



WEBINAIRE SFAP 2 avril 2026

Approche des symptômes en soins palliatifs

Bernard Paternostre – Médecin

Tatiana Gimenez – Infirmière

Service de médecine palliative et accompagnement
CHU de Bordeaux



université
de **BORDEAUX**

Objectifs et Préliminaires

- prendre conscience de **l'importance du soulagement** des symptômes physiques et de **l'intrication somato-psychique**
- identifier le **raisonnement clinique** nécessaire dans le cadre d'une **approche pluri-professionnelle** pour bien évaluer les symptômes
- reconnaître l'importance **d'anticiper et prévenir**
- comprendre la **complémentarité des approches** non médicamenteuses et médicamenteuses, en positionnant les pratiques sédatives à leur juste place

ARRET SUR IMAGE - 1

Les représentations



LA REPRÉSENTATION DE LA DOULEUR DANS LE DISCOURS

Sous la direction de
Julie Candès Taminé
& Kéba Bourkha
Édité par
Jarm Bolen

UNIVERSITÉ DE
PARIS-SORBONNE
UNIVERSITÉ DE
COPENHAGUE
UNIVERSITÉ
CHOUAIB DHOUKAL DE
EL JADIDA
FACULTÉ DES LETTRES ET
DES SCIENCES HUMAINES DE
SOUSSE



ARRET SUR IMAGE - 2

Les émotions



« TOTAL

- SOUFFRANCE GLOBALE -

PAIN »

SOUFFRANCE PHYSIQUE

REGRESSION PHYSIQUE

- Inconfort
- Dépendance
- Perte d'autonomie
- Mutilation
- Défiguration

DOULEUR (DUE A UNE AFFECTION)

- Terminale 70%
- Intercurrente 20%
- Iatrogène
- Préexistante 10%

AUTRES SYMPTOMES

- Amaigrissement, Cachexie
- Escarres, plaies
- Dyspnée, Encombrement
- Bouche sèche, mycose buccale
- Paralysies
- Constipation, Vomissements
- Confusion, convulsions
- Hémorragies (...)

PERSONNE GRAVEMENT MALADE

SOUFFRANCE PSYCHO-AFFECTIVE

- Peurs : de souffrir, de s'étouffer, de l'avenir, des modalités du mourir
- Poids d'êtres chers ou dépendants, du passé
- Pertes multiples :
Anxiété-dépression
Incompréhension
Isolement

SOUFFRANCE EXISTENTIELLE

- Questionnements de sens: pourquoi moi, ainsi, maintenant? A cause de quoi? Quel sens à ma vie, à ma souffrance?
- Croyances : spiritualité, religion, valeurs,
- Créativités et traces: productions, fécondités, réalisations

SOUFFRANCE FAMILIALE, SOCIALE

- Décalages des vécus
- Conflits familiaux
- Perte des rôles
- Arrêts d'activité
- Deuils
- Précarité sociale
- Proches à charge
- Tâches quotidiennes
- Souci de testament

Symptômes : Revue de la littérature 1966/2007 Grenoble2006/2007

■ Douleur	35 – 96 %	84 %
■ Anorexie	30 – 92%	70 %
■ Fatigue	32 – 90 %	94 %
■ Confusion	6 – 93 %	32 %
■ Anxiété	13 – 79 %	54 %
■ Dépression	3 – 77 %	23 %
■ Dyspnée	10 – 70 %	23 %
■ Encombrement	/	40 %
■ Insomnie	9 – 69 %	41 %
■ Nausées	6 – 68 %	28%
■ Vomissements	/	24 %
■ Occlusion	/	17%
■ Constipation	23 – 65 %	49 %

Relevé de symptômes pour 108 patients USP CHU de Bordeaux 2004

Multiplicité des symptômes : 4 à 7/ patient

- Douleurs 86/80%
- Constipation 54/50%
- Encombrement 40/37%
- Cachexie 38/35%
- Dyspnée 32/30%
- Escarres 21/19%
- Agit. Confusion 20/19%
- Paralyse 20/19%
- Hémorragies 14/13%
- Vomissements 13/12%
- Mycose buccale 9/24%
- Convulsions 8/7%

Le corps malade et la sensorialité

Les yeux :
Voient et regardent.
Ils expriment tristesse, peur,
joie, désespoir

La bouche :
Mange, boit, parle, respire,
embrasse, goûte.
Elle sourit, elle grimace

La respiration :
Témoin visible de la santé
du corps.

La peau :
L'enveloppe charnelle.
Elle ressent le chaud, le froid, le
moindre effleurement, les gestes
appuyés.

L'élimination :
Le ventre, le deuxième
cerveau.

La mobilité :
Se déplacer, une liberté.



Le corps malade et la sensorialité

Les yeux :

Nous sommes secs, coulons, larmoyons, brûlons

La bouche :

Je suis sèche, sale, je saigne, je ne sens pas bon

La respiration :

Je suis lente, rapide, bruyante, irrégulière, encombrée

La peau :

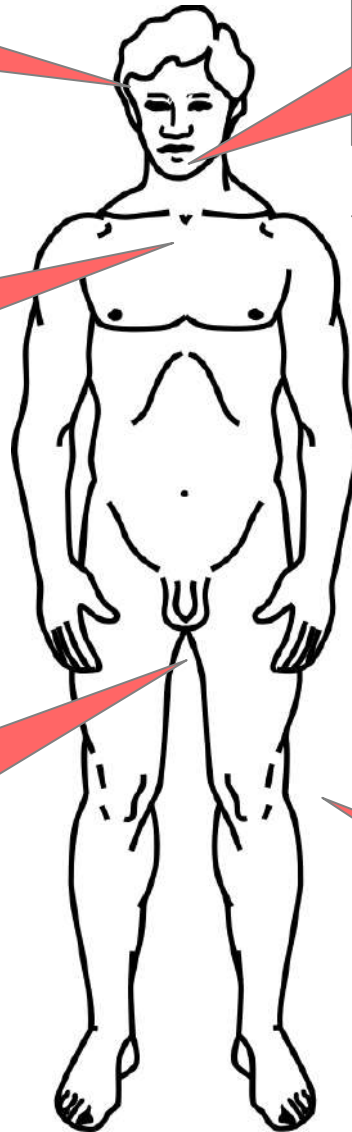
Je suis sèche, déshydratée, comprimée, abîmée, décharnée, je démange, macère

L'élimination :

Je suis bloquée, accélérée, incontrôlée, ballonnée, distendue

La mobilité :

Je suis ankylosée, sans équilibre, sans appuis, raide



BESOINS	SYMPTOMES
RESPIRER	Dyspnée, Encombrement, toux...
BOIRE/MANGER	Soif/Déshydratation/Bouche sèche, Faim/ Amaigrissement/Cachexie, Nausées/ Vomissements, Troubles de la Déglutition...
ELIMINER	Constipation/Diarrhée, Rétention aiguë d'urine...
SE PROTEGER	Paralyse/Grabatérisation (Escarre), Infections (Mycose...), Troubles de la vigilance, Confusion...
DORMIR	Insomnie...
GENERAUX	Hémorragie, Oedèmes, Asthénie

OBJECTIFS :

- Rechercher les symptômes
- Caractériser les symptômes (qualification et quantification: EN +++)
- Raisonner pour adapter les thérapeutiques !

