



HAL
open science

Élaboration d'un guide d'aide à la prise en charge des patients en situation palliative destiné aux médecins de la Clinique Mutualiste de Pessac

Avinash Mannick

► **To cite this version:**

Avinash Mannick. Élaboration d'un guide d'aide à la prise en charge des patients en situation palliative destiné aux médecins de la Clinique Mutualiste de Pessac. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02057350

HAL Id: dumas-02057350

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02057350>

Submitted on 5 Mar 2019

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.

UNIVERSITE DE BORDEAUX
COLLEGE SCIENCE DE LA SANTE

Septembre 2018

N°105

**Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR en MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le 18 septembre 2018 par Avinash
Mannick

Né le 03 Octobre 1985 à Pamplémousses (Île Maurice)

**Élaboration d'un guide d'aide à la prise en charge des
patients en situation palliative destiné aux médecins de la
Clinique Mutualiste de Pessac**

Directeur de thèse

Docteur Nicolas Mauriet

Membres du jury

Pr RAVAUD AlainPrésident du jury

Pr RAINFRAY Muriel.....Rapporteur de thèse

Pr BURUCOA BenoitMembre du jury

Dr MAURIET Nicolas.....Directeur de thèse

Dr REMARK François.....Membre du jury

Dr BRIESE Jean-Paul.....Membre du jury

Remerciements

Je tiens à remercier **Professeur RAVAUD Alain**, professeur des universités et praticien hospitalier, pour avoir accepté de me faire l'honneur de présider cette thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de ma plus profonde reconnaissance.

Merci également au **Professeur RAINFRAY Muriel**, professeur des universités et praticien hospitalier, d'avoir accepté de juger ce travail. Merci pour vos précieux conseils et votre aide.

Merci au **Professeur BURUCOA BENOIT**, professeur des universités associé, d'avoir accepté de juger ce travail. Veuillez croire en ma très sincère reconnaissance.

Merci au **Docteur MAURIET Nicolas**, médecin en gériatrie, d'avoir été mon directeur de thèse. Je vous remercie pour votre aide, votre soutien et votre disponibilité pour la réalisation de ce travail.

Merci au **Docteur REMARK François**, médecin généraliste, pour son aide, sa disponibilité et surtout à ses précieux conseils.

Merci au **Docteur BRIESE Jean-Paul**, médecin en soins palliatifs, d'être présent pour ma soutenance. Je vous remercie pour vos précieux conseils et pour votre aide lors de mes remplacements à l'hôpital de Marmande.

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	1
SERMENT MEDICAL	2
LISTE DES FIGURES.....	6
RESUME	7
ABSTRACT.....	8
LISTE DES ABREVIATIONS.....	9
I. INTRODUCTION	10
1. GENERALITES SUR LES SOINS PALLIATIFS	11
1.1. <i>L'évolution du cadre législatif</i>	11
1.2. <i>Épidémiologie</i>	12
3. LA DEMARCHE PALLIATIVE	13
4.1. <i>Une demande des médecins de la Clinique Mutualiste de Pessac</i>	14
4.2. <i>La nécessité d'élaborer un guide selon les recommandations</i>	16
6. HYPOTHESE	17
7. OBJECTIFS DU TRAVAIL.....	17
II. MATÉRIELS ET MÉTHODES	18
PREMIERE PARTIE : ÉLABORATION DE LA PREMIERE VERSION DU GUIDE.....	18
1. MISE EN PLACE D'UNE METHODOLOGIE D'ELABORATION DU GUIDE	18
2. REDACTION DU GUIDE	19
2.1. <i>La forme</i>	19
2.2. <i>Le contenu</i>	20
2.3. <i>Choix des thèmes traités dans le guide</i>	21
DEUXIEME PARTIE : RELECTURE ET VALIDATION DU GUIDE LORS D'UNE REUNION D'EXPERTS	22
TROISIEME PARTIE : ENQUETE DE SATISFACTION AUPRES DES UTILISATEURS CIBLES ET MODIFICATION DU GUIDE.....	23
1. SELECTION DE L'ÉCHANTILLON	23
2. DEROULEMENT DE L'ÉTUDE	23
3. ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE	23
4. ANALYSE DES RESULTATS.....	25
5. MODIFICATION DU GUIDE	25
III. RESULTATS	26
PREMIERE PARTIE : ÉLABORATION DE LA PREMIERE VERSION DU GUIDE.....	26
1. LA FORME	26
1.1. <i>La structure</i>	26
1.2. <i>Le style littéraire</i>	26
1.3. <i>La composition visuelle</i>	26
1.4. <i>Le support</i>	26
2. LE CONTENU	27
2.1. <i>Rédaction du chapitre « Douleur »</i>	27
2.2. <i>Rédaction du chapitre « Encombrement »</i>	28
2.3. <i>Rédaction de la fiche « Dyspnée »</i>	28
2.4. <i>Rédaction du chapitre « Hémorragie »</i>	29
2.5. <i>Rédaction du chapitre « nausées/vomissements »</i>	29

2.6. Rédaction du chapitre « Syndrome occlusif »	30
2.7. Rédaction du chapitre « Agitation/Anxiété »	31
2.8. Rédaction du chapitre « Sédatation »	32
2.9. Rédaction de la partie « Annexe »	32
DEUXIEME PARTIE : RELECTURE ET VALIDATION DU GUIDE LORS D'UNE REUNION D'EXPERTS	33
1. DEROULEMENT	33
2. PROPOSITIONS SUITE A LA REUNION D'EXPERTS	33
2.1. Chapitre « Douleur »	33
2.2. Chapitre « Encombrement »	34
2.3. Chapitre « Dyspnée »	34
2.4. Chapitre « Hémorragies »	34
2.5. Chapitre « Nausées/vomissements »	34
2.6. Chapitre « Syndrome occlusif »	35
2.7. Chapitre « Agitation/Anxiété »	35
2.8. Chapitre « Sédatation »	35
3. MODIFICATION DU GUIDE	36
TROISIEME PARTIE : RESULTATS DE L'ENQUETE ET MODIFICATION DU GUIDE	37
1. RESULTATS DE L'ENQUETE	38
1.1. Questions introductives	38
1.2. Questions sur le contenu du guide	41
1.3. Questions sur la présentation du guide	43
1.4. Questions sur la diffusion et le format du guide	44
1.5. Questions de la dernière partie de « conclusion »	44
2. MODIFICATION DU GUIDE AVANT SA DIFFUSION	46
2.1. Modification du contenu	46
2.2. Modification de la forme	47
IV. DISCUSSION.....	48
1. INTERET DU TRAVAIL.....	48
1.1. Un projet original.....	48
1.2. Un outil simple, synthétique et concis.....	48
1.3. Un outil qui répond à un besoin	49
1.4. Un outil utilisable par d'autres structures.....	49
2. DISCUSSION DES REGLES D'ELABORATION DU GUIDE	50
3. DISCUSSION SUR L'ELABORATION DE LA PREMIERE VERSION DU GUIDE.....	51
3.1. Le choix des thèmes traités.....	51
3.2. L'élaboration du contenu.....	52
3.3. Discussion sur le contenu du guide.....	53
4. DISCUSSION SUR LA VALIDATION DU GUIDE APRES LA REUNION D'EXPERTS	54
5. DISCUSSION DE L'ENQUETE DE SATISFACTION	56
5.1. Discussion sur la méthodologie utilisée pour l'enquête de satisfaction.....	56
5.2. Discussion du questionnaire semi-ouvert.....	57
6. DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ENQUETE DE SATISFACTION.....	58
6.1. L'échantillon de participants à l'enquête de satisfaction	58
6.2. Résultats de l'enquête	59
7. ANALYSE DES RESULTATS ET MODIFICATION DU GUIDE	60
8. REFLEXION SUR L'UTILISATION FUTURE DU GUIDE	61
9. SYNTHESE ET PERSPECTIVES	63
V. CONCLUSION	64
BIBLIOGRAPHIE	65

ANNEXES	69
ANNEXE N°1.....	69
ANNEXE N°2.....	70
ANNEXE N°3.....	71
ANNEXE N°4 : LE GUIDE.....	78

Liste des figures

FIGURE 1: PERCEPTION DES MEDECINS SUR LEUR NIVEAU DE CONNAISSANCE.....	38
FIGURE 2: SOURCE DE CONNAISSANCES UTILISEE POUR LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN SITUATION PALLIATIVE ..	39
FIGURE 3: SOURCE D'INFORMATION UTILISEE EN CAS DE DIFFICULTES LORS DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS	40
FIGURE 4: NIVEAU DE SATISFACTION DES MEDECINS CONCERNANT LE CONTENU DU GUIDE	42

RESUME

Introduction

Plusieurs médecins à la Clinique Mutualiste de Pessac expriment leurs difficultés à prendre en charge des patients en situation palliative et leur besoin d'avoir un outil d'aide à la prise en charge de ces patients. L'objectif de ce travail est d'élaborer un guide d'aide à la prise en charge, adapté aux besoins et aux attentes des médecins de la clinique, tout en respectant les recommandations en termes de développement d'un tel outil.

Matériels et méthodes

Une recherche bibliographique a été effectuée afin de rédiger le contenu. Le guide a été présenté à des experts pour être validé. Ensuite, tous les médecins de la clinique susceptibles d'être confrontés aux soins palliatifs ont été sollicités pour une enquête de satisfaction afin de recueillir leurs avis, leurs critiques et leurs suggestions sur le guide.

Résultats

Après élaboration du contenu, le guide a été validé par le groupe d'experts lors d'une réunion. 11 médecins ont participé à l'enquête. Celle-ci a montré un bon niveau de satisfaction de la part des médecins. Le guide a ensuite été finalisé en tenant compte des avis des participants et diffusé sous forme papier et numérique.

Conclusion

Ce guide a pour but d'améliorer et d'homogénéiser la prise en charge des patients en situation palliative. Des études supplémentaires seront nécessaires afin d'évaluer l'impact de cet outil sur la pratique des médecins de la Clinique Mutualiste de Pessac.

Mots clés : Guide, soins palliatifs, prise en charge, douleur, dyspnée, encombrement, hémorragie, syndrome occlusif, nausées, vomissement, sédation, agitation, anxiété, hoquet

ABSTRACT

Many physicians at the 'Clinique Mutualiste de Pessac' report their difficulties in managing patients requiring palliative care and the need to have at their disposal a decision-making tool for these patients. The aim of this study is to design a decision-making aid booklet adapted to the needs and requirements of the clinic's physicians, while following the guidelines in terms of designing such a tool.

A scientific literature was conducted in order to write the content. The booklet has then been presented to experts for validation. Then, all the clinic's physician who are likely to be confronted with palliative care were asked to take part in a satisfaction survey to gather their opinions, their criticisms and their suggestions concerning the guide.

After developing the content, the guide was validated by the expert group during a meeting. 11 doctors participated in the survey. The latter showed a good level of satisfaction on the part of the doctors. The guide was then finalized taking into account the opinions of the participants and issued in paper and digital form.

This guide aims to improve and standardize the management of patients in palliative situations. Additional studies will be needed to evaluate the impact of this tool on the practice of physicians at the 'Clinique Mutualiste de Pessac'.

LISTE DES ABREVIATIONS

SFAP : Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs

INSEE : Institut National Statistiques Études Économiques

ONFV : Observatoire National de la Fin de Vie

D.U.: Diplôme Universitaire

D.I.U.: Diplôme Interuniversitaire

EMSP : Équipe Mobile de Soins Palliatifs

CLUDS : Comité de Lutte contre le Douleur

USP : Unité de Soins Palliatifs

SSR : Soins de Suites et de Réadaptation

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées dépendantes

WHO : World Health Organization

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

HTIC : Hypertension Intra-crânienne

PCA : Patient controlled Analgesia

ORL : Oto-rhino-laryngologie

I. INTRODUCTION

À travers ce travail de thèse, nous cherchons à élaborer un guide d'aide à la prise en charge des patients relevant des soins palliatifs, destiné aux médecins de la Clinique Mutualiste de Pessac.

L'idée d'élaborer un guide d'aide de prescription découle de plusieurs constats.

En effet, à la suite de plusieurs échanges avec les médecins de l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) avant de débiter ce travail, il est apparu que la prise en charge des patients relevant des soins palliatifs et en attente de l'intervention de l'équipe mobile était hétérogène. Le constat d'une disparité entre les mesures mises en œuvre par les médecins en attendant l'intervention de l'équipe ressource et les recommandations existantes a également émergé.

Parallèlement, la plupart des médecins participant à la permanence des soins dans la structure, n'ont pas de formation spécifique aux soins palliatifs. L'organisation interne de la clinique en termes d'astreinte et de garde les conduit à prendre en charge des patients hospitalisés dans les services de médecine, de Soins de Suite et de réadaptation (SSR) et de gériatrie aiguë. Ils sont ainsi régulièrement confrontés à des patients en soins palliatifs ; le constat de difficultés de pratique en termes de prise en charge de ces malades est apparu.

Plusieurs médecins de la structure ont ainsi exprimé le souhait d'obtenir un moyen rapide d'accès à des informations en cas de situation complexe concernant un patient en situation palliative.

Ainsi, dans un souci d'homogénéiser la pratique clinique des médecins de la structure et de faire en sorte qu'elle se rapproche le plus possible des recommandations, est née l'idée d'élaborer un guide d'aide de prescription.

Il s'agit ici de mettre à disposition des médecins de la structure un outil synthétique, élaboré à partir des connaissances scientifiques actuelles, et en tenant compte des attentes et des besoins des médecins de la structure.

1. Généralités sur les soins palliatifs

1.1. L'évolution du cadre législatif

Venant concrétiser les rapports officiels et le plan triennal mis en place en 1998 (1), la loi n°99-477 du 9 juin 1999 est votée à l'unanimité par le Parlement ; elle garantit un droit d'accès aux soins palliatifs pour toute personne en fin de vie (2). Un deuxième plan triennal est mis en place entre 2002 et 2005.

Dans ce prolongement, d'autres textes viendront légiférer sur les droits des malades, telle la loi du 4 mars 2002 et la loi du 22 avril 2005, dite « loi Leonetti ». Avec la loi du 4 mars 2002, une nouvelle étape des droits des malades est franchie, par l'obligation des professionnels de santé à informer le patient de son état (3). Cette loi introduit dans le droit français la notion du respect du consentement libre et éclairé ainsi que celle de la personne de confiance, qui peut être consultée si la personne représentée n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté.

Le 22 avril 2005, la loi dite « Leonetti », relative aux droits des malades en fin de vie, est votée.

Les dispositions principales de cette loi sont les suivantes (4) :

- Réaffirmation de l'interdiction de l'euthanasie
- Affirmation claire du droit pour tout malade à l'abstention ou l'arrêt de tout traitement, en lui garantissant l'accès à des soins palliatifs jusqu'à sa mort
- Interdiction de toute obstination déraisonnable

En 2015, la ministre des Affaires sociales et de la Santé, Marisol Touraine, lance le plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie (5).

En janvier 2016, une nouvelle loi, dite « loi Claeys/Léonetti » est adoptée, visant à renforcer la loi du 22 avril 2005 (6). Cette loi clarifie les conditions de l'arrêt des traitements au titre du refus de l'obstination déraisonnable. Les directives anticipées deviennent l'expression de la volonté du patient incapable de le faire et s'imposent désormais aux médecins.

Les dispositions principales de cette loi sont les suivantes :

- Droit à la sédation profonde et continue jusqu'au décès, à la demande du patient

- Renforcement du droit pour un patient dûment informé par le professionnel de santé de refuser tout traitement
- Principe d'opposabilité des directives anticipées
- Précision du statut du témoignage de la personne de confiance

1.2. Épidémiologie

Selon les données de l'INSEE, l'espérance de vie des Français en bonne santé pour l'année 2017 était de 79,5 ans pour les hommes et de 85,4 ans pour les femmes (7). Cet allongement de l'espérance de vie est étroitement lié à la diminution du nombre de décès en France. Ainsi, on dénombre 603 000 décès en 2007, contre 531 162 en 2017 (8).

Selon un rapport de l'Observatoire National de la Fin de vie (ONFV) de 2011, 58 % de ces décès surviennent à l'hôpital, alors que 81 % des Français souhaitent « passer leurs derniers instants chez eux » (9) (10). Ce taux est stable au cours des 20 dernières années. Seuls 27 % des Français décèdent à leur domicile.

L'ONFV a cherché à estimer la proportion de patients ayant bénéficié de soins palliatifs en service de soins aigus. Ainsi, selon son estimation, l'observatoire indique que moins d'un tiers des séjours des personnes décédées en soins aigus auraient bénéficié de soins palliatifs. La proportion de séjours faisant mention d'une prise en charge en soins palliatifs varie très fortement selon les pathologies : 67 % des séjours des patients souffrant d'un cancer sont identifiés par un codage « soins palliatifs », mais seulement 12 % de ceux souffrant d'une maladie cardiovasculaire ou respiratoire seraient concernés par ce codage.

Dans les services d'urgence, seuls 7,5 % des décès survenus dans les services d'urgences comportent des soins palliatifs, alors que 64 % des patients décédant dans ces services sont hospitalisés pour une pathologie dont l'évolution prévisible et les symptômes nécessitent vraisemblablement des soins palliatifs.

2. Définition des soins palliatifs

Selon la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP) (11), « Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale.

Leur objectif est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychique, sociale et spirituelle. »

3. La démarche palliative

La démarche palliative a pour but « d'asseoir et développer les soins palliatifs dans tous les services et établissements (y compris à domicile) en facilitant la prise en charge des patients en fin de vie et leurs proches, par la mise en place d'une dynamique participative prenant en compte les difficultés des soignants, en s'appuyant sur la participation des équipes dans une démarche de soutien et de formation » (12).

Elle constitue une nécessité pour les établissements de santé. Les soins continus, palliatifs et ceux d'accompagnement sont inscrits dans la loi au titre des droits du patient ; il faut donc traduire ces affirmations de principe dans l'organisation concrète des établissements de santé.

La démarche palliative permet de répondre aux besoins des patients qui nécessitent des soins importants sur le plan somatique ou psychique.

Elle s'inscrit dans une pratique qui concerne tous les services de soins (court séjour, soins de suite et de réadaptation, long séjour). Ainsi, tous les professionnels de santé sont invités à intégrer la démarche palliative dans leurs pratiques, quels que soient leur spécialité et leur lieu d'exercice (13).

4. Justification de notre démarche

4.1. Une demande des médecins de la Clinique Mutualiste de Pessac

4.1.1. Présentation de la Clinique Mutualiste de Pessac

Construite en 1962, la Clinique Mutualiste de Pessac est un établissement de santé privé d'intérêt collectif (14).

Il y existe un service de chirurgie ambulatoire dédié de 30 places et de 102 lits d'hospitalisation complète, avec des pôles d'activités significatifs, notamment en ophtalmologie, chirurgie digestive, endoscopie digestive, orthopédie et urologie. On compte 30 lits de médecine polyvalente, 20 lits de soins de suite et de réadaptation (SSR) et une unité de soins continus de six lits. La clinique possède également en son sein un service d'urgence polyvalente ouvert 24 heures sur 24 (15).

4.1.2. Collaboration avec l'EMSP de Marie Galène

Une convention de coopération a été signée en 2003 entre la Clinique Mutualiste de Pessac et la maison de Santé des Dames du Calvaire de Bordeaux. L'EMSP de Marie Galène est donc une équipe ressource importante en ce qui concerne la prise en charge des patients en soins palliatifs à la clinique.

En 2017, le bilan d'activité de la clinique fait état de 81 déplacements physiques de l'EMSP dans la structure, pour 68 demandes de passage de l'équipe. Parmi les 68 patients, 20 étaient hospitalisés en service de chirurgie, 45 en service de médecine et de SSR, un en unité de soins continus ; enfin, deux patients étaient pris en charge en service ambulatoire.

Parmi les 68 patients pour lesquels l'EMSP a été sollicité, on note 29 décès. Par ailleurs, 30 patients ont été transférés vers d'autres structures ou lieux de vie (domicile, EHPAD, USP) ; surtout, huit décès ont eu lieu avant le passage de l'équipe (16).

Afin d'effectuer une demande d'intervention de l'EMSP, la personne demandeuse (médecin ou infirmière) remplit un formulaire (annexe n°1), qui est ensuite faxé. La pertinence de cette

demande se fait selon l'appréciation du soignant, au vu de l'absence d'outils pouvant faciliter le repérage de patients nécessitant des soins palliatifs.

4.1.3. L'idée d'élaborer un guide d'aide de prescription

La coopération entre la Clinique Mutualiste de Pessac et la maison de Santé des Dames du Calvaire de Bordeaux constitue ainsi une ressource importante pour les médecins de la structure.

Malgré tout, nous constatons des difficultés de prise en charge des patients en situation palliative. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces difficultés, ressenties par les médecins de la structure :

- Le délai entre la demande d'intervention de l'EMSP et son passage
- Les situations urgentes et complexes se déroulant la nuit ou les week-ends, où il est difficile de solliciter un avis spécialisé
- Une évolution imprévisible des malades après le passage de l'EMSP nécessitant une adaptation de la prise en charge en attendant une nouvelle intervention de l'équipe mobile

La plupart des médecins de la clinique ont ainsi exprimé le souhait de disposer d'un outil qui puisse les aider à prendre en charge leurs patients en situation palliative.

Nous avons donc fait le choix, pour ce travail de thèse et dans une logique de démarche palliative, d'élaborer un guide d'aide à la prise en charge des patients en soins palliatifs, destiné aux médecins de la structure. Nous cherchons ainsi à répondre à leurs besoins et à ceux des patients relevant des soins palliatifs.

4.2. La nécessité d'élaborer un guide selon les recommandations

L'élaboration d'un guide de bonnes pratiques doit être effectuée de façon rigoureuse. En effet, les futurs utilisateurs du guide sont en droit de se demander comment les pratiques recommandées ont été identifiées et de quelle façon il a été déterminé qu'elles représentaient les meilleurs choix (17).

Ainsi, au début des années 2000, des chercheurs se sont intéressés à la qualité des guides de bonnes pratiques, autant pour leur contenu que leur processus d'élaboration. Par exemple, une étude réalisée en 1999 sur 279 guides constatait un taux significatif d'inobservance de ces guides par rapport aux recommandations en termes de processus d'élaboration (18).

Depuis ces travaux, il n'existe pas encore de normes internationales relatives à l'élaboration des guides de bonnes pratiques ; toutefois, plusieurs organisations se sont entre temps dotées de règles concernant la conception de ces documents, par exemple :

- *Guidelines for WHO guidelines*
- *The guidelines manual*
- *Clinical Practice Guidelines We Can Trust*

La nécessité de suivre ces règles d'élaboration est motivée par les bénéfices escomptés :

- La qualité : par une meilleure réponse aux besoins des utilisateurs et de la population bénéficiaire, les guides sont davantage susceptibles d'être utilisés et les chances d'atteindre leur finalité sont meilleures.
- L'efficacité : par une meilleure maîtrise du processus d'élaboration, les guides peuvent être développés de façon plus efficace, en économisant temps et ressources.
- La crédibilité : par une plus grande transparence du processus, notamment en ce qui concerne les données contradictoires ou incohérentes, la crédibilité des recommandations est bonifiée.

En termes de gestion de la qualité d'un guide, plusieurs documents (17, 19, 20, 21) précisent qu'il est essentiel, lors du processus d'élaboration, de procéder à une phase d'ajustement, c'est-à-dire à tenir compte de la satisfaction des utilisateurs cibles afin d'apporter des modifications éventuelles. Ceci garantirait une meilleure observance et faciliterait l'atteinte des objectifs recherchés par l'intervention.

