

Soins Palliatifs

- Comment s'y prendre ?
- Outils, moyens ?
- Structures ?
- Avis ... A qui s'adresser ?

Dr Guillaume BOUQUET

Chef de service Soins palliatifs -CH Dron - Tourcoing

Dr David FOURNET

Médecin Généraliste – MMMC Tourcoing - MSP Tourcoing les Francs

Services de Soins Palliatifs du secteur

CH DRON Tourcoing - Soins Palliatifs

USP 03-20-69-44-88 et 03-20-69-44-90

HDJ

EMSP 03-20-69-49-71

Medicine Soins Pal 03-20-69-47-39

CENTRE HOSPITALIER Wasquehal - Soins Palliatifs

03-20-89-65-31

LISP

EMSP

DAC Appui Santé du Ferrain

CCAS Tourcoing

HAD

Equipes Mobiles

EMSP CH Tourcoing

Tel 03 20 69 49 71

Fax 03 20 69 49 55

CH Wasquehal

03 20 89 65 31 / 07 64 40 52 84

C'est une équipe multidisciplinaire qui se déplace au lit du malade et/ou auprès des soignants

Son rôle est de dispenser des conseils dans la prise en charge, apporter un soutien et un accompagnement aux soignants et l'entourage, amener une concertation (discussion éthique, aide à la décision ou à la réflexion).

Elle ne pratique pas d'actes de soins (sauf urgence pour les prescriptions), ceux-ci sont sous la responsabilité de l'équipe qui prend en charge le patient

Elle peut intervenir en intra ou en extrahospitalier (en EHPAD notamment)

Tout professionnel, le malade lui-même ou un de ses proches peut faire appel à l'EMSP. Elle est ouverte 5 jr/7

NOS SECTEURS D'INTERVENTION

Via le Formulaire de demande de passage de l'EMSP à faxer au 03 20 69 49 55

-CCAS de Tourcoing

EPHAD : Les Flandres, Les Acacias

EHPA : La Roseraie, Les Hortensias

-Les Papillons blancs

MAS : Bondues, Tourcoing

FAM : Foyer Altitude (Halluin), Les Pierides (Linselles), Foyer Bruno Harles (Roncq), Le Centrehabitat (Bondues)

-MAS : la Gerlotte (Marcq-en-Baroeul)

-Centre Hospitalier de Tourcoing

Services Hospitaliers

EHPAD : les Maisonnées, Mahaut de Guisnes, Isabeau du Bosquel

USLD : Mahaut de Guisnes

-Centre Hospitalier de Wattrelos

Services Hospitaliers

EHPAD Hameau du bel âge



UNE ÉQUIPE
SUPPORT DÉDIÉE

L'EMSP
L'ÉQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS

A CE JOUR, L'EMSP
DU CHI DE WASQUEHAL
INTERVIENT AUPRÈS DE
30 EHPAD SUR LE
VERSANT NORD-EST DE LA
MÉTROPOLE LILLOISE

NOUS CONTACTER

Du lundi au vendredi de 9h à 17h
CHI Wasquehal
Tel : 03.20.89.65.31
emsp@ch-wasquehal.fr





NOTRE HISTOIRE

Depuis 2009, l'EMSP du CHI de Wasquehal est à votre service et à votre écoute. Elle est composée de :

- Médecins : Dr Lucie BONNEL, médecin Responsable
- Cadre : Boris DUCHEMIN
- Infirmières : Marion DECAUX et Vanessa LACROIX
- Psychologue :
- Sophrologue : Anne SAILLY-DEGUFFROY.

L'Équipe Mobile de Soins Palliatifs a pour objectif de favoriser le maintien des personnes âgées et en fin de vie dans leur environnement. Pour cela elle apporte principalement du temps et son expertise palliative et gériatrique, mais en aucun cas elle ne se substitue aux professionnels de santé.

INTERVENTION À LA DEMANDE DU

- MÉDECIN TRAITANT
- MÉDECIN HOSPITALIER
- MÉDECIN COORDONNATEUR
- RESPONSABLE ÉQUIPE SOIGNANTE

NOS MISSIONS

AIDER À L'ÉLABORATION DU PROJET DE SOINS PALLIATIFS

PRENDRE EN CHARGE LES SYMPTÔMES D'INCONFORT (EXPERTISE DOULEUR)