Rôle de l'AS

LA PLACE DU CORPS EST CENTRALE

S'occuper de l'autre de « tout cœur »
et de tout corps

Un œil expert

Une oreille attentive

Un corps parlant

ENSEMBLE

Mary-Agnès Costa-Clermont

**L'aide-soignant
face à la fin de vie**

En institution gériatrique

Préface du professeur Régis Aubry



INCONFORT

5 fléaux du corps

DOULEURS

FECALOME

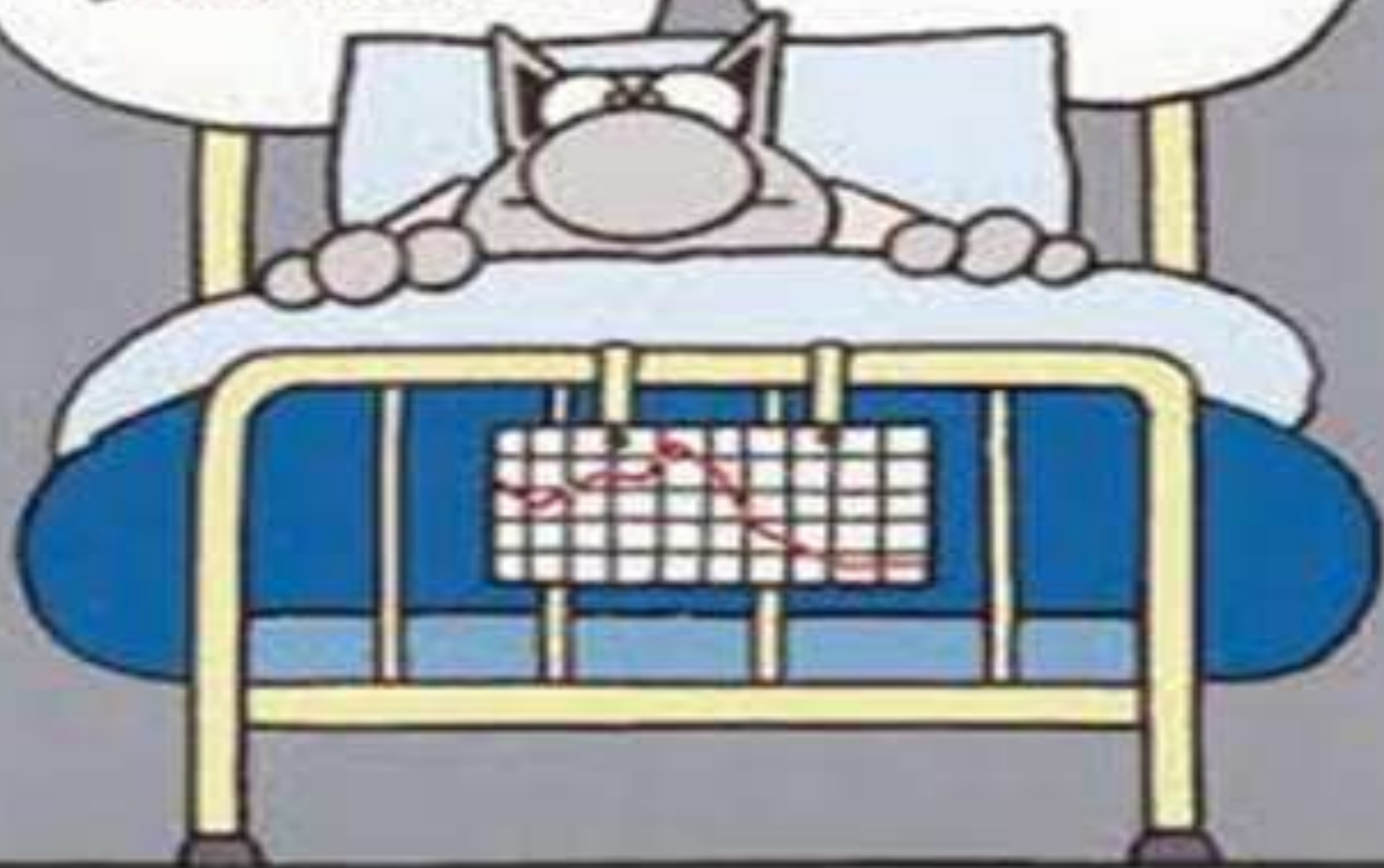
GLOBE VESICAL

MYCOSE BUCCALE

ENCOMBREMENT

"SOIGNEUR"
EST
L'ANAGRAMME

DE
"GUÉRISON"



Enjeux et Objectifs

Soulager

Rendre viable - supportable

si possible en préservant
la communication

EVALUATION

Démarche diagnostique

Entretien

Questions ouvertes – repérage systématique

Examen physique

Examens complémentaires ?

Raisonnement clinique

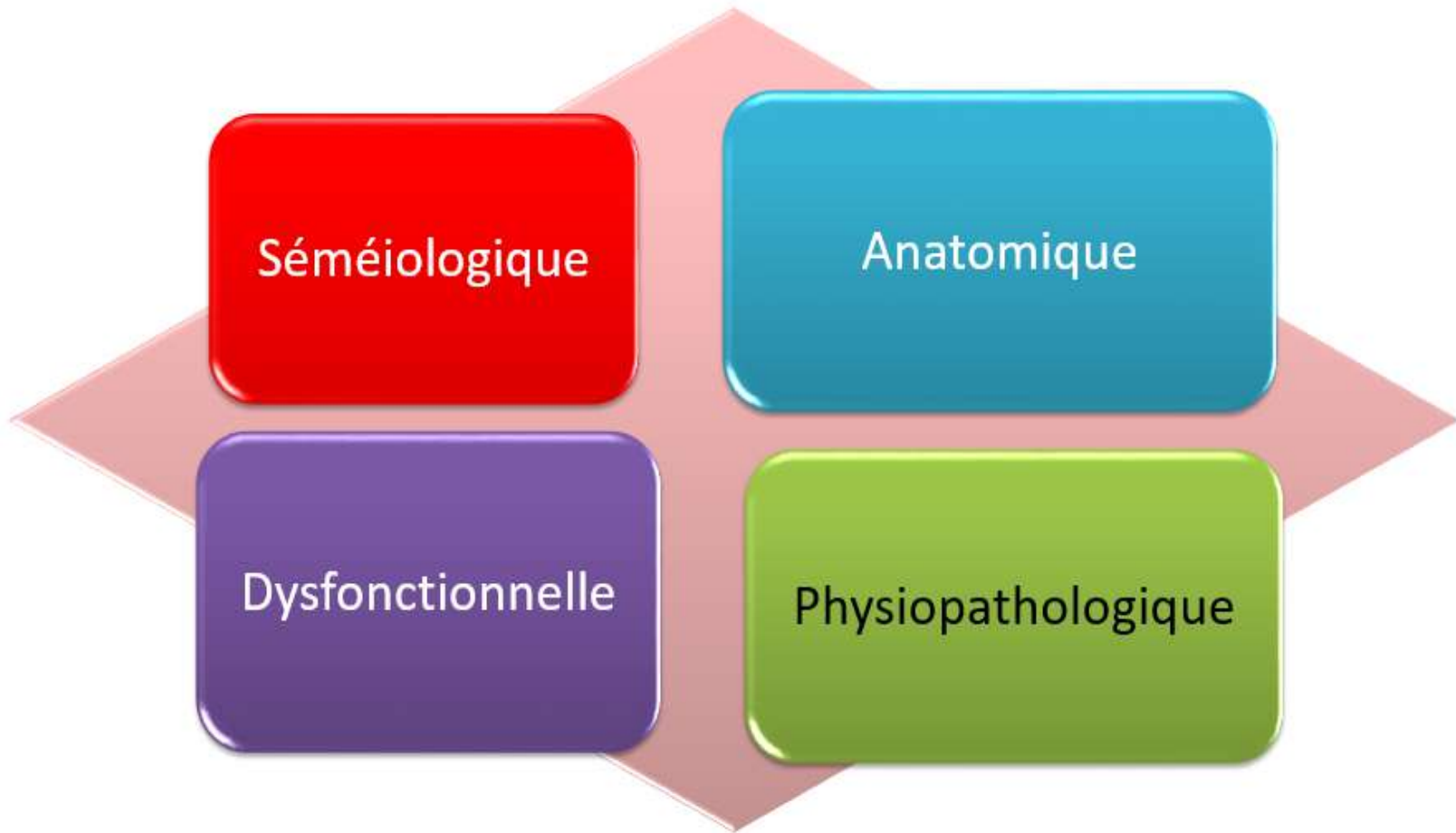
Sémiologie « plainte » quand ? comment ?

Anatomie quel(s) organe(s) ?

Dysfonctionnement explications (mots communs)

Physiopathologie mécanisme

Raisonnement clinique en 4 approches



Burucoa B, Frasca M, Saussac-Pietri C, Lafargue A, Paternostre B, Hiriart T - **Raisonnement clinique pour douleurs complexes : utilisation d'un guide en unités de soins palliatifs** - *Médecine Palliative*, Elsevier Masson, 2020, 19, pp.63 - 71. [10.1016/j.medpal.2019.06.002](https://doi.org/10.1016/j.medpal.2019.06.002). [hal-03490202](https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03490202)

- Mme L. 65 ans, basque, divorcée, 3 enfants.
- Cancer de l'ovaire, carcinose péritonéale, chimiothérapie palliative.
- Constipation : pas de selles depuis 8 jours, douleurs abdominales (pesanteur, coliques), nausées, anorexie, OMS 3, amaigrissement

- Mme L. 65 ans, basque, divorcée, 3 enfants.
- Cancer de l'ovaire, carcinose péritonéale, chimiothérapie palliative.
- Constipation : pas de selles depuis 8 jours, douleurs abdominales (pesanteur, coliques), nausées, anorexie, OMS 3, amaigrissement

1) Approche sémiologique :

Douleurs (TILT) - dernières selles ? – type des selles (échelle de Bristol) – BFI

+ nausées ? vomissements ? hoquet ?

+ retentissement : sommeil - mobilisation - appétit –
humeur

Examen physique : ballonnement, **BHA ?**,
sensibilité à palpation, nodules palpés, plaque
péritonéale ?... poids ?

BFI Bowel Function Index

**Facilité de défécation pendant les 7 derniers jours
0 à 100**

**Sensation d'évacuation incomplète des selles pendant les 7 derniers
jours
0 à 100**

**Jugement personnel du patient sur son impression d'être constipé
pendant les 7 derniers jours
0 à 100**

Echelle Bristol : type de selles

Type 1		Dur, séparé en morceaux, comme les noix (difficile de passer)
Type 2		En forme de saucisse, mais grumeleuse (difficile de passer)
Type 3		Comme une saucisse, mais avec des fissures sur sa surface
Type 4		Comme une saucisse ou un serpent, mais lisse et douce
Type 5		Morceaux mous aux bords bien définis (passe facilement)
Type 6		Morceaux déchiquetés, agglomérés en une matière pâteuse
Type 7		Fade, humide, aucun morceau solide Entièrement liquide

Constipation:
Diète trop faible en fibres (ajouter des prébiotiques) et flore bactérienne très pauvre (ajouter des probiotiques)

Optimales

Acceptables si présence d'hémorroïdes, fissure anale ou incapacité d'atteindre les selles sans aide de laxatifs.