On constate donc qu'il est important que le contenu et la forme de notre guide soient de qualité ; il doit également être adapté aux besoins des médecins de la structure.

Ce constat nous amène à notre question de recherche.

5. Question de recherche

Comment élaborer un guide d'aide à la prise en charge des patients en situation palliative, à destination des médecins de la Clinique Mutualiste de Pessac, en respectant les règles d'élaboration et en tenant compte des besoins et des attentes de ses futurs utilisateurs ?

6. Hypothèse

La mise à disposition d'un guide d'aide à la prise en charge des patients en soins palliatifs nécessite une méthodologie rigoureuse et la prise en compte des remarques des futurs utilisateurs.

7. Objectifs du travail

L'objectif de ce travail est d'élaborer un guide d'aide à la prise en charge destiné aux médecins de la Clinique Mutualiste de Pessac pour les patients en situation palliative en faisant participer les futurs utilisateurs à l'élaboration de la version définitive.

II. MATÉRIELS ET MÉTHODES

Dans un premier temps, une version provisoire du guide a été élaborée après consultation de la littérature scientifique et en respectant les recommandations scientifiques, en termes de conception d'un outil d'aide à la prescription.

Cette version provisoire du guide a ensuite été soumise à une lecture et validée lors d'une réunion d'experts.

Dans un troisième temps, une enquête de satisfaction a été effectuée auprès des médecins de la structure. Au terme de l'enquête, en fonction des avis, des critiques et des suggestions recueillis, le guide a été modifié avant d'être diffusé.

Première partie : Élaboration de la première version du guide

1. Mise en place d'une méthodologie d'élaboration du guide

La première étape a consisté en une recherche bibliographique concernant la méthodologie à utiliser lors de la conception d'un outil à usage de professionnels de santé. Cette recherche a été réalisée sur les moteurs de recherche de Pubmed, les revues systématiques Cochrane et Google Scholar, avec les mots clés suivants : « *Clinical decision support, pocket card, leaflet, guidelines, pamphlets, booklet, guide de bonnes pratiques, outil de prescription, recommandations* ».

Au terme de notre première recherche bibliographique, nous avons établi une liste d'étapes clés à suivre pour l'élaboration du guide, afin de respecter la rigueur méthodologique exigée pour ce type de document (17).

2. Rédaction du guide

Une deuxième recherche bibliographique a ensuite été effectuée afin d'élaborer le contenu du guide.

Pour cela, les bases de données PubMed, Google Scholar, Cismef ainsi que le moteur de recherche Babord de la faculté Bordeaux-II ont été consultés avec les mots clés suivants : « *Pain management, symptom management, palliative, end of life*, prise en charge, douleur, symptômes, soins palliatifs, fin de vie, recommandations ».

Les articles et les informations retrouvés ont ensuite été sélectionnés ; à partir de ces données, nous avons élaboré une première version du document en respectant les règles d'élaboration d'un guide de bonnes pratiques.

2.1. La forme

Différentes caractéristiques ont été recherchées et utilisées pour l'élaboration du guide. Elles concernent le document dans sa globalité, le style littéraire utilisé, ainsi que la composition visuelle du document.

Caractéristiques concernant le document dans sa globalité :

- Les différents chapitres peuvent se lire indépendamment du reste du document, amenant les éléments selon un ordre naturel pour les utilisateurs et comportant un sommaire ou un résumé à la fin
- Les titres sont concis, mais évocateurs
- Une hiérarchie des titres est utilisée, ne proposant pas plus de trois niveaux, incluant les titres des chapitres
- Le style utilisé tout au long du document est constant (éviter de combiner lettres et chiffres)

Caractéristiques concernant le style littéraire :

- Privilégier un style descriptif et une syntaxe simple (sujet, verbe et complément)
- Rédiger de courtes phrases

- Éviter les renseignements accessoires ainsi que les figures de style
- Éviter l'emploi de synonymes pour désigner un même objet
- Employer un vocabulaire adapté au sujet traité et aux utilisateurs
- Utiliser un encadré avec résumé ou un aide-mémoire lorsque cela est pertinent

Caractéristiques concernant la composition visuelle :

- Elle doit être sobre, mais attrayante
- Les variations typographiques sont limitées (pas plus de deux polices de caractères, trois tailles, deux variations)
- La police de caractères choisie offre une bonne lisibilité (sans empattement, taille accessible)
- La composition est aérée
- Des schémas, tableaux, encadrés et des puces sont utilisés (lorsque cela est possible)

2.2. Le contenu

Le contenu du document doit se baser sur la synthèse de différentes sources qui :

- Recommandent des pratiques éprouvées
- Aident les utilisateurs à prendre des décisions
- Fournissent des connaissances présentées de façon claire, concise et facile d'utilisation
- Laissent place au jugement professionnel
- Permettent une adaptation à des circonstances et des contraintes particulières incluant la personnalisation des soins

2.3. Choix des thèmes traités dans le guide

La thèse de Susagna et Cluzeau-Duchaussoy (22) avait permis d'identifier sept thèmes qu'il convient de traiter dans un guide d'aide de prise en charge destiné aux médecins, pour leurs patients nécessitant des soins palliatifs : douleur, hémorragie, dyspnée, agitation, encombrement, syndrome occlusif, nausée/vomissements. À l'issue de leur travail, il est également apparu intéressant de traiter la sédation dans un tel guide.

Ces mêmes thèmes ont été traités dans notre guide ; chaque chapitre est consacré à un symptôme ou syndrome. Un chapitre supplémentaire a en outre été consacré à la sédation.

Deuxième partie : Relecture et validation du guide lors d'une réunion d'experts

Nous avons organisé une réunion, à laquelle ont été invités le Dr Emmanuel de Larivière, médecin responsable du pôle palliatif à la Maison de Santé de Marie Galène, le Dr Thierry Vimard, médecin et directeur du réseau l'Estey, le Dr Olivia Bissonier, pharmacienne de la structure et le Dr Nicolas Mauriet, médecin gériatre et co-directeur de ce travail. L'auteur de la thèse y était également présent et endossait le rôle d'animateur, en adoptant une position neutre, sans influencer la discussion et les décisions.

Nous avons procédé à une lecture complète du guide afin que chaque intervenant puisse s'exprimer en apportant commentaires et corrections au fur et à mesure de la lecture.

Les différents intervenants avaient été sollicités par un mail, qui contenait une version électronique du guide. Après le recueil du consentement des différents intervenants, l'intégralité de la réunion a été enregistrée par dictaphone.

À l'issue de la réunion, après l'analyse des commentaires et propositions de correction, le guide a été modifié une première fois.

Troisième partie : Enquête de satisfaction auprès des utilisateurs cibles et modification du guide

Il s'agit d'une étude observationnelle qualitative réalisée à l'aide d'une enquête de satisfaction par envoi d'un questionnaire aux futurs utilisateurs du guide d'aide.

1. Sélection de l'échantillon

Nous avons sollicité l'ensemble des médecins de la clinique susceptibles d'être confrontés à des patients en situation palliative. Le Dr Mauriet a été exclu de l'étude, étant donné sa qualité de co-directeur de ce travail.

2. Déroulement de l'étude

Une fois l'échantillon défini, les médecins en faisant partie ont été sollicités une première fois par mail (annexe n°2) le 5 février 2018, afin :

- D'obtenir leur accord pour participer à l'étude
- Dans un deuxième temps, pour ceux qui l'acceptaient, de convenir du moment où la première version du guide ainsi qu'un questionnaire leur ont été remis en main propre

Ceux qui n'avaient pas répondu au mail envoyé le 5 février 2018 ont été contactés par téléphone afin d'obtenir leur accord pour participer à l'étude.

Après la remise du questionnaire et du guide et en cas d'absence de réponse au bout de trois semaines, une voire deux relances ont été effectuées par mail puis par téléphone.

Il était possible de retourner le questionnaire directement à l'auteur de la thèse ou au secrétariat du Dr Mauriet.

3. Élaboration du questionnaire

Pour cette étape, nous avons utilisé les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur *l'élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des*

usagers du système de santé (19), car il traite de façon exhaustive les axes à explorer lors de cette étape.

Il fallait, à travers le questionnaire, apprécier :

- L'opinion générale des médecins sur le document
- Sa lisibilité et sa compréhension
- Sa présentation et son organisation
- La quantité d'informations présentes (trop élevée ou trop faible)
- L'utilité et l'aspect des illustrations
- L'utilisation potentielle sur le terrain
- Les modalités de mise à disposition et les différentes utilisations possibles

Le questionnaire à réponses fermées et ouvertes était composé de six parties :

- Une première partie recueillant les données nominatives et la spécialité de la personne, accompagnées d'une mention garantissant l'anonymisation ultérieure de ces données
- Trois questions introductives portant sur ses connaissances actuelles et la/les référence(s) utilisée(s) en termes de soins palliatifs
- Quatre questions sur le contenu du guide avec des champs de saisie libre, traitant de l'exhaustivité et de la compréhension de l'information, ainsi que du niveau de satisfaction globale
- Trois questions sur la forme du guide traitant de l'accès à l'information, la lisibilité et l'utilisation des couleurs
- Deux questions sur le format actuel et sur la pertinence de l'utiliser ultérieurement en version numérique
- Quatre questions sur l'intérêt potentiel du guide, la dernière question permettant à la personne interrogée de souligner des points non abordés dans le questionnaire

Un exemplaire du questionnaire est présenté en annexe de ce travail (annexe n°3).

4. Analyse des résultats

Les réponses aux questions fermées dans les questionnaires récupérés ont été répertoriées dans un tableau Excel©. Nous avons ensuite effectué une analyse descriptive de ces réponses, afin d'apprécier le niveau de satisfaction de l'échantillon concernant les différentes thématiques explorées.

Les réponses aux questions ouvertes à « saisie libre » ont été utilisées sous forme de verbatim. Ainsi, nous avons fait ressortir des points négatifs ainsi que des suggestions proposées par les médecins participant à l'enquête.

5. Modification du guide

À l'issue de cette enquête et après analyse des résultats, nous avons tenu compte des différentes critiques, avis et propositions émanant des médecins ayant participé à l'enquête. Nous avons ainsi apporté des modifications au contenu et à la forme du guide avant sa diffusion.

III. Résultats

Première partie : Élaboration de la première version du guide

1. La forme

1.1. La structure

Chaque chapitre traitait un symptôme, un syndrome ou un thème précis. Un sommaire figurant dès la première page permettait au lecteur d'accéder directement à un chapitre spécifique. Une partie « annexe » a également été intégrée ; elle comportait des références utilisées pour la rédaction du guide, des échelles et des tableaux.

Les différents chapitres étaient indépendants et les titres et sous-titres évocateurs et concis, permettant une hiérarchisation des idées, allant du général vers le particulier.

1.2. Le style littéraire

Le style était uniforme tout au long du document, permettant une fluidité dans la lecture. Les phrases étaient simples, au présent, et suivaient la forme de sujet-verbe-complément.

1.3. La composition visuelle

La présentation était sobre et la plus neutre possible ; une couleur bleue a été adoptée pour les titres et sous-titres et une noire pour le texte. La police utilisée était Calibri (Corps), de taille 14.

1.4. Le support

Le support devait être pertinent par rapport au public cible, au sujet traité et aux objectifs annoncés. Il devait également être pratique, facilement actualisable et peu encombrant. Nous avons donc utilisé un support papier, peu coûteux à réaliser, en dimension « pochette », afin

que les utilisateurs puissent le transporter dans leurs blouses au quotidien et y accéder facilement.

2. Le contenu

2.1. Rédaction du chapitre « Douleur »

Divers documents ont été retenus pour la rédaction de cette partie du guide (22, 23, 24, 25, 26, 27, 28).

La première partie de ce chapitre concernait un rappel sur l'évaluation de la douleur (28). Le nom de différentes échelles était mentionné ; il était possible de les consulter dans la partie « annexe » du guide.

La deuxième partie concernait la prise en charge médicamenteuse des douleurs nociceptives. Cette partie se décomposait selon les divers paliers des médicaments. Dans un premier temps, un rappel sur l'utilisation des paliers 1 et 2 nous a permis ensuite d'insister sur l'utilisation des médicaments de palier 3 et ses différentes formes galéniques. Les posologies figurant dans cette partie constituaient une synthèse de l'ensemble des ressources retenues.

Pour chaque molécule traitée, la forme galénique utilisable, la posologie d'initiation et celle cible, d'éventuelles précautions d'emploi et des effets indésirables étaient précisés.

Concernant les paliers 3, la dose-équivalence entre les différentes formes galéniques d'une même molécule et entre chaque opioïde était mentionnée. La titration de morphine a été illustrée à l'aide d'un arbre décisionnel. Un paragraphe a également été consacré à l'utilisation de la pompe analgésique autocontrôlée (PCA).

Une troisième partie du chapitre traitait de la douleur neuropathique et présentait un exemple de schéma thérapeutique, en utilisant le prégabaline (26).

Une quatrième partie plus succincte concernait la prise en charge des douleurs de métastases osseuses et des douleurs liées aux soins.

La cinquième partie rappelait la place des traitements non pharmacologiques et non spécifiques.

2.2. Rédaction du chapitre « Encombrement »

Après consultation de la littérature, nous avons retenu les sources traitant spécifiquement de l'encombrement (29, 30) et avons porté une attention particulière au fait de ne pas traiter la prise en charge de la dyspnée dans cette partie, un chapitre étant consacré à ce symptôme.

Les sources retenues mettaient en avant la nécessité de privilégier les mesures préventives. Nous avons donc traité de façon égale les mesures préventives et les traitements médicamenteux.

La première partie du chapitre consistait en un rappel des différents mécanismes pouvant contribuer à l'installation d'un encombrement chez un patient en fin de vie.

La deuxième partie traitait des mesures préventives, non médicamenteuses à mettre en place.

La troisième partie du chapitre concernait les traitements médicamenteux utilisables dans ce contexte. Le traitement symptomatique principal est la scopolamine. La posologie d'initiation et les modalités d'augmentation de la posologie ont été décrites ainsi que les effets secondaires à surveiller. La possibilité d'utiliser des diurétiques en cas de participation d'une insuffisance cardiaque a également été détaillée.

2.3. Rédaction de la fiche « Dyspnée »

Après avoir retenu des articles et documents traitant de la dyspnée en soins palliatifs (23, 31, 32, 33), nous avons décrit les mesures non pharmacologiques, les traitements étiologiques et les mesures pharmacologiques.

La première partie traitait des étiologies les plus souvent responsables de la dyspnée dans un contexte palliatif. Elle mentionnait également l'importance de l'évaluation continue de ce symptôme par l'utilisation d'échelles, comme décrit dans les recommandations de l'ANAES (23).

Dans la deuxième partie, nous avons défini les mesures non pharmacologiques à mettre en place.

Comme mentionné ci-dessus, les recommandations soulignaient l'importance des traitements spécifiques, traités dans la troisième partie. L'utilisation des β 2-mimétiques et des

anticholinergiques pour les syndromes broncho-obstructifs, des diurétiques pour les tableaux d'insuffisance cardiaque et des corticoïdes pour le syndrome de la veine cave supérieure a donc été décrite ici à titre d'exemple.

Le traitement symptomatique abordé ensuite doit être initié en cas d'échec des mesures non pharmacologiques et des traitements étiologiques ; son utilisation ainsi que les modalités d'initiation ont été présentées dans la quatrième partie de ce chapitre.

En cas de dyspnée terminale, nous avons suggéré au lecteur de se référer au chapitre « Sédatation ».

2.4. Rédaction du chapitre « Hémorragie »

Nous avons abordé ce chapitre par une approche symptomatique. En effet, l'indication d'un traitement étiologique se fait le plus souvent au cas par cas et demande une réflexion le plus souvent complexe. La volonté d'élaborer un guide concis et facilement utilisable nous a permis de retenir des ressources traitant ce symptôme de manière générale (34, 35, 36, 37).

Le chapitre traitait d'abord des mesures à mettre en place chez le patient à risque hémorragique, notamment les prescriptions anticipées et l'évaluation de traitements pouvant potentialiser ce risque.

Ensuite, nous avons décrit les mesures non médicamenteuses à mettre en place au moment de l'hémorragie.

La deuxième partie du chapitre concernait les traitements médicamenteux locaux et systémiques pouvant être utilisés dans ce cadre.

Finalement, en cas d'hémorragie cataclysmique, la réponse peut être une sédatation ; nous avons par conséquent suggéré au lecteur de se référer au chapitre correspondant.

2.5. Rédaction du chapitre « nausées/vomissements »

Les recommandations de l'ANAES (23) soulignaient l'importance de proposer des traitements selon le contexte et le mécanisme physiopathologique. Après avoir sélectionné les documents

qui nous paraissaient pertinents (23, 34, 38, 39), nous avons élaboré ce chapitre afin que le lecteur puisse identifier le mécanisme responsable et mettre en place les mesures appropriées.

La première partie du chapitre concernait un rappel sur l'évaluation de la symptomatologie (intensité, chronologie, facteurs aggravants).

La deuxième partie concernait la prise en charge non pharmacologique et non spécifique de la symptomatologie.

Ensuite, la troisième partie du chapitre traitait de la prise en charge pharmacologique selon le mécanisme physiopathologie :

- Symptômes liés à un dysfonctionnement du tractus digestif
- Symptômes liés à la stimulation de la zone gâchette (médicaments, troubles métaboliques)
- Symptômes liés à une lésion corticale et/ou au niveau des méninges (HTIC, méningite, métastase)
- Symptômes liés à une lésion/un dysfonctionnement de l'appareil vestibulaire (causes ORL, métastase de la base du crâne)

Une dernière partie a été incluse, traitant de l'utilisation des co-antiémétiques, notamment du lorazepam et du levopromazine en cas de composante anxieuse, et de l'octroïde en cas de syndrome occlusif.

2.6. Rédaction du chapitre « Syndrome occlusif »

Après consultation de la littérature, plusieurs documents ont été retenus afin d'élaborer ce chapitre (23, 34, 38, 40).

Il est important de distinguer les occlusions fonctionnelles et organiques pour la rédaction de la suite de ce chapitre. En effet, en cas d'occlusion fonctionnelle, le traitement reste avant tout étiologique ; cela a été précisé au début du chapitre.

Toutes les sources soulignaient l'importance de discuter d'un traitement chirurgical si l'hypothèse d'une occlusion organique était retenue, même si en pratique, cette solution est rarement réalisable. Ce point précis figurait également au début du chapitre.

La majeure partie de ce chapitre était consacrée aux situations d'occlusion organique, où aucun traitement chirurgical n'était retenu.

En termes d'organisation de l'information, nous nous sommes surtout inspirés des recommandations de la Fédération de Soins Palliatifs ALTER (FISPA) (41) qui proposait une prise en charge par étape.

Ainsi, une fois l'origine fonctionnelle éliminée et l'indication chirurgicale récusée, nous avons fait figurer les premières mesures, pharmacologiques ou non, à mettre en place.

Après deux à cinq jours de traitement, une évaluation de l'efficacité des premières mesures est réalisée ; en fonction de l'évolution du tableau, nous avons décrit les mesures de deuxième intention à mettre en place.

Une nouvelle évaluation doit à nouveau être réalisée trois jours après ; de la même façon, nous avons décrit la conduite à tenir selon l'évolution du tableau.

2.7. Rédaction du chapitre « Agitation/Anxiété »

Après analyse des documents retenus pour l'élaboration de ce chapitre (23, 34, 42, 43), il nous était apparu essentiel de différencier deux cadres nosologiques : l'agitation liée à l'anxiété et celle associée à la production de symptômes, qui s'inscrit souvent dans le cadre d'un syndrome confusionnel.

Nous avons également fait figurer, en termes de prise en charge médicamenteuse, un nombre restreint de molécules à utiliser en fonction des situations, dans une volonté de clarté et de facilité d'utilisation.

La première partie concernait l'agitation liée à l'anxiété, elle-même consécutive au contexte palliatif et/ou liée à l'anxiété de l'entourage. Nous avons fait figurer les traitements à utiliser en première intention dans ce cadre précis, notamment les benzodiazépines.

La deuxième partie, plus complexe, concernait l'agitation avec production de symptômes (délires, hallucinations). Comme souligné dans l'article de Dauchy et Chauffour-Ader (44), le dépistage d'une cause réversible dans ce cadre nosologique est essentiel. Nous avons donc fait figurer cette notion en premier dans cette partie du chapitre.

Concernant l'utilisation des médicaments, les différentes sources s'accordaient sur l'utilisation de l'halopéridol en première intention. Nous avons également décrit l'utilisation de la risperidone en deuxième intention et de la lévomépromazine, en cas de persistance de la symptomatologie.

La possibilité d'utiliser le midazolam en cas d'échec des traitements précédents ou en cas de danger pour le patient et/ou l'entourage a été mentionnée ; le lecteur a été invité à consulter le chapitre correspondant.

2.8. Rédaction du chapitre « Sédation »

Nous nous sommes exclusivement basés sur les recommandations de la SFAP (44) pour la rédaction de ce chapitre. En plus des modalités de prescription, nous y avons également intégré quelques notions afin d'aider les futurs utilisateurs du guide en cas de mise en place d'une sédation :

- La définition de la sédation
- Les indications
- Les mesures associées avant, pendant et après la sédation

2.9. Rédaction de la partie « Annexe »

Nous avons inclus plusieurs échelles et tableaux dans cette partie :

- Échelle Doloplus et l'échelle DN4
- Un tableau d'équi-analgésie des opioïdes
- Un exemplaire du score de Rudkin et Richmond
- Un tableau récapitulatif des médicaments utilisables en voie sous-cutanée
- L'outil Pallia 10

Deuxième partie : Relecture et validation du guide lors d'une réunion d'experts

1. Déroulement

La réunion a eu lieu le 15 février 2017 dans une salle dédiée à la Clinique Mutualiste de Pessac. Elle a duré environ deux heures. Au début de la réunion, l'auteur du travail a présenté son projet et la méthode d'élaboration du guide.

Les différents intervenants avaient reçu au préalable une version électronique du guide ; des versions papier leur avaient été remises pour la réunion.

Lors de la lecture du guide par l'auteur du travail, chaque participant pouvait à tout moment l'interrompre afin d'émettre un commentaire, une critique ou une proposition. Les points ayant suscité une divergence au sein du comité ont été discutés, sans intervention de la part de l'auteur.

2. Propositions suite à la réunion d'experts

2.1. Chapitre « Douleur »

Dans la partie « évaluation de la douleur », il a été proposé de rajouter l'échelle ALGOPLUS aux échelles citées en exemple.

Dans la partie « extrait d'opium », il a été convenu d'enlever les informations relatives à l'utilisation d'extraits d'opium sous forme de suppositoire, vu son indisponibilité dans la structure.

Concernant l'arbre décisionnel sur la titration de morphine, il a été proposé de rajouter la posologie pour les situations d'insuffisance rénale et/ou les personnes âgées.

Concernant l'utilisation de la morphine par voie transdermique, le groupe a souligné l'importance de signaler la persistance de l'efficacité du dispositif après son retrait.

Dans la partie « PCA », le groupe a préféré que nous mentionnions la possibilité de son utilisation dans la structure et de l'instaurer après avis de l'EMSP.

2.2. Chapitre « Encombrement »

Les intervenants souhaitaient ajouter dans la partie « mécanisme », « l'excès d'apports hydriques » et préciser la quantité des apports hydriques à ne pas dépasser par voie intraveineuse ou sous-cutanée.

Concernant le traitement médicamenteux, le groupe a proposé de supprimer l'utilisation de la scopolamine par voie transdermique, privilégiant ainsi l'utilisation de la molécule sous sa forme injectable.

