

RÔLE DE L'INFIRMIER.E DANS LE PARCOURS D'UN PATIENT EN SOINS PALLIATIFS

Janvier 2025
Formation
ONCO BFC

DEGOIS Marc médecin
GREUSARD Laurent IDE
EMSP Pontarlier

Parcours de soins de Me X



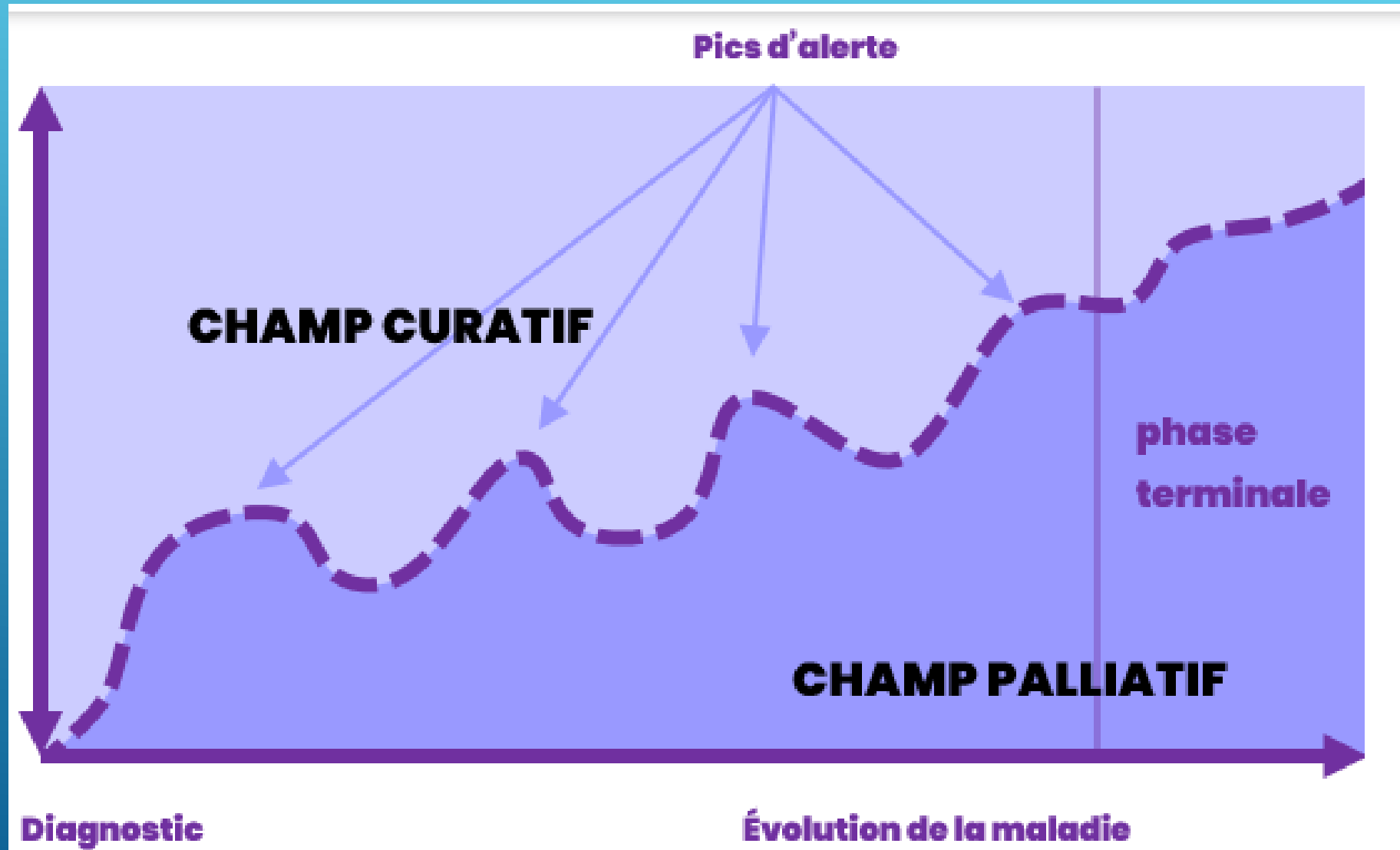
- ▶ Vous accueillez Me X, 51 ans, mariée deux enfants dont 1 qui vit à domicile avec des relations conflictuelles. Elle entre dans votre service pour une tumorectomie. Elle vous raconte que c'est lors d'une visite chez son médecin traitant, pour avoir un certificat pour la pratique du triathlon en compétition, que celui-ci au vue de son âge lui avait conseillé de faire une mammographie. L'examen avait alors révélé une masse et qu'à la biopsie ils avaient trouvé un carcinome infiltrant. L'exérèse au niveau du sein est complète, avec ablation des ganglions sentinelles (5 gg positifs).
- ▶ L'hospitalisation se passe bien. Elle dit qu'elle a hâte de reprendre son entraînement.
- ▶ L'oncologue est plutôt rassurant. Mais récemment il était à un congrès de soins palliatifs et il se demande si cette patiente ne présente pas des questions de soins palliatifs?

