

Georg Bosshard

Médecins généralistes et prise en charge de patients en fin de vie

Lors du 35^e congrès médical d'Arosa, qui s'est tenu du 22 au 24 mars 2012, l'atelier «Médecins généralistes et prise en charge de patients en fin de vie», dirigé par le gériatre et éthicien médical Georg Bosshard, a été proposé à deux reprises. Les ateliers étaient axés sur la discussion de cas réels, tels qu'ils ont été vécus par les participants dans le cadre de leur pratique quotidienne.

Bien souvent, dans une situation spécifique aussi délicate, il n'existe aucune recette miracle applicable à tous les cas. Il s'avère qu'il est bien plus important de posséder une certaine capacité pratique à résoudre les problèmes ainsi qu'une dose de créativité pour la recherche de solutions individuelles.

Trois thèmes étaient évoqués de manière récurrente dans la discussion, à savoir la question de l'hydratation dans le cadre de soins palliatifs, le recours aux opioïdes et aux sédatifs en fin de vie ainsi que l'assistance médicale au suicide. Dans cet article, le responsable de l'atelier développe brièvement certains aspects centraux

de ces thèmes. Pour approfondir le sujet, veuillez vous reporter aux références citées.

Hydratation des patients en phase terminale

Peu d'interventions médicales en fin de vie sont aussi controversées que l'hydratation parentérale. De multiples raisons médicales aussi bien en faveur qu'à l'encontre de cette mesure ont été avancées. Les principaux motifs sont indiqués dans la partie supérieure du tableau 1. Dans l'ensemble, les arguments médicaux avancés dans ce contexte sont étonnamment fragiles. Bon nombre des effets invoqués proviennent soit de considérations purement théoriques, soit de l'observation pratique d'un cas isolé sans confirmation par des études valides. Il a d'ailleurs été démontré qu'en fin de vie, l'agitation et un état délirant sont plus fréquents en cas de déshydratation sévère [1]. La question se complique davantage par le fait que certains effets de l'hydratation artificielle, tels que la possible prolongation de la durée de vie, peuvent, selon le point de vue, constituer aussi bien un argument en faveur, qu'un argument contre la mise en œuvre de cette mesure.

Aussi, il n'est pas surprenant que des différences culturelles fondamentales subsistent dans le cadre du recours à l'hydratation parentérale en fin de vie. Dans le contexte suisse courant, la renonciation à cette pratique est généralement considérée comme une décision censée de laisser se dérouler le processus naturel du décès (tab. 1, partie inférieure).

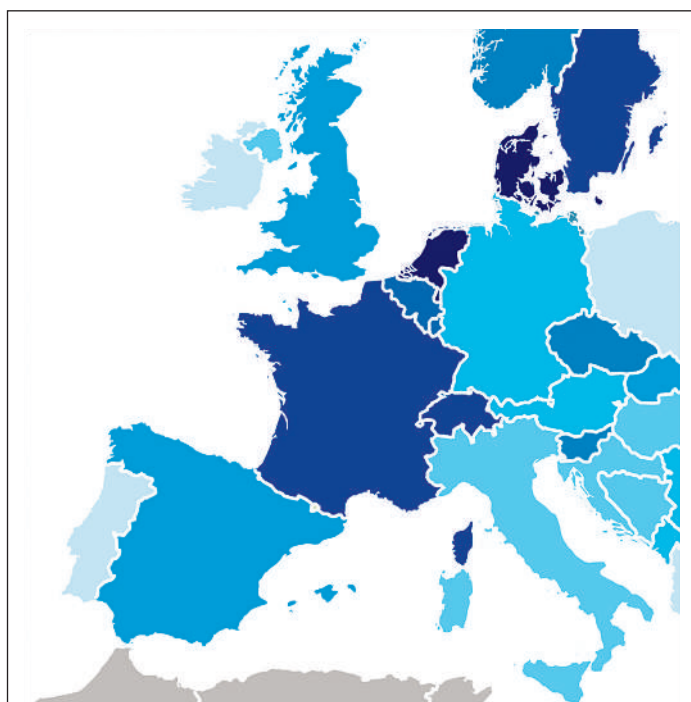
Tableau 1

Bénéfices et risques de l'hydratation artificielle des patients en phase terminale (adapté d'après [2]).

