

Les soins palliatifs en EHPAD



Une synthèse
de l'intergroupe « soins palliatifs »
SFGG/SFAP



Société
Française de
Gériatrie et
Gérontologie

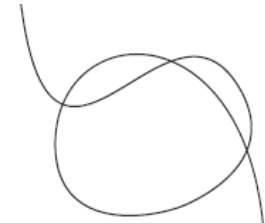


Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la Santé
et des Solidarités

A l'initiative de la Direction Générale de la Santé

La finalité de cet outil



- Être un **support** pour la démarche de promotion de l'amélioration de la qualité des soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie des personnes âgées résidant en EHPAD.
- Regrouper en un seul document **l'ensemble des données** nécessaires à cette démarche.
- Rester dans l'EHPAD comme **documents de référence** et de **formation** interne continue.



Les soins palliatifs en EHPAD

Une synthèse de l'intergroupe soins palliatifs
SFGG/SFAP

LES SOINS PALLIATIFS EN EHPAD

Promotion de l'amélioration de la qualité des soins palliatifs et de l'accompagnement de fin de vie des personnes âgées résidant en EHPAD

A l'initiative de la Direction Générale de la Santé
Ministère de la Santé

Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

La Société Française de Gériatrie et Gerontologie

LES CAS CLINIQUES

DIAPORAMAS

Exemples de **PROTOCOLES** d'évaluation de **DOULEUR**

CAS CLINIQUES

LA DOULEUR

LSMINE, 71 ANS a un cancer de l'ovaire étendu avec métastases hépatiques et ganglionnaires. CAS N°2 JEAN, 71 ANS, est en mission de réinsertion professionnelle au sein d'un atelier de réparation automobile. CAS N°3 BERANGERE, 72 ANS est hospitalisée en soins de longue durée pour à court terme de soins de longue durée pour à court terme de soins de longue durée. CAS N°4 MARIE, 72 ANS est hospitalisée en soins de longue durée pour à court terme de soins de longue durée. CAS N°5 DANIEL, 87 ANS CAS N°6 HENRI, 85 ANS

Des concepts à la pratique...

- **Les concepts**

1. Définitions des soins palliatifs
2. Soins palliatifs et législation
3. Spécificités gériatriques des soins palliatifs
4. Les derniers instants de la vie
5. La mort: gestes et rites culturels ou religieux



DIAPORAMAS

Des concepts à la pratique

- **Autour du patient :**
 1. Les symptômes en fin de vie
 2. Prise en charge de la douleur
 3. Prise de décision et anticipation
 4. Les aidants



DIAPORAMAS

Des concepts à la pratique

- **Organisation :**

1. Les soins palliatifs en institution
2. Les partenaires indispensables
3. Les structures de soins palliatifs
4. L'équipe pluridisciplinaire
5. Les bénévoles
6. Élaboration d'un protocole
7. Exemple de protocole

DIAPORAMAS



Des concepts à la pratique



- **6 Cas cliniques**
 - Conçus autour de situations fréquentes
 - pour lancer la discussion et les échanges

CAS CLINIQUE N°1

Fiche technique formateur

POINTS ABORDÉS
 - Prévention de la douleur provoquée par les soins (organisation des soins, prémédication)
 - Gestion des symptômes (plaies, odeurs)

PISTES DE RÉPONSES ET RÉFLEXIONS

1. Odeurs - Ulcérations malodorantes : quelles mesures ?

Mesures générales

Prévenir, aérer la chambre et aérer l'aérateur sur la propreté, l'hygiène du malade et de la chambre.
 Il faut savoir que la prévention est essentielle, le rôle du nursing ne peut pas être minimisé. Dans les excreta malodorants, les soins de puces et d'hygiène, la mobilisation fréquente 3 à 4 fois par jour, la réfection fréquente du lit, un matériel adéquat sont nos des éléments bien connus et indispensables.
 Il est important de se rappeler que l'incontinence urinaire, les vomissements, les diarrhées ainsi que la soif peuvent être des facteurs qui accentuent les mauvaises odeurs. Il convient de changer la literie fréquemment afin de permettre à la personne en fin de vie d'être le plus confortable possible dans un lit sec.