2.3. Chapitre « Dyspnée »

Dans la partie « mesures non pharmacologiques », il a été proposé de rajouter un point consacré à la « diminution/adaptation des apports alimentaires ».

2.4. Chapitre « Hémorragies »

Le groupe a proposé de rajouter dans la partie « mesures générales » la nécessité de recueillir des prescriptions anticipées.

L'utilisation de la terlipressine avait été traitée dans la première version du guide, mais la pharmacienne nous a informés que cette molécule n'était pas disponible dans la structure. Cette partie a donc été supprimée.

2.5. Chapitre « Nausées/vomissements »

Concernant la prise en charge non pharmacologique, les intervenants ont souligné la possibilité de discuter de la mise en place d'une nutrition parentérale.

Les suppositoires de metoclopramide et de domperidone ne sont pas disponibles dans la structure. Cette voie d'utilisation a donc été enlevée à l'issue de la réunion.

L'utilisation de la forme transdermique de la scopolamine a été discutée ; à terme, il a été proposé de l'enlever du guide, en privilégiant l'utilisation de la forme injectable.

Une partie était consacré aux co-émétiques. Comme les molécules traitées dans cette partie figuraient dans d'autres chapitres, il a été proposé de la supprimer intégralement.

2.6. Chapitre « Syndrome occlusif »

Ce chapitre n'a pas été modifié à l'issue de la réunion.

2.7. Chapitre « Agitation/Anxiété »

Il a été proposé de traiter d'abord de l'agitation avec production de symptômes. L'ordre des deux parties de ce chapitre a donc été inversé à l'issue de la réunion.

En cas d'échec des traitements médicamenteux, le comité propose de solliciter l'EMSP. Cette information a également été ajoutée dans cette partie.

Concernant l'agitation anxieuse, en cas de symptômes majeurs ou si la voie per os est inutilisable, les intervenants ont préconisé de rajouter l'utilisation à cet effet du midazolam.

2.8. Chapitre « Sédation »

À propos de la définition de la sédation, les intervenants ont estimé important de préciser « qu'aucune intention létale n'était recherchée ».

Ils ont également proposé de rajouter la différence en termes de délai d'action entre la voie intraveineuse et sous-cutanée, en ce qui concerne l'administration du midazolam.

La pharmacienne nous a fait remarquer qu'il existait deux types d'ampoules de midazolam disponibles dans la structure : une ampoule de 5 mg et une autre de 50 mg. Afin de prévenir des erreurs de prescription ou d'administration, elle a proposé de privilégier l'utilisation de l'ampoule de 5 mg uniquement.

3. Modification du guide

À l'issue de cette réunion, nous avons tenu compte des différentes propositions émises par les différents intervenants, et avons apporté des modifications à la première version du document.

Troisième partie : Résultats de l'enquête et modification du guide

Le guide sera utilisé après sa diffusion par les médecins de la structure qui sont susceptibles de prendre en charge des patients en situation palliative.

Dans la Clinique Mutualiste de Pessac, au moment de l'étude, cela concerne :

- Deux médecins gériatres qui s'occupent du service de soins de suite et réadaptation et de la gériatrie aiguë ;
- Trois médecins internistes s'occupant du service de médecine interne et polyvalente ;
- Six hépato-gastro-entérologues ;
- Onze anesthésistes réanimateurs qui s'occupent des patients hospitalisés en chirurgie viscérale et orthopédique ;
- Huit urgentistes ;
- Un endocrinologue et un médecin nutritionniste, qui interviennent lors des astreintes du week-end.

Parmi les trente médecins sollicités, onze ont accepté de participer à l'enquête consistant en un questionnaire à questions semi-ouvertes. L'échantillon des participants dans notre enquête comprenait :

- Quatre médecins anesthésistes-réanimateurs ;
- Deux médecins internistes ;
- Trois médecins hépato-gastro-entérologues ;
- Un médecin gériatre ;
- Un médecin nutritionniste.

1. Résultats de l'enquête

1.1. Questions introductives

-En général estimez-vous disposer de connaissances scientifiques suffisantes pour la prise en charge des symptômes chez des patients en fin de vie ?

Sur une échelle de 1 à 5, 1 représentant une absence de connaissances et 5 un niveau de connaissances très satisfaisant concernant la prise en charge des patients en fin de vie, trois médecins ont déclaré se situer à 4, sept médecins à 3 ; un médecin a déclaré avoir un niveau à 2.

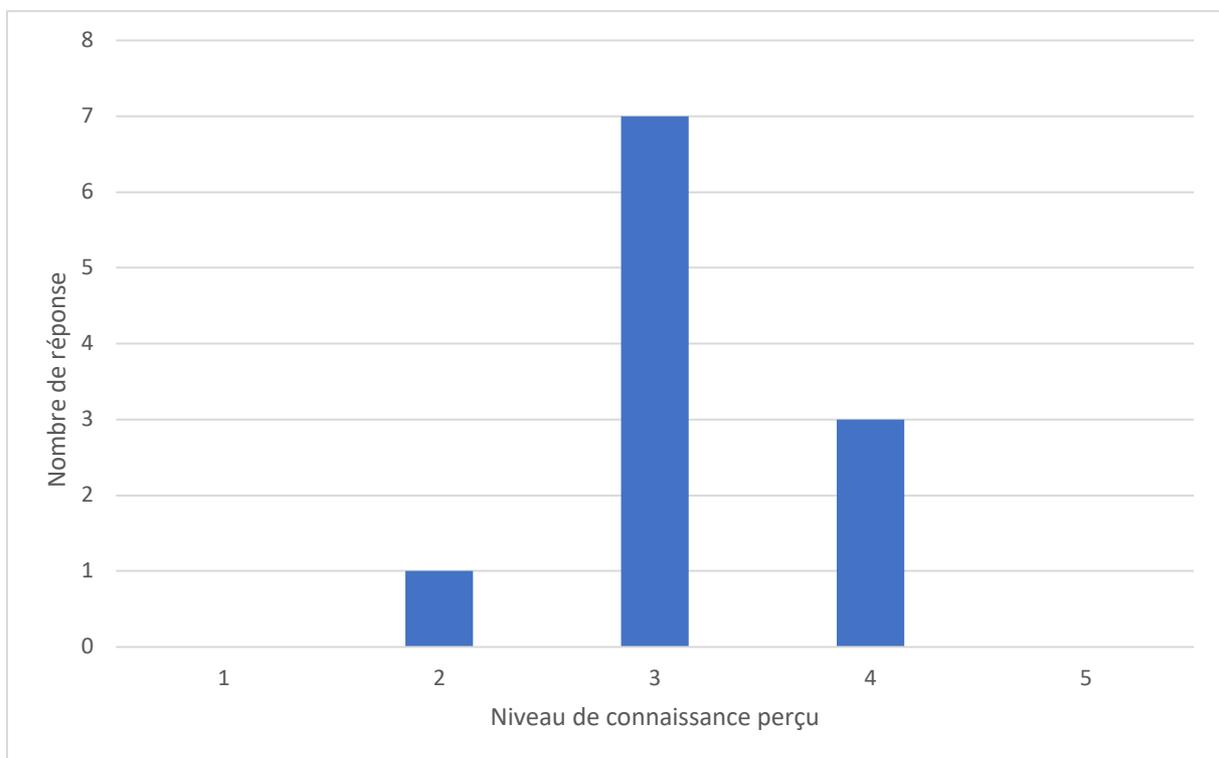


Figure 1: perception des médecins sur leur niveau de connaissance

- D'où proviennent vos connaissances concernant la prise en charge symptomatique de ces patients ?

Neuf médecins ont indiqué que leur expérience était la source des connaissances leur permettant de prendre en charge leurs patients en situation palliative. Trois médecins ont évoqué leur formation initiale. Le recours à des DU/DIU (Diplôme Universitaire/Diplôme inter universitaire) a été mentionné par deux médecins ; il s'agit du DU de « prise en charge de la douleur » et d'un DIU « oncologie digestive ». En commentaire libre, deux médecins ont déclaré avoir acquis et par la suite, utilisé des connaissances, à la suite de rencontres et de discussions avec l'EMSP.

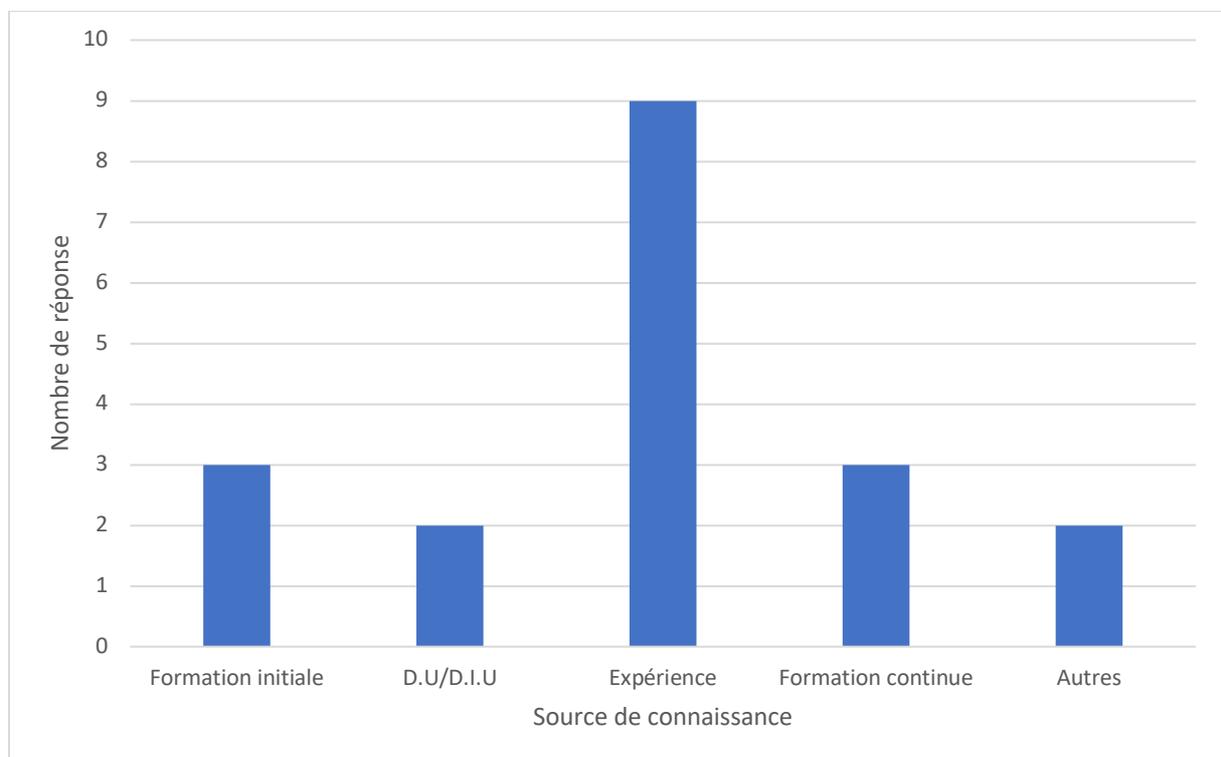


Figure 2: Source de connaissances utilisée pour la prise en charge des patients en situation palliative

- En cas de difficultés rencontrées lors de la prise en charge de vos patients, quelle est votre principale source d'informations afin d'optimiser votre prise en charge, en attendant l'intervention de l'EMSP ?

En cas de situation difficile, en attendant l'intervention de l'EMSP, le recours à internet constitue le moyen privilégié de source d'informations pour les médecins interrogés. Huit participants ont ainsi déclaré ce moyen comme source d'informations en cas de situation difficile. Cinq participants ont déclaré avoir recours à l'avis d'un collègue et quatre ont mentionné le recours à un ou à des documentations écrites.

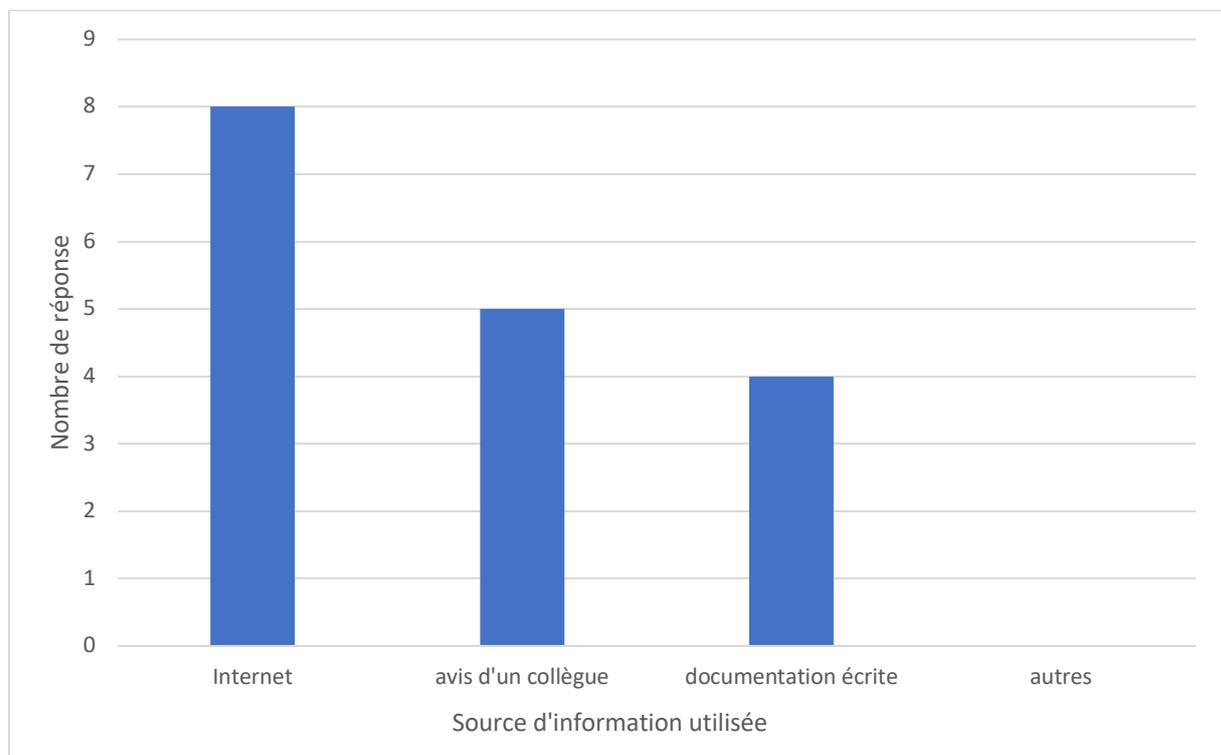


Figure 3: Source d'information utilisée en cas de difficultés lors de la prise en charge des patients

1.2. Questions sur le contenu du guide

- Est-ce-que le nombre de symptômes traités dans ce guide vous paraît adapté ?

La très grande majorité des participants, soit dix médecins, étaient satisfaits du nombre de symptômes traités dans le guide. Un médecin ayant répondu « non » à cette question souhaitait que le guide traite également du symptôme « hoquet ».

- Globalement, les informations figurant dans le guide vous semblent-elles facilement compréhensibles ?

La totalité de l'échantillon estimait que les informations figurant dans le guide étaient facilement compréhensibles.

-Pour chaque symptôme, pensez-vous qu'il y ait des notions manquantes et/ou trop exhaustives ? Si oui lesquelles ?

La réponse à la troisième question de cette partie se faisait sous la forme d'un commentaire libre ; les participants pouvaient exprimer par écrit des suggestions ou des critiques concernant chaque chapitre du guide.

- Le chapitre « douleur » correspondait à l'item ayant reçu le plus de remarques. Un des médecins souhaitait que le guide soit plus clair en termes d'adaptation posologique en fonction des personnes âgées et/ou en présence d'une insuffisance rénale : « *A partir de quand doit-on adapter la posologie et comment l'adapter ; idem en cas de l'insuffisance rénale ?* »

Un autre participant à l'enquête souhaitait que ce chapitre traite également de la place du midazolam dans la prise en charge de la douleur. Un troisième médecin nous a fait remarquer que nous n'avions pas précisé les équivalences de doses entre les différentes formes per os, intraveineuse et sous-cutanée de l'oxycodone.

- Concernant le chapitre « dyspnée », un des participants estimait que « *les étiologies de la dyspnée n'étaient pas indispensables à préciser dans ce contexte* ». Un autre médecin souhaitait que le guide traite spécifiquement des infections pulmonaires dans des situations de fin de vie.

- Le chapitre « hémorragie » a également suscité quelques remarques de la part des participants. « *Peut-être préciser l'utilisation de l'adrénaline ?* ». « *Peut-être préciser la prise en charge spécifique de certaines hémorragies : hémoptysie, hémorragies digestives (lavement intra-rectaux d'acide tranexamique) ?* ». « *Cette partie me paraît insuffisante par rapport aux étiologies des hémorragies rencontrées dans le cadre des soins palliatifs* ».

- Globalement, concernant le contenu de ce guide, quel est votre niveau de satisfaction ?

Sur une échelle de satisfaction de 1 à 5, le guide a recueilli une note de 5 de la part de six médecins, une note de 4 de la part de quatre médecins et une note de 3 de la part d'un médecin. Nous n'avons pas recueilli de réponse écrite pour cette question.

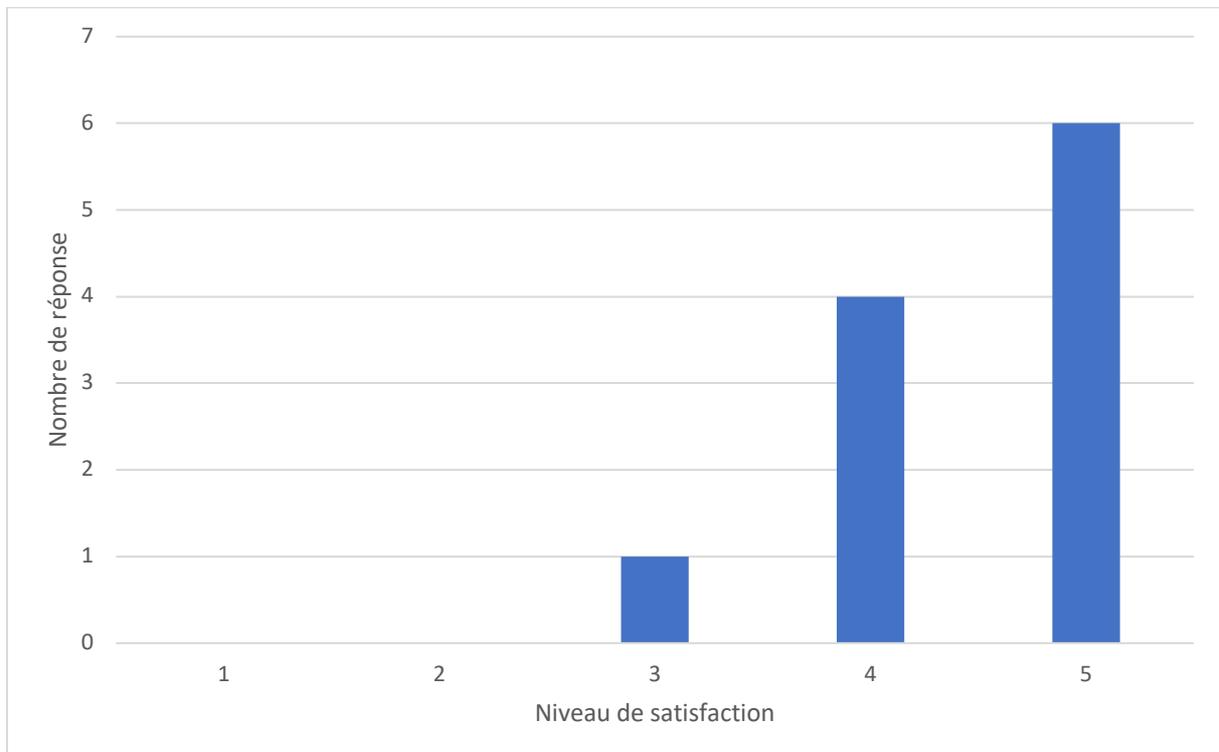


Figure 4: Niveau de satisfaction des médecins concernant le contenu du guide

1.3. Questions sur la présentation du guide

- Estimez-vous qu'il soit facile de trouver une information dans ce guide ?

Dix médecins ont estimé qu'il est facile de trouver une information dans ce guide. Le médecin ayant répondu « non » à cette question a laissé en commentaire libre : « Mettre des onglets afin que le lecteur puisse directement accéder à un chapitre faciliterait le repérage d'une information recherchée ».

- La présentation du guide facilite-t-elle sa lecture ?

Concernant la présentation du guide, quatre médecins interrogés ont estimé que celle-ci ne facilite pas sa lecture. Ils déplorent notamment « une taille de la police trop petite », « un manque d'organisation des informations en tableau et/ou arbre décisionnel » et « un manque de numérotation des chapitres ».

- L'utilisation des couleurs vous semble-t-elle adéquate et suffisante ?

L'utilisation des couleurs a été critiquée par six des médecins interrogés. En commentaire libre, ils ont exprimé leur souhait de faire ressortir visuellement les grandes lignes thérapeutiques et/ou les posologies des médicaments par l'utilisation de couleurs différentes : « L'utilisation de 2 couleurs uniquement me semble insuffisante et peu attrayante ». « L'utilisation du rouge ou de caractères gras pourrait faire ressortir les points importants du guide ». « En cas de situation d'urgence, j'aimerais localiser facilement les posologies des médicaments et mettre les posologies en gras pourrait faciliter cette localisation d'information ».

1.4. Questions sur la diffusion et le format du guide

- Est-ce que le format actuel du guide (format pochette et présentation en paysage) vous paraît adapté pour une utilisation pratique ?

Le choix d'adopter un format papier avec une dimension « pochette » a été plébiscité par la totalité des médecins interrogés. Aucune réponse en commentaire libre n'a été recueillie pour cette question.

- Est-ce que vous utiliseriez ce guide s'il était intégré en version numérique à l'intranet de la clinique ?

Huit médecins étaient favorables à l'utilisation de ce mode de diffusion du guide, en plus de son utilisation au format papier.

1.5. Questions de la dernière partie de « conclusion »

- Pensez-vous que ce guide puisse vous faire gagner du temps ?

La totalité des médecins a estimé que l'utilisation du guide constituera un gain de temps significatif.

- Pensez-vous que ce guide puisse vous aider dans la prise en charge des symptômes des patients en situation palliative ?

Tous les médecins ont estimé que le guide les aidera dans la prise en charge des patients en situation palliative.

- Pensez-vous utiliser le guide dans le cadre de votre pratique à la Clinique Mutualiste de Pessac ?

Tous les médecins interrogés pensaient utiliser le guide dans le cadre de leur pratique future à la Clinique Mutualiste de Pessac.

- Avez-vous des remarques et des suggestions concernant le guide qui n'ont pas été abordées dans ce questionnaire ?

La dernière question permettait de recueillir en commentaire libre les remarques et les suggestions portant sur l'ensemble du guide. Les médecins ont mentionné dans cette partie les points suivants :

« Manque peut-être une page de références en fin de guide sur lesquelles sont basées ces recommandations », « guide très clair, à la fois exhaustif et concis », « format pochette très adapté, évite que le document soit oublié dans un casier et jamais utilisé ».

2. Modification du guide avant sa diffusion

Après analyse des résultats de l'enquête, certaines modifications ont été apportées au guide afin de mieux répondre aux attentes des médecins interrogés.

