv (peut être répétée après 2 heures si l'effet est positif mais insuffisant), réduire l'hydratation artificielle et recommander la position assise ou semi-assise
- en cas de composante infectieuse responsable d'un inconfort, envisager une antibiothérapie
- en cas de fausses déglutitions, pratiquer si nécessaire une aspiration, adapter l'alimentation et l'hydratation, demander un avis logopédique et diététique.

Quel traitement puis-je mettre en route ?

- Interrompez l'administration des mucolytiques car ces médicaments aggravent l'encombrement respiratoire des patients inconscients ou trop faibles pour expectorer.
- Faites un essai thérapeutique avec un anticholinergique afin de réduire les sécrétions.
- Intensifiez les soins de bouche pour éliminer les sécrétions buccales et lutter contre la sécheresse provoquée par l'anticholinergique.
- Réduisez l'hydratation artificielle en tenant compte de l'ensemble des apports liquidiens.
- Rassurez les proches sur le fait que les râles font partie du processus naturel de la fin de vie et sur le fait que le patient n'en souffre pas dans la mesure où il n'est pas (ou peu) conscient. Informez-les sur les mesures qui sont mises en place pour réduire ce symptôme.
- En cas de dyspnée surajoutée, associez de la morphine à l'anticholinergique (ces deux médicaments peuvent être administrés dans la même seringue). Référez-vous à la fiche → « **Soulager la dyspnée** ».

MESURES NON PHARMACOLOGIQUES

Quelles mesures non pharmacologiques puis-je mettre en place ?

Adaptez la position du patient dans son lit :

- Une **tête de lit relevée** facilite le drainage postural des sécrétions et réduit les bruits respiratoires.
- Recherchez la **position de la tête** qui facilite le passage de l'air.
- Interrogez et observez les réactions du patient afin de trouver la position la plus aidante :
 - o le **décubitus latéral** favorise l'écoulement de sécrétions qui stagnent dans la sphère oro-pharyngée mais elle peut être inconfortable.
 - o la position de **décubitus en ¾ latéral**, en calant le dos, les cuisses et les aisselles avec un coussin, est souvent un bon compromis car elle limite la compression thoracique ou abdominale, elle évite les points de pression sur les saillies osseuses et elle permet la communication.

Faut-il envisager une aspiration trachéo-bronchique ?

Si le patient est trachéostomisé ou s'il présente un encombrement respiratoire massif qui le gêne : oui.

Dans les autres situations, mieux vaut s'abstenir.

L'aspiration trachéo-bronchique est un acte traumatisant et irritant s'il est répété (ce qui aura pour effet d'**augmenter les sécrétions** et d'aggraver l'encombrement). Il peut être difficile à supporter car il entraîne, chez certains patients, une sensation d'étouffement.

Si vous réalisez une aspiration trachéo-bronchique :

- pensez à l'associer aux autres mesures thérapeutiques décrites dans cette fiche
- prévoyez d'administrer un sédatif avant l'aspiration, surtout si le patient redoute cet acte (par exemple 2 à 5 mg de midazolam sc ou iv).

Quelles mesures pharmacologiques proposer ?

Les anticholinergiques réduisent la production des sécrétions salivaires et bronchiques, et entraînent une bronchodilatation.

Ils n'ont aucun effet sur les sécrétions qui sont déjà présentes dans l'arbre respiratoire ou sur celles qui seraient liées à une fausse déglutition, à un œdème pulmonaire ou à un saignement.

Les anticholinergiques ne peuvent pas être administrés chez les patients trachéotomisés (risque de bouchons muqueux), sauf pour ceux chez qui l'aspiration est contre-indiquée

Ils ont des effets indésirables non négligeables.

Parmi ceux-ci :

- une sécheresse buccale
- une constipation
- une rétention urinaire (prudence si hypertrophie de la prostate)
- des troubles oculaires (prudence si glaucome à angle étroit)
- une tachycardie (prudence si insuffisance cardiaque et hyperthyroïdie)

Débuter le traitement le plus précocement possible (il n'agira pas sur les sécrétions déjà présentes).

Si le traitement s'avère inefficace après 12 à 24 h, interrompez-le.

Réalisez des soins de bouche réguliers et soyez attentif au transit intestinal et aux mictions du patient.

1. Anticholinergiques traversant la barrière hémato-encéphalique

La scopolamine est indiquée si l'on recherche un effet sédatif en plus de l'effet asséchant. Elle peut entraîner une confusion et une agitation paradoxale.

- **Scopolamine (ou hyoscine hydrobromide) :**
0,25 à 0,5 mg sc ou iv toutes les 4 à 6 h

ou 0,75 à 3 mg/jour sc ou iv par pompe en continu

2. Anticholinergiques ne traversant pas la barrière hémato-encéphalique

L'hyoscine butylbromide et le glycopyrrolate sont utilisés lorsqu'on redoute une somnolence ou l'apparition d'une confusion sous scopolamine.

- **Hyoscine butylbromide :**
10 à 20 mg sc ou iv toutes les 4 à 6 h
ou 60 à 120 mg/jour sc ou iv par pompe en continu
- **Glycopyrrolate :**
0,1 à 0,2 mg sc ou iv toutes les 4 à 6 h
ou 0,3 à 1,2 mg/jour sc ou iv par pompe en continu

Pourquoi est-il important de traiter les râles agoniques ?

Les râles agoniques concernent 30 à 50 % des patients palliatifs. Ils se manifestent surtout durant les dernières heures ou jours de vie, et annoncent un décès imminent.

Un patient en phase agonique est rarement conscient du bruit qu'entraîne sa respiration (coma, sédation), mais les râles donnent aux proches la sensation d'un étouffement et éveillent chez eux de l'inquiétude.



une sédation palliative*

Le niveau de profondeur d'une sédation palliative peut être léger (ouverture des yeux à la stimulation verbale et/ou tactile) ou profond (pas de réaction aux stimuli verbaux ou tactiles).

La durée d'une sédation palliative peut être continue jusqu'au décès, ou transitoire pour permettre de passer un cap (la sédation transitoire n'est pas abordée dans ces guidelines).



* Utilisation de médicament(s) sédatif(s) visant à diminuer de façon volontaire le niveau de conscience d'un patient en fin de vie, l'objectif étant de contrôler un ou des symptôme(s) réfractaire(s) et jugé(s) insupportable(s) par le patient.

ÉVALUATION — DÉMARCHÉ

Quelles questions dois-je me poser avant d'entreprendre une sédation palliative ?

Attention, la sédation palliative est un traitement réservé exclusivement aux patients :

- présentant un ou plusieurs symptôme(s) réfractaire(s),
- dont le pronostic vital est engagé à très court terme,
- et ayant donné, si possible, leur accord à la pratique de l'acte.

- **Le symptôme concerné est-il bien réfractaire ?** Tous les moyens thérapeutiques disponibles et adaptés ont-ils été proposés

ou mis en œuvre sans obtenir le soulagement escompté ? Ce symptôme (physique, psychologique ou existentiel) et son éventuel traitement sont-ils vécus comme insupportables par le patient ? Avant de déclarer qu'un symptôme est réfractaire, procédez à une analyse rigoureuse en recherchant les thérapeutiques qui pourraient encore être tentées, en équipe pluridisciplinaire, et en faisant appel à l'expertise de spécialistes.

- **Le décès du patient est-il imminent ?** Le pronostic vital est-il engagé dans les heures ou jours à venir (au maximum 2 semaines) ? Ayez à l'esprit que lorsqu'elle se prolonge, la sédation devient difficile à gérer sur le plan médical et est à l'origine d'une grande souffrance pour l'entourage (proches et soignants).
- **Le patient (ou son représentant légal) consent-il à l'acte ?** Le patient est seul à pouvoir juger que sa souffrance est

insupportable. Pour permettre son consentement éclairé, informez préalablement le patient de sa situation clinique, de son pronostic, des risques encourus, et de la procédure de sédation proprement dite. Si le patient n'est pas en état d'exprimer sa volonté, tenez compte de ce qu'il aurait transmis antérieurement (planification anticipée de soins et/ou directives anticipées).

Quelle est la démarche à suivre afin d'assurer une thérapie sûre et efficace ?

Si votre équipe n'est pas familiarisée avec la pratique sédative, il est recommandé de collaborer avec une équipe spécialisée en soins palliatifs.

- Assurez une **surveillance continue** auprès du patient, en vous appuyant sur la présence permanente d'un proche si la sédation est pratiquée à domicile. L'équipe soignante en charge du traitement doit être joignable et **disponible 24 h sur 24**.
- Choisissez le sédatif qui comporte le moins de risques létaux : administrez-le à une **dose proportionnée au contrôle du symptôme**.
- Poursuivez les thérapeutiques participant au confort du patient** (par exemple antalgiques, antiémétiques, antiépileptiques), en adaptant leur voie d'administration à l'état d'inconscience du patient. Renforcez certains soins et traitements tels que les soins de bouche, soins anti-escarres, surveillance de l'apparition de râles, etc. Une sonde vésicale peut être mise en place une fois le patient sédaté. Interrogez-vous sur l'intérêt de la poursuite ou non d'une hydratation artificielle en fonction des spécificités de la situation. Gardez à l'esprit que, dans une situation d'extrême fin de vie, son intérêt est extrêmement limité.
- Évaluez systématiquement et régulièrement le degré de soulagement et d'endormissement** du patient : de façon soutenue durant la phase d'induction ; au minimum 2x/jour par la suite. Aidez-vous d'une échelle d'évaluation pour

estimer le niveau de sédation (voir l'outil « [Échelle de Rudkin modifiée](#) » en dernière page) et le degré de soulagement des symptômes. Assurez-vous que le patient ne réagit pas de manière paradoxale aux médicaments (delirium). Adaptez la médication en fonction. 🧠🧠

- Offrez un soutien aux proches** : leur désarroi peut être intense, ils ont besoin d'être soutenus au moment de l'induction et durant tout le temps de la sédation. Assurez des rencontres fréquentes en apportant une écoute bienveillante de leur ressenti, craintes et difficultés ; en les informant pour leur permettre de comprendre la situation, l'objectif de la sédation, sa mise en œuvre et les adaptations apportées ; en les aidant à être partenaires de soins s'ils le souhaitent et à porter les gestes qui font sens pour eux. 🧠🧠

Le protocole de détresse : quel est son objectif ?

Certains symptômes (par ex. dyspnée asphyxiante ou saignement cataclysmique) entraînent une souffrance brutale, insoutenable. La plupart d'entre eux conduisent à un décès rapide mais très inconfortable pour le patient. Il est nécessaire d'appliquer dans l'urgence un protocole qui vise à sédater le patient et à contrôler, si possible, le symptôme causal. Ce protocole de détresse comporte un sédatif, combiné éventuellement avec un opioïde et un anticholinergique, administrés par voie intraveineuse ou sous cutanée.

Après application d'un tel protocole, il est nécessaire de réévaluer au calme la situation afin de décider si l'on poursuit par une sédation palliative ou si on laisse le malade s'éveiller.

Des directives complètes sont disponibles sur [Palliaguide.be](https://palliaguide.be) 🧠🧠

Quelles mesures pharmacologiques dois-je utiliser pour pratiquer une sédation ?