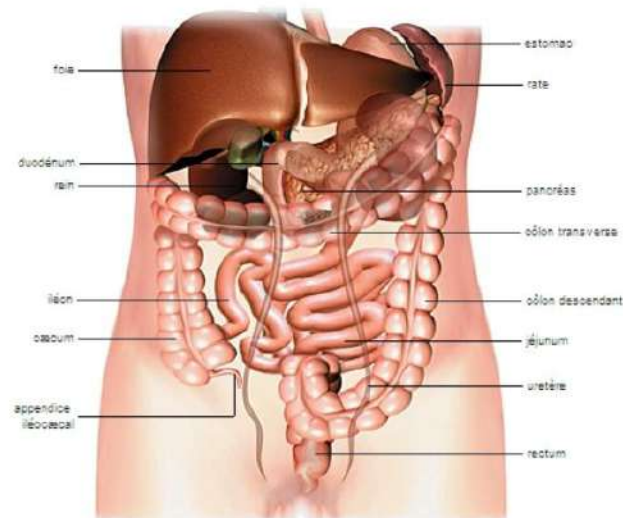
Diarrhée

- Mme L. 65 ans, basque, divorcée, 3 enfants.
- Cancer de l'ovaire, carcinose péritonéale, chimiothérapie palliative.
- Constipation : pas de selles depuis 8 jours, douleurs abdominales (pesanteur, coliques), nausées, anorexie, OMS 3, amaigrissement

2) Approche anatomique :

Colon, intestin grêle, duodenum (organe creux), péritoine, ganglions, nodules et/ou masse, innervation colique, innervation pour nausées, veines et artères, veine cave inférieure, rectum, vessie...

+ muscles, peau ...



- Mme L. 65 ans, basque, divorcée, 3 enfants.
- Cancer de l'ovaire, carcinose péritonéale, chimiothérapie palliative.
- Constipation : pas de selles depuis 8 jours, douleurs abdominales (pesanteur, coliques), nausées, anorexie, OMS 3, amaigrissement

3) Approche dysfonctionnelle

Infiltration-Induration, compression et/ou infiltration du colon, inflammation, ascite, blocage partiel ou complet, pression, distension colique, « effet entonnoir »...

et Tension psychique intérieure ?

dont altération de l'image corporelle ?

- Mme L. 65 ans, basque, divorcée, 3 enfants.
- Cancer de l'ovaire, carcinose péritonéale, chimiothérapie palliative.
- Constipation : pas de selles depuis 8 jours, douleurs abdominales (pesanteur, coliques), nausées, anorexie, OMS 3, amaigrissement

4) Approche physiopathologique

Ralentissement, sub-occlusion ou obstruction complète ?
Excès de nociception ? Neuropathie ? Catabolisme et
insuffisance d'apport conjugués ? Envahissement ?
Rétention d'urines ?

et Anxiété ? Peurs ? Dépression réactionnelle ?

-> mise en place des actions thérapeutiques

LES OCCLUSIONS MÉCANIQUES	LES OCCLUSIONS FONCTIONNELLES
<ul style="list-style-type: none"> • Par compression extrinsèque de la lumière digestive par une masse tumorale, une fibrose radique ou des adhérences abdominales ou pelviennes • Par compression intrinsèque par une masse tumorale ou une infiltration 	<ul style="list-style-type: none"> • Par atteinte de la motricité intestinale : <ul style="list-style-type: none"> – Infiltration tumorale du mésentère – Neuropathie paranéoplasique ou atteinte neurologique autre – Cause médicamenteuse : opiacés, anticholinergiques, psychotropes, fer... – Autre : trouble ionique, métabolique ou endocrinien, foyer infectieux intrapéritonéal, atteinte médullaire ou de la queue de cheval...

Originellement diffusé par Faille ECNi, groupe non lucratif de partage de connaissances médicales à tous. <https://t.me/faillecni>

▶ **274** APPROCHES CLINIQUES DES GRANDS SYNDROMES EN SOINS PALLIATIFS ■ UE 5 – ITEM 136-3

PRINCIPALES ÉTIOLOGIES D'OCCLUSION INTESTINALE RENCONTRÉES EN SOINS PALLIATIFS	
ILÉUS FONCTIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> • Infiltration maligne du plexus mésentérique, cœliaque ou entérique • Neuropathie paranéoplasique (p.ex. dans le cancer du poumon)
	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles métaboliques : hypokaliémie, hypercalcémie, acidose
	<ul style="list-style-type: none"> • Médicaments : opioïdes, anticholinergiques, sétrons, vinca-alcaloïdes
	<ul style="list-style-type: none"> • Péritonite infectieuse, hémopéritoine, pancréatite aiguë, colique néphrétique, ischémie mésentérique, etc.
	<ul style="list-style-type: none"> • Constipation, fécalome
ILÉUS MÉCANIQUE	<ul style="list-style-type: none"> • Lésion tumorale endo et extra-luminale
	<ul style="list-style-type: none"> • Carcinomatose péritonéale
	<ul style="list-style-type: none"> • Étiologies bénignes : Bride, entérite radique, hernie, volvulus

ET AUSSI POUR

- Dyspnée
- Encombrement
- Oedèmes
- Agitation
- Insomnie
- Fatigue
- Prurit

Démarche diagnostique

=

Entretien et examen physique

EVALUATION

Examens complémentaires ?

Examens complémentaires ?

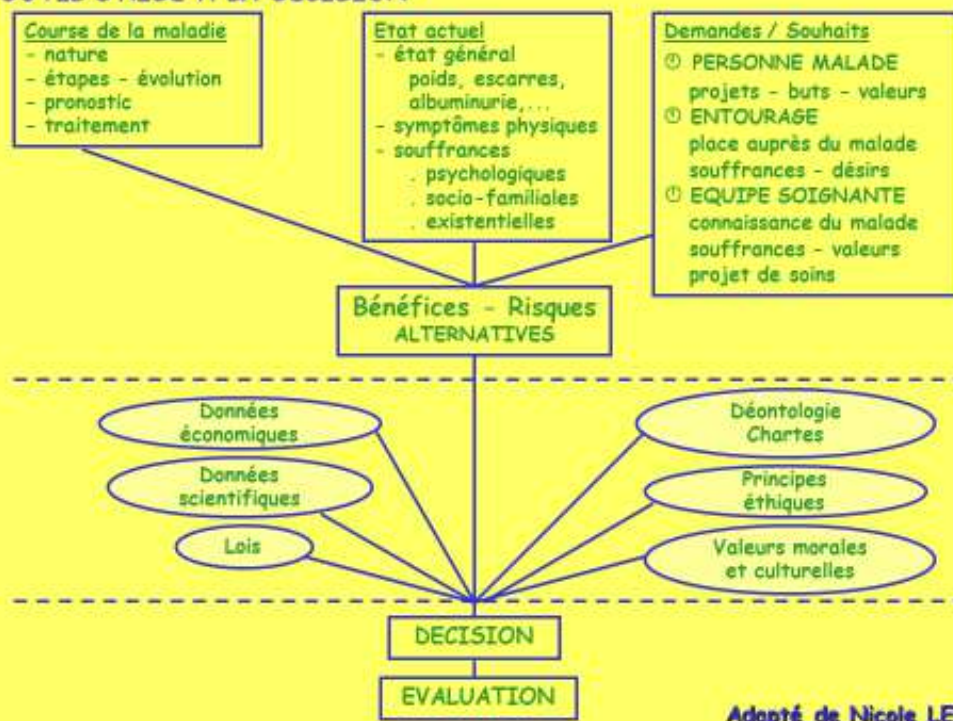
Démarche décisionnelle

Utilité – Proportionnalité - Faisabilité

Phase	Visée	Survie	Toxicité	Médicaments par voie parentérale	PERFUSION ET ALIMENTATION PARENTÉRALE
CURATIVE	SURVIE GUERISON si possible	PROLONGATION	PEUT ETRE ELEVEE	OUI	OUI
PALLIATIVE SPECIFIQUE	PROLONGATION (rémission)	PROLONGATION	PEUT ETRE ENCORE ELEVEE A MODULER EN FONCTION DES BENEFICES ATTENDUS	OUI	OUI
PALLIATIVE SYMPTOMATIQUE	QUALITE DE VIE et GAGNER DU TEMPS	PEUT-ETRE...	BASSE	PEUT-ETRE QUALITE DE VIE	PEUT-ETRE QUALITE DE VIE
PALLIATIVE TERMINALE	QUALITE DE VIE	NON	AUCUNE	NON	ALIMENTATION NON HYDRATATION SELON LES CAS

Adapté d'après Dr MS Richard - 1995

OUTIL D'AIDE À LA DÉCISION



Adapté de Nicole LERY

« On ne se refuse rien »
mais....on le justifie

POURQUOI ? POUR QUOI ?
POUR MIEUX COMPRENDRE
ET SOULAGER

1^{ère} étape pour soulager

NB : utile pour symptômes « résistants – réfractaires »

Démarche thérapeutique

- Objectifs
 - Soulager
 - Privilégier la communication et le confort
- Symptomatique toujours
 - en approche interdisciplinaire
 - avec anticipation
 - **explication au malade et à l'entourage**
 - transmission écrite
- Étiologique si possible et raisonnable

Principes généraux des traitements symptomatiques en phase palliative

Approche multi-modale

- **Traitements non médicamenteux**
- *Médicaments*
 - *A demi-vie courte ou semi-longue*
 - *Voie orale si possible (et trans-dermique)*
 - *PAP (symptômes connus, prévisibles)*
- *Réévaluer régulièrement (quotidiennement)*

APPROCHE MULTI-MODALE

MODIFIER LE PROCESSUS PATHOLOGIQUE

Traitement étiologique : chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie, immunothérapie, thérapie ciblée ...

