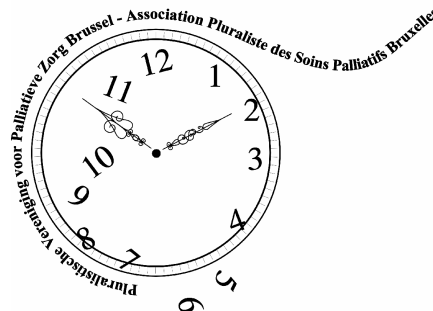


# Kairos

*Bulletin de liaison trimestriel  
de l'Association Pluraliste de Soins Palliatifs  
Région de Bruxelles Capitale ASBL*

Belgique - België  
P.P.  
1030 Bruxelles  
P401127

Bureau de dépôt : Bruxelles X



3ème COLLOQUE  
29/01/2005

La communication entre les médecins généralistes  
et le personnel des MRS : un défi en soins continus

Rubrique Nursing

## *L'hydratation en fin de vie*

*Ook in het Nederlands verkrijgbaar*

*Editeur responsable : Dr JP Van Vooren  
APSPB, 479 Chaussée de Louvain, 1030 Bruxelles*

**18**

*Janvier - Mars  
2005*

# *Equipe de l'APSPB*

## *Coordinatrices*

Parlidis Anastasia  
Ribesse Isabelle  
Soulier Marie Laure  
Vanden Brent Agnès

## *Psychologues*

Cléda Geneviève  
Duvivier Valérie  
Gillon Dorothée

Chaussée de Louvain 479, 1030 Bruxelles

☎ : 02 743 45 92

📠 : 02 743 45 93

✉ : [palliabru@palliatifs.be](mailto:palliabru@palliatifs.be)  
[www.palliatifs.be](http://www.palliatifs.be)  
[www.bibliosp.be](http://www.bibliosp.be)

## *Equipes de soins palliatifs à domicile*

(Equipes de soutien de l'APSPB)

### *Interface*

Tél : 02 764 70 48 Fax : 02 764 89 32  
IAE 3 Avenue Hippocrate 10, BP 2250 1200 Bruxelles

### *Semiramis*

Tél : 02 734 87 45 Fax : 02 733 74 34  
Rue des Cultivateurs 30, 1040 Bruxelles

### *Continuing Care*

Tél : 02 743 45 90 Fax : 02 743 45 91  
Chaussée de Louvain 479, 1030 Bruxelles

### *Omega*

Tél : 02 456 82 03 Fax : 02 461 28 56  
Vander Vekenstraat 158, 1780 Wemmel

## *Sommaire*

### **Edito**

#### **Rubrique Nursing**

« L'hydratation en fin de vie » par C. Geldof 2

#### **Rubrique plate-forme**

3<sup>ème</sup> colloque 8

Agenda 9

**Espace sponsors** : Nutricia, Janssen, Pfizer, 10

## *Edito*

Quelques mots à propos du contenu de ce Kairos qui entame une nouvelle année.

L'hydratation du patient en fin de vie, un problème ou un simple questionnement. Les troubles ioniques, une souffrance ? Faut-il corriger des paramètres biologiques ou se contenter d'une détérioration inévitable des « valeurs » ioniques ? La question ne se pose pas assez au niveau des unités où la logique curative ne s'est pas encore correctement effacée devant la finalité du confort. Une image pour l'entourage ou une nécessité pour le(la) patient(e) , notre objet de soins. Réflexion sans cesse renouvelée.

Il apparaît également au creux de cette issue de notre revue quelques conseils pour réaliser des soins de bouche corrects et efficaces. Efficaces, car l'essentiel est de rendre le contact humain possible, d'abolir tous les obstacles, y compris ceux repoussants qui n'auraient jamais dû être connus par des proches disponibles et volontaires.

Contact mène à communication me permettant d'évoquer le colloque programmé le 29 janvier. Le généraliste, le médecin de famille, celui traitant de l'ensemble d'une vie, celui qui détient le plus de vérité à défaut de certitude. Il faut le questionner, l'interroger, lui demander ce que, un jour, un homme (une femme) a dit de ce que pourrait être, de ce qu'il (elle) aurait pu penser à propos de ce que l'on repousse : la mort. Parler, dialoguer, échanger, partager ce qui est la raison d'être de notre métier de soignants, le souhait de notre patient(e).