Bénéfices potentiels	Risques potentiels
Fonction rénale (élimination des métabolites) ↑	Surcharge volémique, associée à une fréquence accrue de dyspnée, de stridor, d'œdèmes périphériques, d'ascite
Délires ↓	Perte de l'analgésie induite par la déshydratation (?)
Etat de conscience ↑	Prolongation de la durée de vie (?)
Soif (?) ↓	
Prolongation de la durée de vie (?)	
«ne pas laisser mourir de soif», «quelque chose a été tenté», «pas d'assistance au décès»	«non naturel», «médicalisation»

En Allemagne en revanche, il n'en va pas nécessairement de même: il est plus fréquent de voir dans la renonciation à l'hydratation artificielle en fin de vie l'omission d'une mesure palliative en réalité indispensable, c'est-à-dire une forme détournée d'euthanasie. Il n'est pas inhabituel que les points de vue sur ce sujet soient diamétralement opposés chez les patients, les proches ou les membres de l'équipe médicale dans les pays du Sud de l'Europe, des Balkans ou en Turquie, où l'hydratation artificielle des patients en phase terminale est souvent considérée impérieuse et indiscutable. D'une manière générale, l'acceptation de l'assistance au décès ou de l'euthanasie (comprenant dans différentes cultures le refus de thérapies visant au maintien en vie) varie fortement en Europe, une réalité qui s'avère capitale pour les autres sections de cet article (fig. 1).

Dans tous les cas, il s'avère utile, pour tout médecin en activité, d'être conscient de ces différences culturelles. Face à la question de l'hydratation des patients en phase terminale, les équipes mé-



Echelle 1 à 10

1 = jamais justifié, 10 = toujours justifié

6.6–7.0	Pays-Bas, Danemark
6.1–6.5	Suisse, France, Suède
5.6–6.0	Belgique, Luxembourg
5.1–5.5	Tchéquie, Slovaquie, Norvège
4.6–5.0	Grande-Bretagne, Espagne
4.1–4.5	Allemagne, Autriche, Serbie, Monténégro
3.6–4.0	Italie, Irlande du Nord, Croatie, Hongrie, Bosnie-Herzégovine
3.1–3.5	Portugal, Pologne, Albanie, Irlande

Figure 1

Consentement à l'assistance au décès en Europe de l'Ouest 1999–2000 (selon les données de l'European Values Study réunies par l'auteur).

dicales des services palliatifs et des maisons de soins devraient s'imposer une certaine unité de doctrine. Une telle attitude permet de se présenter en tant qu'équipe médicale unie face aux proches inquiets et de les assister en leur donnant des conseils précis. Cependant, lorsqu'un patient ou ses proches soutiennent une position tout autre – qu'elle soit liée à la culture, à la religion ou à l'expérience personnelle –, il convient de faire preuve d'une certaine tolérance car la valeur probante des preuves médicales disponibles est plutôt faible et contradictoire.

Une fois la décision de réhydrater le patient prise, la perfusion sous-cutanée est régulièrement la voie d'administration privilégiée dans le contexte palliatif. Elle peut aisément être mise en place et la gêne occasionnée est mineure. Dans le cas de patients en phase terminale pris en charge à domicile, il est même possible, le cas échéant, d'apprendre à la famille à surveiller et retirer la perfusion après application. Pour l'hydratation du patient, une solution saline à 0,9 % est administrée et le débit de perfusion ne doit pas excéder 100 à 200 ml par heure. L'aiguille, de préférence une aiguille papillon ou une aiguille à demeure, peut être placée dans l'hypoderme de la cuisse, de l'abdomen, de la région sous-clavière ou même du dos, au niveau de la partie supérieure de l'omoplate. Chez les patients agités ou risquant de toucher à la perfusion, ce dernier emplacement permet de prévenir tout arrachement de la perfusion par le patient.

Pour des renseignements complémentaires, la référence principale est le consensus de Bigorio «L'hydratation en soins palliatifs» [2]. Des instructions détaillées relatives aux procédures sont également indiquées dans les ouvrages de référence et manuels, largement répandus et exhaustifs, tels que ceux de H. Neuenschwander et al. [3] ou de C. Knipping [4].