2.1. Modification du contenu

- Chapitre « Douleur » :

Nous avons ajouté des informations concernant l'adaptation posologique des traitements chez les patients âgés et/ou en situation d'insuffisance rénale. Une recherche bibliographique supplémentaire a été menée afin de préciser l'utilisation du midazolam dans la symptomatologie douloureuse ; une partie traitant ce point a été ajoutée à la fin du chapitre (45). L'équivalence des doses entre les différentes formes galéniques de l'oxycodone a également été précisée.

- Chapitre « hémorragie » :

Nous avons recueilli plusieurs commentaires en faveur d'informations complémentaires concernant la prise en charge spécifique en fonction du type d'hémorragie. L'approche initiale concernant ce chapitre devait être symptomatique et concise. Ainsi, l'emphase portait sur les moyens non médicamenteux, les médicaments non spécifiques et le recours à la sédation en cas d'hémorragie cataclysmique. Cependant, cinq participants à l'enquête ont exprimé leur souhait que cette partie soit traitée de façon plus approfondie, en précisant les différentes mesures à mettre en place selon différents sites anatomiques.

Nous avons donc modifié cette partie du guide, en nous inspirant des recommandations du *Yorkshire Palliative Medicine Clinical Guidelines Group* (36).

- Nombre de thèmes traités :

Un des médecins souhaitait que le guide traite de la problématique du hoquet. Une nouvelle recherche bibliographique a permis de retenir deux documents (23), (46), utilisés afin de rédiger cette partie.

- Modification du contenu de « l'annexe » :

Dans la partie annexe, nous avons retenu une des propositions recueillies en commentaire libre dans la dernière partie du questionnaire, suggérant de faire figurer les documents utilisés pour la rédaction du guide. Une page « référence » a donc été ajoutée.

2.2 Modification de la forme

Après analyse des résultats de l'enquête, la principale critique concernant la forme du document tenait au choix des couleurs utilisées dans la conception du document. En effet, plusieurs médecins considéraient qu'il était plus judicieux d'utiliser davantage de couleurs afin que l'impact visuel du contenu soit plus significatif, en particulier pour la posologie des médicaments. Le jeu de couleurs a donc été élargi, avec l'emploi de couleurs différentes pour les chapitres et sous-chapitres, les points importants et les posologies des molécules.

Nous avons également procédé à une numérotation des différents chapitres et sous-chapitres afin de faciliter la recherche d'une information donnée, comme cela avait été suggéré par un des participants à l'enquête.

Lorsque cela était possible, nous avons organisé les informations en utilisant des arbres décisionnels et des tableaux. L'idée de mettre des onglets afin que le lecteur puisse accéder directement à un chapitre donné nous paraît intéressante et sera utilisée dans la conception du document final qui sera diffusé.

La version définitive du guide, après avoir effectué ces modifications, est présentée en annexe n°4.

IV. DISCUSSION

1. Intérêt du travail

1.1. Un projet original

Dans le champ des soins palliatifs, un travail de thèse similaire mené par Susagna et Cluzeau-Duchossoy (22) avait été réalisé en 2012 et avait abouti à la réalisation d'un guide destiné aux médecins généralistes libéraux. Au terme de leur travail d'élaboration, le document avait été soumis à une lecture par des experts dans le domaine des soins palliatifs mais n'avait pas été testé auprès de ses futurs utilisateurs avant sa diffusion.

Au terme de nos recherches, la modification d'un tel document écrit, en fonction des avis et critiques des futurs utilisateurs, apparaît comme une étape essentielle avant sa diffusion (17, 19, 20, 21). En ce sens, notre travail était original et paraissait tout à fait justifié.

1.2. Un outil simple, synthétique et concis

Le but d'un tel document est d'améliorer et d'homogénéiser la prise en charge des patients en situation palliative à la Clinique Mutualiste. La volonté était de produire un document simple d'emploi, contenant des informations claires et adaptées à une utilisation par un médecin non formé en soins palliatifs.

Les résultats de l'enquête démontrent que ce document, dans sa forme et son contenu, est perçu comme simple et facile d'emploi. Ainsi, la grande majorité de l'échantillon interrogé pense que les informations figurant dans le guide sont facilement compréhensibles et suffisamment exhaustives. Pour la plupart, ils considèrent également qu'il est aisé de trouver une information fournie dans le guide.

1.3. Un outil qui répond à un besoin

Il n'existait pas, jusque-là, d'outil ou de guide d'aide disponible à la clinique en termes de prise en charge des patients en situation palliative.

Plusieurs médecins avaient ainsi exprimé leurs difficultés lorsqu'ils prenaient en charge des patients en situation palliative. Ils exprimaient également avoir à leur disposition un moyen rapide d'accès à des informations concernant la prise en charge de ces patients.

Ce travail de thèse permet de répondre à ces besoins. Les résultats de l'enquête traduisent l'intérêt des participants à l'élaboration de ce guide. Ainsi, tous les médecins interrogés pensent utiliser le guide dans leur pratique après sa diffusion.

1.4. Un outil utilisable par d'autres structures

L'objectif de ce travail était d'élaborer un guide d'aide de prise en charge destiné aux médecins d'une structure donnée. La participation de différents intervenants pendant la deuxième et la troisième étape de ce travail avait ainsi pour but d'optimiser le guide pour une utilisation à la Clinique Mutualiste de Pessac.

Cependant, la version finalisée du document peut servir de maquette afin d'élaborer un guide d'aide adapté pour d'autres structures. Pour ce faire, et afin de respecter les recommandations en vigueur, il sera nécessaire de soumettre le guide à une nouvelle lecture lors d'une réunion d'expert et à une enquête de satisfaction. Ces différentes étapes permettront l'optimisation du guide pour une utilisation dans une autre structure.

2. Discussion des règles d'élaboration du guide

L'élaboration d'un guide de bonnes pratiques doit se faire de façon rigoureuse et en respectant les règles et les étapes recommandées. Ceci garantirait une meilleure observance et faciliterait l'atteinte des objectifs recherchés par l'intervention (17).

Il fallait donc définir, pour notre travail de thèse, la liste des étapes à suivre pour l'élaboration du guide d'aide destiné aux médecins de la Clinique Mutualiste de Pessac.

Nous avons donc effectué une première recherche bibliographique afin d'établir une méthodologie d'élaboration du guide.

À l'issue de cette recherche bibliographique, nous avons retenu « *le manuel d'élaboration d'un guide de bonnes pratiques* » (17). Nous avons fait le choix d'utiliser ce manuel parce qu'il traite de façon exhaustive des règles d'élaboration à suivre en termes de contenu et de forme. Il traite également des différentes étapes à suivre afin d'améliorer la qualité du guide.

Lors de la lecture de ce manuel, il nous est également apparu nécessaire de valider le guide par des experts et dans un deuxième temps, de l'évaluer par ses futurs utilisateurs. Notre travail de thèse est d'ailleurs articulé autour de ces différentes étapes :

- Élaboration d'une première version après revue de la littérature
- Validation de cette version par des experts
- Évaluation du guide par les médecins de la clinique
- Modification du guide avant sa diffusion

En définissant les différentes étapes, nous nous sommes également inspirés des recommandations de l'HAS dans son « *Guide méthodologique : élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé* » (19) et l'« *Élaboration de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles* » (20). Ces recommandations nous ont permis d'établir la méthodologie à utiliser et les axes à explorer lors de la phase d'évaluation du guide.

Cependant, il était difficile de mettre en œuvre toutes les étapes préconisées par ces recommandations à l'échelle de notre travail de thèse.

Par exemple, il est recommandé de s'entourer de collaborateurs lors de l'élaboration d'un guide de bonnes pratiques (17). Cela permet de mettre à contribution des compétences diversifiées qui ne sont pas nécessairement du ressort de l'auteur. Ainsi, nous aurions pu solliciter un documentaliste pour la recherche bibliographique ou un graphiste pour la mise en page du guide. Nous n'avons pas eu recours à ces collaborateurs.

Nous avons donc sélectionné les étapes qui nous paraissaient les plus pertinentes et réalisables à notre échelle.

L'exclusion de certaines étapes a pu contribuer à une diminution de la qualité du contenu et de la forme du guide.

3. Discussion sur l'élaboration de la première version du guide

3.1. Le choix des thèmes traités

Le guide d'aide à la prise en charge a pour but d'aider ses futurs utilisateurs à prendre en charge leurs patients en situation palliative selon les différents symptômes et/ou syndromes rencontrés. Il fallait donc au préalable déterminer quels symptômes figureraient sur un tel document.

Pour ce faire, nous nous sommes inspirés de la thèse de Susagna et Cluzeau-Duchossoy (22). Dans leur travail, sept items avaient été retenus à la suite d'une réunion au cours de laquelle la méthode du groupe nominal était utilisée. Cette méthode, validée sur le plan scientifique, se déroule au cours d'une séance unique durant laquelle le groupe va procéder successivement à une génération silencieuse d'idées, un énoncé des idées, une discussion, une cotation, une hiérarchisation et une compilation des idées. Après relecture de leur guide par un groupe d'experts, un autre item avait été ajouté, celui traitant de la sédation.

Notre choix de faire figurer ces mêmes thèmes dans notre guide est critiquable.

Tout d'abord, les auteurs dans leur travail de thèse avaient fait le choix arbitraire de ne traiter que huit items. Ainsi, ce caractère arbitraire est également présent dans la conception de notre guide, concernant le nombre de thèmes qui y figurent. On peut donc se poser la question de l'exhaustivité des informations présentes dans notre document.

Par ailleurs, leur travail de thèse aboutissait à l'élaboration d'un guide destiné aux médecins exerçant en ambulatoire. Or, notre travail aboutit à un document qui sera utilisé par des médecins exerçant dans un cadre hospitalier. On peut donc se demander si les thèmes retenus pour l'élaboration de leur guide conviennent à l'élaboration de notre document, qui sera utilisé par une population exerçant dans un cadre différent, avec des conditions matérielles différentes. Cependant, il est intéressant de noter que les membres présents lors de leur réunion du groupe nominal étaient pour la plupart (quatre sur six) des médecins exerçant dans des structures hospitalières. Ainsi, même si le public visé par leur guide différait du nôtre, cette différence ne nous paraissait pas constituer un frein au choix de retenir ces huit items en se basant sur leur travail.

Néanmoins, les différentes ressources retenues pour l'élaboration de notre document (17, 19, 20) rappellent l'importance d'effectuer une évaluation préalable auprès des utilisateurs cibles afin de déterminer les thèmes à traiter. Il aurait donc probablement fallu prendre en compte l'avis des médecins de la structure quant aux thèmes à traiter dans le document dès les premières étapes de la conception du document, afin d'augmenter la force de l'étude. Devant la difficulté d'organisation que suppose la participation des médecins à toutes les phases de la conception du guide, cette solution n'a pas été retenue dans notre méthodologie d'élaboration.

Cependant, durant la phase d'évaluation du guide, l'avis des futurs utilisateurs a effectivement été pris en compte. Pour la grande majorité, on notait ainsi un niveau de satisfaction important par rapport aux thèmes traités dans le guide.

3.2. L'élaboration du contenu

Cette partie a consisté en une recherche bibliographique sur la prise en charge de chaque item retenu précédemment et a abouti à une synthèse pratique pour chacun.

Devant la masse d'informations disponible, l'auteur a été confronté à une difficulté importante. En effet, il a fallu trier et sélectionner les informations qui allaient à terme figurer dans le guide.

L'élaboration de la partie « Douleur » du guide en est un exemple. Il fallait traiter un symptôme dont la prise en charge pourrait faire à elle seule l'objet d'un guide. Il a donc été nécessaire d'opérer en gardant en tête les objectifs prédéterminés de notre guide : rester synthétique, clair et répondre aux attentes de médecins non formés en soins palliatifs.

On peut donc critiquer ce choix personnel de l'auteur. Ceci a pu entraîner des choix parfois arbitraires de la part de celui-ci et n'est donc pas la garantie d'une bonne acceptation des informations auprès de la population cible.

Néanmoins, pour tenter de pallier cette difficulté d'élaboration, des experts dans le domaine ont été consultés lors du comité de lecture, ce qui a permis de diversifier les points de vue et de valider le contenu scientifique du guide.

De même, l'enquête de satisfaction a permis d'évaluer si le contenu du guide correspondait à l'attente des futurs utilisateurs et d'apporter en fonction des modifications nécessaires.

3.3. Discussion sur le contenu du guide

À l'issue de la recherche bibliographique, et après avoir choisi les thèmes qui allaient figurer dans le guide, nous avons élaboré son contenu.

La volonté était de produire un document dont le contenu soit basé sur des recommandations avec un haut niveau de preuve.

Cependant, après notre recherche bibliographique et après avoir sélectionné les informations, le contenu du guide peut être critiqué.

Nous nous sommes principalement inspirés de synthèses de recommandations de sociétés savantes ou d'organismes pour l'élaboration du contenu. Des documents de l'ANAES, de la SFAP et de l'AFSSAPS ont ainsi été régulièrement consultés et utilisés pour l'élaboration du guide. Nous avons fait le choix de consulter ces documents parce que les informations qui y figuraient nous semblaient simples et adaptées à une utilisation par des médecins n'ayant pas de formation spécifique en soins palliatifs.

Nous avons constaté que le niveau de preuve des informations retenues, quand il était précisé, était hétérogène. À titre d'exemple, l'utilisation du midazolam en première intention pour la

pratique de la sédation, compte tenu de sa demi-vie courte, est basée sur des recommandations de Grade C selon les recommandations de l'AFSSAPS (45). L'utilisation du méchage hémostatique pour la prise en charge de l'épistaxis est basée sur une revue systématique de la littérature (Grade A). Le recours de l'adrénaline nébulisé en cas d'hémoptysie est basé sur l'accord des experts (38).

Les informations figurant dans le guide possèdent donc différents niveaux de preuve ; se pose la question de l'efficacité de certaines mesures préconisées dans le guide dont le niveau de preuve est bas.

Cependant, dans plusieurs domaines, il n'existe pas ou peu de données d'études disponibles. Il faut alors faire appel aux meilleures preuves disponibles, aux extrapolations sur la base de considérations physiologiques ou d'un consensus professionnel (47).

De plus, la réunion d'experts qui a eu lieu après l'élaboration de la première version du guide nous a permis de répondre à ce problème en validant le contenu scientifique du document.

4. Discussion sur la validation du guide après la réunion d'experts

La consultation auprès d'experts est une étape essentielle et recommandée après l'élaboration du contenu (17). Cette consultation permet de départager ce qui est généralisable de ce qui ne l'est pas, dans la mise en place d'une pratique donnée. Elle permet également de traiter les enjeux, issus de la littérature ou de la pratique, qui semblent non consensuels.

Pendant l'élaboration de cette première version du guide, nous avons fait face à plusieurs problématiques.

- Il existait parfois des divergences entre les différentes sources utilisées pour élaborer le contenu. Ces divergences pouvaient concerner le contenu de l'information ou une hétérogénéité du niveau de preuve.
- Il était important de rester synthétique, ce qui suppose une sélection d'informations par l'auteur. Ceci pouvait amener l'auteur à retenir des informations inadaptées ou à ne pas retenir des informations essentielles.

- Certaines molécules et/ou techniques pouvaient ne pas être disponibles pour la structure dans laquelle le guide serait utilisé.

La deuxième étape de ce travail a donc consisté en une validation du guide par des experts dans le domaine lors d'une réunion. L'idée était de procéder à une lecture complète du guide afin que chaque intervenant puisse s'exprimer en apportant des commentaires et corrections au fur et à mesure de la lecture.

Le choix d'intégrer la pharmacienne dans cette démarche était motivé par le souci de ne faire figurer dans le guide que les molécules disponibles à la clinique. Les Dr Vimard et Dr De Larivière étaient présents en tant qu'experts dans le domaine des soins palliatifs. Le Dr Mauriet était présent en tant que médecin exerçant au sein de la structure, pouvant ainsi faire le lien entre les avis des experts et leur faisabilité et pertinence au sein de la Clinique Mutualiste de Pessac.

Lors de cette réunion, les différentes propositions émises ont permis de répondre aux problématiques posées lors de l'élaboration du guide. À terme, des modifications ont été apportées afin que le guide soit adapté à une utilisation par des médecins ne possédant pas de formation spécifique en soins palliatifs au sein de la Clinique Mutualiste de Pessac.

Il est cependant intéressant de noter que cette étape seule ne permet pas de produire un guide adapté aux attentes de ses futurs utilisateurs. Ainsi, après validation du guide par le comité de lecture, l'enquête de satisfaction nous a malgré tout permis de relever des axes d'amélioration supplémentaires.

Le déroulement de cette réunion peut néanmoins être critiqué.

L'organisation d'une réunion où chaque intervenant était physiquement présent a pu induire « une pensée de groupe » (48), où un intervenant peut se montrer réticent à émettre une idée ou une proposition se distinguant de l'idée dominante. Ce phénomène a pu limiter le nombre et la diversité des propositions émises par le groupe. Cet effet aurait pu être limité en recueillant les avis des intervenants de façon indépendante par voie postale ou par courrier électronique.

5. Discussion de l'enquête de satisfaction

La consultation des futurs usagers avant la diffusion du document pratique qui leur est destiné constitue une étape indispensable dans le circuit de validation, comme le souligne le *manuel d'élaboration d'un guide de bonnes pratiques* (17). Elle permet de tenir compte des préférences de la population cible, ce qui serait une condition de succès, notamment en termes d'observance de la pratique à implanter.

De façon plus générale, cette étape est recommandée pour l'élaboration de tout critère de qualité ayant pour but d'améliorer des pratiques professionnelles (20).

L'article de Grudniewicz *et al.* (21) a permis de démontrer que cette étape de consultation puis de « redesigning », c'est-à-dire le fait de modifier un document pratique à destination de professionnels de santé en tenant compte de leurs critiques et propositions, permettait d'en améliorer l'observance.

Il nous est donc apparu essentiel d'intégrer cette démarche dans l'élaboration de notre document afin d'en améliorer la qualité en tenant compte des avis et des propositions des futurs utilisateurs.

5.1. Discussion sur la méthodologie utilisée pour l'enquête de satisfaction

Lors de la recherche bibliographique réalisée en amont du travail, nous nous étions aperçus que la littérature relative à la méthodologie à utiliser lors de cette étape était pauvre. L'HAS (19) propose d'utiliser des entretiens semi-dirigés. Initialement, nous envisagions de recourir à cette méthodologie pour notre étude.

Cependant, adopter une telle méthodologie aurait pu être source de biais importants ; elle était en outre potentiellement irréalisable.

En effet, il est recommandé que les entretiens semi-dirigés soient menés par une personne extérieure au groupe de travail. Avoir recours à un prestataire externe n'était pas possible à l'échelle de notre travail de thèse ; il aurait donc incombé à l'auteur de mener les entretiens. Cependant, l'auteur ne dispose pas d'expérience liée à la conduite d'entretiens ; cela aurait pu induire un manque de rigueur dans le recueil d'informations.

De plus, il est recommandé que celui qui mène les entretiens adopte une attitude aussi neutre que possible. L'auteur ayant déjà exercé dans la structure en tant qu'interne puis en tant que remplaçant, il connaissait déjà la grande majorité des médecins et aurait par conséquent éprouvé des difficultés à maintenir cette neutralité.

La méthodologie retenue a donc été celle de l'évaluation du niveau de satisfaction des futurs utilisateurs du guide par l'envoi d'un questionnaire. Les recommandations de l'HAS (20) contenues dans l'« *Élaboration de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles* » proposent d'ailleurs d'utiliser cette méthode afin de recueillir les avis et suggestions des futurs utilisateurs.

5.2. Discussion du questionnaire semi-ouvert

Selon Alföldi, le questionnaire de satisfaction présente l'inconvénient de majorer « l'effet d'induction » où plusieurs paramètres (la teneur des questions, leur structure ouverte ou fermée, la situation de passation, l'ergonomie de l'instrument) conditionnent les réponses des répondants et déterminent ce qu'ils auront à dire (49).

Même si pour Alföldi, l'utilisation des questions semi-ouvertes constitue la meilleure option en matière de questionnaire de satisfaction, il met en garde contre la tentation que peuvent éprouver certains participants de répondre plus facilement aux questions fermées. Cette tendance a d'ailleurs été retrouvée lors de l'analyse des résultats de l'enquête, où des participants répondant « non » à des items ne laissent pas de commentaires pour justifier cette réponse. Cette tendance a pu contribuer à cet « effet d'induction », donc à une perte d'informations potentiellement utiles à la modification du guide.

L'autre source de biais réside dans la teneur des questions. L'auteur du guide ayant lui-même formulé les questions, celui-ci a pu rédiger un questionnaire facilitant la production de réponses favorables au guide.

6. Discussion des résultats de l'enquête de satisfaction

6.1. L'échantillon de participants à l'enquête de satisfaction

Les recommandations de l'HAS proposent de constituer un échantillon de 10-15 participants pour que les résultats de l'enquête soient significatifs (19). Sur les 30 médecins sollicités, 11 ont accepté de participer à l'enquête. Même si ce nombre est suffisant selon les recommandations de l'HAS, nous pouvons imaginer que ce soit les médecins les plus intéressés par la problématique qui ont pris le temps de parcourir le guide et de répondre au questionnaire de satisfaction.

De plus, suite à la sollicitation téléphonique de certains médecins, nous nous sommes aperçus qu'il existait une méconnaissance chez certains médecins des objectifs de l'étude. En effet, certains pensaient qu'ils seraient évalués sur leurs connaissances en soins palliatifs. Cette incompréhension a pu être un frein concernant la participation de certains médecins. Il était peut-être nécessaire, en amont, de mieux informer les médecins de la structure quant aux objectifs de l'étude, avant de les solliciter pour l'enquête.

Un plus grand nombre de participants aurait également permis de recueillir l'avis et les critiques de la part de médecins moins sensibilisés par la problématique et ainsi, d'apporter des modifications plus pertinentes.

En analysant le profil des participants, on note l'absence de participation des urgentistes de l'établissement à l'étude. Leur participation aurait pu permettre d'optimiser le guide pour une utilisation dans les services des urgences. Selon l'ONFV, seuls 7,5 % des décès survenant dans les services d'urgences comportent des soins palliatifs alors que 64 % des patients qui décèdent dans ces services sont hospitalisés pour une pathologie dont l'évolution prévisible et les symptômes nécessitent vraisemblablement des soins palliatifs (9). Ce guide présente donc une utilité potentielle pour ce service de la clinique. En l'absence de leur participation, se pose la question de savoir si la version actuelle convient à une utilisation dans le service des urgences de la Clinique Mutualiste.

6.2. Résultats de l'enquête

- Les questions introductives

Les premières questions cherchaient à apprécier les moyens utilisés par les médecins lorsqu'ils étaient confrontés à des patients en situation palliative.

La plupart des médecins interrogés évoquaient leur expérience professionnelle comme source de connaissance principale. Seuls trois médecins avaient évoqué leur formation initiale. Le rapport de l'OFNV (9) souligne ce manque de formation des médecins formés en France. Jusqu'à la rentrée 2011, un seul module était obligatoire en deuxième cycle des études médicales ; il comportait 2 à 20 heures d'enseignement selon les facultés.

En cas de difficultés concernant la prise en charge d'un patient, le moyen privilégié pour la recherche d'informations était internet. Cependant, comme le démontre la thèse de Perrin (50), les médecins ayant recours à internet ont tendance à privilégier la rapidité d'accès à l'information, la validité scientifique n'étant que le deuxième critère. Cela peut avoir comme conséquence la mise en place de mesures non recommandées ou obsolètes.

- Les questions sur le contenu et la forme du guide

Dans l'ensemble, les médecins interrogés étaient satisfaits du contenu du guide.