Nous évoquerons au cours de cette matinée tous les aspects d'une vie en MRS. Comment expliquer, évoquer la douleur, la souffrance, l'espoir de poursuivre, de glaner encore quelque bonheur ? Comment intégrer autour d'un homme, d'une femme, des connaissances, des susceptibilités, certains a priori pour aboutir à ce qu'il y a de moins pénible, une mort correcte dans l'esprit de la majorité des témoins.

Ressortirons-nous modifiés de cette rencontre ou confortés dans nos positions ? Qu'importe ! L'échange entre les opinions est une finalité, une nécessité.

Dr JP Van Vooren  
Président

# *L'hydratation en fin de vie*

*Carine GELDOF, Directrice de la MRS du CPAS de St Josse Ten Noode*

## INTRODUCTION

Chacun de nous peut se sentir démuni face à un patient en perte d'autonomie et/ou en fin de vie et ne sachant plus ou ne voulant plus boire. On se pose alors la question : « Faut-il hydrater artificiellement ? »

Ce présent article ne détient pas la réponse à la question mais peut apporter des ébauches de solutions et en tous cas des pistes de réflexion. Il faut, avant tout distinguer deux situations bien différentes l'une de l'autre : celle du patient dépendant voire grabataire, poly pathologique mais pas encore en toute fin de vie et celle où le patient est en phase ultime.

## L'HYDRATATION CHEZ LES PATIENTS DEPENDANTS

Comme nous le savons, la sensation de soif diminue fortement en vieillissant ; de plus, l'administration de certains médicaments (ex. : les diurétiques) ou l'apparition de certains symptômes tels que les vomissements ou la diarrhée, favorisent l'installation sournoise du processus de déshydratation. L'observation vigilante, méthodique et quotidienne est indispensable chez la personne âgée en perte d'autonomie. Il ne faut pas perdre de vue qu'il existe des liens entre déshydratation, même légère, et problèmes de désorientation chez nos résidents.

Le tableau ci-dessous reprend les principales caractéristiques de la déshydratation chez la personne âgée.

### SIGNES CLINIQUES ET PHYSIOLOGIQUES:

- Sécheresse des lèvres, des conjonctives et des muqueuses.
- Polypnée.
- Changements dans l'apparence de la peau : moins élastique, sèche (**attention** : signe peu révélateur de la déshydratation chez la personne âgée, doit être combiné à d'autres signes), chaude, pâle et moins turgescence.
- Absence de la sensation de soif.
- Faible élévation de la température.
- Pouls rapide.
- Yeux enfoncés dans les orbites.
- Baisse de la tension artérielle.
- Oligurie.
- Nausées et vomissements.
- Perte d'appétit.
- Torpeur, agitation.
- Etat de conscience altéré : confusion, désorientation.

- Extrémités froides.
- Hyper ventilation.
- Présence de sécrétions et de crachats abondants.
- Manque de salive dans le réservoir sublingual.
- Diminution des réflexes ostéotendineux et faiblesse musculaire.
- Diarrhée récente ou constipation.
- Joues plus colorées.

#### **Causes de la déshydratation :**

- Perte de la sensation de soif.
- Prise de certains médicaments.
- Environnement surchauffé (sudation).
- Perte de l'habileté des reins à concentrer l'urine.
- Tentatives pour contrôler l'incontinence urinaire.
- Présence de diarrhées et de vomissements.
- Diabète (de type I et II).
- Consommation insuffisante de liquides pour diverses raisons (inconscience, paralysie, confusion, etc....).
- Alimentation parentérale trop protéinée sans apport suffisant d'eau.
- Procédures diverses de diagnostic amenant des jeûnes, des restrictions liquidiennes et l'usage de laxatifs, de lavements, etc.