Choisissez le sédatif alliant le mieux efficacité et sécurité :

- **Midazolam** produit de référence, généralement utilisé en première intention. D'autres benzodiazépines, comme le lorazépam ou le diazépam, sont utiles lorsqu'on redoute le développement d'une tolérance rapide au midazolam.
- **Propofol et barbiturique** réservés aux situations où les benzodiazépines n'apportent pas l'effet escompté. Leur administration requiert l'intervention d'une équipe expérimentée et dans la plupart des cas l'hospitalisation du patient.
- **Clonidine** peut être ajoutée au sédatif pour potentialiser son effet. Elle est utile en cas d'escalade rapide des doses, lorsqu'on suspecte un effet de tolérance.
- Neuroleptique tel que l'**halopéridol** ou la **clotiapine** qui peut être combiné au sédatif lorsque le patient présente une agitation psychomotrice secondaire à un delirium réfractaire.

Lors d'une sédation par midazolam, appliquez le protocole suivant :

Induction par voie sous-cutanée :

- Administrez 2,5 mg de midazolam sc toutes les 20 à 30 min jusqu'au niveau de sédation souhaité.
- Dose réduite à 1 mg chez le patient très âgé ou fragilisé.
- Dose augmentée à 5 voire 10 mg sc en cas d'urgence vitale (détresse respiratoire terminale, hémorragie cataclysmique).

Induction par voie intraveineuse :

- Diluez le midazolam dans du sérum

physiologique afin d'obtenir une concentration de 1 mg/ml.

- Administrez 1 mg en iv lent toutes les 5 min jusqu'au niveau de sédation souhaité.
- Dose réduite à 0,5 mg iv lent toutes les 5 min chez le patient très âgé ou fragilisé.
- Dose augmentée à 2,5 voire 5 mg iv lent en cas d'exposition préalable aux benzodiazépines ou dans le cadre d'un protocole de détresse.

Entretien (sc et iv) :

- Administrez la dose horaire à l'aide d'une pompe, iv ou sc continu : la dose horaire est équivalente à 50% de la dose totale nécessaire pour induire la sédation.
- Anticipez la possibilité d'un réveil (notamment lors d'un soin) en prévoyant une entredose équivalente à la dose d'une heure, à administrer en iv lent ou sc, et en respectant, s'il n'y a pas d'inconfort majeur, un délai de 60 min entre chaque entredose.
- Adaptez la dose d'entretien en fonction de l'utilisation des entredoses.
- Augmentez de 50 à 100% le débit horaire, max toutes les 60 min.
- Au-delà de 300 mg/24h, une majoration de la dose n'apportera probablement plus l'effet attendu. En cas d'augmentation rapide des doses ou lorsque la dose dépasse 200 mg/24h, envisagez d'associer le midazolam à une autre molécule (par ex. *clonidine*) pour potentialiser son effet sédatif, ou d'utiliser un autre sédatif, avec l'aide d'une équipe expérimentée.

Dans les situations non-urgentes, il est possible d'induire la sédation d'emblée par une dose d'entretien, à augmenter progressivement. Cette procédure permet un endormissement plus lent. La dose initiale est alors de 1 mg/h (0,5 à 1,5 mg/h) sc ou iv. Elle est augmentée par paliers de 0,5 mg/h toutes les 60 min (30 à 120 min) jusqu'à l'obtention du degré de sédation recherché.

À quels repères éthiques dois-je être attentif lorsque j'envisage de pratiquer une sédation ?

La sédation palliative doit être distinguée des thérapeutiques qui, en visant à contrôler un symptôme (par exemple angoisse, agitation, douleur), entraînent, de façon involontaire, un état de somnolence. Sa mise en œuvre est complexe et demande de prendre des précautions importantes sur le plan éthique.

La sédation n'est pas une euthanasie déguisée : elle en diffère par l'intention, la procédure et le résultat. En induisant une sédation, le clinicien vise à réduire l'état de conscience du patient pour

contrôler un symptôme réfractaire. Il ne cherche pas à interrompre la vie.

La sédation est un acte qui doit être proportionné au caractère réfractaire et insupportable du symptôme, dans le choix, la posologie et la durée d'administration de la médication sédative.

La sédation requiert une bonne pratique médicale et demande de communiquer, de façon soutenue et le plus précocement possible, avec tous les intervenants (patient, proches, équipe soignante), entre autres à propos du caractère réfractaire et insupportable du symptôme, de l'intentionnalité de l'acte, de la procédure utilisée et des résultats attendus. Si ces précautions ne sont pas prises, la sédation conduit à des situations difficiles à gérer et à des dérives éthiques.

Outil : échelle de Rudkin modifiée (traduction française)

Score	Niveau de sédation
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 sur le lobe de l'oreille)
5	Patient avec les yeux fermés ne répondant pas à la stimulation tactile légère

Cette fiche est une synthèse partielle du site palliaguide.be
Consultez celui-ci pour des informations complètes, en particulier pour les points accompagnés du signe  (ici traités très partiellement).

la toux*



Elle se déclenche lorsque des récepteurs situés au niveau des voies aériennes, de la plèvre, du péricarde, du diaphragme ou du médiastin sont activés par un stimulus chimique (par exemple tabac, histamine, etc.) ou mécanique (par exemple sécrétions, corps étrangers, etc.) La toux est un symptôme fréquent chez les patients atteints d'une affection incurable, particulièrement lorsqu'ils souffrent d'un cancer, d'une bronchopneumopathie obstructive (BPCO) ou d'une insuffisance cardiaque. En soins palliatifs, l'étiologie d'une toux est variée et plusieurs facteurs peuvent coexister chez un même patient.

* Mécanisme réflexe protecteur visant à expulser des voies respiratoires les sécrétions et les corps étrangers.

ÉVALUATION — DÉMARCHÉ

Quelles questions dois-je me poser lorsque j'observe une toux ?

- **Quelles sont les caractéristiques de cette toux ?** Interrogez le patient sur la nature de la toux (grasse, sèche), sur sa sévérité, son horaire (diurne, nocturne), sa chronicité (début et durée de la toux) et sur l'aspect des expectorations.
- **Y a-t-il des symptômes associés ?** Dyspnée, dysphagie, hémoptysies, etc.
- **Y a-t-il des facteurs susceptibles de déclencher la toux ?** Position, repas, tabac, médicaments, etc.
- **Quelle gêne cette toux représente-t-elle pour le patient ?** Interrogez le patient sur les répercussions qu'il ressent : douleur, insomnie, incontinence, etc.

- **Existe-t-il des troubles de la déglutition ?** Envisagez une évaluation par un logopède.
- **Le patient est-il capable d'expectorer efficacement ?** Envisagez une évaluation par un kinésithérapeute.
- **Outre l'examen clinique, envisagez des investigations complémentaires** adaptées au projet de soins, après avoir reçu l'accord du patient afin de repérer les causes réversibles pour lesquelles un traitement étiologique est susceptible d'entraîner un bénéfice clinique : analyses bactériologiques, biologie sanguine, imagerie, etc.

Quel traitement puis-je mettre en route ?

- **Recourez à un traitement étiologique** chaque fois que l'état du patient et le projet

de soins le permettent :

- o introduction d'antibiotiques, d'inhibiteur de la pompe à protons, d'antihistaminiques, etc.
 - o suppression d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion
 - o ponction pleurale, traitement oncologique, etc.
- Lorsque ce traitement est dépassé, échoue ou est refusé par le patient, optez pour des **mesures purement symptomatiques** et adaptez la démarche thérapeutique au type de toux et à la capacité que le patient a (ou non) d'expectorer.

Distinguez trois types de toux

L'approche thérapeutique diffère en fonction des situations suivantes :

Toux productive efficace (patient capable d'expectorer)

Encouragez la toux et facilitez l'expectoration :

- kinésithérapie (drainage postural, expiration forcée, toux assistée, etc.)
- fluidifiant et expectorant pour faciliter l'élimination des sécrétions
- puff ou aérosol de bronchodilatateurs en présence d'un bronchospasme
- traitement antalgique si douleur, pour rendre la toux plus efficace
- antitussif au coucher si insomnie provoquée par la toux

Toux productive inefficace (patient épuisé, affaibli ou inconscient)

Supprimez la toux et asséchez les sécrétions respiratoires :

- arrêt des fluidifiants et expectorants
- antitussif
- anticholinergique à visée asséchante
- aspiration trachéo-bronchique si utile

Toux sèche irritative

Supprimez la toux :

- antitussif
- corticoïde

MESURES NON PHARMACOLOGIQUES

Quelles mesures non pharmacologiques puis-je mettre en place ?

- Protégez le patient des **agents irritants** : évitez l'exposition au tabac, à la fumée, à l'air froid, etc.
- **Humidifiez l'air.**
- Recherchez une **position confortable** : les positions assise et semi-assise offrent souvent un meilleur confort respiratoire que le décubitus dorsal.
- Proposez des boissons chaudes, des bonbons sucrés ou du miel pour **adoucir la gorge**.

MESURES PHARMACOLOGIQUES

Quelles mesures pharmacologiques proposer ?

1. Un antitussif

Plusieurs antitussifs peuvent être prescrits.

Leur utilisation est empirique et le niveau de preuve concernant leur efficacité est limité.

- **Dextrométhorphe**
10 à 20 mg toutes les 4 à 6 h
- **Codéine**
15 à 30 mg toutes les 6 à 8 h po
- **Morphine**
2 à 5 mg toutes les 4 à 6 h po, puis titrer
Pour un patient sous morphine,
augmenter la dose journalière de 25 à 50%

↓

Remarque :

Le dextrométhorphe et la codéine sont métabolisés par le CYP2D6 avec un effet imprévisible en raison du polymorphisme génétique.

2. Un corticoïde

L'utilisation de corticoïdes peut être utile pour calmer la toux d'une compression trachéo-bronchique, d'une lymphangite carcinomateuse pulmonaire, d'une fibrose, d'un bronchospasme, d'un syndrome cave supérieur, etc.

- 1. Prescrivez une dose d'attaque
- 2. Évaluez l'efficacité après 7 jours :
poursuivez le traitement à la posologie
minimale efficace si l'effet est
positif ou interrompez le traitement
si le symptôme persiste

- **Méthylprednisolone**

Dose d'attaque : 16 à 125 mg/j

ou

- **Dexaméthasone**

Dose d'attaque : 4 à 16 mg/j

Pourquoi est-il important de soulager la toux ?

La toux altère la qualité de vie des patients et engendre un épuisement physique et psychique. Elle peut exacerber une dyspnée ou une douleur, provoquer des nausées et des vomissements, entraîner des céphalées, des myalgies, une incontinence urinaire, ou encore être à l'origine d'une insomnie.

Outil : étiologies courantes d'une toux en soins palliatifs

Médicamenteuse	→ IECA (inhibiteur de l'enzyme de conversion), etc.
Broncho-pulmonaire	→ tumeur primitive ou métastatique → lymphangite carcinomateuse → compression extrinsèque, sténose, fistule → asthme → infection broncho-pulmonaire → BPCO, bronchectasies → pneumopathie et fibrose interstitielle → embolie pulmonaire → corps étranger (fausses routes alimentaires)
Pleurale	→ tumeur pleurale primitive ou métastatique → pleurésie, épanchement pleural
Cardio-vasculaire	→ insuffisance cardiaque gauche → sténose mitrale → péricardite, épanchement péricardique
Médiastin	→ syndrome cave supérieur
Digestive	→ reflux gastro-œsophagien → fistule trachéo-digestive → endoprothèse œsophagienne
ORL	→ rhinorrhée postérieure → dysfonction des cordes vocales → tumeur de la sphère ORL → infection respiratoire haute → rhinite allergique → compression, sténose laryngée ou trachéale



3.

