

LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE

#30

AOÛT 2022 - NUMÉRO GRATUIT

Les Soins palliatifs...
si on en parlait ?

TOUT RESTE
À FAIRE

IL N'Y A PLUS
RIEN À FAIRE



Association des Jeunes Gériatres

www.assojeunesgeriatres.fr



LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE #30



ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES
www.assojeunesgeriatres.fr

COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 2022

BUREAU

PRÉSIDENTE
Fanny DURIG

VICE-PRÉSIDENTE
Nathalie JOMARD

SECRÉTAIRE
Florent GUERVILLE

TRÉSORIER
Thomas TANNOU

PORTE-PAROLE
Arnaud CAUPENNE

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Cyprien ARLAUD

Amélie BOINET

Alexandre BOUSSUGE

Pierre-Emmanuel CAILLEAUX

Guillaume CHAPELET

Guillaume DUVAL

Antoine GARNIER-CRUSSARD

Claire GODARD-SEBILLOTE

Victoire LEROY

Sophie MASSART

Matthieu PICCOLI

Joaquim PRUD'HOMM

Thomas RENONCOURT

Sophie SAMSO

Romain VAN OVERLOOP

SOMMAIRE

03 **ÉDITORIAL**

04 **ARTICLE THÉMATIQUE**

La démarche palliative en Gériatrie

10 **FOCUS GÉRIATRIQUE**

Équipe mobile de Soins palliatifs gériatriques

14 **FICHE MÉTIER**

Psychologue clinicien en Soins palliatifs

17 **FICHE DU MÉDICAMENT**

Oxycodone, Soins palliatifs et Gériatrie

21 **FICHE PRATIQUE**

Principaux protocoles utiles en Soins palliatifs

25 **RETOUR DE CONGRÈS**

Congrès de la SFAP juin 2022

31 **ACTUALITÉS AJG**

34 **BIBLIOGRAPHIE**

Effect of Prophylactic Subcutaneous Scopolamine Butylbromide on Death Rattle in Patients at the End of Life

37 **CAS CLINIQUES**

Syndrome occlusif d'origine maligne

41 **ANNONCES DE RECRUTEMENT**

N° ISSN : 2264-8607

ÉDITEUR ET RÉGIE PUBLICITAIRE

Réseau Pro Santé

14, rue Commines | 75003 Paris

M. TABTAB Kamel, Directeur

reseauprosante.fr | contact@reseauprosante.fr

Imprimé à 1300 exemplaires. Fabrication et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.

ÉDITORIAL

« C'est quoi pour toi les soins palliatifs ?

- Eh bien je dirais que c'est tout ce qu'il reste à faire lorsqu'il n'y a plus rien à faire.

- Et que reste-t-il à faire lorsqu'il n'y a plus rien à faire ?

- Il reste à soulager la douleur, la souffrance, optimiser le confort, accompagner, soutenir... et puis... ajouter de la vie aux jours à défaut d'ajouter des jours à la vie... ».

Extrait de « À la Vie » par l'Homme étoilé

On dit toujours que la vie possède un début et une fin. En Gériatrie, on est naturellement plus proche de cette fin. Une question se pose : peut-on finir en beauté ? Autrement dit, peut-on bien mourir ?

On entend souvent parler d'une « belle mort » quand la personne s'endort et ne se réveille pas mais il peut y avoir une belle mort avec un accompagnement qui s'adapte à la personne, à son histoire, ses difficultés médicales, psychologiques, sociales... Cet accompagnement est l'essence des soins palliatifs. Il requiert l'ensemble du savoir-être et du savoir-faire soignant.

Ce TRENTIÈME numéro de la Gazette du Jeune Gériatre met en lumière ces soins actifs pour l'accompagnement des patients jusqu'au bout de leur parcours de vie.

À travers l'*Article thématique*, vous verrez comment définir, démarrer et organiser une démarche palliative. Une analyse des transferts de résidents d'EHPAD aux Urgences, à travers l'étude FINE, vous sera également proposée et tentera de répondre au questionnement des transferts appropriés et inappropriés aux Urgences.

Le *Focus gériatrique* parlera des équipes mobiles dédiées aux soins palliatifs de la personne âgée.

La *Fiche pratique* (à détacher et à glisser dans votre poche, à afficher dans le bureau médical ou à photographier avec votre portable) reprend les principaux protocoles pour le traitement des symptômes inconfortables pouvant être rencontrés lors d'une fin de vie.

La *Fiche du médicament* abordera l'oxycodone et ses spécificités.

La *Bibliographie* proposera de faire le point sur les connaissances actuelles sur la prise en charge des rôles agoniques... symptôme très angoissant, notamment pour les proches.

Nous parlerons également occlusion digestive en soins palliatifs dans le *Cas clinique*.

Pour le *Retour de congrès*, nous avons eu la chance que la sortie de ce numéro coïncide avec le 28^{ème} congrès national de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs. Vous trouverez donc un résumé des temps forts de ce rendez-vous.

La Gazette est aussi un des outils de communication de l'association et ainsi l'occasion de vous présenter les *Actualités de l'AJG*, notamment à travers le retour de la dernière Journée Annuelle des Jeunes Gériatres et la suite de nos projets pour 2022.

Nous vous souhaitons une bonne lecture et nous nous permettons un petit conseil : ne vous interdisez pas de vous laisser toucher par les patients, il n'y a pas de « juste distance » à avoir mais plutôt une « bonne proximité ».

Nathalie JOMARD et Alexandre BOUSSUGE
Rédacteurs en chef

LA DÉMARCHE PALLIATIVE EN GÉRIATRIE

Comment définir la médecine palliative en Gériatrie ?

La gériatrie et la médecine palliative partagent nombre de leurs objectifs et méthodes et notamment la dimension à la fois globale et personnalisée de la prise en charge. Cette pratique permet de prendre en compte tous les besoins du patient, dans une acception large allant des besoins physiologiques au besoin de se réaliser (1, 2). Les populations d'intérêt de ces deux champs de la médecine se recoupent largement, celle de la médecine palliative étant définie par l'existence de pathologies graves engageant le pronostic vital (3).

Les soins palliatifs sont inclus dans le droit humain à la santé selon l'Organisation Mondiale de la Santé (3) et leur accès est inscrit dans le droit français : « Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement » (4). Le rôle du médecin dans l'accès à ce droit est également inscrit dans le Code de la santé publique, qui attribue à tout médecin la responsabilité de dispenser des soins palliatifs : « Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs » (5).

Mais le droit ne précise pas ce qui détermine que l'état d'une personne requiert des soins palliatifs, ni comment définir le « mourant » ou « sa fin de vie ». C'est en inversant ce questionnement qu'il devient possible de résoudre cette équation : **identifier les besoins d'une personne malade permet de qualifier de palliatifs les soins qu'elle doit recevoir.**

Cette approche opérationnelle est certainement plus pragmatique que d'interminables débats sur la nécessité ou non de « passer en palliatif » avec le cortège de conséquences funèbres auxquelles s'attendre.

Déterminer précisément l'ensemble des besoins de la personne malade nécessite une multitude d'angles de vue pour ne pas se contenter d'identifier ses seuls besoins physiologiques, et ainsi risquer d'exercer une médecine exclusivement technique. Ces angles de vue complémentaires sont permis par la collégialité : c'est en équipe que nous circonscrivons cette question et en recueillant les informations pertinentes auprès d'interlocuteurs divers, qui ne se limitent pas au champ de la santé. Il s'agit par exemple, pour mieux connaître les aspirations et le système de valeurs de la personne malade, de s'en enquêter auprès de ses proches, tels que le patient les définit (donc sa famille probablement, mais pas seulement). La collégialité permet ainsi d'éclairer les décisions médicales et d'assurer qu'elles soient individualisées. Il est donc illusoire d'imaginer des « protocoles de soins palliatifs » qui s'appliqueraient à tous et en toutes circonstances.



Comment instaurer une démarche palliative ?

La démarche palliative en Gériatrie, comme dans les autres champs de la médecine, pourrait ainsi se définir comme l'argumentation des décisions au regard d'une situation clinique finement appréhendée, avec une vision réaliste des perspectives thérapeutiques dans le but de répondre aux besoins réels de la personne malade.

La prise de décisions reste médicale. La collégialité sert à construire l'argumentaire de cette décision. Ainsi, la décision est mieux comprise et acceptée par le patient, son entourage et l'équipe soignante. Dans l'hypothèse d'une réticence ou d'une opposition à la décision, la discussion ou la négociation portera alors davantage sur l'argumentaire que sur la décision elle-même.

La description de la situation clinique est certainement le socle de base à définir correctement avant de poursuivre la réflexion. Elle repose sur l'interprétation des comorbidités notamment dans leur pondération par rapport au risque de mortalité, comme décrit par exemple dans les années 1980 par Charlson (6), qui donna son nom à un indice régulièrement utilisé en recherche. Cette estimation approximative du pronostic peut être affinée par l'existence de pathologies au profil évolutif plus prévisible, comme décrit en 2005 par l'équipe de Scott Murray (7), ou par le rapprochement du patient à l'une des cinq trajectoires de perte d'autonomie décrites par Gill et al. en 2010 dans le *New England Journal of Medicine* (8).

Les perspectives thérapeutiques offertes, telles que définies par les données actuelles de la science, sont alors à déterminer de manière individualisée pour le patient dont on vient de décrire la situation clinique. Les patients âgés restent cependant rarement inclus dans les essais thérapeutiques, notamment du fait de l'existence de comorbidités, voire de troubles cognitifs pouvant altérer leur capacité à consentir librement à la recherche. En outre, il est fréquent de constater que les patients estimés « en fin de vie », selon des méthodes plus ou moins rigoureuses, sont exclus des essais. Au total, il est donc rare de disposer de données scientifiques directement applicables aux patients âgés ou en fin de vie. Les perspectives théoriques sont alors à nuancer individuellement pour prendre en compte le risque que les comorbidités, l'âge ou d'autres variables moins connues modifient les probabilités d'efficacité et de tolérance des attitudes thérapeutiques envisagées.



Les besoins de la personne soignée, incluant ses préférences lorsque deux options nous semblent équivalentes, vont permettre de conclure et d'argumenter la décision médicale. L'évaluation des besoins, collégiale et holistique, fixe les objectifs de la prise en charge et permet de faire un choix parmi plusieurs options thérapeutiques. Les options sont comparées au regard des besoins réels du patient, et sont alors écartées ou retenues selon un argumentaire solide. **Il s'agit de considérer les besoins physiques bien sûr, mais aussi psychiques, sociaux et existentiels.** Le **besoin psychique** peut s'entendre au-delà des diagnostics pathologiques comme la dépression ou l'anxiété. Il peut renvoyer, par exemple, au besoin d'être soigné chez soi quand le domicile revêt une dimension de sécurité, de familiarité et de confort nécessaire pour assurer la qualité de vie. Le **besoin social** renvoie à la nécessité d'être en relation avec autrui, et notamment ses proches. Cette relation permet de tenir des discussions dites « signifiantes » au sens où elles vont dépasser les banalités et permettre aux patients d'aborder des sujets plus graves ou lourds qui peuvent émerger lors du bilan de sa vie. Enfin, **les besoins existentiels** peuvent prendre des proportions très significatives en fin de vie, autour du bilan de vie ou dans la perspective d'une mort prochaine mais pas immédiate, qui nécessiterait de trouver un sens à la vie qu'il reste à vivre.

La démarche palliative peut donc se révéler très simple à mener, comme revêtir une complexité majeure lors de discordances entre la description clinique, les perspectives thérapeutiques réalistes, et les besoins réels de la personne malade, risquant alors d'entraver la prise de décision médicale et/ou l'élaboration de son argumentaire. C'est alors que les équipes spécialisées de soins palliatifs doivent être mobilisées pour soutenir les équipes soignantes dans la démarche palliative.

Comment sont organisés les soins palliatifs en France ?

Les soins palliatifs sont organisés en trois niveaux, selon une gradation relative au niveau de complexité de la situation telle que définie par une circulaire de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) en 2008 (9).

Le **premier niveau** correspond aux situations sans difficultés particulières, et est assuré par l'ensemble des équipes soignantes. Le **deuxième niveau** correspond à des lieux de soins où la fin de vie est prévalente, donnant lieu à des décès fréquents, et est assuré en EHPAD ainsi que dans les services disposant de lits identifiés de soins palliatifs. Le **troisième et dernier niveau** correspond aux situations les plus complexes et nécessitant une hospitalisation, et est assuré par les unités de soins palliatifs.

Les équipes mobiles de soins palliatifs interviennent en soutien de la démarche palliative dans les lieux de soins de premier et deuxième niveaux. À l'instar des autres équipes mobiles, elles interviennent à **la demande des services hospitaliers ou autres lieux de soins où la démarche palliative demande à être soutenue**. Les modalités d'action d'une équipe mobile de soins palliatifs, leur dimensionnement et leur orientation stratégique peuvent varier et s'adaptent au contexte local et à son historique. Dans un même établissement, les équipes mobiles de soins palliatifs peuvent avoir des actions très différentes d'un service à l'autre selon son avancement dans l'acculturation à la démarche palliative. Ainsi, certains services qui l'ont peu développée vont avoir besoin d'appui dès l'émergence de besoins simples comme le soulagement de symptômes, et d'autres services plus autonomes dans la démarche palliative ne vont avoir besoin de soutien que pour des situations aux besoins multiples et complexes. **La mission des équipes mobiles est de diffuser la démarche palliative dans son établissement porteur, et de plus en plus dans le territoire de santé qui y est rattaché.**

L'organisation de la diffusion de la démarche palliative à domicile, dont en EHPAD, a connu des modifications substantielles ces dix dernières années. Les différentes structures chargées de soutenir les soins palliatifs à domicile peuvent être hospitalières, associatives ou privées à but lucratif. Les réseaux de soins palliatifs tendent à disparaître. Les dispositifs d'appui à la coordination prennent le relai de certaines missions. Les hospitalisations à domicile sont une réponse pour des situations palliatives complexes notamment en raison de la technicité, de la fréquence ou de la permanence des soins à recevoir.

Les prestataires de services peuvent répondre à des besoins techniques notamment pour des traitements injectables.

L'enjeu majeur se situe certainement dans l'identification d'une situation comme étant palliative, pour initier la démarche adéquate, qui peut à son tour aboutir à l'intervention d'une équipe spécialisée. À moins de considérer qu'il puisse exister des effets indésirables de la démarche palliative, elle pourrait s'appliquer en toute circonstance. Mais le temps nécessaire à la description fine de la situation clinique, à l'individualisation des perspectives thérapeutiques réalistes et au recueil de l'ensemble des besoins du patient, fait certainement obstacle à la pertinence de son utilisation plus large. **En d'autres termes, la démarche palliative serait utile en toute circonstance, mais ne s'applique en réalité que lorsqu'elle est nécessaire** (et encore ! (10)).

Il convient donc de **prioriser les patients** devant relever de cette démarche, pour à la fois ne pas perdre d'efficacité face aux besoins gigantesques en temps médical pour répondre à la transition démographique et sanitaire, ni faire perdre de chances aux patients relevant de soins palliatifs. C'est face à ce dilemme que la recherche peut éclairer les décisions cliniques et organisationnelles. D'un point de vue épidémiologique, le besoin en soins palliatifs gériatriques est probablement concentré dans les EHPAD, alors que les ressources humaines et matérielles pour y répondre sont limitées. La question de l'anticipation, de la prévention et de l'accès aux soins palliatifs y est donc majeure face aux enjeux du vieillissement de la population et de la perte d'indépendance fonctionnelle ou de la perte d'autonomie qui peuvent y être associées (11).

L'identification des résidents d'EHPAD relevant d'une prise en charge palliative reste une question non résolue malgré des travaux récents (12). Il serait tentant de dire que tous en relèvent mais qu'aucun n'est en toute fin de vie. Mais alors, comment prioriser la démarche palliative pour ceux qui en auraient le plus besoin ? Quels sont les éléments les plus pertinents à retenir pour la description fine de la situation clinique ? *L'indépendance fonctionnelle ? Les comorbidités ? Autre chose ?* Comment estimer les perspectives thérapeutiques réalistes dans une population si vulnérable et si peu étudiée ? Et enfin, comment estimer l'ensemble de leurs besoins quand ils devraient être définis par le résident lui-même mais que les troubles cognitifs, très prévalents en EHPAD, peuvent empêcher leur expression ?

Un des moyens d'assurer la qualité de vie des résidents d'EHPAD, ou d'éviter de la dégrader, est de limiter leurs transitions de soins, donc les hospitalisations et en particulier leurs passages aux urgences. Mais limiter ces transitions dans une optique de bénéfices à moyen ou long terme ne doit pas se faire au détriment de besoins immédiats. Lorsque l'anticipation d'une situation aiguë n'a pas été réalisée, les besoins immédiats du résident peuvent manifestement ne pas être pourvus par une prise en charge sur place (traitements injectables, oxygénothérapie haut débit, surveillance clinique rapprochée, examens médicaux fréquents, etc.). Un transfert devient alors inévitable, même s'il pourrait être considéré comme inapproprié lorsqu'il concerne un résident en situation palliative (13). À l'inverse, la réflexion anticipée sur les modalités de dépistage et de réponse précoce à un prochain épisode aigu permettrait d'éviter une telle transition, comme dans l'exemple typique de l'insuffisance cardiaque terminale. Il ne s'agit pas de discuter de l'éventualité d'une prochaine décompensation cardiaque, mais de la manière de la dépister précocement (surveillance du poids, de la dyspnée, de l'appétit, etc.) et de la manière d'y répondre pour éviter son aggravation et anticiper sa prise en charge sur place (mise à disposition du matériel nécessaire, décision de limitation de traitements, par une procédure collégiale le cas échéant, etc.).

Les données issues de la recherche permettent d'illustrer les trajectoires des résidents d'EHPAD lorsqu'ils sont transférés aux urgences. L'estimation des résultats, positifs comme négatifs, du transfert aux urgences permet certainement d'éclairer les futures décisions, et suggère d'anticiper leurs besoins de soins. Ces données peuvent aider à résoudre le dilemme entre favoriser le maintien de l'indépendance fonctionnelle (14), fer de lance de la gériatrie, et favoriser le soulagement des symptômes (15), fer de lance de la médecine palliative. Dans l'étude FINE citée juste avant, les données de 1037 résidents d'EHPAD transférés aux urgences de Midi-Pyrénées en 28 jours répartis sur une année ont été recueillies.

Leurs capacités fonctionnelles et leurs symptômes ont été mesurés et relevés avant, pendant, et après leur transfert aux urgences, ainsi qu'une fois avant leur sortie d'hospitalisation le cas échéant. La survenue d'un décès après un transfert aux urgences et jusqu'à une semaine après leur retour à l'EHPAD a été recueillie pour estimer les facteurs associés au risque de mortalité après un tel transfert.

Les résultats sur le plan fonctionnel, présentés en **Figure 1**, suggèrent que les résidents aux capacités fonctionnelles initiales très altérées vont probablement les perdre après le transfert aux urgences, c'est-à-dire devenir totalement dépendants pour l'alimentation ou l'élimination par exemple.