Les proches et la famille : soulever devant le malade des mauvaises odeurs, leur permettre d'en parler, évaluer les causes d'odeur sans rapport avec le malade et sa pathologie tel qu'un manque d'hygiène dans la chambre, éviter de masquer les mauvaises odeurs par des parfums, des eaux de toilette qui ne font que mettre en exergue les odeurs.

Mesures plus spécifiques

Le pansement devra être simple. Il existe des pansements à base de gaze de charbon actif qui absorbent les sécrétions et les odeurs. Ces pansements peuvent être laissés 2 ou 3 jours selon l'état de la plaie et, en particulier en fin de vie, ne doivent pas être changés tous les jours.

2. Douleurs

La prévention de la douleur provoquée par les soins doit être une préoccupation permanente auprès des soignants. Les actes invasifs (pneumiques, ponctions...), les soins de nursing, la réfection des pansements, comme de simples mobilisations peuvent déclencher des douleurs. Il convient de bien les identifier afin d'en analyser la nécessité (bénéficiaire), le déroulement et les facteurs influant leur perception par le patient. On pourra alors réfléchir à la prévention de ces douleurs, en réorganisant les soins (heure, gestion, tenue, durée) du pansement, produits utilisés) ou en administrant éventuellement une prémédication analgésique et/ou anxiolytique.

Dans cette situation précise, on envisagera de réaliser le soin en binôme pour favoriser une bonne installation et une détente de la malade. On choisira des produits simples et non irritants (cf. question précédente). Une prémédication analgésique par morphinique à libération immédiate (ex : Axiolam® 5 mg ou Serebrol® 5 mg) pourra être administrée 1 heure avant le commencement du pansement. Si l'ensemble de ces mesures est insuffisant, une légère analgésie pourra être couplée à l'analgésique (ex : benzydiazépine de courte durée d'action type Veranax® 5 mg). Habituellement, avec des soins adaptés, les cris et l'agitation s'atténuent et le confort du patient peut être assuré.

LES CAS CLINIQUES



CAS N°1 JASMINE, 79 ANS a un cancer de l'ovaire étendu avec métastases hépatiques et ganglionnaires.
CAS N°2 JEAN, 73 ANS est atteint de troubles de la mémoire et de la parole.
CAS N°3 BERANGÈRE, 92 ANS est atteinte de troubles de la parole et de la mémoire.
CAS N°4 MARIE est atteinte de troubles de la parole et de la mémoire.
CAS N°5 DANIEL, 87 ANS est atteint de troubles de la parole et de la mémoire.
CAS N°6 HENRI, 85 ANS est atteint de troubles de la parole et de la mémoire.

Jasmine 79 ans

Jasmine a un cancer de l'ovaire étendu avec métastases hépatiques et ganglionnaires.

Elle est cachectique et, en raison de l'extension de sa tumeur, une chimiothérapie et une radiothérapie ont été exclues. Elle est grabataire cachectique, affaiblie et présente des escarres sacrées et peritrochantériennes suite à de longues heures d'immobilité.

Elle se trouve trop faible pour se lever et aller au WC.

En outre, elle présente une incontinence urinaire traitée par des protections.

Sa chambre présente une odeur nauséabonde, de « fauve » en raison des sécrétions liées aux ulcérations, escarres, et à l'incontinence urinaire.

Questions 1.

Comment diminuer les odeurs ?

Que proposez-vous dans cette situation ?