#### **Conséquences de la déshydratation chez la personne âgée :**

- Perte accrue de la sensation de soif.
- Etat fébrile, sudation.
- Hypertension.
- Diarrhée, vomissements, puis constipation à cause d'une diminution du péristaltisme.
- Malaises, chutes et danger d'accidents.
- Impossibilité d'exprimer le désir de boire davantage.
- Oligurie et azotémie.
- Formation possible de thrombose des membres inférieurs.
- Atteinte de la peau et des muqueuses et risques de plaies de décubitus.

Chez ces patients, tout plan d'hydratation doit viser l'objectif de maintenir le plus longtemps possible (et de stimuler) l'hydratation per os (voir plus loin).

### **L'HYDRATATION CHEZ LES PATIENTS EN PHASE ULTIME**

En période de toute fin de vie, la polémique existe sur la nécessité d'instaurer une alimentation et/ou une hydratation artificielle. Dans le passé, la déshydratation (ainsi que la dénutrition) était considérée comme « normale » et faisait partie de l'évolution normale de la maladie ou du vieillissement en phase ultime.

A présent, les possibilités d'hydrater (et de nourrir) artificiellement existent et sont à portée de main : perfusion IV, hypodermoclyse, micro sonde gastrique, sonde de gastrostomie,... *mais*, de nombreuses études démontrent que le confort des patients en phase ultime, non hydratés

artificiellement, est meilleur (production d'endorphines  $\beta$  hypothalamique, augmentation des corps cétoniques qui auraient un effet anesthésiant).

A l'heure actuelle, la polémique existe toujours. Certains professionnels de la santé insistent sur le fait que l'alimentation, ou l'hydratation artificielle, est un traitement médical et n'est donc pas un soin humain de base. D'autres craignent certaines dérives et peuvent avoir le sentiment « de laisser mourir de faim ou de soif ».

La réflexion éthique a donc une place importante au sein de chaque institution, discutée en équipe pluridisciplinaire et étudiée au cas par cas.

Les éléments suivants peuvent nous aider dans notre réflexion :

- Il faut déterminer la futilité ou le bénéfice du « traitement » pour le patient.
- Si une hydratation artificielle est entamée, la décision doit être à durée limitée et régulièrement réévaluée.
- Le patient, s'il le peut, a le droit de refuser. Il est donc important de toujours rester centré sur le patient.
- L'hydratation en extrême fin de vie n'influence pas la survie. On peut constater que la « qualité » de cette survie peut être médiocre si on maintient une hydratation artificielle (augmentation de l'inconfort du patient par augmentation des râles bronchiques, augmentation des sécrétions en général ainsi que des oedèmes positionnels et autres, augmentation du risque de vomissements, ...)

Enfin, il faut aussi tenir compte du désarroi des proches du patient. Une bonne information donnée et un accompagnement psychologique de la famille peuvent atténuer le poids du fardeau affectif. Leur expliquer que l'arrêt ou le refus d'une hydratation artificielle ne veut pas dire qu'on « abandonne le patient à son triste sort » mais que, bien au contraire, c'est reconnaître la vraie priorité : le confort du patient au terme de sa vie (reconnaissance et acceptation de l'irréversibilité).

## **L'HYPODERMOCLYSE**

La perfusion sous-cutanée est une technique simple, peu coûteuse et efficace de réhydratation. Cette technique connue depuis plus d'un siècle, a été longtemps abandonnée avant de retrouver « ses lettres de noblesse » il y a environ 15 ans. Elle offre une alternative intéressante à la perfusion IV et est certainement plus confortable pour le patient.

**Le butterfly** : de taille 25 ou 27. Celui-ci est introduit en s/c sous un angle de 45°. Un film adhésif transparent recouvre le site de ponction. Certains auteurs laissent le butterfly en place plusieurs jours, d'autres préconisent un remplacement quotidien.

**Les sites de perfusion** : les plus souvent sollicités sont les faces antérieures, externes et internes de la cuisse, ainsi que la paroi abdominale. En cas d'agitation ou de confusion, l'espace inter scapulaire peut être choisi car il est hors de la portée de main du patient, de plus il faut savoir que la position dorsale n'affecte en aucune façon l'efficacité de la perfusion.

En cas de site abdominal, l'on peut parfois constater un œdème des régions génitales. Celui-ci est tout à fait bénin et disparaît spontanément après l'arrêt de la perfusion.

