



HAL
open science

Prise en charge de la dyspnée en soins palliatifs

Sarah Cabaret

► **To cite this version:**

Sarah Cabaret. Prise en charge de la dyspnée en soins palliatifs. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01107236


HAL Id: dumas-01107236

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01107236>

Submitted on 20 Jan 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Récit de situation complexe authentique : Prise en charge de la dyspnée en soins palliatifs

Par

Sarah CABARET épouse CHALIFOUR

Infirmière diplômée d'état

Diplôme universitaire « Accompagnement et fin de vie »

Année universitaire 2013 – 2014

Université Pierre et Marie Curie - Paris 6

Responsables d'enseignement :

Professeur Francis BONNET

Docteur Véronique BLANCHET

Docteur Yolaine RAFFRAY

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

Contexte	3
----------------	---

I - NARRATION DE LA SITUATION CLINIQUE

Histoire de la maladie. Mode de vie	4
Evolution en cours d'hospitalisation	5

II - ANALYSE DE LA SITUATION CLINIQUE

1) Les problèmes posés par cette situation	8
2) Les problèmes que me pose la situation	8
Importance de la temporalité propre à chacun	8
Les difficultés à communiquer, et à percevoir la volonté	9
La prise en charge de la famille	9
La gestion des problèmes respiratoires	10
L'exercice de la collégialité	10
3) Choix de la problématique	10

III - RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Exploration de la problématique	11
1) Définition des mots clés	11
2) Positionnement de la démarche : objectifs en soins palliatifs	12
Stratégies différentes selon les phases d'évolution de la maladie	12
Des soins adaptés au contexte et à l'environnement	13
3) Physiopathologie de la dyspnée	13
4) Étiologies de la dyspnée	13
Traitements étiologiques	13
5) Évaluation de la dyspnée	14
6) Traitements symptomatiques de la dyspnée	16
La prise en charge de la dyspnée en situation d'urgence	16
a) Approche non pharmacologique	16
Rôle infirmier dans la prise en charge de la dyspnée	16
Surveillance de l'efficacité et effets secondaires des traitements mis en place	17
Actions infirmières autonomes	17
Actions infirmières faisant appel à des connaissances spécifiques	18
b) Approche pharmacologique symptomatique	18

IV - SYNTHÈSE ET CONCLUSION

ANNEXES	23
BIBLIOGRAPHIE - WEBOGRAPHIE	29

INTRODUCTION

Contexte

Je suis infirmière depuis quatre ans et j'exerce au sein d'une unité conventionnelle de pneumologie de dix-neuf lits.

Nous accueillons au sein du service des patients en phase aiguë de leur maladie, certains viennent pour des bilans, et d'autres nous sont transférés du service voisin (l'hôpital de semaine d'oncologie-pneumologie) pour suite de prise en charge quand leur état ne permet pas un retour immédiat au domicile. Nous réalisons donc de temps en temps des chimiothérapies.

Nous avons parmi nos lits, deux lits identifiés en soins palliatifs (LISP)¹, sans que ceux-ci ne soient néanmoins géographiquement identifiés.

Il existe au sein du service une activité importante de cancérologie thoracique. La prise en charge de ces patients est principalement ambulatoire, en hôpital de jour, hôpital de semaine. Les patients relevant d'une hospitalisation conventionnelle sont hospitalisés dans notre secteur. Nous intervenons lors des différentes phases : de l'annonce du diagnostic, à la poursuite des thérapeutiques actives, nous mettons en lien les patients qui le souhaitent avec l'équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs (EMASP) présente sur l'hôpital, nous prodiguons les soins jusqu'au décès des patients et nous accompagnons les proches de ces malades lors de leur passage dans notre service.

C'est cette prise en charge spécifique qui m'a conduite à suivre le diplôme universitaire « accompagnement et fin de vie ». Je souhaitais obtenir des pistes de réflexion afin d'améliorer ma pratique quotidienne et grâce à mon apprentissage, diffuser la culture palliative auprès de mes collègues afin de mieux réfléchir en équipe lorsque des situations complexes de fin de vie se présentent dans le service.



1 La circulaire du 25 mars 2008 donne la définition des LISP : « Les LISP se situent dans des services qui sont confrontés à des fins de vies ou des décès fréquents, mais dont l'activité n'est pas exclusivement consacrée aux soins palliatifs. L'individualisation de LISP au sein d'un service ou d'une unité de soins permet d'optimiser son organisation pour apporter une réponse plus adaptée à des patients qui relèvent de soins palliatifs et d'un accompagnement, comme à leurs proches ».

I- NARRATION DE LA SITUATION CLINIQUE

J'ai en charge Madame V., 71 ans, hospitalisée dans le service le 07/05/2013, via les urgences, pour altération de l'état général avec hyperthermie et aggravation progressive de la dyspnée depuis une semaine, au domicile.

Elle restera hospitalisée dans le service jusqu'à son décès, un mois et demi plus tard, le 23/06/2013.

Histoire de la maladie

La patiente est suivie depuis septembre 2013 pour la prise en charge d'un cancer bronchique à petites cellules avec métastases (os, surrénales, crâne). Ce cancer a été révélé par une fracture spontanée du col fémoral droit qui a nécessité la pose d'une prothèse de hanche.

Elle a reçu six cures de chimiothérapies et une irradiation cérébrale. Elle est actuellement en 2^e ligne.

Le dernier scanner effectué montre une progression pulmonaire et l'état général de Madame V. se dégrade. Elle présente de nombreux effets secondaires liés à la chimiothérapie : asthénie, nausées, réapparition des douleurs au niveau du bassin, somnolence (liée à la prise d'Ixprim ?), anorexie avec perte de poids (-6 Kg en un mois).

La poursuite de la chimiothérapie est discutée en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). L'état clinique de Madame V. le permettant, les médecins s'orientent vers une reprise de la chimiothérapie en modifiant le protocole.

D'après l'équipe médicale, il y a peu d'espoir de réponse dans ce contexte. Le médecin oncologue explique à la patiente et à sa famille que le résultat de la chimiothérapie reste incertain.

Mode de vie

Secrétaire à la retraite, la patiente vit au domicile, en appartement au 3^e étage sans ascenseur, avec son mari qui a environ le même âge qu'elle. Celui-ci est également retraité.

Elle est entourée par ses deux filles de 37 et 42 ans qui passent la voir régulièrement. Avant son hospitalisation elle hébergeait chez elle sa fille, récemment séparée de son conjoint, et ses deux jeunes enfants dont un bébé de six mois.

Elle a reçu une éducation religieuse catholique mais se dit non croyante et non pratiquante. Elle a désigné son mari comme personne de confiance.

Elle est sous oxygénothérapie à domicile. Elle reconnaît être très anxieuse et prend des somnifères le soir pour s'endormir. Elle est autonome pour les actes de la vie quotidienne mais se dit très fatiguée. Elle marche difficilement avec une canne depuis son intervention chirurgicale. Elle n'a pas d'aide extérieure mais peut compter sur une aide familiale.

Depuis la découverte de sa maladie elle est suivie par l'EMASP qui a fait les démarches nécessaires pour inclure la patiente dans un réseau de soins palliatifs.

Elle bénéficie également d'un soutien moral régulier par la psychologue de l'EMASP. Cette dernière effectue également un suivi auprès du mari de Madame V.