MODIFIER LA PERCEPTION DU SYMPTOME

Antalgiques, laxatifs, anti-spasmodiques, physiothérapie, anti-émétiques ...

MODULER LA REACTION EMOTIONNELLE

Relation, écoute, relaxation, psychotropes... et autres approches

TRAITEMENT INTERVENTIONNEL

Ponction d'ascite, chirurgie palliative, stomie, ...

Approches non médicamenteuses

- Alimentation fractionnée
- Application de chaud ou du froid
- Positionnement, soins de nursing,...
- Massages – relaxation – physiothérapie
- Hypnose - méditation en pleine présence
- Socio-esthétique, art-thérapie, aromathérapie...
- NSTC – Neuro-Stimulation Trans-Cutanée (TENS)
- ...

Symptômes digestifs : soins de nursing

- Rythme des traitement (antiémétiques...)
- Veiller au confort selon les symptômes
- Adapter l'alimentation, l'hydratation
- Privilégier les soins de bouche
- Expliquer à la famille
- Ne pas faire de l'alimentation une obsession

Démarche de soin

- Rechercher et évaluer les symptômes
- Rechercher les causes
- Établir un projet de soins
- Prévoir une évaluation et un suivi régulier, avec la personne soignée et son entourage

Démarche infirmière pour les symptômes en phase palliative

Symptôme	Objectifs de soin	Actions	Résultats
Douleur	<ul style="list-style-type: none"> – Soulager la douleur – Rendre la douleur « supportable » – Éviter les douleurs induites par les soins 	<ul style="list-style-type: none"> – Réaliser une évaluation complète TILT (Temps, Intensité, Localisation, Type) – Utiliser une échelle d'hétéroévaluation si la personne n'est pas communicante (EOC) – Adapter le positionnement 	<ul style="list-style-type: none"> – Soulagement – Absence de gémissement, de crispation, d'agitation – Soins d'hygiène non douloureux – Absence de position vicieuse
Fatigue, asthénie	<ul style="list-style-type: none"> – Repérer les causes – S'adapter au rythme de la personne – La laisser exprimer ce qu'elle ressent – Être à l'écoute, ne pas l'interrompre 	<ul style="list-style-type: none"> – Favoriser le calme – Informer l'entourage – Regrouper les soins – Respecter les plages de repos et du sommeil 	<ul style="list-style-type: none"> – Toilette adaptée au rythme du patient – Ressenti du patient qui exprime un certain bien-être
Trouble de l'élimination : dysurie et constipation	Dysurie/rétention : dépister un globe urinaire	<ul style="list-style-type: none"> – Répéter la recherche par palpation ± <u>Bladderscan</u> – Envisager l'intérêt d'un sondage vésical 	– Abdomen souple et confortable
	Constipation : prévenir un fécalome	<ul style="list-style-type: none"> – Surveiller quotidiennement l'élimination fécale et urinaire – Évaluer cliniquement (inconfort, douleur, agitation...) – Respecter les règles hygiéno-diététiques (eau fraîche à jeun, jus de fruits le matin, pruneaux...) – Appliquer les prescriptions médicales (laxatifs...) 	– Selles moulées et régulières
Altération état cutané	<ul style="list-style-type: none"> – Maintenir l'intégrité <u>cutanéomuqueuse</u> – Éviter les douleurs 	<ul style="list-style-type: none"> – Surveiller cliniquement (échelle de <u>Braden/Norton</u>) – Soins de nursing – Changement régulier de position dans le lit – Évaluer le choix du matelas – Éviter les plis des draps – Prévenir la macération 	<ul style="list-style-type: none"> – Absence de douleur – Bonne hydratation cutanée
Muqueuse buccale	<ul style="list-style-type: none"> – Dépister, éviter et soigner une sécheresse, une mycose, des dépôts et croûtes⁷ 	<ul style="list-style-type: none"> – Examiner l'état buccal – Réaliser des soins de bouche le plus souvent possible – De manière générale, utiliser bicarbonate 1,4 % en solution ou comprimé – S'abstenir d'appliquer tout produit gras si oxygénothérapie. 	<ul style="list-style-type: none"> – Absence de douleur, de saignement – Sensation de soif apaisée – Bouche et lèvres hydratées

Approches thérapeutiques - SYMPTOMATIQUES non médicamenteuses

Soins de nursing

Position 3/4 – Soins de bouche

Relaxation, méditation, hypnose, sophrologie

Distraktion musique, jeux

Médiation animale, ...

Alternance dans le temps (rythme)

Adaptation aux besoins et désirs du patient

Selon les moyens disponibles

Aussi à domicile ...

Principes généraux des traitements symptomatiques en phase palliative

- *Traitements non médicamenteux*
- **Médicaments**
 - A demi-vie courte ou semi-longue
 - Voie orale si possible (et trans-dermique)
 - PAP (symptômes connus, prévisibles)
- Réévaluer régulièrement (quotidiennement)

Approche multi-modale

LAXATIFS

- 1. Les osmotiques** : lactulose Duphalac®, macrogol (PEG) Forlax®, Movicol®
- 2. Les lubrifiants** : paraffine Lansoöl®, Lubentyl®
- 3. Les stimulants** :
 - Polyphénoliques : bisacodyl Contalax®, Dulcolax®
 - Anthracéniques : séné Modane®, Sénokot®, Bourdaine®
 - Péristaltogènes : néostigmine Prostigmine®, pyridostigmine Mestinon® *et pourquoi pas !*
- 4. Les laxatifs de contact** : docusate Jamlène®
- 5. Les mucilages** : ispaghul Spagulax®, sterculia Normacol®
psyllium Transilane® *pas terrible : ne pas charger la mule !*

Syndrome occlusif sur carcinose péritonéale

Occlusion digestive

① Corticoïdes
② butyle bromure de scopolamine
③ Indication ponctuelle de l'octréotide

Traitement symptomatique

- Réhydratation parentérale
- Pose d'une SNG si vomissements répétés (avec accord du patient ou discuter une alternative)
- Antalgiques pallier I, II ou III
- Inhibiteurs de la pompe à protons
- Antiémétiques
- Nutrition parentérale (à discuter)

Réévaluation après 3 jours

Poursuite des vomissements ?

Oui

Non

Pose ou maintien de la sonde naso-gastrique

Arrêt ou diminution des corticoïdes, b.b. de scopolamine (A discuter)

Revoir les posologies :
Corticoïdes, b.b. de scopolamine, octréotide

Anti-émétique central
Largactil, Haldol

Evolution à 7 jours favorable ?

Arrêt de l'octréotide
Maintien du b.b. de scopolamine
Diminution/arrêt des corticoïdes (à discuter)
Impliquer l'EMSP

Oui

Non

Relais par octréotide LP ou lanréotide LP
Diminution et arrêt du b.b. de scopolamine, des corticoïdes
Retrait de la SNG
Surveillance clinique