Des concepts à la pratique

Les outils d'évaluation de la douleur

ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Échelle DOLOPLUS®

NOM : _____ Prénom : _____ Service : _____

DATES

OBSERVATION COMPORTEMENTALE		1		2		3		4	
RETENISSEMENT SOMATIQUE									
1. PLAINTES SOMATIQUES									
pas de plainte	0	0	0	0	0	0	0	0	0
plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1	1	1	1	1	1
plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2	2	2	2	2	2
plaintes spontanées continues	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2. POSITIONS ANTALGIQUES AU REPOS									
pas de position antalgique	0	0	0	0	0	0	0	0	0
le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1	1	1	1	1	1
position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2	2	2	2	2	2
position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3. PROTECTION DE ZONES DOULOUREUSES									
pas de protection	0	0	0	0	0	0	0	0	0
protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1	1	1	1	1	1
protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2	2	2	2	2	2
protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4. MIMIQUE									
mimique habituelle	0	0	0	0	0	0	0	0	0
mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1	1	1	1	1	1
mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2	2	2	2	2	2
mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3	3	3	3	3	3
5. SOMMEIL									
sommeil habituel	0	0	0	0	0	0	0	0	0
difficultés d'endormissement	1	1	1	1	1	1	1	1	1
réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2	2	2	2	2	2
insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3	3	3	3	3	3
RETENISSEMENT PSYCHOMOTEUR									
6. TOILETTE ET/OU HABILLAGE									
possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0	0	0	0	0	0
possibilités habituelles peu diminuées (précautionneuses mais complètes)	1	1	1	1	1	1	1	1	1
possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2	2	2	2	2	2
toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3	3	3	3	3	3
7. MOUVEMENTS									
possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0	0	0	0	0	0
possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1	1	1	1	1	1
possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2	2	2	2	2	2
mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3	3	3	3	3	3
RETENISSEMENT PSYCHOSOCIAL									
8. COMMUNICATION									
inchangé	0	0	0	0	0	0	0	0	0
intensive (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1	1	1	1	1	1
diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2	2	2	2	2	2
absence ou refus de toute communication	3	3	3	3	3	3	3	3	3
9. VIE SOCIALE									
participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1	1	1	1	1	1
refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2	2	2	2	2	2
refus de toute vie sociale	3	3	3	3	3	3	3	3	3
10. TROUBLES DU COMPORTEMENT									
comportement habituel	0	0	0	0	0	0	0	0	0
troubles du comportement à la sollicitation et rétroactifs	1	1	1	1	1	1	1	1	1
troubles du comportement à la sollicitation et permanents	2	2	2	2	2	2	2	2	2
troubles du comportement permanents (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3	3	3	3	3	3

SCORE

ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Échelle ECPA

I - OBSERVATION AVANT LES SOINS

1/ EXPRESSION DU VISAGE - REGARD ET MIMIQUE

Visage détendu	0
Visage soucieux	1
Le sujet grimace de temps en temps	2
Regard effrayé et/ou visage crispé	3
Expression complètement figée	4

2/ POSITION SPONTANÉE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique)

Aucune position antalgique	0
Le sujet évite une position	1
Le sujet choisit une position antalgique	2
Le sujet recherche sans succès une position antalgique	3
Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur	4

3/ MOUVEMENTS (OU MOBILITÉ) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit)

Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*	0
Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements	1
Lenteur, arrêt des mouvements contrairement à son habitude*	2
Immobilité contrairement à son habitude*	3
Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude*	4

* se référer aux (aux) précédents) ** ou position
NB : les items regard, communication et/ou position ne peuvent être évalués par cette échelle

4/ RELATION À L'UTRI

Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression... Même type de contact que d'habitude*	0
Contact plus difficile à établir que d'habitude*	1
Évite la relation contrairement à l'habitude*	2
Absence de tout contact contrairement à l'habitude*	3
Indifférence totale contrairement à l'habitude*	4

* se référer aux (aux) précédents)

II - OBSERVATION PENDANT LES SOINS

5/ Anticipation ANXIEUSE aux soins

Le sujet ne montre pas d'anxiété	0
Angoisse du regard, impression de peur	1
Sujet agité	2
Sujet agressif	3
Cris, soupirs, gémissements	4

6/ Réactions pendant la MOBILISATION

Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière	0
Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins	1
Le sujet revient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins	2
Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins	3
Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins	4

7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES

Aucune réaction pendant les soins	0
Réaction pendant les soins, sans plus	1
Réaction au TOUCHER des zones douloureuses	2
Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses	3
L'approche des zones est impossible	4

8/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin

Le sujet ne se plaint pas	0
Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui	1
Le sujet se plaint dès la présence du soignant	2
Le sujet gémît ou pleure silencieusement de façon spontanée	3
Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée	4

PATIENT

NOM : _____	Prénom : _____	Sexe : _____	Âge : _____
Date : _____	Service : _____		
Heure : _____	Nom du Cotuteur : _____		

SCORE

Échelle DOLOPLUS®

L'échelle comporte 10 items répartis en 3 sous-groupes, proportionnellement à la fréquence rencontrée (5 items somatiques, 2 items psychomoteurs et 3 items psychosociaux).