Evolution au cours de l'hospitalisation

- J0.** Dès son arrivée, elle est mise sous oxygénothérapie à 12 l/min au masque à haute concentration. Une antibiothérapie intraveineuse est débutée en vue de traiter une pneumopathie. La gravité de la situation est expliquée au mari de Madame V. L'état de Madame V. est stable, les gaz du sang sont prélevés régulièrement tous les deux jours pour surveillance, et on poursuit l'antibiothérapie intraveineuse. Des bolus de corticoïdes intraveineux sont administrés. Elle reçoit des traitements pour traiter une éventuelle pneumocystose ou une autre infection fongique.
- J6.** Madame V. est très inconfortable au niveau respiratoire malgré 30 l/min d'oxygène (15 l aux lunettes + 15 l au masque, soit le maximum que l'on puisse administrer avec les débitmètres que nous possédons). Ses mouvements sont très limités à cause de la dyspnée et la contraignent à rester alitée. Elle présente une sécheresse buccale très gênante. Les médecins décident donc, dans l'urgence, de mettre la patiente sous Optiflow™², afin d'améliorer son confort le plus rapidement possible. Elle sature alors à 97 % sous Optiflow™ à 70 % de FiO₂ et se dit « un peu mieux » sur le plan respiratoire.
- J24.** Devant l'aggravation de l'état respiratoire et l'absence d'amélioration malgré les thérapeutiques il est émis l'hypothèse d'une exacerbation de fibrose née de l'atteinte pulmonaire tumorale. Une de ses filles est alors vue par un médecin du service qui annonce un pronostic réservé à court terme et l'impossibilité de thérapeutiques permettant d'envisager une amélioration de l'état de Madame V. Il est décidé de prodiguer à Madame V. des soins de confort et une prescription anticipée de morphine est à débiter en cas d'apparition d'inconfort respiratoire. Il est également évoqué le projet d'un transfert vers une USP sous réserve que l'on puisse sevrer la patiente de l'Optiflow™ car l'USP n'utilise pas ce matériel. La famille est en accord avec ce projet.
- J30.** L'interne de l'EMASP effectue une épreuve de retrait de l'Optiflow™. La patiente tolère le retrait de l'Optiflow™ pendant 30 minutes puis désature à 83 % sous 6 l/min d'oxygène au masque, sans gêne respiratoire. L'interne profite du moment pour discuter et faire un point avec Madame V. Je ne sais pas comment a été amenée la conversation, ni comment ont été posées les questions, mais l'interne a noté dans le dossier médical les choses suivantes : « Elle espère fortement que son état va s'améliorer mais dit qu'elle ne souhaite pas mourir à l'hôpital. Elle dit qu'elle n'aborde pas le sujet de la mort avec son mari. »
- J40.** Une des filles de Madame V. est en pleurs ce matin. Je discute un peu avec elle en dehors de la chambre. Elle me dit que « sa mère n'a pas le moral et que son comportement a changé depuis vendredi dernier ». Elle me dit également « qu'en arrivant tout à l'heure, sa mère était énervée et qu'elle voulait enlever l'oxygène ». Elle se dit « perdue » par rapport à la situation et se questionne sur la faisabilité du transfert en USP de sa mère, craignant particulièrement le transport en ambulance. Je l'écoute et tente de la rassurer. Je lui réponds que je n'ai pas remarqué de changement de comportement et que je vais sonder mes collègues à ce sujet. Je lui dis que j'irai après notre conversation évaluer l'état de Madame V. et la questionner pour savoir ce qui lui est inconfortable. J'explique à la fille que la situation est évaluée au jour le jour et que nous ne prendrons pas le risque d'un transfert si cela est trop risqué. Quand j'entre dans la chambre de la patiente, je la trouve endormie. Je pense que Madame V. a eu un moment d'angoisse et s'est ensuite apaisée.

2 Cf définition page 11

J'interroge mes collègues qui me disent ne pas avoir remarqué de changements dans l'attitude de Madame V.

Je suis intriguée par le comportement de Madame V., qui change totalement qu'elle soit en présence de sa famille ou avec moi et les autres soignants. Comme si elle voulait se montrer forte.

D'ailleurs, quand je suis avec la patiente et que je la questionne, elle me répond que « tout va bien », « qu'elle est bien installée dans son lit », que « l'Optiflow™ ne la gêne pas », alors que je sais que ce matériel présente plusieurs inconvénients et peut-être inconfortable.

Madame V. parle peu, elle a des réponses stéréotypées. Elle n'engage pas la conversation et reste discrète. Elle parle volontiers de ses petits enfants dont leur présence lui manque. Ses mouvements étant limités, elle est toujours allongée dans son lit, elle est calme et reste presque immobile. Son regard dur, son visage peu expressif, et son attitude me font penser à de l'anxiété. Elle ne sourit pas et semble comme « absente » lorsque je tente des petites blagues pour détendre l'atmosphère. Son silence m'interroge, et je suis plutôt mal à l'aise quand je me retrouve seule avec elle. Quand je rentre dans sa chambre elle est souvent endormie devant la télévision, elle fait quelques mots croisés et est parfois au téléphone avec des amis. Elle semble avoir un grand réseau amical mais refuse que ceux-ci viennent la voir à l'hôpital, ne souhaitant pas « qu'ils la voient dans cet état ». Elle me dit « qu'elle ne s'ennuie pas et qu'elle apprécie de pouvoir se reposer dans la journée ». Au cours des soins de nursing, Madame V. semble gênée que je l'aide. Elle dit : « Laissez-moi la bassine, je vais me débrouiller ! » Et lorsque je reviens vers elle, je la retrouve très essoufflée, n'ayant pas osé m'appeler.

Voyant une réelle souffrance face à cette perte d'autonomie, je reste près d'elle pour l'accompagner, tout en la laissant participer au maximum de ses capacités. Je prends le temps de faire des pauses pour qu'elle puisse reprendre son souffle et aller à son rythme. Les deux filles de Madame V. sont souvent présentes à ses côtés. Elles viennent la voir ensemble et passent plusieurs heures avec elle.

Ayant des difficultés à percevoir les souhaits et le ressenti de ma patiente, je profite de la présence de ses filles que je sollicite et utilise comme médiatrices pour provoquer la parole. Les filles semblent avoir confiance dans l'équipe soignante. Elles n'hésitent pas à nous interpeller dans le couloir où à venir nous chercher dans le poste de soins. J'essaie de rester à leur écoute, m'efforçant d'être disponible malgré la charge de travail.

J42. Devant le flou des éléments avancés par les différents intervenants qui entourent la patiente, concernant un éventuel transfert en USP, une réunion est organisée en présence de l'EMASP (1 médecin et 1 infirmière), du médecin oncologue référent de Madame V., de moi-même qui m'occupe de Madame V. ce jour, de l'époux et des deux filles de la patiente.

La famille nous dit que « Madame V. se sent bien ici et ne souhaite pas à tout prix un transfert en USP ». Le médecin verra la patiente afin d'écouter ses souhaits concernant son devenir.

Au cours du séjour de Madame V. dans le service, je vois de moins en moins son mari, lui qui était très présent au début de l'hospitalisation, posant de nombreuses questions concernant les traitements et l'espoir de guérison de son épouse. Il est présent lors de la réunion mais parle peu, laissant ses filles prendre la parole. Il est proposé au mari, visiblement en grande souffrance, de rencontrer la psychologue de l'EMASP. Celui-ci accepte la proposition.

A la suite de cette réunion, les filles m'ont semblé plus distantes. Étaient-elles apaisées, résignées ou en colère ? Elles venaient moins souvent me voir. Elles restaient toutefois très coopérantes quand je les sollicitais et leur posais des questions sur leur mère.

Devant l'incapacité de Madame V. à répondre, la décision d'orientation s'est finalement prise avec la famille qui n'a pas souhaité de transfert dans une USP. Notre rôle de soignant a alors été de les écouter et de les conseiller.

J45. Compte tenu de l'absence d'amélioration et de la persistance d'une altération de l'état général, d'une désescalade thérapeutique avec arrêt de l'Optiflow™ bien toléré (relayé par une oxygénothérapie aux lunettes), un traitement par morphine et midazolam est débuté.

Après l'introduction de ces thérapeutiques, Madame V. est somnolente et semble détendue. Lorsque je lui parle, elle ouvre les yeux, esquisse parfois un sourire, sans parler, et se rendort aussitôt. Les doses de midazolam sont augmentées la nuit et lui permettent d'avoir un sommeil réparateur. Elle décompense progressivement au niveau respiratoire et justifie l'adaptation des doses anxiolytiques et antalgiques.

J47. Elle décède dans le service entourée de sa famille.

Les filles reverront le médecin quelques jours plus tard et remercieront l'équipe de l'accompagnement effectué auprès de leur mère.

∞ - oOo - ∞

II - ANALYSE DE LA SITUATION CLINIQUE

1) Les problèmes posés par cette situation :

- **Dyspnée** liée à une probable pneumopathie ? Pneumocystose ? Fibrose ? Et progression pulmonaire du cancer. La patiente ne peut pas faire le moindre mouvement sans être essoufflée ce qui la rend dépendante.
- **Douleur** de la hanche droite liée aux métastases qui ont provoqué la fracture, et à l'intervention chirurgicale récente. Elle est actuellement sous morphiniques per-os qu'elle tolère bien et ne montre pas de signes de surdosage.
- **Hyperthermie**, liée à la pneumopathie ? Au cancer ? La patiente ne se plaint pas de ce symptôme. Il est important de veiller à une hydratation suffisante en passant par voie parentérale si la voie orale est impossible (vomissements).
- **Altération de la mobilité** : La patiente ne pouvant pas se mobiliser seule il y a un risque d'apparition d'escarre (matelas à air mis en place à son arrivée), risque de thrombose, de constipation.
- **Asthénie** : Madame V. est très fatiguée et profite peu de la présence de ses proches. Son sommeil n'est pas réparateur et l'anxiété, majorée en début de nuit, retarde son endormissement.
- **Anxiété, troubles du sommeil** : Elle se dit très anxieuse et prend des somnifères. Elle apprécie le contact par le toucher. Les séances de relaxation par les massages lui sont bénéfiques sur une courte durée.
- **Anorexie, nausées** : Elle s'alimente peu à cause des nausées et perd en masse musculaire ce qui l'affaiblit.
- **Diabète cortico-induit** lié aux bolus IV de solumédrol. Surveillance par glycémies X3/j et équilibré avec des injections d'insuline. Pas de régime alimentaire imposé car les soins de confort sont la priorité.
- **Surveillance par gaz du sang artériel** discutable car ce geste est invasif et douloureux.
- **Élimination urinaire et fécale** : Le risque de constipation, lié à l'alitement prolongé et la prise de morphiniques est à prévenir. On recherche également un fécalome. Mise en place d'une sonde vésicale pour limiter les mouvements et mise sur le bassin douloureuse.
- **Dépendance, altération de l'image corporelle** : La patiente se plaint de sa dépendance aux autres et cela retentit sur son moral.
- **Sécheresse buccale** : Liée à l'oxygénothérapie à haut débit. Des bains de bouche sont proposés toutes les quatre heures et une évaluation quotidienne de l'état buccal est réalisée.

