

ACCOMPAGNER LA PHASE TERMINALE



Phase agonique:
Que faire?
Quoi dire?

VÉRONIQUE MORIZE DR
KHIRA LAMRANI MKDE
ET TOUTE L'EMDSP C CELTON APHP
ISSY LES MOULINEAUX 92



Pourquoi ce sujet?



- Identifier et comprendre les différents temps et symptômes de la phase agonique
- Pour mieux les repérer et les soulager.
- Etre plus à l'aise dans la prise en charge clinique des dernières heures de vie du patient palliatif
- Pour permettre un meilleur accompagnement des proches .
Conditionne le travail de deuil futur des proches.

Agonie? De quoi parle t on?



- Phase agonique, phase ultime, phase terminale...
- **Agonie:** étymologie du mot désigne à l'origine la lutte
- Un moment sacré, unique, l'aboutissement d'une vie, d'un parcours de maladie
- Double exigence
 - Soulagement patient
 - Accompagnement proches

Phase ultime/terminale : définition



- Bascule irréversible de l'évolution de la maladie
- Apparition de la défaillance d'une ou plusieurs fonctions vitales
- Imminence de la mort
- 2 phases cliniques > repères temporels :
 - Phase pré agonique
 - Phase agonique

Comprendre l'Agonie/ Quels enjeux pour les proches?



- Cela peut être le moment des postures extrêmes :
 - Acharnement («il faut empêcher la mort à tout prix »)
 - Désinvestissement («ce n'est plus la peine»)
 - Accélération du processus («il faut en finir, cela n'a plus de sens»)

ou bien encore...

- Accepter et accompagner jusqu'au bout
- La qualité de la prise en charge dépend d'une réflexion d'équipe cohérente et commune centrée sur le malade et sa famille, leurs souhaits et leurs limites > Anticipation

Cadre législatif actuel



- Droit du malade à refuser un traitement
- Interdiction de toute obstination déraisonnable
- Droit au soulagement de la/des souffrance(s) même au risque d'abrégé la vie par les EI des traitements (double effet)
- Directives anticipées et personne de confiance
- Droit à demander une sédation (cf. pratiques sédatives) / SPCMCD sous certaines conditions
 - ✦ Procédure collégiale / SPCMJD et LAT

Phase terminale/

Limitation/Simplification des traitements



- Arrêt des traitements non essentiels au confort du patient/VS maintien exclusif des traitements à visée **symptomatique**
- Arrêt:
 - vasodilatateurs, anti HTA, antiagrégants plaquettaires,
 - A discuter: Diurétiques , Anticoagulants , Insuline, AB

Phase terminale/ Limitation/ simplification des traitements

Hydratation artificielle ?



- Quelles questions? Pour le patient, sa famille, le soignant
- Les réponses possibles:
 - **Hydratation orale** (cf eau gélifiée, boissons au verre et froides si fausses routes)
 - **Soins de bouche et de lèvres pluriquotidiens:** « toilette buccale »:
 - Rinçage de la bouche à l'eau froide après chaque repas
 - Graissage des lèvres
 - Propreté: brossage de dents et de la langue
 - Prévention mycoses: bicarbonate 14/1000
 - Hydratation: brumatiseur, glaçon, ananas
 - Traitement médicamenteux (Cf Protocoles)
 - **Intérêts de la déshydratation:** diminution de l'œdème, de l'ascite, de la production des urines, sécrétions gastriques et pulmonaires, vomissements.

Soins de bouche

Protocoles médicamenteux

PROTOCOLES MEDICAMENTEUX DE SOINS DE BOUCHE- Hal C., Celson- 2008

1. SECHERESSE BUCCALE

1^{ère} intention : « Bouche sèche : 1^{ère} intention »

- Hydratation fréquente (toutes les 2h) de petites quantités d'eau ou d'eau gélifiée, jus de fruits, glaçons à sucer, compresse d'eau roulée sur doigt ganté.
- Pulvérisation d'eau (brumisateur).
- Ananas en boîte non sucré (pouvoir décapant de l'ananas).
- Vaseline sur les lèvres (et non glycérine).
- Stimulation de la salivation (fruits frais, bonbons acidulés).

2^{ème} intention : « Bouche sèche : 2^{ème} intention »

- Salive artificielle (**Aequasyl**® 6 à 8 pulvérisations par jour).
- Maintien des mesures précédentes.