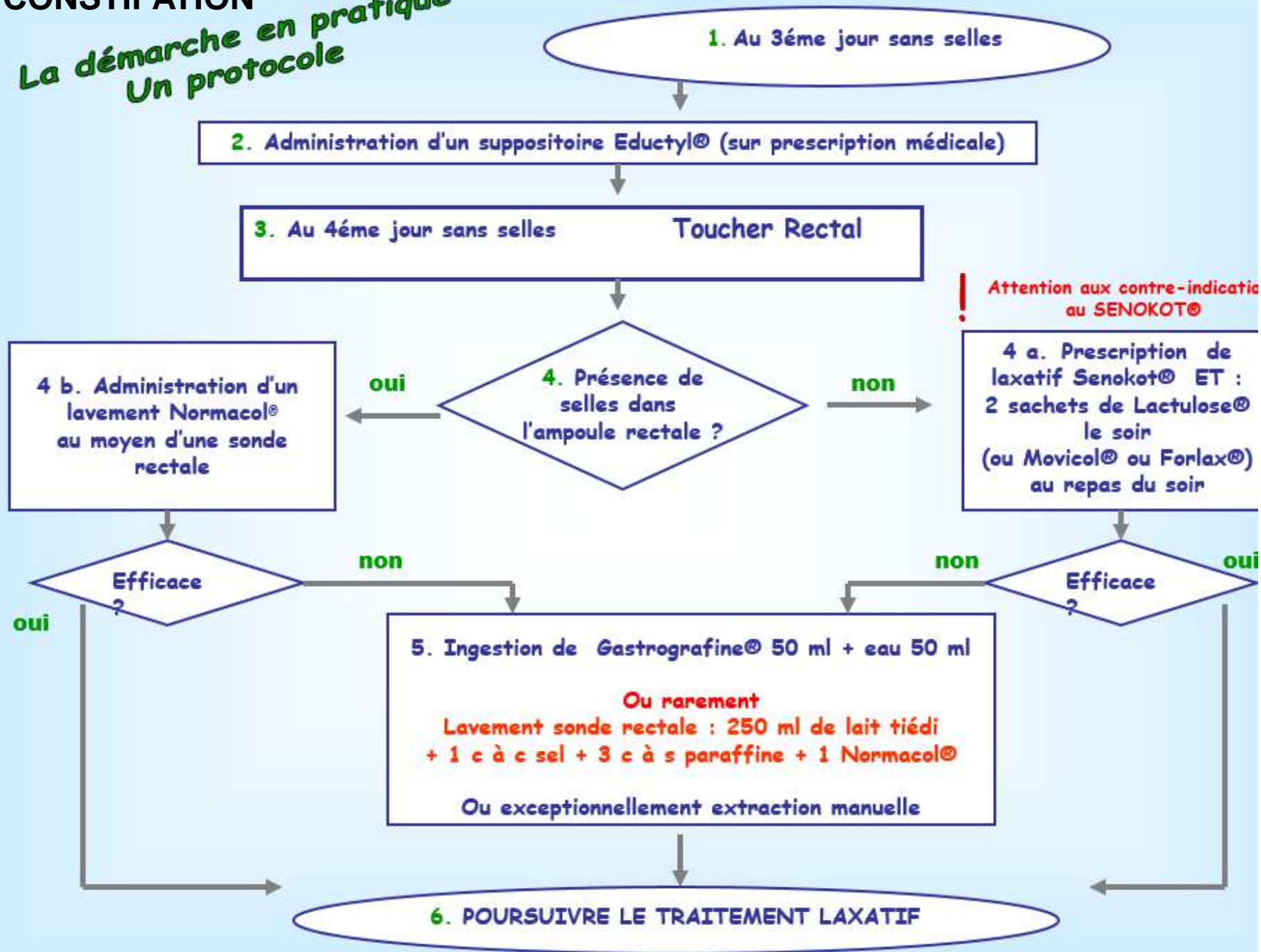
RCP : en présence d'un gastro-entérologue :
Indication d'une gastrostomie de décharge chirurgicale ou endoscopique

Traitement médicamenteux des (sub-)occlusions

- Favoriser le transit si possible
- Réhydratation IV ou SC selon état général
- Corticoïdes « à forte dose » à l'essai
- Antispasmodiques musculotropes (Spasfon, Débridat)
- Anticholinergiques (Scoburen)
- Antiémétiques centraux (Largactil ou Haldol)
- Analogues de la Somatostatine : Sandostatine (octréotide), Somatuline (lanréotide)

CONSTIPATION

La démarche en pratique
Un protocole



CO-ANALGESIE

DOULEURS VISCERALES (organes pleins et creux)

SYNDROME DE MASSE

±

COMPRESSION

NERVEUSE

±

OBSTRUCTION

±

OEDEME

ANTALGIQUE

±

AINS

±

ANTISPASMODIQUE

±

CORTICOSTEROÏDE

Principes généraux des traitements en phase palliative

- Traitements non médicamenteux toujours
- Médicaments
 - A demi-vie courte ou semi-longue
 - Voie orale si possible (et trans-dermique)
 - PAP (symptômes connus, prévisibles)
- Réévaluer régulièrement (quotidiennement)

LA PRESCRIPTION ANTICIPEE PERSONNALISEE P.A.P.

- médicale**
- personnalisée**
- écrite**
- rédigée par avance**
- adaptable à tout moment**

EXEMPLES

Si douleur colique : Debridat 1 cp et Paracétamol 1 g (jusqu'à 4x/jr)

Si insuffisant, Scoburen 20 mg SC

Si douleur lancement/pesanteur - Actiskénan 5 mg 1 gel ou Morphine 2,5 mg SC

Si nausées ou vomissements : Zophren 4mg sétofilm sublingual ou IV

Si insuffisant, Largactil 5 mg SC

**Délai d'action : per os 45 min – SC 30 min
– IM 10 min – IV immédiat**

PREVENIR et ANTICIPER

- PREVENIR

Fausse route → Encombrement/Etouffement
Constipation → Fécalome

- ANTICIPER

Symptômes selon la maladie

atteinte cérébrale, pulmonaire, ...

Prescriptions Anticipées Personnalisées

Symptôme intense

LA NUIT – A DOMICILE

Approches thérapeutiques - SYMPTOMATIQUES médicamenteuses

PRINCIPES

Traitement de fond – adaptation posologie

Voie d'abord - perfusion SC

PAP ou interdose

Disponibilité du médicament (domicile)

EXPLICATIONS à la personne/ses proches

Exemple 2 - Dyspnée

Evaluer

EVS ressenti et retentissement

FREQUENCE RESPIRATOIRE - Cyanose – Tirage - ..

Saturation en oxygène ?

Identifier le mécanisme

Epanchement ? Lymphangite ? Infection ?

Syndrome obstructif ? OAP ?

-> EXCES DE NOCICEPTION + ANXIETE

Soulager

Trtmt étiologique ? + symptomatique

Non médicamenteux : ouvrir les fenêtres – humidifier la bouche -
explications - place de l'oxygène ?

Médicamenteux : opioïde palier 3 + benzo +/- corticoïde, AB, ...

Exemple 2 - Dyspnée

OBJECTIFS DE SOIN	ACTIONS	RESULTATS
<p>Dyspnée</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconnaître et évaluer une dyspnée - Dépister et évaluer une détresse respiratoire 	<ul style="list-style-type: none"> - Mesurer la fréquence respiratoire - Installer le patient, favoriser le calme, si besoin aérer la pièce - Ecouter la plainte de la personne : sensation d'étouffement, angoisse importante... - Repérer les signes de détresse aiguë (polypnée, balancement thoraco-<u>ad</u>bominal, cyanose, ...) - Adopter une attitude rassurante - Appliquer les Prescriptions Anticipées personnalisées prévues 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de plainte - Respiration ample et régulière

Prescription Anticipée Personnalisée PAP

En cas de dyspnée modérée

Oramorph... gttes soit... mg ou Morphine ... mg SC

En cas de dyspnée intense – étouffement

titration IV lente de Morphine ... mg + Hypnovel ... mg, dilués dans 10 ml de sérum physiologique, en injectant ml par ml toutes les 30 secondes jusqu'au stade - 4 de l'échelle de Richmond (yeux fermés et réaction à la traction du lobe de l'oreille) ou IM sans diluer

Démarche thérapeutique

- Objectifs
 - Soulager
 - Privilégier la communication et le confort
- Symptomatique toujours
 - en approche interdisciplinaire
 - avec anticipation
 - explication au malade et à l'entourage
 - transmission écrite
- **Étiologique si possible et raisonnable**