Néanmoins, l'enquête a tout de même permis de mettre en avant quelques axes d'amélioration. Ainsi, dans le chapitre « Douleur », il a été demandé de mentionner les adaptations posologiques à effectuer en cas d'insuffisance rénale et de traiter de la place du midazolam dans les douleurs rebelles. L'un des médecins a également attiré notre attention sur un oubli lors de la rédaction de la première version du guide. En effet, nous n'avions pas précisé les équivalences de dose entre les différentes formes galéniques de l'oxycodone.

Les intervenants étaient également demandeurs d'information supplémentaire pour le chapitre « Hémorragie ». Initialement, ce chapitre avait été construit en distinguant les traitements locaux et les traitements systémiques. Cependant, l'enquête a permis de mettre en avant une demande des médecins souhaitant disposer d'informations plus détaillées, et surtout que les prises en charge spécifiques selon différents sites anatomiques soient précisées.

Cette enquête a également mis en évidence une demande des médecins liée à un document mieux structuré, à des informations mieux organisées, grâce à l'utilisation d'arbres décisionnels, de tableaux et d'un jeu de couleurs plus large.

Dans l'ensemble, les remarques et les pistes d'amélioration suggérées par les intervenants étaient en accord avec les caractéristiques que doit avoir un document d'information destiné à des professionnels de santé, selon les recommandations actuelles (17) : une information concise et en même temps exhaustive, une organisation optimale de l'information, un format adéquat à son utilisation et une bonne lisibilité.

- Questions sur l'utilisation future du guide

L'intégralité des médecins interrogés pensent utiliser le guide dans le cadre de leur pratique à la Clinique Mutualiste de Pessac. Cependant, les premières questions ont mis en évidence une tendance de la part des médecins à consulter actuellement internet quand ils sont en difficulté. Seuls quatre médecins ont déclaré utiliser des documentations écrites.

Se pose donc la question de savoir si la présence du guide peut, à elle seule, encourager les médecins à recourir moins systématiquement à internet comme source d'information.

7. Analyse des résultats et modification du guide

L'analyse des données subjectives concernant l'opinion des médecins vis-à-vis du document a été effectuée par le rédacteur du questionnaire, également auteur du document.

Cela a pu faire intervenir des biais d'interprétation involontaires, ayant pu aboutir à une analyse plutôt favorable des commentaires des participants.

Le guide a ensuite été modifié en fonction de l'analyse menée au préalable. Afin d'apporter ces modifications, nous avons retenu certaines propositions, mais en avons également écarté d'autres que nous avons jugées moins pertinentes ou contributives. Il existe donc un caractère arbitraire, inhérent au processus de modification de la version initiale du guide.

Un des médecins souhaitait que soit traitée la problématique des infections pulmonaires. Or, celle-ci, dans un cadre palliatif, sous-entend une réflexion complexe sur la pertinence d'un

traitement étiologique (51) ; elle nous paraissait donc pas pertinente, au vu des objectifs définis en amont. Nous avons donc fait le choix de ne pas retenir cette proposition.

Un des participants de l'enquête estimait qu'il n'était pas indispensable de faire figurer les étiologies de la dyspnée dans le guide. Nous avons fait le choix de tout de même conserver cette partie. Il nous paraissait important de la faire figurer, dans la mesure où la plupart des sources mettaient en avant l'importance de privilégier systématiquement le traitement étiologique de la dyspnée. Nous avons estimé qu'un rappel des différentes étiologies pouvait aider les praticiens à y penser et à mettre en œuvre, selon les circonstances, les mesures appropriées.

Concernant la taille de la police utilisée, un des médecins estimait qu'elle était inadaptée car trop petite. Cependant il était compliqué d'utiliser une taille plus grande dans un format « pochette ». Ce format a par ailleurs été plébiscité par la totalité des médecins. Nous avons donc fait le choix de le conserver et de ne pas modifier la taille de la police du document dans sa version finalisée.

8. Réflexion sur l'utilisation future du guide

Il est important de souligner que l'étape d'amélioration du guide a été effectuée exclusivement en tenant compte de la satisfaction des médecins par rapport au contenu et à la présentation du document. Ceci exclut toute extrapolation éventuelle quant à l'efficacité du guide sur une utilisation pratique après sa diffusion. Comme le soulignent les recommandations en termes d'élaboration de guide de bonnes pratiques, il serait indispensable et intéressant d'évaluer à terme, via une étude d'impact, si ce guide a réellement permis d'améliorer les pratiques des médecins de la structure.

Certains chercheurs ont essayé d'évaluer l'impact des documents d'informations sur la pratique des médecins. Les résultats sont pour le moment mitigés et nécessitent des travaux supplémentaires afin de déterminer si ces outils constituent un moyen efficace pour améliorer la prise en charge des patients.

Dans une étude réalisée en 2008, Mikhael *et al.* ont évalué l'impact d'un outil d'information sur des résidents dans trois hôpitaux différents (52). L'outil évalué était similaire au nôtre, et

concernait la prise en charge des symptômes chez des patients en fin de vie. Les résidents du groupe ayant eu l'accès à cet outil se sentaient plus à l'aise dans la prise en charge des symptômes de leurs patients que le groupe de contrôle. Des tests réalisés au bout d'un et de deux mois traduisaient également un meilleur niveau de connaissance chez les résidents ayant utilisé le guide. Une autre étude réalisée en 2015 auprès des internes dans un hôpital en Angleterre présentait des résultats similaires ; les participants plébiscitaient l'outil d'aide de prescription et pensaient ainsi l'utiliser dans leur pratique quotidienne (53).

Cependant, une méta-analyse après revue systématique de la littérature menée par Grudniewicz *et al.* a démontré que les outils d'aide à la décision médicale n'amélioraient pas de façon significative la pratique clinique des médecins (54). Les auteurs précisent tout de même que la méthodologie utilisée pour nombre des outils évalués n'était pas connue et qu'il était possible que certains outils évalués n'aient pas été optimisés en amont de leur diffusion. Ils encouragent ainsi les auteurs de futurs outils à porter une attention particulière à la conception de tout outil d'aide ou guide de bonnes pratiques, en tenant compte des recommandations en vigueur. Selon les auteurs, il serait intéressant de mener, a posteriori, d'autres études afin de déterminer si des outils d'aide à la décision optimisés peuvent améliorer de façon significative la pratique clinique de leurs usagers.

En se basant sur les études citées ci-dessus, il est difficile de prédire l'impact de notre guide sur la pratique des médecins de la Clinique Mutualiste ; il est encore plus complexe de déterminer s'il aura un impact sur la prise en charge des patients en situation palliative. En tenant compte des résultats de l'enquête que nous avons réalisée, on peut raisonnablement prédire une bonne observance de la part des médecins interrogés. Se pose toutefois la question de l'utilisation du guide par les médecins n'ayant pas participé à l'enquête. Se pose également celle des facteurs qui influenceront la pérennisation ou non de cette observance dans le temps. Comme mentionné ci-dessus, tout ceci devra faire l'objet d'une évaluation ultérieure.

Finalement, il est important de préciser que notre guide constitue un outil de consultation et ne saurait se substituer à une réflexion qui doit être menée par tout médecin prenant en charge des patients en soins palliatifs. Le guide pourra cependant faciliter cette réflexion et nous espérons qu'il encouragera ses futurs utilisateurs à consulter d'autres documents et à explorer d'autres thèmes non abordés dans notre guide.

9. Synthèse et perspectives

Ce travail a permis d'établir une méthodologie rigoureuse et scientifique pour l'élaboration d'un document pratique à destination des médecins d'une structure donnée. In fine, ce document a été modifié à deux reprises, une fois après une réunion d'experts et une deuxième fois suite à une enquête menée auprès des futurs utilisateurs, afin que le contenu et la forme soient adaptés à son utilisation dans la Clinique Mutualiste de Pessac.

Cependant, il pourrait également être utilisé dans d'autres structures. Dans ce cas, il serait nécessaire de reproduire les étapes de validation et de consultation des futurs utilisateurs afin de le modifier.

Après la diffusion du guide, il sera nécessaire d'évaluer la capacité du guide à aider les médecins de la Clinique Mutualiste pour leurs patients en situation palliative. Il sera également intéressant d'évaluer la capacité du guide à améliorer la prise en charge de ces patients. Ces évaluations pourront faire l'objet de travaux de thèse supplémentaires.

Ce guide est un outil concret et pratique que nous souhaitons voir vivre et évoluer. Pour cela, il est important que la validité scientifique du document et sa capacité à répondre aux besoins des médecins de la structure soient pérennes.

Ainsi, des mises à jour régulières du guide seront nécessaires, tenant compte de l'apparition de nouvelles recommandations, pour éviter la diffusion d'informations obsolètes. De même, suite à la réalisation d'études d'impact du guide sur la pratique des médecins, de nouvelles modifications devront être apportées.

À plus court terme, il est également prévu de diffuser le guide en version numérique, comme cela avait été souhaité par la grande majorité des médecins interrogés, sur l'intranet de l'établissement.

V. CONCLUSION

Il existait à la Clinique Mutualiste de Pessac une réelle demande de la part des médecins de disposer d'un moyen rapide de mobiliser des connaissances afin de mieux prendre en charge des patients en soins palliatifs.

Ainsi est née l'idée d'élaborer un guide d'aide à la prise en charge destiné aux médecins de la structure. La volonté était de produire un outil simple, fonctionnel, concis, à la fois exhaustif et adapté aux besoins de ses futurs utilisateurs.

Ce travail de thèse a permis d'établir, après consultation de la littérature scientifique, une méthodologie rigoureuse et valide pour la réalisation d'un guide pratique destiné aux professionnels de santé.

Le guide finalisé sera ensuite diffusé en version papier et en format « pochette » aux médecins de la structure. Il sera également numérisé et intégré dans l'intranet de la clinique. Il devra être régulièrement mis à jour, selon l'évolution des connaissances scientifiques et selon les résultats d'études d'impact qui seront réalisées ultérieurement.

Après la diffusion du guide, il sera nécessaire d'évaluer la capacité de celui-ci à aider les médecins de la Clinique Mutualiste pour leurs patients en situation palliative. Il sera également intéressant d'évaluer la capacité du guide à améliorer la prise en charge de ces patients. Ces évaluations pourront faire l'objet de travaux de thèse supplémentaires.

Ce guide est un outil de consultation ; il n'a pas vocation à se substituer à la réflexion, souvent complexe, que doit avoir tout médecin face à un patient en soins palliatifs. Nous espérons cependant qu'il puisse répondre à l'attente des médecins en termes de mobilisation rapide de connaissances et à terme, améliorer la prise en charge des patients de la Clinique Mutualiste.

BIBLIOGRAPHIE

- 1-HISTORIQUE - URSPF [En ligne]. [cité 25 fév 2018]. Disponible sur: <https://sites.google.com/a/esante-picardie.com/urspp80/historique?overridemobile=true>
- 2- Les documents et les textes officiels | SFAP - site internet [En ligne]. [cité 28 fév 2018]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/rubrique/les-documents-et-les-textes-officiels>
- 3- Rwabihama J-P, Rabus M-T, Perilliat J-G. Évolution des droits de patients en fin de vie. Presse Médicale [En ligne]. avr 2015 [cité 28 fév 2018];44(4):392-400. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0755498215001190>
- 4- Société Française d'Accompagnement et de soins palliatifs. Supplément au BULLETIN de la SFAP n° 48 -Juin 2005. Paris: SFAP ;2005
- 5-Société Française d'Accompagnement et de soins palliatifs. Plan national 2015 – 2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie. Paris: SFAP; 2015
- 6- Loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie | CNSPFV [En ligne]. [cité 1 mar 2018]. Disponible sur: <http://www.spfv.fr/actualites/loi-2-fevrier-2016-creant-nouveaux>
- 7- Mortalité – Bilan démographique 2017 | Insee [En ligne]. [cité 1 mar 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2554599?sommaire=1912926>
- 8- Décès et taux de mortalité en 2017 | Insee [En ligne]. [cité 1 mar 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2383440#tableau-Donnes>
- 9-Observatoire National de la Fin de Vie. RAPPORT 2011 « Fin de vie, un premier état des lieux » [En ligne]. ONFV; 2011 [cité 1 mar 2018]. Disponible sur: <http://www.spfv.fr/sites/default/files/file/PDFRapportONFV2011.pdf>
- 10-Institut Français d'Opinion Publique. Les français et la mort en 2010 [En ligne]. IFOP [cité 1 mar 2018]. Disponible sur: http://www.ifop.fr/media/poll/1283-1-study_file.pdf
- 11- Définition et organisation des soins palliatifs en France | SFAP - site internet [En ligne]. [cité 20 mar 2018]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/rubrique/definition-et-organisation-des-soins-palliatifs-en-france>
- 12- COMITE DE SUIVI Soins palliatifs et accompagnement 2002-2005. Guide de bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissements [En ligne]. Paris: Ministère de la santé et de la protection sociale; 2004 [cité 30 mar 2018]. Disponible sur: http://www.sfap.org/system/files/guide_bonnes_pratiques_soins_pal_ministere.pdf
- 13- Haute Autorité de Santé. Organisation des parcours, L'essentiel de la démarche palliative [En ligne]. Paris: HAS; 2016 [cité 30 mar 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-12/mc_247_lesessentiel_demarche_palliative_coi_2016_12_07_v0.pdf

- 14- Clinique Mutualiste de Pessac [Internet]. [cité 7 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.clinique-pessac.fr/>
- 15- Clinique Mutualiste de Pessac [Internet]. [cité 7 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.clinique-pessac.fr/spip.php?article7>
- 16- Maison de santé Marie Galène. EMSP_Clinique Mutualiste_Bilan d'activité 2017; 29 jan 2018
- 17- Rocheleau L, Harrisson C, Gélinas M-C, Shang M, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (Québec), Direction de la planification de la performance des connaissances et des ressources humaines réseau. Manuel d'élaboration d'un guide de bonnes pratiques. Longueuil: ASSS Montérégie; 2015.
- 18-Shaneyfelt TM, Mayo-Smith MF, Rothwangl J. Are Guidelines Following Guidelines? The Methodological Quality of Clinical Practice Guidelines in the Peer-Reviewed Medical Literature. *JAMA*. 1999;281(20):1900–1905
- 19-Haute Autorité de Santé. Guide méthodologique: élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé. Paris: HAS;2008.
- 20- Haute Autorité de Santé. Élaboration de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles. Paris: HAS; 2007
- 21- Grudniewicz Agnes, Bhattacharrya Onil, McKibbin K. Ann, Straus Sharon. Redesigning printed educational materials for primary care physicians: design improvements increase usability. *Implementation science*. 2015 ;10 :156
- 22- Susagna A, Cluzeau-Duchaussoy P. Élaboration d'un guide d'aide à la prise en charge des patients en soins palliatifs à domicile destiné aux médecins généralistes [Thèse de Doctorat d'Université, médecine]. Lille : Université Henri Warembourg ; 2012
- 23- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. Paris: ANAES; 2002
- 24- RESPALIF. Douleur en ville [En ligne]. Paris: RESPIPALIF; 2012[cité 15 avr 2018]. Disponible sur:http://www.respalif.com/images/stories/outils/LIVRET_DOULEUR-version_online.pdf
- 25- Mazzocato C, David S. Le traitement de la douleur cancéreuse. Guide du médecin Vaudois. 2007; 1.
- 26-Mazzocato C, David S. Le traitement des douleurs musculo-squelettiques non cancéreuses et neuropathiques. Guide du médecin Vaudois. 2008; 3.
- 27- Palliative Care Experts in the Erie St. Clair and South West LHINs. Palliative Pain and Symptom Management Pocket Reference Guide. South Western Ontario; 2009
- 28- Mazzocato C, David S. L'évaluation de la douleur. Guide du médecin Vaudois. 2008; 2
- 29- Tison A. L'encombrement des voies respiratoires en fin de vie. *Med Pal*. 2003;2: 149-157.

- 30- CLUD (Comité de lutte contre la douleur) du CHU de Toulouse. Protocole d'utilisation des différentes techniques de prise en charge de l'encombrement bronchique en soins palliatifs. 2012
- 31-Marin I. Traitement de la Dyspnée en fin de vie. Rev Mal Respir. 2004 Juin ;21(3) :465-472
- 32-Pralong G, Fellrath F. La dyspnée en soins palliatifs. Guide du médecin Vaudois. 2009; 2
- 33- Agence Française de Sécurité Sanitaires des Produits de Santé. SOINS PALLIATIFS : spécificité d'utilisation des médicaments courants hors antalgiques. Paris: AFSSAPS; oct2002
- 34-Hôpitaux universitaires de Genève. Mémo soins palliatifs-information destinée au personnel soignant [En ligne]. Genève: HUG; 2010 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur :<http://www.palliativegeneve.ch/wp-content/uploads/2012/04/MemoSoinsPalliatifs.pdf>
- 35- Fédération de Soins Palliatifs ALTER. Prise en charge des symptômes gênants de l'adulte en fin de vie : Les crises en fin de vie. -Crises hémorragiques extériorisées en fin de vie [En ligne]. F.I.S.P.A; 2008 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: http://www.soinspalliatifs-fc.fr/pdf/2009-2-fiche_crise_hemorragiques.pdf
- 36-Hulme B, Wilcox S. Guidelines on the management of bleeding for palliative care patients with cancer [En ligne]. Leeds: Yorkshire Palliative Medicine Clinical Guidelines Group; 2008 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: https://www.palliativedrugs.com/download/090331_Final_bleeding_guideline.pdf
- 37- Schwald R. Urgences et situations particulières en soins palliatifs (hormis détresses respiratoires et neuropsychiques) [En ligne]. Colmar: Formation Accompagnement et Soins Palliatifs en Réseau (ASPER); 2007 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: http://asperalsace.free.fr/Documents/Situations_particulieres_et_urgences_en_sp.pdf
- 38- Mazzocato C, Davis S. Prise en charge des principaux symptômes digestifs en soins palliatifs. Guide du médecin vaudois. 2009; 8
- 39- Fédération de soins palliatifs ALTER. Prise en charge des symptômes gênants de l'adulte en fin de vie : Nausées et vomissements [En ligne]. F.I.S.P.A; 2008 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: http://www.soinspalliatifs-fc.fr/pdf/2009-2-fiche_naus%C3%A9es_vomissements.pdf
- 40- Guirimand F. Prise en charge des occlusions intestinales chez des patients atteints de cancer en phase avancée. Med Pal. 2003 ;2: 197-210
- 41- Fédération de soins palliatifs ALTER. Prise en charge des symptômes gênants en fin de vie : Les troubles digestifs. L'occlusion en situation palliative. [En ligne]. F.I.S.P.A; 2008 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur:http://www.soinspalliatifs-fc.fr/pdf/2009-2-fiche_occlusion.pdf
- 42- Dauchy S, Chauffour-Ader C. Prise en charge de l'anxiété en soins palliatifs : privilégier un traitement étiologique. Med Pal. 2002 ; 1 :19-34

- 43- Onc'Oriant. Conduite à tenir devant une anxiété ou de l'agitation en soins palliatifs [En ligne].2016 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: http://onc-orient.org/pros/wp-content/uploads/2015/04/CAT-anxiete_agitation_sp.pdf
- 44- Société française d'accompagnement et de soins palliatifs . Sédation pour détresse en phase terminale et dans des situations spécifiques et complexes : recommandations chez l'adulte et spécificités au domicile et en gériatrie [En ligne]. Paris: SFAP; 2009 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/system/files/sedation-phase-terminale.pdf>
- 45-Agence Française de sécurité sanitaire des Produits de Santé. Douleur rebelle en situation palliative avancée chez l'adulte [En ligne]. Paris: AFSSAPS; juin 2010 [cité 1 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/system/files/recommandations-bonnes-pratiques-afssaps.pdf>
- 46- Woelk CJ. Prise en charge du hoquet. Can Fam Physician [Internet]. juin 2011 [cité 25 mai 2018];57(6):e198-201. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3114690/>
- 47- medecine-formation-ebm-tutoriel-biusante.pdf [Internet]. [cité 23 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.biusante.parisdescartes.fr/ressources/pdf/medecine-formation-ebm-tutoriel-biusante.pdf>
- 48- formation C et. Comment éviter la pensée de groupe ? [Internet]. 2017 [cité 23 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/comment-eviter-la-pensee-de-groupe-a1318.html>
- 49- Alföldi F. Le questionnaire d'appréciation : un outil pour évaluer les effets d'une action. Les cahiers de l'actif. 2011 ;426-427 :139-154
- 50- Sophie Clément Perrin. Quels sites internet utilisent les médecins généralistes en consultation ? Enquête de pratique auprès de 100 médecins généralistes libéraux installés en Gironde. [Thèse de Doctorat d'Université, médecine]. Bordeaux: Université Bordeaux 2; 2016.
- 51-Gavazzi, Gaétan, Jean-Paul Janssens, et Karl-Heinz Krause. « Pneumonies chez les patients âgés en fin de vie », *InfoKara*, vol. vol. 19, no. 4, 2004, pp. 149-153.
- 52-Mikhael J, Baker L, Downar J. Using a pocket card to improve end-of-life care on internal medicine clinical teaching units: a cluster-randomized controlled trial. J Gen Intern Med. 2008 Août;23(8):1222-7
- 53-Reynolds M, Larsson E, Hewitt R, Garfield S, Franklin BD. Development and evaluation of a pocket card to support prescribing by junior doctors in an English hospital. Int J Clin Pharm. 2015 Oct;37(5):762-6
- 54- Grudniewicz A, Kealy R, Rodseth RN, Hamid J, Rudoler D, Straus SE. What is the effectiveness of printed educational materials on primary care physician knowledge, behaviour, and patient outcomes: a systematic review and meta-analyses. Implement Sci. 1 déc 2015;10:164.

ANNEXES

Annexe n°1 : Fiche de demande d'intervention de l'EMSP



**DEMANDE D'INTERVENTION DE
L'EQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS**
30 rue Kléber 33200 BORDEAUX
tél : 05 56 02 96 82 fax : 05 57 22 25 58
l.peneau@mariegalene.org

Etablissement :	Service :
Médecin référent :	Accord du médecin référent : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Patient :

Nom :	Prénom :	Date de naissance :
Adresse :		
Diagnostic principal :		
Le patient est-il informé de la demande faite à l'EMSP ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas ?		