2. CROUTES ET DEPOTS

« Bouche croûtes et dépôts »

- Soins de bouche réguliers (toutes les 4h) au Sodium Bicarbonate 1,4% (bain de bouche, 250 ml).
- Application **endobuccale** d'une mince couche de Vaseline en fin de soin – attente – les croûtes se **décolleront** lors du soin suivant réalisé avec le Bicarbonate 1,4%.
- Morceaux d'Ananas frais ou en conserve à sucer.
- Application d' **Aequasyl**® au décours du soin au Bicarbonate 1,4% (pulvérisations renouvelées 6 à 8 fois par jour).

3. MYCOSE AVEREE

1^{ère} intention : « Mycose avec déglutition conservée »

Traitement par voie systémique :

- Soins de bouche réguliers (toutes les 4h) avec du Sodium Bicarbonate 1,4% (bain de bouche, 250 ml).
 - **Triflucan**® 50 mg/ml suspension buvable : 1 fois par jour, 1 mesure de 5 ml (= 50 mg) à **déglutir**, au décours d'un soin de bouche, pendant 14 j.
- ! Si prescription concomitante d'**AVK** (contre-indication) ou absence d'efficacité clinique après 7 jours: remplacer par **Mycostatine**® suspension buvable (100 000 U/ml) : 5 ml pur, en badigeon buccal ou en bain de bouche, 6 fois par jour, 14j.

2^{ème} intention : « Mycose avec incapacité à déglutir »

Soins locaux :

- Soins de bouche réguliers (toutes les 4h) avec du Sodium Bicarbonate 1,4% (bain de bouche, 250 ml).
- **Mycostatine**® suspension buvable (100 000 U/ml) : 5 ml pur, en badigeon buccal ou en bain de bouche, 6 fois par jour, 14j.

PROTOCOLES MEDICAMENTEUX DE SOINS DE BOUCHE- Hal C. Celson-2008

4. BOUCHE DOULOUREUSE / ULCERES – APHTES

1^{ère} intention : « Ulcérations buccales localisées »

- Soins de bouche réguliers (toutes les 4h) avec du Sodium Bicarbonate 1,4% (bain de bouche, 250 ml).
- Anesthésiques locaux :
- **Xylocaine visqueuse**® gel oral 2% (0,2 g/ 10ml). Badigeonnage des lésions.
Attendre 2 heures avant reprise de l'alimentation pour éviter les fausses routes.
- Agents protecteurs : (après le repas)

- **Ulcar**® (**Sucralfate**) 2 sachets dans un verre d'eau en bain de bouche de 4 minutes x4/j- avaler.

2^{ème} intention : « Ulcérations buccales multiples ou inflammation buccale globale » - « Mucite stade 2 à 4 » (en association avec un traitement antalgique par voie générale adapté)

- Soins de bouche réguliers (toutes les 4h) avec du Sodium Bicarbonate 1,4% (bain de bouche, 250 ml).
- Anti-inflammatoires et antalgiques locaux :

- **Solupred**® 5 mg dans un verre d'eau en bains de bouche de 4 minutes X 2/j (si possible avant repas). Ne pas déglutir. Rinçage de la bouche à l'eau au décours.

- Agents protecteurs : (après le repas)

- **Ulcar**® (**Sucralfate**) 2 sachets dans un verre d'eau, en bain de bouche de 4 minutes x4/j- avaler.

- Anesthésiques locaux :

- **Xylocaine visqueuse**® gel oral 2% (0,2 g/ 10ml). Badigeonnage des lésions.

Attendre 2 heures avant reprise de l'alimentation pour éviter les fausses routes.

5. BOUCHE HEMORRAGIQUE

« Saignements localisés »

- Conseils alimentaires: éviter aliments trop secs ou irritants, l'alcool, le tabac.
 - Soins de bouche réguliers (toutes les 4h) au Sodium Bicarbonate 1,4% (bain de bouche, 250 ml).
- Urgosorb**® compresses découpées sur saignements localisés

« Saignements buccaux diffus »

- Soins de bouche réguliers (toutes les 4h) au Bicarbonate 1,4%.
- **Urgosorb**® compresse en tamponnements ou
- **Exacyl**® solution buvable (1 g/10ml): 1 ampoule diluée ou non (fonction tolérance amertume) dans de l'eau, en bains de bouche de 2 minutes (à ne pas avaler), ou en tamponnements.