**Les solutés :**

Le sérum salé isotonique.

Le sérum glucosé à 2,5 ou 5 % additionné obligatoirement de 2 à 4 gr de NaCl (certains auteurs dénoncent toutefois le risque de nécrose locale ou un risque d'hyperglycémie).

Actuellement il est souvent proposé la solution mélangée de glucose 5 % + NaCl à 0,45 %.

**Le débit de la perfusion :** il ne pourra pas dépasser 1 500 ml par 24 H (soit 1 ml/min). On peut toutefois porter le débit à maximum 1,5 à 2 ml/min si l'on désire une hydratation nocturne (= 1000 ml en 8 H).

Pour rappel, l'hypodermoclyse ne convient pas en cas de déshydratation sévère (car dans cette situation extrême, la vasoconstriction est telle qu'une bonne résorption s/c ne peut avoir lieu).

**COMMENT MAINTENIR L'HYDRATATION ORALE  
LE PLUS LONGTEMPS POSSIBLE ?**

**1. Observation de la cavité buccale :** observation méthodique et fréquente chez tout patient en perte d'autonomie.

Etat des gencives : rougeur, micro-saignements, hyper-sensibilité,... ?

- Etat de la langue : chargée, dépôts blanchâtres, noirâtres,...
- Etat de la dentition : dents, prothèses dentaires : sont-elles encore bien adaptées ? ...
- Salivation anormale ?
- Etat des lèvres : sèches, crevassées, fissurées aux coins de la bouche, ... ?
- Mauvaise haleine, ... ?
- Plaintes du patient : perturbation du sens du goût, déglutition difficile ou douloureuse ? nausées ? (préciser les circonstances et le moment d'apparition) brûlures d'estomac ?...

La moindre perturbation, aussi banale soit-elle, comme par exemple un aphte, peut ôter chez le patient toute envie de boire (et de manger aussi !).

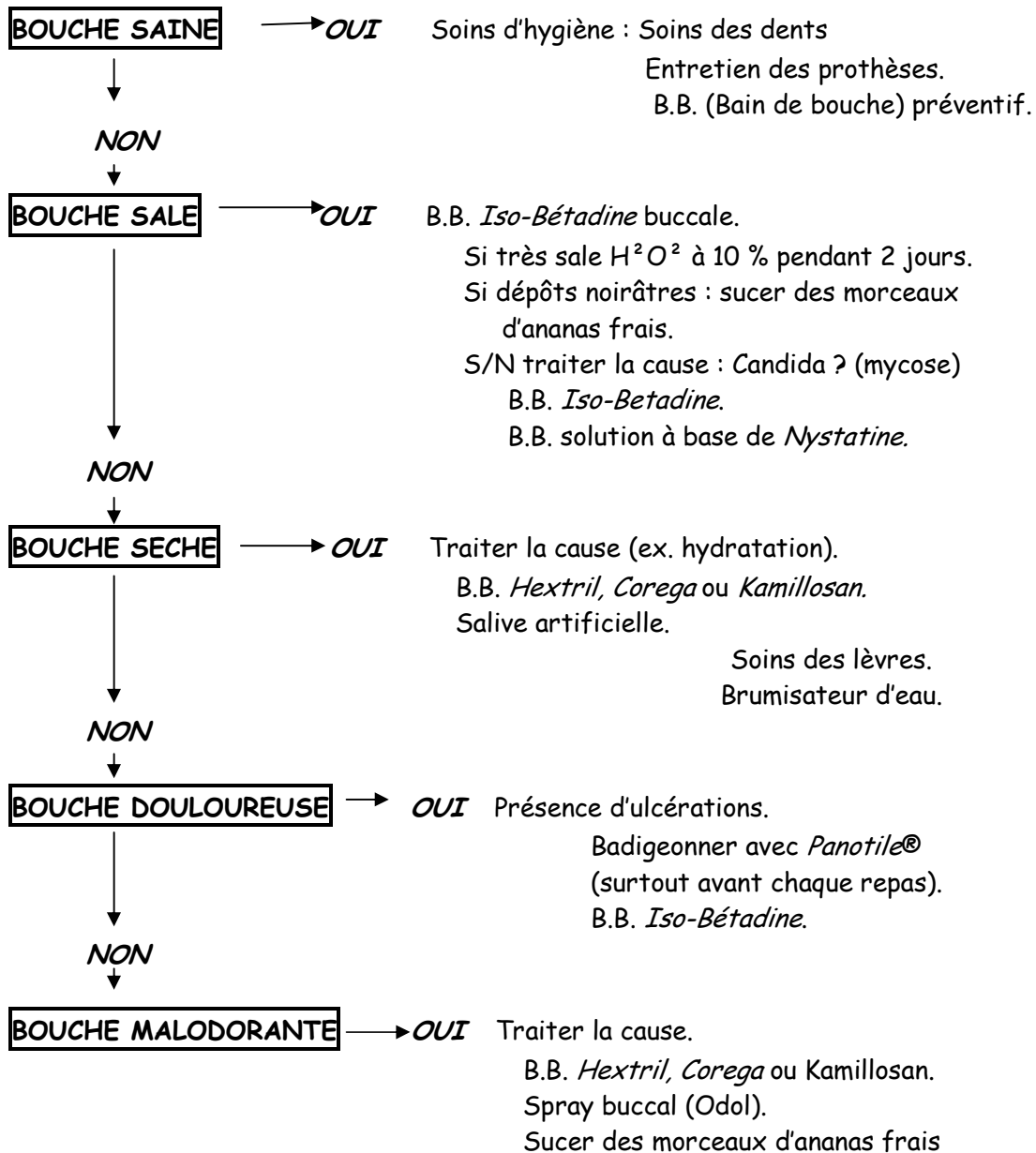
Cette démarche d'observation de l'état buccal et le relevé des plaintes doit être systématique chez tout patient qui doit être aidé pour assurer un bilan hydrique correct.