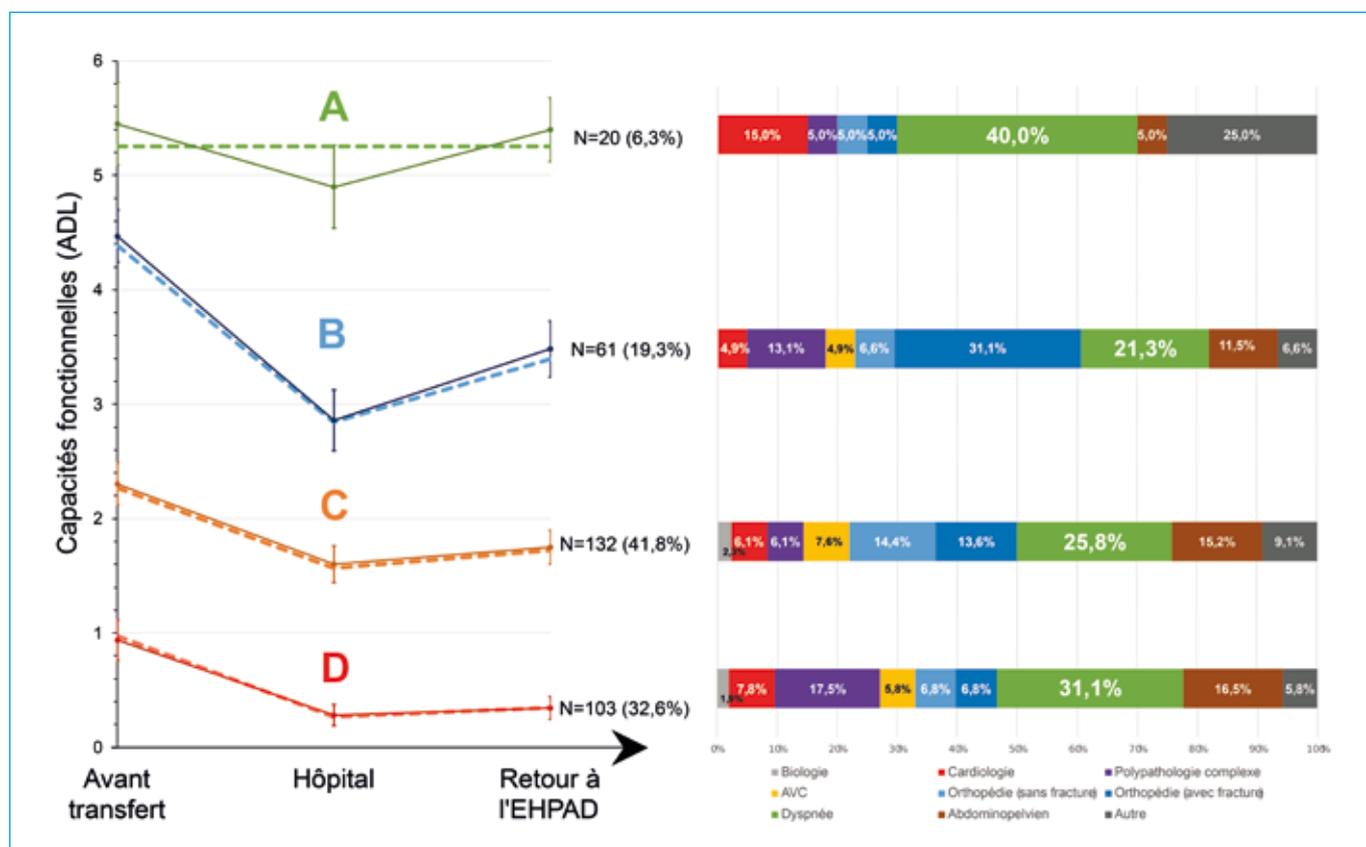


Figure 1 : Trajectoires fonctionnelles des résidents d'EHPAD inclus dans l'étude FINE

Ce qui risque d'entraîner une dégradation de leur qualité de vie, et une majoration de la charge en soins. À l'inverse, ceux qui gardaient des capacités fonctionnelles élevées ou très élevées, pouvaient soit ne pas en perdre, soit les récupérer en partie. C'était le cas notamment après une fracture, avec un bénéfice de la rééducation. D'un autre côté, si les objectifs sont symptomatiques, comme présenté dans la **Figure 2**, deux groupes de symptômes

semblent présenter des évolutions différentes. Les symptômes dits « spécifiques » de l'affection causale semblent s'améliorer (dyspnée, fièvre, douleur), mais les symptômes plus « aspécifiques » vont au mieux stagner voire s'aggraver (confusion, agitation, fatigue). **Avant d'adresser un résident aux urgences pour une amélioration symptomatique, mieux vaut donc savoir quel symptôme on souhaite (et peut) améliorer !**

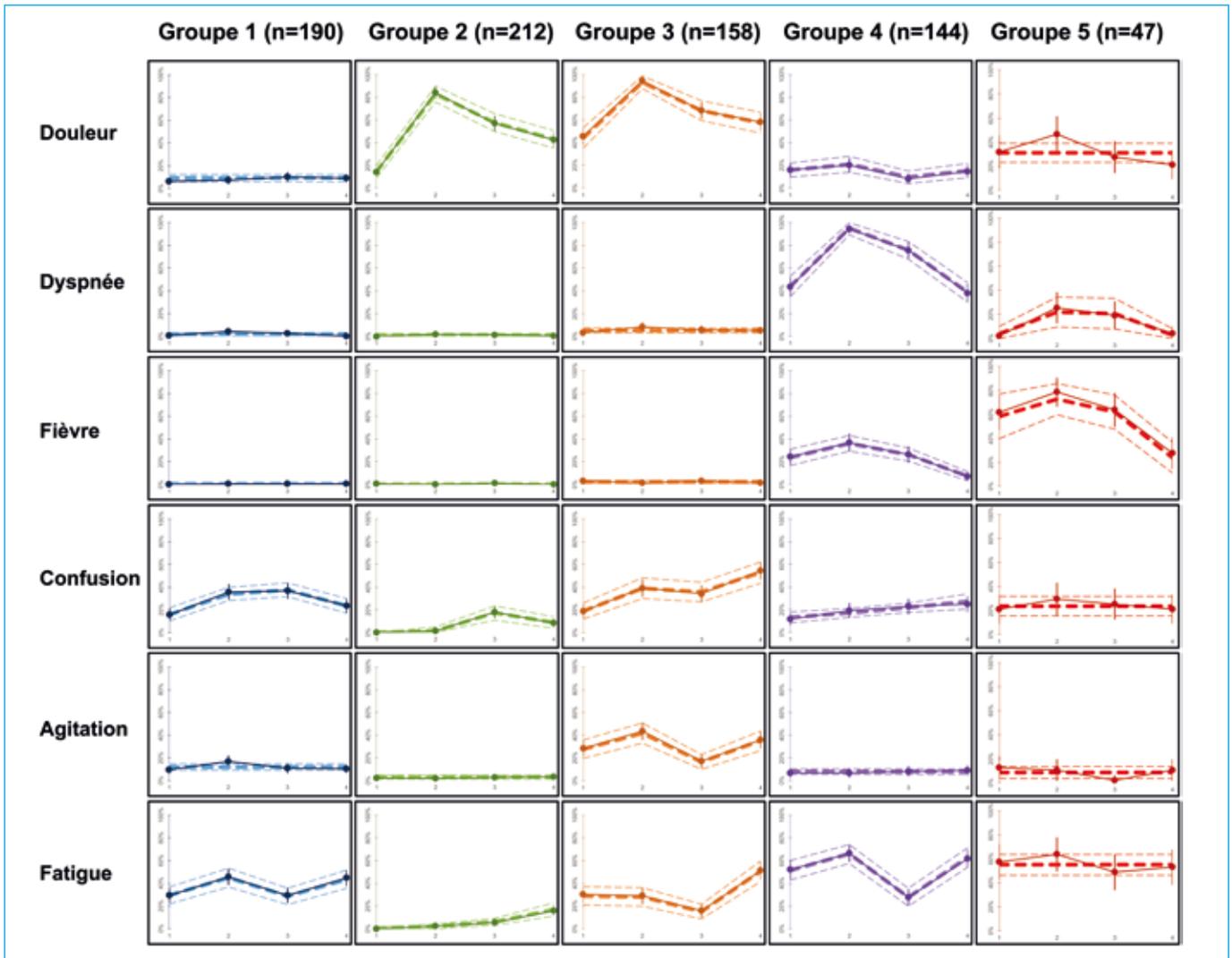


Figure 2 : Trajectoires de symptômes des résidents d'EHPAD inclus dans l'étude FINE

Au total, la démarche palliative en Gériatrie s'appuie sur une pratique holistique déjà au cœur de la Gériatrie, prenant en compte les limites imposées par l'état de santé réel des patients et non pas une généralisation à partir de leur âge, de leur pathologie principale, ou de leur pronostic. Des ressources spécialisées en soins palliatifs, dont des structures dédiées, permettent de soutenir cette démarche partout où les personnes âgées se trouvent. La singularité des résidents d'EHPAD et leur grande vulnérabilité en font certainement une population à considérer prioritairement dans les perspectives de recherche en soins palliatifs gériatriques.

Dr GUION Vincent

Médecin généraliste, de soins palliatifs et de la douleur
Docteur ès sciences de l'Université de Toulouse
CHU de Besançon et Centre Hospitalier Louis Pasteur (Dole, Jura)
vguiou@chu-besancon.fr
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Références

1. Henderson V. Textbook of the Principles and Practice of Nursing. New York: Macmillan; 1955.
2. Maslow AH. A theory of human motivation. *Psychol Rev.* 1943;50(4):370-96.
3. World Health Organization. Palliative care [Internet]. [cité 3 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
4. Article L1110-9 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006685752
5. Article L1111-4 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721056/
6. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *J Chronic Dis.* 1 janv 1987;40(5):373-83.
7. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *BMJ.* 30 avr 2005;330(7498):1007-11.
8. Gill TM, Gahbauer EA, Han L, Allore HG. Trajectories of Disability in the Last Year of Life. *N Engl J Med.* 1 avr 2010;362(13):1173-80.
9. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. Circulaire relative à l'organisation des soins palliatifs [Internet]. DHOS/O2/2008/99 mars 25, 2008. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_099_250308.pdf
10. Observatoire National de la Fin de Vie. Fin de vie des personnes âgées. Rapport 2013 [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://sites.google.com/site/observatoirenationalfindevie/publications/rapport/rapport-2013>
11. Guion V. Prise en charge de la douleur et de la fin de vie en EHPAD : prévention, anticipation et accès aux soins palliatifs [Internet] [phd]. Université de Toulouse, Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2020 [cité 31 août 2021]. Disponible sur: <http://thesesups.ups-tlse.fr/4722/>
12. Mack DS, Tjia J, Lapane KL. Defining Life-Limiting Illness in the Nursing Home Population: Identifying a Population to Benefit from Palliative Care Services. *J Nurs Home Res Sci* [Internet]. 2022 [cité 16 mai 2022]; Disponible sur: <https://www.jnursinghomeresearch.com/all-issues.html?article=350>
13. Perrin A, Tavassoli N, Mathieu C, Hermabessière S, Houles M, McCambridge C, et al. Factors predisposing nursing home resident to inappropriate transfer to emergency department. The FINE study protocol. *Contemp Clin Trials Commun.* 21 juill 2017;7:217-23.
14. Guion V, De Souto Barreto P, Rolland Y. Nursing Home Residents' Functional Trajectories and Mortality After a Transfer to the Emergency Department. *J Am Med Dir Assoc.* févr 2021;22(2):393-398.e3.
15. Guion V, De Souto Barreto P, Rolland Y. Trajectories of Symptoms in Nursing Home Residents after a Transfer to the Emergency Department. *J Nutr Health Aging.* 1 mars 2021;25(3):318-24.

ÉQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS GÉRIATRIQUES

Qu'est-ce qu'une équipe mobile de soins palliatifs gériatriques ?

En France il existe trois types de structure de soins palliatifs : les Lits Identifiés de Soins Palliatifs, les Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP) et les Unités de Soins Palliatifs. Les équipes mobiles de soins palliatifs gériatriques ont été créées afin de répondre aux demandes de prises en charge com-

plexes des personnes âgées de plus de 60 ans en situation palliative c'est-à-dire présentant une maladie grave, évolutive et incurable.

Il s'agit d'équipes pluridisciplinaires comprenant en général médecins, infirmier·e·s, psychologues et assistant·e social·e.

Quelles sont leurs missions ?

Leurs missions sont définies par la circulaire N°D-HOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs (1). Elles ont pour objectif de faciliter la mise en place de la démarche palliative à travers du conseil (aide à l'adaptation thérapeutique, construction d'un projet de soins par exemple), du soutien, et de la concertation auprès des professionnels et équipes référents, de la formation et de la recherche.

Elles interviennent, en collaboration avec les équipes référentes sans se substituer à elles, à la demande du patient, de ses proches ou de tout professionnel, avec l'accord du médecin traitant ou du médecin en charge du patient qui reste toujours le médecin prescripteur. Elles se déplacent à domicile, dans les structures hospitalières et dans les institutions gériatriques. Certaines EMSP sont uniquement intra-hospitalières et dans ce cas, ce sont les réseaux de soins palliatifs qui assurent les interventions à domicile.

Quand faire appel à une équipe mobile de soins palliatifs gériatriques ?

Dans un premier temps, l'enjeu pour les professionnels de santé est d'identifier les patients gériatriques relevant de soins palliatifs avant de faire appel à une équipe mobile de soins palliatifs si la situation le nécessite.

Différentes trajectoires de vie ont été définies pour illustrer les parcours de soins des patients (2) :

- La trajectoire de « **déclin rapide** » concernant les patients atteints de cancer, marquée par une évolution progressive et une phase terminale relativement bien définie.
- La trajectoire de « **déclin graduel** » ponctuée par des épisodes de détérioration aiguës et des temps de récupération. Cette trajectoire concerne les patients atteints de défaillance d'organe.

- La trajectoire de « **déclin lent** » caractérisée par la perte très progressive des capacités fonctionnelles et cognitives dans le cadre de maladie neurodégénératives.

Ces deux dernières trajectoires peuvent rendre complexe le repérage du moment où une démarche de soins palliatifs doit être envisagée. C'est dans un second temps que l'intervention d'une équipe mobile de soins palliatifs peut être sollicitée si la situation devient trop complexe pour les professionnels de santé en charge du patient. L'outil **Pallia-10 géronto** peut permettre d'aider les équipes dans cette réflexion collégiale.

Outil PALLIA-10 GERONTO (3)

Pallia-10 géronto est un outil conçu pour aider à mieux repérer le moment où une démarche de soins palliatifs doit être envisagée avec, si besoin, le recours à une équipe spécialisée de soins palliatifs.

Il peut être utilisé chez des personnes âgées de plus de 75 ans atteintes d'une maladie ou de polyopathologies

évolutives qui ne guériront pas en l'état actuel de nos connaissances quand l'accumulation des besoins rend complexe la démarche d'accompagnement que ce soit vis-à-vis de l'élaboration du projet de soins le plus adapté, ou de la priorisation et coordination des interventions.

1	La personne âgée de plus de 75 ans est atteinte d'une maladie grave évolutive ou de polyopathologies qui ne guériront pas, en l'état actuel des connaissances	Une réponse positive à cette question est une condition nécessaire pour utiliser la grille
2	Il existe un ou plusieurs facteurs de vulnérabilité somatique péjoratifs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ GIR 1 et 2 ▪ MMSE inférieur 10 ▪ Albuminémie inférieure à 25g/l ▪ Difficulté persistante hydratation/alimentation par voie orale ▪ Escarre d'un stade supérieur ou égal à 3 ▪ Chutes à répétition
3	La maladie prédominante et/ou l'ensemble des pathologies sont rapidement évolutifs	Cette évolutivité est souvent caractérisée par la répétition des épisodes aigus
4	La personne âgée 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 existe 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 la personne âgée et/ou son entourage	Tristesse, angoisse, repli, agressivité ou troubles du comportement, troubles de la communication, conflits familiaux, psycho-pathologie préexistante chez la personne âgée et son entourage.
7	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre social chez la personne âgée et/ou son entourage	Isolement, précarité, difficultés financières, existence dans l'entourage d'une personne dépendante ou handicapée, enfant à charge, épuisement de l'aidant naturel
8	La personne âgée ou son entourage ont des difficultés d'intégration de l'information sur la maladie et/ou sur le pronostic	Face à l'angoisse générée par la maladie qui s'aggrave, la personne âgée ou l'entourage peuvent mettre en place des mécanismes de défense psychologique qui rendent la communication difficile et compliquent la mise en place d'un projet de soins palliatifs.
9	Vous constatez des questionnements et/ou des divergences parmi les professionnels	<p>Ces questionnements peuvent concerner :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les prescriptions anticipées ▪ L'hydratation, l'alimentation, une antibiothérapie, une pose de sonde, une transfusion, une surveillance particulière (HGT, monitoring...) ▪ L'indication et la mise en place d'une sédation ▪ Le lieu de prise en charge le plus adapté ▪ Le statut réanimatoire éventuel
10	<p>Vous vous posez des questions sur l'attitude adaptée concernant par exemple</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Refus de soins et/ou de traitement ▪ Limitation ou arrêt d'un traitement ▪ Demande d'euthanasie ▪ Présence d'un conflit de valeurs 	Conformément aux lois en vigueur, il convient de prendre en compte les directives anticipées et/ou de recueillir l'avis de la personne de confiance

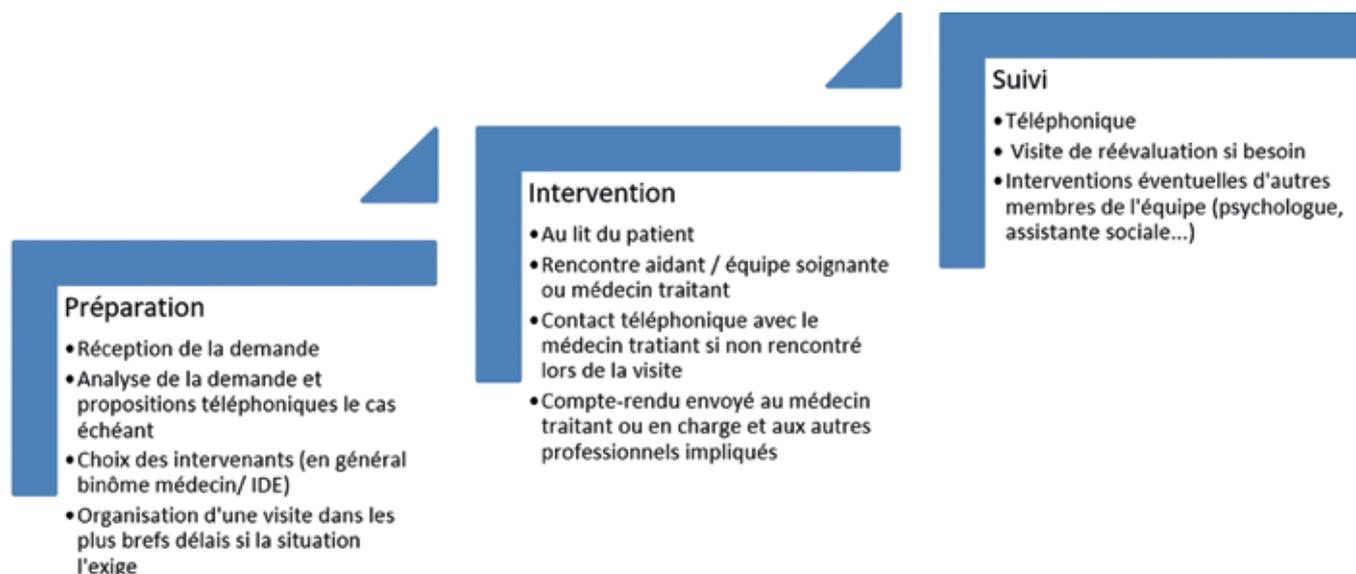
La présence de l'item 1 est obligatoire. Une seule réponse positive aux autres items peut suffire à envisager le recours à une équipe spécialisée en soins palliatifs.

Il existe également deux autres outils plus connus dans le monde anglo-saxon mais qui gagneraient à être utilisés en France :

- L'outil PICT (Palliative care tools) qui s'articule autour de deux échelles : échelle d'identification d'un patient palliatif et échelle de sévérité des besoins.
- L'outil SPICT (Supportive and palliative Care Indicator tool) qui décrit les signes cliniques pouvant aider les équipes de soins primaires ou hospitalières à identifier les patients risquant de décéder, ou dont la santé est en voie de détérioration en raison d'une ou plusieurs maladies avancées.