6. BOUCHE MAL ODORANTE (HALLITOSE)

1^{ère} intention : « Bouche malodorante 1^{ère} intention »

- Soins de bouche réguliers (toutes les 4h) avec du Sodium Bicarbonate 1,4% (bain de bouche, 250 ml).
- **Flagyl**® suspension buvable, 1 mesure diluée dans un peu d'eau, en bain de bouche de 4 minutes, le matin. A ne pas avaler. Pendant 7 jours.

2^{ème} intention : « Bouche malodorante 2^{ème} intention » (mesures précédentes insuffisantes)

- Soins de bouche réguliers (toutes les 4h) avec du Sodium Bicarbonate 1,4% (bain de bouche, 250 ml).
- Antibiothérapie systémique par voie orale : **Flagyl**® 500 mg x 2 per os pendant 7 jours.

Phase terminale/ **Voie d'administration des traitements**



- Voie PO impossible ?
- Relai IV ou SC des trts indispensables au confort du malade
- Voie rectale possible
- Penser à la voie TTS (fentanyl ou scopolamine)

Phase terminale/**Simplification des Soins**



- Modification de l'organisation des soins en phase ultime
 - Allègement des protocoles, de certains soins (pansements, nursings lourds)
 - Réduction des mobilisations
 - SUD à discuter/ Penilex?
 - Démédicaliser la PEC dans la mesure du possible

Clinique de la phase ultime : **Phase pré-agonique** pas si facile à identifier



Jours ou semaines...

- Conscience variable: Coma léger ou état de confusion
- Accélération réflexe de la FR et FC.
- TA variable, Cyanose/marbrures
 - ✦ > Arrêt surveillance constantes
- Troubles trophiques cutanés
- Troubles de la déglutition, dysrégulation thermique, sueurs...
- Manifestations psycho-comportementales

Signes cliniques de la phase ultime :

Phase agonique: expertise clinique



Jours ou heures...

- Coma a-réactif, clonies ..
- FR diminue, devient irrégulière (pauses, respiration « centrale »).
- L'encombrement constant, (bronchorrhée+ stase salivaire> râles agoniques)
- FC diminue. TA basse voire imprenable , levée marbrures, anurie
- Faciès évocateur



Prévention **douleurs induites**/

Intérêt de la prise en charge interdisciplinaire



- Immobilité prolongée / ankylose= douleur
=> mobilisations régulières adaptées
- Pertinence du soin/ regroupement des soins
- Désir de tranquillité du patient : à respecter
 - ✦ choisir le bon moment
- Travail en binôme
- Mobilisations
 - ✦ mobilisations en douceur avec gestes enveloppants
 - ✦ accompagnement /paroles adaptées sécurisantes
 - ✦ participation du patient dans la mesure de son possible
- Aides techniques
 - ✦ adaptées et bien maîtrisées (ex : draps de translation; P.Max matelas à air)
- Recours collègues/ ergo, kiné, psychomotriciens

Prévention des Douleurs induites/ Thérapeutiques



- Evaluer la douleur
 - Privilégier ALGOPLUS
- Prémédications antalgiques
 - Respect du délai d'action
 - Anxiolytiques si nécessaire
 - Penser au MEOPA
- Sédation si symptôme réfractaire

La toilette : proportionnée



- Respecter la fatigue mais pas d'abandon
- Toilette pas forcément complète et toucher adapté
- Considération patient
- Soigner l'apparence
- Par quoi on commence ?
- Soins indispensables :
 - Soins de bouche
 - Soins de nez
 - Soins d'yeux
 - Entretien de la peau, coiffure...
 - Prise en charge des escarres proportionnée
 - Installations et mobilisations douces
- Installation adaptée
- Rangement/ personnalisation de chambre



Dyspnée en phase terminale : évaluer la gêne ressentie cliniquement



Evaluer gêne (EVS ou évaluation comportementale/ **RDOS**)

Échelle de mesure de la dyspnée ou de la détresse respiratoire : *Respiratory Distress Observation Scale (RDOS)*

	0 point	1 point	2 points
Fréquence cardiaque (/min)	< 90	90-109	≥ 110
Fréquence respiratoire (/min)	< 19	19-30	> 30
Agitation : mouvements involontaires	non	occasionnels	fréquents
Respiration abdominale paradoxale : dépression abdominale à l'inspiration	non		oui
Utilisation des muscles respiratoires accessoires : élévation des clavicules à l'inspiration	non	légère	prononcée
Râles de fin d'expiration	non		oui
Battements des ailes du nez	non		oui
Expression de crainte : - yeux grands ouverts - muscles du visage contractés - froncement des sourcils - bouche ouverte - dents serrées	non		oui
TOTAL*			

Traduction française d'après Persichini

* Chaque item est coté de 0 à 2 : l'échelle note donc la dyspnée de 0 à 16 : 0 = absence de dyspnée, 16 = dyspnée maximale. Un score supérieur à 3 prédirait une dyspnée modérée à sévère.