Motifs de la demande :

<input type="checkbox"/> Douleurs																												
<input type="checkbox"/> Symptômes																												
<table border="0"> <tr> <td>Respiratoires :</td> <td>Digestifs :</td> <td>Neuro-psychologiques :</td> <td>Autres :</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> dyspnée</td> <td><input type="checkbox"/> nausées/ vomissements</td> <td><input type="checkbox"/> troubles de la vigilance</td> <td><input type="checkbox"/> mycose</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> encombrement</td> <td><input type="checkbox"/> troubles du transit</td> <td><input type="checkbox"/> confusion / agitation</td> <td><input type="checkbox"/> sécheresse buccale</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> anorexie</td> <td><input type="checkbox"/> convulsions</td> <td><input type="checkbox"/> symptômes urinaires</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> troubles du sommeil</td> <td><input type="checkbox"/> altération état cutané</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> anxiété</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> troubles de l'humeur</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Respiratoires :	Digestifs :	Neuro-psychologiques :	Autres :	<input type="checkbox"/> dyspnée	<input type="checkbox"/> nausées/ vomissements	<input type="checkbox"/> troubles de la vigilance	<input type="checkbox"/> mycose	<input type="checkbox"/> encombrement	<input type="checkbox"/> troubles du transit	<input type="checkbox"/> confusion / agitation	<input type="checkbox"/> sécheresse buccale		<input type="checkbox"/> anorexie	<input type="checkbox"/> convulsions	<input type="checkbox"/> symptômes urinaires		<input type="checkbox"/> troubles du sommeil	<input type="checkbox"/> altération état cutané			<input type="checkbox"/> anxiété				<input type="checkbox"/> troubles de l'humeur		
Respiratoires :	Digestifs :	Neuro-psychologiques :	Autres :																									
<input type="checkbox"/> dyspnée	<input type="checkbox"/> nausées/ vomissements	<input type="checkbox"/> troubles de la vigilance	<input type="checkbox"/> mycose																									
<input type="checkbox"/> encombrement	<input type="checkbox"/> troubles du transit	<input type="checkbox"/> confusion / agitation	<input type="checkbox"/> sécheresse buccale																									
	<input type="checkbox"/> anorexie	<input type="checkbox"/> convulsions	<input type="checkbox"/> symptômes urinaires																									
	<input type="checkbox"/> troubles du sommeil	<input type="checkbox"/> altération état cutané																										
	<input type="checkbox"/> anxiété																											
	<input type="checkbox"/> troubles de l'humeur																											
<input type="checkbox"/> Altération rapide de l'état général																												
<input type="checkbox"/> Soutien psychologique du patient																												
<input type="checkbox"/> Accompagnement de l'entourage																												
<input type="checkbox"/> Soutien d'équipe																												
<input type="checkbox"/> Conseils en soins infirmiers																												
<input type="checkbox"/> Difficultés sociales																												
<input type="checkbox"/> Evaluation du devenir																												
<input type="checkbox"/> USP <input type="checkbox"/> LISP <input type="checkbox"/> SSR <input type="checkbox"/> EHPAD <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> HAD																												
<input type="checkbox"/> Questionnements dans le champ de l'éthique																												
<input type="checkbox"/> refus de traitement																												
<input type="checkbox"/> refus de soin																												
<input type="checkbox"/> demande de mort anticipée																												
<input type="checkbox"/> initiation, limitation ou arrêt de thérapeutiques actives																												
<input type="checkbox"/> divergences autour du projet de soin																												

Nom et fonction du demandeur :

Date :

Annexe n°2 : mail envoyé aux médecins de la clinique afin de solliciter leur participation à l'étude

« Bonjour,

Pour ceux qui ne me connaissent pas, j'étais interne dans le service de SSR/médecine gériatrique du Dr Mauriet il y a 3 ans et j'effectue depuis, des remplacements réguliers à la clinique depuis 3 ans.

Je me permets de vous contacter dans le cadre de ma thèse de médecine générale. En effet, l'objectif de l'étude est de réaliser un guide d'aide de prise en charge destiné aux médecins de la clinique pour les patients en situation palliative.

Une première version du guide a été réalisée après recherche bibliographique et validée après lecture lors d'une réunion d'expert (Dr De Larivière de l'EMSP, Dr Vimard de l'ESTEY, Dr Mauriet et Dr Bissonnier, pharmacienne de l'établissement).

Afin d'améliorer le guide, nous émettons l'hypothèse que le guide doit être soumis à un test auprès des futurs utilisateurs, soit vous, afin d'apporter des modifications qui seront nécessaires afin que le document puisse répondre à vos besoins et attentes.

Pour cela, si vous acceptez de participer à notre enquête, nous vous remettrons le guide et un questionnaire afin de recueillir vos avis.

Merci de me tenir au courant si vous souhaitez participer à ce projet.

Cordialement

Mannick Avinash »

Questionnaire d'évaluation du guide

Nom :

Prénom :

Spécialité médicale :

Les informations ci-dessus seront anonymes et ne figureront pas dans le travail de thèse

Partie 1 : Avant la lecture du guide, questions introductives

-En général estimez-vous disposer de connaissances scientifiques suffisantes pour la prise en charge des symptômes chez des patients en fin de vie ?

Pas du tout 1 2 3 4 5 Très bien

- D'où proviennent vos connaissances scientifiques concernant la prise en charge symptomatique de ces patients ?

Formation initiale Formation continue (DPC) DU/DIU Expérience

Autres (précisez) :

- En cas de difficultés rencontrées lors de la prise en charge de ces patients, quel est votre principale source d'information afin d'optimiser votre prise en charge, en attendant l'intervention de l'EMSP ?

Internet documentation écrite Avis auprès d'un collègue

Autre(précisez) :

Partie 2 : Questions sur le contenu du guide

-Est-ce-que le nombre de symptômes traités dans ce guide vous paraît adapté ?

oui non

Si non, quel(s) autre(s) symptôme(s) vous paraît-il utile de traiter ou quels sont ceux qui vous paraissent inutiles ?

- Globalement les informations figurant dans le guide vous semblent-elles facilement compréhensibles ?

oui non

Remarque :

-Pour chaque symptôme pensez-vous qu'il y ait des notions manquantes et/ou trop exhaustives ? Si oui lesquelles ?

Douleur :

Dyspnée :

Sédation :

Encombrement :

Hémorragie :

Syndrome occlusif :

Agitation/anxiété :

Nausées :

- Globalement, concernant le contenu de ce guide, diriez-vous que vous êtes :

Pas du tout satisfait 1 2 3 4 5 Entièrement satisfait

Remarque(s) :

Partie 3 : Évaluation de la présentation du guide

- Estimez-vous qu'il soit facile de trouver une information dans ce guide ?

Oui Non

Si non que vous semble-t-il nécessaire d'améliorer afin de faciliter la recherche d'une information dans le guide ? :

- La présentation du guide facilite-t-elle sa lecture ?

Oui Non

Si non pourquoi ? :

- L'utilisation des couleurs vous semble-t-elle adéquate et suffisante ?

Oui Non

Si non pourquoi ?

Partie 4 : Diffusion et format du guide

- Est-ce que le format actuel du guide (format pochette et présentation en paysage) vous paraît adapté pour une utilisation pratique ?

Oui Non

Si non, quel format proposeriez-vous ? :

-Est-ce que vous utiliseriez ce guide s'il était intégré en version numérique à l'intranet de la clinique ?

Oui Non

Pour finir

-Pensez-vous que ce guide peut vous faire gagner du temps ?

Oui Non

- Pensez-vous que ce guide puisse vous aider dans la prise en charge des symptômes des patients en fin de vie ?

Oui Non

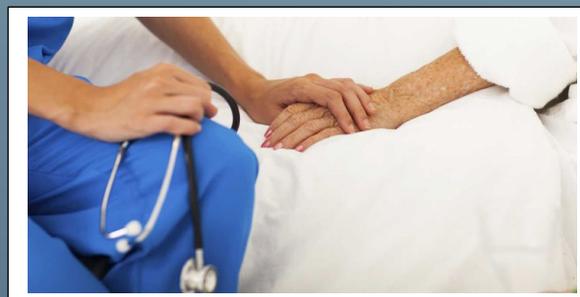
- Pensez-vous utiliser le guide dans votre pratique à la Clinique Mutualiste de Pessac ?

Oui Non

- Avez-vous des remarques et des suggestions concernant le guide qui n'ont pas été abordées dans ce questionnaire ? :

Nous vous remercions d'avoir consacré quelques minutes pour remplir ce questionnaire.

Annexe n°4 : Le guide



GUIDE D'AIDE DE PRESCRIPTION CHEZ LES PATIENTS EN SITUATION PALLIATIVE

Document destiné aux médecins de la Clinique Mutualiste de Pessac

INTRODUCTION

Ce guide est le fruit d'un travail de thèse sous la direction du Dr Mauriet et a pour objectif d'aider les médecins de la Clinique Mutualiste de Pessac dans la prise en charge de leurs patients en situation palliative.

Il a été réalisé après revue de la littérature scientifique et soumis à la lecture critique de trois personnes ressources. Il a ensuite été modifié après une enquête de satisfaction menée auprès d'un échantillon de médecins de la clinique. Nous tenons d'ailleurs à remercier les médecins ayant participé à cette enquête. Nous tenons également à remercier les Dr Vimard, De Larivière et Bissonnier pour leur participation au cours de la réunion d'experts.

Nous tenons également à remercier le Pr Burucoa pour la relecture détaillée et les additifs proposés avant la diffusion du manuscrit.

Le guide traite des mesures à mettre en place selon les différents symptômes les plus souvent rencontrés en soins palliatifs. Nous avons fait le choix de traiter de façon prioritaire les mesures pharmacologiques à mettre en place. Chaque chapitre concerne un symptôme/syndrome en particulier. Un chapitre entier est également consacré à la sédation.

Le concept de soins palliatifs a pour base le concept de souffrance globale, « total pain », (Cecily Saunders, 1967). Il s'agit de prendre en compte la personne malade comme sujet à part entière.

Ce concept de souffrance globale illustre le passage du soigner (to cure) au guérir (to care). Les douleurs impliquent une souffrance et ont un retentissement psycho-social. La souffrance globale prend en compte la douleur physique, morale, spirituelle, psychologique, sociale et culturelle.

Ce guide aborde volontiers l'aspect pharmacologique des mesures à mettre en place selon les symptômes pouvant être rencontrés en situations palliatives. Cependant, il appartient aux futurs usagers du guide de tenir compte de l'approche globale de la souffrance totale et de mettre en place les mesures adaptés non abordés dans ce guide.

Nous attirons également l'attention des futurs usagers du guide sur l'importance des **prescriptions anticipées personnalisées (PAP)** : prescription médicale qui a pour objectif de répondre à un symptôme que pourrait présenter un patient, que celui-ci en ait déjà souffert ou non. Elle doit comporter tous les éléments réglementaires de la prescription médicale dont les conditions précises d'application, la date de rédaction, la date de mise en application, la durée de validité, la posologie des molécules éventuellement prescrites, la voie d'administration et la quantité de médicament à délivrer par la pharmacie.

Nous tenons également à préciser que dans certaines situations (**âge supérieur à 80 ans, cachexie, insuffisance d'organe (foie, rein, cœur, poumons)**), il convient de diminuer les doses des molécules et le plus souvent de moitié.

De préférence, il convient de favoriser une bithérapie à doses faibles ou moyennes qu'une monothérapie à doses fortes. De même, il convient d'utiliser un opioïde fort à faible dose plutôt qu'un opioïde faible à forte dose.

Il est recommandé d'utiliser la voie orale autant que possible ; dans le cas contraire, de favoriser une voie parentérale en continue et non par injections répétées.

En phase terminale, il est essentiel, grâce au raisonnement clinique, de prendre en compte l'approche clinique globale, et non seulement l'approche biomédicale. De même, il convient d'adopter une approche thérapeutique multimodale et non exclusivement allopathique, particulièrement en cas de symptôme ou de syndrome résistant.

Nous attirons également l'attention des lecteurs sur l'importance de rechercher de façon systématique les effets iatrogènes indésirables, souvent par surdosages, et non exclusivement imputables à l'utilisation des opioïdes.

Une partie annexe comporte différentes échelles, tableaux et l'outils afin de vous aider dans la prise en charge et dans l'identification des patients relevant des soins palliatifs.

Nous espérons que ce guide puisse vous aider dans votre pratique et espérons recevoir vos retours et suggestions afin d'y apporter des modifications supplémentaires si nécessaire.

Dr Avinash MANNICK

Liste des abréviations

PO : Per Os

IV : Intraveineuse

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

IEC : Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion

EMSP : Équipe Mobile de Soins Palliatifs

SC : Sous Cutanée

LI : Libération immédiate

LP : Libération Prolongée

IMAO : Inhibiteur de Monoamine Oxydase

Liste des abréviations.....	3
DOULEUR	5
SEDATION	22
DYSPNEE (En phase avancée à terminale).....	25
ENCOMBREMENT	29
HEMORRAGIES	32
NAUSÉES/VOMISSEMENTS	35
AGITATION	36
SYNDROME OCCLUSIF	41
HOQUET	44
ANNEXES.....	47

DOULEUR

1. Évaluation

Le prérequis fondamental à une co-analgésie adaptée est un diagnostic de la douleur le plus précis et juste possible.

Le raisonnement clinique est à la base de l'évaluation de la douleur et se décompose en quatre approches différentes :

- Approche sémiologique : Type, intensité, localisation et l'évolution dans le temps, et retentissements
- Approche anatomique : Organes concernés par la douleur
- Approche fonctionnelle : Mécanismes de la douleur
- Approche physiopathologique : Douleurs nociceptives, douleurs neuropathiques, douleur mixtes, douleurs dites dysfonctionnelles

Outil de recueil de données, support du raisonnement clinique disponible en annexe.

Si communication impossible, utilisation de l'Échelle Observationnelle Comportementale (EOC), disponible en annexe

Prise en charge non pharmacologique

Masso-kinésithérapie/ Psychomotricité/ Suivi psychologique

Pour : massage, effleurage, mobilisation, relaxation, hypnose, musicothérapie, etc.

2. Douleur nociceptive

2.1 Analgésie non opioïde

2.1.1. PARACETAMOL

Disponible en PO, suppositoire et IV.

Dose maximale : **1g par prise, jusqu'à 4 g/ jour** (max 1g/6h)

Se méfier d'éventuelles associations contenant du paracétamol

Diminution des doses en cas d'atteinte hépatique

Réduire la dose chez le patient âgé, alcoolique, malnutri, dont le poids est inférieur à 50 kg, ou présentant une altération de la fonction hépatique ou rénale

2.1.2. AINS

Courbe dose-effet avec un plateau précoce : effet antalgique (en sus de l'effet anti-inflammatoire) est obtenu dès l'utilisation de faible dose (par exemple maximum ibuprofène 600 mg/J ou kétoprofène 100 mg/J)

Utile dans les douleurs ostéo-articulaires, traumatiques, néoplasiques

Disponible en PO pour IBUPROFENE et IV et IM pour le KETOPROFENE

Exemple pour IBUPROFENE :

Initiation à la posologie de 200mg toutes les 6-8 heures. Augmentation selon efficacité et tolérance (Dose maximale 1200mg/j)

Surveillance de la fonction rénale chez les personnes âgées, déshydratées, sous diurétiques et/ou IEC

Contre-indiqués si gastrites, ulcère gastroduodéal, insuffisance rénale modérée à sévère, traitement anticoagulant

2.2 OPIOÏDES FAIBLES (PALIER 2)

Il est recommandé de préférer un opioïde fort (palier 3) à faible dose qu'un opioïde faible (palier 2) à forte qui provoquera plus d'effets indésirables

Pour tout sujet à risque et avec fragilité, nécessité de titration de l'opioïde grâce aux médicaments à libération immédiate (durée d'effet de 4H)

Ensuite recours aux présentations à libération prolongée (effet 12H) dès que possible pour améliorer l'observance et la continuité de l'antalgie

Dénomination commune	Facteur de conversion *	Équivalence de la dose de morphine orale
Poudre d'opium	1/10	25 mg de poudre d'opium = 2.5 mg de morphine
Codéine	1/6	60 mg de codéine = 10 mg morphine
Tramadol oral	1/5	50 mg de tramadol = 10 mg de morphine

* Facteur de conversion = dose de morphine orale/dose de l'opioïde (référence = Standards, Options et Recommandations, Traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte, 2002)

Attention, ces équivalences sont étudiées pour des traitements de courte durée et plutôt pour des douleurs aiguës. En utilisation pour des douleurs chroniques, globalement le rapport est de 10 mg d'un palier 2 pour 1 mg de morphine, et donc par exemple Tramadol 200 mg/J = Codéine 180 mg/J = Morphine 20 mg/J environ.

2.2.1. Extrait d'opium (exemple : lamaline®, Izalgi®)

Izalgi : 500 mg de paracétamol+ 25 mg d'opium, Lamaline : 300mg de paracétamol+ 10 mg d'opium+ 30 mg de caféine

Lamaline :1 gélule équivaut à 1 mg de morphine orale, Izalgi :1 gélule équivaut à environ 3 mg de morphine orale

Indiqué pour les douleurs modérées

Posologie (Pour Lamaline) : **3 à 6 gélules par jour** répartis dans la journée

2.2.2. Codéine (en association ou non avec paracétamol)

Indiqué pour les douleurs modérées

Initiation du traitement à 30 mg toutes les 6 heures à 8 heures

Augmentation progressive des doses selon efficacité et tolérance. Maximum 180 mg de codéine par jour

10 % de non répondeurs (absence de métabolisation)

Diminution des doses par 2 chez la personne âgée, adaptation posologique si insuffisance rénale

2.2.3. Tramadol

Indiqué pour les douleurs modérées

Disponible sous forme PO et IV

Existe sous forme à libération immédiate et prolongée (LP)

Initiation par forme à libération immédiate à la posologie de 50 mg toutes les 6 heures

Augmentation progressive de la posologie selon la tolérance et efficacité

<i>Précautions sous tramadol</i>	<i>Association aux antidépresseurs sérotoninergiques</i>
	<i>Espacer prises de 12 heures si clairance inférieure à 30 ml/minutes</i>
	<i>Diminution du seuil épileptique sous traitement par tramadol</i>
	<i>Risque de confusion chez les sujets âgés</i>

2.3. LES OPIOÏDES FORTS (Paliers 3 OMS)

Indiqués d'emblée en cas de douleur nociceptive intense ou indiqués en cas d'échec du palier II

2.3.1. Morphine

Existe en PO sous forme immédiate et à libération prolongée (**Actiskenan®**, **Skenan®**, **Oramorph®**)

À la clinique Oramorph : flacon de 20mg/ml, 4 gouttes= 5 mg

Existe en SC et IV (Chlorhydrate de morphine)

1 dose PO= ½ dose SC= 1/3 dose IV

Schéma de titration de la morphine décrit ci-dessous, page 16

2.3.2. Oxycodone

ATTENTION : par voie orale (et non parentérale), l'oxycodone est 2 fois plus antalgique que la morphine à la même dose, donc diviser la dose par deux en cas de relais de la morphine à l'oxycodone

Utilisable en PO, existe sous forme à libération prolongée et immédiate (**Oxycontin®/Oxynormo®**), IV et SC (**Oxynorm®**).

ATTENTION : Biodisponibilité oxycodone IV identique à celle en SC.

RELAIS : 1 dose PO= ½ dose SC ou IV

Dose initiale chez patient naïf en morphine : **2,5 mg en PO, toutes les 4 heures, soit équivalent à 30 mg de morphine jour**

2.3.3. Fentanyl

Approximativement 100 fois plus antalgique que la morphine

Particulièrement indiquée dans les situations d'insuffisance rénale (absence de métabolites actifs et toxiques)

Forme transdermique (Durogesic®)

Réservée aux douleurs stabilisées car durée d'action 72 heures

Efficacité après 12-24 heures après mise en place et 12 heures après le retrait et jusqu'à 18h chez la personne âgée

La même molécule peut être utilisée par voie transmuqueuse, fentanyl d'action rapide (FAR) , dans une toute autre indication pour les accès douloureux paroxystiques (ADP) et dans les conditions suivantes :

- *Indication pour le traitement des ADP chez des patients recevant déjà un traitement de fond pour des douleurs chroniques **d'origine cancéreuse***
- *Les patients sous traitement de fond sont définis comme prenant au moins **60 mg par jour** d'équivalent morphine par voie orale, depuis au moins une semaine de traitement.*

La voie transmuqueuse permet un passage très rapide dans la circulation sanguine de la fentanyl.

Plusieurs formes galéniques : comprimé sublingual (**Abstral®**), comprimé gingival (**Effentora®**) pulvérisation nasale (**Pecfent®**, **Instanyl®**)

Délai d'action court, de 10 à 15 minutes, durée d'action de 1 à 2 heures

ADP : Exacerbation transitoire et de courte durée de la douleur, d'intensité modérée à sévère qui survient sur une douleur de fond stable, ***bien contrôlée*** par un traitement opioïde fort

2.3.4. Titration de morphine

Titration avec un opioïde à libération immédiate (LI)

Dose initiale : 10 mg d'équivalent morphine à LI toutes les 4 heures (ou 1mg/kg/j avec 1/10 à 1/6 par prise)

Adaptation : - Évaluation de la douleur toutes les heures

- Si douleur non soulagée : proposer une nouvelle dose de 5-10 mg en respectant un intervalle de 1 heure entre 2 prises
- Au bout de 24 h : augmentation de la dose par prise en fonction de la dose totale consommée sur 24 heures
- Si malade équilibré au bout de 48-72 h sous opioïdes à LI, possibilité de prescrire un opioïde LP à dose journalière

équivalente (associé à la prescription d'un opioïde à LI pour les accès douloureux)

Titration avec un opioïde à libération prolongée (LP)

Dose initiale : 30 mg d'équivalent morphine toutes les 12 h (ou 1mg/kg/j) avec la possibilité d'interdose d'opioïde à LI toutes les 4 h (posologie entre 1/10 à 1/6 de la dose journalière de forme LP)

Adaptation : au bout de 24 h, la dose totale consommée est calculée. La dose d'opioïde LP est réajustée en fonction de la dose totale consommée s'il y a eu 3 interdoses ou plus.

Cas des personnes âgées ou en cas d'insuffisance rénale ou respiratoire

Calcul de la clairance de la créatinine

Les doses doivent être réduites de moitié, voire espacées de plus de 4h pour les formes à LI

2.3.5. PCA (Analgésie contrôlée par le patient)

Indications : -Accès douloureux paroxystiques fréquents nécessitant des suppléments antalgiques efficaces

-Difficultés à poursuivre chez un patient, un traitement morphinique oral ou transdermique, la voie d'administration devenant impossible ou inadaptée

-Effets indésirables ou des douleurs non contrôlés après différents traitements opioïdes per os ou transdermiques

- Nécessité d'une titration rapide en cas de douleur intense

Contre-indication : - Patient ou famille refusant la technique, non coopérants ou incapables de comprendre la technique

- Patient ayant des troubles des fonctions supérieures

- Absence de formation préalable du personnel médical et paramédical

Matériel disponible à la clinique. Possibilité d'instaurer ce traitement après avis EMSP

2.3.6. EFFETS INDESIRABLES DES OPIOÏDES

- **Somnolence** : Survient chez 60 % des cas lors de la phase de l'instauration du traitement mais disparaît en quelques jours.

Survient également chez les patients dont la douleur avait entraîné une dette de sommeil

Attention si persistance de la somnolence au-delà de 2-3 jours

- **Constipation** : prescription systématique de laxatifs dès l'initiation du traitement par opioïde : monothérapie laxative osmotique (macrogol 1-2 sachets/j) ou stimulante (bisacodyl 5 mg 1 cp le soir)

Si absence de selles > 3 J : glycérol 1 suppo/j le matin voire lavement rectal avec Normacol si selles au TR

Et dans ce cas, association d'une bithérapie osmotique et stimulante, en seconde intention à titre préventif : naloxegol (Moventig[®])

Si réponse insuffisante, à titre curatif, à J4 sans selles, et si traitement opioïde faible ou fort, et dans le cadre d'une situation palliative, Bromure de méthylnaltrexone (RELISTOR) : **8-12 mg en SC à renouveler au bout de 48h si besoin. (Vérifier d'abord risque de perforation colique)**

Remarque : Myosis pas un signe de surdosage mais signe d'imprégnation

- **Nausées, vomissements** (cf chapitre) : présents lors de la phase d'initiation dans 30 % des cas
- **Bradypnée** (fréquence respiratoire < 8/ min) : rythme respiratoire ne doit pas être inférieur à 8 cycles/min , en dehors d'un acte de sédation

Conduite à tenir : **Titration lente de Naloxone, 1 ampoule de 0,4 mg dans 10ml de NaCL puis injection IV 1ml/minute jusqu'à fréquence respiratoire > 10**

Attention : risque de crise douloureuse et du risque de réapparition des signes de surdosage car durée d'action de la naloxone limitée

-Agitation/hallucinoses : éliminer dans tous les cas une rétention aigue d'urine et/ou fécalome. Si troubles neuro-psychiques, éliminer un surdosage, revoir l'indication, et rechercher une co-analgésie

-Rétention aigue d'urine

-Prurit

3. Composante Neuropathique

Il faut évaluer et réévaluer périodiquement non seulement l'intensité mais aussi le mécanisme physiopathologique des douleurs du cancer qui peuvent évoluer dans le temps. Les douleurs du cancer sont souvent mixtes : excès de nociception et neuropathie. Cette analyse va conditionner les thérapeutiques choisies.