Déroulé type d'une intervention de l'EMSP

L'intervention de l'équipe mobile se déroule de la façon suivante :



Les principaux motifs d'intervention

- ➔ Partage de compétences par l'EMSP ;
- ➔ Réévaluation du projet de soins personnalisé ;
- ➔ Appui à la coordination des professionnels ;
- ➔ Aide à la réflexion éthique ;
- ➔ Anticipation de situation de crise ;
- ➔ Soutien relationnel et psychologique ;
- ➔ Suivi de deuil ;
- ➔ Suivi social.

Quelles différences avec les équipes mobiles de gériatrie ?

Les missions des équipes mobiles de gériatrie sont définies par la circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins (4) :

- Dispenser une évaluation gérontologique médico-psycho-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique ;
- Contribuer à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie des patients gériatriques ;
- Les orienter dans la filière de soins gériatriques incluant les hôpitaux locaux ;
- Participer à l'organisation de leur sortie en s'articulant avec les dispositifs de soutien à domicile (CLIC, coordination gérontologique, services sociaux, SSIAD, réseau de santé « personnes âgées ») ;

- Conseiller, informer et former les équipes soignantes.

Ce sont également des équipes pluridisciplinaires composées au minimum de gériatre et d'infirmier-e avec parfois la présence d'un-e ergothérapeute ou d'un-e assistant-e social-e.

Les équipes mobiles de soins palliatifs sont spécialisées sur les questions complexes liées à la fin de vie, les EMG interviennent sur toutes sortes de problématiques.

Quelles sont les caractéristiques des équipes mobiles de soins palliatifs gériatriques en Alsace et dans le reste de la France ?

En Alsace, il existe au moins une équipe mobile de soins palliatifs gériatriques officiellement nommée ainsi. Plus de 80 % de son activité s'adressent aux patients de plus de 75 ans et la moitié de leurs interventions concerne des patients non atteints de pathologie cancéreuse. Cette équipe mobile a la particularité de disposer d'un temps de diététicienne pour permettre de répondre aux problématiques complexes de l'alimentation chez les patients gériatriques en soins palliatifs et en fin de vie et d'un temps d'assistante sociale indispensable pour un soutien pour ces patients en perte d'indépendance fonctionnelle. En réalité, toutes les équipes mobiles de soins palliatifs sont expertes en soins palliatifs

gériatriques dans le sens où leur intervention n'a pas de limites d'âge. La spécificité gériatrique de certaines équipes mobiles de soins palliatifs répond à une forte démographie régionale de population gériatrique et un besoin d'appui des équipes médicales et paramédicales à l'hôpital et sur le lieu de vie du patient (EHPAD, domicile) pour la prise en charge parfois complexe de ces populations gériatriques en situation palliative. À ce jour, le nombre d'équipes mobiles de soins palliatifs gériatriques n'est pas répertorié. Certaines équipes portent le nom d'équipes mobiles de soins palliatifs à orientation ou tendance gériatrique, d'autres d'équipe mobile de gériatrie et de soins palliatifs ou enfin des équipes gériatriques de soins palliatifs.

Conclusion

Vouées initialement à disparaître après avoir répondu à leur mission d'acculturation de la démarche palliative, les équipes mobiles ne cessent d'être renforcées devant la nécessité de développer les soins palliatifs en France. Le dernier plan national 2021-2024 (5) pour le développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie le souligne dans son axe 3 : « Définir des parcours de soins gradués et de proximité en développant l'offre de soins palliatifs, en renforçant la coordination avec la médecine de ville et en garantissant l'accès à l'expertise ». C'est la première mission des EMSP !

Dr FLACK-SASHIN Sophie

Praticien Hospitalier,

Equipe Mobile d'Accompagnement, de Soins de Support et de Soins Palliatifs,
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg,
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Références

1. Circulaire N°DHOS/O2/O3/CNAMTS/2008/100 du 25 mars 2008 relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé en soins palliatifs.
2. Observatoire National de la Fin de Vie Rapport 2013 - « Fin de vie des personnes âgées ».
3. Pallia 10-géronto | Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs - site internet [En ligne]. Sept 2016.. Disponible sur : <http://www.sfap.org/rubrique/pallia-10-geronto>
4. Circulaire N°DHOS/O2 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins.
5. Plan National de soins palliatifs 2021-2024 pour le développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie.

PSYCHOLOGUE CLINICIEN EN SOINS PALLIATIFS



Estelle, Anna et Audrey sont toutes les trois psychologues cliniciennes aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg dans un Service de soins d'Accompagnement, de soins de Support et de soins Palliatifs qui comprend une Unité de Soins Palliatifs, une Équipe Mobile de soins d'Accompagnement, de soins de Support et de soins Palliatifs et une Équipe Ressource Alsacienne de Soins de Support et de Soins Palliatifs Pédiatriques.

Bonjour à toutes les trois, tout d'abord, merci d'avoir bien voulu répondre à nos questions !

Pour commencer : Comment devient-on psychologue clinicien ? Avez-vous suivi une formation spécifique pour travailler en soins palliatifs ?

Après le baccalauréat, nous nous sommes orientées en Sciences Humaines à l'Université où un cursus de cinq ans minimum (Master 2) était nécessaire pour obtenir le titre de psychologue. Son usage est protégé par la Loi.

Au cours de la dernière année de Licence, nous avons choisi une spécialité qui a déterminé notre champ d'action par la suite (psychologie clinique, psychopathologie, psychologie sociale, du travail, du développement, ...).

En soins palliatifs, nous exerçons en qualité de psychologue clinicien. La formation est générale. Par la suite, selon les problématiques rencontrées sur le terrain, nous participons à des formations complémentaires (Diplôme Universitaire de soins palliatifs, colloques, congrès, formation continue...).

Les psychologues qui travaillent en soins palliatifs sont rarement de jeunes professionnels. Très souvent ils ont quelques années de pratique clinique.

Grâce à notre formation en psychopathologie (selon l'orientation thérapeutique choisie : psychanalytique, cognitivo-comportementale, humaniste, etc.) nous avons le titre de psychothérapeute, également réglementé par la Loi.

Nous sommes ainsi formées pour écouter, accompagner et guider les personnes en souffrance psychique.

Notre profession est régie par le Code de déontologie des psychologues qui sert de repère éthique à notre pratique. Le préambule de ce texte donne une idée générale de la fonction du psychologue quelle que soit son orientation clinique et sa spécificité : *« Le respect de la personne dans sa dimension psychique est un droit inaliénable. Sa reconnaissance fonde l'action des psychologues. »*

Psychologue est un métier toujours en construction et nous ne cessons d'apprendre. Ce travail clinique se nourrit aussi des échanges avec nos collègues et des rencontres avec nos patients.

Comment se déroule votre quotidien, votre « journée type » en soins palliatifs ?

En Unité de Soins Palliatifs, le psychologue est présent et travaille dans le service hospitalier. Il rencontre le patient, parfois sa famille, et participe aux réunions du service avec l'équipe pluridisciplinaire.

En équipe mobile, le travail du psychologue ne suit pas le rythme d'un service hospitalier. Il s'inscrit dans une temporalité propre à ce type de service, caractérisé par une mobilité dans son fonctionnement. À partir de la demande que le service reçoit, nous décidons quand, comment et auprès de qui intervenir.

Pour rencontrer le patient et/ou les professionnels, nous nous déplaçons à domicile, dans les lieux de vie et dans les services hospitaliers. L'équipe mobile est souvent nommée « équipe transversale ».

Selon la situation, nous intervenons seules ou à plusieurs professionnels (infirmier, médecin, assistante sociale, puéricultrice).

Notre travail prend généralement la forme d'entretiens cliniques avec le patient et/ou sa famille. Nous pouvons également être sollicités par l'équipe hospitalière ou l'équipe du lieu de vie (EHPAD, Foyer de vie...) qui s'occupe du patient. Nous apportons ainsi notre éclairage, nous écoutons et nous soutenons les professionnels dans leurs questionnements et difficultés.

Après le décès du patient, ses proches peuvent faire appel à nous s'ils ressentent le besoin d'être accompagnés dans leur traversée du deuil. Ces entretiens que l'on nomme communément « suivi de deuil » s'ajustent à la demande. Leur rythmicité et leur durée est fonction du travail de deuil en cours et de la relation de soin qui s'engage.

Nous avons également une activité de formation, de recherche (étude clinique par exemple) et d'écriture (publication d'articles). Nous partageons aussi notre expérience avec des étudiants et des professionnels en demande de savoirs.

Quel est le rôle d'une psychologue en Soins Palliatifs ?

Le mouvement des soins palliatifs a immédiatement intégré les psychologues et les psychanalystes. Probablement parce que les soins palliatifs et la psychanalyse se sont facilement reconnus des points communs dans l'approche du malade incurable et l'accompagnement du mourant. Aujourd'hui, des psychologues de diverses orientations théoriques sont recrutés.

La présence d'un psychologue dans un service de soins palliatifs est soutenue par l'hypothèse que l'annonce de l'aggravation de la maladie, de l'arrêt des traitements, d'une évolution fatale, viennent bouleverser voire rompre l'équilibre psychique de la personne. Avec les termes de soins palliatifs, la mort s'invite dans les esprits de chacun : patient, famille, soignants. Les représentations se précipitent et se bousculent autour de l'impensable de la mort.

Le choc du diagnostic d'une maladie grave incurable, l'atteinte du corps (le réel du corps habité par la mort) et la douleur ont des répercussions psychiques qui justifient la présence des psychologues dans le monde hospitalier.

L'espace de parole et d'écoute que nous proposons peut permettre au sujet de déployer son histoire. Cette mise en récit a des effets thérapeutiques et de soutien pour la personne.

Parfois l'atteinte du corps fait écran et prend toute la place. Il s'agit donc pour nous de soutenir cette vie psychique « écrasée par le somatique ».

Ces enjeux ne se retrouvent pas uniquement en soins palliatifs. Ils peuvent par exemple concerner les patients atteints de maladie grave, dont le corps est blessé.

L'accompagnement du patient en soins palliatifs n'est évidemment pas réservé aux psychologues. Chacun a la possibilité de l'écouter et de lui parler. La particularité de notre travail concerne le « style » d'écoute. Notre attention au champ du langage et de la fonction (subjective) de la parole permet de prendre en compte la dimension psychique des patients et des soignants.

Par notre formation et notre travail personnel, nous essayons d'entendre ce qui se joue psychiquement pour le sujet : son imaginaire, ses fantasmes, ses dépendances intérieures, ses mouvements inconscients... La maladie réveille au moins en partie les souffrances psychiques antérieures.

Par sa présence et son travail, le psychologue clinicien soutient aussi ces espaces de parole et d'écoute auprès des professionnels qui sont impliqués dans la prise en soins du patient. Ce travail les confronte à des conflits, des échecs, des mécanismes de défenses (...) qu'il convient d'essayer d'élaborer.

...et avec les personnes âgées ?

Déjà, il serait intéressant de s'accorder sur le terme de « *personne âgée* ». Mais fondamentalement, il n'y a pas de différence : nous travaillons de la même manière quel que soit l'âge de la personne. Chaque personne réagit différemment face à la maladie, la perspective de la mort et le deuil.

Nous pouvons tout de même dire qu'avec l'avancée en âge, la perspective de la mort est plus présente que chez le sujet plus jeune. Dans ce sens, « *les personnes âgées* » ont bien souvent dû faire face à la perte d'un conjoint et/ou de proches et connaissent particulièrement la douleur du deuil.

En Gériatrie, définir la période palliative est assez complexe. La personne a souvent plusieurs pathologies qui s'aggravent plutôt qu'une seule maladie grave incurable. Souvent l'équipe mobile est appelée lorsqu'il y a une découverte d'une maladie type « cancer » qui fait entrer la personne âgée dans le « paradigme soins palliatifs ».

Lorsque nous sommes sollicitées pour une personne en souffrance de la situation qu'elle traverse, nous intervenons quel que soit son âge !

En soins palliatifs, le travail de l'élaboration psychique permet d'accompagner la mise en mots d'une souffrance bien souvent impalpable, et qui doit s'exprimer. Envisager la mort est un mouvement déstructurant même pour ces « *personnes âgées* ». Ce travail psychologique permet de soutenir une vie psychique déstabilisée par cette perspective.

Il est essentiel de comprendre que même si la mort semble plus proche chez le sujet âgé, la vie demeure et doit être soutenue. Notre rôle est de l'aider à reconnaître cet élan vital et à le maintenir.

Le deuil est un processus normal mais il est parfois vécu plus difficilement chez le sujet âgé. La succession des deuils, l'impression d'être celui ou celle qui « reste » sont des ressentis forts et déstabilisants qui peuvent les fragiliser. Là aussi l'élan vital peut être diminué et soutenir le patient à ce moment-là est important.

Dans toutes ces situations il s'agira pour nous d'offrir un espace et un temps d'écoute et de lien.

Pour conclure

Un psychologue en soins palliatifs travaille avec la subjectivité : la sienne et celle de l'« autre » qu'il accompagne. La rencontre avec l'altérité pousse à penser autrement, à ouvrir des espaces inexplorés. La pensée et la parole sont les seuls remparts contre le mortifère pour continuer à prendre soin du vivant, pour tenter de créer et inventer le moment jusqu'au bout de la vie.

Le psychologue a un rôle « pivot ». Il accompagne à la fois le patient et sa famille et il soutient les équipes soignantes à chaque étape. Il offre un espace fondamental d'élaboration psychique.

Notre profession est, petit à petit, de plus en plus connue par les anciennes générations. Si parfois nous sommes accueillies avec une certaine réticence, très vite beaucoup de vieilles personnes saisissent notre proposition d'écoute et de parole. Il n'y a aucune limite d'âge au travail psychique.

Dans les catégories générales « *soins palliatifs* » ou « *personnes âgées* », il y a toujours un sujet avec son histoire singulière.

Estelle GALATI OLIVERI
Anna POLIAROW-HAMLAT
Audrey RIMBERT

Psychologues cliniciennes
Service de soins d'Accompagnement, de soins de Support et de soins Palliatifs
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

OXYCODONE

$C_{18}H_{21}NO_4$

OXYCODONE, SOINS PALLIATIFS ET GÉRIATRIE

La prise en charge médicamenteuse de la douleur par excès de nociception due au cancer repose sur l'utilisations des antalgiques des 3 paliers de l'OMS. Bien que cette répartition, créée en 1986 et modifiée en 1996, soit remise en cause depuis quelques années, elle reste un repère précieux pour le prescripteur (1)(2)(3).

Les douleurs nociceptives du cancer, intenses (intensité douloureuse à l'échelle numérique > 60/100) ou réfractaires à des traitements antalgiques de moindre puissance à posologie optimale, justifient l'utilisation d'antalgiques opioïdes.

Afin de répondre à la multiplicité des tableaux cliniques douloureux (douleurs aiguës, douleurs chroniques non cancéreuses, douleurs neuropathiques), de nombreuses études ont mis en évidence l'intérêt de ces antalgiques opioïdes en dehors de la douleur du cancer et ont aboutis à des recommandations en termes d'utilisation.

Au-delà du choix de la molécule, il convient de respecter certaines règles de prescription :

- Privilégier les prises orales afin de favoriser l'indépendance fonctionnelle du patient mais savoir relayer un traitement par voie parentérale lorsque la voie orale n'est pas fonctionnelle ;
- Chercher la posologie minimale efficace en prévenant et en traitant les effets secondaires des traitements, sans se limiter en termes posologique dans le cadre des douleurs liées au cancer. Dans ce cas, les doses « peuvent être augmentées indéfiniment » ;
- Tenir compte de la pharmacocinétique et dynamique des molécules opioïdes pour en adapter l'administration ;
- Savoir associer aux opioïdes des co-antalgiques ou adjuvants.

L'OXYCODONE fait partie des opioïdes ayant, avec la MORPHINE, le FENTANYL et l'HYDRO-MORPHONE, une AMM dans la prise en charge de la douleur sévère par excès de nociception. Certaines études tendent à montrer également un bénéfice de l'OXYCODONE sur les douleurs de type neuropathique (4).

Néanmoins, si l'utilisation des opioïdes s'est largement développée permettant une meilleure prise en charge de la douleur, en particulier de la douleur chronique, véritable problème de santé publique, ils n'en restent pas moins des thérapeutiques sources de dépendance ou d'abus potentiels comme cela a pu être constaté avec l'OXYCODONE dans de nombreux pays (5).

À cet égard, leur prescription nécessite une évaluation, préalable, optimale du tableau douloureux et un suivi de la prescription en termes d'efficacité, d'effets secondaires et de prévention d'un trouble de l'usage (6).

Indications-Pharmacodynamie

L'OXYCODONE est un opioïde semi-synthétique, agoniste morphinique pur sur les récepteurs mu, kappa et delta, qui, comme la MORPHINE, est indiqué dans les douleurs sévères nécessitant ce type d'antalgiques. Cette molécule est utilisable en première intention ou dans le cadre de la rotation d'opioïdes, dans le traitement des douleurs cancéreuses mais également dans certaines douleurs dites bénignes en rhumatologie (7).

Pharmacocinétique (8)

La concentration plasmatique maximale de l'OXYCODONE est obtenue de manière variable en fonction de la forme galénique (de l'ordre de 1h après une prise orale de forme à libération immédiate, 3h après une forme à libération prolongée).

L'effet de premier passage hépatique est faible. L'OXYCODONE est métabolisée par l'intermédiaire du Cytochrome P450 en noroxycodone et oxymorphone sans que le rôle de ceux-ci dans l'effet pharmacodynamique ne soit notable. L'OXYCODONE est éliminée avec ses métabolites dans les urines et les selles.

Son utilisation doit être prudente chez les patients présentant une insuffisance rénale, du fait de l'élimination rénale sous forme de métabolite actif, ou hépatique sévère. Dans ce cas, les posologies seront réduites de 50 % et le traitement sera étroitement surveillé afin d'être ajusté (on préférera également l'utilisation d'autres molécules comme le Fentanyl ou Sufentanil). Les concentrations plasmatiques ne sont pas modifiées chez le sujet âgé.

La prescription en pratique

Des ordonnances adaptées

L'OXYCODONE n'échappe pas à la règle de prescription des autres opioïdes :

- ➔ Prescription sur ordonnances sécurisées, en toutes lettres et en précisant la forme galénique.
- ➔ Respect d'une durée maximale de prescription et de dispensation de 28 jours quelle que soit la forme galénique.

Actuellement en France sont commercialisées des formes dites à libération prolongée permettant de couvrir le nyctémère par 2 prises quotidiennes espacées de 12h et des formes à libération immédiate (suspension buvable, comprimé orodispersible), administrées toutes les 4 à 6h, utilisées pour la prévention des douleurs induites par les soins, pour la titration ou encore pour le traitement des accès douloureux.

La multiplicité des formes disponibles permet de répondre à nombre de situations cliniques tout en privilégiant la voie orale. Lorsque celle-ci n'est pas fonctionnelle, un relais par la forme injectable, par voie intra-veineuse ou sous-cutanée est possible mais nécessite le respect des règles d'équivalence antalgique afin de garantir à la fois le soulagement du patient et sa sécurité.

Voie orale OXYCODONE	Voie sous-cutanée ou intraveineuse OXYCODONE
1 mg	0,5 mg

Le principe de la rotation d'opioïde

Le traitement des douleurs chroniques par les opioïdes expose le patient à l'apparition de phénomènes de tolérance se traduisant par une majoration des effets secondaires opio-induits et par une efficacité moindre du traitement malgré la majoration des posologies. Dans ce cas, il est licite de proposer une rotation d'opioïde qui consiste à remplacer un opioïde par un autre, toujours dans le respect des règles d'équivalence. L'outil Opiconvert (<https://opioconvert.fr>) a été élaboré pour faciliter ces conversions.