Ressources pratiques à Bruxelles

Le focus *Soins palliatifs et fin de vie* est développé par **Brusano**.

Il s'adresse aux professionnels de la santé bruxellois qui accompagnent des personnes en fin de vie. Il vise à fournir une information objective et concrète sur les aides et soutiens existants dans notre système de santé. En réunissant les éléments législatifs et ceux relatifs à l'organisation des soins, il doit permettre aux professionnels de trouver toute l'information pratique dont ils ont besoin pour accompagner les personnes en fin de vie ainsi que leur entourage.

L'information qu'il contient est structurée selon le lieu où vit la personne : à domicile, en maison de repos, à l'hôpital, en maison de soins psychiatriques. Elle est complétée par des éléments spécifiques concernant les enfants, les aidants proches ainsi que les directives anticipées et l'euthanasie.



Information
pour les professionnels

Soins palliatifs et fin de vie



Vers des soins intégrés de proximité



Information
pour les professionnels

1. Principe général	2
2. Travail multidisciplinaire	3
3. Tableau récapitulatif	4
4. Contenu, en détails	
4.1 À domicile	5
4.2 En maison de repos	9
(MRPA et MRS)	
4.3 À l'hôpital	11
4.4 En maison de soins	12
psychiatriques	
4.5 Le cas particulier des enfants	14
4.6 L'aidant proche	15
4.7 Déclarations de fin de vie	17
4.8 L'euthanasie	26
5. Pensez-y	28

1 Principe général

Les soins palliatifs (loi relative aux soins palliatifs du 14 juin 2002, modifiée le 21 juillet 2016) sont l'ensemble des **soins multidisciplinaires** et de confort apportés au patient qui se trouve à un stade avancé ou terminal d'une maladie grave, évolutive et mettant en péril son pronostic vital, quelle que soit son espérance de vie. Les soins palliatifs tendent à **garantir et optimiser aussi longtemps que possible** la qualité de vie pour le patient et pour ses proches et aidants proches. Ils sont prodigués dès le moment où le patient est identifié comme palliatif jusqu'à et y compris la phase terminale.

Ce focus s'adresse **aux professionnels de la santé bruxellois** qui accompagnent des personnes en fin de vie. Il vise à fournir une information objective et concrète sur les **aides et soutiens** existants dans notre système de santé. En réunissant les éléments législatifs et sur l'organisation des soins, il doit permettre aux professionnels de trouver toute l'**information pratique** dont ils ont besoin pour accompagner les personnes en fin de vie ainsi que leur entourage.

TRANSITION D'UN LIEU DE VIE À UN AUTRE

Un patient en soins palliatifs peut être amené à passer d'un lieu de vie à un autre. C'est notamment le cas lorsqu'un patient vivant à domicile ou en MRS-MRPA doit être hospitalisé, ou qu'un patient hospitalisé émet le désir de rentrer à son domicile pour y vivre les derniers moments de sa vie.

De plus en plus d'initiatives sont mises en place pour rendre ces transitions possibles. L'**équipe mobile de soins palliatifs** de l'hôpital ainsi que le **service social** de l'hôpital prennent tous les contacts nécessaires et mettent en place tout ce qui peut faciliter un retour à la maison dans les meilleures conditions. Les **équipes de 2^e ligne** jouent également un rôle de liaison important pour assurer la transition, vers l'hôpital ou vers le domicile en collaboration avec le **médecin traitant**.

2 Travail multidisciplinaire

Un patient palliatif qui séjourne à domicile ou dans un lieu apparenté peut bénéficier de soins palliatifs dispensés par ses dispensateurs de soins habituels. En fonction de la situation et de sa complexité, ceux-ci peuvent, soit s'engager à réaliser la totalité des soins palliatifs de manière compétente, soit être assistés par une équipe spécialisée en soins palliatifs. Le travail multidisciplinaire est au coeur de la prise en charge et toute une série de métiers accompagnent le patient et ses proches. Outre les métiers repris ci-dessous, d'autres acteurs peuvent intervenir en fonction des besoins de la personne et de la situation (aide familiale et/ou ménagère, assistant social, etc.).

QUE FAIT LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ?

Il occupe une place centrale dans la prise en charge du patient. Il est garant du projet thérapeutique et doit tout mettre en oeuvre pour répondre aux besoins physiques et psycho-sociaux du patient et de ses proches. Il s'assure que la continuité des soins médicaux est organisée, aussi durant les heures de garde et le week-end (remplacement éclairé). Il introduit les demandes et effectue les démarches pour que le patient puisse bénéficier du statut palliatif et des différentes interventions.

QUE FAIT L'INFIRMIER À DOMICILE ?

Après approbation par le médecin-conseil du statut palliatif demandé par le médecin généraliste, l'infirmier peut attester des prestations à domicile jusqu'au jour du décès du patient. Il se rend disponible pour le patient 24 h/24 et 7j/7, fait appel à un infirmier de référence en soins palliatifs si nécessaire et complète le dossier infirmier du patient.

QUE FAIT LE KINÉSITHÉRAPEUTE ?

Sur prescription du médecin généraliste, le kinésithérapeute contribue à favoriser la qualité de vie du patient et son bien-être

en réduisant la douleur et en optimisant les fonctions résiduelles du patient, quel que soit le temps qui lui reste à vivre.

QUE FAIT LE PHARMACIEN ?

Il renseigne adéquatement les patients en soins palliatifs et leur famille, et s'assure d'avoir en stock les médicaments et le matériel qui leur sont nécessaires (p.ex. liste des médicaments obligatoires, oxygénothérapie). Grâce à sa vue d'ensemble sur le traitement, il vérifie les interférences médicamenteuses et met à jour le schéma de médication.

QUE FAIT LE PSYCHOLOGUE ?

Il peut soutenir le patient et/ou ses proches, à leur demande. Il apporte une écoute et un soutien psychologique quel que soit le temps qui lui reste à vivre. Il peut être assuré par des psychologues indépendants ou via certains centres (p.ex. centre de psycho-oncologie, service de santé mentale, etc.).

Le soutien psychologique par des psychologues cliniciens peut également être dispensé par certaines équipes de 2^e ligne en soins palliatifs. Ces dernières peuvent collaborer dans certaines situations avec les psychologues de Brusano.



QUE FAIT L'ÉQUIPE PALLIATIVE DE 2^e LIGNE ?

L'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de 2^e ligne évalue la situation palliative, soutient le patient et son entourage, coordonne les services existants, fournit des conseils spécialisés et un support au médecin généraliste et aux soignants de 1^{re} ligne. Pour ce faire, elle intervient directement auprès du patient et indirectement auprès des dispensateurs de soins (contrôle de la douleur et d'autres symptômes). Le soutien aux proches peut se prolonger après le décès, dans le suivi du deuil. L'équipe se compose d'au minimum un médecin, d'infirmiers et, dans certains cas, de psychologues.

QUE FONT LES VOLONTAIRES ?

L'aide des volontaires peut être une valeur ajoutée aux soins des professionnels et aux aidants proches. Le volontaire offre une écoute, de la compagnie et de la sécurité, quelques heures par semaine. Son intervention, gratuite, est proposée via les équipes de 2^e ligne.

3 Tableau récapitulatif

	À domicile	MRS et MRPA	Hôpital
Statut palliatif	✓	✗	✗
Forfait palliatif	✓	✗	✗
Médecin généraliste : suppression du ticket modérateur pour les visites	✓	✓	✗
Soins infirmiers : suppression du ticket modérateur pour toutes les prestations	✓	✗	✗
Kinésithérapie : suppression du ticket modérateur pour certaines prestations	✓	✗	✗
Oxygénothérapie de courte durée : entièrement remboursée	✓	✓	✓
Soutien par une équipe spécialisée en soins palliatifs : entièrement remboursé	✓	✓	✓

4 Contenu, en détails

4.1 À domicile

Le statut palliatif

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Le terme « statut palliatif » fait référence à un **statut d'assurabilité**. Il ouvre le droit à un certain nombre d'aides qualitatives et financières pour les patients et leurs proches.

Après approbation de la demande, le patient bénéficie d'un soutien renforcé d'aides et de services :

- un forfait palliatif
- la suppression du ticket modérateur pour les visites à domicile du médecin généraliste
- la suppression du ticket modérateur pour les soins infirmiers
- la suppression du ticket modérateur pour certains actes de kinésithérapie
- le remboursement intégral de l'oxygénothérapie de courte durée en cas d'hypoxémie

Les personnes vivant en communauté (MRPA, MRS) et celles ne répondant pas aux conditions de l'annexe 1, peuvent néanmoins bénéficier de certains avantages, en cas d'approbation par le médecin-conseil du formulaire « visites entièrement remboursées au patient palliatif » (cf. point suivant).



Pour télécharger le formulaire

→ www.iriscare.brussels/fr/download/avis-medical-soins-palliatifs/



+32 2 880 29 80
helpdesk@brusano.brussels
→ www.brusano.brussels

CONDITIONS D'ACCÈS

Conditions auxquelles le patient palliatif à domicile doit répondre pour entrer en ligne de compte pour une intervention forfaitaire de l'assurance obligatoire soins de santé pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires.

Il doit s'agir d'un patient :

- qui souffre d'une ou plusieurs affections irréversibles
- dont l'évolution est défavorable, avec une détérioration sévère généralisée de sa situation physique/psychique
- chez qui des interventions thérapeutiques et la thérapie revalidante n'influencent plus cette évolution défavorable
- pour qui le pronostic de(s) l'affection(s) est mauvais et pour qui le décès est attendu dans un délai assez bref (espérance de vie de plus de 24 heures et de moins de trois mois)
- ayant des besoins physiques, psychiques, sociaux et spirituels importants nécessitant un engagement soutenu et long ; le cas échéant, il est fait appel à des intervenants possédant une qualification spécifique et à des moyens techniques appropriés
- ayant l'intention de mourir à domicile
- et qui répond aux conditions du formulaire « Avis médical pour l'intervention financière pour un patient bénéficiant de soins palliatifs à domicile », appelé communément « Annexe 1 »

AIDES ET REMBOURSEMENTS

Le statut palliatif ouvre l'accès à différents avantages :

→ **Forfait palliatif** : montant forfaitaire de 693,17 € (2021, indexé annuellement), renouvelable 1x au bout d'un mois, moyennant la même procédure, pour couvrir une partie des frais engendrés par la maladie (matériel médical, médicaments...)

→ **Visites du médecin généraliste** : suppression du ticket modérateur pour les visites et suppléments y afférents. Les suppléments d'honoraires éventuels (médecin non conventionné) restent à charge du patient.

→ **Soins infirmiers** : suppression du ticket modérateur pour les soins infirmiers à domicile. L'infirmier atteste des soins palliatifs à domicile en fonction du score du patient sur l'**échelle d'évaluation de Katz** via des honoraires forfaitaires (forfait A, B ou C, majoré d'un montant déterminé) OU via des honoraires 'par acte' (= honoraires pour chaque prestation de soins à domicile), qui tiennent compte d'un plafond journalier. L'infirmier envoie au médecin-conseil le formulaire de « Notification de soins infirmiers pour un patient palliatif ».

→ **Kinésithérapie** : Suppression du ticket modérateur pour le patient palliatif. Le nombre maximum de séances n'est pas fixé. Les séances ont lieu au domicile du patient. Par domicile est entendu la maison privée du patient, la maison d'un parent ou une maison où le patient passe ses vacances. Selon la situation et pathologie du patient, 1 à 2 séances peuvent être attestées par jour, sans limite dans le temps. Il existe 2 codes de nomenclature spécifiques :

→ **Première séance** individuelle de kinésithérapie, d'une durée globale moyenne de 30 minutes (564211).