- Que pensez vous de sa situation? Que dites-vous à l'oncologue?
 - Que faites vous pour Me X?
- 


► Définition des soins palliatifs 2023 :

Les soins palliatifs ont pour objectif d'aider à maintenir au maximum la qualité de vie des patients atteints d'une maladie grave, potentiellement mortelle.
(Ministère de la prévention et de la santé)

ÉVOLUTION DES BESOINS EN SOINS PALLIATIFS



	QUESTIONS	COMPLEMENT	OUI/ NON
1	Le patient est atteint d'une maladie qui ne guérira pas, en l'état actuel des connaissances	Une réponse positive à cette question est une condition nécessaire pour utiliser Pallia 10 et passer aux questions suivantes	
2	Il existe des facteurs pronostiques péjoratifs	Validés en oncologie : hypo albuminémie, syndrome inflammatoire, lymphopénie, Performans Status >3 ou Index de Karnofsky	
3	La maladie est rapidement évolutive		
4	Le patient ou son entourage sont demandeurs d'une prise en charge palliative et d'un accompagnement	Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs	
5	Il persiste des symptômes non soulagés malgré la mise en place des traitements de première intention	Douleur spontanée ou provoquée lors des soins, dyspnée, vomissements, syndrome occlusif, confusion, agitation ...	
6	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre psychique pour le patient et/ou son entourage	Tristesse, angoisse, repli, agressivité ou troubles du comportement, troubles de la communication, conflits familiaux, psycho-pathologie préexistante chez le patient et son entourage	

- ▶ Après une rémission de deux années, Me X est à nouveau hospitalisée pour une sciatalgie importante, Lors de son entrée son mari vous dit discrètement que son épouse depuis quelques mois, est à l'affut de tout nouveau symptôme, qu'elle ne supporte plus rien que c'est à la limite de l'hypochondrie.
 - ▶ Les examens sont normaux
 - ▶ Elle a du mal dormir à cause des douleurs et ressasse toute la nuit.
 - ▶ Qu'en pensez-vous?
- 

- ▶ Un mois plus tard, son médecin traitant prescrit une nouvelle imagerie devant les douleurs persistantes associées à des céphalées. Il s'avère que Me X à des métastases (osseuse et cérébrale). Elle est alors ré-hospitalisée, pour prise en charge des douleurs.

DOULEUR = TEMPS VOLÉ

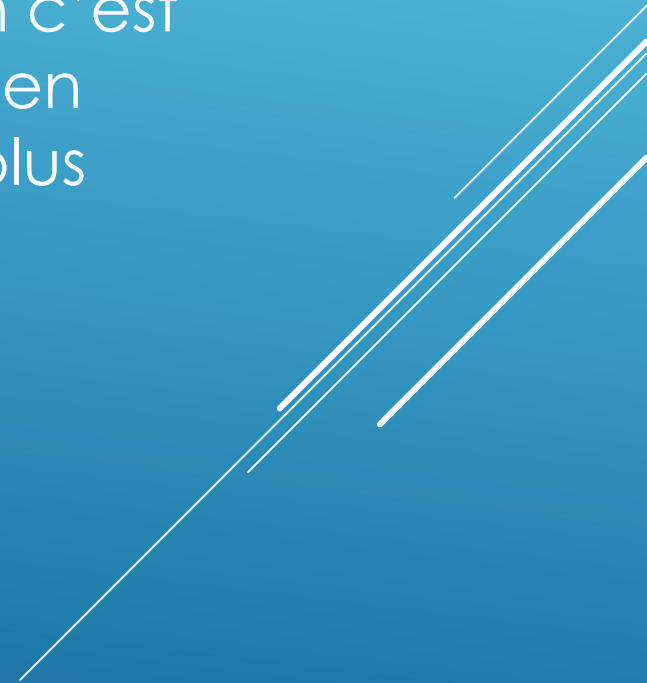


NOUS SOUS ESTIMONS LA DOULEUR



Puntillo K, et col. Accuracy of emergency nurses in assessment of patients' pain. Pain Manag Nurs 2003

- ▶ Malgré un PSE de morphine, les douleurs restent importantes, et son mari omniprésent vous fait remarquer d'une façon virulente, que vous mettez du temps à venir lorsque son épouse à mal et qu'elle souhaiterait un bolus de morphine. Vous lui répondez que de toute façon c'est trop tôt pour refaire un bolus étant donné que vous en avez déjà fait et qu'on ne peut pas dépasser un bolus toute les six heures.





Que pensez-vous de cette prescription?