Les effets secondaires

Les effets secondaires de l'OXYCODONE sont communs avec les effets de tous les autres opioïdes. Ils doivent être prévenus, lorsque cela est possible, et traités.

Parmi les plus fréquents nous retiendrons les troubles digestifs à type de constipation et les nausées-vomissements, ces derniers symptômes étant transitoires à l'initiation du traitement et doivent faire réaliser un bilan étiologique s'ils persistent au-delà d'une semaine de traitement.

Du fait de leur action au niveau du système nerveux central, ils peuvent être responsables de confusion, somnolence et d'hallucinations, de myoclonies. Il est à noter que la présence d'un myosis signe l'imprégnation morphinique **et non** pas un surdosage.

L'intensification des symptômes neuro-psychologiques avec installation de troubles de la vigilance pouvant aller jusqu'au coma, et son association avec une bradypnée doivent faire craindre la survenue d'un surdosage qui devra être traité dans les meilleurs délais (9).

Nombre de patients, mais aussi de soignants, sont souvent surpris de retrouver des comprimés à libération prolongée, intacts dans les selles. Ce phénomène dit de « Ghost Pills » est décrit avec l'OXYCODONE et n'a pas d'impact sur l'efficacité du traitement. Il est lié à la composition des comprimés de forme à libération prolongée qui comprennent une partie insolubles excrétée sous forme de comprimés quasi intacts dits pilules fantômes dans les selles (10).



Conduite à tenir en cas de surdosage à l'OXYCODONE

Lorsque le patient présente des signes de surdosage mais sans signes de dépression respiratoire sévère, une fenêtre thérapeutique sera proposée avec à l'issue de cette fenêtre, une nouvelle évaluation permettant d'adapter le traitement ultérieur (posologies, molécules...).

Si le patient présente des signes de surdosage avec dépression respiratoire (FR inférieur à 8 cycles/min), la fenêtre thérapeutique s'associera à l'administration de NALOXONE afin d'assurer une FR > 10 cycles/min, et non pas une levée de l'antalgie, et à une oxygénothérapie.

Nous proposons ici les recommandations des SOR en Oncologie, revue en 2002, concernant la prise en charge du surdosage aux opioïdes (11).

- Préparation d'une ampoule de NALOXONE diluée avec 9ml de NaCl ou de glucosé 5 %.
- Injection IV de 1ml toutes les 2 min jusqu'à récupération d'une FR > 10 cycles/min.
- Perfusion de 2 ampoules de NALOXONE dans 250ml de NaCl ou Glucosé 5 % sur 3 à 4h, selon la fréquence respiratoire et la durée d'élimination de la molécule responsable du surdosage.

Dr Catherine LAMOUILLE-CHEVALIER (MD, PhD)

Professeure conventionnée de l'Université de Strasbourg

Service de soins d'Accompagnement, de soins de Support et de soins Palliatifs

Pr Laurent CALVEL (MD, PhD)

Professeur Associé des Universités en Médecine Palliative

Chef du Service de soins d'Accompagnement, de soins de Support et de soins Palliatifs

Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Références

1. Vargas-Schaffer G. L'échelle analgésique de l'OMS convient-elle toujours ? Can Fam Physician. 2010 Jun;56(6):e202–5.
2. Weltgesundheitsorganisation, editor. Traitement de la douleur cancéreuse. Genève : Organisation Mondiale de la Santé; 1987. 80 p.
3. WHO Expert Committee on Cancer Pain Relief and Active Supportive Care, Organization WH. Traitement de la douleur cancéreuse et soins palliatifs : rapport d'un Comité d'experts de l'OMS [réuni à Genève du 3 au 10 juillet 1989] [Internet]. Organisation mondiale de la Santé ; 1990 [cited 2022 May 18]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39533>
4. Núñez Olarte JM. Oxycodone and the challenge of neuropathic cancer pain: a review. Oncology. 2008;74 Suppl 1:83–90.
5. Kibaly C, Alderete JA, Liu SH, Nasef HS, Law PY, Evans CJ, et al. Oxycodone in the Opioid Epidemic: High 'Liking', 'Wanting', and Abuse Liability. Cell Mol Neurobiol. 2021 Jul 1;41(5):899–926.
6. reco_opioides.pdf [Internet]. [cited 2022 May 19]. Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/reco_opioides.pdf
7. OXYCONTIN, OXYNORM, OXYNORMORO (oxycodone), opioïde [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cited 2022 May 18]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1774637/fr/oxycotin-oxynorm-oxynormoro-oxycodone-opioïde
8. Kalso E. Oxycodone. J Pain Symptom Manage. 2005 May 1;29(5, Supplement):47–56.
9. Franchitto N. Morphiniques : surdosage et gestion de l'urgence. Alcoologie Addictologie. 2019 Jun 30;41(2):112–21.
10. Tungaraza TE, Talapan-Manikoth P, Jenkins R. Curse of the ghost pills: the role of oral controlled-release formulations in the passage of empty intact shells in faeces. Two case reports and a literature review relevant to psychiatry. Ther Adv Drug Saf. 2013 Apr;4(2):63–71.
11. Standards, Options et Recommandations 2002 sur les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte, mise à jour. Douleur Analgésie. 2004 Sep;17(3):89–93.

PRINCIPAUX PROTOCOLES UTILES EN SOINS PALLIATIFS

Le repérage, l'évaluation et le traitement des symptômes d'inconfort en phase palliative constituent un impératif.

Dans la mesure du possible, le traitement médicamenteux des symptômes de fin de vie cherchera à préserver la communication, l'autonomie et l'administration par voie orale. C'est une évaluation clinique quotidienne, à leur recherche, qui permettra d'ajuster au mieux les thérapeutiques, en tenant compte des modifications pharmacocinétiques liées à l'âge.

La sensibilité accrue aux médicaments avec risque de surdosage pour certains est expliquée par ces modifications. Leur utilisation n'est, bien entendu, pas contre-indiquée chez l'adulte âgé mais le traitement est initié à des posologies plus faibles que chez l'adulte jeune.

La voie d'administration est à prendre en considération et lorsque la voie orale n'est plus possible, un relai peut être effectué par voie sous-cutanée pour la plupart des médicaments prescrits en fin de vie.

Vous trouverez dans cette fiche pratique des propositions de protocoles simples adaptés au quotidien. La première et 4^{ème} page traite des signes généraux, la double page intérieure des symptômes plus spécifiques. Vous êtes invités à la détacher pour plus de facilité dans votre quotidien.

A pour Anxiété

Étape 1

ALPRAZOLAM 0,25 mg : ½ à 1 cp 3 fois/24 h puis ALPRAZOLAM 0,5 mg : 1 cp 3 fois/24h
ou DIAZEPAM : 2,5 mg à 5 mg /8h si voie orale impossible



Étape 2

MIDAZOLAM SCD : 2,5 mg à 5 mg (½ à 1 amp de 5 mg/1 ml) et relai selon besoin par MIDAZOLAM SC PSE : débiter à 5 mg (1 amp)/24h et majorer posologie de 50 % toutes les 24h selon efficacité



Étape 3

(Angoisse de mort) : LEVOMEPRMAZINE (NOZINAN®) : 6 mg (6 gtttes ou ¼ amp SCL)
à 12 mg (12 gtttes ou ½ amp SCL) et relai selon besoin par NOZINAN® SC PSE :
débiter à 12 mg (¼ amp)/24h et majorer posologie de 50 % toutes les 24h selon efficacité

D pour Douleur (nociception, mobilisations, soins)

Étape 1

PARACETAMOL VO ou SC : 3 g (pds < 50kg) à 4 g (pds ≥ 50kg) max /24h



Étape 2A

LAMALINE® 10 mg/gel : 1 à 2 gel/4h (max : 10 gel/24h) ou 1 sup 2 à 3 fois/24h (max : 6 sup/24h)
ET diminuer/arrêter PARACETAMOL



Étape 2B

ORAMORPH® SOL BUV : 2,5 mg à 5 mg (2 à 4 gtttes) /6h ou OXYNORM® SOL BUV : 1 mg à 2 mg (1 à 2 gtttes) /6h



Étape 3

OXYNORM® SC PSE : débiter à 10 mg (1 amp)/24h ou majorer TTT de fond de 30 % à 50 %
(au-delà de 2 interdoses de 1/10^{ème} de la dose de fond)

F pour Fièvre

Étape 1

PARACETAMOL VO ou SC : 3 g (poids < 50 kg) à 4 g (poids ≥ 50kg) max /24h



Étape 2

KETOPROFENE SC : 50mg dilué dans 100mL sur 30min / 8h, en phase palliative terminale (où la préservation de la fonction rénale n'est plus un objectif), cas de fièvre résistante au Paracétamol engendrant un inconfort clinique



C pour Confusion

Eliminer globe urinaire, fécalome, douleur...

HALDOPERIDONE (HALDO®) : 0,5 mg (5 gttes ou 1/10^{ème} amp) à 3 mg (30 gttes ou 1/6^{ème} amp) /8h et relai selon besoin par SC PSE, 2 amp/24h maximum

LEVOPROMAZINE (NOZINAN®) : 6 mg (6 gttes ou ¼ amp SCL) à 12 mg (12 gttes ou ½ amp SCL) /8h et relai selon besoin par SC PSE, 1,5 amp/24h maximum

E pour Encroisement respiratoire

Traitement

Étape 1 : SCOPOLAMINE : IVL, SCD : 0,25 mg à 0,5 mg (½ à 1 amp de 0,5 mg/2 ml)

Étape 2 : SCOPOLAMINE : SC PSE : débiter à 3 amp/24h ou majorer TTT de fond d'1 amp en fonction de l'efficacité (maximum : 8 amp /24h)

Soins associés

Diminuer/arrêter apports hydriques

Aspiration douce (encroisement massif, inefficacité du traitement médicamenteux)

Oxygénothérapie selon besoin

Positionnement en décubitus ¾ latéral

Si dyspnée aiguë (intensité modérée)

OXYNORM® SCD : 2,5mg à 5mg (¼ à ½ amp de 10mg/1 ml)

N pour Nausées / V pour Vomissements

PRIMPERAN® : 10 mg (1 amp) SCD /8h et relai selon besoin par SC PSE, 3 amp/24h (maximum : 9 amp/24h)

HALDOL® : 0,5 mg (5 gttes ou 1/10^{ème} amp) à 3 mg (30 gttes ou 1/6^{ème} amp)/8h et relai selon besoin par SC PSE, 2 amp /24h maximum

LARGACTIL® : 5 mg (5 gttes ou 1/5^{ème} amp) à 10 mg (10 gttes ou ½ amp)/8h et relai selon besoin par SC PSE, 1,5 amp/24h maximum

S pour Spasme (colon, vessie)

OXYNORM® SCD : 2,5 mg à 5 mg (¼ à ½ amp de 10 mg/1 ml) ET
MIDAZOLAM SC : 2,5 mg à 5 mg (½ à 1 amp de 5 mg/1 ml)

OXYNORM® : SC PSE : débiter à 10 mg (1 amp)/24h ou majorer
traitement de fond de 30 % à 50 % (au-delà de 2 interdoses de 1/10^{ème}
de la dose de fond) ET HYPNOVEL® SC PSE : débiter à 5 mg (1 amp)/24h
ou majorer traitement de fond de 50 % (au-delà de 2 interdoses)

H pour Hoquet

METOCLOPRAMIDE (PRIMPERAN®) 10 mg (1cp) PO ou (1 amp)
SCD/8h ou OMEPRAZOLE : 20 mg (1cp) PO / 24h ou SC 1 amp
diluée dans 100mL sur 1h / 24h

Association des 2 ci-dessus

MIDAZOLAM SCD : 2,5 mg à 5 mg (½ à 1 amp de 5 mg/1 ml) et
relai selon besoin par MIDAZOLAM SC PSE

1 = Eliminer rétention d'urines et fécalome / traiter constipation

2 = PHLOROGLUCINOL : 40 mg (1 amp) SCD et relai selon besoin
par SC PSE, 3 amp/24h

3 = Butylbromure de scopolamine (SCOBUREN®) IVL, SCD :
20 mg (1 amp), renouvelable 1 fois

4 = SCOBUREN® SC PSE : débiter à 3 amp/24h ou majorer traitement
de fond d'1 amp en fonction de l'efficacité (maximum : 4 amp/24h)

Symptôme intense (douleur intense, détresse respiratoire, hémorragie massive, angoisse extrême)

Patient sans opioïde fort ou posologie d'opioïde fort ≤ 60 mg :

- > OXYNORM® SCD : 5 mg (½ amp de 10 mg/1 ml) ET HYPNOVEL® SCD : 2,5 mg
(½ amp de 5 mg/1 ml), dans la même seringue non diluée, renouvelable au bout de 30 mn
- > Instituer traitement de fond selon symptôme

Posologie d'opioïde fort > 60 mg

- > OXYNORM® SCD : 10 mg (1 amp de 10 mg/1 ml) pour 60 mg et 1/10^{ème} de la dose
totale de fond au-delà de 60 mg ET HYPNOVEL® SCD : 2,5 mg (½ amp de 5 mg/1 ml),
dans la même seringue, non diluée, renouvelable au bout de 30 mn
- > Adapter traitement de fond

VO = voie orale

SCD = Sous cutanée direct
SCL = Sous cutanée lent

SC PSE = Sous cutanée pousse seringue électrique
IM = intra-musculaire

IVL = intra-veineux lent
IV PERF = perfusion intra-veineuse

H pour Hémorragie (faible et moyenne abondance)

Traitement		Soins associés
Étape 1	ETAMSYLATE (DICYNONE®) en tamponnement local ou lavage)	Diminution / arrêt du traitement antiagrégant / anticoagulant
Étape 2	ETAMSYLATE SCL ou IVL : 1 amp de 250 mg/2ml	
Étape 3	ETAMSYLATE SC PSE : débiter à 3 amp/24h ou majorer traitement de fond d'1 amp en fonction de l'efficacité (maximum : 9 amp/24h)	

I pour Insomnie

Étape 1	ZOPICLONE (IMOVANE®) : ½ cp renouvelable 1 fois
Étape 2	DIAZEPAM (VALIUM®) : 2,5 mg (7 gtttes ou ¼ d'amp. SCD) à 5 mg (14 gtttes ou ½ d'amp SCD)
Étape 3	LEVOMEPRAZINE (NOZINAN®) : 3 mg (3 gtttes ou 1/8 ^{ème} d'amp SCD) renouvelable 1 fois

M pour Myoclonies (convulsions)

Étape 1	Clonazépam : 0,5 mg (5 gtttes ou ½ d'amp SCD) Renouvelable 1 fois
Étape 2	Levétiracetam IV PERF (15mn) : 250 mg 2 fois/24h ou Fosphénytoïne (PRODILANTIN®) (sauf troubles conductifs) IM ou SCL (30 mn) : 375 mg/12h pendant 24h puis 375 mg/24h
Étape 3	HYPNOVEL® SC PSE : débiter à 5 mg (1 amp)/24h et majorer posologie de 50 % toutes les 24h selon efficacité

Dr PINGANAUD Geneviève
Praticien Hospitalier
genevieve.pinganaud@chu-bordeaux.fr

Dr LARTIGAU Marion
Cheffe de Clinique des Universités - Assistante des Hôpitaux
Hôpital Xavier Arnoz
marion.lartigau@chu-bordeaux.fr
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Références

1. ANAES. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. Paris, décembre 2002.
2. AFSSAPS. Soins Palliatifs : spécificité d'utilisation des médicaments courants hors antalgiques. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. 25/10/02.
3. Anticiper les troubles respiratoires des personnes âgées en fin de vie. Aide à la prescription. Palli Aquitaine, ARS et URPS. 2015.
4. Laval G, Sang B, Fabre M. Les principales thérapeutiques en soins palliatifs chez l'adulte et la personne âgée. Médicaments, Dispositifs médicaux, Prescriptions de sortie. Montpellier : SAURAMPS médical éd. 2017 ; 365 p.



CONGRÈS DE LA SFAP JUIN 2022

La Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs associe professionnels (libéraux, hospitaliers, enseignants chercheurs, universitaires) et bénévoles visant à favoriser le développement et l'accès aux soins palliatifs.

Le mouvement de soins palliatifs est porté par plus de 10 000 soignants sur le territoire. Le maillage se compose des Unités de soins palliatifs, des équipes mobiles mais aussi des HAD ou de services dotés de lits identifiés en soins palliatifs.

Reconnue comme société savante la SFAP regroupe des experts qui par leurs travaux et leurs réflexions visent à promouvoir la démarche palliative au sein de notre système de santé.

Engagée dans la promotion de la démarche palliative au-delà des structures spécifiques, la SFAP a organisé cette année son 28^{ème} congrès annuel du 15 au 17 Juin 2022 à Bordeaux qui a réuni 2457 congressistes aux horizons et aux fonctions variés, dont 75 % y participaient pour la première fois.

Le fil rouge retenu par le groupe scientifique et le groupe organisation de cette manifestation était « les soins palliatifs au-delà des murs ». Thématique très en lien avec les constats des pouvoirs publics, des instances, des institutions, des professionnels, des patients et de leurs proches, des citoyens français d'une inégalité majeure de prise en charge et d'accessibilité aux soins palliatifs sur l'ensemble du territoire national. Les actions à déployer dans le cadre du 5^{ème} plan national triennal 2021-2024 de développement des soins palliatifs présenté lors du congrès de la SFAP à Valenciennes en 2021 devrait s'employer à apporter des éléments de réponses et des mesures pour y palier.

Ce plan s'articule sur 3 axes :

- Favoriser la connaissance de leurs droits par les personnes concernées.
- Renforcer l'expertise en soins palliatifs en développant la formation et en soutenant la recherche.
- Définir des parcours de soins gradués et de proximité en développant l'offre hospitalière de soins palliatifs, en renforçant la coordination avec la médecine de ville et en garantissant l'accès à l'expertise.

Tout au long des trois jours du congrès à Bordeaux, de nombreux experts tant médicaux, paramédicaux que sociologues, psychologues, philosophes ou même bénévoles se sont succédé à la tribune pour faire l'état des avancées en termes de développement et de diffusion de la culture palliative mais aussi du chemin restant à parcourir.

Il a été également particulièrement abordé la question de l'évolution de la législation sur la fin de vie et sur l'aide à mourir.

ATELIER : Rencontre avec des experts : tout ce que vous auriez voulu savoir sur les soins de bouche (Cathy Chabanolle et Séverine Lamy).

Les intervenantes ont distingué trois types de soins de bouche : le soin de bouche d'hygiène après chaque repas, le soin de bouche d'hydratation et de confort aussi souvent que possible et le soin de bouche thérapeutique.

Le soin de bouche non médicamenteux est un soin de base qui relève du rôle propre de l'infirmière (IDE) (décret de compétence 2004) et de la compétence de l'aide-soignante en collaboration avec l'IDE et sous sa responsabilité (code de la Santé Publique). Le soin de bouche médicamenteux est un soin à visée

curative, sur prescription médicale. L'application d'un produit médicamenteux relève de la responsabilité infirmière.

La qualité des soins de bouche dépend de la formation des personnels et de la volonté et la dynamique du service.

Afin de réaliser une évaluation et ainsi d'avoir un point de départ et de pouvoir transmettre des éléments précis à toute l'équipe, l'utilisation d'une grille commune, la grille OAG (Oral Assessment Guide), a été proposée. Cette évaluation permettra également d'ouvrir la discussion avec le patient et de dédramatiser ce soin.

