
Les soins palliatifs :

histoire, définitions, pratique et organisation

FMC Dinan

8 novembre 2012

Quelques dates...

- 1967 : Cicely Saunders : précurseur des SP en Angleterre
- 1983 : Création de l'association JALMAV
- 1986 : Circulaire Laroque officialise l'organisation des SP
- 1999 : droit à l'accès aux SP pour tous
- 2002 : loi relative aux droits des malades (le droit de savoir pour tous)
- 2005: Loi dite Léonetti
- 2008 : Circulaire relative à l'organisation des soins palliatifs: USP, LISP, EMSP...

Définition

- Les soins palliatifs sont des soins **actifs** et **continus** dans une **approche globale** de la personne atteinte d' une **maladie grave évolutive ou terminale**.
- Leur objectif est de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.
- Les soins palliatifs et l' accompagnement sont **interdisciplinaires**.
- Ils s' adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution (définition de la SFAP proposée en 1996).

La démarche palliative...

- C' est une **démarche de soins**
- Qui donne **priorité** au malade, qui est centrée sur lui
- En respectant son **rythme**, sa **dignité** et son **autonomie**
- Qui est basée sur l'**écoute** et le travail en **équipe**

Différence entre curatif et palliatif ?

- Les soins curatifs visent à guérir une maladie ou stopper un processus pathologique.
 - Les soins palliatifs sont mis en place quand la personne est atteinte d'une maladie grave évolutive pour laquelle il n'y a pas ou plus de traitement curatif possible.
 - ***Il y a un bénéfice à débiter précocement l'accompagnement et les soins palliatifs quand le diagnostic de maladie grave est porté.***
La nature de l'aide varie en fonction des besoins tout au long de l'évolution de la maladie, d'où l'intérêt d'un suivi régulier.
-

Les principes fondamentaux

1. L'approche globale de la personne
2. Les soins actifs
3. La prise en charge de la douleur
4. Les soins de confort et la qualité de vie
5. L'abstention des investigations et traitements déraisonnables
6. La mort comme processus naturel
7. Le refus de provoquer intentionnellement la mort
8. Le soutien à l'entourage et aux soignants
l'accompagnement
9. L'interdisciplinarité et la collégialité
10. Le questionnement éthique
11. Les SP ont une mission de formation et de recherche