FORMER LES ÉQUIPES SOIGNANTES AUX SOINS PALLIATIFS

ACCOMPAGNER LES PATIENTS, LES PROCHES ET LES ÉQUIPES SOIGNANTES

FAVORISER LA COORDINATION DES DIFFÉRENTS PARTENAIRES



L'EMSP

L'ÉQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS

EMSP de Wasquehal					
Année de signature de la convention	Nom établissement/structure	Type d'établissement (EHPAD, MAS, CH...)	Adresse	Code postal	Ville
2009	CHI de Wasquehal	EHPAD/USLD	2 rue Salvador Allende	59290	Wasquehal
2009	Le GOLF (Direction commune CHI)	EHPAD	36 avenue de Flandres	59290	Wasquehal
2009	Paul Cordonnier (Direction commune CHI)	EHPAD	4 rue Maurice Genevoix	59700	Marcq-en-Barœul
2009	Provinces du Nord (Direction commune CHI)	EHPAD	44 rue du Lazaro	59708	Marcq-en-Barœul
2009	La Belle Epoque	EHPAD	29 rue des Ecoles	59420	Mouvaux
2009	Les Ogiers	EHPAD	177 rue des Ogiers	59170	Croix
2009	Albert du Bosquiel	EHPAD	Rue Norbert Segard	59910	Bondues
2011	St Maur	EHPAD	15 avenue Saint-Maur	59110	La Madeleine
2012	Les Marronniers	EHPAD	45 avenue de la Marne	59700	Marcq-en-Barœul
2013	Les Orchidées Croix	EHPAD	39 rue Jean-Baptiste Lebas	59170	Croix
2013	Les Aulnes	EHPAD	417 rue Jules Guesde	59510	Hem
2013	La Rose-May	EHPAD	Rue Jules Boët	59700	Marcq-en-Barœul
2013/2017	Serviloge / Henri Matisse	EHPAD	Chaussée Albert Einstein	59200	Tourcoing
2014	L'Orée du Mont	EHPAD	70rue de l'Abbé Coulon – BP 92	59432	Halluin
2014	Les Orchidées Lannoy	EHPAD	15 rue St Jacques	59390	Lannoy
2014	Fleur de l'Age	EHPAD	20 bis allée des Sports	59960	Neuille en Ferrain
2014	Les Cygnes	EHPAD	9 rue Jean Deprat	59115	Leers
2014	La Colombe	EHPAD	1 rue des Frères Bonduel	59223	Roncq
2014	Korian Les Marquises	EHPAD	68 rue Nationale	59700	Marcq-en-Barœul
2016	Les Orchidées Roubaix	EHPAD	5 rue Bossut	59100	Roubaix
2016	Korian L'Age Bleu	EHPAD	7 Grand Rue	59100	Roubaix
2016	Les Orchidées Tourcoing	EHPAD	75 rue de la Cloche	59200	Tourcoing
2016 mise à jour en 2023	Le Nouveau Monde	EHPAD	153 rue de l'Hommelet	59100	Roubaix
2016 mise à jour en 2023	La Potennerie	EHPAD	45 rue de la Potennerie	59100	Roubaix
2017	Les Maisons Bleues Dampierre	EHPAD	10 rue Dampierre	59100	Roubaix
2017	Le Clos St Jean	EHPAD	34 rue St Jean	59100	Roubaix
2018	Le Jardin des Sens	EHPAD	16 rue Annie Girardot	59126	Linselles
2018	La Rose d'Automne	EHPAD	16 rue de Bousbecque	59126	Linselles
2018	Ma Maison Petites Sœurs des Pauvres	EHPAD	188 rue du Président Georges Pompidou	59110	La Madeleine
2018	La Cerisaie	EHPAD	19 rue de Linselles	59166	Bousbecque



Nos missions principales

1

UN SOUTIEN AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ, SOCIAUX, MÉDICO-SOCIAUX, ...

Faisant face à des situations complexes liées notamment à des personnes cumulant diverses difficultés

2

UNE COORDINATION DE LA PRISE EN CHARGE

Quels que soient la pathologie, l'âge de la personne ou la complexité du parcours de santé de la personne accompagnée