Grille OAG (Oral Assessment Guide)*

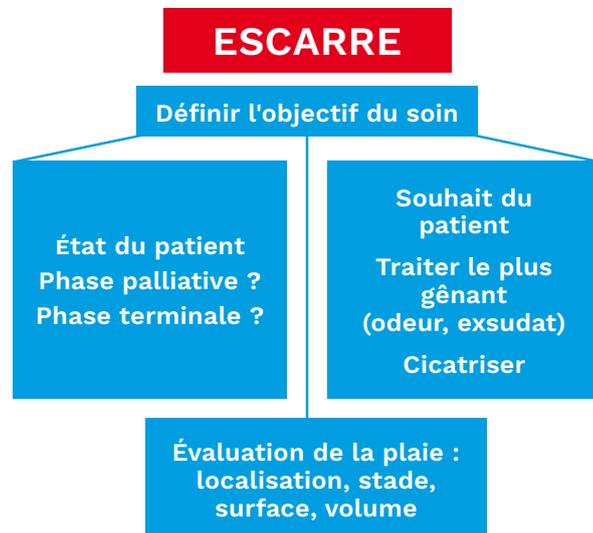
Indicateur	Outil de mesure	Méthode de mesure	Pondération			Score
			1	2	3	
La voix	L'audition	Parler avec le patient	Normale	Sèche et rauque	Difficulté à parler	
La déglutition	L'observation	Demander au malade d'avaler	Normale	Douleur lors de la déglutition	Absence de déglutition	
Les lèvres	Le regard et la palpation	Observer	Lisses, rosées et humides	Sèches et fissurées	Ulcérations ou saignements	
La langue	Le regard et la palpation	Observer et toucher les tissus	Rose et humide, présence des papilles	Pâteuse, moins de papilles avec apparence lustrée, moins colorée	Fissurée, boursouflée	
La salive et la langue	L'observation et la langue	Replier l'extrémité de la langue vers le bas ce qui déclenche une production de salive	Transparente	Visqueuse, épaisse, de mauvaise qualité	Absente	
Les muqueuses	Le regard	Observer l'apparence des tissus	Roses et humides	Inflammatoires, avec l'inclusion de plaques blanches pas d'ulcération	Ulcérations et/ou saignements	
Les gencives	Le regard et la langue	Appuyer sur les gencives avec l'extrémité de la langue	Roses, fermes et bien dessinées	Inflammatoires, oedémateuses	Saignements spontanés ou lors de pressions	
Les dents	Le regard	Observer l'apparence des dents et l'ensemble de la dentition	Propres et sans débris	Plaques et débris bien localisés (entre les dents)	Plaques et débris généralisés sur toutes les gencives et les dents abîmées	
TOTAL						.../24

*Grille d'évaluation de l'état de la bouche développée par le centre médical de l'Université du Nebraska à Buffalo et testée par J. Eilers.

Adaptée de la Grille OAG développée par June Eilers (Oncol Nurs Forum, 1988).

ATELIER : Rencontre avec des experts : les soins d'escarre (Martine Barateau, infirmière, vice-présidente de la SFE et Adrien Evin, médecin USP de Nantes).

Des stratégies en fonction du pronostic ont été définies par l'HAS, il s'agit pour l'objectif de palier 1, de cicatrifier l'escarre (de stade 1 et 2), pour l'objectif de palier 2, de diminuer l'extension et d'éviter la survenue d'escarre et pour l'objectif de palier 3 (phase ultime), de limiter les contraintes du soin. Ces stratégies doivent être discutés en pluridisciplinarité en prenant en compte le souhait du patient (traiter une odeur ou un exsudat gênant, cicatrifier) et son pronostic vital (phase terminale ?) en plus de la taille/localisation/stade de la plaie.



Pour l'escarre de stade 1 :

- Si objectif de paliers 1 et 2 : suppression des appuis +/- application d'un pansement (film de polyuréthane ou hydrocolloïde).
- Si l'objectif de pallier 3 : suppression des points d'appui impossible, mise en place d'un hydrocolloïde ou d'un hydrocellulaire multicouche comme rôle d'amortisseur.

Pour les escarres de stade 2, 3 et 4 : quel que soit l'objectif de palier 1, 2 ou 3 :

- Suppression du pont d'appui si possible.
- Gérer les exsudats : en phase 3, augmenter le pouvoir absorbant du pansement, diminuer la fréquence des changements de pansement.
- Diminuer les odeurs : charbon pour faire barrière aux odeurs, pansement à base de cumin mais non remboursé.
- Éviter les complications : infection, hémorragie.
- Détersion des tissus nécrosés : diminue les odeurs, les douleurs et l'infection.

Une fiche a été créée pour la prise en charge des escarres et qui s'inspire de la période COVID afin de favoriser la prévention d'escarre. Celle-ci sera publiée dans les mois à venir.




CHECK LIST POUR LA PRÉVENTION DES ESCARRES EN SITUATION PALLIATIVE À DOMICILE

Prendre en compte : les souhaits du patient, son état général, le pronostic de la maladie, et le rôle possible de l'aidant...

1 MATÉRIEL DE DÉCHARGE

- Matelas selon niveau de dépendance et d'immobilité du patient (au minimum mémoire de forme, si besoin matelas air)
- Coussin mousse ou visco-élastique pour le fauteuil
- Matériel de positionnement

> Voir les disponibilités avec les prestataires ou la pharmacie ou l'HAD

► Votre contact : Téléphone HAD, prestataires, pharmacie :

4 PANSEMENT DE PRÉVENTION D'ESCARRE

- Si la mise en décharge n'est pas possible, mise en place sur les points d'appui d'hydrocellulaire multicouche siliconé et surveiller la peau à chaque intervention en soulevant le pansement puis le repositionner
- à défaut mise en place d'hydrocolloïde transparent extra mince

2 HYGIÈNE / NURSING

Evaluer et prendre en charge la douleur

- Laver, rincer, sécher en tamponnant, hydrater, protéger la peau avec une crème barrière
- Patient incontinente : changer la protection à saturation
- Prévention des points d'appui organisée par équipe et tracée

5 NUTRITION / HYDRATATION

Objectif = alimentation plaisir en proposant plus souvent et différemment

Evaluer et prendre en charge l'état bucco-dentaire

- Surveiller et évaluer les prises alimentaires (prise repas 1/3 le 1/3 repas complet) et les apports hydriques
- Fractionner les repas, CNO, collations plusieurs fois par jour avec aliments riches en protéines.
- Enrichir les repas : Possibilité de rajouter des protéines sans augmenter les quantités si perte appétit (gruyère râpé sur aliments, poudre de lait dans yaourt, beurre, crème fraîche, fromage frais dans purée ou soupe...)
- Surveiller les apports hydriques : quantifier l'apport, ajout soupe, café, thé, tisanes...

► Votre contact : Téléphone diététicienne, prestataires, pharmacie :

3 DISPOSITIFS MÉDICAUX

- Sonde urinaire :
 - Fixation adaptée sur la cuisse chez la femme
 - Fixation adaptée sur l'abdomen chez l'homme

Veiller à ce que la sonde ne passe pas sous la cuisse

- Les tubulures des perfusions : Veiller à ce que la tubulure ne passe pas sous le patient et fixer les tubulures
- Sonde oxygène et lunettes, sonde nasogastrique ou tout dispositif potentiellement responsable d'appui et / ou de frottement :
 - Repositionner régulièrement le dispositif médical si possible
 - Protéger les zones de frottement avec un hydrocolloïde extra mince

► Votre contact : Téléphone HAD, stomathérapeute, prestataire, Equipes mobiles...

6 MOBILISATIONS SELON POSSIBILITÉS DU PATIENT

Evaluer et prendre en charge la douleur

- Mobiliser au lit ou au fauteuil pour limiter les temps d'appui sur une même zone
- Favoriser la marche et les levers dès que possible

► Votre contact : Téléphone kinésithérapeutes, HAD :

7 RENDRE LE PATIENT ACTEUR DE SA PRÉVENTION

Pour gagner du temps et de la qualité de soins :

- Anticiper & s'organiser pour intégrer la prévention l'ensemble des soins
- Répartir les actions entre tous les intervenants, professionnels et aidants.
- Traçabilité de l'état cutané et du matériel mis en place pour faciliter le suivi et le relais entre chaque soignant.

COMMENTAIRES :

Figure inspirée de la présentation réalisée lors du congrès SFAP 2022 avec l'autorisation des auteurs.

ATELIER : Deuil et pandémie : quelle démarche d'accompagnement pour les EHPADs ? (Rozenn Le Berre, docteure en philosophie, Institut Catholique, Lille). Rozenn le Berre a présenté les résultats d'une enquête exploratoire dans le cadre de travaux de recherche en Philosophie sur l'expérience des deuils, notamment dans le cadre d'un projet sur le « deuil et pandémie ».

La COVID a réactualisé certaines notions par rapport au deuil, une situation inédite où on a placé la question du deuil dans les médias sur la scène sociale et politique et où on a pu noter une inquiétude sur comment faire son deuil en contexte troublé.

Problématique de travail : ce que nous avons vécu est-il si inédit qu'il nous faille totalement nous inscrire dans une rupture ? Qu'est-ce qui continue (réactivation de problématique déjà existantes) ? Nos vies s'en trouvent bouleversées : les fins de vie et les deuils d'autant plus. Pourquoi et en quoi ?

Ce travail a débuté par une enquête de terrain menée dans le but de co-construire une formation.

Il s'agissait d'entretiens semi-directifs dans lesquels les familles pouvaient exprimer leur vécu et des focus groupe pour les professionnels (temps d'échange) de mars à juin 2021.

Cette enquête n'a pas permis d'apprendre des choses sur le deuil en tant que tel mais plutôt sur le vivre ensemble en EHPAD. Pour les résidents et les familles, le deuil fait émerger la question du « comment accompagner les pertes dans une vie tout en demeurant dans la vie ? ». Pour les équipes, des questions se sont posées sur comment penser ces lieux que sont les EHPADs, à la fois lieu de vie, lieu de soins et lieu de travail, autrement dit comment trouver un équilibre entre la vie individuelle et la vie collective (vie communautaire). Cette enquête a fait également émerger la question de l'accompagnement de la fin de vie et de la mort avec une attention particulière aux pratiques rituelles comme pratiques rituelles significatives. Enfin cette enquête a fait émerger la nécessité d'une meilleure intégration de la démarche palliative en EHPAD.

ATELIER : Fin de vie en EHPAD : quels dispositifs pour accompagner les résidents ? (Thomas Goncalves, chargé de mission, Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie, Paris).

T. Goncalves a exposé les derniers chiffres recueillis par l'enquête EHPA réalisée tous les 4 ans par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Actuellement selon les derniers chiffres qui ne tiennent pas compte de la pandémie de COVID-19, en France il y a environ 7 500 EHPADs, plus de 600 000 résidents répartis en ¾ de femmes et ¼ d'hommes. Deux-cent-trente-mille sont atteints de maladie neurodégénérative.

Cent-cinquante-mille décès par an ont lieu dans les EHPADs soit 25 % des décès en France. Concernant la prise en charge des résidents, sur la présence des professionnels 24h/24 90 % ont une aide-soignante ou une Aide Médico-Psychologique 24h/24, 10 % ont une IDE 24h/24. Vingt-sept pourcents ont un membre formé aux soins palliatifs (DU, DIU). Soixante-quatre pourcents ont une convention avec une équipe mobile de soins palliatifs et 29 % avec des réseaux de santé en soins palliatifs. Vingt pourcents des EHPAD déclarent avoir une pharmacie à usage intérieur (moins de 5 % pour les établissements privés lucratifs). Les chiffres de 2019 attendus sont la part des établissements qui réalisent des directives anticipées, le nombre d'HAD notamment palliative mis en place et la part des résidents informés sur l'accompagnement à la rédaction des directives anticipées. Ces données permettront la constitution d'un prochain atlas national des soins palliatifs et de la fin de vie fin 2022 dans lequel seront présentés un panorama de données (typologie des établissements, des résidents, prise en charge des résidents) à l'échelle national et régional et les évolutions structurelles (convention, formation, démarche palliative).

ATELIER : Fin de vie en EHPAD : de l'hébergement à l'accompagnement (Tanguy Châtel, Cercle Vulnérabilités et Société, LA-Celle-Saint-Louis).

À l'heure où la crise de la COVID-19 a mis sévèrement en évidence les lacunes dans l'accompagnement de la fin de vie des résidents d'EHPAD, **le Cercle Vulnérabilités et Société**, qui rassemble une pluralité d'acteurs économiques et associatifs convaincus que la vulnérabilité est une force et un gisement d'innovation, **a formulé 5 priorités déclinées en 50 propositions opérationnelles pour aider les établissements à se mettre en capacité de mieux répondre à cet aspect essentiel de leur mission.** Ces propositions sont exposées dans la note de position « *Fin de vie en Ehpapad : de l'hébergement à l'accompagnement* ».

Au cours de cet atelier Tanguy Châtel, co-fondateur du cercle vulnérabilités, a exposé les propositions de cette note. Elles reposent sur une conviction forte : parce qu'ils sont des lieux où vivent un quart des personnes qui décèdent chaque année, **les EHPAD doivent oser devenir des lieux de référence en matière de fin de vie.** Il s'agit de rendre la personne âgée en EHPAD partie prenante de sa vie et de sa fin de vie en facilitant la coopération de 4 acteurs : résidents, familles, professionnels et pouvoirs publics. Pour ce faire il est nécessaire de mettre en place une politique explicite « fin de vie » en EHPAD.

La note est téléchargeable sur le lien suivant : <https://vulnerabilites-societe.fr>

ATELIER : Anticipation grâce à l'évaluation Gériatrique Spécifique Palliative (EGSP) et soins palliatifs en EHPAD (Gaël Durel, médecin, Association Nationale des Médecins Coordonnateurs en EHPAD et du médico-social, Tinteniatic).

G. Durel présente les caractéristiques d'une évaluation spécifique palliative en EHPAD et ce qu'elle apporte dans l'amélioration de la prise en charge palliative des résidents. Il s'agit d'une évaluation gériatrique centrée sur la recherche des sources potentielles d'inconfort (douleur, anxiété, dyspnée...) des besoins exprimés ou non des résidents visant à anticiper la prise en charge palliative. Ainsi, la réalisation de cette EGSP nécessite d'identifier certains états cliniques phares : dénutrition sévère, cancer évolutif avec abstention thérapeutique, épisodes de pneumopathies d'inhalation à répétition, démence très sévère au stade pauci-relationnel, dépression caractérisée, non améliorée par un traitement adapté et plus de deux hospitalisations dans l'année pour la même pathologie (insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale, anémie...) ainsi que les risques spécifiques liés aux pathologies (douleur, dyspnée, escarre, etc.) ; certains de ces risques peuvent

conduire à l'appel d'une EMS. Ensuite, il s'agit de recenser les ressources humaines mobilisables (personnels formés disponibles, EMASP, HAD, EMG) et les ressources matérielles disponibles (seringue électrique, PCA, O2, thérapeutiques tel que morphiniques, midazolam). Après ce recensement, une rencontre est organisée avec le résident s'il peut exprimer sa volonté, sa personne de confiance, s'il l'a désignée ou à défaut ses proches afin de recueillir les souhaits du résident et son degré de connaissance des pathologies graves et évolutives dont il est atteint, ainsi que celui de ses proches. Une réunion de synthèse EGSP associant le médecin coordonnateur, le médecin traitant, l'IDEC, un représentant de l'équipe soignante, un psychologue et un représentant des proches suit ce recensement. Cela permettra de déterminer où le patient sera pris en charge (EHPAD, hôpital), qui seront le ou les prescripteurs, qui interviendra auprès de lui le jour, la nuit, le weekend, etc.

Ces éléments seront répertoriés dans une fiche type Urgences/SAMU PALLIA (SFAP 2017) (*voir fiche page suivante*).

Euthanasie et législation

Des propositions de textes de lois par les législateurs concernant la dépénalisation des pratiques euthanasiques ont été, sont et seront faites ; à l'instar de la proposition d'Olivier Falorni en 2021 (non adoptée) qui envisageait un droit à « une aide médicalisée active » à mourir pour les personnes souffrant d'une maladie incurable.

Une réflexion et une anticipation poussées et constantes doivent être menées à propos des conséquences socioanthropologiques, philosophiques, psychologiques et sanitaires et notamment de l'impact que l'euthanasie pourrait avoir dans le frein potentiel à l'accessibilité à la démarche palliative au bon moment pour le patient au cours de la trajectoire de sa maladie grave.

La SFAP a adopté une posture tournée vers l'action plutôt que de subir ! D'où la mise en œuvre d'un mandat pour participer aux débats avec le parlement et la proposition à la prochaine législature de rencontrer les équipes de soins palliatifs dans les structures existantes sur le territoire.

Claire CLADT
Infirmière

Equipe Mobile d'Accompagnement, de soins de Support et de soins Palliatifs

Perrine SENGES

Faisant Fonction de Cadre de santé
Services de soins d'Accompagnement, de soins de Support et de soins Palliatifs

Perspective pour la SFAP pour l'année à venir

Le projet associatif se repense et se renforce à l'aune de 2022 :

- Poursuivre le développement des soins palliatifs et particulièrement celui de l'identification précoce des situations relevant des soins palliatifs et des prises en charge à domicile ;
- Renforcer l'ancrage scientifique de la SFAP (formations, recherches, valorisations des cursus) ;
- Inciter les acteurs de soins palliatifs et les membres de la SFAP à participer au débat public et à écouter les préoccupations de la société ;
- Développer les capacités d'action de la SFAP.

Et ainsi être plus savants, plus visibles et plus forts.

La SFAP propose différents web séminaires accessibles aux médecins et soignants impliqués dans la démarche palliative : Inscriptions sur <http://www.sfap.org/>

Le prochain congrès national des soins palliatifs aura lieu à la cité des congrès de Nantes du 14 au 16 juin 2023, le fil rouge proposé se nomme « Rencontres et Dialogues ».

Dr Sophie FIACK-SASHIN
Praticien Hospitalier

Equipe Mobile d'Accompagnement, de Soins de Support et de Soins Palliatifs

Pr Laurent CALVEL

Professeur Associé des Universités en Médecine Palliative
Chef du Service de soins d'Accompagnement, de soins de Support et de soins Palliatifs
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg,
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Fiche URGENCE PALLIA



Concernant une personne en situation palliative ou palliative terminale

Fiche destinée à informer un médecin intervenant lors d'une situation d'urgence. Celui-ci reste autonome dans ses décisions.

RÉDACTEUR Nom : Statut du rédacteur :
 Téléphone : ou tampon :
 Fiche rédigée le :

PATIENT M. Mme **NOM** : **Prénom** :
 Rue : Né(e) le :
 CP : Ville : Téléphone :
 N° SS : Accord du patient pour la transmission des informations : Oui Non Impossible

Médecin traitant : Dr Joignable la nuit Oui Non NA¹ Tél :
 Médecin hospitalier référent : Dr Tél :
 Service hospitalier référent : Tél :
 Lit de repli possible² : Tél :
 Suivi par HAD : Oui Non NA Tél :
 Suivi par EMSP : Oui Non NA Tél :
 Suivi par réseau : Oui Non NA Tél :
 Autres intervenants à domicile :
 (SSIAD, IDE libérale...)
 avec leur(s) numéro(s) de téléphone

Pathologie principale et diagnostics associés :

Le patient connaît-il son diagnostic / Oui Non En partie NA Son pronostic / Oui Non En partie NA
 L'entourage connaît-il le diagnostic / Oui Non En partie NA Le pronostic / Oui Non En partie NA
 Réflexion éthique collégiale sur l'orientation des thérapeutiques : Oui Non En partie NA

Projet thérapeutique :

Symptômes et risques possibles : Douleur Dyspnée Vomissement
 Encombrement Anxiété majeure
 Agitation Convulsions Occlusion
 si extrême, l'écrire en majuscules Autres (à préciser dans cette zone →)

Produits disponibles au domicile :

Prescriptions anticipées : Oui Non NA

DÉMARCHE PRÉVUE Avec accord patient le Projet d'équipe si accord patient impossible
 Hospitalisation : Souhaitée si aggravation Envisageable Refusée autant que possible NA
 Soins de confort exclusifs : Oui Non NA Décès à domicile : Oui Non NA
 Réanimation en cas d'arrêt cardio-respiratoire : Oui Non NA Massage cardiaque : Oui Non NA
 Ventilation non invasive : Oui Non NA Intubation : Oui Non NA
 Usage d'amines vaso-actives : Oui Non NA Trachéotomie : Oui Non NA
 Sédation en cas de détresse aiguë avec pronostic vital engagé : Oui Non NA Remplissage : Oui Non NA

Directives anticipées Oui Non NA Rédigées le Copie dans le DMP
Personne de confiance Lien : Tél :
Où trouver ces documents ?
Autre personne à prévenir Lien : Tél :

1) NA = Non Applicable ou inconnu

2) Validé au préalable avec le service concerné

Version fiche 2017-06

Des nouvelles de l'Association des Jeunes Gériatres...