Utilisation échelle de dépistage DN4 : positif si score $>$ ou égal à 4/10 ou $>$ 3/7 en entretien

Exemple de molécules utilisables : antiépileptiques (prégabaline, gabapentine) et antidépresseurs notamment tricycliques (amitriptyline, clomipramine).

Dans tous les cas, favoriser la monothérapie avec augmentation progressive des doses selon l'efficacité et la tolérance.

Effet antalgique retardé (dizaine de jours)

Exemple de schéma (prégabaline) : **initiation 2x 25 mg par jour avec augmentation par paliers de 25 mg tous les 4-7 jours**

Augmentation selon efficacité et tolérance

Dose maximale à 600 mg/jour

Possibilité également d'utiliser des emplâtres de lidocaïne si douleur neuropathique localisée et si absence de lésion cutanée en regard : 1 emplâtre pendant 12 heures toutes les 24 heures

4. Cas Particuliers

4.1. Métastases osseuses

Traitement pharmacologique -AINS

-Biphosphonates, indiquées pour les situations d'ostéolyse avec ou sans hypercalcémie

Exemple : acide zalédronique 4mg IV toutes les 4 semaines

4.2. Douleurs liées aux soins

Le midazolam peut être utilisé à l'occasion de soins douloureux, en complément d'un traitement antalgique le plus souvent un opioïde, en raison de l'anxiolyse qu'il entraîne et de son effet amnésiant

Bolus initial par voie SC ou IV : **0,01 à 0,05 mg/kg, en moyenne, à adapter en fonction de la réponse du patient et de l'effet recherché. Le bolus peut être éventuellement répété en cas de besoin**

Possibilité d'utiliser MEOPA également (formation personnel paramédical nécessaire)

SEDATION

1. Définition

La sédation est la recherche, par des moyens médicamenteux, d'une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de la conscience. Son but est de diminuer ou de faire disparaître la perception d'une situation vécue comme insupportable par le patient, alors que tous les moyens disponibles et adaptés à cette situation ont pu lui être proposés et/ou mis en œuvre sans permettre d'obtenir le soulagement escompté. Aucune intention létale est recherchée. (Réf. SFAP 2009)

2. Indication

- Les complications aiguës à risque vital immédiat (hémorragies cataclysmiques, détresses respiratoires asphyxiques, etc.) ;
- La persistance de symptômes réfractaires, vécus comme insupportables par le patient et qui ne peuvent pas être soulagés en dépit des efforts réalisés pour trouver un protocole thérapeutique adapté sans compromettre la conscience du patient.

3. Prise en charge médicamenteuse

Médicament de choix : Midazolam (ampoule de 5mg/5ml), **biodisponibilité IV/SC comparable mais différence de délai d'action (2 min pour voie IV et 15-30 min pour voie SC)**

Administration : Dilution dans du sérum physiologique jusqu'à obtention d'une concentration de 1mg/ml

1 mg toutes les 2 à 3 minutes jusqu'à l'obtention d'un score >4 sur l'échelle de Rudkin et/ou score Richmond de -4 à -5 (cf. annexe)

1mg toutes les 5-6 minutes chez le sujet âgé ou fragile, ou au contraire parfois toutes les 30 secondes si détresse majeure

Dose d'entretien théorique (à adapter selon la clinique et la réponse obtenue à la titration) : **Dose horaire de perfusion continue= 50 % de la dose qui a été nécessaire pour obtenir un score >4 de Rudkin ou un score Richmond de -4 à -5**

Évaluation : Toutes les 15 minutes pendant la première heure puis 2/ jour au minimum

Efficacité du soulagement, échelles, effets indésirables

Pendant toute la durée de la sédation, la surveillance clinique, les soins de confort (nursing, soins de bouche...) et l'accompagnement de la personne malade mais surtout des proches doivent être maintenus et renforcés.

4. Attention

- *Discussion avec famille et patient*
- *Penser aux prescriptions anticipées personnalisées (PAP)*
- *Prise de décision collégiale et interdisciplinaire (IDE, kiné, AS, médecins)*
- ***Importance de la traçabilité+++***

DYSPNEE (En phase avancée à terminale)

1. Définition

Expérience subjective d'inconfort respiratoire, souvent associée à une anxiété importante chez le patient avec un mécanisme d'auto-entretien et de renforcement.

2. Étiologie

- Altération préexistante de la fonction respiratoire : BPCO, asthme, insuffisance cardiaque
- Évolution tumorale : Lésions primaires ou secondaires, pleuro-pulmonaires et/ou médiastinales et/ou pariétales thoraciques
- Iatrogènes : Lobectomie, fibrose post-radique...
- Autres : Embolie pulmonaire (***très fréquente en cancérologie avancée et de symptomatologie très atypique, Y PENSER !***), maladies neuromusculaires

3. Évaluation (à renouveler)

Échelles visuelles analogiques et/ou échelles verbales simple (voir évaluation de la douleur)

Examens paracliniques : à discuter au cas par cas, en fonction de la faisabilité et de l'intérêt thérapeutique

4. Mesures non pharmacologiques

- Rassurer le patient et l'entourage, passage fréquent des soignants, écoute active
- Positionnement demi-assise, bonne ventilation de la chambre
- Soins de bouche, kinésithérapie respiratoire (selon état du patient)
- Diminution/ adaptation de la texture des aliments (risque de fausse route, ***attention grande fréquence en fin de vie***)

5. Traitement spécifique

Peu indiqués en phase terminale car effets iatrogènes

- Syndrome broncho-obstructif : β 2-mimétique (terbutaline, salbutamol), et anticholinergique (ipratropium)
- Insuffisance cardiaque : diurétiques, IEC (*attention si insuffisance rénale*)

6. Traitement symptomatique

En cas d'échec des mesures non pharmacologiques et des traitements étiologiques

6.1. Opioïde

6.1.1. Patient naïf

Il est possible de prescrire un opioïde de palier 2 : codéine ou tramadol ou poudre d'opium

Sinon morphine : débiter par 2,5-5 mg de morphine PO toutes les 4 heures avec augmentation progressive des doses selon tolérance et efficacité.

Si voie PO impossible administrer en SC ou IV selon dose équivalence (1PO=1/2 SC= 1/3 IV)

6.1.2 Patient déjà sous morphine

Augmentation de 20 à 30 % de la dose sur 24 heures

6.2 Benzodiazépine

Utiliser benzodiazépine à demi-vie vie courte ou moyenne (12 à 24h) de préférence

Par exemple :

- PO : oxazepam, alprazolam
- IV/IM/SC : Midazolam 1-2,5mg SC à renouveler toutes les 10-15 minutes avec relai 0,25-0,5 mg/h en continu

6.3 Oxygène

Préférer les lunettes, à adapter après réflexion bénéfice/risque, selon contexte et tolérance et/ou souhait du patient
Non systématique en dehors de la dyspnée aiguë et selon les besoins du patient

ENCOMBREMENT

1. Mécanisme

- Fausse route, une des causes les plus fréquentes et sous-estimée, notamment par inhalation de sécrétions nasopharyngée, liquide gastrique
- Bronchorrhée (hypersécrétion pathologique)
- Râles agoniques : Mouvements provoqués par flux respiratoire des sécrétions stagnantes dans l'arbre respiratoire
- Excès d'apport hydrique (A éviter absolument en phase terminale)

2. Mesures préventives

- Soins de bouche
- Prévention de la fausse route :
 - Tests de déglutition avant prise de boisson surtout ou d'aliment : déglutir et observer la montée du larynx, tirer la langue, gonfler les joues, dire « A » puis « I », racler la gorge...
 - Adaptation de l'alimentation (fractionnement, eau gélifiée)
 - Positionnement du patient (flexion de la tête en avant, dossier relevé à 60 °, et jamais à angle droit, au risque de passage en avant vers la trachée (anatomie))
 - Positionnement du patient en ¾ à droite et à gauche en alterné chez le patient grabataire, surtout le plan du lit à plat avec un coussin sous la tête
 - Aspiration buccale : avec une sonde souple et à faible pression d'aspiration pour éviter les traumatismes
 - Aspiration naso-trachéale : rarement, **Peser l'indication car effet très transitoire et irritatif muqueux ++**, et si oui, sous protection d'une sédation transitoire
 - **Diminution des apports par voie IV et/ou SC (max 250-500 ml/24 heures)**

3. Traitement médicamenteux

Scopolamine (ne pas confondre avec le bromure de scopolamine ou Scoburen, excellent antispasmodique, qui n'a pas d'effets centraux et donc pas les effets indésirables ci-dessous) :

: - Injectable SC ou IV : 0,25 -0,5 mg toutes les 6 heures ponctuellement, à renouveler selon efficacité voire PSE si persistance encombrement malgré diminution/arrêt hydratation

- Effets indésirables : sécheresse buccale, constipation, globe vésical, sédation et délire et attention épaissement des sécrétions si elles sont abondantes

Diurétique : Si insuffisance cardiaque gauche ou globale, à essayer en seconde intention si la scopolamine n'est pas efficace

HEMORRAGIES

1. Mesures générales

- Recueillir la volonté du patient, en amont et si possible quant aux attitudes à adopter en cas d'hémorragies (effectuer si possible des prescriptions anticipées++)
- Réévaluation régulière des prescriptions (traitement anticoagulant, antiagrégants)

Au moment de l'hémorragie

- Assurer une présence et maintenir un environnement calme et rassurant
- Changement dès que possible de linge/draps sombres
- Arrêt des traitements pouvant aggraver l'hémorragie, notamment un anticoagulant même à dose préventive ou un antiagrégant plaquettaire

2. Traitement pharmacologique

Site Anatomique	Traitement local	Traitement systémique
Tumeurs oro-pharyngées	-Épistaxis : méchage hémostatique -Saignement buccal : Bain de bouche d'Acide Tranéxamique (5mg/5ml eau tiède) ou bain de bouche de Sucralfate (Ulcars®) -Si site non accessible : Aérosol d'adrénaline (5ml 1% adrénaline+ 5ml Nacl 0,9%)	Si sites multiples et non accessibles : -Acide Tranéxamique PO/IV 500-1000mg 3/jour
Hémoptysie	-Aérosol d'adrénaline (1mg dans 5ml de Nacl 0,9%)	-idem
Hématémèse		-idem - IPP per os ou IV à haute doses - Sucralfate (Ulcars®) 1 sachet 4/jour - Sandostatine IV/SC 100-200 µg/ 8 heures

Méléna/rectorragie	Si hémorragie basse : -Lavement intra-rectal d'acide tranéxamique (5g dans 50ml d'eau tiède)	- idem 3/jour
Hématurie	- Lavement intra-vésical d'acide tranéxamique (sonde 3 voies) attention à risque de rétention aigue d'urine par formation de caillots	-Utilisation prudente d'Acide tranéxamique par voie systémique car risque de rétention aigue d'urine par formation de caillots
Plaie cutanée	- Pansements d'alginate -Si saignement important : pansement imbibé d'acide tranéxamique (500mg/5ml) appliqué pendant 10 minutes -Pansement locaux : Pangène film et Surgicel compresses	

Remarques :

Discuter avec une équipe pluridisciplinaire, d'autres mesures spécifiques à mettre en œuvre (techniques interventionnelles, radiothérapie, chimiothérapie)

Transfusion de culots globulaires **à discuter au cas par cas (voir LAT Limitation et arrêt de thérapeutiques et DA directives anticipées)**

Si hémorragie cataclysmique : envisager une sédation et appliquer les mesures générales (ci-dessous)

NAUSÉES/VOMISSEMENTS

1. Diagnostic étiologique des vomissements

Causes gastro-intestinales	Occlusion intestinale mécanique ou fonctionnelle, constipation, candidose digestive
Causes médicamenteuses	Opioïdes, nausées et vomissements chimio-induits ou radio-induits, AINS, antibiotiques
Causes métaboliques	Insuffisance rénale, insuffisance hépatique, hypercalcémie, hyperuricémie, hyponatrémie
Causes ORL et cérébrales	Tumeur ORL, syndrome vertigineux, HTIC, Méningite carcinomateuse, métastases cérébrales
Causes respiratoires	Encombrement, toux émétisante
Causes psychogènes d'élimination	Anxiété

2. Approche non médicamenteuse

- Réadaptation des médicaments pouvant induire/aggraver les symptômes (ex opioïdes)
- Fractionnement des repas, favoriser l'alimentation plaisir
- Soins de bouche, aération de la pièce, suppression d'odeurs fortes

3. Traitement médicamenteux

Les neuroleptiques

- Métopropramide **5-10 mg 3 fois/j** per os ou IV.

Contre-indication : Syndrome occlusif (risque de majoration des douleurs et risque de perforation intestinale car action prokinétique)

- Domperidone **10 à 30 mg/j** per os

- Halopéridol **0,5-2,5 mg (ou plus) par prise**, per os/SC continue ou discontinue (Voie IV contre-indiquée)

Corticothérapie

Indiqués dans le traitement de vomissements chimio-induits, radio-induits et vomissements dans le cadre d'un syndrome occlusif obstructif lésionnel (surtout la carcinose péritonéale)

Méthylprednisolone **1-2 mg/kg/j SC ou IV**

Les agonistes des récepteurs 5-HT₃

Indiqués dans les nausées et vomissements induits par la chimiothérapie, et en deuxième intention, en situation palliative, quand les vomissements sont d'origine centrale, notamment en cas d'opioïde ou d'hypercalcémie maligne...)

AGITATION

1. Agitation avec production de symptômes (délires, hallucinations...)

- S'inscrit souvent dans un syndrome confusionnel
- Causes réversibles : iatrogènes, métaboliques, symptômes inconfortables (fécalome, rétention d'urine), infections, douleur
- Traitement de la ou des causes en première intention :

Causes iatrogènes	Opiïdes, psychotropes, corticoïdes, anticholinergiques, antihistaminiques, antibiotiques
Sevrage	Alcool, benzodiazépines
Douleur non contrôlée	
Globe urinaire et/ou fécalome	
Causes neurologique	Tumeur cérébrale primitive ou métastase, AVC, épilepsie, confusion post-critique
Troubles ioniques/métaboliques	Calcémie surtout (calculer la calcémie relative à l'albuminémie !), natrémie, glycémie, déshydratation, hypoxie, hypercapnie
Insuffisance d'organe	Cœur, foie, poumon, rein
Cause infectieuse	Infection systémique, infection d'organe

- Prise en charge médicamenteuse :
 - **chlorpromazine Largactil (neuroleptique) : 5 à 50 mg (parfois plus) / 24H SC, IV continue ou en trois prises (équivalence PO/SC, IV de 2/1)**
 - **Halopéridol PO/SC/IM 1mg ou 10 gouttes/prise jusqu'à 6-12 mg/24 heures**
Si contre-indication : **Risperidone PO 5-10 mg/j en 2 prises (2,5- 5 mg chez le sujet âgé)**

Si échec des traitements neuroleptiques et persistance de la symptomatologie, solliciter EMSP

2. Agitation avec anxiété aiguë

- Liée à l'anxiété d'origine psychique et/ou anxiété de l'entourage et/ou liée aux symptômes
- Prise en charge médicamenteuse : benzodiazépines à demi-vie moyenne
Exemple : lorazépam **PO 2-7,5 mg/j en 2-3 prises**
Oxazépam PO : **10 mg toutes les 8 heures** (augmentation progressive des doses)
- Si anxiété majeure et/ou voie per os inutilisable : midazolam voie SC ou IV : **2,5mg toutes les 4 heures**
- Ou chlorpromazine Largactil (neuroleptique) : **12,5 à 75 mg / 24H SC, IV continue ou en trois prises (équivalence PO/SC, IV de 2/1)**

SYNDROME OCCLUSIF

1. Prise en charge

- Pour occlusion fonctionnelle (causes médicamenteuses, trouble biologique, atteinte centrale cérébrale et/ou médullaire, neuropathie paranéoplasique) : Traitement étiologique dans tous les cas
- Pour occlusion lésionnelle : Discussion pluridisciplinaire sur l'éventualité d'une chirurgie palliative ou geste endoscopique (mais indication rarement posée en phase terminale)
- Si absence d'indication de chirurgie palliative : Traitement médical (détaillé ci-dessous)

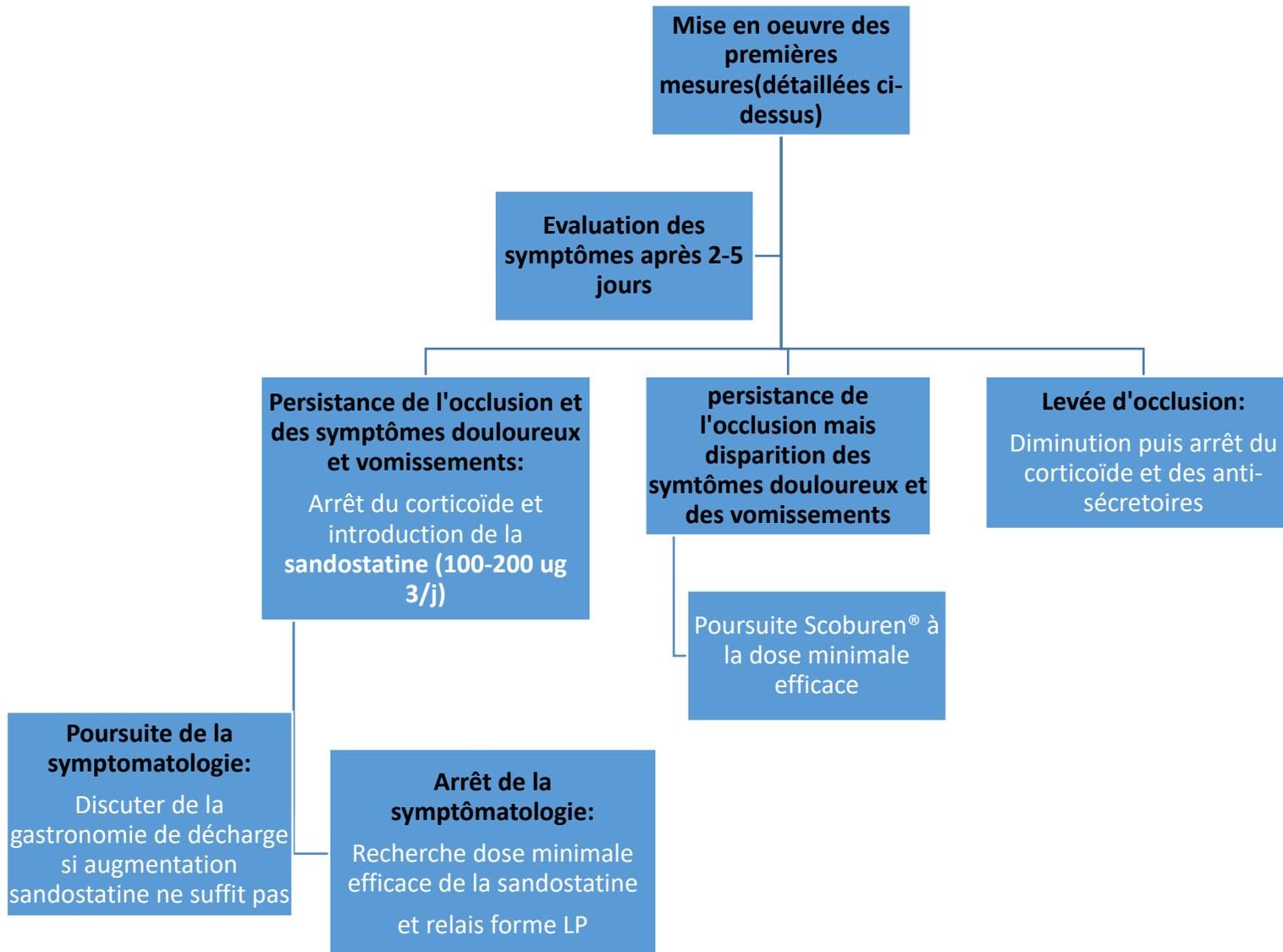
2. Traitement médical (occlusion lésionnelle et non fonctionnelle (par fécalome))

Mise en œuvre des premières mesures

- Discuter **selon le souhait du patient, de son confort**, de la pose d'une sonde nasogastrique
- Antiémétique : HALDOL® (cf fiche vomissement) *Métoclopramide contre-indiqué !*
- Anti-sécrétoire : Butylbromure de scopolamine (SCOBUREN®) **IV/SC : 40 à 120 mg/j SC ou IV continu ou discontinu**
Si SCOBUREN® indisponible, possibilité d'utiliser scopolamine **SC/IV 0,25-0,5 mg/8 heures**
Methylprednisolone **IV/SC 1-2 mg /kg/24heures le matin surtout si carcinose péritonéale et à l'essai sur 5 jours**
Antalgique selon le niveau de la douleur

Discuter l'indication de somatostatine en SC ou IV continue (EMSP)

La conduite à tenir dépend ensuite de l'efficacité des premières mesures. Les différentes étapes sont décrites ci-dessous :



HOQUET

Causes

Elles sont souvent associées, et l'on trouve tous les contextes qui vont envoyer des afférences vers le centre du vomissement au tronc cérébral.

Causes œsogastriques : distension gastrique par obstruction ou compression tumorale, reflux gastro-œsophagien, œsophagite.

Autres causes digestives : tumeur digestive, maladie hépatique (hépatomégalie), carcinose péritonéale avec ascite, abcès sous phrénique.

Pathologies cervicales : goitre, adénopathies compressives, pathologie laryngée.

Pathologies thoraciques : pleurésie, péricardite, tuberculose, pneumopathie, cancer broncho-pulmonaire.

Troubles métaboliques : hypernatrémie, hypercalcémie, insuffisance rénale, diabète.

Pathologies neurologiques : HTIC (Hyper Tension Intra Crânienne) de cause tumorale ou vasculaire, pathologie de la fosse postérieure, méningite, encéphalite, traumatisme crânien.

Iatrogénie

Traitements médicamenteux

Traitement étiologique à envisager chaque fois que possible

En 1ère intention :

- Favoriser la vidange gastrique : Métopropramide 5 à 10mg 3 fois par jour.
- Inhibiteurs de la pompe à protons si reflux gastro-œsophagien associé (Oméprazole 20 à 40mg/jr)
- Benzodiazépine par effet anti-stress et myorelaxant
- Chlorpromazine 5 à 25 gttes 3 fois par jour (attention, très sédatif) ou halopéridol.

En 2nde intention et selon le mécanisme en cause (surtout musculaire ou diaphragmatique) :

- Baclofène à visée myorelaxante, sous réserve d'une fonction rénale conservée : 5 mg 2 fois par jour jusqu'à 20 mg 3 fois par jour.