**2. Les indispensables ! :** Les soins de bouche et des lèvres (et aussi des narines !). Ces soins de base sont d'une importance capitale si l'on veut obtenir le plus longtemps possible la collaboration du patient. A titre indicatif, le tableau ci-après reprend l'arbre décisionnel en matière de soins de bouche pratiqués dans une MRS.

## ARBRE DECISIONNEL SELON L'OBSERVATION BUCCALE.



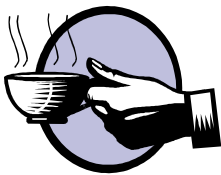
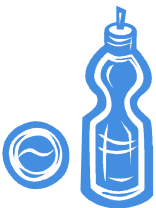
**J'observe...**



Demain je recommence...



## TRUCS ET ASTUCES



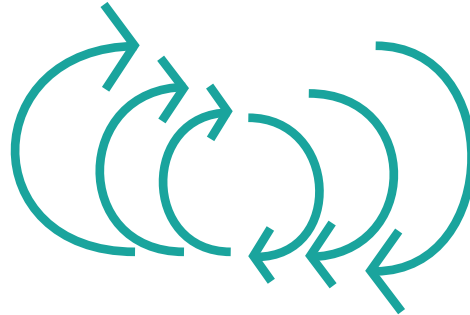
- Cibler les goûts de chaque résident afin de personnaliser l'hydratation.
- Soigner la présentation : un beau verre coloré, une paille « fantaisie », un beau sourire offert en prime !!! peut susciter l'envie de boire en évitant le piège du « forçage » (allez Madame Marie, il FAUT boire, c'est le médecin qui l'a dit, sinon on doit vous mettre une sonde !!!).
- Laisser bien en vue un chariot d'hydratation joliment décoré et qui attire l'attention de tout un chacun (demander la participation de l'ergo) dans la pièce de vie principale, dans le couloir ou tout autre endroit de passage. N'oubliez pas que boire toujours de l'eau plate peut devenir lassant à la longue. Pensez donc au sirop de grenadine, menthe, orange, pamplemousse,... Ces solutions peuvent être préparées en bouteille d'un litre, en petites carafes ou en petites bouteilles de 25 ou 33 cl.
- Donner envie de boire en stimulant les sens : la vue (voir plus haut), l'odorat : proposer de sentir les jus de pommes, boisson à la menthe, thé au citron, jasmin,...
- Quand l'hydratation devient plus difficile, pensez aux glaçons aromatisés, eaux gélifiées qui peuvent se donner à la cuillère, à la seringue ou tout simplement dans un petit verre. Autre alternative : épaissir les liquides si le patient présente les problèmes de déglutition.
- Pour la nuit pensez aux petites bouteilles plastic de 25 ou 33 cl munies d'une « tette » et que l'on peut aisément accrocher à la barre de lit afin que le résident puisse encore se servir et boire spontanément.
- Intégrer la famille aux soins d'hydratation. Leur montrer les gestes à faire, la manière la plus adéquate pour donner à boire à leur parent en fonction des possibilités qui lui restent. Le patient appréciera ce contact familial et la famille se sentira utile et reconnue comme intervenant dans le plan d'accompagnement du résident. Il faut aussi les rassurer, leur expliquer que si le patient refuse de boire ou n'est plus en état de boire car il est en toute fin de vie, il ne va pas « mourir » de soif mais qu'il va mourir de sa ou ses pathologies.