Partenariat avec la SFGG

Le 6 avril, se tenait la première édition des Printanières de la SFGG sur la thématique de la prévention. Ce fut une journée très riche en échanges et en émotions, notamment lors des témoignages des seniors sur leurs attentes vis-à-vis de la Gériatrie.

Une gériatre de l'AJG et un gériatre de l'EAMA (European Academy for Medicine of Ageing) ont été sollicités pour produire un résumé de la journée. Cette collaboration a donné naissance à un article complet qui sera publié dans la Revue de Gériatrie prochainement et des « Fiches résumé » par session que vous pouvez retrouver sur **notre site internet** (rubrique AJG/Contribution-article presse).

Retour sur la 2^{ème} JAJG



On vous en a déjà beaucoup parlé mais nous tenions à vous faire un retour de la 2^{ème} Journée Annuelle des Jeunes Gériatres qui a eu lieu à Lille le 8 avril pour vous donner envie de venir à la prochaine qui se tiendra à **Nantes en 2023**.

Encore une fois, nous remercions chaleureusement les 150 participants, les orateurs, les communicants, les modérateurs, l'équipe technique et administrative de la faculté de médecine de Lille, les partenaires éditoriaux, médiatiques et financiers et bien sûr l'équipe de choc d'organisation de la journée !

Ce fut une journée mémorable suivie de la soirée des 20 ans de l'AJG !

Après une introduction par le Pr Nathalie SALLES, présidente de la SFGG, et le Dr Fanny DURIG, présidente de l'AJG, c'est le Pr Eric BOULANGER qui a pris la parole pour aborder la thématique de la longévité. Quand on pense longévité, on pense « ne pas mourir ». Que nenni ! Il s'agit de comprendre comment le contrôle des processus de vieillissement permet de répondre au défi du « vieillir en bonne santé ». Son message principal était : « n'ayez pas peur de la biologie du vieillissement ! » et le second « Connaître les bases est la première étape pour améliorer la qualité du vieillissement et donc la qualité de vie des patients ».

Le Pr PUISIEUX a inauguré la session CHUTE avec l'actualité du sujet : ce que l'on sait, et ce que l'on ne sait pas (ou moins bien !). Il nous a donc rappelé que des interventions fonctionnent dans la prévention des chutes : activité physique, pose d'un stimulateur cardiaque, aménagement du domicile par un ergothérapeute, supplémentation en vitamine D en cas de carence. En revanche, il reste beaucoup de pistes à explorer pour évaluer, prévenir, accompagner efficacement les patients chuteurs ! La liste des questions en suspens est presque infinie : *Quelle définition de la chute grave ? Quelles interventions efficaces en établissement de santé ou hébergement ? La déprescription des facteurs de risque iatrogènes réduit-elle significativement le risque de chute ? Comment évaluer cliniquement la contribution vestibulaire ? Qu'en est-il des pays en développement : les recommandations des pays riches sont-elles applicables ?...* Les jeunes gériatres y trouveront des voies de recherche intéressantes. **Mais l'union est indispensable pour être efficace dans ces modèles si complexes !**

Le Dr Victoire LEROY nous a ensuite illustré l'association bidirectionnelle entre les troubles neurocognitifs et les troubles locomoteurs. Elle a pu expliquer le concept de Motoric Cognitive Risk Syndrome ! Le message est clair : toute consultation mémoire doit évaluer et prévenir les chutes / toute évaluation pour chute ou troubles de la marche doit évaluer les fonctions cognitives !

Pour clôturer la matinée, le Dr Guillaume DUVAL a abordé la question des géronto-technologies utiles (ou dont l'utilité reste à prouver) pour la prévention, le diagnostic, la rééducation et le suivi des patients chuteurs ou à risque de chute. Il a insisté sur le fait qu'il ne faut pas avoir de préjugé sur une éventuelle technophobie des personnes âgées : ces dernières acceptent finalement assez bien certaines technologies innovantes et cela devrait être encore plus vrai avec la prochaine génération.

Nous avons commencé ensuite la session principale de la journée qui abordait le thème de la Néphro-Gériatrie.

Le Dr Salvatore CITARDA nous a rappelé les critères devant faire adresser un patient insuffisant rénal au Néphrologue :

- Débit de filtration glomérulaire < 45 ml/min/1,73m² selon CKD-EPI ;
- Diminution du Débit de Filtration Glomérulaire > 5ml/min/1,73m² par an ;

- Rapport Protéinurie/Créatininurie > 500 mg/g ;
- Hypertension artérielle non contrôlée ;
- Syndrome néphrotique ;
- Etiologie non claire de l'insuffisance rénale.

Depuis la pandémie, des téléconsultations se sont développées dans de multiples centres et constituent une bonne alternative. Dans tous les cas, en cas de doute, ne restez pas seul avec votre patient ! Un avis ponctuel reste possible, notamment pendant une hospitalisation pour « faire le point ».

Le Dr Florent GUERVILLE a pu montrer le rôle indispensable de la vision gériatrique pour les patients âgés atteints d'insuffisance rénale chronique sévère : mieux accompagner pendant un événement stressant, prédire les risques, aider à choisir le traitement de suppléance adapté mais surtout pour **tenir compte des priorités du patient !!** Attention, les études montrent que la fragilité perçue par le Néphrologue n'est pas toujours la fragilité mesurée objectivement, d'où l'intérêt de la collaboration néphro-gériatrique !

La table ronde qui a regroupé quatre interventions a tenu toutes ses promesses. Il est impossible de résumer en quelques lignes tous les échanges mais déjà il faut noter le défi relevé par tous les intervenants : le respect de leur temps de parole face à une problématique pourtant complexe !

En dix petites minutes, le Dr Cédric VILLAIN a présenté les possibilités de traitement de la maladie rénale chronique au stade V et les arguments pour choisir l'une ou l'autre des options.

Le Pr Jean-Baptiste BEUSCART a ensuite expliqué les limites des scores de prédiction clinique ! Puis le Dr Marion PEPIN a abordé la question de la décision médicale partagée, ou comment l'écoute active du patient permet de prendre en compte ses valeurs et ses choix. Le Dr Thomas TANNOU a terminé les échanges sur le difficile enjeu de la mesure de l'autonomie décisionnelle (encore plus compliquée en cas de troubles cognitifs, souvent d'origine vasculaire, dont sont malheureusement plus souvent atteints les patients avec des insuffisances rénales chroniques !).

Tous étaient d'accord pour dire que la priorité reste d'ECOUTER le patient face à ses valeurs et ses CHOIX !! Le médecin et son équipe doivent l'aider à décider et ont le devoir de réévaluer régulièrement la situation.



Des communications orales ont été présentées sur une session matinale et une session l'après-midi. Le Dr Calyssa TREZY a reçu à l'issue du vote du jury le prix de la meilleure communication pour sa présentation « Analyse d'un partenariat ville-hôpital dans la prise en charge des chutes avec incapacité de se relever chez les personnes âgées : Filière RELEVAGE ». Les adhérents de l'AJG peuvent retrouver le replay de la JAAG sur notre site internet (le mot de passe a été envoyé par mail ! si vous l'avez perdu, écrivez-nous !).

En tout cas, on a hâte de se retrouver de nouveau dans la joie et dans l'apprentissage, à Nantes l'année prochaine !

Retour sur la journée annuelle des Docteurs Juniors

L'AJG, l'ANAIG (Association Nationale des Internes de Gériatrie) et le CNEG (Collège National des Enseignants de Gériatrie) se sont retrouvés avec une partie de la promotion des Docteurs Juniors 2021-2022 pour une journée d'échanges.

Nous avons préparé une session concernant les perspectives de carrière en Gériatrie afin d'illustrer la richesse du métier dans ses filières médico-sociales, hospitalières, hospitalo-universitaires, salarié en privé ou libéral. Nous avons enchaîné avec la prévention et la gestion des conflits, une session où nous avons essayé à travers des jeux de rôle de montrer les erreurs de communication et la meilleure façon de prévenir les conflits d'équipe ou les conflits avec les familles. Des moments à la fois ludiques et pratiques que nous avons aimé partager avec les futurs jeunes gériatres de demain !

Les webinaires continuent...

Après le webinaire du 30 mars sur les enjeux sociétaux du vieillissement (Replay accessible en accès libre sur le site internet) et celui de Dermato-Gériatrie du 14 juin, l'AJG continue d'organiser des webinaires.

Le prochain aura lieu le mardi 20 septembre 2022 à 19h, en partenariat avec l'Association Nationale des Jeunes Médecins Intensivistes Réanimateurs (ANJMIR) sur la thématique de la réanimation chez le sujet âgé (qui, quand, quelles conséquences, aides à la décision...).

Comme d'habitude le direct est ouvert à tous (lien de connexion quelques jours avant sur la page d'accueil du site internet de l'association) et le replay est accessible à nos adhérents.

L'AJG aux universités d'été de Gériatrie

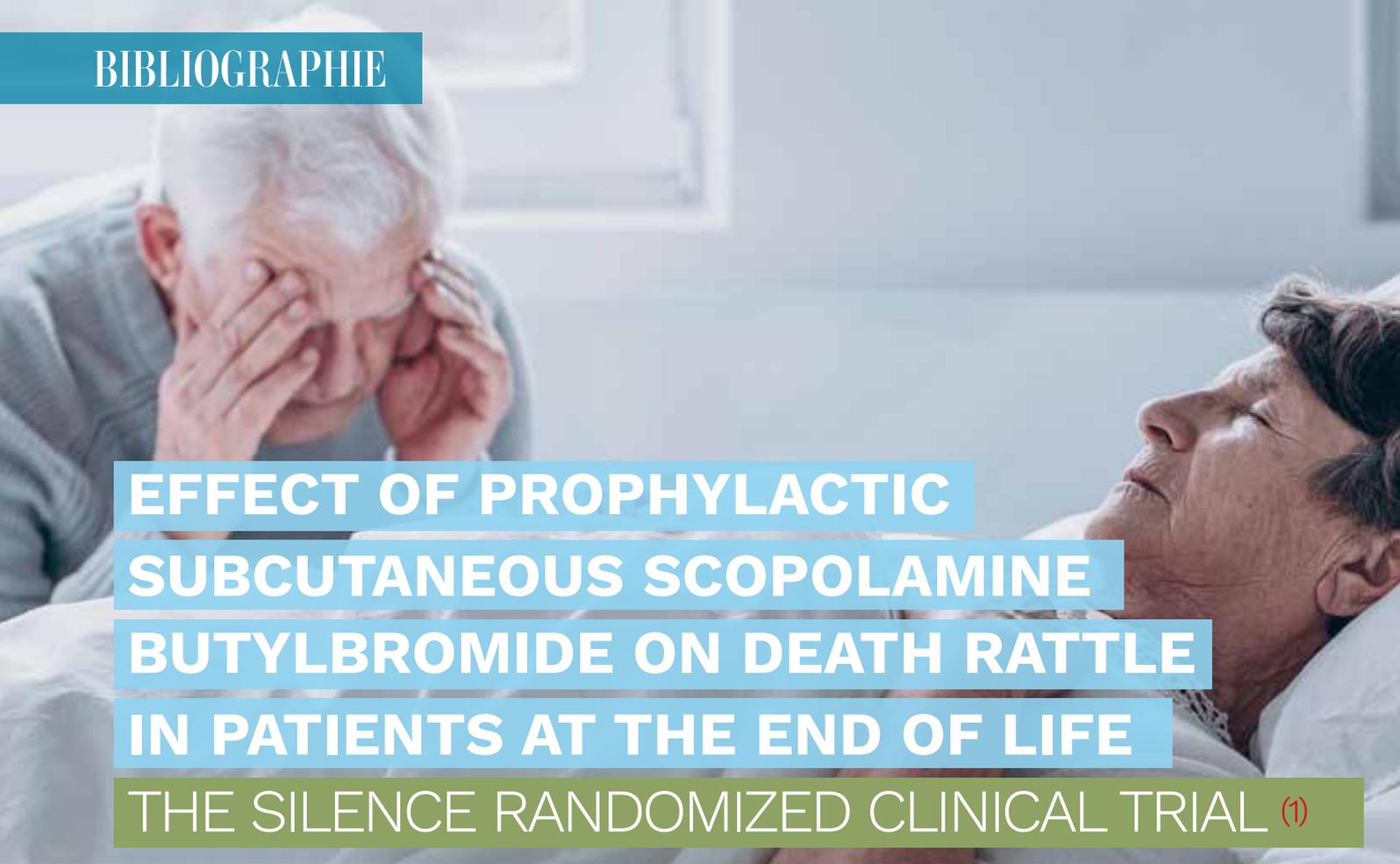
L'AJG, membre du Collège National des Professionnels de Gériatrie, a participé aux Universités d'été de Gériatrie qui ont eu lieu du 1^{er} au 3 juillet à La Grande Motte. L'occasion de discuter et de débattre des orientations de la Gériatrie pour l'avenir, des réformes à engager pour le grand âge, pour l'enseignement de la spécialité, autant de moyens de défendre la place de la personne âgée dans la société.

L'AJG, partenaire de la SF3PA, sera présente à leur congrès, décalé au 1^{er} et 2 juin 2023

Encore un partenariat qui fonctionne bien ! Le congrès initialement prévu le 15 et 16 septembre 2022 aura finalement lieu en 2023. L'AJG présidera le symposium jeune qui a lieu à chaque édition au côté de l'AFFEP (Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie) et de l'AJPPA (Association des Jeunes Psychiatres et des Jeunes Addictologues). L'occasion de renforcer le réseau entre jeunes professionnels et de trouver des collaborations pour des projets communs. Les adhérents de l'AJG bénéficieront d'une grosse réduction au congrès ! N'hésitez pas à vous y inscrire !

Très bel été à toutes et tous, prenez-soin de vous,

Le bureau de l'AJG



EFFECT OF PROPHYLACTIC SUBCUTANEOUS SCOPOLAMINE BUTYLBROMIDE ON DEATH RATTLE IN PATIENTS AT THE END OF LIFE THE SILENCE RANDOMIZED CLINICAL TRIAL ⁽¹⁾

Harriette J. van Esch, MD; Lia van Zuylen, MD, PhD; Eric C. T. Geijteman, MD, PhD; Esther Oomen-de Hoop, PhD; Bregje A. A. Huisman, MD ; Heike S. Noordzij-Nooteboom, MD ; Renske Boogaard, RN ; Agnes van der Heide, MD, PhD ; Carin C. D. van der Rijt, MD, PhD.

Les râles agoniques sont des bruits produits par les mouvements des sécrétions présentes dans les voies respiratoires, provoqués par la respiration de patients inconscients ou incapables de déglutir. Ils sont fréquents en situations de fin de vie (entre 12 et 92 % selon les cohortes) (2). Les proches de ces patients vivent de manière assez anxieuse leur présence.

Les recommandations actuelles recommandent de mettre en place un traitement anticholinergique en cas d'échec des mesures non pharmacologiques (soins de bouche toutes les 4h, arrêt de l'hydratation artificielle, repositionnement du patient). Une étude de l'utilisation prophylactique de la Scopolamine contre placebo a mis en évidence une amélioration, mais cette étude a été réalisée en ouvert.

Les auteurs de l'essai SILENCE ont voulu conforter l'idée qu'il serait plus efficace d'éviter l'apparition du mucus que de réduire sa quantité pour réduire les râles agoniques chez des patients en situation de fin de vie. Ainsi, ils ont voulu déterminer si l'administration prophylactique de scopolamine butylbromide (SCOBUREN®) permettait de réduire la fréquence des râles agoniques d'intensité modérée à importante chez des patients hospitalisés pour un accompagnement de fin de vie.

Matériel et méthode

Pour ce faire, cette étude prospective, en double aveugle, a été menée dans 6 centres hospitaliers aux Pays-Bas. Les patients recevaient 20mg de Scopolamine butylbromide ou un placebo (ratio 1:1) avec une randomisation stratifiée par centre.

Le critère de jugement principal étudié était la survenue de râles agoniques de grade ≥ 2 selon le score de Back and al. (3).

Les patients devaient répondre aux critères d'inclusion (hospitalisation pour un accompagnement de fin de vie, capacité de donner son consentement et espérance de vie de plus de 3 jours) et ne devaient pas avoir de critère d'exclusion (présence d'une trachéostomie ou d'une canule trachéale, utilisation préalable d'anticholinergique, infection au niveau pulmonaire ou présence préalable de râles.

Ensuite, lorsque la phase agonique était établie, les critères d'exclusion étaient à nouveau recherchés puis une pharmacie centralisée délivrait des doses de Scopolamine butylbromide ou de placebo pour une durée de 3 jours. Celles-ci étaient administrées en bolus via un cathéter sous-cutané toutes les 6h.

Durant le suivi, les patients bénéficiaient de soins de bouche toutes les 4h et d'une surveillance de l'apparition d'effets indésirables imputables aux anticholinergiques (agitation, sécheresse buccale et

Résultats

Dans les 6 centres de l'étude, 1097 patients ont été admis dans ces services lors de la période d'étude (du 10/04/2017 au 31/12/2019), à partir desquels 162 patients ont été randomisés respectivement 82 dans le groupe Scopolamine butylbromide et 80 dans le groupe placebo. Respectivement, 3 et 2 patients n'ont pas été inclus dans l'analyse finale car la phase agonique n'avait pas été repérée correctement (délai avant le décès trop long à plus de 6 jours).

Les 2 groupes étaient globalement similaires sur le sexe, l'âge (en moyenne 78 et 75 ans respectivement) mais il y avait plus de cancer du poumon, plus de BPCO et plus de patients fumeurs dans le groupe placebo.