En 3ème intention :

- Sollicitation de l'EMSP

ANNEXES

1 - Approche sémiologique

TYPE : MOTS

Elancement

Crampe Etou

Tiraillement Coup de poignard Poids

Rongement Torsion

Autre : _____

QUESTIONNAIRE DN4

À l'interrogatoire : *Score sur 7* : _____

Brûlure Froid douloureux

Décharges électriques Fourmillements

Picotements Engourdissement

Démangeaisons

À l'examen physique : Hypoesthésie au tact

Hypoesthésie à la piqûre

Majoration au frottement

Score sur 10 : _____

INTENSITE : EN : Fond ___ /10 Accès ___ /10

EOC (si non communicant) :

Spontanément ___ /8 A l'examen ___ /8

LOCALISATION : _____

TEMPS : Fond continu Accès douloureux

ADP Diurne Nocturne

RETENTISSEMENT : Sommeil

Appétit Mobilité Humeur

FACTEURS AGGRAVANTS

FACTEURS D'AMÉLIORATION

2 - Approche anatomique

- Viscérale :**
- Organe plein
- Organe creux
- Nerveuse :**
- Cérébrale
- Médullaire
- Plexuelle
- Tronculaire
- Radiculaire
- Cutanée
- Muqueuse Osseuse Articulaire
- Musculaire
- Vasculaire :** artérielle, veineuse, lymphatique

3 - Approche fonctionnelle

(Mots qui traduisent la compréhension des mécanismes lésionnels) *Exemples :* compression, destruction, section / enraidissement, contracture, fonte / induration, infiltration,

épaississement / gonflement, dilatation, spasme, obstruction / irritation, inflammation, fragilisation, perte de substance...

4 - Approche physiopathologique

- Nociceptive
- Neuropathique
- Mixte
- Dysfonctionnelle

Tableau 1. Échelle d'évaluation de la sédation selon le score de RUDKIN

Score	Niveau de sédation
1	Patient complètement éveillé et orienté
2	Patient somnolent
3	Patient avec les yeux fermés, mais répondant à l'appel
4	Patient avec les yeux fermés, mais répondant à une stimulation tactile légère, (traction sur le lobe de l'oreille)
5	Patient avec les yeux fermés et ne répondant pas à une stimulation tactile légère

Tableau 2 : Échelle de Richmond

Échelle validée sur le plan international

Sédation profonde : score -4 à -5

+4	Combatif	Combatif, danger immédiat envers l'équipe.
+3	Très agité	Tire, arrache tuyaux ou cathéters et/ou agressif envers l'équipe.
+2	Agité	Mouvements fréquents sans but précis et/ou désadaptation au respirateur
+1	Ne tiens pas en place	Anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressif.
0	Éveillé et calme	
-1	Somnolent	Pas complètement éveillé, mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (> 10s).
-2	Diminution légère de la vigilance	Reste éveillé brièvement avec contact visuel à l'appel (< 10s).
-3	Diminution modérée de la vigilance	N'importe quel mouvement à l'appel (ex. : ouverture des yeux), mais pas de contact visuel.
-4	Diminution profonde de la vigilance	Aucun mouvement à l'appel, n'importe quel mouvement à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum).
-5	Non réveillable	Aucun mouvement, ni à l'appel, ni à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum).

Tableau 3

Médicaments utilisables en perfusion

Sous-cutanée (28)

Légende du tableau :

Grade A = preuve scientifique établie

Grade B = présomption scientifique

Grade C = faible niveau de preuve

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

DCI		Nom de spécialité	Famille	Administration	Particularités Précautions d'emploi
Amikacine	A	Amiklin® Amikacine®	Antibiotique	SCD	Risque de nécrose ou de vascularite cutanée
Ampicilline	C	Ampicilline®	Antibiotique		
Atropine	A	Atropine®	Antisécrétoire	SCD	
Calcitonine	A	Calcitonine® Cibacalcine® Miacalcic®	Hormone antiparathyroïdienne	SCD	Réactions locales inflammatoires peu fréquentes au site d'injection SC
Ceftriaxone	A	Rocéphine®	Antibiotique	SCD	Ajouter de la xylocaïne pour diminuer la douleur de l'injection
Chlorpromazine	C	Largactil®	Neuroleptique	SCC/SCD	Réaction cutanée possible
Clonazépam	*	Rivotril®	Benzodiazépine, Antiépileptique	SCC/SCD	Tubulure non PVC. Xylocaïne 1% associée si brûlure en SCD
Dexchlorphéniramine	A	Polaramine®	Antihistaminique	SCD	
Furosémide	C	Lasilix® Furosémide®	Diurétique	SCC/SCD	
Gentamicine	C	Gentalline® Gentamicine®	Antibiotique	SCD	Risque de nécrose ou

					vascularite cutanée
Granisétron	C	Kytril®	Antiémétique	SCD	
Halopéridol	C	Haldol®	Neuroleptique	SCC/SCD	
Lanréotide	A	Somatuline LP®	Anti-sécrétoire	SCD	Ne pas utiliser le 30mg en SC
Lévomépromazine	C	Nozinan®	Neuroleptique	SCC/SCD	Risque de nécrose ou vascularite cutanée
Loxapine	C	Loxapac®	Neuroleptique	SCD	Changement de site en cas d'irritation locale
Méthylnaltrexone	A	Relistor®	Constipation induite par les opioïdes	SCD	
Méthylprednisolone	*	Solumédrol®	Corticoïdes	SCC/SCD	Validé par l'AFSSAPS
Métoclopramide	C	Primpéran®	Antiémétique	SCC/SCD	
Midazolam	B	Hypnovel®	Anxiolytique, hypnotique	SCC/SCD	
Morphine (chlorhydrate)	A	Morphine®	Antalgique	SCC/SCD	
Naloxone	A	Narcan®	Antidote des morphiniques	SCC/SCD	
Octréotide	A	Sandostatine LI®	Anti-sécrétoire	SCC/SCD	Réchauffer l'ampoule à température ambiante pour limiter les réactions locales
Ondansétron	C	Zophren®	Antiémétique	SCC/SCD	

Oxycodone (chlorhydrate)	A	Oxynorm®	Antalgique	SCC/SCD	
Phénobarbital	C	Gardéнал®	Antiépileptique	SCC/SCD	Risque de nécrose cutanée
Prostigmine	A	Prostigmine®	Traitement de la constipation	SCC/SCD	
Scopolamine butylbromure	A	Scoburen®	Anti-sécrétoire antispasmodique	SCC/SCD	
Scopolamine bromhydrate	A	Scopolamine®	Anti-sécrétoire	SCC/SCD	
Teicoplanine	B	Targocid®	Antibiotique	SCD	
Tramadol	C	Contramal® Topalgic® Zamudol®	Antalgique	SCC/SCD	

Tableau 4 : équivalence des doses des opioïdes (27)

MORPHINE – OXYCODONE - HYDROMORPHONE Per OS en mg					FENTANYL en µg/h	MORPHINE IV en mg		MORPHINE SC en mg		OXYCODONE IV- SC en mg	
LP dose / 24 h		LN interdose ou titration 1/6 à 1/10			Patch Transdermique dose 72 h	dose / 24 h	interdose 1/6 à 1/10 de la dose totale/24h	dose /24 h	interdose 1/6 à 1/10 de la dose totale /24h	dose / 24h	interdose ou titration 1/6 à 1/10 de la dose totale /24h
SKENAN® MOSCONTIN® LP 10-30-60 100-200 mg	OXYCONTIN® OXYCODONE LP 5-10-15- 20- 30-40-60- 80- 120	SOPHIDONE® LP 4-8-16- 24 mg	ACTISKENAN® 5-10-20 mg SEVREDOL® 10-20 mg ORAMORPH® 20mg/mL 4 gouttes=5 mg	OXYNORMORO® 5-10-20mg	FENTANYL 12-25-50-75- 100 µg/h	Morphine amp. inj. 10mg/1mL 400mg/10mL	Morphine amp. inj. 10mg/1mL	Morphine amp. inj. 10mg/1mL 400mg/10mL	Morphine amp. inj. 10mg/1mL	OXYNORM® amp. inj. 10mg/1mL 20mg/2mL 50mg/1mL 200mg/20mL	OXYNORM® amp. inj. 10mg/1mL 20mg/2mL 50mg/1mL 200mg/20mL
30	15		3 à 5		12	10	1 à 1,5	15	2	10	1 à 1,5
40 (20x2)	20 (10 x 2)		4 à 6			13	1 à 2	20	2 à 3	13	1 à 2
60 (30x2)		8 (4 x 2)	6 à 10	5	25	20	2 à 3	30	3 à 5	20	2 à 3
80 (40x2)	40 (20 x 2)		8 à 13	5		27	3 à 4	40	4 à 7	27	3 à 4
120 (60x2)	60 (30 x 2)	16 (8 x 2)	12 à 20	5 à 10	50	40	4 à 7	60	6 à 10	40	4 à 7
160 (80x2)	80 (40 x 2)		16 à 27	10		53	5 à 9	80	8 à 13	53	5 à 9
180 (90x2)		24 (12 x 2]	18 à 30	10 à 15	75	60	6 à 10	90	9 à 15	60	6 à 10
200 (100x2)	100 (50 x 2)		20 à 33	10 à 15		67	7 à 11	100	10 à 17	67	7 à 11
240 (120x2)	120 (60 x 2)	32 (16 x 2)	24 à 40	15 à 20	100	80	8 à 13	120	12 à 20	80	8 à 13
280 (140x2)	140 (70 x 2)		28 à 47	15 à 20		93	9 à 16	140	14 à 23	93	9 à 16
300 (150x2)		40 (20 x 2)	30 à 50	15 à 20	125 (100 + 25)	100	10 à 17	150	15 à 25	100	10 à 17

320 (160x2)	160 (80 x 2)		32 à 53	15 à 25		106	10 à 17	160	16 à 20	106	10 à 17
360 (180x2)	180 (90 x 2)	48 (24 x 2)	36 à 60	15 à 30	150 (100 + 50)	120	12 à 20	180	18 à 30	120	12 à 20
400 (200x2)	200 (100 x 2)		40 à 66	20 à 30		133	13 à 22	200	20 à 33	133	13 à 22
420 (210x2)		56 (28 x 2)	42 à 70	20 à 35	175 (100 + 75)	140	14 à 23	210	21 à 35	140	14 à 23
440 (220x2)	220 (110 x 2)		44 à 73	20 à 35		146	14 à 24	220	22 à 36	146	14 à 24
480 (240x2)	240 (120 x 2)	64 (32 x 2)	48 à 80	20 à 40	200 (100 + 100)	160	16 à 26	240	24 à 40	160	16 à 26
540 (270x2)		72 (36 x 2)	54 à 90	25 à 45	225 (100+100+25)	180	18 à 30	270	27 à 45	180	18 à 30
600 (300x2)	300 (150 x 2)	80 (40 x 2)	60 à 100	30 à 50	250 (100+100+50)	200	20 à 33	300	30 à 50	200	20 à 33
720 (360 X2)	360 (180 X2)	96 (48 x2)	72 à 120	36 à 60	300	240	24 à 40	360	36 à 60	240	24 à 40
900 (450 x2)	450 (225 x2)	120 (60 x2)	90 à 150	45 à 75	375	300	30 à 50	450	45 à 75	300	30 à 50
1000 (500x2)	500 (250x2)		100 à 167	50 à 83	412	333	33 à 56	500	50 à 83	333	33 à 56

1 morphine per os = 1/2 morphine SC = 1/3 morphine IV

LP = Libération Prolongée = durée d'action 12 h LN = Libération normale = durée action 4 h LI = Libération immédiate = durée action

1h30

Dose bolus = 1/10 (enfant et sujet fragile) à 1/6 (adulte) de la dose totale par 24h par la même voie

ECHELLE DOLOPLUS

EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGE'E

NOM :

Prénom :

Service :

Observation comportementale

DATES	

RETENTISSEMENT SOMATIQUE

1 • Plaintes somatiques	• pas de plainte	0	0	0	0
	• plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	• plaintes spontanées continues	3	3	3	3
2 • Positions antalgiques au repos	• pas de position antalgique	0	0	0	0
	• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	• position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
	• position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3
3 • Protection de zones douloureuses	• pas de protection	0	0	0	0
	• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1
	• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2
	• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
4 • Mimique	• mimique habituelle	0	0	0	0
	• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3
5 • Sommeil	• sommeil habituel	0	0	0	0
	• difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	• réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3

RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR

6 • Toilette et/ou habillement	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillement étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	• toilette et/ou habillement impossibles, le malade exprime son opposition à toute tentative	3	3	3	3
7 • Mouvements	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3

RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL

8 • Communication	• inchangée	0	0	0	0
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	• diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2
	• absence ou refus de toute communication	3	3	3	3
9 • Vie sociale	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...)	0	0	0	0
	• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
	• refus de toute vie sociale	3	3	3	3
10 • Troubles du comportement	• comportement habituel	0	0	0	0
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1	1	1	1
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2
	• troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3

SCORE				

COPYRIGHT



Evaluation de la douleur

Echelle d'évaluation comportementale de la **douleur aiguë** chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....						
Heurehhhhhh						
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1 • Visage												
Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
2 • Regard												
Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
3 • Plaintes												
« Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.												
4 • Corps												
Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
5 • Comportements												
Agitation ou agressivité, agrippement.												
Total OUI	■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5	
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	

COPYRIGHT

Patient douloureux si
score ≥ 3

OUTILS D'ÉVALUATION POUR UN PATIENT NON COMMUNICANT

Echelle d'Observation Comportementale de François Bourreau (observation par soignant)

Pousse des gémissements, des plaintes (expression de pleurs, de gémissements, de cris avec ou sans larmes)	Absent Faible Marqué	0 1 2	
Front plissé, crispation du visage (expression du visage, du regard et mimiques douloureuses)	Absent Faible Marqué	0 1 2	
Attitudes antalgiques visant à la protection de la zone en position de repos « assis ou allongé » (recherche active d'une posture inhabituelle ou adoption spontanée et continue d'une position de protection d'une zone présumée douloureuse)	Absent Faible Marqué	0 1 2	
Mouvements précautionneux (à la sollicitation, réaction de défense coordonnée ou non d'une zone présumée douloureuse, ou évitement de la mobilisation d'une zone présumée douloureuse)	Absent Faible Marqué	0 1 2	
Agressivité/Agitation ou Mutisme/Prostration (communication intensifiée traduite par une forte agitation ou absence/refus de communication traduit par une absence de mouvements ou repli sur soi)	Absent Faible Marqué	0 1 2	
Score Total			/10

QUESTIONNAIRE DN4 : un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci dessous par « oui » ou « non ».

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

8. Hypoesthésie au tact	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piqure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

10. Le frottement	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
-------------------	------------------------------	------------------------------

OUI = 1 point

NON = 0 point

Score du Patient : /10

MODE D'EMPLOI

Lorsque le praticien suspecte une douleur neuropathique, le questionnaire DN4 est utile comme outil de diagnostic.

Ce questionnaire se répartit en 4 questions représentant 10 items à cocher :

- ✓ Le praticien interroge lui-même le patient et remplit le questionnaire
- ✓ A chaque item, il doit apporter une réponse « oui » ou « non »
- ✓ A la fin du questionnaire, le praticien comptabilise les réponses, 1 pour chaque « oui » et 0 pour chaque « non ».
- ✓ La somme obtenue donne le Score du Patient, noté sur 10.

Si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif (sensibilité à 82,9 % ; spécificité à 89,9 %)

D'après Bouhassira D *et al.* *Pain* 2004 ; 108 (3) : 248-57.

	QUESTIONS	COMPLEMENT	OUI/ NON
1	Le patient est atteint d'une maladie qui ne guérira pas, en l'état actuel des connaissances	Une réponse positive à cette question est une condition nécessaire pour utiliser Pallia 10 et passer aux questions suivantes	
2	Il existe des facteurs pronostiques péjoratifs	Validés en oncologie : hypo albuminémie, syndrome inflammatoire, lymphopénie, Performans Status >3 ou Index de Karnofsky	
3	La maladie est rapidement évolutive		
4	Le patient 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 persiste 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 le patient et/ou son entourage	Tristesse, angoisse, repli, agressivité ou troubles du comportement, troubles de la communication, conflits familiaux, psycho-pathologie préexistante chez le patient et son entourage	
7	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre social chez le patient et/ou l'entourage	Isolement, précarité, dépendance physique, charge en soins, difficultés financières, existence dans l'entourage d'une personne dépendante, enfants en bas âge	
8	Le patient ou l'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, les patients, 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 soin de type palliatif	
9	Vous constatez des questionnements et/ou des divergences au sein de l'équipe concernant la cohérence du projet de soin	Ces questionnements peuvent concerner : <ul style="list-style-type: none"> • prescriptions anticipées • indication : hydratation, alimentation, antibiothérapie, pose de sonde, transfusion, surveillance du patient (HGT, monitoring ...) • indication et mise en place d'une sédation • lieu de prise en charge le plus adapté • statut réanimatoire 	
10	Vous vous posez des questions sur l'attitude adaptée concernant par exemple : <ul style="list-style-type: none"> • un refus de traitement • une limitation ou un arrêt de traitement • une demande d'euthanasie • la présence d'un conflit de valeurs 	La loi Léonetti relative au droit des malades et à la fin de vie traite des questions de refus de traitement et des modalités de prise de décisions d'arrêt et de limitation de traitement autant chez les patients compétents que chez les patients en situation de ne pouvoir exprimer leur volonté	

ANNEXE 9 : Outil Pallia 10 (31)

Si plus de 3 réponses positives, les recours à une équipe spécialisée (EMSP) est nécessaire

REFERENCES

- 1- Susagna A, Cluzeau-Duchaussoy P. Élaboration d'un guide d'aide à la prise en charge des patients en soins palliatifs à domicile destiné aux médecins généralistes [Thèse de Doctorat d'Université, médecine]. Lille : Université Henri Warembourg ; 2012
- 2- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. Paris: ANAES; 2002
- 3- RESPALIF. Douleur en ville [En ligne]. Paris: RESPIPALIF; 2012[cité 15 avr 2018]. Disponible sur:[http://www.respalif.com/images/stories/outils/LIVRET DOULEUR-version online.pdf](http://www.respalif.com/images/stories/outils/LIVRET_DOULEUR-version_online.pdf)
- 4- Mazzocato C, David S. Le traitement de la douleur cancéreuse. Guide du médecin Vaudois. 2007; 1.
- 5-Mazzocato C, David S. Le traitement des douleurs musculo-squelettiques non cancéreuses et neuropathiques. Guide du médecin Vaudois. 2008; 3.
- 6- Palliative Care Experts in the Erie St. Clair and South West LHINs. Palliative Pain and Symptom Management Pocket Reference Guide. South Western Ontario; 2009
- 7- Mazzocato C, David S. L'évaluation de la douleur. Guide du médecin Vaudois. 2008; 2
- 8- Tison A. L'encombrement des voies respiratoires en fin de vie. Med Pal. 2003;2: 149-157.
- 9- CLUD (Comité de lutte contre la douleur) du CHU de Toulouse. Protocole d'utilisation des différentes techniques de prise en charge de l'encombrement bronchique en soins palliatifs. 2012
- 10-Marin I. Traitement de la Dyspnée en fin de vie. Rev Mal Respir. 2004 Juin ;21(3) :465-472
- 11-Pralong G, Fellrath F. La dyspnée en soins palliatifs. Guide du médecin Vaudois. 2009; 2
- 12- Agence Française de Sécurité Sanitaires des Produits de Santé. SOINS PALLIATIFS : spécificité d'utilisation des médicaments courants hors antalgiques. Paris: AFSSAPS; oct2002
- 13-Hôpitaux universitaires de Genève. Mémo soins palliatifs-information destinée au personnel soignant [En ligne]. Genève: HUG; 2010 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur :<http://www.palliativegeneve.ch/wp-content/uploads/2012/04/MemoSoinsPalliatifs.pdf>
- 14- Fédération de Soins Palliatifs ALTER. Prise en charge des symptômes gênants de l'adulte en fin de vie : Les crises en fin de vie. -Crises hémorragiques extériorisées en fin de vie [En ligne]. F.I.S.P.A; 2008 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: http://www.soinspalliatifs-fc.fr/pdf/2009-2-fiche_crise_hemorragiques.pdf
- 15-Hulme B, Wilcox S. Guidelines on the management of bleeding for palliative care patients with cancer [En ligne]. Leeds: Yorkshire Palliative Medicine Clinical Guidelines Group; 2008 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: https://www.palliativedrugs.com/download/090331_Final_bleeding_guideline.pdf

- 16- Schwald R. Urgences et situations particulières en soins palliatifs (hormis détresses respiratoires et neuropsychiques) [En ligne]. Colmar: Formation Accompagnement et Soins Palliatifs en Réseau (ASPER); 2007 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: http://asperalsace.free.fr/Documents/Situations_particulieres_et_urgences_en_sp.pdf
- 17- Mazzocato C, Davis S. Prise en charge des principaux symptômes digestifs en soins palliatifs. Guide du médecin vaudois. 2009; 8
- 18- Fédération de soins palliatifs ALTER. Prise en charge des symptômes gênants de l'adulte en fin de vie : Nausées et vomissements [En ligne]. F.I.S.P.A; 2008 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: http://www.soinspalliatifs-fc.fr/pdf/2009-2-fiche_naus%C3%A9es_vomissements.pdf
- 19- Guirimand F. Prise en charge des occlusions intestinales chez des patients atteints de cancer en phase avancée. Med Pal. 2003 ;2: 197-210
- 20- Fédération de soins palliatifs ALTER. Prise en charge des symptômes gênants en fin de vie : Les troubles digestifs. L'occlusion en situation palliative. [En ligne]. F.I.S.P.A; 2008 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: http://www.soinspalliatifs-fc.fr/pdf/2009-2-fiche_occlusion.pdf
- 21- Dauchy S, Chauffour-Ader C. Prise en charge de l'anxiété en soins palliatifs : privilégier un traitement étiologique. Med Pal. 2002 ; 1 :19-34
- 22- Onc'Oriant. Conduite à tenir devant une anxiété ou de l'agitation en soins palliatifs [En ligne]. 2016 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: http://onc-orient.org/pros/wp-content/uploads/2015/04/CAT-anxiete_agitation_sp.pdf
- 23- Société française d'accompagnement et de soins palliatifs . Sédation pour détresse en phase terminale et dans des situations spécifiques et complexes : recommandations chez l'adulte et spécificités au domicile et en gériatrie [En ligne]. Paris: SFAP; 2009 [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/system/files/sedation-phase-terminale.pdf>
- 24-Agence Française de sécurité sanitaire des Produits de Santé. Douleur rebelle en situation palliative avancée chez l'adulte [En ligne]. Paris: AFSSAPS; juin 2010 [cité 1 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/system/files/recommandations-bonnes-pratiques-afssaps.pdf>
- 25-Gavazzi, Gaétan, Jean-Paul Janssens, et Karl-Heinz Krause. « Pneumonies chez les patients âgés en fin de vie », *InfoKara*, vol. vol. 19, no. 4, 2004, pp. 149-153.
- 26- Woelk CJ. Prise en charge du hoquet. Can Fam Physician [Internet]. juin 2011 [cité 25 mai 2018];57(6):e198-201. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3114690/>
- 27- 12_table_conversion_palier_ii_et_iii_v6.pdf [Internet]. [cité 17 juin 2018]. Disponible sur: http://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/12_table_conversion_palier_ii_et_iii_v6.pdf
- 28- PalliAquitaine. La perfusion sous-cutanée en situations palliatives. Bordeaux
- 29- doloplus-fr.pdf [Internet]. [cité 17 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.doloplus.fr/pdf/doloplus-fr.pdf>
- 30- algoplus-fr.pdf [Internet]. [cité 18 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.doloplus.fr/pdf/algoplus-fr.pdf>

31- douleur_neuropat_DN4.pdf [Internet]. [cité 18 juin 2018]. Disponible sur: http://www.esculape.com/generale/douleur_neuropat_DN4.pdf

32- pallia10.pdf [Internet]. [cité 18 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/system/files/pallia10.pdf>