Chaque item est coté de 0 à 3 (cotation à 4 niveaux). L'utilisation de cette échelle nécessite un apprentissage et une cotation si possible en équipe pluridisciplinaire. En cas d'item inadapté (ex item 7 pour un malade grabataire en position fatale), il faut coter 0. La réévaluation doit être quotidienne et une courbe des scores peut être utile.

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

Un lexique est fourni avec l'échelle afin d'éclaircir les éventuelles incompréhensions de vocabulaire.

LEXIQUE

PLAINTES SOMATIQUES
Le patient exprime sa douleur par la parole, le geste ou les cris, pleurs, gémissements.

POSITIONS ANTALGIQUES
Position corporelle inhabituelle visant à éviter ou à soulager la douleur.

PROTECTION DE ZONES DOULOUREUSES
Le malade protège une ou plusieurs zones de son corps par une attitude ou certains gestes de défense.

TOILETTE / HABILLAGE
Évaluation de la douleur pendant la toilette et/ou l'habillage, seul ou avec aide.

MIMIQUE
Le visage semble exprimer la douleur au travers des traits (grimaces, très, arêtes) et du regard (regard fixe, vide, étonné, larmes).

SOLLICITATION DOULOUREUSE
Toute sollicitation quelle qu'elle soit, s'approche d'un soignant, mobilisation, soins, etc.)

VIE SOCIALE
Repas, animations, ateliers, ateliers thérapeutiques, accueil des visites, etc.

TROUBLES DU COMPORTEMENT
Aggravés, agitation, confusion, indifférence, gémement, régression, demande d'aide, etc.

CONSEILS D'UTILISATION

Les études statistiques de l'ECPA autorisent la cotation douloureuse du patient par une seule personne.

Le vocabulaire de l'échelle n'a jamais posé de problèmes dans les centres où elle a été utilisée.

Le temps de cotation varie selon l'entraînement du cotateur, mais oscille entre 1 et 5 minutes.

Échelle ECPA

Tous les mots de l'échelle sont issus du vocabulaire des soignants sans intervention de médecins.

L'échelle comprend 8 items avec 5 modalités de réponses cotées de 0 à 4.

Chaque niveau représente un degré de douleur croissante et est exclusif des autres pour le même item. Le score total varie donc de 0 (absence de douleur) à 32 (douleur totale).

CONSEILS D'UTILISATION

Les études statistiques de l'ECPA autorisent la cotation douloureuse du patient par une seule personne.

Le vocabulaire de l'échelle n'a jamais posé de problèmes dans les centres où elle a été utilisée.

Le temps de cotation varie selon l'entraînement du cotateur, mais oscille entre 1 et 5 minutes.

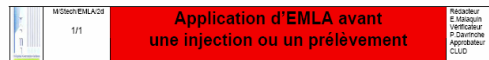
La seule mais indispensable précaution est de noter la dimension « Observation avant les soins » et de noter la dimension « Observation pendant les soins » et de noter la dimension « Observation après les soins ». Il y a ainsi une combinaison de la deuxième dimension sur la première.

La cotation douloureuse n'a pas de cadre restrictif : on peut coter à n'importe quel moment et répéter si besoin.

Des concepts à la pratique

Des exemples de convention

Entre EHPAD et EMSP



Hôpital C-Celton

Objectif

Contribuer à la prévention et au soulagement de la douleur provoquée par le soin.

Indication

Anesthésie locale des peaux saines sur prescription médicale.
Convient particulièrement à tout geste effractif répétitif.

Contre indication

Ne pas appliquer la crème EMLA si :
Ne pas utiliser pendant la grossesse

Matériel

Patch EMLA ou Tube Crème EMLA

Technique

Poser le patch ou la crème une à deux

> Préparation du soin

Se laver les mains
Préparer le plateau contenant un patch transparent occlusif (fourni par le fabricant) et un tube de crème EMLA.
Informez le patient sur le soin qui va être réalisé.