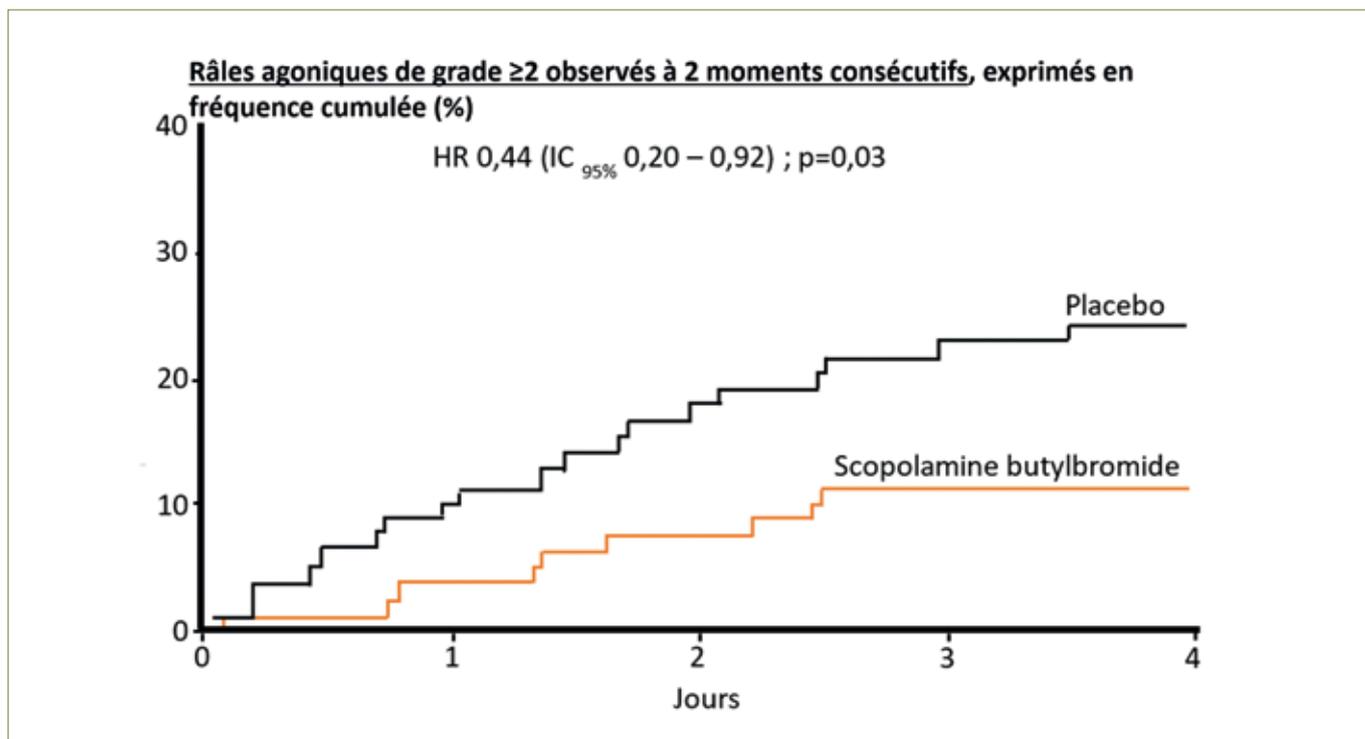
rétenion aiguë d'urine) et celle d'autres symptômes inconfortables de fin de vie (douleur, dyspnée, nausée et vomissement).

Les patients sortaient de l'étude lorsque des râles de grade ≥ 2 étaient notifiés à 4h d'intervalle ou lors du décès du patient.

Le nombre de sujet nécessaire était de 200. Les analyses du critère de jugement principal ont été réalisées en intention de traiter.

La survenue de râles agoniques a été observée chez 37 % des patients de cette étude.

En comparant les 2 groupes, il y avait moins de râles agoniques de grade ≥ 2 notifiés à 4h d'intervalle dans le groupe Scopolamine butylbromide (n=10, soit 13 %) par rapport au groupe placebo (n=21, soit 27 %) ; $p=0,02$. Ce résultat était conforté par une fréquence plus basse de râles agoniques de grade ≥ 2 notifiés à un seul moment dans le groupe Scopolamine butylbromide ($p=0,01$) et par l'apparition de râles agoniques plus tardivement dans le groupe Scopolamine butylbromide (Figure) :



Il n'a pas été mis en évidence de différence entre les deux groupes vis-à-vis de l'apparition d'effets indésirables imputables aux anticholinergiques ou aux symptômes inconfortables en fin de vie.

Conclusion

Cette étude a mis en évidence une plus grande fréquence de survenue de râles agoniques dans le groupe placebo par rapport au groupe recevant de la Scopolamine butylbromide.

Ce résultat est à accueillir avec précaution car, malgré la randomisation, il y avait plus de patients atteints d'un cancer du poumon, de BPCO ou fumeur dans le groupe placebo et cela a pu entraîner un déséquilibre (même si l'analyse post-hoc présenté dans l'article se veut rassurante, l'étude n'a pas été conçue pour cela).

On peut également regretter qu'il n'y ait pas plus de précisions sur la gestion de l'hydratation artificielle (qui pourraient favoriser la production de mucus et ainsi favoriser l'apparition de râles).

Enfin, il y a un élément important à noter est qu'il n'y a pas eu plus d'événements indésirables (imputables aux anticholinergiques ou non) dans le groupe recevant de la Scopolamine butylbromide par rapport au groupe placebo.

Le point de vue du jeune gériatre

La phase agonique d'une fin de vie est délicate à gérer et l'apparition de râles agoniques peut entraîner une angoisse supplémentaire pour les proches et les soignants. Une attention particulière doit donc y être portée, tout d'abord à l'aide de mesures non pharmacologiques en y associant une explication claire aux proches du patient.

Cette étude semble montrer que l'administration sous-cutanée de Scopolamine butylbromide permettrait de réduire la survenue de râles agoniques dans une population bien ciblée (pas d'infection respiratoire active notamment). Il sera probablement difficile de retrouver la même population dans notre pratique courante.

Enfin, cette étude illustre bien qu'il est possible de réaliser des travaux de recherche sur des situations très délicates comme la phase agonique de la fin de vie.

Dr BOUSSUGE Alexandre

Chef de Clinique des Universités – Assistant des Hôpitaux
Service de Soins de Suite et de Réadaptation gériatrique
CHRU de Strasbourg

Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Références

1. Van Esch HJ, van Zuylen L, Geijteman ECT, Oomen-de Hoop E, Huisman BAA, Noordzij-Nooteboom HS, et al. Effect of Prophylactic Subcutaneous Scopolamine Butylbromide on Death Rattle in Patients at the End of Life: The SILENCE Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 5 oct 2021;326(13):1268-76.
2. Lokker ME, Zuylen L van, Rijt CCD van der, Heide A van der. Prevalence, Impact, and Treatment of Death Rattle: A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage*. 1 janv 2014;47(1):105-22.
3. Back IN, Jenkins K, Blower A, Beckhelling J. A study comparing hyoscine hydrobromide and glycopyrrolate in the treatment of death rattle. *Palliat Med*. 1 juin 2001;15(4):329-36.

SYNDROME OCCLUSIF D'ORIGINE MALIGNE

L'histoire clinique concerne une patiente de 95 ans, religieuse, transférée par l'équipe de l'EHPAD aux urgences pour vomissements fécaloïdes et une détresse respiratoire aiguë.

Dans ses antécédents, on retrouve des troubles neurocognitifs majeurs à un stade sévère d'origine probablement mixte, neurodégénérative et vasculaire sachant le terrain d'accident ischémique en 2016 compliqué d'une cécité séquellaire, une presbycusie, ainsi qu'une hyperexcitabilité atriale et une insuffisance cardiaque chronique.

Elle a rédigé des directives anticipées, copiées dans son dossier, exprimant clairement un souhait de non-obstination déraisonnable et une demande de soulagement des souffrances en cas d'aggravation de son état, désignant en fin de document, une personne de confiance pour se substituer à son consentement.

Son indépendance fonctionnelle à l'EHPAD est cotée en GIR 2, bien qu'une aggravation cognitive et fonctionnelle récente fasse plutôt penser à une cotation en GIR 1 depuis peu. Le score de fragilité clinique est à 7/9 avec un Performance Status à 4/4.

À l'examen à l'arrivée aux urgences : confusion comateuse (score de Glasgow à 6/15), détresse respiratoire confirmée par tachypnée à 30/min, signes de luttés avec balancement thoraco-abdominal et une saturation maintenue correcte par un débit d'oxygène à 9L/min au masque.

Le tableau est dominé par des signes d'insuffisance cardiaque droite et gauche, avec une diminution bilatérale du murmure vésiculaire, ainsi que des crépitations humides des bases. Une halitose et la présence de résidus intra-buccaux confirment le caractère fécaloïde des vomissements décrits.

L'abdomen est météorisé dans son ensemble et peu dépressible, semblant douloureux dans tous les cadrans, sans défense ni contracture.

L'ECG est en rythme sinusal malgré l'hyper excitabilité supraventriculaire, sans trouble de repolarisation. On retrouve en particulier, sur la biologie réalisée, une hypokaliémie modérée, secondaire aux vomissements et une insuffisance rénale aiguë KDIGO 1 (créatinémie à $90\mu\text{mol/L}$).

La TDM abdominale (*Figure 1*) retrouve un syndrome occlusif colique en lien avec un épaississement pariétal court sténosant de l'angle colique gauche, sans nodule de carcinose visible ni signe de souffrance pariétale digestive. Sur les coupes thoraciques basses, aspect de pneumopathie d'inhalation bi-basale.



Figure 1 : Scanner abdominopelvien injecté : syndrome occlusif d'origine très probablement maligne sur épaississement pariétal court sténosant de l'angle colique gauche (flèche).

La situation clinique est donc celle d'une patiente de 95 ans, présentant des troubles neurocognitifs majeurs sévères affectant son indépendance fonctionnelle de manière importante qui développe un syndrome occlusif mécanique, d'origine probablement maligne, compliqué d'une détresse respiratoire sur pneumopathie d'inhalation, sévère et bilatérale associée à une insuffisance cardiaque aiguë.

Après une procédure collégiale tenant compte de l'avis de la patiente exprimé dans ses directives anticipées et confirmé par la personne de confiance, le projet palliatif exclusif a été retenu. Des soins palliatifs associant traitements médicamenteux et interventions non médicamenteuses ont permis que les quelques jours qui ont séparé son transfert en gériatrie aiguë de la survenue de son décès se déroulent sans symptôme d'inconfort.

Syndrome occlusif : Diagnostic avant tout clinique confirmé sur un scanner abdominopelvien injecté

Le syndrome occlusif correspond à un arrêt pathologique (partiel ou total) du transit intestinal. Il est responsable de quatre grands symptômes : arrêt des matières et des gaz, douleurs/coliques abdominales, météorisme abdominal, nausées et / ou vomissements. Il est qualifié de malin lorsqu'il évolue en contexte néoplasique connu ou découvert sur les examens morphologiques, avec parfois présence d'ascite et/ou de carcinose péritonéale [1][2].

L'apport de l'imagerie (le scanner abdominopelvien avec injection de produit de contraste est l'examen de référence) permet de confirmer le diagnostic, mais également d'évaluer le mécanisme (mécanique, par la mise en évidence d'une zone de transition entre le grêle plat et le grêle dilaté ou, en son absence, fonctionnel). Cet examen permet également d'évaluer les éventuelles complications graves (perforation, ischémie, ...), le siège de l'occlusion et permet parfois d'obtenir le diagnostic étiologique [3].

Une problématique fréquente en population gériatrique, mais des données manquantes...

La progression des thérapeutiques et du système de soins dans le domaine oncologique est telle que les personnes vivant avec un cancer avancent en âge, avec l'apparition ou la décompensation de fragilités et de comorbidités. Aussi, le syndrome occlusif malin toucherait environ 3 % à 15 % des patients atteints d'un cancer [4]. Des séries autopsiques suggèrent qu'une occlusion intestinale survient chez 20 % à 50 % des patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire et 10 % à 29 % des cancers gastro-intestinaux [5].

Dans des situations connues des services de gériatrie, les stratégies curatives, reposant sur une approche chirurgicale et de réanimation lourdes, sont parfois jugées déraisonnables par les personnes, leur personne de confiance ou par le truchement de discussions collégiales.

Toutefois, notre revue systématique de la littérature n'a pas retrouvé de stratégies de prise en charge palliative du syndrome occlusif qui soient spécifiques aux populations gériatriques.

Des prises en charge palliatives individualisées

Une analyse précise, fine, individualisée et collégiale des enjeux du projet de soins palliatifs est nécessaire dans chaque situation, afin d'orienter vers la prise en charge la plus adaptée.

Lorsque la prise en charge est palliative, l'objectif se traduit soit par la levée d'obstruction (symptomatique, sans forcément aboutir à un traitement étiologique), soit par le seul contrôle des symptômes d'inconforts, sans obtenir la levée d'obstruction dans le but d'améliorer la qualité de vie des patients (Tableau 1).

Les possibilités thérapeutiques regroupent à la fois une approche pharmacologique, des techniques chirurgicales et/ou interventionnelles et des interventions non médicamenteuses.

Tableau 1 : Différentes stratégies palliatives selon l'état général et l'espérance de vie des patients

Etat clinique	Stratégies	Thérapeutiques possibles
Phase pré-agonique Patient non transportable	Pas de levée d'occlusion Seul contrôle des symptômes	Confort*
Phase terminale non pré-agonique Patient transportable pour un geste thérapeutique améliorant son confort	Levée d'occlusion médicamenteuse Et/ou (en cas d'échec) seul contrôle des symptômes	Traitement médicamenteux de l'occlusion Et/ou confort*
Phase non terminale Patient non éligible à une anesthésie générale	Levée d'occlusion par des moyens non chirurgicaux Et/ou seul contrôle des symptômes	Traitement médicamenteux de l'occlusion Rares cas** pose d'une prothèse par voie endoscopique sous sédation
Phase non terminale Patient éligible à une anesthésie générale	Levée de l'occlusion Si possible : prise en charge chirurgicale (a minima palliative)	Traitement médicamenteux de l'occlusion Si possible : techniques de dérivation interne (chirurgicale ou endoscopique) sous anesthésie générale

* Antalgiques, anxiolytiques, antisécrétoires, antiémétiques...

** Discussion collégiale avec des équipes formées, pour situation d'une sténose unique et accessible (œsophagienne ou colique gauche).

Depuis la fin des années 1980, Baines a démontré que les symptômes de l'occlusion intestinale chez les patients pour lesquels la chirurgie n'était pas possible pouvaient être contrôlés par des moyens pharmacologiques [6].

Dans ces derniers, la corticothérapie est à débiter dès la confirmation diagnostique à la posologie 1 à 3mg/kg/j d'équivalent Methylprednisolone. Si l'occlusion persiste à 7 jours, il n'y a pas d'indication à poursuivre le traitement. Les antisécrétoires sont également recommandés, sans consensus concernant l'utilisation du Butyl Bromure de Scopolamine (Scoburen®) ou de l'analogue de l'Octreotide en première intention. Le relai par des formes LP d'Octréotide est possible, lorsqu'un retour à domicile du patient est envisagé. La place des IPP n'est pas standardisée (faible niveau de preuve).

Les études concernant les antiémétiques chez le sujet âgés sont également de faibles niveaux de preuves. L'Haloperidol et le Chlorpromazine semblent être les molécules à privilégier en première intention, car moins prokinétique que la Domperidone et le Metoclopramide (à éviter en cas d'occlusion complète).

Si persistance de vomissements l'Ondansetron (hors AMM), semble être une bonne alternative en deuxième intention [7][3].

En cas d'aggravation clinique, d'échec du traitement médicamenteux de levée d'occlusion ou lorsque le patient est en phase palliative pré-agonique, l'enjeu des soins est exclusivement le soulagement des symptômes d'inconforts.

La gestion non médicamenteuse des vomissements persistants

En cas de vomissements incoercibles ou d'un risque d'inhalation important, en première intention, la pose d'une sonde nasogastrique en aspiration douce (jusqu'à -25 mbar environ) à la phase initiale est justifiée. La réévaluation précoce est nécessaire car le maintien de la sonde entraîne un inconfort régulier pour le patient (odynophagie, ulcération nasale, ...). Si le patient ne tolère pas la sonde ou si le volume aspiré est < 500cc/24h, la sonde doit être retirée [2].

En 2nde intention, ou en cas d'échec, de mauvaise tolérance ou d'impossibilité de pose d'une sonde naso-gastrique, la pose d'une gastrostomie de décharge (par voie radiologique interventionnelle), peut être proposée (toutefois, avec un risque élevé de complication en cas d'ascite ou de carcinose péritonéale, qui rend la balance bénéfique/risque en défaveur de sa réalisation dans ces cas) [8].

Ces symptômes peuvent dans certains cas, justifier d'un recours à la sédation notamment du fait de l'extension des indications des sédations en contexte palliatif, grâce à l'appui des recommandations de la Haute Autorité de Santé [9].

Focus éthique : nutrition et hydratation

La correction de la dénutrition n'apportant pas de bénéfice sur le confort et n'étant pas un enjeu du projet thérapeutique, il n'y a pas d'indication à une alimentation artificielle dans ce contexte palliatif, chez des personnes à l'espérance de vie très limitée et qui n'aurait pour seul objectif que le maintien artificiel en vie.

Selon les mêmes principes, l'hydratation parentérale ne prolongeant pas la survie et accentuant les problèmes de rétention, de sécrétions bronchiques et les besoins d'aspiration, n'a pas vocation à être poursuivie. En effet, l'intensité de la soif et de la sécheresse des muqueuses ne sont pas influencées par le volume d'hydratation orale ou parentérale, mais par des moyens locaux (soins de bouche, soins ophtalmiques, soins cutanés, ...). Dans ce contexte il est nécessaire de discuter avec le patient (ou à défaut avec sa personne de confiance ou son entourage) de l'arrêt de l'hydratation artificielle (a minima, de sa diminution), en s'appuyant au besoin sur la documentation de l'intergroupe SFAP/SFGG : « Il va mourir de faim, il va mourir de soif, que répondre ? » et/ou sur le concours des équipes mobiles d'accompagnement et de soins palliatifs [10][11].

Mesures non pharmacologiques

À la phase initiale, il est nécessaire de mettre à jeun le patient. En cas de résolution d'occlusion, une alimentation Boisson, Yaourt, Compote (BYC) fractionnée est possible. S'y ajoutent des soins de bouches fréquents pour limiter la sécheresse buccale. En l'absence de levée d'occlusion, il est recommandé de rediscuter des enjeux d'accompagnement (lieu des soins, risques encourus, alimentation, recours éventuel à la sédation, ...), en fonction de l'évaluation du pronostic. Les outils de cette évaluation (Palliative Performance Scale, dans sa version 2 notamment, qu'on peut retrouver en ligne sur (<https://bit.ly/3vrPK9p>) peuvent apporter une grande aide aux équipes dans ces décisions. L'accompagnement de fin de vie au domicile, bien que fréquemment souhaité, reste conditionné à la possibilité d'une réponse adaptée par des équipes formées, anticipant une situation de symptômes aigus incontrôlés et mérite des prescriptions anticipées, du fait d'un pronostic sombre à court terme [12].

Conclusion

Le syndrome occlusif est un diagnostic clinique, confirmé par la tomodensitométrie abdomino-pelvienne injectée et est qualifié de malin s'il survient dans l'évolution d'un contexte néoplasique connu ou fortement suspecté sur l'imagerie. Lorsque le niveau d'intensité des soins est limité à un projet palliatif, ce dernier est à adapter à l'état général et à l'espérance de vie du patient, avec des stratégies thérapeutiques individualisées. En Gériatrie, dans les situations où le recours à l'anesthésie générale ou à la chirurgie, fût-elle palliative, sont impossibles, le projet thérapeutique est fortement restreint. Les stratégies interventionnelles (prothèses/stents) sont également limitées.

Le traitement médicamenteux repose alors sur l'association de corticoïdes, d'antisécétrétoires, d'antiémétiques, d'antalgiques et d'anxiolytiques, adaptés aux besoins. Le recours à la sédation doit être discuté dans le cadre réglementaire, en fonction des situations qui pourraient relever d'une de ses indications.

Dans tous les cas, la nutrition et l'hydratation artificielles ne sont pas recommandées, avec un accent à mettre sur les soins de bouche.

Les équipes mobiles d'accompagnement et de soins palliatifs peuvent apporter un soutien important dans les processus décisionnels et l'ajustement des thérapeutiques dans ces cas complexes.