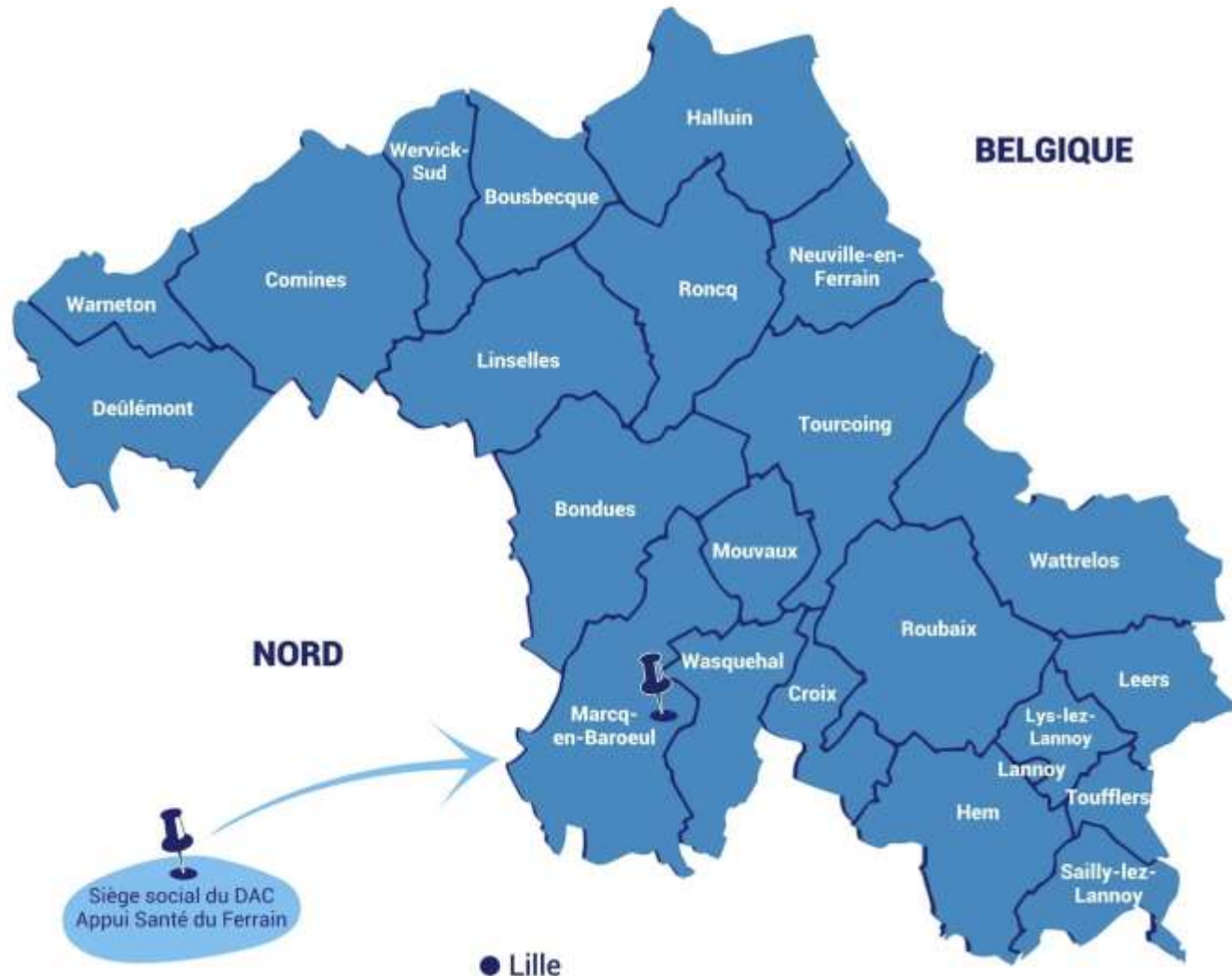
3

UNE ANIMATION TERRITORIALE

Centrée autour de la structuration des parcours de santé complexes

Notre territoire d'intervention

Il s'étend sur
23 communes
et 465 000 habitants !



Les 23 communes

Bondues
Bousbecque
Comines
Croix
Deülémont
Halluin
Hem
Lannoy
Leers
Linselles
Lys-lez-Lannoy
Marcq-en-Baroeul
Mouvaux
Neuville-en-Ferrain
Roncq
Roubaix
Sailly-lez-Lannoy
Toufflers
Tourcoing
Wasquehal
Watrelos
Wervick-Sud
Warneton

Faites appel au DAC Appui Santé du Ferrain

Vous êtes professionnel(le) de santé, du social ou du médico-social ?

Face à une situation médicale ou médico-sociale, toute pathologie, tout âge, que vous jugez complexe avec rupture ou risque de rupture du parcours de santé ?

 **03 20 89 22 74**

Appelez-nous

du lundi au vendredi de 9h à 18h

 **On vous rappelle**


 **contact@dac-asf.fr**

Écrivez-nous

*en nous transmettant la fiche de
demande d'appui complétée*

Fiche de demande d'appui

340-4 Bâtiment D

 Avenue de la Marne (Parc Europe)
59700 Marcq en Barœul

 Suivez-nous sur **LinkedIn**

Le DAC **Appui Santé du Ferrain**
est un dispositif **GRATUIT**
financé par


**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**
*Liberté
Égalité
Fraternité*


ars
Agence Régionale de Santé
Hauts-de-France

Formulaire à dispo sur le site de la FMC

Vous imprimez ce formulaire de demande d'appui du DAC Appui Santé du Ferrain

Formulaire de demande d'appui
Rempli à l'usage des professionnels

03 20 89 22 74 - contact@dac-asf.fr

DAC Appui Santé du Ferrain
340-4 Bâtiment D - Avenue de la Marne
95701 MARCQ-EN-BAROEUL

Don de la demande

PERSONNE CONCERNÉE

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ Date de naissance : _____
Profession : _____ Adresse : _____
Téléphone : _____ Mail : _____
Adresse : _____
Maison de nuit : _____ 40 ans : _____ 50 ans : _____ 60 ans : _____

MÉDECIN

Nom : _____ Prénom : _____
Profession : _____ Adresse : _____
Service : _____ Téléphone : _____
Adresse : _____ Mail : _____

BÉNÉVOLE & CONTACT (personne proche...)