Traitements étiologiques

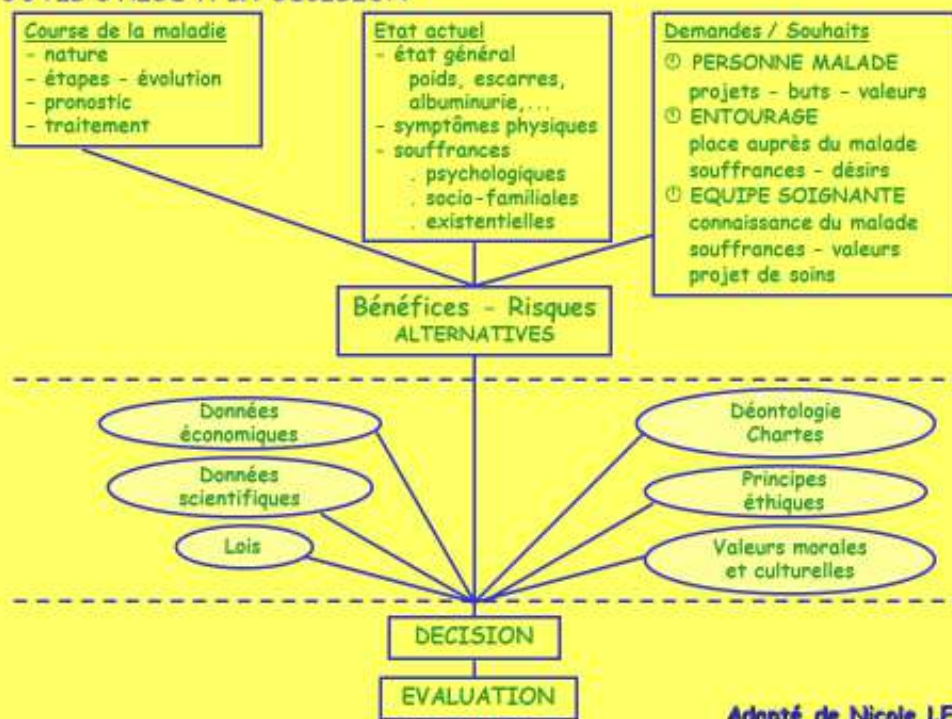
Démarche décisionnelle

Utilité – Proportionnalité - Faisabilité

Phase	Visée	Survie	Toxicité	Méthodes pour soutenir le système physiologique	PERFUSION ET ALIMENTATION PARENTERALES
CURATIVE	SURVIE GUERISON si possible	PROLONGATION	PEUT ETRE ELEVEE	OUI	OUI
PALLIATIVE SPECIFIQUE	PROLONGATION (rémission)	PROLONGATION	PEUT ETRE ENCORE ELEVEE A MODULER EN FONCTION DES BENEFICES ATTENDUS	OUI	OUI
PALLIATIVE SYMPTOMATIQUE	QUALITE DE VIE et GAGNER DU TEMPS	PEUT-ETRE...	BASSE	PEUT-ETRE QUALITE DE VIE	PEUT-ETRE QUALITE DE VIE
PALLIATIVE TERMINALE	QUALITE DE VIE	NON	AUCUNE	NON	ALIMENTATION NON HYDRATATION SELON LES CAS

Adapté d'après Dr MS Richard - 1995

OUTIL D'AIDE À LA DÉCISION



Adapté de Nicole LERY

« On ne se refuse rien »
mais....on le justifie

(Sub-)Occlusions

- Ponctions d'ascite ?
- Poursuite du traitement spécifique ?
- Chirurgie de dérivation ?
- Techniques interventionnelles anti-douleurs ?
- ...

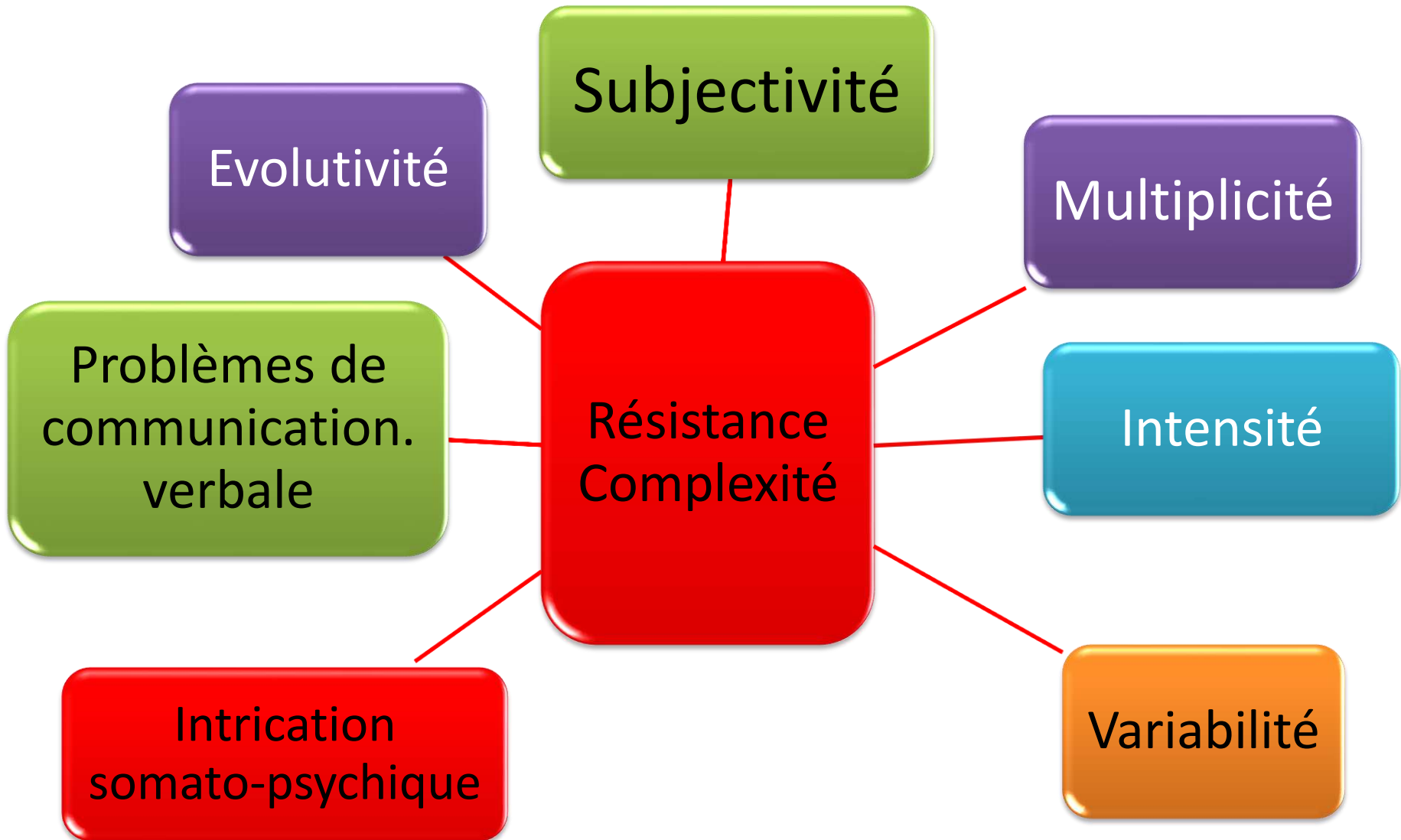
Symptômes réfractaires ! ou résistants ?

- raisonnement clinique
- ré-évaluations pluri-professionnelles des symptômes – souffrances
- avis spécialisé EMSP ou séjour transitoire en USP/LISP ?
- intrication somato-psychique – évaluation par psy
- ré-adaptations des approches non-médicamenteuses et médicamenteuses

**AGITATION – DELIRIUM : penser à Embolie Pulmonaire –
Epilepsie partielle – Hypercalcémie - ...**

-> place des pratiques sédatives

Symptômes résistants



Accompagnement du malade et de ses proches

- Observation
- Présence – Ecoute – Non jugement
 - besoin de communication des familles avec le malade
 - prise en compte de leur vécu et ambivalence
 - **besoin d'informations**
 - sensibilité par rapport à la façon dont les soignants s'adressent, touchent et soignent leur proche

S.Brajtman. The impact on the family of terminal restlessness and its management. Palliative Medicine 2003; 17 : 454-460)



EQUIPE



**Une cohésion de l'équipe est nécessaire
ARTICULATION**



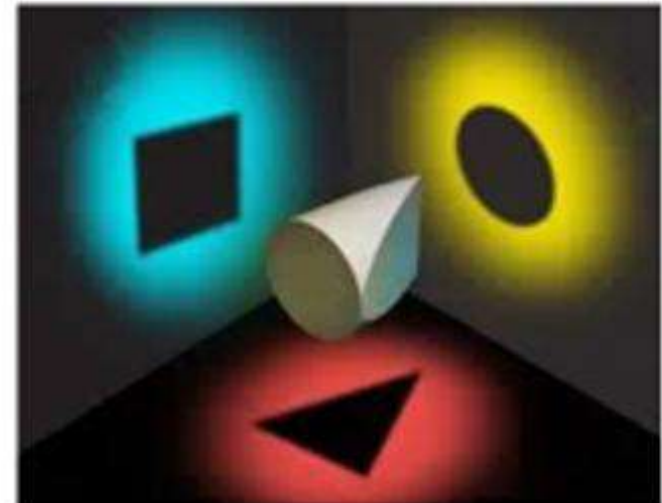
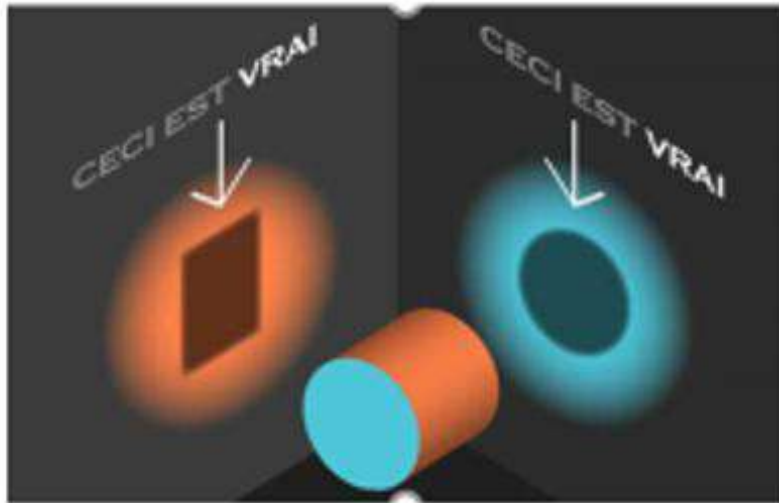
Garde-fou



Une dynamique d'équipe

- évaluer les symptômes
- soulager rapidement P.A.P
- surveiller les effets secondaires
- évaluer l'efficacité du traitement
- être attentif aux différentes dimensions de la souffrance de la personne malade

Pourquoi une approche en équipe pluridisciplinaire ?