PROTOCOLE D'UTILISATION DE LA MORPHINE Douleurs chroniques intenses

Prescripteurs : (Médecins, internes)	Infirmiers (es)
1) Privilégier la voie orale.	1) Conseiller la voie orale.
2) Si le patient n'a pas reçu d'opioïdes per os auparavant ; la posologie de départ recommandée est de 0,25 mg/kg/24 heures.	2) Administrer la morphine à heure fixe .
3) Si le patient est déjà aux doses maximales d'antalgiques de palier II (6 Di-Antalvic, 6 Efférganal, 4 Topalgic 50 mg), la dose équivalente de morphine est de 40 mg/24 heures.	3) Les gélules d'Actiskénan (5-10 mg) s'ouvrent [sonde gastrique, gastrostomie par endoscopique (GPE)]. Penser à rincer.
4) En raison de la durée d'action de la morphine : ■ 4 heures pour la voie per os de morphine à libération immédiate (Actiskénan : 5-10) ; 6 prises/24 heures (démarche de titration). ■ 12 heures pour la voie per os de sulfate de morphine (gélules de Skénan 10-30-60-100 mg) 2 prises/24 heures.	4) Les gélules de Skénan (10-30-60-100 mg) s'ouvrent [sonde gastrique, sonde de gastrostomie per endoscopique (GPE)] ; penser à rincer. 5) La morphine injectable est disponible en ampoule de 10 mg* / 1 ml - 50 mg / 5 ml et 100 mg / 5 ml. (* 10 mg = 1 cg)

LES RECOMMANDATIONS NATIONALES

-ANAE

(Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé).

Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale.
(octobre 2000) *

-ANAE

(Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé).

Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs.
(décembre 2002) *

-ANAE

(Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) et SPAAP

(Société Française d'accompagnement et de soins palliatifs).
Conférence de consensus sur l'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches.
(janvier 2004) *

-DHOS.

Guide de bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissements.

(avril 2004) *

-DGS et DGAS.

Guide des bonnes pratiques de soins en EHPAD.

(novembre 2004) *

- Documents in extenso dans la session « Annexes imprimables » accessible à l'ouverture du CD Rom (Dossier « Guides et recommandations »)

Les références : recommandations, sites, livres

LA LÉGISLATION, LES CODES

- **Circulaire Laroque DGS/3D du 26 août 1986**
- **Décret du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmière.**
- **Loi n° 99-477 du 9 juin 1999.**
- **Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002.**
- **Code de déontologie médicale, articles 36, 37, 38.**
- **Loi n° 2005 - 370 du 22 avril 2005, relative aux droits des malades en fin de vie. (M. Jean Leonetti)**



Une boîte à outils



- pour les « facilitateurs de projet »
- pour les experts
- pour les référents soins palliatifs des EHPAD
- pour l'ensemble du personnel de l'EHPAD



Facile à s'appropriier selon ses besoins

■ Un CD Rom comportant

- une session destinée aux **actions de sensibilisation collective** : diaporamas, cas cliniques, listes de références.
- une session destinée à un **travail plus personnel** avec accès à l'intégralité des documents sous une forme extractible et imprimable.



■ Des documents imprimés

- La démarche, les commentaires des diaporamas, les fiches formateurs pour les cas cliniques, des annexes.



Une utilisation souple du CD Rom



- L'ensemble du diaporama commenté (154 vues) sert
 - à la **formation du formateur**,
 - à la **préparation de la session de sensibilisation**
(trop long pour être utilisé in extenso en une séance).
- Possibilité de « **piocher** » dans tous les diaporamas pour faire un diaporama adapté aux besoins évalués.
- Possibilité de **modifier** chaque diapositive.
- Du vidéoprojecteur aux transparents...

Ce n'est qu'un outil....

- L'important reste la **démarche de sensibilisation** aboutissant secondairement à une **formation continue** de tous les acteurs de la structure inscrite dans le projet d'établissement, dans le contexte plus large d'une **démarche qualité**.

