

SOINS PALLIATIFS & ALIMENTATION

En soins palliatifs, le **plaisir de manger** importe plus que l'équilibre alimentaire.

Le **rôle social du repas** est essentiel et notamment du fait de la participation des familles.

L'alimentation arrive en 3^e position dans les préoccupations exprimées par les patients en fin de vie.

La première concerne le soulagement des douleurs et des autres symptômes.

La seconde est le besoin d'aide psychologique (enquête du Dr Rapin).

L'alimentation (et l'hydratation) sont à la fois des **besoins vitaux** et un **enjeu à forte composante symbolique**, source de tensions tant chez les proches que chez les soignants.

Il est important de rappeler à tous que l'anorexie provient de la maladie et/ou de la dégradation de l'état de santé du patient et non pas l'inverse.

La dénutrition observée est due non seulement à la diminution des apports mais aussi à la dénutrition endogène secondaire à la pathologie cancéreuse ou infectieuse.

CARACTERISTIQUES

L'arrêt de l'alimentation peut provenir :	<ul style="list-style-type: none">- d'une perte d'appétit- d'une impossibilité de s'alimenter- d'un refus alimentaire
Il peut être progressif ou brutal et signifier :	<ul style="list-style-type: none">- une opposition- une résignation- une acceptation

ETHIQUE

L'abstention thérapeutique (nutrition parentérale, gastrostomie) peut être vécue comme un abandon malgré les explications sur l'efficacité discutable en matière de confort et de survie.

La réflexion éthique est incontournable. Elle repose sur les lois de mars 2002 (Kouchner) et du 22 avril 2005 (Léonetti) mettant en avant **l'autonomie du patient**, son **droit au refus de traitement** et **l'interdiction d'obstination déraisonnable**.

CONDUITE A TENIR

Avec le patient

Orienter vers une qualité de vie avec des soins visant le confort du patient

Avec les proches

L'arrêt de l'alimentation est anxiogène pour la famille dans sa portée symbolique

« Va-t-il mourir de faim ? »

mais concerne aussi le rôle de chacun dans le prendre soin et dans l'affection donnée par ce geste:

« Que peut-on faire alors ? »

Avec les soignants

Cela bouscule le prendre soin « on ne peut quand même pas le laisser mourir de faim et de soif », mettant à mal la fonction soignante. Il faut alors que ce vécu se partage en équipe et qu'une réflexion pluridisciplinaire émerge autour de cet arrêt d'alimentation.

L'ÉVALUATION INITIALE

Interrogatoire

- L'appétit
- L'asthénie, les modifications récentes du poids
- Les difficultés : dysphagie, fausses routes, inconfort buccal, nausées, vomissements, constipation ...
- Son état psychologique : dépression, , anxiété, repli sur soi, détresse ...
- Le vécu du patient et de sa famille
- Les goûts et les désirs du patient

Clinique

Examen complet comprenant :

- La recherche des douleurs
- Le dépistage des complications d'une dénutrition (escarres...)
- L'observation de la bouche et des dents à l'aide d'une lampe

REÉVALUATIONS REGULIERES

Conduite à tenir en fonction des objectifs

- **Les soins de bouche** : réguliers, avant et après les repas si le patient s'alimente mais aussi brosseage des dents, nettoyage du dentier (en début de toilette pour faciliter la communication)
- **Stimuler l'appétit** : vins, apéritifs, corticoïdes (1 mg/kg/jour pendant 10j)
- **Enrichir** l'alimentation et l'adapter au goût
- **En cas de fausses routes**, épaissir les aliments et utiliser de l'eau gélifiée
- **Compléments nutritionnels**
- Prise de boissons et d'aliments pour le plaisir et le confort (glaçons aromatisés, sorbets, fruits frais...)

Favoriser la voie orale

- Importance de la présentation des repas
- Fractionner les apports
- Laisser du temps pour manger
- Installer le patient de façon confortable, privilégier la convivialité, s'asseoir en face pour l'aider si besoin, en faire un temps relationnel
- Tenir compte des odeurs
- Repas confectionnés au besoin par la famille selon les désirs du patient

Sans oublier

- La iatrogénicité de certaines thérapeutiques
- De limiter l'administration des traitements per os
- La prise en charge des complications de dénutrition

ET SURTOUT LE SOUTIEN DE LA FAMILLE ET DE L'EQUIPE
 (avec explication des décisions)

Contacts utiles	Références bibliographiques
COMPAS 02.40.16.59.90 Site hospitalier Laënnec Bd Jacques Monod 44093 Nantes Cedex 1	Manuel de soins palliatifs Edition Dunod – Paris 2009 Fiches pratiques du groupe SFAP/SFGG « soins palliatifs et gériatrie » Juin 2007
UNITE DE SOINS PALLIATIFS 02.53.48.27.33 Site hospitalier Laënnec CHU Nantes	Loi Leonetti Avril 2005 « Il va mourir de faim, il va mourir de soif » Fiche SFAP-SFGG-juin 2007