MERCI DE PRENDRE CECI EN CONSIDERATION AVANT DE DONNER VOTRE AVIS

Des points de vue différents sont indispensables pour s'approcher au mieux d'une réalité complexe

Comment se parler quand on a un point de vue (un langage) différent ?

POUR LES PROFESSIONNELS, LES BENEVOLES...

QUELQUES RESSOURCES



Société Française
d'Accompagnement
et de soins Palliatifs

Rechercher un article...



Carrières

Presse

Nous soutenir

Intranet

Faire un don

SFAP ▾

Référentiels &
aide à la pratique ▲

Soins palliatifs &
fin de vie ▾

Formations ▾

Bénévoles &
associations ▾



Référentiels & recommandations

- Documents institutionnels
- Documents SFAP
- Documents universitaires
- Autres documents nationaux & internationaux



Outils d'aide à la pratique

- Démarche palliative
- Douleur
- Symptômes cliniques
- Pratiques sédatives
- Sciences humaines & sociales
- Accompagnement
- Approches spécifiques par spécialité
- Approches non médicamenteuses
- Expériences internationales
- Outils pour les équipes



Archives

Pour vous aider dans vos pratiques professionnelles, la SFAP met à votre disposition un corpus de référentiels & recommandations, ainsi que des outils d'aide à la pratique.

Si vous souhaitez communiquer de nouveaux documents, envoyez un mail à sfap@sfap.org

- + INTRODUCTION
- + ADVANCE CARE PLANNING
- + AGONIE
- + CONFUSION MENTALE
- + CONSTIPATION
- + DIABÈTE
- + DIARRHÉES
- + DOULEUR
- + DOULEUR NEUROPATHIQUE
- + DYSPNÉE

- + HOQUET
- + NAUSÉES ET VOMISSEMENTS
- + OCCLUSION INTESTINALE
- + PRURIT
- + RÂLES AGONIQUES
- + SÉDATION PALLIATIVE
- + SOINS PALLIATIFS ET COVID-19
- + TOUX
- ABRÉVIATIONS

GUIDELINES DE SOINS PALLIATIFS



Palliaguide.be est un site web dédié aux recommandations de bonne pratique en langue française concernant le contrôle des symptômes en soins palliatifs.

Il s'agit d'une initiative de la Fédération Bruxelloise de Soins Palliatifs [FBSP], réalisée en partenariat avec la Fédération Wallonne des Soins Palliatifs [FWSP] et la Société Scientifique de Médecine Générale [SSMG], grâce à un soutien financier de la Fondation contre le Cancer [FCC].

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.

Elles viennent compléter, pour la partie francophone du pays, [Pallialine.be](#), site web dédié aux recommandations de bonne pratique néerlandophones élaborées par Palliatieve Zorg Vlaanderen [PZV].

PRÉCAUTIONS

Ces guidelines ne se substituent en aucun cas au jugement clinique du médecin. Elles constituent uniquement une aide à la décision. Il ressort de la responsabilité de chaque professionnel de rester vigilant et de prendre des décisions adaptées à la situation particulière de chaque patient en faisant preuve de bon sens.

Le groupe de pilotage et le groupe d'experts ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

LAURENT TAILLADE



GUIDE DE
**soins
palliatifs**



L'INTELLIGENCE COLLECTIVE
AU SERVICE DU PATIENT

Symptômes

Fiche 10 Douleur

Fiche 11 Dyspnée

Fiche 12 Dyspnée de Cheyne-Stokes

Fiche 13 Détresse respiratoire aiguë

Fiche 14 Toux

Fiche 15 Hémoptysie

Fiche 16 Encombrement bronchique

Fiche 17 Anorexie, cachexie, asthénie

Fiche 18 Constipation

Fiche 19 Occlusion intestinale

Fiche 20 Nausées et vomissements

Fiche 21 Hoquet

Fiche 22 Prurit

Fiche 23 Syndrome confusionnel

Fiche 24 Anxiété

Fiche 25 Insomnie

Fiche 26 Syndrome dépressif

Fiche 27 Prescriptions anticipées personnalisées



PALLIAQUITAINE - Pavillon de la Mutualité -
45 Cours du Maréchal Gallieni, 33000 BORDEAUX
contact@palliaquitaine.fr - www.palliaquitaine.fr

SOINS PALLIATIFS ?... Mais de quoi parlons-nous ? p.8

SOINS PALLIATIFS ?... Pourquoi ? p.9

DÉMARCHE DE SOINS SYSTÉMATIQUE ET PRESCRIPTIONS ANTICIPÉES PERSONNALISÉES p.10

LES PRINCIPAUX SYMPTÔMES :

DOULEURS p.12

HYGIÈNE BUCCALE : SOIN DE BOUCHE - SOIN ROI p.13

DÉPISTER LES TROUBLES DE LA DÉGLUTITION p.14 - 15

DYSPNÉE p.16

ENCOMBREMENT BRONCHIQUE p.17

TROUBLES DIGESTIFS p.18

TROUBLES URINAIRES p.19

TROUBLES DU COMPORTEMENT : AGITATION p.20

ASTHÉNIE, DÉNUTRITION, CACHEXIE p.21

PRE-AGONIE/ AGONIE p.22

POUR ALLER PLUS LOIN :

RÉFLEXION ÉTHIQUE, RÉFÉRENCES p.24

Outils, ressources, sites, démarches, bénévoles d'accompagnement p.25

ANNEXES 1 à 6 p.26 - 30

DÉMARCHE DE SOINS SYSTÉMATIQUE ET PRESCRIPTIONS ANTICIPÉES PERSONNALISÉES

ÉVALUATION CLINIQUE SOIGNANTE
= ACTIONS CIBLÉES

TRACABILITÉ / TRANSMISSIONS CIBLÉES

↓

ÉVALUATION RÉÉVALUATION
+/- RÉAJUSTEMENT

↓

REGARDS CROISÉS en équipe

PRESCRIPTIONS ANTICIPÉES PERSONNALISÉES
= PAP + INCONTOURNABLES

Ce sont des prescriptions médicales, datées, signées,

- > **ADAPTÉS** à la situation clinique singulière du patient,
- > Pour **ANTICIPER** la survenue d'un symptôme connu et/ou susceptible d'apparaître,
- > Pour **Traiter et SOULAGER** le plus **RAPIDEMENT** possible,
- > Autonomie/réactivité de l'action paramédicale,
- > Patients et proches informés de l'existence de PAP = peut **diminuer l'anxiété**.

Dans ce cadre les équipes ressources de soins palliatifs de votre territoire peuvent être sollicitées par le médecin référent. Ce sont les EMSP, HAD, Réseaux, USP, LSP

CF Capitalif = équipes ressources = <https://www.capitalif.org/>
OR Code en annexe 4

Palliaquitaine AS/IDE 2025

DÉPISTER LES TROUBLES DE LA DÉGLUTITION – 1

IDENTIFIER SI LE PATIENT PRÉSENTE DES TROUBLES DE LA DÉGLUTITION : TEST DE DÉGLUTITION AVANT LA PRISE ORALE

Réaliser un soin de bouche ou un brossage de dents avant le test si nécessaire
Si possible, test en collaboration avec la diététicienne /orthophoniste.

- > FAIRE TIRER ET CLAQUER LA LANGUE
- > FAIRE ÉMETTRE UN SON « AAAAA »
- > FAIRE RACLER LE FOND DE GORGE
- > FAIRE DÉGLUTIR LA SALIVE À VIDE

Si le patient est dans l'incapacité de réaliser le test se référer au protocole de la SFAP: Troubles de la déglutition chez le sujet âgé en situation palliative

Fiche Troubles déglutition téléchargeable sur les sites de la SFAP (voir OrCode en annexe 6) ou de la SFOP

Palliaquitaine AS/IDE 2025

INDICATIONS

- Difficulté ou impossibilité d'absorption par voie orale (troubles de la déglutition, de la conscience, de la vigilance, vomissements, occlusion...)
 - Difficulté d'administration par voie intraveineuse ou abord veineux non indispensable
 - Apport hydrique minimal
- Il s'agit d'une technique simple et efficace, visant à administrer de façon continue (par perfusion, seringue électrique,...) ou discontinue des médicaments par voie sous-cutanée.

AVANTAGES

- Confort :
 - Moins traumatisant que la voie IV
 - Préservation du capital veineux
 - Liberté de mouvement du patient conservée
 - Simplicité facilitant le maintien à domicile
- Sécurité :
 - Risque infectieux limité
 - Simplicité de pose et de manipulation

LIMITES

- Volume perfusable : maximum 1 litre / 24H
- Oedèmes généralisés : mauvaise diffusion
- Délai d'action : entre 15 et 30 minutes
- Mélanges de certains médicaments (notamment dans un petit volume, par ex. seringue électrique)

SOLUTES

Le sérum physiologique (chlorure de sodium 0,9%) peut être utilisé facilement et efficacement.

Des solutions glucosées isotoniques à 2,5 et 5% sont utilisées par certaines équipes, mais ne sont pas recommandées par les auteurs de ce document, à cause du plus grand risque d'effets secondaires locaux.