Nom : _____ Prénom : _____
Téléphone : _____
N° de téléphone : _____
N° de téléphone : _____
N° de téléphone : _____

BÉNÉVOLE TRAVAILLANT au service du bénéficiaire

Nom : _____ Prénom : _____
Téléphone : _____ Mail : _____
La demande est l'objet de la demande ? Oui Non Sans réponse ? Oui Non

BÉNÉVOLE DE PROTECTION

Nom : _____ Prénom : _____
Téléphone : _____ Mail : _____
Type de mesure : _____

AIDE EN PLACE

Intervenant	Dates/Heures	Motif de l'appel	Préférence

STATUTS DE LA DEMANDE

Date de création : _____ Date de révision : _____
Demande assignée à : _____ Demande assignée à : _____
Etat : _____ Dernière d'ajout : _____

✓ Vous remplissez le formulaire

Vous nous le transmettez par email
contact@dac-asf.fr

✉ ou par courrier à :
DAC Appui Santé du Ferrain
340-4 Bâtiment D, Avenue de la Marne (Parc Europe) 59700 Marcq en Baroeul

Vous pouvez
aussi

**Appeler le DAC Appui Santé
du Ferrain**

du lundi au vendredi de 9h à 18h

 **03 20 89 22 74**

Être rappelé

par un professionnel du DAC Appui
Santé du Ferrain

 **On me rappelle**



Vivre à Tourcoing



Solidarité, social



**Le CCAS - Centre
communal d'action
sociale**



LE CCAS - CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE

Vous avez besoin de conseils, d'une aide, d'un accompagnement à un moment de votre vie ou pour un proche ? Poussez la porte du CCAS. Cet Etablissement Public Communal pilote l'ensemble de l'action sociale et les aides aux personnes âgées, aux personnes en situation de handicap ou à toute personne en difficulté sociale.

CCAS (Centre Communal d'Action Sociale) de Tourcoing
26 rue de la Bienfaisance - 59200 Tourcoing
Tél : 03 20 11 34 34
Ouvert du lundi au vendredi de 8h30 à 11h45 et de 13h30 à 17h.

HAD (Santelys, Synergie, Holidom ... etc)

Elle peut être prescrite lorsque le patient nécessite des soins complexes ou d'une technicité spécifique. Elle se justifie lorsque la charge en soins est importante.

En tant qu'établissements de santé, les HAD sont soumises à l'obligation d'assurer des soins palliatifs

Elles interviennent au domicile privé des patients ou en EHPAD

Elles peuvent être prescrite par le médecin traitant ou le médecin hospitalier mais l'accord du médecin traitant est obligatoire. Un projet thérapeutique individuel au patient est élaboré formalisant l'ensemble des soins cliniques, psychologiques et sociaux nécessaires

Les soins peuvent être assurés par la structure seule ou avec la participation d'intervenants libéraux

Elle garantit continuité et réactivité. Elle permet l'apport d'une prise en charge psychologique + sociale

HAD - Coordonnées

-HAD Santélys 03 62 28 80 00 (*du lundi au vendredi de 8 h à 19 h*)
06 37 08 52 51 (*Cadre d'astreinte 24h/24*)
hadastreinteloos@santelys.fr

-HAD Synergie 03 20 22 52 71 (*8h30-18h*)
03 20 22 52 73 (*soir WE*)
secretariat_had@ghicl.net

-HAD Hopidom 03 20 44 59 55
had.hopidom@chru-lille.fr

CAS CLINIQUE N° 1

Mr Damien T. 83 ans

HTA, insuffisance respiratoire chronique sur BPCO et dilatation des bronches,
Actuellement sous oxygène, entre 2 et 3 litres/mn
+ VNI 2 heures le matin et 2 heures l'après-midi + VNI toute la nuit,
Tabagisme sevré, AVC il y a 2 ans
Hyperplasie bénigne de prostate,
Polypectomie en 2007,
Orchi-épididymite gauche

Marié, père de 3 enfants. Il vit à domicile avec son épouse
(= aidante principale) dans une maison dont le rez-de-chaussée est aménagé.

Le patient est grabataire et dépendant dans l'ensemble des activités de la vie quotidienne.

Les aides sont représentées par le passage d'une infirmière 2 fois / jour, d'une aide-ménagère une fois/semaine, d'une auxiliaire de vie tous les 15 jours, pour permettre à l'épouse de sortir faire ses courses et du passage du kinésithérapeute 4 fois/semaine.

Lit médicalisé et chaise percée.

Aérosols de BRICANYL et ATROVENT : 3 fois/jour,
PANTOPRAZOLE 40 mg : 1 cp/jour,
ESIDREX 25 mg : ½ cp/jour,
LERCAN 10 mg : ½ cp/jour,
DIFFU K : 1/jour,
TRELEGY : 1 inhalation/jour,
FORTIMEL : 1/jour,
AVODART : 1/jour,
UVEDOSE 100 000 unités : 1 ampoule/mois,
BROMAZEPAM : ¼ cp matin et midi.

2 épisodes d'exacerbation de BPCO sur 3 mois de temps avec 2 hospitalisations, et majoration de l'état de dépendance et dénutrition

Dyspnée au moindre effort, avec un frein expiratoire majeur.

Anorexie avec des difficultés à la prise orale au vu de la grande fatigabilité notamment respiratoire, au moindre effort

Décision médicale et partagée avec le patient et son épouse d'une prise en charge palliative, non terminale, non invasive

Questions

- Que faire ?
- Quelles structures ou aides à domicile mettre en place afin se faire aider sur la prise en charge médicale et aider son épouse sur le plan logistique ?
- Quelles adaptations sont à réaliser sur le plan thérapeutique ? Pour le ttt de fond ? Lors des difficultés respiratoires à l'effort ? Pour la gestion des angoisses ?
- Une oxygénothérapie de confort est-elle à proposer ?
- Une alimentation entérale ? Parentérale ? Perfusion sous cutanée ?

