

# 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<sup>e</sup> position dans les préoccupations exprimées par les patients en fin de vie.

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

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

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

## 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) et du 2 février 2016 (Claeys-Leonetti) 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 brossage des dents, nettoyage du dentier (en début de toilette pour faciliter la communication)
- **Stimuler l'appétit** : vins, apéritifs, corticoïdes (1 mg/kg/jour pendant 10 j)
- **Enrichir** l'alimentation et l'adapter au goût
- **En cas de fausses routes**, épaissir les aliments et utiliser de l'eau gélifiée
- **Compléments nutritionnels**
- Alimentation et hydratation « plaisir » (glaçons aromatisés, sorbets, fruits frais, vin, apéritifs...)

### 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

- L'interaction 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
<p><b>COMPAS</b> 02.40.16.59.90 Site hospitalier Laënnec Bd Jacques Monod 44093 Nantes Cedex 1</p> <p><b>UNITE DE SOINS PALLIATIFS</b> 02.53.48.27.33 Site hospitalier Laënnec CHU Nantes</p>	<p>Fiches pratiques du groupe SFAP/SFGG « soins palliatifs et gériatrie » <i>Rev. janv2012</i></p> <p>Loi Leonetti/ Loi Claeys-Leonetti <i>Avril 2005/ 2 février 2016</i></p> <p>« Il va mourir de faim, il va mourir de soif » <i>Fiche SFAP-SFGG-juin 2007/ Fiche SFAP janvier 2020</i></p>