2) Les problèmes que me pose la situation sont les suivants :

J'ai choisi cette situation pour sa complexité, car elle m'interpelle sur plusieurs points. J'ai choisi d'organiser ces problèmes selon cinq grands axes :

♦ **L'importance de la temporalité propre à chacun**

La patiente est hospitalisée dans un état grave durant un mois et demi. Il s'agit d'une hospitalisation longue durant laquelle le degré d'engagement thérapeutique est progressivement passé de relativement agressive, dans le but de « passer le cap », à purement symptomatique.

Il y a eu une première période pendant laquelle nous avons cherché à obtenir un diagnostic pour la pneumopathie et la traiter, et la seconde où l'on savait qu'une guérison était très peu probable. L'équipe soignante a « évolué » dans cette progression plus rapidement que la

famille d'une part, et que la patiente. Il y a un décalage entre l'analyse de la situation par les soignants qui trouvent « logique » un transfert en USP pour le bien de la patiente, et l'absence de demande de la patiente.

Convaincue du bien-fondé de la démarche, l'équipe soignante a à plusieurs reprises essayé de proposer un transfert en USP mais il était extrêmement difficile de savoir ce que Mme V. entendait. Elle n'a jamais clairement émis un souhait sur sa fin de vie.

Cette durée d'hospitalisation, particulièrement longue par rapport à d'autres cas similaires, génère un malaise général pour l'équipe soignante. Est-ce pour nous soulager que nous voulons transférer la patiente en USP ?

♦ **Les difficultés à communiquer avec Mme V., et de percevoir sa volonté.**

La patiente est admise aux urgences le jour où elle doit revoir son médecin oncologue pour lecture d'un scanner de contrôle après chimiothérapie. Quel est son état d'esprit à l'arrivée ? Où en est la patiente dans son cheminement personnel ? Elle se contredit lorsqu'elle dit « qu'elle espère fortement que son état va s'améliorer » et dit dans la même conversation « qu'elle ne souhaite pas mourir à l'hôpital ». Quelle est sa perception et sa représentation d'une USP ? L'assimile-t-elle à un hôpital ? Comment lui a-t-on parlé de l'USP ? Qu'est-ce qu'on lui en a dit ?

Qu'est-ce que la patiente est prête à entendre concernant sa fin de vie ? Pour le savoir, nous ne pouvons que l'écouter et l'aider à cheminer, en veillant à rester dans la limite de l'acceptable pour elle. Il faut tenir compte du temps psychique et des mécanismes de défense de chacun. La personne atteinte d'une maladie grave n'ayant plus la maîtrise de son corps recherche la maîtrise dans la relation.

La patiente n'aborde pas le sujet de sa fin de vie avec son mari. C'est ce qu'elle en dit. Mais qu'en est-il réellement ? Que sait le mari de l'état de sa femme ? Est-ce un « poids » pour elle de ne pas en parler ? Cherche-t-elle à protéger sa famille de son état et de ses doutes ? Est-ce un appel au secours ?

L'absence de plainte de Madame V. qui s'est toujours dit confortable, devait-elle être interprétée comme un refus de communiquer sur la gravité de la situation, ou son incapacité, antérieure à la situation, à juger de la gravité de cette situation ? Peut-être est-ce sa manière de se protéger en laissant parler les soignants pour savoir (ou ne pas savoir). Elle ne pose pas de questions. Peut-être qu'elle appréhende les réponses, qu'elle a peur. Cette peur étant légitime, nous pouvons alors lui demander si elle souhaite parler de sa maladie.

L'équipe médicale et para médicale a passé beaucoup de temps à essayer de comprendre les souhaits de Madame V. sans obtenir d'orientation claire et le dialogue s'est par conséquent plutôt reporté sur la famille.

Le patient doit rester maître de ses choix, mais en a-t-il réellement la capacité lorsqu'il est épuisé et présente une certaine faiblesse psychologique ? Dans quelles limites consulter la famille ? Quelle place a le médecin référent dans cette prise de décision ? (d'ailleurs qui est le médecin référent ? Généraliste ou oncologue ?)

Quelles sont les limites d'orientations et d'accès aux différentes structures d'un patient sous Optiflow™ ? Un retour à domicile est-il envisageable ? Quels seraient les avantages d'un transfert en USP ? Un transfert en USP apporterait-il réellement un meilleur confort à Madame V. ? Dans cette situation, le transfert en USP n'est pas possible. Alors quels choix reste-t-il au patient ? La famille est-elle prête à accueillir un proche en fin de vie au domicile ?

♦ **La prise en charge de la famille**

La famille était dans les trois premières semaines dans l'espoir de la guérison de leur proche et dans l'attente d'un traitement efficace concernant en particulier une part infectieuse. Il leur a ensuite été expliqué qu'il n'y avait plus d'espoir de guérison. L'hospitalisation a été très longue et difficile pour la famille qui s'interrogeait également sur les souhaits de la patiente.

Le mari, très présent au début de l'hospitalisation, s'efface et vient de moins en moins souvent voir sa femme. Il est visiblement dans une grande souffrance. Il faut aider les proches à exprimer leurs sentiments d'ambivalence, de fatigue, d'usure. Nous devons être disponibles pour répondre à leurs interrogations face à cette situation exceptionnelle, et prendre en compte la crise individuelle vécue par chacune des personnes les plus impliquées auprès du patient (culpabilité, conflit, peur de l'avenir sans l'autre). Comment accompagner ce mari fuyant ?

♦ **La gestion des problèmes respiratoires**

La patiente ne se plaint pas de l'Optiflow™. Il lui a été demandé à plusieurs reprises si elle était gênée par le dispositif, mais elle répondait toujours être confortable. L'Optiflow™ nous semblant extrêmement inconfortable pour elle (très bruyant et encombrant). La question était posée pour pouvoir engager avec la patiente une réflexion sur une éventuelle décroissance thérapeutique.

La situation est revue au jour le jour et certains médecins sont centrés sur des objectifs de saturation et de résultats de gaz du sang, se souciant moins du confort et du ressenti de la patiente.

Je vois au comportement de Madame V. qu'elle est très anxieuse, ce qui majore sa dyspnée et son inconfort. Comment l'accompagner et la soulager ?

♦ **L'exercice de la collégialité**

L'Optiflow™, utilisé ici comme une alternative à l'intubation, a été mis en place dans une situation d'urgence sans concertation préalable en équipe. Le retrait du matériel et ses conséquences éventuelles n'ont pas été abordées ni discutées. De même, on pourrait discuter l'opportunité de faire des gaz du sang toutes les 48h au début de l'hospitalisation.

L'interne de l'EMASP effectue seul l'épreuve de retrait de l'Optiflow™ (qui avait été évoquée mais sans définir de moment précis) sans concertation ni information préalable auprès des médecins et infirmières du service, mettant en avant le manque de temps des infirmières et le fait qu'il faille rester dans la chambre au moins trente minutes pour surveiller la saturation et la fréquence respiratoire, afin d'intervenir rapidement si besoin est. Cela a été mal vécu par l'ensemble de l'équipe. Il y a eu là aussi un défaut de communication entre l'équipe soignante d'hospitalisation d'une part, et l'EMASP et le médecin référent d'autre part.

3) Choix de la problématique :

A la suite de toutes ces questions, la principale qui me semble être au centre du problème est celle de la gestion de la dyspnée avec la problématique de l'Optiflow™.