- **Physique**

- . Morphine eupnéisant : Actiskenan 5mg/4h si dyspnée (ou douleur) +/- Skenan
- . O2 selon saO2 notamment à effort + intérêt d'anticoper sa présence au domicile
- . Corticothérapie (étiologique) dose minimale efficace
- . Alimentation plaisir
- . Perf sous cut si apports hydriques insuffisants (quid de Esidrex)

- **Psychologique**

Syndrome anxieux, insomnie , angoisse de mort ? (Benzo, Neuroleptique?)
Démoralisation? Eléments dépressifs

- **Social**

Mise en place du DAC , APAu ?, aggravation APA?

- **Ethique**

Discussion autour de la proportionnalité des traitements, qualité de vie, souffrance existentielle...
Directives anticipées, fiche PalliaSAMU

Bon équilibre trouvé ainsi mais 3 mois plus tard, nouvelle hospitalisation pour surinfection broncho pulmonaire

Il est également retrouvé des métastases osseuses, cérébrales et hépatiques, sur probable néo prostatique agressif .

Le patient sort assez rapidement d'hospitalisation pour HAD à domicile.

Ses symptômes :

Dyspnée au moindre effort malgré l'ACSTISKENAN mis en place

Angoisses vespérales et nocturnes

Douleurs à type de céphalées orbitaires pulsatiles sur métastases cérébrales

Dorsalgies en regard des métastases osseuses

Escarres des talons et escarre sacrée, douloureux lors des soins.

Anoréxie

Cachexie

Fausses Routes

Questions

- Que faire ?
- Quelles adaptations sont à réaliser sur le plan thérapeutique ?
- Pour ses douleurs quelles molécules sont-elles à privilégier ?

Questionnements :

HAD

SAP Morphine SC + Bolus

SAP MIDAZOLAM ...

Ttt Per Os ? Que faire ?

HBPM ? Il n'en avait pas jusqu'ici ... Que faire ?

Comment rédiger un protocole en cas d'aggravation rapide de la situation ?

Discuter une LATA , décision de prise en charge palliative « terminale » symptomatique exclusive ?

- HAD

SAP/PCA Morphine SC + Bolus (début à 10mg/24h + bolus 1mg PR 1h)

SAP/PCA MIDAZOLAM + Bolus (Début à 0,2mg/h + bolus 0,3 mg PR 2h – Dose Jour/nuit?)

Solumedrol SC (max 60mg par site d'injection)

Perfalgan systematique

- Ttt Per Os ? Que faire ?

Arrêt des traitements jugés futiles (antiHTA, diurétique, diffu K, bromazepam, vit D)

- HBPM ? Il n'en avait pas jusqu'ici ... Que faire ?

En prise en charge palliative non terminale > poursuite

En prise en charge palliative terminale > poursuivi si mise au fauteuil

- Comment rédiger un protocole en cas d'aggravation rapide de la situation ?

Fiche PalliaSAMU

Adapter la periode refractaire?

2 mois plus tard, la situation reste difficile avec altération de la vigilance, douloureux lors des soins, et des râles bronchiques invalidants sont apparus ...

Il ne s'alimente plus et désature à 89% malgré les 5 litres d'O₂

Que proposez-vous ?

Comment améliorer le confort pour le patient ?

**Sédation profonde dans un second temps ? Comment la mettre en place ? Comment l'expliquer ?
Titration morphinique ? En pratique quand on ne sait pas faire ? Que faire ... ?**

**Quelle CAT ? Quels protocoles proposer en cas d'aggravation rapide ? Quid des soirs Nuits et WE
? Fiche SAMU ? Intérêt ?**

Réponses

- Diminuer Hydratation voire arrêt (intentionnalité)
- Scopolamine 1/2 A SC/4h si encombrement
- O2 selon dyspnée sans objectif de saO2, arrêt si possible
- Réadaptation des doses (fond et bolus) de Morphine et Midazolam selon symptômes, le nombre de bolus
- Sédation si souffrance réfractaire – pas d'indication si contrôle symptomatique
- Fiche PalliaSAMU, période réfractaire des PCA

CAS CLINIQUE N° 2

Me Solange D. 73 ans

Démence sur angiopathie amyloïde cérébrale évoluée en EHPAD depuis 5 ans Grabataire,
au fauteuil, contention

Dépendante ++

GIR 1

Vous êtes appelés un lundi matin à 08h, pâleur, semi comateuse, inconfortable, algique ...
gémissements, Glasgow à 6-7

Vous décidez de quitter vos consultations pour aller la consulter et tenter quelque chose
rapidement ...

Ok, mais que faites-vous ?