Recours aux opioïdes et aux sédatifs en fin de vie

Pour les indications de douleur et de dyspnée chez les patients en phase terminale, les opioïdes et plus particulièrement la morphine sont employés sans contredit. Le recours préalable à un opioïde léger tel que le tramadol est, dans ces situations, une perte de temps inutile. L'administration de morphine doit être poursuivie aussi longtemps que possible par voie orale, avec une dose initiale de 5 mg (correspondant à 5 gouttes de morphine HCl à 2%) toutes les 4 heures. Chez les patients très âgés, une dose initiale de 2 à 3 mg est suffisante. Il est essentiel de fournir au patient une ordonnance supplémentaire, pour une dose de réserve s'élevant à 10 à 15% de la dose journalière, à administrer à des intervalles d'au moins une heure, donc 3 à 5 mg initialement (ou 2 mg chez les patients très âgés). Le jour suivant, les doses de réserve employées la veille seront ajoutées à la dose fixe: par exemple, pour un patient ayant reçu en plus des 6 x 5 mg habituels une dose de réserve de 4 fois 3 mg de morphine, la nouvelle dose journalière sera de 42 mg, soit 7 mg toutes les 4 heures. Toutefois, l'expérience montre que toutes les équipes soignantes n'utilisent pas suffisamment les ordonnances de réserve. Dans ces situations, il est alors possible d'augmenter jusqu'à 30% la dose journalière de morphine administrée la veille, indépendamment de la dose de réserve administrée. Lorsque l'administration de la morphine ne peut plus se faire par voie orale, il sera opté pour l'administration sous-cutanée, pour laquelle la dose est réduite d'un facteur deux ou trois en tenant compte de l'effet de premier passage, c'est-à-dire qu'à la dose susmentionnée de 7 mg par voie orale correspond un quart d'ampoule de morphine-HCl à 10 mg.

Cependant, les patients en phase terminale n'ont pas impérativement besoin d'opioïdes. Le recours à la morphine comme «remède contre la soif» par exemple est même problématique, dans le sens où la morphine peut renforcer une xérostomie existante. Lorsque la sensation de soif se fait sentir, la sécheresse de la

bouche joue un rôle central. Dans ce cas, il est essentiel de procéder à des soins buccaux réguliers (!).

Par ailleurs, la morphine n'est pas un remède adéquat contre l'agitation chez les patients en fin de vie, bien au contraire: il n'est pas rare qu'elle favorise l'apparition d'un état délirant dans les derniers jours et heures de vie. Ceci s'applique plus particulièrement aux patients dont la fonction rénale est altérée, car l'administration de morphine conduira à l'accumulation dans le corps de la morphine conjuguée au niveau du foie. Etant donné que la fonction rénale des patients en fin de vie peut rapidement se dégrader même sans insuffisance rénale préexistante (en cas de déshydratation, la dégradation surviendra inévitablement), le problème risque de devenir sérieux si le processus de décès se prolonge sur plusieurs jours ou semaines. La dose de morphine ne doit alors en aucun cas être augmentée dans le but d'atténuer l'agitation du patient, une réduction de cette dose est même recommandée. S'il apparaît que l'insuffisance de l'excrétion rénale de la morphine consécutive à une défaillance rénale accrue contribue à l'agitation des patients, une hydratation parentérale doit être envisagée pour soutenir la fonction rénale (voir plus haut).

Il convient également de garder à l'esprit que l'administration prolongée d'opioïdes peut entraîner un état de confusion, des hallucinations et contribuer au développement d'une myoclonie, même chez les patients présentant une fonction rénale normale. Dans ce cas, une rotation d'opioïde est indiquée, c'est-à-dire le passage à un autre opioïde tel que l'hydromorphone ou la méthadone. Ce procédé n'étant pas si simple, il convient de se reporter aux manuels correspondants pour plus de précisions.

Bien évidemment, tous les états d'agitation des patients en phase terminale agités et délirants ne sont pas causés par des opioïdes. Une variété d'autres facteurs, qu'il n'est pas toujours aisé de déterminer pour un cas individuel, peuvent être mis en cause [5]. Le traitement par neuroleptiques seuls n'est pas toujours efficace. Selon les situations, il peut être envisagé de faire appel à un spécialiste en médecine palliative. Le cas échéant, des benzodiazépines (par exemple du midazolam [Dormicum®]) peuvent être administrées par perfusion jusqu'à l'état dit de sédation palliative [6].

Assistance au suicide

Contrairement aux thèmes traités ci-dessus, l'assistance au suicide ne fait pas partie intégrante des problèmes rencontrés au quotidien dans le cadre de la prise en charge de patients en fin de vie. Néanmoins, des questions relatives à ce sujet ont également été soulevées durant les deux ateliers, ce qui traduit un besoin accru de directives dans ce domaine pour les professionnels de la santé. Approfondir le sujet dépasserait le cadre de cet aperçu. Nous insistons néanmoins sur le fait que chaque suicide assisté doit être déclaré comme un cas de décès extraordinaire aux autorités pour clarification. Des informations détaillées concernant la situation juridique, les pratiques établies et les exigences concrètes des instances de recherche officielles ont été publiées par l'auteur de cet article dans la «Schweizerische Rundschau für Medizin» [7].