LES « MORPHINE SI BESOIN » : QUELLES PRESCRIPTIONS

- ▶ Une condition : si algo+ ≥ 2 , si EVA ≥ 3 , et avant un soin
- ▶ Une dose : 1/10^{ème} à 1/6^{ème} (10% à 17%) de la dose de fond
- ▶ Une fréquence : toutes les heures (voie orale) toutes les 15 min (IV) si algo+...
- ▶ Une dose max : ne pas dépasser 2 par période de 4h sans avis médical
- ▶ Un plan B : appeler le médecin si la douleur persiste après 2 bolus consécutifs

- ▶ Me X qui est informée par les médecins de l'évolution de sa maladie, et des traitements à nouveaux nécessaires (chimiothérapie, radiothérapie) vous demande : « cette fois-ci, c'est foutu? ».
 - ▶ Que répondez-vous?
- 

- ▶ Elle vous dit qu'elle a compris qu'elle n'allait pas guérir.
 - ▶ Son mari qui est présent, ajoute que « c'est une battante, qu'elle est prête à tout pour s'en sortir ». Me X acquiesce discrètement et vous dit souhaiter être en vie pour la naissance de son premier petit enfant.
 - ▶ Comment réagissez-vous?
- 

- ▶ Après un retour chez elle, Me X a repris une 5ème ligne de chimio, mais son état clinique se détériore. Elle est hospitalisée sur un épisode de confusion important, en rapport avec la métastase cérébrale.
- ▶ Les médecins font appel à L'EMSP pour une procédure collégiale. Il est alors décidé, après de long débat d'une prise en charge symptomatique exclusive jusqu'au décès. Un arrêt de tous les traitements curatifs est décidé, y compris l'hydratation. Une aide soignante rapporte que le conjoint a dit qu'elle souhaiterait décéder à domicile alors que son fils dit le contraire.

▶ Quels éléments pourraient permettre de trancher simplement?




Patient

**Directives
Anticipées**


**Personne de
Confiance**

Proches


ORDRE
D'EXPRESSION
DE LA
VOLONTÉ

- ▶ Son mari comprends la situation mais ne comprends pas l'arrêt de l'hydratation, il vous dit que vous laissez son épouse mourir de soif et que ce n'est pas normal.
 - ▶ Que lui répondez-vous ?
- 


Hydratation et nutrition

- ▶ La fin de vie s'accompagne généralement d'une perte des sensations de faim et de soif.
 - ▶ L'hydratation et l'alimentation artificielle peuvent nuire au confort du patient.
 - ▶ Peut prolonger l'agonie
- 

- ▶ Me X malgré des traitements mis en place s'agite beaucoup, et à beaucoup d'hallucinations. Son mari vous dit « qu'il est temps que cela se termine, que c'est insupportable de la voir mourir comme ça, qu'elle n'aurait jamais voulu ça ».

- ▶ Quelle prise en charge vous semble la plus adaptée?
 - ▶ Que répondez-vous au mari qui dit : “qu’il est temps que cela se termine”
- 

SÉDATION : TOUJOURS LES MÊMES PRÉALABLES

- ▶ Pronostic vital engagé à court terme.
 - ▶ Situation vécue comme insupportable
 - ▶ Consentement du patient
 - ▶ Interdisciplinarité voire procédure collégiale
- 
- A decorative graphic consisting of several parallel white lines of varying lengths, slanted upwards from left to right, located in the bottom right corner of the slide.

	Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès	Euthanasie
Intention	Soulager une souffrance réfractaire	Répondre à la demande de mort du patient
Moyen	Altérer la conscience profondément	Provoquer la mort
Procédure	Utilisation d'un médicament sédatif avec des doses adaptées pour obtenir une sédation profonde	Utilisation d'un médicament à dose létale
Résultat	Sédation profonde poursuivie jusqu'au décès dû à l'évolution naturelle de la maladie	Mort immédiate du patient
Temporalité	La mort survient dans un délai qui ne peut pas être prévu	La mort est provoquée rapidement par un produit létal
Législation	Autorisée par la loi	Illégale (homicide, empoisonnement, ...)

Échelle d'agitation-sédation de Richmond (RASS)

Niveau	État		
+ 4	Combatif		
+ 3	Très agité		
+ 2	Modérément agité		
+ 1	Agité		
0	Alerte et calme		
-1	Somnolent	Contact visuel > 10 sec	
-2	Sédation faible	Contact visuel < 10 sec	Stimulation verbale
-3	Sédation modérée	Sans contact visuel	
-4	Sédation profonde	Stimulation physique	Stimulation physique
-5	Coma	Pas de réaction	

Ely EW, et al. *JAMA*. 2003;289:2983-2991.

Sessler CN, et al. *Am J Respir Crit Care Med*. 2002;166(10):1338-1344.