Discussion sur la proportionnalité des traitements

Grands Principes Ethiques et Juridiques

- Autonomie
 - . Patient capable
 - . Patient non capable
 - . Directives anticipées
 - . Personne de confiance
 - . Famille et/ou proche
- Bienfaisance
- Non malfaisance
- Justice

Décision COLLEGIALE

Thérapeutique Symptomatique

- Morphine 1mg SC Puis relai SAP/PCA SC 10mg/24h + bolus 1mg PR 1h-4h? si besoin
- SAP/PCA Hypnovel : bolus 0,2mg PR 2h si agitation
- SU de confort
- Perfalgan systematique
- scopolamine si prise en charge sympto exclusive
- Quid de l'hydratation

SEDATION - MODALITES D'ADMINISTRATION

- **Si voie IV** : induction par titration 0,5mg à 1 mg toutes les 2 à 3 minutes jusqu'à l'obtention de la profondeur de la sédation nécessaire au soulagement .
- Si une dose d'entretien est nécessaire, la dose d'entretien en IV débute à une dose horaire correspondant à 50 % de la dose cumulée ayant permis la sédation lors de la titration.
- Dans les situations de détresse nécessitant un soulagement urgent et après avis d'un médecin expérimenté dans les pratiques sédatives, une dose de charge de 2 à 5 mg peut-être administré en début de titration
- **Si voie S/C** :une titration n'est pas possible vue la variabilité de la vitesse de résorption.
- On réalise une dose de charge de 0,05 mg/kg à 0,1 mg/kg toutes les 20 à 30 minutes jusqu'à obtention du degré de sédation souhaité.
- La dose d'entretien en SC correspond à une dose horaire de 50 % de la dose cumulée ayant permis la sédation lors de titration.
- **Ces doses seront réduites chez le sujet âgé ou fragilisé**
- **Suivi de sédation** : des doses de secours de midazolam, en bolus IV (toutes les 2 à 3mn) ou SC (toutes les 20 à 30mn) égales à la dose reçue en une heure sont possibles (prescription anticipée)

**Guide d'aide à la prise en charge
des patients en soins palliatifs
à domicile
destiné aux médecins généralistes**



**Aurélie Susagna
Pauline Cluzeau-Duchaussoy**

SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain : evidence based recommendations from the European association for palliative care. A. Caraceni, G. Hanks, S. Kaasa et col. Lancet oncol 2012;13:e58-68.
2. FNCLCC (Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le Cancer). Standard, Options, Recommandations (SOR) pour les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte. 2002, en cours de réactualisation 2015-2016.
3. Opioides forts et douleurs liées au cancer : quelles galéniques et quelles équianalgésies ? N. Béziaud, J.M. Pellat, M.L. Villard, K. Liatrand, G. Laval. Méd Pal 2009 ;8 :27-34.
4. Mise au point sur l'utilisation du fentanyl transmuqueux chez le patient présentant des douleurs d'origine cancéreuse (version longue). P. Poulain, N. Michenot, D. Ammar et col. Douleur analgésie 2012 DOL 10.1007/s11724-0287-7.
5. Recommandations pour l'utilisation de l'Oxycontin® (chlorhydrate d'oxycodone). « Dossier produit » - 2002.
6. Recommandation pour l'utilisation de la Sophidone® (chlorhydrate d'hydromorphone). « Dossier produit » - 1999.
7. Bon usage des dispositifs transdermiques de fentanyl. Groupe de travail de la SFAP – SFETD 2009. www.sfap.org
8. Commission européenne. « Résumé des caractéristiques du produit » : Actiq® 2002, Abstral® 2008, Effentora® 2008, Instanyl® 2009, PecFent® 2010, Breakyl® 2011.

Réactualisation :
Dr A. KANTCHEFF – Dr M. FABRE – Pr G. LAVAL
 Clinique de Soins Palliatifs et de Coordination en Soins de Support
 CHU de Grenoble

Avec le soutien de la
**Société Française
 d'Accompagnement
 et de Soins Palliatifs**
www.sfap.org