Car au fond, si on a voulu sevrer la patiente de ce dispositif, c'est suite au choix de l'équipe médicale, de transférer la patiente en USP ; mais celle-ci exprimant peu ses souhaits et mettant fin à la discussion lorsqu'on aborde avec elle le sujet de sa fin de vie, est-elle convaincue par ce choix ? Son anxiété et son attitude traduisent sans doute son malaise face à cette situation.

J'ai voulu explorer d'avantage ce sujet afin de savoir ce qu'il m'était possible de mettre en place, en tant qu'infirmière, pour accompagner et soulager cette patiente dyspnéique.

La problématique que j'ai donc choisie de développer est la suivante :

Quel est le rôle de l'infirmier pour soulager et accompagner un patient dyspnéique, en phase palliative, sous Optiflow™, dans un service de pneumologie ?

Exploration de la problématique

Pour traiter cette deuxième partie, j'ai effectué des recherches avec le moteur de recherche internet GOOGLE, j'ai lu des ouvrages concernant la prise en charge des symptômes en soins palliatifs, principalement axés sur les soins infirmiers. J'ai lu des articles trouvés dans des revues médicales et paramédicales répertoriées sur le portail JUBIL, et je me suis appuyée sur ma pratique professionnelle quotidienne dans le service de pneumologie où j'exerce et sur les conseils avisés de mes collègues pneumologues.

Tous les écrits consultés sont répertoriés dans la bibliographie, disponible à la fin de mon RSCA. Dans cette deuxième étape de mon travail j'ai synthétisé l'ensemble de mes recherches documentaires.

J'ai souhaité dans un premier temps, bien resituer la démarche spécifique, adaptée aux patients en phase palliative, et les objectifs mis en avant.

Dans un deuxième temps, j'ai choisi de présenter mes recherches en les articulant selon deux grands axes : l'évaluation de la dyspnée, puis, le traitement de la dyspnée (non médicamenteux et médicamenteux).

1) Définition des mots clés

- **Infirmier(e)** : Est considéré comme exerçant la profession d'infirmier(e), toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu. En outre, l'infirmier(e) participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation à la santé et de formation ou d'encadrement.
- **Accompagner** : Répondre à un besoin du patient et de ses proches. L'accompagnement fait partie intégrante du soin.
- **Soulager** : Diminuer, supprimer une souffrance physique ou morale.
- **Optiflow™ ou lunettes nasales à oxygène**³ : Il permet l'administration d'un débit élevé d'oxygène, adapté à l'hyperventilation alvéolaire des malades en insuffisance respiratoire aiguë, tout en assurant une humidification des voies aériennes. Ce système se substitue donc au masque à haute concentration, dès lors qu'un débit supérieur à 5 l/min est requis, mais en aucun cas à la VNI (Ventilation Non Invasive) ou à la ventilation mécanique conventionnelle.
L'Optiflow™ est un mélangeur air et oxygène, il s'utilise sur prescription médicale en réglant : le débit compris entre 20 et 70 l/min, et la FiO₂ (fraction d'oxygène dans les gaz inspirés) comprise entre 21 et 100 %. Il s'utilise avec un réchauffeur humidificateur et se présente avec une canule nasale large, unique, qui fournit l'oxygène humidifiée jusqu'à 60 l/min directement dans les narines des patients. Les fourches nasales molles et flexibles favorisent le confort. Des courroies entièrement réglables permettent un ajustement confortable au-dessus des oreilles du patient.
Le tube léger et flexible sur le devant permet des mouvements sans gêner. Il reste toutefois bruyant et n'est pas toujours bien toléré par les malades.
- **Dyspnée** : La dyspnée ou « essoufflement » en langage commun est une « sensation désagréable de la respiration difficile, laborieuse et inconfortable, quoique non

3 Source : www.fphcare.co.nz/respiratory/adult-and-pediatric-care/optiflow Cf. Annexe 1 : Brochure médicale AIRVO 2, humidificateur avec générateur de débit intégré, laboratoire Fisher&Paykel

douloureuse, comprenant à la fois la perception de la sensation et la réaction à cette sensation.»⁴ « La dyspnée est une expérience subjective, seul le patient est à même de la décrire, il n'y a pas de corrélation entre des mesures objectives (telle que la fréquence respiratoire, la saturation en oxygène ou encore les gaz sanguins artériels) et la dyspnée. »

- **Phase palliative** : « Phase durant laquelle l'objectif prioritaire des traitements est l'amélioration de la qualité de vie. Les traitements spécifiques sont encore appliqués avec pour objectif une réponse temporaire et/ou partielle, une stabilisation de la maladie et/ou une amélioration de la qualité de vie. ».
- **Soins palliatifs** : « Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluri-professionnelle. Ils ont pour objectif, dans une approche globale et individualisée, de prévenir ou de soulager les symptômes physiques, dont la douleur, mais aussi les autres symptômes, d'anticiper les risques de complications et de prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la dignité de la personne soignée. Les soins palliatifs cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables et se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Selon cette approche, le patient est considéré comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Les soins palliatifs s'adressent aux personnes atteintes de maladies graves évolutives ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée et terminale, ainsi qu'à leur famille et à leurs proches. Des bénévoles, formés à l'accompagnement et appartenant à des associations qui les sélectionnent peuvent compléter, avec l'accord du malade ou de ses proches, l'action des équipes soignantes».⁵

2) Positionnement de la démarche : objectifs en soins palliatifs

Des stratégies différentes selon les phases d'évolution de la maladie :

Il faut parler des différentes phases en soins palliatifs, car les orientations thérapeutiques seront différentes selon la phase de la maladie.

La circulaire du 22 février 2005 n° DHOS/SDO/2005/101 relative à l'organisation des soins en cancérologie indique que : *Ce sont les objectifs de soins qui permettent de qualifier les différentes phases d'une maladie grave :*

- « Est dénommée **curative**, la phase durant laquelle les traitements sont délivrés avec un objectif de guérison. »
- « Est dénommée **palliative**, la phase durant laquelle l'objectif prioritaire des traitements est l'amélioration de la qualité de vie. Les traitements spécifiques sont encore appliqués avec pour objectif une réponse temporaire et/ou partielle, une stabilisation de la maladie et/ou une amélioration de la qualité de vie. »
- « Est dénommée **terminale**, la phase durant laquelle le décès est inévitable et proche. »

Il est donc indispensable de définir dans quelle phase de la maladie on se situe afin d'adapter les stratégies thérapeutiques.⁶

Des soins adaptés au contexte et à l'environnement

4 Définition proposée en 1965 par Julius COMROE et complétée par l'American Thoracic Society (2012)

5 www.sfap.org/

6 Cf. annexe 2 : « tableau : Stratégies thérapeutiques selon la phase de la maladie ».

J'ai voulu distinguer la prise en charge d'un malade hospitalisé en milieu hospitalier de celle d'un malade qui serait au domicile.

Je pense que le ressenti du malade est différent, qu'il soit entouré de personnel médical compétent, pouvant intervenir à tout moment du jour et de la nuit, ou qu'il soit chez lui avec la présence de ses proches. L'hôpital peut rassurer, et les proches, ne sachant pas la conduite à tenir, peuvent-être paniqués et de ce fait, non aidants. La présence de l'entourage étant très importante lorsqu'on est face à un malade dyspnéique (pour rassurer ou alerter), il est important d'évaluer au préalable la capacité des proches à faire face à ce symptôme. De plus, les traitements qui pourront être mis en place ne seront pas les mêmes si le malade se trouve à l'hôpital ou au domicile. C'est à chacun de dire le lieu où il se sent le mieux, le plus en sécurité.

3) Physiopathologie de la dyspnée

La sensation de dyspnée est transmise par des centres situés dans le tronc cérébral. Ceux-ci peuvent être stimulés par l'intermédiaire :

- De récepteurs dans la moelle et les glomus carotidiens, qui réagissent à des modifications chimiques de sang (pCO_2 , pO_2 , pH).
- De récepteurs dans les muscles respiratoires, qui fournissent des informations sur la charge de travail musculaire.
- Des récepteurs dans les poumons (dans les voies aériennes, autour des vaisseaux sanguins et dans le parenchyme pulmonaire), sensible aux altérations anatomiques pulmonaires, à l'inflammation, à l'œdème et aux modifications des pressions vasculaires pulmonaires⁷.

4) Étiologies de la dyspnée

La première ligne du traitement médicamenteux d'une dyspnée, y compris en fin de vie, est le traitement d'un mécanisme physiopathologique identifié. Car si l'on traite la cause, on sera plus efficace sur le traitement des symptômes.

En soins palliatifs, la dyspnée est le plus souvent d'origine multifactorielle, rendant l'approche thérapeutique complexe.