→ **Deuxième séance** individuelle de

kinésithérapie de la journée, sans notion de durée, pour les patients présentant un statut de pathologie lourde (564233).

→ **Oxygénothérapie** de courte durée : le patient peut bénéficier du remboursement intégral sans demande préalable du médecin-conseil. Le remboursement de l'oxygénothérapie commence à la date de notification du statut palliatif et n'est pas limité dans le temps. Le médecin généraliste prescrit mensuellement le traitement. La prescription doit comporter au minimum les éléments suivants :

- la mention : « Tiers payant applicable »
- le type d'oxygénothérapie : oxygène gazeux en DCI ou oxyconcentrateur
- la période : maximum 1 mois (renouvelable de manière illimitée)
- le dosage : en litre par minute et nombre d'heures par jour
- le cas échéant : l'humidificateur d'oxygène, la bouteille de réserve (1m³)

La délivrance de l'oxygène et des accessoires se fait immédiatement par le pharmacien d'officine.

EN PRATIQUE

Pour obtenir le statut et les aides, le médecin généraliste complète le **formulaire** « Avis médical pour l'intervention financière pour un patient bénéficiant de soins palliatifs à domicile », appelé communément « Annexe 1 ». Il l'envoie, sous enveloppe fermée ou par mail, au médecin-conseil de la mutuelle du patient. Les aides financières ne seront effectives qu'une fois la demande traitée par le médecin-conseil et l'accord donné.



Pour télécharger le formulaire

→ www.iriscare.brussels/fr/download/avis-medical-soins-palliatifs/

L'infirmier quant à lui transmet via *MyCareNet* au médecin-conseil de la mutualité la « Notification de soins infirmiers pour un patient palliatif ».



Pour télécharger le formulaire

→ www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/formulaire_reglement20030728_annexe_06.pdf

4.1 À domicile

Les équipes de 2^e ligne

INFORMATIONS GÉNÉRALES

L'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs intervient au domicile du patient, en seconde ligne. C'est-à-dire qu'elle va collaborer avec les soignants habituels du patient (son médecin, son infirmière, etc.). L'équipe a pour but d'assurer, au travers des soins dispensés, la meilleure qualité de vie possible au patient et à sa famille. Le soutien aux proches peut se prolonger après le décès, dans le suivi du deuil.

CONDITIONS D'ACCÈS

Tout patient en soins palliatifs, qu'il ait le statut palliatif ou non, peut accéder au soutien des équipes spécialisées en soins palliatifs, sur la base d'une attestation du médecin généraliste et moyennant le respect de certains critères.

AIDES ET REMBOURSEMENTS

L'équipe assure la coordination des soins afin de soutenir les services d'aide existants et leur donner des conseils spécialisés. Pour ce faire, elle intervient directement auprès du patient et indirectement auprès des dispensateurs de soins. Elle peut également proposer la mise en

place de matériel médical adapté. Elle va alors informer le patient et ses proches sur des possibilités de prêt, de location ou d'achat. Elle peut également apprendre au patient et à ses proches à utiliser certains appareils médicaux.

Elle suggère des pistes quant à la gestion de la douleur et à la qualité de vie et peut apporter un soutien psychologique au patient, à son entourage et aux soignants.

L'équipe est disponible en permanence (24h/24, 7j/7) pour les dispensateurs de 1^{re} ligne.

L'accompagnement par l'équipe est entièrement remboursé. Cependant, certains frais annexes peuvent être facturés (par exemple : la part personnelle ou le ticket modérateur sur les médicaments éventuellement utilisés). L'équipe doit toujours informer le patient ou un proche au préalable sur ces frais potentiels.

EN PRATIQUE

La demande de prise en charge peut être faite par tout professionnel de la santé ou service social-santé, ainsi que par le patient lui-même ou ses proches. L'accord du médecin généraliste doit être donné par écrit. La demande doit être adressée à l'une des équipes de soins palliatifs conventionnées.



Pour obtenir les coordonnées

→ consultez le **répertoire spécifique** ou contactez **Brusano**



+32 2 880 29 80
helpdesk@brusano.brussels
→ www.brusano.brussels

4.1 À domicile

Les centres de jour en soins palliatifs

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Les centres de jour prévoient un accueil en journée, dans une ambiance chaleureuse, pour des personnes en fin de vie souffrant d'une maladie incurable. Ce lieu accueillant permet aux personnes gravement malades de trouver un soutien auprès d'autres malades, de volontaires et d'accompagnateurs professionnels. Actuellement, il en existe 2 à et en périphérie de Bruxelles.

CONDITIONS D'ACCÈS

Les centres sont accessibles aux patients en fin de vie (souffrant d'une maladie incurable) et vivant à domicile, sur base d'une analyse de la demande.

AIDES ET REMBOURSEMENTS

Ce service vient en complément aux aides disponibles à domicile: il a pour but d'aider les patients à rester à domicile, en offrant des ateliers, des activités, un repas tout en assurant un soutien. Ces centres de jour fonctionnent

- sans subside, uniquement avec des volontaires (c'est le cas d'Oase)
- avec un subside de l'INAMI, des volontaires et une équipe de soignants (c'est le cas de TOPAZ)

Au sein de la structure, la personne bénéficie gratuitement d'une série d'activités: des ateliers, animations, excursions, etc.

- un repas chaud à midi
- un encadrement professionnel dans certains centres
- l'encadrement professionnel consiste en un accompagnement (para-)médical et psychologique, des entretiens de soutien et, éventuellement, des soins médicaux de confort

EN PRATIQUE

Pour introduire une demande, la personne elle-même ou une personne de son entourage doit prendre contact avec le centre. Afin de bénéficier du remboursement, le patient devra soumettre une attestation originale établie par le centre de soins ou de jour. Cette institution doit être reconnue par la mutuelle et/ou l'INAMI.



Pour obtenir les coordonnées
→ consultez le **répertoire spécifique**
ou contactez **Brusano**

4.2 En maison de repos (MRPA ET MRS)

Les avantages résiduels

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Toutes les MRS (maison de repos et de soins) et certaines MRPA (maison de repos pour personnes âgées) doivent offrir des soins palliatifs aux résidents qui en ont besoin. Les soins infirmiers, de kinésithérapie en MRS ainsi que le matériel sont pris en charge par l'institution et inclus dans le forfait.

Le patient en soins palliatifs résidant en MRS ou MRPA a néanmoins accès à des avantages résiduels pour compléter l'offre :

- la suppression du ticket modérateur pour les visites du médecin généraliste
- le remboursement intégral de l'oxygénothérapie de courte durée en cas d'hypoxémie

CONDITIONS D'ACCÈS

Un patient qui ne peut prétendre au statut palliatif peut néanmoins demander l'accès à la suppression du ticket modérateur pour les visites (et les suppléments y afférents) du médecin généraliste au sein de l'institution, via le formulaire spécifique (voir infra "en pratique"). Il doit s'agir d'un patient :

1. Qui souffre d'une ou plusieurs affections irréversibles.
2. Dont l'évolution est défavorable, avec une détérioration sévère généralisée de sa situation physique/psychique.
3. Chez qui des interventions thérapeutiques et la thérapie revalidante n'influencent plus cette évolution défavorable.
4. Pour qui le pronostic de(s) affection(s) est mauvais et pour qui le décès est attendu dans un délai assez bref (espérance de vie de plus de 24 heures et de moins de trois mois).
5. Ayant des besoins physiques, sociaux

et spirituels importants nécessitant un engagement soutenu et long ; le cas échéant, il est fait appel à des intervenants possédant une qualification spécifique et à des moyens techniques appropriés.

AIDES ET REMBOURSEMENTS

→ Visites du médecin généraliste :

suppression du ticket modérateur pour les visites et suppléments y afférents.

→ Oxygénothérapie de courte durée :

le patient peut bénéficier du remboursement intégral sans demande préalable du médecin-conseil. Le remboursement de l'oxygénothérapie commence à la date de notification des visites du médecin généraliste et n'est pas limité dans le temps. Le médecin généraliste prescrit mensuellement le traitement. La prescription doit comporter au minimum les éléments suivants :

- la mention : « Tiers payant applicable »
- le type d'oxygénothérapie : oxygène gazeux en DCI ou oxyconcentrateur
- la période : maximum 1 mois (renouvelable de manière illimitée)
- le dosage : en litre par minute et nombre d'heures par jour
- le cas échéant : l'humidificateur d'oxygène, la bouteille de réserve (1m³)

La délivrance de l'oxygène et des accessoires se fait immédiatement par le pharmacien d'officine.

→ **Kinésithérapie :** pour un patient en MRS, les prestations sont incluses dans le forfait de l'institution, il n'y a pas de nomenclature spécifique. Pour un patient en MRPA, il n'y a pas de remboursement spécifique, c'est la nomenclature qui doit être utilisée.



EN PRATIQUE

Pour obtenir le remboursement des visites du médecin généraliste, ce dernier complète le « **formulaire** de suppression de l'intervention personnelle et des suppléments afférents » et l'envoie, sous enveloppe fermée ou par mail, au médecin-conseil de la mutuelle du patient.



Pour télécharger le formulaire

→ www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/formulaire_intervention_patient_palliatif.pdf

4.2 En maison de repos (MRPA ET MRS)

Les équipes de 2^e ligne

INFORMATIONS GÉNÉRALES

L'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs se déplace et intervient en MRS et MRPA, en seconde ligne. C'est-à-dire qu'elle va collaborer avec les soignants habituels du patient (l'équipe soignante de la MRS ou MRPA, le médecin généraliste du patient et les autres intervenants s'il y a lieu). L'équipe a pour but d'assurer, au travers des soins dispensés, la meilleure qualité de vie possible au patient et à sa famille. Le soutien aux proches peut se prolonger après le décès, dans le suivi du deuil.

CONDITIONS D'ACCÈS

Tout patient en soins palliatifs résidant en MRS ou MRPA peut accéder au soutien des équipes spécialisées en soins palliatifs, sur base d'une attestation du médecin généraliste et moyennant le respect de certains critères.

AIDES ET REMBOURSEMENTS

L'équipe assure la coordination des soins afin de soutenir les services d'aide existants et leur donner des conseils spécialisés. Pour ce faire, elle intervient directement auprès du patient et indirectement auprès des dispensateurs de soins. Elle peut également proposer la mise en place de matériel

médical adapté. Elle va alors informer le patient et ses proches sur des possibilités de prêt, de location ou d'achat. Elle peut également apprendre au patient et à ses proches à utiliser certains appareils médicaux. Elle suggère des pistes quant à la gestion de la douleur et à la qualité de vie et peut apporter un soutien psychologique au patient, à son entourage et aux soignants. L'équipe est disponible en permanence (24h/24, 7 j/7) pour les dispensateurs de 1^{re} ligne.

L'accompagnement par l'équipe est entièrement remboursé. Cependant, certains frais annexes peuvent être facturés (par exemple : la part personnelle ou le ticket modérateur sur les médicaments éventuellement utilisés). L'équipe doit toujours informer le patient ou un proche au préalable sur ces frais potentiels.