PRINCIPAUX OPIOÏDES FORTS ET DURÉE MAXIMALE DE PRESCRIPTION

Spécialités concernées	Formes	Durée maximale
<ul style="list-style-type: none"> • Chlorhydrate et sulfate de morphine injectable Amp 10 - 20 - 50 - 100 - 200 - 400 - 500 mg • Chlorhydrate d'oxycodone injectable OXYNORM® amp 10 - 20 - 50 - 200 mg 	Ampoules injectables administrées : • sans système actif pour perfusion • avec système actif (PSE, PCA)	7 jours <hr/> 28 jours
<ul style="list-style-type: none"> • Morphine solution buvable, amp 10 et 20 mg Morphine solution buvable, flacons préparés en officine (concentration adaptable) • Sulfate de morphine SEVREDOL® cp sécable 10 - 20 mg ACTISKENAN® gél 5 - 10 - 20 - 30 mg ORAMORPH® soluté en récipients unidoses, 10 - 30 - 100 mg/5 ml ORAMORPH® solution buvable 20 mg/ml (1 goutte = 1,25 mg) • Chlorhydrate d'oxycodone OXYNORM® solution buvable 10 mg/ml (1 goutte = 0,5 mg) OXYNORM® gél 5 - 10 - 20 mg OXYNORMORO® cp orodispersibles 5 - 10 - 20 mg 	Formes orales à libération immédiate (LI)	28 jours
<ul style="list-style-type: none"> • Sulfate de morphine MOSCONTIN® cp 10 - 30 - 60 - 100 - 200 mg SKENAN® gél 10 - 30 - 60 - 100 - 200 mg • Chlorhydrate d'oxycodone OXYCONTIN® cp 5 - 10 - 15 - 20 - 30 - 40 - 60 - 80 - 120 mg • Chlorhydrate d'hydromorphone SOPHIDONE® gél 4 - 8 - 16 - 24 mg 	Formes orales à libération prolongée (LP)/12h	
<ul style="list-style-type: none"> • Sulfate de morphine KAPANOL® gél 20 - 50 - 100 mg 	Formes orales à libération prolongée (LP)/24h	
<ul style="list-style-type: none"> • Fentanyl ABSTRAL® cp sublingual 100 - 200 - 300 - 400 - 600 - 800 µg ACTIQ® cp pour application buccale transmuqueuse 200 - 400 - 600 - 800 - 1200 - 1600 µg BREAKYL® film orodispersible 200 - 400 - 600 - 800 - 1200 µg EFFENTORA® cp gingivaux 100 - 200 - 400 - 600 - 800 µg RECIVIT® cp sublingual 133 - 267 - 400 - 533 - 800 µg INSTANYL® sol pour pulvérisation nasale 50 - 100 - 200 µg PECFENT® spray nasal 100 - 400 µg 	Formes transmuqueuses à libération immédiate (LI)	<i>Délivrance fractionnée</i> 7 jours
<ul style="list-style-type: none"> • Fentanyl (non exhaustif) DUROGESIC® patch 12 - 25 - 50 - 75 - 100 µg/h FENTANYL RATIOPHARM® patch 12 - 25 - 50 - 75 - 100 µg/h FENTANYL SANDOZ® patch 12 - 25 - 50 - 75 - 100 µg/h FENTANYL WINTHROP® patch 25 - 50 - 75 - 100 µg/h MATRIFEN® patch 12 - 25 - 50 - 75 - 100 µg/h 	Dispositifs transdermiques à libération prolongée (LP)/72h	<i>Délivrance fractionnée</i> 14 jours

PSE : Pousse seringue électrique PCA : Analgésie contrôlée par le patient

FÉDÉRATION DES ACTIVITÉS
 DE SOINS PALLIATIFS
 ET DE SOINS DE SUPPORT
 DU CHU DE GRENOBLE-ALPES

TABLE PRATIQUE D'ÉQUIANTALGIE DES OPIOÏDES FORTS DANS LA DOULEUR CANCÉREUSE PAR EXCÈS DE NOCICEPTION



**CLINIQUE DE SOINS PALLIATIFS
 ET DE COORDINATION
 EN SOINS DE SUPPORT**

B. P. 217 - CS 10217
 38043 GRENOBLE Cedex 9
 Tél: 04 76 76 76 97 - 04 76 76 56 67
coordinationsupport@chu-grenoble.fr
soinspalliatifs@chu-grenoble.fr

Table pratique d'équianalgésie des opioïdes forts dans la douleur cancéreuse par excès de nociception (ratio calculé à partir du passage par la morphine orale)

1 morphine orale = 1/2 morphine SC = 1/3 morphine IV - Délais action approximatifs de morphine LI : Per os : 40 mn, SC : 20 mn, IV : 10 mn.
 1 morphine orale = 1/2,4 fentanyl transdermique (pour un ratio de 1/100) = 1/7,5 hydromorphone orale = 1/2 oxycodone orale.
 1 morphine IV = 1 oxycodone IV ou SC.
 1 oxycodone orale = 1/2 oxycodone SC ou IV (en pratique, le ratio d'équianalgésie est entre 1/2 et 1 du fait de la variabilité inter-individuelle).

Version B - Octobre 2016
 Fédération soins de support - soins palliatifs - CHU de Grenoble-Alpes (38)
 coordinationsupport@chu-grenoble.fr - soinspalliatifs@chu-grenoble.fr

Morphine en mg						Oxycodone en mg						Hydromorphone en mg	Fentanyl en µg				
PO			SC			IV			PO			SC - IV			PO	Transdermique	Transmuqueux
Dose / 24h	Dose du bolus**		Dose par 24 heures	Dose du bolus**		Dose par 24 heures	Dose du bolus**		Dose / 24h	Dose du bolus**		Dose par 24 heures	Dose du bolus**		Dose / 24h	Dose / 72h	Dose du bolus
	1/10	1/6		1/10	1/6		1/10	1/6		1/10	1/6		1/10	1/6	1/10	1/6	1/10
20	2	3,5	10	1	1,5	6,5	0,5	1	10	1	1,5	6,5	0,5	1			
30	3	5	15	1,5	2,5	10	1	1,5	15	1,5	2,5	10	1	1,5		12	
60	6	10	30	3	5	20	2	3	30	3	5	20	2	3	8	25	
90	9	15	45	4,5	7,5	30	3	5	45	4,5	7,5	30	3	5		37	
120	12	20	60	6	10	40	4	7	60	6	10	40	4	7	16	50	
160	16	27	80	8	13	53	5	9	80	8	13	53	5	9			
180	18	30	90	9	15	60	6	10	90	9	15	60	6	10	24	75	
200	20	33	100	10	17	67	7	11	100	10	17	67	7	11			
240	24	40	120	12	20	80	8	13	120	12	20	80	8	13	32	100	
280	28	47	140	14	23	93	9	16	140	14	23	93	9	16			
300	30	50	150	15	25	100	10	17	150	15	25	100	10	17	40	125	
360	36	60	180	18	30	120	12	20	180	18	30	120	12	20	48	150	
400	40	67	200	20	33	133	13	22	200	20	33	133	13	22			
480	48	80	240	24	40	160	16	27	240	24	40	160	16	27	64	200	
540	54	90	270	27	45	180	18	30	270	27	45	180	18	30	72	225	
600	60	100	300	30	50	200	20	33	300	30	50	200	20	33	80	250	
720	72	120	360	36	60	240	24	40	360	36	60	240	24	40	96	300	
900	90	150	450	45	75	300	30	50	450	45	75	300	30	50	120	375	
1000	100	167	500	50	83	333	33	56	500	50	83	333	33	56		412	