Dyspnée en phase terminale : évaluer et accompagner le patient



- Facteur aggravant ou déclencheur
- Fréquence respiratoire
 - Pas de prise de saturation
- Mesures non pharmacologiques d'accompagnement
 - Présence apaisante, calme.
 - ✦ Réassurance. Entendre les peurs , Relaxation respiratoire en dehors de la dyspnée aiguë, distraction, toucher-détente selon tolérance du patient
 - Position confortable
 - Aération. Eclairage suffisant
 - Rafraîchissement du visage
 - Soins de bouche adéquats
 - Passages fréquents/ Sonnette à disposition

Dyspnée en phase terminale

- Environnement paisible (installation de la chambre)
- Rassurer l'entourage
- Présence rassurante et toucher
- Ttmt étiologique
- +/- Oxygène
- Morphine
- Anxiolytiques



Agitation / Confusion

Rétention aigüe urines ?



- Penser à la rétention sous antalgiques (morphine, acupan), anti sécrétoires et neuroleptiques.
- Reflexe Bladder Scan si agitation
- Voir transit/ Recherche fécalome
 - Si pas de selle, pas de fécalome > plus de lavement systématique si ventre non douloureux
- En l'absence de sonde urinaire, discuter sonde à demeure.
Prévoir de fixer la sonde urinaire



Agitation / Confusion



- Eliminer Cause organique? Iatrogène?
 - ✦ Rétention d'urine, fécalome, douleur, stimuli excessifs, fièvre, installation
- Rassurer et écouter le patient/ Environnement calme/ Accompagner la famille
- Mesures de sécurité
 - Contention/ traversins/ barrières? >Exception/prescription
- Ttmt> Benzodiazépines
- **Confusion:**
 - ✦ Avis psychiatrique
 - ✦ NL Haldol?



Regard complice

Bronchorrhée et râles de l'agonie

Bronchorrhée :

- Anticiper +++
 - Limitation des perfusions
- Anti sécrétoires

Râles agoniques :

- Hypersécrétion bronchique physiologique.
- Même traitement médicamenteux que pour la bronchorrhée

- La position de 3/4 semi latérale
- Soins de bouche + + +
- Eviter d'aspirer sauf en bouche
- Pas de kiné respiratoire / Pas d'aérosols (favorisent l'encombrement)
- O₂ ? Pas de MHC

Installations/ Position de ¾ latéral



- Intérêt de la position de **trois quarts semi latérale** :
 - **Confort** respiratoire
Encombrement et de râles de fin de vie
 - **Soulagement de la douleur**
Mise en **décharge du sacrum et des talons**
 - Facilite la **communication famille / patient**