EN PRATIQUE

La demande de prise en charge peut être faite par tout professionnel de la santé ou service social-santé, ainsi que par le patient lui-même ou ses proches. L'accord du médecin généraliste doit être donné par écrit. La demande doit être adressée à l'une des équipes de soins palliatifs conventionnées.



Pour obtenir les coordonnées

→ consultez le **répertoire spécifique** ou contactez **Brusano**

4.4 En maison de soins psychiatriques

Les aides reprises dans ce point s'appliquent également aux personnes résidant en centres d'hébergement pour adultes handicapés.

Les avantages résiduels

et spirituels importants nécessitant un engagement soutenu et long; le cas échéant, il est fait appel à des intervenants possédant une qualification spécifique et à des moyens techniques appropriés.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Les maisons de soins psychiatriques (MSP) sont des habitations collectives destinées aux personnes souffrant d'un trouble psychique chronique stabilisé ou aux personnes présentant un handicap mental. Elles doivent offrir des soins palliatifs aux résidents qui en ont besoin. Les soins infirmiers, de kinésithérapie, le matériel, etc. sont pris en charge par l'institution et inclus dans leur forfait.

Le patient en soins palliatifs suivi dans une maison de soins psychiatriques a néanmoins accès à des avantages résiduels pour compléter l'offre:

- la suppression du ticket modérateur pour les visites du médecin généraliste
- le remboursement intégral de l'oxygénothérapie de courte durée en cas d'hypoxémie

CONDITIONS D'ACCÈS

Pour bénéficier d'une suppression du ticket modérateur pour les visites du médecin généraliste, il doit s'agir d'un patient:

- qui souffre d'une ou plusieurs affections irréversibles
- dont l'évolution est défavorable, avec une détérioration sévère généralisée de sa situation physique/psychique
- chez qui des interventions thérapeutiques et la thérapie revalidante n'influencent plus cette évolution défavorable
- pour qui le pronostic de(s) affection(s) est mauvais et pour qui le décès est attendu dans un délai assez bref (espérance de vie de plus de 24 heures et de moins de trois mois)
- ayant des besoins physiques, sociaux

AIDES ET REMBOURSEMENTS

- **Visites du médecin généraliste:**
suppression du ticket modérateur pour les visites et suppléments y afférents
 - **Oxygénothérapie de courte durée:**
le patient peut bénéficier du remboursement intégral sans demande préalable du médecin-conseil. Le remboursement de l'oxygénothérapie commence à la date de notification des visites du médecin généraliste et n'est pas limité dans le temps. Le médecin généraliste prescrit mensuellement le traitement. La prescription doit comporter au minimum les éléments suivants:
 - La mention: « Tiers payant applicable »
 - Le type d'oxygénothérapie: oxygène gazeux en DCI ou oxyconcentrateur
 - La période: maximum 1 mois (renouvelable de manière illimitée)
 - Le dosage: en litre par minute et nombre d'heures par jour
 - Le cas échéant: l'humidificateur d'oxygène, la bouteille de réserve (1m³)
- La délivrance de l'oxygène et des accessoires se fait immédiatement par le pharmacien d'officine.

EN PRATIQUE

Pour obtenir cet avantage, le médecin généraliste complète le « **formulaire** de suppression de l'intervention personnelle et des suppléments afférents » et l'envoie, sous enveloppe fermée ou par mail, au médecin-conseil de la mutuelle du patient.



Pour télécharger le formulaire

→ www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/formulaire_intervention_patient_palliatif.pdf

4.4 En maison de soins psychiatriques

Les équipes de 2^e ligne

INFORMATIONS GÉNÉRALES

L'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs intervient dans la MSP, en seconde ligne. C'est-à-dire qu'elle va collaborer avec les soignants habituels du patient (l'équipe soignante de la MSP, le médecin généraliste du patient et les autres intervenants s'il y a lieu). L'équipe a pour but d'assurer, au travers des soins dispensés, la meilleure qualité de vie possible au patient et à sa famille. Le soutien aux proches peut se prolonger après le décès, dans le suivi du deuil.

CONDITIONS D'ACCÈS

Tout patient en soins palliatifs résidant en MSP peut accéder au soutien des équipes spécialisées en soins palliatifs, sur base d'une attestation du médecin généraliste et moyennant le respect de certains critères.

AIDES ET REMBOURSEMENTS

L'équipe assure la coordination des soins afin de soutenir les services d'aide existants et leur donner des conseils spécialisés. Pour ce faire, elle intervient directement auprès du patient et indirectement auprès des dispensateurs de soins.

Elle peut également proposer la mise en place de matériel médical adapté. Elle va alors informer le patient et l'équipe de soins de la MSP sur les possibilités de prêt, de location ou d'achat. Elle peut également apprendre au patient et à ses proches à utiliser certains appareils médicaux.

Elle suggère des pistes quant à la gestion de la douleur et à la qualité de vie et peut apporter un soutien psychologique au patient, à son entourage et aux soignants.

L'équipe est disponible en permanence (24h sur 24, 7 jours sur 7) pour le médecin et le personnel infirmier de la MSP où réside le patient. L'accompagnement par l'équipe est entièrement remboursé. Cependant, certains frais annexes peuvent être facturés par exemple: la part personnelle ou le ticket modérateur sur les médicaments éventuellement utilisés). L'équipe doit toujours informer le patient ou un proche au préalable sur ces frais potentiels.

EN PRATIQUE

La demande de prise en charge peut être faite par tout professionnel de la santé ou service social-santé, ainsi que par le patient lui-même ou ses proches. L'accord du médecin généraliste doit être donné par écrit. La demande doit être adressée à l'une des équipes de soins palliatifs conventionnées.



Pour obtenir les coordonnées
→ consultez le **répertoire spécifique**
ou contactez **Brusano**



+32 2 880 29 80
helpdesk@brusano.brussels
→ www.brusano.brussels

4.5 Le cas particulier des enfants

LE STATUT PALLIATIF

A domicile, une personne mineure peut bénéficier du statut palliatif et des avantages y afférents : forfait, remboursement des tickets modérateurs pour les prestations à domicile du médecin généraliste, de l'infirmier et du kinésithérapeute, ainsi que remboursement intégral de l'oxygénothérapie. Pour connaître les conditions d'accès et le détail des avantages, se référer au point « À domicile, statut palliatif » du présent document.

LES ÉQUIPES DE SOINS PALLIATIFS PÉDIATRIQUES À DOMICILE ET DE LIAISON HÔPITAL-DOMICILE

- **Informations générales :** les équipes de liaison pédiatriques garantissent la continuité des soins de l'hôpital au domicile et la prise en charge globale de l'enfant atteint d'une maladie chronique complexe et de sa famille à leur domicile.
- **Conditions d'accès :** les services s'adressent à tout enfant âgé de 0 à 18 ans.
- **Aides et remboursements :** ces équipes sont joignables 24 h sur 24, 7 jours sur 7. Elles assurent :
 - l'accompagnement des prestataires de soins
 - l'accompagnement des parents et de leurs enfants dans les phases palliatives et dans le suivi du deuil
 - la coordination et supervision des soins à domicile (soins infirmiers à domicile, aide familiale, médecin généraliste)
 - la transmission entre les différents prestataires de soins (soins à domicile, équipe hospitalière)

→ les services sont entièrement gratuits pour les parents et s'organisent en partenariat avec les soignants hospitaliers et de terrain.

- **En pratique :** la demande de prise en charge peut être faite par tout professionnel de la santé (généralement le médecin hospitalier), ainsi que par les parents de l'enfant. La demande doit être adressée à l'une des équipes de soins palliatifs conventionnées.



Pour obtenir les coordonnées
→ consultez le **répertoire spécifique**
ou contactez **Brusano**

LES LIEUX DE SÉJOUR RÉSIDENTIEL

La Villa Indigo est une structure de répit qui offre un court séjour résidentiel à des enfants gravement malades qui requièrent des soins médicaux réguliers.

- **Conditions d'accès :** ce lieu accueille des enfants de 0 à 18 ans et occasionnellement aussi leurs parents.
- **Aides et remboursements :** deux formules sont proposées : un répit programmé ou un répit non programmé. Lors d'une première demande, la famille et l'enfant sont invités à visiter la maison et à prendre connaissance de sa philosophie, de son fonctionnement et de l'équipe. Ce service est accessible toute l'année et peut accueillir chaque enfant 32 jours par an. Les frais d'un séjour sont en grande partie remboursés par la mutualité. Seul le ticket modérateur est à charge des parents.



Pour obtenir les coordonnées
→ consultez le **répertoire spécifique**
ou contactez **Brusano**

4.6 L'aidant proche

LE CONGÉ POUR SOINS PALLIATIFS (SALARIÉS)

→ **Informations générales :** le congé pour soins palliatifs est un congé thématique. Il s'agit d'une forme spécifique d'**interruption de carrière**. Tous les travailleurs salariés (les informations reprises dans ce chapitre concernent tous les travailleurs sauf ceux des entreprises publiques autonomes (bpost, Proximus, SNCB, Skeyes) ont le droit de suspendre totalement l'exécution de leur contrat de travail ou de réduire leurs prestations de travail (mi-temps ou 1/5) en vue de se consacrer à des soins palliatifs en faveur d'une personne atteinte d'une maladie incurable. Cette personne ne doit pas nécessairement être un membre de la famille. Le congé débute le premier jour de la semaine suivant celle de la demande écrite. Si le patient décède avant la fin du congé, la personne peut choisir de continuer son congé ou de reprendre le travail.

→ **Conditions d'accès :** le travailleur a droit à un congé pour soins palliatifs si le médecin traitant du patient atteste qu'il est disposé à dispenser des soins palliatifs. Le droit aux allocations d'interruption dépend du secteur dont l'employeur relève. Pour autant que toutes les conditions requises soient remplies, le congé ne peut être refusé et ne nécessite pas une autorisation de l'employeur. Dès la demande de congé et jusqu'à trois mois après la fin du congé, l'employé est protégé contre le licenciement.

→ **Aides et remboursements :** par demande, le congé pour soins palliatifs peut être

obtenu pour une durée d'**un mois maximum, renouvelable 2 fois** (soit max. 3 mois au total). L'indemnité mensuelle dépendra du régime choisi (partiel/temps plein) et de l'âge du demandeur. En 2020, l'indemnité pour une interruption complète s'élève 851,59 € brut (montant indexé chaque année). Elle est majorée à 1400,01 € brut pour un travailleur isolé qui cohabite avec un ou plusieurs enfants à charge.

→ **En pratique :** lors de chaque demande, le travailleur doit accomplir 2 étapes distinctes :

1. Avertir l'employeur, par écrit : le travailleur qui souhaite exercer son droit au congé pour octroi de soins palliatifs doit fournir à son employeur une attestation du médecin traitant de la personne qui nécessite ces soins. De cette attestation, il doit ressortir que le travailleur se déclare prêt à fournir ces soins palliatifs, sans qu'à cette occasion l'identité du patient ne soit dévoilée.
2. Introduire une demande auprès de l'ONEM : l'indemnité d'interruption est à demander via le **formulaire C61** « Demande d'interruption de carrière dans le cadre du congé pour soins palliatifs ». À la demande doit être jointe une attestation du médecin traitant du patient.

En cas de prolongation, une nouvelle attestation doit être fournie. Un travailleur peut remettre au maximum 3 attestations pour des soins palliatifs octroyés à une même personne.