Traitements étiologiques :

Ainsi, dans certains cas où la cause a été identifiée, les traitements peuvent-être simples :

- Embolie pulmonaire : anticoagulants
- Œdème Aigu du Poumon (OAP) : diurétiques
- Infections : antibiotiques
- Pleurésies : ponctions
- Pneumothorax : drainage
- Obstruction par tumeur : radiothérapie, chimiothérapie
- Épanchement pleural et péricardique : ponction
- Anémie : transfusions sanguines

D'après le Docteur I. MARIN⁸, « les **bronchodilatateurs** doivent être prescrits dans toutes les pathologies où ils sont habituellement indiqués, dont évidemment l'insuffisance respiratoire chronique obstructive. Les **corticoïdes** peuvent être utiles s'il y a une

7 Traitement symptomatique en phase terminale. Genève, 1999. Organisation Mondiale de la Santé.

8 MARIN. I. Traitement de la dyspnée en fin de vie. Revue des maladies respiratoires. Juin 2004. Vol 21, N° 3, pages 465-472.

*composante inflammatoire à l'obstruction bronchique. Les **anticoagulants** sont indiqués en cas de thrombose avérée ou de tumeurs médiastinales pouvant entraîner des compressions évidentes (syndrome cave) ou méconnues (thrombose des veines pulmonaires, lymphangite...). Les **antibiotiques** ne doivent être employés que sur les arguments infectieux habituels, sans excès en raison de leur mauvaise tolérance en fin de vie, en particulier digestive. »*

5) Évaluation de la dyspnée

L'évaluation consiste tout d'abord à déterminer les causes de la dyspnée. Il faut rechercher, selon ce qu'on connaît de la maladie du patient et les précédents examens réalisés, ce qui provoque cette difficulté à respirer (mécanisme physiopathologique).

On effectue une anamnèse qui recense :

- Les antécédents médicaux-chirurgicaux
- Les expositions à risque (tabac, professionnel)
- Date d'apparition de la dyspnée, mode d'apparition (brutale ou progressive)
- Évaluation qualitative et quantitative
- Facteurs aggravants et apaisants
- Impact fonctionnel sur les activités de la vie quotidienne
- Traitements antérieurs, bénéfiques et effets secondaires
- Histoire de vie, contexte familial et social, rôle des proches
- Attentes du patient
- Niveau d'information et de compréhension du patient concernant sa maladie

Dans un deuxième temps, on peut procéder à un interrogatoire auprès du patient et s'aider de différentes échelles d'évaluation proposées. Soit par une auto-évaluation du patient, soit par une hétéro-évaluation faite par un soignant formé. Il est important que l'échelle utilisée soit toujours la même pour toutes les évaluations concernant un même patient.

Enfin, les soignants, du fait de leur proximité au quotidien avec le malade, peuvent déterminer les signes significatifs. Cela nécessite de connaître ces signes et de faire preuve d'observation et d'écoute.

On évalue également le retentissement de la dyspnée : angoisse, encombrement, bronchospasme, fréquence respiratoire, tachycardie

Observation :

- Les téguments : sueurs, coloration, degré de cyanose
- L'attitude : signes de tirage sus-sternal, ailes du nez pincées, respiration bouche ouverte, pipage d'air, signes d'épuisement.
- Le rythme : régulier, accéléré (tachypnée), ralenti (bradypnée), irrégulier.
- La fréquence respiratoire : normale ou perturbée.
- L'amplitude des mouvements respiratoires : normale ou perturbée.
- L'anxiété : visage crispé, en pleurs, regard affolé, agitation.
- Le degré de majoration lors de la mobilisation ou de l'activité
- L'installation optimale au lit ou au fauteuil qui aide le mieux à respirer.

Écoute :

- Le cornage respiratoire (bruit particulier dû au rétrécissement laryngé).
- Les sibilants expiratoires
- « Le grailonnement » qui traduit l'encombrement.
- L'angoisse qu'exprime verbalement le patient, mais aussi ses silences, ses interrogations.

Interrogatoire :

- Rechercher si le patient peut encore parler
- Mode d'installation de la dyspnée (brutal ou progressif)
- Existe-t-il des signes d'inconfort dus au contexte de la maladie grave ou de fin de vie (fatigue, douleur, bouche sèche, difficultés de concentration, somnolence diurne, troubles du sommeil, peur, anxiété, tristesse, dépression...)

Proposer au patient d'auto-évaluer sa dyspnée à l'aide de l'EVA (Echelle Visuelle Analogique) ou EN (Echelle Numérique), avec pour consigne : « Montrez sur la réglette une note entre 0 et 10 à votre sensation d'étouffer » ; zéro signifiant « pas du tout d'essoufflement » et dix « un essoufflement maximal ».⁹

On peut aussi utiliser une échelle verbale adaptée pour la dyspnée et les symptômes associés, sur le modèle de l'EHM (Echelle Heyse-Moore).

- 0 – Absence de dyspnée
- 1 – Légère mais modérée et supportable
- 2 –modérée mais gênante
- 3 –sévère et/ou insupportable

Ces évaluations surtout basées sur le ressenti du patient sont à mettre en rapport avec les chiffres obtenus par les mesures classiques (mesure de la saturation capillaire par voie trans-cutanée, fréquence respiratoire, gaz du sang).

Il peut y avoir d'importantes dissociations, c'est pourquoi il faut garder en tête qu'on cherche ici, à procurer des soins palliatifs, c'est-à-dire à privilégier la qualité de vie du malade. Les examens envisagés seront donc à effectuer dans cette dimension. C'est-à-dire qu'ils devront être proportionnels au bénéfice attendu et que l'inconfort occasionné soit acceptable par le patient. On détermine enfin le degré de la dyspnée afin de mettre en œuvre les moyens thérapeutiques adaptés.

Selon le Docteur V. BLANCHET¹⁰ on distingue trois degrés de dyspnée :

- **Dyspnée d'intensité légère à modérée**
Le malade cote 1 à 2 à l'EHM. La fréquence respiratoire (FR) est supérieure à 20/min mais inférieure à 30 ; il existe une cyanose légère à modérée avec un tirage intercostal inconstant ; les troubles du sommeil sont fonction du niveau d'anxiété.
- **Dyspnée sévère**
Elle peut soit apparaître d'emblée, soit correspondre à l'évolution de la dyspnée légère à modérée. Quand le malade peut encore parler, il cote 3 à l'EHM. Le retentissement est majeur : la FR est supérieure à 30/min : la cyanose et le tirage sont très importants et s'accompagnent fréquemment des troubles de conscience. L'angoisse est intense et le patient épuisé lutte contre le sommeil.
- **Asphyxie ou détresse respiratoire**

9 Cf. Annexe 3 : Exemples de réglettes pour réaliser une évaluation de la dyspnée avec une EVA et une EN.

10 BLANCHET ET COLL. Soins palliatifs : réflexions et pratiques. Paris, 2011.Édition formation et développement. 4^e édition.

C'est un tableau de détresse respiratoire d'apparition souvent brutale qui peut provoquer le décès en quelques minutes (embolie pulmonaire massive, hémoptysie, inhalation...). Si le malade est conscient, il ne peut ni parler, ni évaluer sa dyspnée. Sa respiration est décrite comme celle d'un poisson hors du bocal ».

6) Traitements symptomatiques de la dyspnée

Comme l'écrit le docteur V. BLANCHET, pour traiter une dyspnée 3 étapes sont nécessaires :

- Qualifier la sensation perçue par le malade
- Evaluer le retentissement clinique
- Quantifier le degré de la dyspnée

La prise en charge de la dyspnée en situation d'urgence :

On différencie également la dyspnée d'apparition brutale et la dyspnée qui s'installe progressivement. Le ressenti du patient sera différent (anxiété majorée si dyspnée d'apparition brutale) et les traitements mis en place également. Il ne faut également pas confondre une majoration de dyspnée et une détresse respiratoire.

Les proches doivent être informés et préparés à l'éventualité de survenue d'une dyspnée asphyxique.

Le médecin peut limiter/aténuer la sensation désagréable perçue par le patient en cas de survenue d'un épisode aigu en rédigeant des prescriptions médicales anticipées. Une décision de réanimation ou non doit se prendre en amont, en équipe pluridisciplinaire, en accord avec ce que souhaite le patient. Cette décision doit être inscrite dans le dossier médical¹¹.

a) Approche non pharmacologique :

Rôle infirmier dans la prise en charge de la dyspnée.

"Le décret de compétences de la profession d'infirmier n°2004-802 du 29 juillet 2004 ¹² (faire un renvoi à l'annexe numéro 4) encadre les actes infirmiers préventifs, curatifs et palliatifs que peut effectuer une infirmière dans le cadre de ses fonctions.