Position de trois quarts semi latérale

Le dos est soutenu
par le coussin placé
contre la barrière

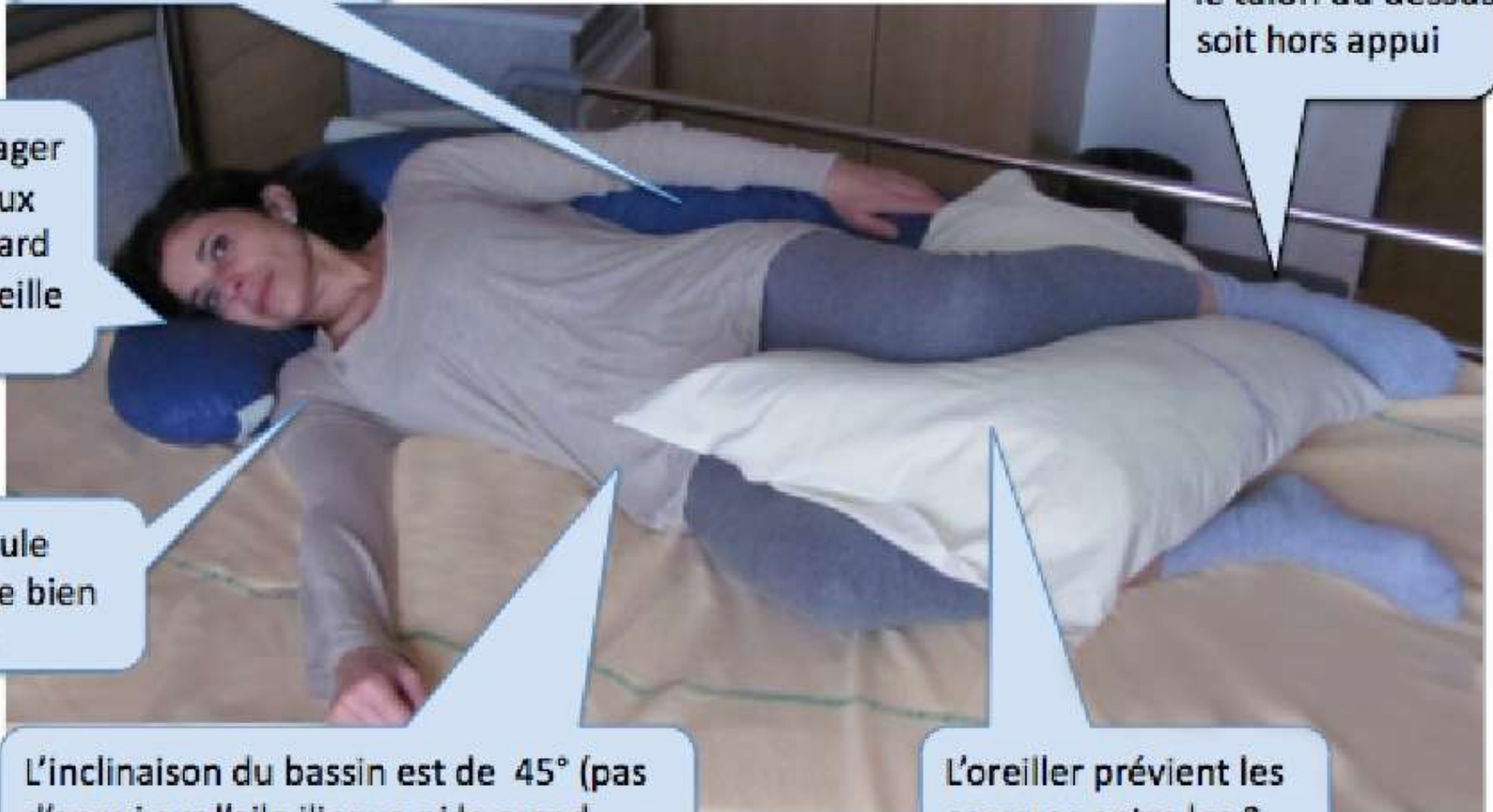
Veiller à ce que
le talon du dessus
soit hors appui

Aménager
un creux
en regard
de l'oreille

L'épaule
repose bien
à plat

L'inclinaison du bassin est de 45° (pas
d'appui sur l'aile iliaque ni le grand
trochanter)

L'oreiller prévient les
escarres entre les 2
jambes





POSITION

3/4 SEMI-LATÉRALE

**UN PATIENT EN FIN DE VIE ? AVEZ-VOUS PENSÉ
À L'INSTALLER EN POSITION 3/4 SEMI-LATÉRALE ?**



Cette position est recommandée pour :

- » améliorer la respiration ;
- » soulager la douleur ;
- » prévenir les fausses routes ;
- » favoriser la communication avec les proches et les soignants...