INFO

Fiche info T20 le site de l'ONEM :

→ www.onem.be/fr/documentation/feuille-info/t20



+32 2 880 29 80
helpdesk@brusano.brussels
→ www.brusano.brussels

4.6 L'aidant proche

AUTRES ALLOCATIONS POUR TRAVAILLEURS (SALARIÉS)

En plus du congé pour soins palliatifs (les avantages sont cumulables), un travailleur peut interrompre ou réduire ses prestations dans le secteur privé ou le secteur public.

INFO

Travailleur du secteur privé :

Crédit-temps avec motif « Soins palliatifs »
→ www.onem.be/fr/documentation/feuille-info/t160

Congé pour aidant-proche
→ www.onem.be/fr/documentation/feuille-info/t164

Travailleur du secteur public :

Interruption de carrière ordinaire
→ www.onem.be/fr/citoyens/interruption-de-carriere-credit-temps-et-conges-thematiques/interruption-de-carriere-secteur-public

ALLOCATION FORFAITAIRE (INDÉPENDANTS)

- **Informations générales :** le travailleur indépendant peut également solliciter un congé (rémunéré) pour fournir des soins palliatifs à un enfant ou à un proche (le conjoint ou partenaire cohabitant légal, un parent au 2^e degré ou quiconque a sa résidence principale à l'adresse de l'indépendant). L'interruption est de 12 mois maximum sur l'ensemble de la carrière. Dans certains cas, le travailleur peut obtenir l'exonération des cotisations sociales avec maintien de tous les droits liés à son statut social.
- **Conditions d'accès :** le travailleur indépendant doit être en ordre de cotisations sociales. La demande doit être faite avant que les activités soient

interrompues et doit être envoyée par recommandé à la caisse d'assurances sociales. Un certificat du médecin traitant du patient atteste qu'il est disposé à dispenser des soins palliatifs.

- **Aides et remboursements :** l'allocation est de 1.291,69 € par mois (montant 2021, indexé annuellement) pour une interruption complète de l'activité indépendante. L'indemnité pour indépendants est payée pendant une période maximale de 12 mois sur toute la carrière. Il y a possibilité de disperser les 12 mois.
- **En pratique :** toute information peut être obtenue auprès de la caisse d'assurances sociales de l'indépendant.

AUTRES DISPOSITIFS DE SOUTIEN AUX AIDANTS PROCHES

Outre les équipes de 2^e ligne qui peuvent apporter un soutien aux aidants proches, d'autres initiatives existent :

- les sites www.aidantsproches.brussels et www.reseau-sam.be ont été créés pour informer et soutenir les aidants proches. On y retrouve des adresses et documents utiles, des groupes de soutien, des permanences téléphoniques et des espaces d'échange à destination d'aidants proches.
- le site www.docaidants.be est un centre de documentation pour aidants proches où l'on retrouve des brochures et des livres.
- enfin, le site www.jeunesaidantsproches.be met à la disposition des jeunes aidants proches une ligne téléphonique et une adresse mail pour les mettre en contact avec quelqu'un qui peut les soutenir dans l'accompagnement de leur proche.

4.7 Déclarations de fin de vie

Par sa nature même et les inquiétudes qu'elle peut soulever, la fin de vie demande une attention particulière de la part des professionnels. Un des moyens pouvant apporter un certain apaisement consiste à **organiser la planification anticipée de soins**. Ce processus de concertation, qui doit être dynamique et continu, permet de déterminer un projet de soins (actuel et futur), en tenant compte des valeurs et priorités du patient. Il peut déboucher sur des **directives anticipées**. Au nombre de 5, elles reprennent les instructions écrites permettant à la personne d'indiquer, à l'avance, ses volontés sur différents aspects si elle n'est plus capable de s'exprimer.

Il s'agit de :

- la déclaration anticipée négative
- la déclaration anticipée relative à l'euthanasie
- la déclaration de dernières volontés et/ou du choix du rite confessionnel ou non confessionnel pour les obsèques et informant de l'existence d'un contrat d'obsèques
- la déclaration de don d'organe
- la déclaration relative au don du corps à la science.

Il n'existe aucune obligation légale de compléter ces documents. Ceci doit être fait sur base volontaire. Le médecin généraliste est tenu d'informer son patient de manière éclairée (sauf si celui-ci ne le souhaite pas ou si cela risque de lui causer un préjudice grave) sur son état de santé. Avant de prendre une décision le patient doit pouvoir parler avec le médecin et l'équipe soignante des possibilités existantes et de leurs conséquences. Il doit pouvoir se renseigner sur les différentes mesures et sur les répercussions de leur prolongement ou de leur arrêt.

Il est important de rappeler à tous que ces documents peuvent être modifiés à tout moment par le patient.

INFO

Pour plus d'informations

sur les déclarations anticipées :

→ <https://leif.be/voorafgaande-zorgplanning/planification-anticipee-de-soins/>



4.7 Déclarations de fin de vie

Déclaration anticipée négative

C'EST QUOI?

Refus de soins > ce que je ne veux pas.

Il s'agit d'un document écrit qui précise le type de soins, examens et/ou traitements refusés par la personne dans l'hypothèse où celle-ci ne serait plus en mesure d'exprimer sa volonté.

POUR QUI?

Toute personne soucieuse d'exprimer à l'avance ses refus de soins ou ses choix de non-traitement.

COMMENT PROCÉDER?

La personne remplit la déclaration de manière anticipée et conserve un exemplaire. Il est recommandé d'en remettre également au médecin généraliste pour le dossier médical ainsi qu'à son/ses représentant (s).*

* Le représentant est la personne (une ou plusieurs) qui agit au nom du requérant lorsque celui-ci n'est plus en capacité d'exprimer sa volonté.

Modèle officiel	Proposition de formulaire (www.leif.be)
Juridiquement contraignante	Les médecins doivent en tenir compte
Enregistrement à l'administration communale	✓
Durée de validité	Indéfiniment et révisable à tout moment
 → www.health.belgium.be (SPF Santé publique)	

Nom et prénom

Adresse complète

Numéro d'identification au Registre national

La combinaison de ces données permet de s'assurer de l'identité de la personne.

Si je ne devais plus être capable d'exprimer ma volonté

Description des risques à l'origine de l'incapacité (facultatif).

Je ne souhaite plus de traitement visant à prolonger la vie, mais simplement un traitement de confort. Je ne veux plus d'examen, sauf dans le cas où ils permettraient d'améliorer mon confort.

De plus, je ne veux pas :

- ☐ antibiotiques
- ☐ hydratation et nutrition artificielles
- ☐ chimiothérapie
- ☐ radiation
- ☐ opération
- ☐ respiration artificielle
- ☐ dialyse rénale
- ☐ réanimation
- ☐ soins intensifs
- ☐ hospitalisation
- ☐ autre traitement (compléter par vous-même) :

Si un traitement/examen démarre, il ne peut pas avoir pour objectif de prolonger la vie. La personne peut également y préciser ici ses traitements spécifiques dont elle ne veut pas.

☐ Le traitement peut se poursuivre en fonction de don d'organes.

Si la personne accepte le don d'organes, il est indispensable de cocher cette case.

☐ Je désigne un représentant afin de faire respecter mes souhaits et mes droits, au cas où je ne serais plus en état de le faire :

Nom et prénom

Adresse complète

Numéro d'identification au Registre national

Numéro de téléphone

Date et lieu de naissance

Lien de parenté éventuel

Un (ou plusieurs) représentant(s) peuvent être désignés par le patient pour agir en son nom s'il ne peut pas exprimer sa volonté.

Le requérant n'est pas en état de rédiger personnellement la déclaration anticipée.

La raison pour laquelle le requérant est physiquement incapable de rédiger et signer cette déclaration anticipée négative est la suivante :

Madame/Monsieur a été désignée pour rédiger cette déclaration anticipée négative.

Les données personnelles de cette personne sont les suivantes :

Adresse complète

Numéro d'identification au Registre national

Numéro de téléphone

Date et lieu de naissance

Lien de parenté éventuel

Si la personne est capable mais physiquement dans l'impossibilité de rédiger personnellement la déclaration anticipée (paralysie, cécité...), elle peut désigner un autre rédacteur (doit être une personne majeure). L'état peut éventuellement être attesté par le médecin généraliste.

Cette déclaration est établie en exemplaires signés qui sont conservés à

Fait à, le

Date et signature du requérant :

Date et signature du représentant :

Date et signature de la personne désignée qui a rédigé la demande anticipée à la place du demandeur :

Pour avoir force de loi, la déclaration doit être datée et signée par toutes les personnes mentionnées.

Facultatif :

Le médecin traitant confirme par sa signature seulement la capacité mentale du demandeur :

Signature, date et cachet :

(chaque signature et date seront complétées des nom et qualité du signataire)

En signant cette déclaration, le médecin généraliste confirme que la personne (le requérant) était toujours en capacité mentale lors de sa rédaction. Ce n'est pas obligatoire mais recommandé.

C'EST QUOI ?

Il s'agit d'un document écrit par lequel une personne donne son accord pour qu'un médecin pratique à l'avenir une euthanasie **dans les conditions fixées par la loi** dans l'hypothèse où cette personne ne pourrait plus manifester sa volonté car inconscient de manière irréversible (coma ou état végétatif).

POUR QUI ?

Toute personne capable d'exprimer sa volonté, majeure ou mineure émancipée.
Remarque: le médecin qui refuse de pratiquer une euthanasie doit transmettre le dossier médical au confrère désigné par la personne.

L'euthanasie n'est pas un droit. Introduire une demande ne garantit pas que celle-ci sera pratiquée. Même si toutes les conditions légales sont réunies, le médecin est libre d'accepter ou de refuser de pratiquer une euthanasie. S'il refuse, il est tenu d'en informer en temps utile le patient ou la personne de confiance éventuelle en précisant les raisons de son choix. Le patient peut alors se tourner vers un autre médecin.

COMMENT PROCÉDER ?

La personne remplit la déclaration anticipée relative à l'euthanasie (**modèle officiel**), en présence de min. 2 témoins.

Modèle officiel	Formulaire officiel (www.health.belgium.be)
Juridiquement contraignante	Les médecins doivent en tenir compte
Enregistrement à l'administration communale	Bien que facultatif, cet enregistrement permet que les médecins puissent être rapidement informés de l'existence d'une déclaration anticipée. Dans le cas où la personne ne souhaite pas faire enregistrer cette déclaration, elle devra veiller à faire connaître sa volonté. Dans la déclaration il est possible de désigner une ou plusieurs personnes de confiance qui ont pour rôle d'informer le médecin généraliste de la volonté de la personne.
Durée de validité	Pour les déclarations rédigées avant le 2 avril 2020 : 5 ans, à compter de la date de la déclaration. Le déclarant doit lui-même veiller à ce que sa déclaration anticipée soit reconfirmée tous les 5 ans s'il souhaite qu'elle reste valide. Pour les déclarations rédigées à partir du 2 avril 2020 : la déclaration a une durée de validité illimitée.
 → www.health.belgium.be (SPF Santé publique)	

Rubrique I. Données obligatoires

A. Objet de la déclaration anticipée

Monsieur/Madame (*) (nom et prénom) :

(*) demande, que dans le cas où il/elle (*) n'est plus en état d'exprimer sa volonté, un médecin applique l'euthanasie si on satisfait à toutes les conditions fixées dans la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie.

(*) reconfirme la déclaration anticipée d'euthanasie qui a été rédigée le (date) (1) :

(*) révisé la déclaration anticipée d'euthanasie qui a été rédigée le (date) (1) :

(*) retire la déclaration anticipée d'euthanasie qui a été rédigée le (date) (1) :

Il est indispensable de choisir une de ces quatre options! Il convient de biffer les mentions inutiles.