(...) 12° Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap.

Notre rôle de soignant est avant tout au chevet du malade, en observant et en écoutant celui-ci. Cette écoute attentive nous guidera afin de mettre en place toutes les « petites choses » qui peuvent améliorer le confort du patient. Notre rôle primordial après la mise en place des traitements prescrits, est l'évaluation de leur efficacité et la recherche des effets secondaires indésirables qui pourraient nuire au confort du patient. On est bien ici, en soins palliatifs dans une recherche de qualité de vie, que seul le patient est apte à définir. Les proches seront consultés dans le cas où le patient est hors d'état de s'exprimer.

¹¹ Cf. Annexe 5 : Extrait Loi Léonetti du 22 avril 2005

¹² Cf. Annexe 4 Extrait du décret de compétences de la profession d'infirmier n°2004-802 du 29 juillet 2004, chapitre 1, exercice de la profession, section 1, actes professionnels.

La surveillance de l'efficacité et des effets secondaires des traitements mis en place

repose sur l'observation du confort et de la vigilance du patient, du soulagement de sa dyspnée, de la fréquence et de l'amplitude respiratoire, de la coloration des téguments.

L'apparition de cyanose, de modification de l'état physique et du comportement du malade, de symptômes nouveaux (toux, fièvre...) ou d'effets secondaires est à signaler au médecin.

Si le patient reçoit de la **morphine**, on doit constater une **amélioration de la fréquence respiratoire** qui doit se situer aux alentours de 20 par minute.

L'administration de **benzodiazépines** diminue la composante anxieuse. La surveillance infirmière porte alors sur les **signes d'éveil du patient, l'objectivation d'une diminution de l'anxiété** : le patient se détend, reprend une conversation, voire une activité de distraction.

Les **atropiniques** sont dans la dyspnée le médicament de choix pour lutter contre l'encombrement bronchique terminal. Ils peuvent néanmoins provoquer une **rétention d'urines**, point de vigilance pour l'infirmière.

Actions infirmières autonomes

- Installer le patient en position demi-assise (incliner le dossier du lit à 45°) pour faciliter sa respiration et veiller à ce qu'il ne glisse pas (en mettant un coussin sous les genoux par exemple). Chez le patient encore capable de se mobiliser, l'encourager à se mettre dans la position qui lui convient le mieux.
- Maintenir si besoin la tête calée par des oreillers pour éviter qu'elle ne bascule vers l'arrière, ce qui peut gêner la respiration.
- Aider le patient à contrôler son anxiété : rassurer par une présence, des soins attentifs, et une écoute encourageant la parole (car la dyspnée est très angoissante)
- Veiller au confort vestimentaire du patient en lui proposant de porter des vêtements amples et ne favorisant pas la transpiration.
- Ne pas laisser seule une famille en difficulté : rester avec le patient au moment des manifestations aiguës, lui parler, lui expliquer ce qui se passe, ce que nous faisons pour y répondre, même s'il ne peut pas ou plus nous répondre.
- Programmer avec le patient des passages systématiques afin qu'il ait des repères rassurants.
- Proposer d'entrouvrir la porte de sa chambre.
- Proposer d'ouvrir la fenêtre de la chambre ou l'installation d'un ventilateur.
- Effectuer des soins de bouche et assurer une humidification de la bouche et des lèvres à l'aide d'un vaporisateur à eau, des bâtonnets en mousse ou des compresses humidifiées, appliquer un stick à lèvres hydratant.
- Humidifier l'air si nécessaire.
- Renforcer le besoin de sécurité par la mise à disposition de moyen d'appel (sonnette) et s'efforcer d'y répondre le plus rapidement possible.
- Attitude calme du personnel soignant.
- Créer une atmosphère qui favorise le repos et respecte le désir du patient (lumière tamisée, musique douce, silence).
- L'oxygénothérapie aux lunettes peut-être rassurante pour certains patients.
- Soutenir l'entourage et l'associer à cette démarche dans le respect de son propre confort. L'informer de tous les petits moyens mis en place et l'inviter à se les approprier.
- Éduquer (hors crises aiguës) à la gestion de la respiration (respiration accompagnée).

La **mesure de la saturation avec un oxymètre de pouls** ne doit pas être systématique. Elle n'a pas d'intérêt puisque l'important est le ressenti du patient. Elle risque au contraire de majorer son anxiété. Il faut expliquer cela à la famille, surtout chez les patients

insuffisants respiratoires qui ont souvent leur propre oxymètre, et ont pris l'habitude d'un contrôle régulier de leur saturation à la moindre défaillance.

Actions infirmières faisant appel à des connaissances spécifiques ou effectuées par un tiers

- Proposer une séance de relaxation, des massages, pour agir sur la composante anxieuse de la dyspnée et apporter détente et confiance (nécessite une certaine technique et un temps dédié où l'on ne sera pas dérangé).
- Proposer une séance d'hypnose menée par un professionnel formé à cette technique.
- Proposer des activités d'art-thérapie afin de distraire le patient de son symptôme et diminuer l'anxiété.
- Proposer le passage de bénévoles d'accompagnement en soins palliatifs.

b) Approche pharmacologique symptomatique

Lorsque les approches non pharmacologiques et les traitements étiologiques ne suffisent pas à contrôler la dyspnée, des traitements pharmacologiques symptomatiques leur sont associés.

La **morphine** est le traitement de première intention de la sensation de dyspnée. Elle entraîne une diminution de l'hyperventilation, de la fatigue musculaire et de l'anxiété, ainsi que de la toux.

Il faut débiter le traitement par paliers en augmentant les doses progressivement, ou augmenter la posologie si le patient reçoit déjà de la morphine.

Elle s'administre en per-os, en sous-cutanée à la seringue électrique, en intraveineux à la seringue électrique ou par injections sous-cutanées.

On surveille la fréquence respiratoire du malade, le seuil étant une fréquence à 10 cycles par minute.

Une anxiolyse est débutée seulement si le patient est anxieux.

Il faut privilégier les **benzodiazépines à demi-vie courte** administrés per-os et réévaluer après douze heures. Si la voie per-os est impossible ou inefficace, utiliser le midazolam par voie sous-cutanée ou par voie intraveineuse à la seringue électrique en augmentant les doses progressivement jusqu'à une anxiolyse efficace.

En cas de dyspnée réfractaire ou d'asphyxie, effectuer une dose de charge de midazolam par voie intraveineuse à la seringue électrique et augmenter les doses rapidement.

La **corticothérapie** a un effet anti œdémateux, anti inflammatoire, bronchodilatateur.

Elle s'administre par voie intraveineuse en injectant des grosses doses de corticoïdes sur plusieurs jours.

L'**oxygénothérapie** est à discuter en fonction de l'hypoxie en choisissant le mode d'administration le mieux adapté à chaque patient. Selon un rapport de la Haute Autorité de Santé¹³, l'oxygénothérapie n'a jamais fait la preuve de son intérêt chez les patients non hypoxémiques, y compris dans un contexte palliatif. Cependant, les données de la littérature sont discordantes quant à la place de l'oxygénothérapie dans la prise en charge

13 Rapport de la Haute Autorité de Santé. Oxygénothérapie à domicile. Dispositifs médicaux et prestations associées pour traitement de l'insuffisance respiratoire et de l'apnée du sommeil. Révision de catégories homogènes de dispositifs médicaux. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2012.

de la dyspnée en soins palliatifs ou en fin de vie. Les études ayant évalué l'effet de l'oxygène sur la dyspnée chez des patients en fin de vie sont relativement nombreuses. Cependant, leurs résultats sont discordants quant à l'amélioration de la dyspnée sous oxygène et leur qualité méthodologique est peu satisfaisante, à l'exception d'une étude récente menée sur 211 patients (étude Abernethy - 2010), qui n'a pas montré la supériorité de l'oxygène sur le soulagement de la dyspnée par rapport à l'air.

La **Ventilation Non Invasive** (VNI) et l'**Optiflow™** sont des thérapeutiques qui peuvent également être mises en place dans le traitement de la dyspnée en soins palliatifs. Ces dispositifs, utilisés temporairement, en parallèle des autres traitements, peuvent apporter un confort relatif et permettre de « passer un cap ». Leur utilisation doit être discutée et leur mise en place anticipée afin de ne pas se retrouver dans une impasse, comme cela l'a été pour ma patiente.