- Méfions-nous des « fausses » boissons désaltérantes. La caféine contenue dans le café élimine de grandes quantités d'eau de l'organisme, hors, les boissons caféinées froides prêtes à être consommées contiennent des concentrations extrêmement élevées de caféine. Dès lors, il est faux de croire que boire beaucoup de café apporte autant de liquide à l'organisme.
- Créer la « convivialité ». Ne pas bousculer ce moment précieux où l'on donne à boire. Le soignant (ou toute autre personne de l'équipe) doit se mettre à la hauteur du résident afin que celui-ci voit votre visage (et non pas le bouton de votre blouse blanche !). Il faut créer une ambiance agréable, lui parler, lui sourire, l'inviter « à boire un verre », et, pourquoi pas, prenez vous-même un verre et faites « santé ! ». Ce simple geste doit être un soin global agréable pour le résident mais aussi pour vous.

# Agenda

Samedi 29 janvier 2005 de 8h30 à 13h

3<sup>ème</sup> colloque

organisé par l'Association Pluraliste de Soins Palliatifs de Bruxelles-Capitale :



« La communication entre les médecins généralistes  
et le personnel des MRS : un défi en soins continus »

Ce colloque avec traduction simultanée s'adresse aux médecins généralistes, médecins coordinateurs, directeurs de MRS ainsi qu'aux responsables des fonctions palliatives en MRS.

## Programme détaillé :

8h30 - 9h : Café de bienvenue

9h - 9h10 : Présentation et ouverture, Dr JP Van Vooren, Président de la plate-forme

9h10 - 9h40 : Dr T. Orban

« *Le médecin généraliste dans la MRS : Interface de communication ?* »

9h40 - 10h10 : Dr L. Berge

« *Attentes des équipes soignantes vis-à-vis des médecins généralistes* »

10h10 - 10h40 : Dr W. Renier

« *Een driehoeksverhouding : het RVT, de huisarts en de CRA* »

10h40 - 11h : Pause café

11h - 11h30 : Mr H. Baerten

« *Dokter, ik denk dat Mevrouw Peeters pijn heeft ...* »

11h30 - 12h : Mme G. Cléda

« *Je t'entends, toi qui m'écoutes* »

12h - 12h30 : Dr M. Vanhalewyn

« *Synthèse et perspectives pour les MG* »

12h30 - 13h : Questions et réponses

A partir de 13h : Lunch

Lieu : APSPB, Salle des conférences, Chaussée de Louvain 479, 1030 **Bruxelles**

Renseignements et inscriptions : Tél : 02 743 45 92

E-mail : [palliabru@palliatifs.be](mailto:palliabru@palliatifs.be)