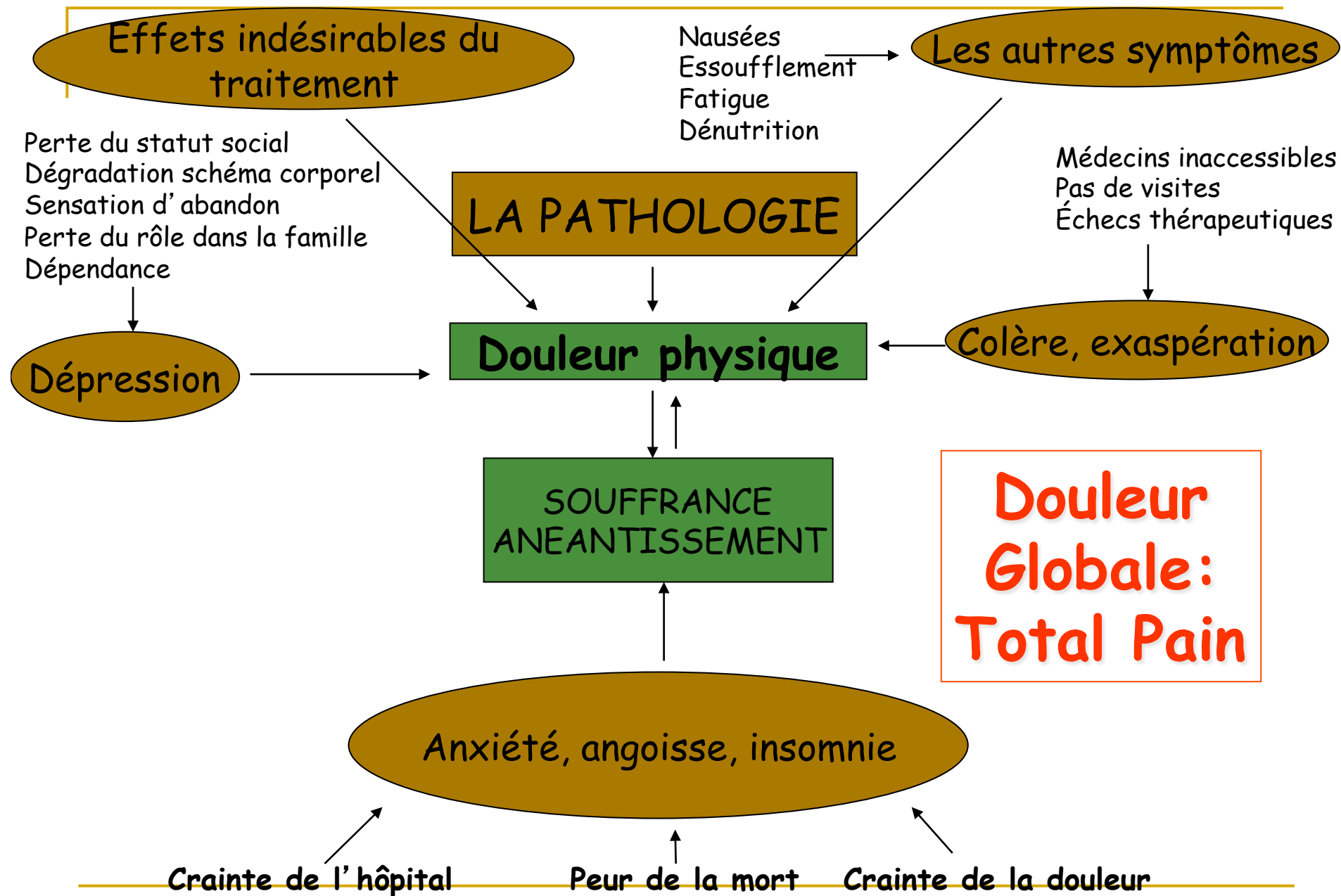
La prise en charge de la douleur

Le concept de « **total pain** » « **souffrance totale** » (par C. Saunders en 1967)

La douleur est une expérience globale avec différentes composantes :

- la douleur physique
- la douleur mentale et psychique
- la douleur spirituelle
- la douleur sociale

Quand le patient est soulagé, la douleur ne le dépossède plus du temps qui lui reste à vivre.



Prendre en charge cette douleur globale :

- En tenant compte de toutes ses composantes : physique, psychologique, sociale, spirituelle....
 - Sur le plan des traitements :
 - Adapter les traitements médicamenteux à la nature, l'intensité, l'évolution de la douleur
 - Ne pas hésiter à utiliser des traitements morphiniques si besoin (PO, SCut ou IV, voire avec PCA)
 - Faire appel également aux traitements non médicamenteux: écoute, massages, TENS, accompagnement psychologique, sophrologie, hypnose...
-

Prendre en charge d' autres symptômes

- Troubles respiratoires : dyspnée, toux, encombrement, hémoptysie
- Troubles digestifs : nausées, vomissements, constipation
- Anxiété, confusion
- Hydratation et alimentation en fin de vie

La sédation pour détresse en phase terminale

- Recommandations de la Société Française d'Accompagnement et de soins palliatifs :
 - **Sédation** : différent de l' analgésie et l' anxiolyse
 - **Détresse majeure** : situation d' inconfort majeur au cours de laquelle les manifestations cliniques de souffrances (physiques, psychiques ou existentielles) se manifestent de façon très importante et difficilement contrôlable (voire incontrôlable) par les thérapeutiques couramment utilisées
 - **phase terminale** : défaillance des grandes fonctions vitales (cardiovasculaire, respiratoires et/ou neurologiques) aboutissant en l' absence de réanimation au décès.

La sédation pour détresse en phase terminale

- Les **conditions préalables** suivantes sont nécessaires pour pouvoir réaliser une sédation dans certaines structures (EHPAD) et à domicile :
 - Personnel référent, compétent en soins palliatifs, prévenu et joignable
 - Disponibilité du médicament ou accessibilité d'une pharmacie hospitalière autorisée à la rétrocession de médicaments
 - Disponibilité du médecin pour faire des visites régulières
 - Possibilité d'un suivi infirmier régulier
 - Possibilité de contacter un médecin ou un infirmier à tout moment
 - Assentiment de l'entourage (famille, proches, auxiliaires de vie...) et une présence continue pour que la sédation ait lieu au domicile

La prise de décision d'une sédation

- **Procédure collégiale multidisciplinaire**, intégrant le consentement du patient chaque fois qu'il est possible de le recueillir (sinon éventuelles directives anticipées et/ou l'avis de la personne de confiance et/ou, à défaut, de ses proches)
- **Concertation** en équipe pluridisciplinaire nécessaire pour éclairer la décision médicale ;
- « La tenue d'une réunion pour une procédure collégiale doit être possible quel que soit le lieu de soin (institution sanitaire, médicosociale ou à domicile) »
- « La décision de sédation doit être prise par le médecin en charge du patient, après, autant que possible, avis d'un médecin compétent en soins palliatifs »
- « Les arguments développés lors de la concertation pluridisciplinaire et la décision qui en résulte sont inscrits dans le dossier du patient »
- « Il est recommandé d'anticiper, autant que possible, les situations pouvant amener à la mise en oeuvre d'une sédation »

L'organisation des soins palliatifs

- Une organisation selon un gradient de complexité :
 1. Prise en charge à domicile
 - Soutien par les équipes mobiles d'accompagnement et de soins palliatifs (2 équipes sur le secteur)
 - Possibilité d'hospitalisation à domicile
 2. Prise en charge à l'hôpital
 - Lits identifiés de soins palliatifs (à Dinan 12 lits dans 4 services différents)
 - Unités de soins palliatifs (à Saint Malo)