Pas de règles entre la dose du bolus et celle du traitement opioïde de fond. La dose initiale doit être le plus faible dosage avec augmentation de la posologie, si nécessaire, jusqu'à l'obtention de la dose procurant une analgésie efficace avec une seule unité par accès douloureux paroxystique (Cf. AMM).

** Dose du supplément = 1/6 à 1/10 de la dose totale par 24 heures par la même voie. LP = Libération prolongée = durée d'action 12 h. LI = Libération immédiate = durée d'action 4 à 6h.

FICHE SAMU



COORDONNEES DU PATIENT	
Nom :	Adresse :
Nom de J.F. :	
Prénom :	
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Téléphone (UN SEUL NUMERO pourra être référencé dans notre base de données) :
Age :	_____ / _____ / _____
SERVICE HOSPITALIER D'ORIGINE	MEDECIN TRAITANT
Etablissement :	Nom :
Service :	Tél. : _____ / _____ / _____
OBSERVATIONS	
Pathologie principale :	
Antécédents :	
Soins palliatifs : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
TRAITEMENTS (indiquer uniquement les noms)	
PERSONNES A PREVENIR	
Nom :	Nom :
Lien :	Lien :
Tél. : _____ / _____ / _____	Tél. : _____ / _____ / _____
Mode de vie :	Choix du patient :

Date :

Fiche URGENGE PALLIA

Concernant une personne en situation palliative ou palliative terminale

Fiche destinée à informer un médecin intervenant lors d'une situation d'urgence. Celui-ci reste autonome dans ses décisions.



RÉDACTEUR Nom :	Statut du rédacteur :
Téléphone :	ou tampon :
Fiche rédigée le :	
PATIENT <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme NOM :	Prénom :
Rue :	Né(e) le :
CP :	Ville :
N° SS :	Téléphone :
Accord du patient pour la transmission des informations <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Impossible	
Médecin traitant :	Joignable la nuit <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA ¹ Tél. :
Médecin hospitalier référent :	Tél. :
Service hospitalier référent :	Tél. :
Lit de repli possible ² :	Tél. :
Suivi par HAD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA	Tél. :
Suivi par EMSP : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA	Tél. :
Suivi par réseau : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA	Tél. :
Autres intervenants à domicile : (SSIAD, IDE libérale...) avec leur(s) numéro(s) de téléphone	
Pathologie principale et diagnostics associés :	
Le patient connaît-il son diagnostic ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En partie <input type="checkbox"/> NA Son pronostic ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En partie <input type="checkbox"/> NA	
L'entourage connaît-il le diagnostic ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En partie <input type="checkbox"/> NA Le pronostic ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En partie <input type="checkbox"/> NA	
Réflexion éthique collégiale sur l'orientation des thérapeutiques : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En partie <input type="checkbox"/> NA	
Projet thérapeutique :	
Symptômes et risques possibles :	<input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Dyspnée <input type="checkbox"/> Vomissement
si extrême, l'écrire en majuscules	<input type="checkbox"/> Encombrement <input type="checkbox"/> Anxiété majeure
	<input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Convulsions <input type="checkbox"/> Occlusion
	<input type="checkbox"/> Autres (à préciser dans cette zone →)
Produits disponibles au domicile :	
Prescriptions anticipées :	
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA
DÉMARCHE PRÉVUE <input type="checkbox"/> Avec accord patient le _____ <input type="checkbox"/> Projet d'équipe si accord patient impossible	
Hospitalisation : <input type="checkbox"/> Souhaitée si aggravation <input type="checkbox"/> Envisageable <input type="checkbox"/> Refusée autant que possible <input type="checkbox"/> NA	
Soins de confort exclusifs : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA Décès à domicile : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA	
Réanimation en cas d'arrêt cardio-respiratoire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA Massage cardiaque : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA	
Ventilation non invasive : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA Intubation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA	
Usage d'amines vaso-actives : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA Trachéotomie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA	
Sédation en cas de détresse aigüe avec pronostic vital engagé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA Remplissage : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA	
Directives anticipées <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA	Rédigées le _____ <input type="checkbox"/> Copie dans le DMP
Personne de confiance _____	Lien : _____ Tél. : _____
Où trouver ces documents ? _____	
Autre personne à prévenir _____	Lien : _____ Tél. : _____



Merci à tous !