B. Données personnelles du requérant

Mes données personnelles sont les suivantes :

- résidence principale :
- adresse complète :
- numéro Registre national :
- Date et lieu de naissance (jj/mm/aaaa) :

La combinaison de ces données permet de s'assurer de l'identité de la personne.

C. Caractéristiques de la déclaration anticipée

Cette déclaration a été faite librement et consciemment. Elle est approuvée par la signature des deux témoins et le cas échéant, d'une (des) personne(s) de confiance.

Je souhaite que cette déclaration anticipée soit respectée.

Cette indication obligatoire permet de s'assurer que l'intention exprimée dans le document a été rédigée librement et en pleine conscience.

D. Les témoins

Les témoins en présence desquels je rédige cette déclaration anticipée, sont :

- 1) nom et prénom :
résidence principale :
adresse complète :
numéro d'identification dans le registre national
numéro de téléphone :
- 2) nom et prénom :
résidence principale :
adresse complète :

La déclaration anticipée doit obligatoirement être rédigée en présence de deux témoins majeurs. Un des deux témoins ne peut avoir d'intérêt matériel au décès du requérant. Il ne peut donc s'agir d'un membre de la famille ou d'un héritier. La combinaison de ces données permet de s'assurer de l'identité des témoins.

Rubrique II. Données facultatives

A. Les personnes de confiance éventuellement désignées

Comme personne(s) de confiance, dont je souhaite qu'elle(s) soi(en)t immédiatement informée(s) si je me trouve dans une situation dans laquelle la déclaration anticipée

- 1) nom et prénom :
résidence principale :
adresse complète :
numéro d'identification dans le registre national
numéro de téléphone :
date et lieu de naissance :
lien de parenté éventuel :

Dans le cas où le requérant ne serait plus en capacité d'informer le médecin généraliste sur la déclaration anticipée relative à l'euthanasie, il peut désigner une ou plusieurs personnes de confiance qui s'en chargeront. Ne peuvent pas être désignées comme personnes de confiance : le médecin généraliste, le médecin consulté ou l'équipe en charge des soins.

B. Données à mentionner par la personne qui n'est pas physiquement capable de rédiger et de signer une déclaration anticipée

La raison pour laquelle je ne suis pas capable physiquement de rédiger et de signer cette déclaration anticipée est la suivante :

Comme preuve, je joins un certificat médical en annexe.

J'ai désigné (nom et prénom) pour consigner par écrit cette déclaration anticipée.

Les données personnelles des personnes précitées sont les suivantes :

- résidence principale :
- adresse complète :
- numéro d'identification dans le registre national :
- numéro de téléphone :
- date et lieu de naissance :
- lien de parenté éventuel :

Dans le cas où le requérant ne serait plus en capacité physique de rédiger personnellement cette déclaration anticipée, il peut désigner un rédacteur.

Dans ce cas :

- l'incapacité physique doit être spécifiée
- un certificat médical doit être joint
- le rédacteur doit être une personne majeure qui n'a pas un intérêt matériel au décès du requérant.

Ne peuvent être désignées comme personnes de confiance : le médecin généraliste, le médecin consulté ou l'équipe en charge des soins.

La présente déclaration a été rédigée en (nombre).....exemplaires signés qui sont conservés (à un endroit ou chez une personne) :

Fait

à.....le.....

Il convient de préciser le nombre d'exemplaires et les endroits où ils sont conservés. En cas d'enregistrement, l'administration communale doit fournir un exemplaire original au SPF Santé publique.

Date et signature de la personne désignée en cas d'incapacité physique permanente du requérant (1) :

Date et signature des deux témoins :

Date et signature de la (des) personne(s) de confiance désignée(s) (1) :

(pour chaque date et signature, mentionner la qualité et le nom)

Pour avoir force de loi, la déclaration doit être datée et signée par toutes les personnes mentionnées.

4.7 Déclarations de fin de vie

Déclaration anticipée relative aux dernières volontés quant aux obsèques

C'EST QUOI?

Il s'agit d'un document écrit relatif aux dernières volontés quant aux obsèques. Les choix liés à la sépulture et à la cérémonie y sont indiqués ainsi que l'existence d'un éventuel contrat d'obsèques.

COMMENT PROCÉDER?

Modèle officiel	Proposition de formulaire (www.leif.be)
Juridiquement contraignante	Les proches et l'entrepreneur des pompes funèbres doivent en tenir compte
Enregistrement à l'administration communale	Bien que facultatif, cet enregistrement permet de s'assurer du respect de ses dernières volontés
Durée de validité	Indéfiniment et révisable à tout moment
 → www.health.belgium.be (SPF Santé publique)	

Je soussigné(s) (nom et prénom) Numéro d'identification au Registre national demeurant à	● La combinaison de ces données permet de s'assurer de l'identité de la personne.
(1) Déclare à l'Officier de l'état civil de la ville/commune de (2) revoit la déclaration relative aux dernières volontés quant aux funérailles, déposée à la ville/commune de (3) retire la déclaration relative aux dernières volontés quant aux funérailles, déposée à la ville/commune de	● Afin de s'assurer du respect de ses choix, la personne peut faire enregistrer cette déclaration à l'Administration communale dans laquelle la personne réside.
☐ inhumation de la dépouille ☐ crémation suivie de l'inhumation des cendres dans l'enceinte du cimetière ☐ crémation suivie de l'inhumation des cendres au columbarium du cimetière ☐ crémation suivie de la dispersion des cendres sur la pelouse de dispersion du cimetière ☐ crémation suivie de la dispersion des cendres en mer, dans la zone territoriale belge ☐ crémation suivie de la dispersion des cendres en un autre lieu que le cimetière ou la zone marine territoriale belge : ☐ crémation suivie de l'inhumation des cendres en un autre lieu que le cimetière ☐ crémation suivie de la conservation des cendres en un autre lieu que le cimetière	● La dispersion des cendres ne peut pas se faire dans un lieu public et requiert l'autorisation écrite du propriétaire du terrain où les cendres seront dispersées/ inhumées (sauf si la propriété appartenait au défunt). Cette information doit être transmise à l'État Civil de la commune du décès. Une urne funéraire peut aussi être conservée à la maison. Elle sera remise à la personne désignée après les obsèques.
☐ nom de la commune d'inhumation ou de la commune où les cendres doivent être inhumées, gardées ou dispersées :	● Le choix du territoire communal est libre.
☐ contrat d'obsèques: nom de la société : numéro de contrat : date de signature :	● Si la personne a souscrit à un contrat d'obsèques, elle le précise ici afin de l'acter dans le Registre national.
Rite de la cérémonie funéraire ☐ pas de rituel ☐ cérémonie funéraire selon le rite catholique ☐ cérémonie funéraire selon le rite protestant ☐ cérémonie funéraire selon le rite anglican ☐ cérémonie funéraire selon le rite orthodoxe ☐ cérémonie funéraire selon le rite juif ☐ cérémonie funéraire selon le rite musulman ☐ cérémonie funéraire selon la conviction laïque ☐ cérémonie funéraire selon une conviction philosophique neutre	● La personne peut préciser le rituel à suivre. Le choix a été limité aux croyances reconnues. Remarque: « conviction philosophique neutre » vise une cérémonie sans rituel de croyance et qui n'est pas dirigée par un représentant d'un courant de croyance.
Le contenu de cette déclaration, rédigée de mon plein gré représente ma dernière déclaration anticipée relative à mes dernières volontés quant à mes funérailles. Fait à le Signature	● Pour avoir force loi, la déclaration doit être datée et signée par toutes les personnes mentionnées.
Accusé de réception de la déclaration anticipée relative aux dernières volontés quant aux funérailles. Le (date), l'Officier de l'Etat civil de la ville/commune de déclare avoir reçu la déclaration anticipée relative aux dernières volontés quant aux funérailles de (nom, prénom); Signature de l'Officier de l'Etat civil ou de son délégué	● L'enregistrement au service de l'État Civil de la commune n'est pas obligatoire mais conseillé. Le registre sera consulté au moment de la déclaration du décès. Un accusé de réception est délivré lors du dépôt de cette déclaration.

4.7 Déclarations de fin de vie

Déclaration anticipée relative au don d'organes

C'EST QUOI?

Il s'agit d'un document écrit qui précise la volonté du défunt. Le principe de base veut que les organes et tissus destinés à la transplantation peuvent être prélevés, après décès, chez toute personne domiciliée en Belgique, sauf chez les personnes qui ont exprimé leur opposition à un tel prélèvement.

COMMENT PROCÉDER?

Modèle officiel	Formulaire officiel (www.health.belgium.be)
Juridiquement contraignante	/
Enregistrement à l'administration communale	Pour s'assurer du respect de ses dernières volontés et obligatoirement en cas de refus de don, la personne doit faire enregistrer cette déclaration au Registre national.
Durée de validité	Indéfiniment et révisable à tout moment
 → www.health.belgium.be (SPF Santé publique)	



**COVID 19: INTERDIT
SI SUSPICION OU CAS AVÉRÉ**

Nom et prénoms :
Numéro de registre national :

Le cas échéant, le représentant de celui au nom duquel l'opposition ou le retrait de l'opposition a été fait :
Nom et prénoms :
Numéro de registre national :
Qualité :

La combinaison de ces données permet de s'assurer de l'identité de la personne.

• **Don d'organes pour la transplantation**

Les organes prélevés après votre décès serviront pour être transplantés chez des personnes qui ont besoin d'une greffe.

- Opposition
- Consentement explicite
- Retrait de la précédente déclaration

• **Don de matériel corporel humain pour la transplantation**

Les tissus et cellules prélevés après votre décès serviront pour être transplantés chez des personnes qui ont besoin d'une greffe.

- Opposition
- Consentement explicite
- Retrait de la précédente déclaration

• **Don de matériel corporel humain pour la fabrication de médicaments**

Le matériel corporel prélevé après votre décès servira à la fabrication de médicaments, par exemple pour des thérapies innovantes.

- Opposition
- Consentement explicite
- Retrait de la précédente déclaration

• **Don de matériel corporel humain pour la recherche**

Le matériel corporel prélevé après votre décès sera utilisé dans le cadre de la recherche scientifique pour approfondir les connaissances sur le corps humain ou sur certaines maladies et continuer à améliorer les soins.

- Opposition
- Consentement explicite
- Retrait de la précédente déclaration

Il est indispensable de choisir une de ces options. Chaque personne capable d'exprimer sa volonté (à partir de 12 ans) peut remplir une déclaration anticipée sur le prélèvement et la transplantation d'organes et tissus après son décès. **Pour les mineurs qui n'ont pas la capacité où ceux dont la minorité a été prolongée**, la règle suivante s'applique: si le mineur (ou le mineur prolongé) ne peut exprimer sa volonté, du fait de son état mental, c'est son représentant légal, son administrateur provisoire ou, s'ils n'existent pas, son parent le plus proche qui peut exprimer ce refus.

Fait à _____ le _____

Signature du déclarant/de son représentant

Signature et cachet de la commune

L'enregistrement de la déclaration au service de l'état Civil, ces données lui permet d'être consignée dans le Registre national qui peut être consulté par le personnel soignant. Un accusé de réception est remis.



+32 2 880 29 80
helpdesk@brusano.brussels
→ www.brusano.brussels

4.7 Déclarations de fin de vie

Déclaration de don du corps à la science

C'EST QUOI?