À SAVOIR

- Un léger gonflement en début de perfusion est normal.
- Ne pas piquer dans une zone lésée, indurée ou oedématiée.
- Le site de perfusion peut être maintenu jusqu'à 4 à 7 jours environ, puis laissé au repos et réutilisé.
- Changer de site en cas de ponction d'un vaisseau (sang dans l'aiguille), d'inconfort, de douleur, de rougeur, de placard blanc, de crépitement à la palpation.
- Pour des injections sous-cutanées répétées, sans perfusion continue, le cathéter peut être laissé en place. Après chaque injection, rincer la tubulure et l'aiguille avec du sérum physiologique afin que la totalité du produit injecté soit administrée.
- En cas de surcharge d'un site ou de médicaments non miscibles, possibilité d'utiliser plusieurs sites en même temps (à éviter si

Références bibliographiques principales :

- [1] Morisson S. et al. Médicaments administrables par voie sous-cutanée en soins palliatifs : revue de la littérature et recommandations. Médecine palliative - Soins de support - Accompagnement - Éthique (2011), <http://dx.doi.org/10.1016/j.medpal.2011.03.003>
- [2] Agence Française de Sécurité Sanitaire des produits de santé. Soins palliatifs : spécificité d'utilisation des médicaments courants hors antalgiques. Recommandations. 25/10/02. 21p http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/a7335ff84e05050e5dfccc7a164c885b.pdf
- [3] Pouchoulin P. et al. Voie sous-cutanée en situation palliative : entre recommandations et pratiques. Enquête auprès des unités de soins palliatifs en 2011. Médecine palliative - soins de support - Accompagnement - Éthique (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.medpal.2013.02.007>

Nous contacter :
PalliAquitaine

Site internet : www.palliaquitaine.fr
Mail : palliaquitaine@gmail.com

Les
Outils de

PalliAquitaine
ASSOCIATION
RÉGIONALE DE SOINS
PALLIATIFS

La perfusion sous-cutanée en situations palliatives

Cette plaquette présente, de façon non exhaustive, les médicaments utilisables en situations palliatives. Ils sont présentés avec le niveau de preuve retrouvé dans la littérature [1].



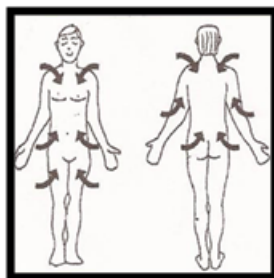
MATÉRIEL

- Cathéter sécurisé conforme à la directive européenne 2010-32 (utilisation des épicroïennes et des cathéters veineux non sécurisés interdite).
- La dimension préconisée du cathéter court est de 22 à 26 Gauges, par exemple de type BD SAF-T-Intima REF 383313 24 GA 0.75IN 0.7x19mm 22 ml/min.
- Matériel nécessaire à toute pose de perfusion et pansement de fixation transparent.

SITE D'INSERTION

Sens de la flèche = sens de l'aiguille

Les zones dorsales sont privilégiées chez les patients agités.



POSE

- Préparation du matériel
- Désinfection locale avec un antiseptique
- Si nécessaire et sur prescription médicale, application de crème EMLA une heure avant la pose
- Pincer la peau, piquer avec un angle de 30° environ en respectant le sens des flèches du schéma (angle de 30°, le biseau de l'aiguille tourné vers la peau)
- Faire une boucle de sécurité avec la tubulure de l'aiguille
- Maintenir avec le pansement adhésif
- Régler le débit de perfusion comme pour une perfusion IV

Légende du tableau :

Grade A = preuve scientifique établie

Grade B = présomption scientifique

Grade C = faible niveau de preuve

* accord professionnel retenu en l'absence d'études

Ils peuvent être administrés de façon continue (SCC) ou discontinue (SCD).

DCI		Nom de spécialité	Famille	Administration	Particularités Précautions d'emploi
Amikacine	A	Amikin® Amikacine®	Antibiotique	SCD	Risque de nécrose ou de vascularite cutanée
Ampicilline	C	Ampicilline®	Antibiotique		
Atropine	A	Atropine®	Antisécrétoire	SCD	
Calcitonine	A	Calcitonine® Cibacalcine® Miacalcio®	Hormone antiparathyroïdienne	SCD	Réactions locales inflammatoires peu fréquentes au site d'injection SC
Ceftriaxone	A	Rocéphine®	Antibiotique	SCD	Risque de nécrose cutanée. Ajouter de la xylocaïne pour diminuer la douleur de l'injection
Chlorpromazine	C	Largactil®	Neuroleptique	SCC/SCD	Réaction cutanée possible
Clonazépam	*	Rivotril®	Benzodiazépine, Antiépileptique	SCC/SCD	Tubulure non PVC. Xylocaïne 1% associée si brûlure en SCD
Dexchlorphéniramine	A	Polaramine®	Antihistaminique	SCD	
Furosémide	C	Lasix® Furosémide®	Diurétique	SCC/SCD	
Gentamicine	C	Gentalline® Gentamicine®	Antibiotique	SCD	Risque de nécrose ou vascularite cutanée
Granisétron	C	Kytril®	Antiémétique	SCD	
Halopéridol	C	Haldol®	Neuroleptique	SCC/SCD	
Lanréotide	A	Somatuline LP®	Anti-sécrétoire	SCD	Ne pas utiliser le 30mg en SC
Lévomépromazine	C	Nozinan®	Neuroleptique	SCC/SCD	Risque de nécrose ou vascularite cutanée
Loxapine	C	Loxapac®	Neuroleptique	SCD	Changement de site en cas d'irritation locale
Méthynaltrexone	A	Relistor®	Constipation induite par les opioïdes	SCD	
Méthyprednisolone	*	Solumédrol®	Corticoides	SCC/SCD	Validé par l'AFSSAPS
Métoclopramide	C	Primpéran®	Antiémétique	SCC/SCD	
Midazolam	B	Hypnovel®	Anxiolytique, hypnotique	SCC/SCD	
Morphine (chlorhydrate)	A	Morphine®	Antalgique	SCC/SCD	
Naloxone	A	Narcan®	Antidote des morphiniques	SCC/SCD	
Octréotide	A	Sandostatine LI®	Anti-sécrétoire	SCC/SCD	Réchauffer l'ampoule à température ambiante pour limiter les réactions locales
Ondansétron	C	Zophren®	Antiémétique	SCC/SCD	
Oxycodone (chlorhydrate)	A	Oxynorm®	Antalgique	SCC/SCD	
Phénobarbital	C	Gardéнал®	Antiépileptique	SCC/SCD	Risque de nécrose cutanée
Prostigmine	A	Prostigmine®	Traitement de la constipation	SCC/SCD	
Scopolamine butylbromure	A	Scoburen®	Anti-sécrétoire anti- spasmodique	SCC/SCD	
Scopolamine bromhydrate	A	Scopolamine®	Anti-sécrétoire	SCC/SCD	
Teicoplanine	B	Targocid®	Antibiotique	SCD	
Tramadol	C	Contramal® Topalio® Zamudol®	Antalgique	SCC/SCD	



Avec le concours de la maison de santé Bagatelle, l'EHRM Villa Pia, la CHU de Bordeaux, la FFAMCO, le réseau L'Éstoy

Anticiper les troubles respiratoires des personnes âgées en fin de vie



DOCUMENT COMPLET

Aide à la prescription

Ce document est un outil d'aide à la prescription en cas de symptômes respiratoires aigus en fin de vie. Il s'agit bien d'une aide à la prescription et non des protocoles de soins. Le médecin traitant fera une prescription anticipée adaptée à chaque situation.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
Identification des personnes âgées pouvant être concernées par ces propositions	5
Concertation avec le patient, l'entourage et l'équipe soignante	5
Rédaction des prescriptions anticipées personnalisées en cas de symptômes respiratoires aigus en fin de vie	6
DYSPNÉE ET POLYPNÉE	7
Définitions	7
Objectifs du plan de soins	7
Principes de traitement	7
Moyens non médicamenteux	8
Moyens médicamenteux	8
ENCOMBREMENT AIGU	9
Définition	9
Objectifs du plan de soins	9
Principes de traitement	9
Moyens non médicamenteux	9
Moyens médicamenteux	10
LE SYMPTÔME INTENSE ET LA SÉDATION TRANSITOIRE PAR TITRATION INTRA-VEINEUSE LENTE	10
Définition	10
Objectifs du plan de soins	10
Principes de traitement	11
Moyens non médicamenteux	11
Moyens médicamenteux	11
ANNEXES	12
Indice de Karnofsky	12
Performance status de l'OMS	12
Echelle d'évaluation de la sédation selon RUDKIN	13
Les différentes phases de la maladie	13
Table pratique d'équianalgie des opioïdes forts	14
BIBLIOGRAPHIE	16

Je suis malade mais je reste un être unique et singulier entouré par mes proches



Soutenu par les soignants, accompagné par les bénévoles, considéré par la société et respecté par les citoyens

MERCI POUR VOTRE ATTENTION



AVEZ-VOUS DES QUESTIONS ?