Emilie HARDY

Interne de DES de Gériatrie à la Faculté de Médecine de la Sorbonne.
Elle soutiendra sa thèse d'exercice « Prise en charge palliative du syndrome occlusif en gériatrie »

Dr Matthieu PICCOLI

Praticien Hospitalier sur le site de Broca de l'APHP, Centre Université de Paris Cité, rattaché à l'EA 4468 « Maladie d'Alzheimer, facteurs de risques, soins et accompagnement des patients et familles »

Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Références

1. Ripamonti C, Bruera E. Palliative Management of Malignant Bowel Obstruction. *Int J Gynecol Cancer* 2002;12:135–43. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1438.2002.01103.x>.
2. Occlusion digestive sur carcinose péritonéale, AFSOS, 19/12/2013 n.d.
3. Laval G, Marcelin-Benazech B, Arvieux C, Chauvenet L, Copel L, Durand A, et al. Traitement symptomatique de l'occlusion intestinale sur carcinose péritonéale : Recommandations de bonnes pratiques cliniques. <http://www.em-premium.com/data/revues/16366522/v11s1/S163665221270003X/> 2012.
4. Anthony T, Baron T, Mercadante S, Green S, Chi D, Cunningham J, et al. Report of the Clinical Protocol Committee: Development of Randomized Trials for Malignant Bowel Obstruction. *Journal of Pain and Symptom Management* 2007;34:S49–59. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.04.011>.
5. Tuca A, Guell E, Martinez-Losada E, Codorniu N. Malignant bowel obstruction in advanced cancer patients: epidemiology, management, and factors influencing spontaneous resolution. *CMAR* 2012;159. <https://doi.org/10.2147/CMAR.S29297>.
6. Baines M, Oliver DJ, Carter RL. Medical management of intestinal obstruction in patients with advanced malignant disease. *The Lancet* 1985;326:990–3. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(85\)90534-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(85)90534-3).
7. Mercadante S, Ripamonti C, Casuccio A, Zecca E, Groff L. Comparison of octreotide and hyoscine butylbromide in controlling gastrointestinal symptoms due to malignant inoperable bowel obstruction. *Support Care Cancer* 2000;8:0188. <https://doi.org/10.1007/s005200050283>.
8. Dittrich A, Schubert B, Kramer M, Lenz F, Kast K, Schuler U, et al. Benefits and risks of a percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) for decompression in patients with malignant gastrointestinal obstruction. *Support Care Cancer* 2017;25:2849–56. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3700-1>.
9. HAS. Comment mettre en oeuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ? 2020.
10. Groupe SFAP/SFGG. "Il va mourir de faim, mourir de soif" Que répondre ? rev. janv2012.
11. Cherny NI, Radbruch L, The Board of the European Association for Palliative Care. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med* 2009;23:581–93. <https://doi.org/10.1177/0269216309107024>.
12. SFAP. Fiche Urgence Pallia (=SAMU Pallia) <https://sfap.org/rubrique/fiche-urgence-pallia-samu-pallia>.

ANNONCES DE RECRUTEMENT



Le Centre Hospitalier des 4 Villes (Saint-Cloud, Sèvres, Hauts-de-Seine) ayant ouvert une unité de médecine gériatrique aiguë de 27 lits (en plus de son UGA de 22 lits) recherche

UN PRATICIEN HOSPITALIER TEMPS PLEIN, GÉRIATRE

Le CHAV dispose d'une filière gériatrique complète avec UGA, SSR gériatrique, USLD, EHPAD, consultations mémoires, accueil de jour. Inscription à l'Ordre indispensable.

Contactez le Dr Cécile CHARPENTIER, Cheffe de Pôle, avec CV et lettre de motivation c.charpentier@ch4v.fr



ÎLE-DE-FRANCE



CENTRE HOSPITALIER DU SUD SEINE ET MARNE
FONTAINEBLEAU • MONTEREAU-FAULT-YONNE • NEMOURS

60 km de Paris par A6 - 35mn direct en train
Court séjour gériatrique, soins de suite gériatriques, équipe mobile gériatrique, soins de longue durée

RECRUTE 1 GÉRIATRE Praticien Hospitalier - Temps Plein h/f

Inscrit(e) au tableau de l'Ordre - Sur un poste de praticien hospitalier vacant

Pour tous renseignements contacter :
Madame Marie-Laure GAGNEUX, Cheffe de pôle Gériatrie
m.l.gagneux@ch-sud77.fr
ou le bureau des Affaires Médicales
01 64 31 65 92/72 - affaires.medicales@ch-sud77.fr

Envoyer CV au Directeur
55, boulevard Joffre - 77305 FONTAINEBLEAU CEDEX
direction@ch-sud77.fr




RENDEZ-NOUS VISITE !

VEZ DÉCOUVRIR NOTRE AMBIANCE DE TRAVAIL CONVIVIALE ET UN CADRE VERDOYANT NATUREL AU CŒUR DE LA VILLE !!

Et si votre profil faisait la différence ! Nous recrutons UN MÉDECIN GÉRIATRE/MEDCO*, à mi-temps avec possibilité temps plein, afin d'intégrer une équipe dynamique et soudée. Notre fondation historique abrite un EHPAD, un centre de santé et un accueil de jour dans un parc charmant et arboré avec grand parking privé. Située à Cormeilles-en-Parisis (95) à 20 minutes de la gare Saint-Lazare, accès transports en commun facilité.

Notre culture interne veille à l'équilibre vie professionnelle et privée mais propose également une ambiance de travail encadrée par de fortes valeurs autour du bien-être et de la confiance.

*** Possibilité de prendre en charge votre formation pour devenir Médecin Coordinateur.**

Vous assurez la prise en charge et le suivi médical de la personne âgée ainsi que l'évaluation « gériatrique » et participez à la bonne tenue du dossier médical. Une activité complémentaire est possible au centre de santé. Notre EHPAD accueille 109 résidents et l'accueil de jour bénéficie de 10 places. L'équipe médicale en place est composée de 2 médecins, 1 salarié, 6 IDE, 1 IDEC, 1 psychologue et 1 psychomotricien.



Statut : Cadre Rémunération attractive
Horaires aménagés

Contact : M MARKIEWICZ :
direction@chabrand-thibault.com



Candidatures à adresser à
Mme François, Responsable RH
ca.francois@ch-crepyvalois.fr

Le Centre Hospitalier de Crépy-en-Valois recrute



1 Praticien Contractuel

à temps partiel ou à temps plein, éventuellement spécialisé en gériatrie pour le service de l'USLD et

1 Praticien Coordonnateur

à temps plein ou à temps partiel pour les EHPAD Etienne-Marie De La Hante et Les Primevères situés tous deux sur la commune de Crépy-en-Valois.

L'hôpital de Crépy-en-Valois est un établissement public de santé comprenant :

- Un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) non spécialisés adultes en hospitalisation complète de 30 lits, dont 4 lits identifiés soins palliatifs.
- Une unité de soins de longue durée (USLD) de 30 lits, dont 2 lits identifiés soins palliatifs.
- Un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de 179 lits, répartis sur 3 sites, dont 30 lits sont dédiés à la prise en soins Alzheimer ou maladies apparentées.

L'établissement est associé au centre hospitalier intercommunal de Compiègne-Noyon (CHICN) dans le cadre du groupement hospitalier de territoire Oise Nord-Est (GHT-ONE).



Travailler chez Filiaris, c'est faire le choix d'exercer en salariat au sein d'un groupe de santé privé non lucratif portant des valeurs fortes issues d'un riche passé minier : l'engagement, la proximité, l'ouverture, l'écoute et l'expérience.

NOUS RECHERCHONS

2 Médecins Généralistes Hospitaliers ou Gériatres

H/F pour nos établissements d'Escaudain (59) et Bruay-la-Buissière (62).



Vos Missions

- Établir, conduire les prescriptions médicales, surveiller la bonne exécution et expliquer les modalités de traitements.
- Mettre en place le projet thérapeutique.
- Travailler en équipe pluridisciplinaire et coordonner les synthèses.
- Veiller à l'application des bonnes pratiques professionnelles.
- Gérer les relations avec les partenaires, les relations fonctionnelles et échanger avec le patient et sa famille.
- Participer à la démarche qualité.

Conditions

- Diplôme d'État de Docteur en Médecine Générale ou de Médecin Gériatre.
- Capacités en gériatrie ou en soins palliatifs souhaitées.
- Inscription au Conseil de l'Ordre.

Rémunération et avantages

- Salaire fixe selon profil et indemnités frais professionnels.
- Prise en charge de l'assurance professionnelle.
- Mutuelle et prévoyance d'entreprise.
- Prestations du CSE.

CANDIDATURE À ENVOYER À
recrutement.carmin@filiaris.fr

Contacts

Le Bois de la Loge : Mme Lefebvre - 06 37 53 44 41 | La Roseraie : Mr Becques - 06 71 63 31 84



**PÔLE GÉRIATRIQUE
RENNAIS Recrute**

UN MÉDECIN GÉRIATRE (H/F) pour son service de SSR ou de médecine aiguë gériatrique en contrat à durée indéterminée (CDI) à temps plein (possibilité 80 %)



Notre priorité : développer une filière gériatrique complète.

Depuis plus de 50 ans, le Pôle Gériatrique Rennais (PGR) prend en charge des personnes du Grand Âge. Médecine aiguë gériatrique, SSR (polyvalent, spécialisés), hospitalisation de jour, USLD, EHPAD... notre équipe médicale développe ses expertises et accompagnements au plus près des besoins de nos patients et résidents.

Rejoindre le Pôle Gériatrique Rennais **c'est intégrer une équipe médicale composée de 21 médecins** : généralistes, gériatres, MPR, cardiologues, angiologue, neurologue...

Rejoindre le Pôle Gériatrique Rennais, **c'est bénéficier d'une convention collective attractive.**

Rejoindre le Pôle Gériatrique Rennais, **c'est intégrer un groupe national à but non commercial.**

Rejoindre le PGR, **c'est intégrer un établissement dynamique du territoire, porteur de projets** : création de lits SSR Alzheimer, SSR de réautonomisation rapide, SSR post-COVID, Unité Cognitive Comportementale, Consultation mémoire, Labellisation Hôpital de Proximité.

Rejoignez-nous !

Merci d'adresser votre candidature par courrier à :

Pôle Gériatrique Rennais - Pôle Ressources Humaines - 100/102, avenue André Bonnin - CS 27448 - 35135 CHANTEPIE
Ou par mail à : arh.rennes@ugecam.assurance-maladie.fr



**LA FONDATION
GEORGES
COULON,**

établissement privé solidaire adhérent à la FEHAP, intervient dans deux grands domaines de la santé publique : Le sanitaire et le médico-social. Elle regroupe 6 structures en Sarthe qui comptent plus de 700 lits et places, et près de 500 salariés.



RENSEIGNEMENTS

Auprès de la DRH : recrutements@fondation-gcoulon.fr

www.fondation-gcoulon.fr

Bon vivre en Sarthe, cadre de vie optimal à moins d'1 heure de Paris en TGV.

Facilité d'aide au logement dans le cadre d'un déménagement.

Elle souhaite renforcer son équipe médicale sur ses deux sites sanitaires :

● Un poste de **médecin généraliste ou gériatre en SSR** sur le **SITE DU MANS**

● 2 postes de **médecin généraliste ou gériatre** sur le **SITE DU GRAND-LUCÉ**

Cet établissement est reconnu hôpital de proximité et travaille en partenariat avec les établissements médico-sociaux du territoire ainsi que les professionnels libéraux. Il intègre des cabinets de médecins libéraux au sein de sa structure. L'un des postes à pourvoir propose une activité de médecin généraliste partagée entre une activité libérale et un temps partagé sur l'activité de médecine.



Site du Mans



Site du Grand-Lucé, 30 minutes du Mans



LE CHÂTEAU DE BON ATTRAIT RECRUTE

Située à Villaz à proximité d'ANNECY en Haute-Savoie, notre clinique bénéficie d'un cadre de vie et de travail privilégié.

Équipée de 140 lits, elle est spécialisée en Soins Médicaux et de Réadaptation GÉRIATRIQUES et POLYVALENTS.

Notre équipe médicale se compose de médecins généralistes et gériatres, travaille en équipe pluridisciplinaire, participe aux relèves, aux instances et à la gestion de projet (ouverture HDJ).

Nos conditions de travail s'inscrivent dans un environnement de grande qualité, avec des équipes de soignants et de rééducateurs qui animent le parcours patient dont vous serez acteur.

N'hésitez pas à nous contacter pour davantage d'informations.

pour compléter l'équipe médicale : 1 Médecin Gériatre ou Généraliste (H/F) avec expérience en gériatrie 1 Médecin Coordinateur (H/F)

Les postes sont à pourvoir
à temps plein ou à 80%
dès septembre.

Possibilités de restauration
et d'hébergement
temporaire sur place.

Rejoignez-nous
en adressant votre candidature
à l'adresse suivante :
rh2.bonattrait@orpea.net



Hôpital Robert Pax

Hôpital
St-Joseph

GÉRIATRE

à temps plein pour renforcer l'effectif médical des services de gériatrie des hôpitaux Robert Pax de Sarreguemines et Saint-Joseph de Bitche.

Statut de praticien contractuel ou de praticien hospitalier (mutation ou 1^{ère} nomination suite à la réussite au CNPH).

Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins indispensable.

ADRESSER CANDIDATURE ET CV À

Monsieur Jonathan HAAS

Directeur des Affaires Médicales,
de la Recherche et de l'Innovation
Tél. : 03 87 27 33 11 (secrétariat)

Email : jonathan.haas@ch-sarreguemines.fr



LE CENTRE HOSPITALIER DE LA GRAFENBOURG

L'Hôpital la Grafenbourg est un établissement public hospitalier situé à Brumath à 20 km au nord de Strasbourg, facilement accessible en voiture.

Il est constitué d'un pôle sanitaire (SSR, Hôpital de Jour et USLD) et d'un pôle médico-social (3 EHPAD dont UVP, un accueil de jour, un SSIAD) pour un total de 339 lits et places.

NOUS RECHERCHONS

Un médecin à temps plein ou temps partiel pour un poste partagé entre l'EHPAD La Pommeraiie et l'Hôpital de Jour.

VOUS AUREZ EN CHARGE

- 72 résidents dont vous serez le médecin traitant.
- L'Hôpital de Jour qui assure le diagnostic des pathologies du patient âgé.
- Vous participerez à la permanence des soins avec des astreintes pour le pôle sanitaire, l'EHPAD la Pommeraiie et les UVP (une par semaine et 1 week-end par mois).
- Vous serez invité à participer aux grandes instances (GME, CLIN, CLAN, CLUD).

L'équipe médicale est constituée de 4 médecins.

Le recrutement se fait sur le statut de praticien hospitalier avec rémunération selon les grilles en vigueur et selon l'ancienneté.



RECHERCHE
UN GÉRIATRE
pour son site de Brumath

CANDIDATURE À ADRESSER À :

Monsieur le Directeur de l'Hôpital La Grafenbourg
7 rue Alexandre Millerand - BP 26 - 67170 BRUMATH
directeur@ch-lagrafenbourg.fr
Tél. : 03 90 29 16 00

C.H.I.C. UNISANTÉ+

Hôpitaux publics de FORBACH et SAINT-AVOLD

Département de la Moselle
à proximité de l'Allemagne,
du Luxembourg et de la Belgique

POUR TOUT RENSEIGNEMENT, CONTACTER :

Christelle BOUDENGEN
Tél. : 03 87 88 80 16

E-mail : christelle.boudengen@unisante.fr
et E-mail : affaires.medicales@unisante.fr



RECRUTE

- UN(E) MÉDECIN GÉNÉRALISTE
- UN(E) GÉRIATRE

LES CANDIDATURES ACCOMPAGNÉES D'UN CURRICULUM VITÆ SONT À ADRESSER À :

Madame le Directeur du CHIC UNISANTÉ+
Centre Hospitalier Marie Madeleine de FORBACH
2, rue Thérèse - BP 80229 - 57604 FORBACH CEDEX
Fax : 03 87 88 80 26






LE CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL D'ESPALION
pour son EHPAD de 150 lits et **LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-GENIEZ D'OLT** pour son EHPAD de 124 lits **RECHERCHENT Médecins Coordonnateurs**

Missions principales :
Coordonner la politique d'admission des résidents et donner un avis sur les admissions au sein de l'EHPAD de l'hôpital.
Évaluer et valider l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins requis.
Contribuer auprès des professionnels de santé, à la bonne adaptation des prescriptions de médicaments et des produits et prestations.
En cas de situation d'urgence ou de risques vitaux, réaliser des prescriptions médicales pour les résidents de l'EHPAD.

Modalités de recrutement :
Postes à pourvoir à temps plein, possibilité de temps partiel 80% et 50%. Contrat de praticien contractuel avec évolution possible vers un poste de PH.

Diplômes et formations :
Être titulaire d'un diplôme de Docteur en médecine et souhaitablement d'un diplôme spécialisé en gériatrie/gérontologie.

CANDIDATURES À ADRESSER À
M. Darin-Bertrand, Directeur Délégué - jean-philippe.darin-bertrand@ght-rouergue.fr





Vous êtes Gériatre et vous souhaitez exercer à l'hôpital public, dans une région où il fait bon vivre ?
Nous recrutons plusieurs profils dans la filière gériatrique, tous statuts possibles.
En fonction de votre expérience et de vos appétences, nous pourrions définir ensemble une fiche de poste à la carte sur l'une ou plusieurs des missions suivantes :

- Court séjour gériatrique
- SSR polyvalent ou gériatrique
- USLD
- EMOG
- Gérontopsychiatrie
- Missions de coordination (en EHPAD ou sur notre nouveau projet territorial).

L'établissement a de nombreux projets en cours pour la filière gériatrique :

- Le développement de l'hospitalisation de jour (HDJ diagnostic, prévention chutes, onco-gériatrie).
- Un poste nouvellement créé de coordination avec la médecine de ville et le réseau territorial pour éviter les passages par les urgences.

Renseignements et contact : ✉ affaires-medicales@ch-mdm.fr ☎ 05 58 05 10 24

Venez rejoindre l'équipe du CHI de Mont-de-Marsan, dans les Landes !





Le Centre Gérontologique de Bouillante (Guadeloupe - Côte-sous-le-Vent)
comprenant une unité de 45 lits de soins de suite gériatriques et 60 lits d'EHPAD,

Équipe médicale :

- 2 Médecins Gériatres (1ETP ½) en SSRG.
- 1 Médecin Généraliste (½ ETP) en SSRG.

Équipe paramédicale pluriprofessionnelle.
Rémunération supérieure à celle de la convention collective FHP, à débattre.

Avantages proposés :

- Billet avion aller/retour remboursé.
- Logement pris en charge pendant 1 mois.
- Véhicule mis à disposition pendant 1 mois.

CHERCHE MÉDECIN GÉRIATRE,
CDI ou CDD longue durée, pour :

- **Mi-temps :** Médecin Coordonnateur / Médecin Traitant de l'EHPAD.
- **Mi-temps :** Médecin Gériatre pour le SSRG.

Candidatures à adresser à Mme Corinne SAINTE-LUCE
✉ csl@manioukani.com ☎ 0960 47 17 30






LE CENTRE HOSPITALIER DU SAINT-ESPRIT (CHSE), SITUÉ EN MARTINIQUE

RECHERCHE UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE ou GÉRIATRE temps plein,
pour la prise en charge des patients dans le service de médecine polyvalente à orientation gériatrique, avec présence de LISP.
Possibilité de travailler au sein de l'EMIL si appétence pour les soins palliatifs.

FONCTION DU SERVICE
Horaires du service : 8h-17h.
Pathologies : Accueil des patients adultes polypathologiques nécessitant une prise en charge médicale relevant de diverses spécialités :

- Médecine interne et vasculaire,
- Infectiologie,
- Gastro-entérologie,
- Neurologie,
- Rhumatologie,
- Gériatrie.

Composition de l'équipe :

- 1 Praticien à temps Partiel (60%),
- 1 Praticien à mi-temps,
- 1 Cadre de Santé,
- Équipe soignante.

RÉMUNÉRATION
L'établissement propose une rémunération assise sur la base des émoluments applicables aux praticiens contractuels à temps plein, 4^{ème} échelon, incluant la prime de précarité de 10 % et peut être négociée.
Possibilité de formation en fonction du profil et des motivations.

Candidatures à adresser à Mme IFAIDI, Responsable RH
malika.ifaidei@ch-saint-esprit.fr