Les limites éthiques de l'assistance au suicide ont été fixées par l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) dans la version révisée des directives relatives à la prise en charge des patientes et patients en fin de vie publiée en 2004 [8]:

La position de l'ASSM à ce sujet peut être résumée comme suit: l'assistance au suicide ne fait pas partie de l'activité médicale. Certaines activités relatives à ce sujet peuvent néanmoins être considérées comme une décision de conscience personnelle de certains médecins et ainsi être tolérées dans le cadre de certaines limites. Ce n'est que récemment que l'ASSM a mis l'accent sur les limitations (non exigées par la loi) de l'assistance médicale au suicide des patients en fin de vie. Depuis peu, la position plutôt res-

Directives de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) relatives à l'assistance au suicide

- La maladie dont souffre le patient permet de considérer que la fin de la vie est proche.
- Des alternatives de traitements ont été proposées et, si souhaitées par le patient, mises en œuvre.
- Le patient est capable de discernement. Son désir de mourir est mûrement réfléchi, il ne résulte pas d'une pression extérieure et il est persistant. Cela doit avoir été vérifié par une tierce personne, qui ne doit pas nécessairement être médecin.

trictive de l'ASSM a fait l'objet de critiques de plus en plus vigoureuses, car elle permet aux praticiens de se soustraire de manière relativement aisée à l'assistance au suicide, mais ne leur apporte pas le soutien nécessaire dans le cas où ils souhaiteraient pratiquer un tel acte [9].

Ceci montre que la position de l'ASSM, qui considère l'assistance au suicide comme ne faisant pas partie de l'activité du médecin, est à double tranchant. Il est vrai que les raisons motivant la position de l'ASSM, selon laquelle «l'instauration croissante de l'assistance au suicide relève de la responsabilité de la société dans son ensemble et ne peut être déléguée au corps médical», sont pertinentes. Sans encadrement, le risque que l'assistance au suicide puisse, d'une possibilité reposant sur le plein gré, devenir une obligation de «traitement» pour les médecins ne peut être totalement écarté. Il arrive que des médecins de famille soient mis sous pression par des organisations d'assistance au suicide sous menace de procédures juridiques et se voient contraints de se prononcer sur la capacité de jugement en matière de suicide. Il faut souligner ici que le médecin généraliste peut à tout moment refuser une telle

sollicitation. Le médecin se doit de donner au patient que les informations relatives aux faits médicaux tels que le diagnostic, le pronostic associé et les possibilités de traitement qui s'offrent à lui.

L'auteur remercie la Dr Fiona Fröhlich, Winterthour, pour l'animation de l'atelier et la relecture du présent article.

Références

- 1 Fainsinger RL. Hydratation am Lebensende. Palliative-ch 2010;4:5–8. http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/magazin/2010_4.pdf
- 2 Palliative.ch. Hydratation in der palliativen Betreuung. Bigorio-Konsens zur «best practice» für Palliative Care in der Schweiz. http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/Bigorio_2009_Hydratation_dt.pdf
- 3 Neuenschwander H et al. Palliativmedizin. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte. Herausgegeben von der Krebsliga Schweiz, Bern; 2006.
- 4 Knipping C. Lehrbuch Palliative Care (2. Auflage). Bern: Hans Huber; 2007.
- 5 Palliative.ch (2004). Empfehlungen «Delirium». Bigorio-Konsens zur «best practice» für Palliative Care in der Schweiz. http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/E_12_4_bigorio_2004_Delir_de.pdf
- 6 Palliative.ch. Empfehlungen „Palliative Sedation“. Bigorio-Konsens zur «best practice» für Palliative Care in der Schweiz. http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/E_12_3_bigorio_2006_Sedation_de.pdf
- 7 Bosshard G. Beihilfe zum Suizid – medizinische, ethische und rechtliche Aspekte. Schweiz Rundschau Medizin Praxis 2012;102:183–9. <http://www.praxis.ch/pdf/2012/03/PRX101030183.pdf>
- 8 Académie Suisse des Sciences Médicales ASSM (2004). Prise en charge des patientes et patients en fin de vie. Directives médico-éthiques. www.samw.ch -> Éthique
- 9 Litschgi L. Wer stellt sich der Aufgabe, vor die uns sterbewillige Patienten stellen? Schweizerische Ärztezeitung 2012;93:761. <http://www.saez.ch/docs/saez/2012/2021/de/SAEZ-00563.pdf>
- 10 Commission Centrale d'Éthique de l'Académie Suisse des Sciences Médicales ASSM. Problèmes de l'assistance médicale au suicide. Schweizerische Ärztezeitung 2012;93:411–2. <http://www.saez.ch/docs/saez/archiv/de/2012/2012-11/2012-11-129.PDF>

Correspondance:

PD Dr Georg Bosshard, Leiter Akutgeriatrie, Spital Uster
Brunnenstrasse 42, 8610 Uster, [georg.bosshard\[at\]spitaluster.ch](mailto:georg.bosshard[at]spitaluster.ch)