# Agenda

- ✚ Forum Benelux organisé par LEIFartsen - Médecins EOL - SCEN artsen.  
Accréditation rubrique « éthique et économie ».  
Traduction simultanée en français et en néerlandais.  
Lieu : Bâtiment KBC, Auditoire Herman Teirlinck, Avenue du Port 2, 1080 **Bruxelles**  
Renseignements : LEIF Benelux 02 456 82 15, 02 456 82 18, 078 15 11 55  
E-mail : [leiflijn@skynet.be](mailto:leiflijn@skynet.be)      [www.leif.be](http://www.leif.be)
- ✓ **Samedi 22 janvier 2004, de 9h à 17h30**  
**« 2<sup>ème</sup> forum d'information sur la fin de vie »**
  
- ✚ Formation interdisciplinaire organisée par la Faculté de Médecine de l'UCL et le projet RAMPE de la SSMG pour médecins (formation accréditée) et paramédicaux.  
Lieu : Pavillon des Conférences ESP (Salle A), 19 Clos Chapelle aux Champs, 1200 **Bruxelles**  
Renseignements : Mme D. Pironet 02 764 47 11 [dominique.pironet@infm.ucl.ac.be](mailto:dominique.pironet@infm.ucl.ac.be)
- ✓ **Jeudi 27 janvier 2005, « L'accompagnement spirituel du patient en fin de vie »**
- ✓ **Samedi 26 février 2005, « L'accompagnement et le soutien des proches »**
- ✓ **Samedi 12 mars 2005, « La collaboration : réalité ou illusion ? »**
- ✓ **Samedi 23 avril 2005, « Le vécu professionnel en soins palliatifs »**  
**de 8h45 à 16h**
  
- ✚ Colloque organisé par la Fédération Wallonne des Soins Palliatifs à l'occasion de ses 10 ans.  
Lieu : La Marlagne à **Wépion** (près de Namur).  
Renseignements : FWSP 081 22 68 37      E-mail : [fwsp@swing.be](mailto:fwsp@swing.be)
- ✓ **Vendredi 18 et samedi 19 mars 2005**  
**« Les soins palliatifs : bilans et perspectives »**
  
- ✚ Concerts organisés au profit de l'Unité de Soins Palliatifs, Cliniques de l'Europe-Deux Alice.  
Renseignements et programmes : 02 373 49 50 (USP) ou 02 373 46 97 (Mme F. Ruelle)
- ✓ **24 février 2005**
- ✓ **1<sup>er</sup> mars 2005**
  
- ✚ Spectacle d'André Rémy présenté par la Compagnie Victor, au profit de Continuing Care.  
Lieu : Centre Culturel de Woluwé St Pierre, **Bruxelles**.
- ✓ **Lundi 25 avril 2005, à 20h**  
**« Sois belge et tais-toi »**

## Remerciements

Nous tenons à remercier chaleureusement la société CERA Foundation pour son soutien, qui a permis de financer l'achat d'un nouvel ordinateur à la plate-forme.

## **Conseil d'administration de l'APSPB**

Fonction	Nom	Structure représentée
Président / Voorzitter	Dr JP. Van Vooren	CHU Erasme
Vice-Présidents /Ondervoorzitters	Dr M. Desmedt Dr P. Bastaerts Mr F. Mabrouk	CHU Saint Luc Brusselse huisartsen Aremis
Secrétaire / Secretaris	Dr M.C. Payen Dr D. Bouckenaere	CHU St Pierre Semiramis
Trésorier / Penningmeester	Mme B. Servais Dr M. Thoreau	Continuing Care CHU Brugmann
Membres actifs / Actieve leden	Dr C. Haba Dr N. Huart Mme S. Cooper Mme A. Polus Dr D. Lossignol Dr T. Orban Mme C. Peeters Mme N. Grimberghs Dr M. Vanhalewyn	Cliniques de l'Europe Cliniques St Jean Croix Jaune et Blanche C.S.D. Institut Bordet Interface Omega Soins chez Soi SSMG

### **Comité de rédaction**

**Editeur responsable :**

Dr JP Van Vooren, Président de l'APSPB

**Nouvelles de la plate-forme :**

Equipe de la plate-forme

**Rubrique médicale :**

Dr MC. Payen

**Rubrique nursing :**

Mme V. Hélin

Mme C. Geldof

**Rubrique éthique et psychologie :**

Mme C. Diricq

Mr S. Marchal

Mr B. Van Cutsem