∞ - oOo - ∞

IV – SYNTHÈSE ET CONCLUSION

Travaillant en service de pneumologie, je constate qu'au sein de mon équipe, bien que nous soyons spécialisés dans la prise en charge des maladies respiratoires, nous sommes démunis face aux patients souffrant de dyspnée, et d'autant plus s'ils sont en phase palliative, car nous souhaitons qu'ils puissent vivre ces derniers instants paisiblement, avec le moins de souffrance possible. Je vois également des familles souffrir de leur impuissance devant l'anxiété et les difficultés à respirer de leur proche.

Ce travail m'a fait prendre conscience de l'importance de l'entourage, qui, lorsqu'il est présent, peut être un véritable soutien et contribue à l'apaisement du malade dyspnéique en soins palliatifs.

Si dans le cadre professionnel, je me retrouvais face à une situation semblable, j'insisterais d'avantage auprès du médecin, et plus précocement, afin d'introduire des traitements médicamenteux pour soulager l'anxiété du patient. Je regrette de ne pas avoir eu plus de disponibilité pour écouter la patiente et son entourage, et échanger avec eux. C'est une des principales difficultés que nous rencontrons dans un service de médecine aiguë possédant des LISP, où la charge de travail est telle, que nous n'avons pas la possibilité d'accorder à chaque patient le temps nécessaire.

Dans le récit que j'ai présenté, il est difficile de savoir à quel moment les médecins ont abandonné l'espoir de guérir une éventuelle infection respiratoire. Nous aurions dû prendre du temps et planifier des réunions de concertation en double équipe (soignants du service et de l'EMASP). Cela aurait permis d'échanger afin d'y voir plus clair et d'harmoniser nos objectifs quand la phase palliative a débuté. Cela aurait rendu possible des explications auprès de la famille, demandeuse de comprendre les objectifs des soins, et de pouvoir adhérer au projet pour accompagner au mieux leur proche.

Après l'analyse de cette situation je me rends compte à quel point il est important de commencer une prise en charge palliative précoce, avec une équipe pluridisciplinaire spécialisée. Si la question du choix de son devenir (maintien à domicile, transfert en USP...) avait été posée à la patiente plus en amont, celle-ci aurait peut-être pu prendre le temps de la réflexion et aborder plus sereinement son avenir, ne laissant pas cette lourde décision à ses proches. Toutefois je reconnais qu'il est difficile d'anticiper des choix concernant une situation lorsqu'on ne la vit pas. A mon sens, c'est à nous, équipe médicale d'orienter les patients après une évaluation minutieuse de la situation.

Dans mon service il n'est pas coutumier d'évaluer la dyspnée avec des échelles (EN, EVA ou HM), seul le médecin effectue un interrogatoire. Je vais pouvoir suggérer à mon équipe d'adopter cette pratique et demander aux médecins de former mes collègues infirmières et aides-soignantes sur les signes à observer et à transmettre afin d'adapter les traitements.

Concernant mon rôle propre infirmier, j'ai découvert plusieurs pratiques que je pourrais mettre en application afin que les patients soient plus confortables.

Je peux enfin dire que toutes ces recherches m'ont permis de mieux comprendre les traitements choisis et ainsi d'en expliquer l'intérêt aux patients et à leur famille.

Je retiens que l'apport d'oxygène dans le traitement de la dyspnée en phase palliative est controversé. Procure-t-il un réel bénéfice chez les patients en phase palliative ? Car cela ne semblait pas être le cas pour ma patiente. De mon point de vue, l'oxygène, administré aux lunettes, est peu contraignant et indolore, et peut rassurer certains patients. Toutefois il apporte une sécheresse buccale désagréable pour le patient et le bruit du barboteur en marche peut-être gênant. Je pense qu'il faut maintenir l'oxygène uniquement s'il y a un bénéfice ressenti par le malade.

Dans mon service les malades gardent le plus souvent l'oxygène et nous contrôlons la saturation toutes les six heures. Je pense qu'il s'agit d'une culture propre au service dans lequel j'exerce, mais après présentation des études citées dans ma partie «recherche documentaire » je vais pouvoir ouvrir le sujet pour éventuellement faire évoluer nos pratiques au sein du service et ainsi améliorer la qualité de vie de nos malades en phase palliative. De plus, s'il y avait eu un transfert en USP, l'entourage n'aurait sans doute pas compris cette surveillance systématique que nous effectuons, car elle n'a pas lieu en USP. Il faut rester logique et expliquer à la famille ce que nous faisons et pourquoi nous le faisons.

☞ - oOo - ☞

ANNEXES

Annexe 1 (détail page 23)

Brochure médicale AIRVO 2, humidificateur avec générateur de débit intégré, laboratoire Fisher&Paykel

Annexe 2 (détail page 24)

Tableau : « stratégies thérapeutiques selon la phase de la maladie »

Source : Soins Palliatifs : réflexions et pratiques, 4^e édition. P.157 (voir page 24)

Annexe 3 (détail page 25)

Exemples de réglettes pour réaliser une évaluation de la dyspnée avec une EVA et une EN

Annexe 4 (détail page 26)

Extrait concernant la profession d'infirmier, tiré du décret 2004-802 du 29 juillet 2004, relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, paru au journal officiel n°183 du 9 août 2004.

Source : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Annexe 5 (détail page 28)

Extrait de la loi Léonetti du 22 avril 2005

Loi n° 2005-370 (dite "loi Léonetti") du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, Article 6 :

« Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical. »

Annexe 1

F&P AIRVO™ 2

Humidificateur avec générateur de débit intégré



AIRVO™ 2
Humidificateur avec
générateur de débit
intégré

L'AIRVO 2 délivre au patient des hauts débits de gaz respiratoires chauffés et humidifiés, via une gamme de différentes interfaces nasales, de trachéotomie, ou au masque.

Fisher & Paykel
HEALTHCARE

AIRVO 2 | CARACTÉRISTIQUES

Grâce à son générateur de débit intégré et à son système innovant d'apport en oxygène, l'AIRVO™ 2 fournit une solution efficace et polyvalente pour l'administration d'oxygène.

Hautes performances

- Conçu pour dépasser les normes ISO sur l'humidification respiratoire
- Précis et pratique, il délivre de l'oxygène allant de 21 à 80 %

Polyvalent

- Gamme d'interfaces patient Optiflow™ pour les voies aériennes supérieures ou shuntées
- Large plage de débits (5 à 50 L/min, par paliers de 5 L/min)

Simple à installer et à utiliser

- Commandes simples
- Mélange d'O₂ intégré
- Capteur d'O₂ intégré
- Pas d'alimentation d'air externe nécessaire

Mentions légales:
Fisher & Paykel Healthcare Ltd
Dispositifs médicaux de classe IIa
Organisme notifié 0123
TUV SUD Product Service GmbH
CE 0123
Date : Jan/2013

ACCESSOIRES

<p>Kit tuyau + chambre • 900PT501 (paquet de 10)</p>	<p>Kit tuyau + chambre (Junior) • 900PT531 (paquet de 10)</p>	<p>Kit de désinfection • 900PT500</p>	<p>Filtre de désinfection • 900PT601 (paquet de 2)</p>
<p>Canule nasale Optiflow™ • OPF842 (petite) (paquet de 20) • OPF844 (moyenne) (paquet de 20) • OPF846 (grande) (paquet de 20)</p>	<p>Canule nasale Optiflow™ (Junior) • OPF316 (Neonon) (paquet de 20) • OPF318 (Pédiatque) (paquet de 20)</p>	<p>Éponge écouvillon • 900PT502 (paquet de 20)</p>	<p>Sac de stockage propre • 900PT603 (paquet de 20)</p>
<p>Connexion directe pour trachéotomie • OPF870 (paquet de 20)</p>	<p>Kit de connexion d'arrivée d'oxygène • 900PT422</p>	<p>HUMIDIFICATEUR AIRVO 2 AVEC GÉNÉRATEUR DE DÉBIT INTÉGRÉ</p> <p>Domaine d'application L'AIRVO 2 est destiné au traitement des patients (adultes et pédiatriques) à qui est prescrit spontanément et/ou des gaz respiratoires chauffés et humidifiés peuvent être administrés. Cela concerne également les patients ayant les voies aériennes supérieures shuntées. L'AIRVO 2 est destiné aux patients hospitalisés et dans des institutions de soins à long terme.</p> <p>Niveau d'humidité Conforme à la norme ISO 8185:2007</p> <p>Régimes de débit 15 à 50 L/min (par paliers de 5 L/min) (par défaut) 5 à 20 L/min (par paliers de 5 L/min) (Mode Enfants)</p> <p>Interfaces patient Canules nasales F&P Optiflow™ Interfaces de trachéotomie F&P Optiflow™ Masques avec adaptateur médical standard de 22 mm</p> <p>Modèles PT101AZ / PT101EE / PT101EW / PT101UK / PT101US</p> <p>Dimensions 295 mm x 170 mm x 175 mm (11,6" x 6,7" x 6,9")</p> <p>Poids 2,2 kg (4,8 lb) appareil seul, 3,4 kg (7,5 lb) emballé dans sa housse, accessoires compris</p> <p>Caractéristiques électriques 50-60 Hz 100-115 V 2,1 A (2,2 A max.) 230-240 V 1,5 A (1,2 A max.)</p>	
<p>Adaptateur pour masque • RT013 (paquet de 20)</p>	<p>Plateau de montage sur potence • 900PT405</p>	<p>Filtre à air • 900PT913 (paquet de 2)</p>	<p>Potence mobile • 900PT421</p>