**DÉMONSTRATION
EN VIDÉO**

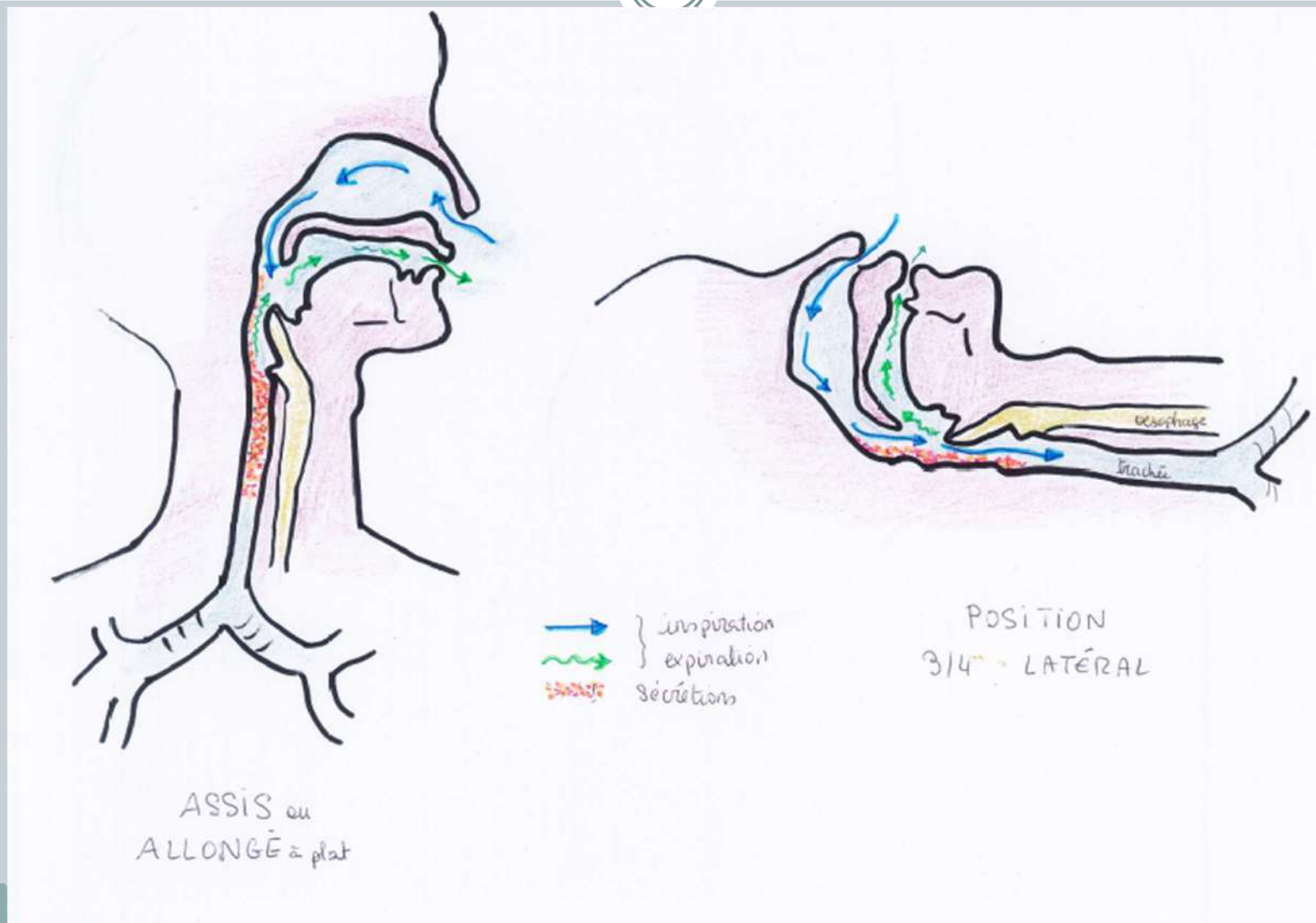


<https://youtu.be/kp-TNGIDzh9M>

Position de trois quarts semi latérale



Installations/ Position de 3/4 latéral





Accueil de la famille

L'accompagnement des proches



- Interdisciplinaire
- Un environnement paisible et du temps
- Anticipation
- L'entourage:
 - Désamorcer la tension par l'écoute et les explications adaptées, déculpabiliser
 - Conserver leur place

L'accompagnement du patient



- L'informer même lorsque la conscience est réduite
- Maintien de son autonomie:
 - équilibre entre sédation et communication

Après la mort

- Soins au défunt

- Arrêt respiration et du cœur
- Appel pour constat de décès (MT ou garde)
- Aménagement pièce:
 - ✦ Fraîcheur: couper radiateurs, fermer volets, lampes, fermer fenêtre
 - ✦ Retrait matériel médical
 - ✦ Respect des rites religieux et familiaux/ Vs contraintes institutionnelles
 - ✦ À Hal maintien chambre <10h
 - ✦ Inhumation ≥ 24h et inf 14 jours

- Démarches administratives

- Rédaction certificat de décès électronique (CepicDC)
- Déclaration du décès en mairie (livret de famille)
- Contact service pompes funèbres +/- culte
- Assistante sociale?
- Suivi de deuil?