Il s'agit d'un document manuscrit, daté et signé, qui stipule de manière non équivoque la volonté du défunt faire don de son corps à la science ainsi que l'université qui peut réclamer le corps.

COMMENT PROCÉDER?

La personne rédige à la main une déclaration de don, la date et la signe. Elle en conserve une copie et adresse l'original à l'hôpital universitaire de son choix. L'hôpital enverra généralement au donateur un accusé de réception ou une fiche à joindre à sa carte d'identité, de telle sorte que les proches ou les héritiers soient informés. Le don de corps peut se faire à n'importe quelle université belge de son choix.

Modèle officiel	Déclaration manuscrite
Juridiquement contraignante	✓
Enregistrement à l'administration communale	/
Durée de validité	Indéfiniment et révisable à tout moment
INFO → www.health.belgium.be (SPF Santé publique)	



COVID 19: INTERDIT SI SUSPICION OU CAS AVÉRÉ

4.8 L'euthanasie

LA LOI DU 28 MAI 2002

L'euthanasie est un acte pratiqué par un tiers (toujours un médecin) qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne uniquement à la demande de celle-ci. La loi ouvre un droit à la demande d'euthanasie, pas un droit à l'euthanasie.

La loi vise, pour le médecin qui le pratique, à dépénaliser l'acte d'euthanasie moyennant le respect d'une procédure et de conditions strictes et précises. Un médecin n'est pas obligé de pratiquer une euthanasie. C'est au patient qu'il revient de choisir un médecin qui accédera à sa demande.

La loi du 28/05/2002 relative à l'euthanasie a été étendue aux mineurs dotés de la capacité de discernement par la loi du 28/02/2014.

L'EUTHANASIE SUR LA BASE D'UNE DEMANDE ACTUELLE

Le patient est conscient, capable d'exprimer sa demande et est dans une situation médicale réunissant les conditions fixées par la loi. Les conditions essentielles reprises ci-dessous concernent le patient et la relation de celui-ci avec le médecin. Elles ne concernent pas les obligations imposées aux médecins. Ceux-ci se référeront aux guidelines médicales en la matière.

- le demandeur doit être **majeur** ou **mineur émancipé**, capable ou encore **mineur doté de la capacité de discernement** et conscient au moment de sa demande
- le médecin doit s'assurer que la demande du patient est formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée, et ne résulte pas d'une pression extérieure
- le patient se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une

souffrance physique ou psychique (uniquement pour les majeurs ou mineurs émancipés) constante, insupportable et inapaisable; cette souffrance résultant d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable. Les représentants légaux du patient mineur doivent marquer leur accord sur sa demande.

- le patient doit avoir été informé par le médecin de manière claire, complète et compréhensible au sujet de son état de santé, de son espérance de vie, des possibilités thérapeutiques encore envisageables, des soins palliatifs et de leurs conséquences
- le patient et le médecin doivent être arrivés à la conviction qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable dans cette situation précise.
- il faut une demande écrite datée et signée par le patient lui-même, capable et conscient
- si le patient est capable, conscient, mais qu'il ne peut écrire, la demande est actée par écrit et signée – en présence d'un médecin et mentionnant le nom dudit médecin – par une personne majeure du choix du patient et n'ayant aucun intérêt matériel au décès de celui-ci.
- la procédure peut prendre fin à tout moment sur simple révocation, même orale, du patient.

EUTHANASIE SUR LA BASE D'UNE DÉCLARATION ANTICIPÉE

Il s'agit des situations où le patient n'est plus capable d'exprimer sa demande car il se trouve dans un état d'inconscience irréversible. Ce patient est dans une situation médicale réunissant les conditions fixées par la loi et il a rédigé une déclaration en amont,

avant son incapacité, suivant le modèle prévu par la loi, avec notamment deux témoins obligatoires.

- il s'agit d'un document écrit par lequel une personne déclare donner son accord pour qu'un médecin pratique à l'avenir une euthanasie dans les conditions fixées par la loi, dans l'hypothèse où cette personne ne pourrait plus manifester sa volonté car inconsciente de manière irréversible (coma ou état végétatif)
- **durée de validité :**
 - pour les déclarations rédigées **avant le 2 avril 2020** : 5 ans, à compter de la date de la déclaration. Le déclarant doit lui-même veiller à ce que sa déclaration anticipée soit reconfirmée tous les 5 ans s'il souhaite qu'elle reste valide.
 - pour les déclarations rédigées **à partir du 2 avril 2020** : La déclaration a une durée de validité illimitée.
- le médecin qui pratique une euthanasie sur la base d'une déclaration anticipée doit préalablement constater que le patient est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable, que le patient est inconscient et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science
- la possibilité de réaliser une déclaration anticipée n'est **pas accessible aux mineurs d'âge**.



→ www.health.belgium.be
(SPF Santé publique)



+32 2 880 29 80
helpdesk@brusano.brussels
→ www.brusano.brussels

5 Pensez-y

→ Palliaguide.be

Il s'agit d'un site web dédié aux recommandations de bonne pratique concernant le contrôle des symptômes en soins palliatifs. Ces recommandations s'adressent principalement aux médecins, mais elles peuvent également intéresser d'autres professionnels de la santé confrontés à des situations palliatives. Leur objectif est d'être un support concret pour la pratique de terrain.

→ Kairos

Brusano publie deux à trois fois par an la revue palliative le Kairos. Ces éditions destinées aux professionnels de la santé abordent l'accompagnement des soins palliatifs à travers une thématique différente par numéro, afin de proposer diverses lectures et réflexions du sujet.

Pour en savoir plus :

www.brusano.brussels/kairos

→ Cité Sérine

Se présentant comme un "hôtel de soins", elle est un exemple de *Middle Care* palliatif. Ce type d'infrastructure est destiné à des patients dont l'état de santé ne nécessite pas (ou plus) une hospitalisation, mais qui ne peuvent séjourner ni à domicile, ni en maison de repos et de soins (MRS). Des soins techniques complexes y sont également prodigués. La durée du séjour est variable en fonction de l'état de santé du patient. L'accès est ouvert à des patients de tout âge (y compris les enfants), suite à une évaluation psycho-médico-sociale. La Cité Sérine est agréée et subventionnée par la Cocof dans le cadre des soins palliatifs, ce qui lui permet d'assurer une présence infirmière 24h/24 et 7j/7. Le prix de journée est à charge du patient.

→ Transport non urgent pour raisons médicales

Il s'agit du transport d'un malade ou d'une personne à mobilité réduite vers un hôpital, un centre de rééducation, le lieu d'un court séjour ou d'un séjour de soins. Il peut s'agir d'un transport assis, adapté (voiturette) ou couché. Certaines mutuelles interviennent dans les frais ou organisent elles-mêmes le transport pour leurs membres (en général par des volontaires). Certaines organisations travaillent avec des titres-services.

→ Aides familiales

L'aide familiale apporte un soutien dans les tâches de la vie quotidienne, ainsi qu'une aide relationnelle et une écoute, afin de permettre un maintien à domicile et une qualité de vie de la personne. Les aides familiales sont tenues au secret professionnel et agissent dans le strict respect du cadre de vie et des convictions de chaque personne accompagnée. Elles travaillent en équipe coordonnée par un assistant social et en étroite collaboration avec les autres intervenants du domicile.

→ Gardes de nuit

Les gardes de nuit sont destinées aux personnes en perte d'autonomie qui sont ou ne sont pas accompagnées par leurs proches à domicile et qui souhaitent une aide supplémentaire durant la nuit.

→ Intervention majorée en cas de bas revenus (BIM et OMNIO)

Les personnes à bas revenu ont droit à une intervention majorée (statut BIM – Bénéficiaire de l'Intervention Majorée et OMNIO) de la mutuelle pour les frais de santé. Ces personnes paient une quote-part réduite (et parfois aucune) lors d'un séjour hospitalier,

ainsi que pour la plupart des soins ambulatoires assurés par les médecins, dentistes, kinésithérapeutes, etc. ou encore pour les médicaments.

Pour en savoir plus :

Contactez la mutuelle du patient

→ **Autres aides prévues par l'Assurance Soins de Santé**

Différentes aides financières existent dans le cadre de l'assurance soins de santé, accessibles à tout patient en ordre d'assurabilité. Ex. : pansements actifs, incontinence urinaire, état végétatif persistant (EVP), interventions spécifiques pour patients atteints de cancer.

Pour en savoir plus :

www.inami.be





6 Notes



Brusano est un service pluraliste et bicommunautaire de coordination et d'appui aux professionnels de la première ligne. BRUSANO exerce les missions de plateforme de soins palliatifs.

Ce soutien concerne également les articulations avec tous les intervenants de la santé et du social à Bruxelles.

Brusano, par le biais d'appuis concrets aux intervenants, a pour objectifs :

Lisibilité du système

Le citoyen et le professionnel bruxellois trouvent facilement les informations concernant des services et offres dont ils ont besoin, au moment où ils en ont besoin, en tenant compte de subsidiarité (step-up care) y compris territorial.

Coordination et multidisciplinarité

Chaque personne présentant une situation de prise en charge chronique et / ou complexe bénéficie de soins et aides coordonnés, interdisciplinaires, et dont elle et ses aidants proches sont partenaires. La continuité des services et celle de l'information sont assurées.

Accessibilité et vulnérabilités

Les personnes qui vivent dans des situations de grande pauvreté, de vulnérabilités particulières liées à leurs conditions de vie ou comportements à risque, et particulièrement les personnes socialement discriminées, ont accès aux soins et aides dont elles ont besoin.

Approche quartier

Chaque Bruxellois trouve, s'il le souhaite, les services dont il a besoin au plus proche de son lieu de vie. Le Quartier est un lieu de soutien social et de solidarité, par ses acteurs formels et informels.

- **Diabète de type 2 |**
Les systèmes de prise en charge
- **Soins palliatifs et fin de vie**
- **Santé mentale | Offre de soins :**
consultations psychologiques de 1^{re} ligne
- **Maintien au domicile des personnes**
de 60 ans (+)
- **Accompagnement de la femme enceinte**
vulnérable | Born In Brussels Professional

Les focus s'articulent avec des répertoires,
des FAQ et Focus Live (webinaires).

→ Rendez-vous sur brusano.brussels



Vers des soins intégrés de proximité
Op weg naar integrale buurtzorg

Helpdesk: +32 2 880 29 80
info@brusano.brussels
RPM / RPR: BE0711.719.484

E.R. / V.U.: Michel De Volder,
rue de l'Association 15
Verenigingstraat,
1000 Bruxelles / Brussel



COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

www.brusano.brussels

Pour aller plus loin :

Consultez les guidelines francophones de soins palliatifs complètes et mises à jour sur :
→ www.palliaguide.be

Adressez vos questions sur les soins palliatifs (conventions MRS, formation de volontaires, aides et remboursement) à Brusano:
→ Rendez-vous sur www.brusano.brussels
→ Helpdesk: + 32 2 880 29 08

Contactez une équipe d'accompagnement multidisciplinaire (2^e ligne) active en Région bruxelloise à domicile, en MRS et dans les autres institutions extrahospitalières :

- **Continuing Care**
+ 32 2 743 45 90
info@continuingcare.be
- **Interface St Luc**
+ 32 2 764 22 26
interface-sc-saintluc@uclouvain.be
- **Sémiramis**
+ 32 2 734 87 45
info@semiramis-asbl.org
- **Omega**
+ 32 2 456 82 03
info@vzwomega.be