www.fphcare.com

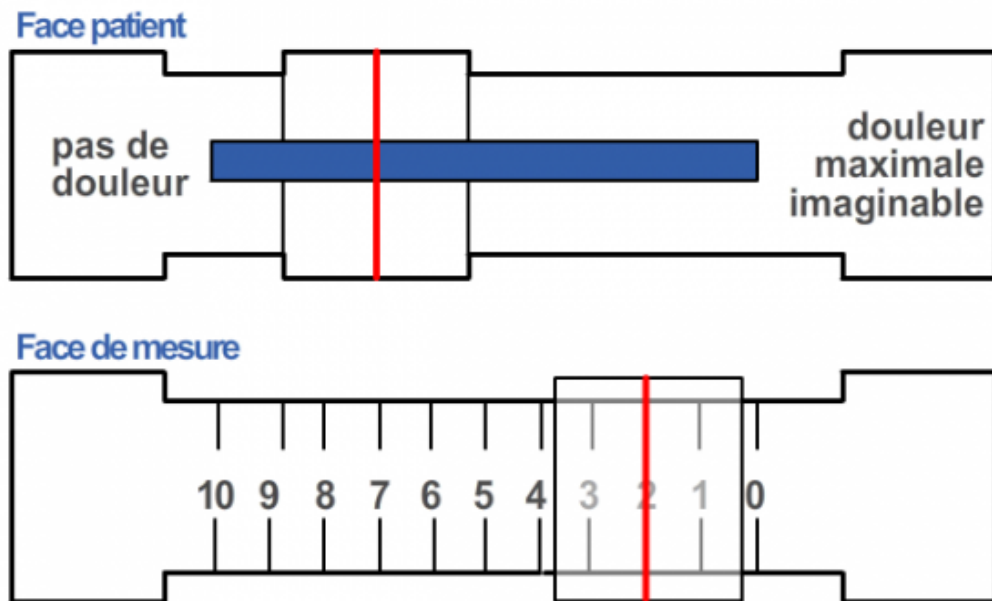
Annexe 2

STRATEGIES THERAPEUTIQUES SELON LA PHASE DE LA MALADIE

	Phase curative	Phase palliative active/ Symptomatique	Phase terminale
Pronostic	Guérison, Rémission durable	Semaines, mois, années	Imminent, heure, jour
Objectif prioritaire	Quantité de vie	Qualité de vie	Confort
Traitements	Effets secondaires risque	Plus /Moins	Limité
Examens	Systématique surveillance efficace	Oui, si ...	NON

Annexe 3

EVA : ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE



Echelle numérique (EN)

Pas de Douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------------------

Ces deux échelles ont été créées initialement pour évaluer la douleur, elles sont à adapter pour évaluer la sensation de dyspnée. Il faut au préalable expliquer les consignes au malade

Annexe 4

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code

Livre III - Auxiliaires Médicaux

Titre I - Profession d'infirmier ou d'infirmière

Chapitre I - Exercice de la profession

Section 1 - Actes professionnels

Article R. 4311-1

L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel. Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif.

Article R. 4311-2

Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

1. De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;
2. De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;
3. De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;
4. De contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;
5. De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.

Article R. 4311-3

Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.

Article R. 4311-4

Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers

du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3.

Article R. 4311-5

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

1. Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;
2. Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;
3. Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;
4. Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ;
5. Vérification de leur prise ;
6. Surveillance de leurs effets et éducation du patient ;
7. Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-7 et changement de sonde d'alimentation gastrique ;
8. Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;
9. Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire et changement de sondes vésicales ;
10. Soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;
11. Soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ;
12. Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;
13. Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;
14. Lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation
15. Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ;
16. Ventilation manuelle instrumentale par masque ;
17. Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ;
18. Administration en aérosols de produits non médicamenteux ;
19. Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;
20. Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;
21. Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux mentionnés à l'article R. 4311-7 ;
22. Prévention et soins d'escarres ;
23. Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;
24. Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;
25. Toilette périnéale ;
26. Préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires ;
27. Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;
28. Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;
29. Irrigation de l'œil et instillation de collyres ;
30. Participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales ;
31. Surveillance de scarifications, injections et perfusions mentionnées aux articles R. 4311-7 et R. 4311-9 ;
32. Surveillance de patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique ;
33. Pose de timbres tuberculiques et lecture ;
34. Détection de parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;
35. Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;
36. Surveillance des cathéters, sondes et drains ;
37. Participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article R. 4311-10, et pratique d'examen non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels ;

38. Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ;
39. Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes :a) Urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène, pH ;b) Sang : glycémie, acétonémie ;
40. Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;
41. Aide et soutien psychologique ;
42. Observation et surveillance des troubles du comportement.

Source : <http://www.legifrance.gouv.fr>

Annexe 5

Loi n° **2005-370** (extrait) (dite "loi Léonetti") du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, Article 6 :

« Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical. »

BIBLIOGRAPHIE - WEBOGRAPHIE

LIVRES

- ✓ AUBRY R., DAYDE M-C. Soins palliatifs éthique et fin de vie. 2010 – Editions Lamarre
- ✓ AUNIER C-A. ET COLL. Soins palliatifs en équipe : le rôle infirmier. 2003 – Institut upsa de la douleur
- ✓ BLANCHET ET COLL. Soins palliatifs : réflexions et pratiques. Paris, 2011. Edition formation et développement. 4^e édition
- ✓ DUFFET., JEANMOUGIN CH., PRUDHOMME CH. Soins palliatifs et de fin de vie. Nouveaux dossiers de l'infirmière. 2013 – Maloine
- ✓ HAUTE AUTORITE DE SANTE (rapport). Oxygénothérapie à domicile. Dispositifs médicaux et prestations associées pour traitement de l'insuffisance respiratoire et de l'apnée du sommeil. Révision de catégories homogènes de dispositifs médicaux. Saint-Denis La Plaine, 2012.
- ✓ JOYCE V. Etre infirmier en soins palliatifs : Accompagner le patient en fin de vie et sa famille. 2010. Editions de boeck université
- ✓ SFAP. L'infirmier(e) et les soins palliatifs, prendre soin. Ethique et pratiques. Septembre 2012. Elsevier-Masson. 5^e édition
- ✓ Traitement symptomatique en phase terminale. Genève, 1999. Organisation mondiale de la santé

REVUES

- ✓ ANAES. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. Médecine palliative. Juin 2003. Service des Recommandations et Références Professionnelles, rue Nationale, Paris. Vol 2, N° 3, pages 119-135
- ✓ BEZIAUD N., DIAB S., LAVAL G. Intérêt de l'oxygénothérapie face à une dyspnée chez un patient atteint d'un cancer et relevant de soins palliatifs. La presse médicale. Mai 2009. Volume 38, numéro 5, pages 726-733
- ✓ FARGES E. RAUTUREAU P. Évaluation et traitement de la dyspnée en soins palliatifs. Revue de l'infirmière. Novembre 2009. Vol 58, N° 155, pp. 33-35
- ✓ MARIN. I. Traitement de la dyspnée en fin de vie. Revue des maladies respiratoires. Juin 2004. Vol 21, N° 3, pages 465-472
- ✓ PRALONG G., FELLRATH F. La dyspnée en soins palliatifs. Guide des soins palliatifs du médecin vaudois. N° 10-2009

SITES INTERNET

- ✓ HAS. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. Recommandation pour la pratique clinique. décembre 2002, chapitre VIII.7. La dyspnée. Disponible sur internet : <http://www.has-sante.fr>
- ✓ SITBON., BRAMBILLA., PISON., BURGEL. Dyspnée aiguë et chronique. Collège des enseignants de pneumologie. Août 2010. Disponible sur internet : <http://www.medecine.upstlse.fr/dcem4/module11/sem1/Polycop%20College%20Enseign%20Pneumo.pdf>
- ✓ SFAP. Définition des soins palliatifs et de l'accompagnement.
- ✓ Disponible sur internet : <http://www.sfap.org/content/d%C3%A9finition-des-soins-palliatifs-et-de-laccompagnement>
- ✓ <http://legifrance.gouv.fr/>