Sédation en Situations d 'urgence

Hémorragies- Suffocation



- **Sédation profonde d'emblée ? Discussion collégiale sur visée sédation**
 - **> Echelle Sedapall (typologie des pratiques sédatives à visée palliative en fin de vie)**
- **Prescriptions anticipées**
- **Matériel prêt**
- **Réveil prévu ou non?**

Sédation en Situations d 'urgence

Sédation profonde d'emblée

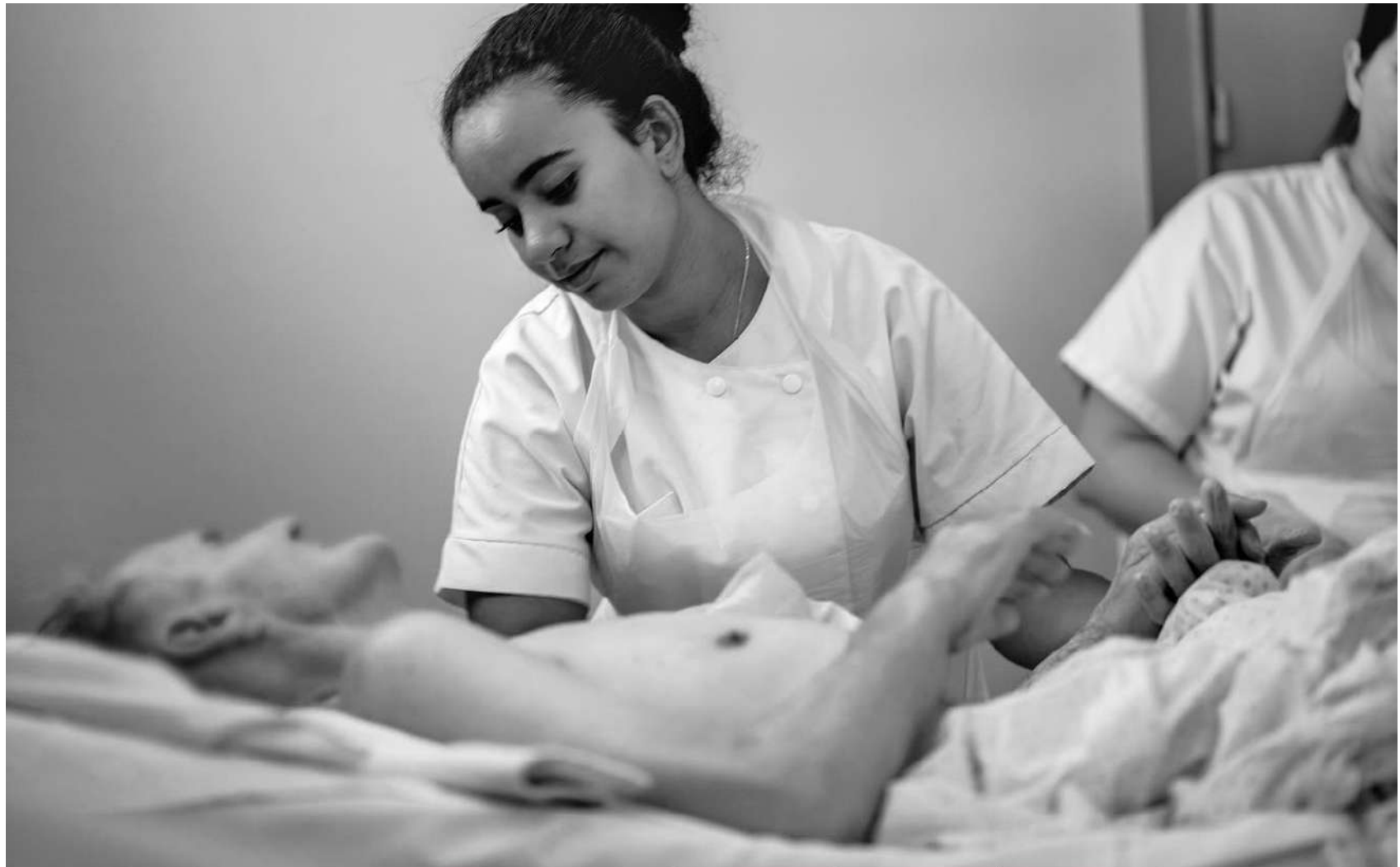
- **Midazolam 5 mg/ml**(1/2 v= 2h) (Ref:SFAP, HAS fev 2018)
- **Titration IV** si possible: **0,5-1 mg** en 30 sec, répété en cas de besoin 5 minutes après
 - > Score de sédation richmond :
 - ✱ - 4 dim profonde vigilance, pas de mvt à appel mais mvt à stim physique
 - ✱ – 5 non réveillable- aucun mvt ni à l'appel ni à la stimulation
- **Titration sscut:** bolus de **0,05** à **0,1mg/kg** (soit 3 mg pour 60 kg), 1 mg répété après 10 min
- Après 2 h **Entretien par SE** (IV ou Sscut):
 - calculée à partir de la dose nécessaire à l 'induction: relais par dose horaire= 50% dose induction.
- **Ou SE d'emblée** 0,02 mg/kg/h – 0,1 mg/kg/h à adapter par paliers de 0,5 mg toutes les 15 minutes (soit 1-5 mg/h)

BIBLIOGRAPHIE



- Blanchet V.: Quelles conduites à tenir en phase terminale. Med pal 2007; 6:285-288
- Blanchet V.: De l'agonie et de son traitement. Soins palliatifs: réflexions et pratiques. Éditions Formation et développement; 2004: 187-201.
- HAS: Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs, ANAES /Service des recommandations et références professionnelles / décembre 2002
- Dr Schwald : La Phase Ultime, Formation ASPER, 2007
- SFAP, collège infirmier : « L'infirmier(e) et les soins palliatifs; Editions Masson
- SFAP : conférence de **consensus L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches**, janvier 2014
- « Vivre le deuil au jour le jour » Dr Christophe Fauré
- www.sfap.org



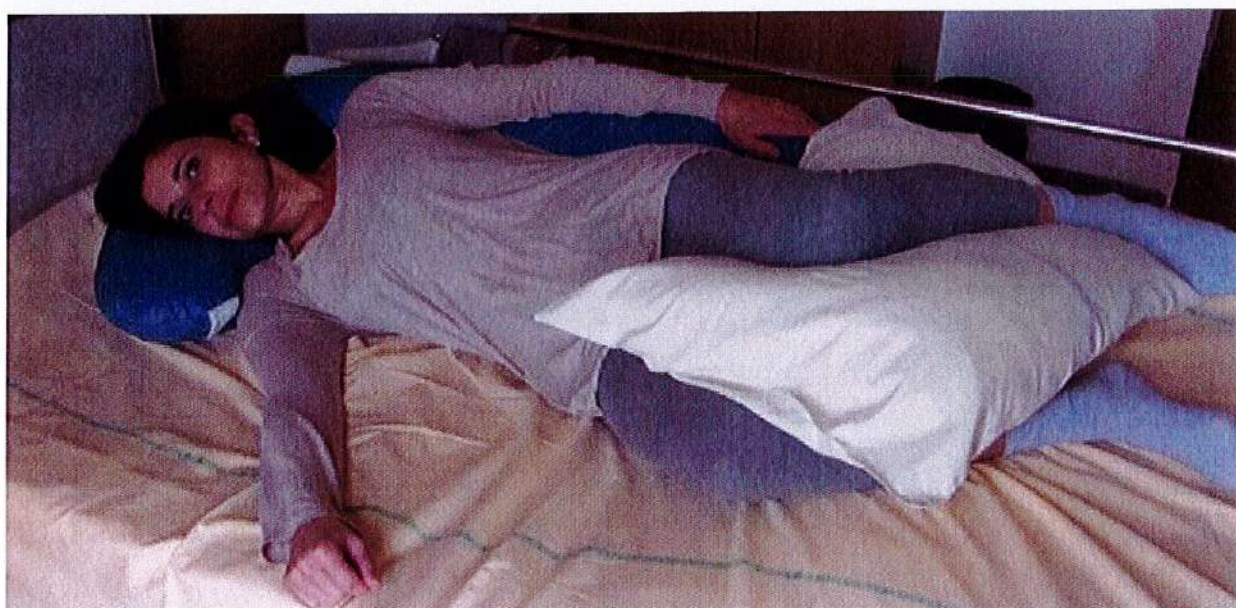




POSITION

3/4 SEMI-LATÉRALE

**UN PATIENT EN FIN DE VIE ? AVEZ-VOUS PENSÉ
À L'INSTALLER EN POSITION 3/4 SEMI-LATÉRALE ?**



Cette position est recommandée pour :

- » améliorer la respiration ;
- » soulager la douleur ;
- » prévenir les fausses routes ;
- » favoriser la communication avec les proches et les soignants...

**DÉMONSTRATION
EN VIDÉO**



<https://youtu.be/kp-TNGIDzh9M>

CONTACT

UMA - Unité Mobile
d'Accompagnement
Douleur et Soins Palliatifs :

01 58 00 49 19