



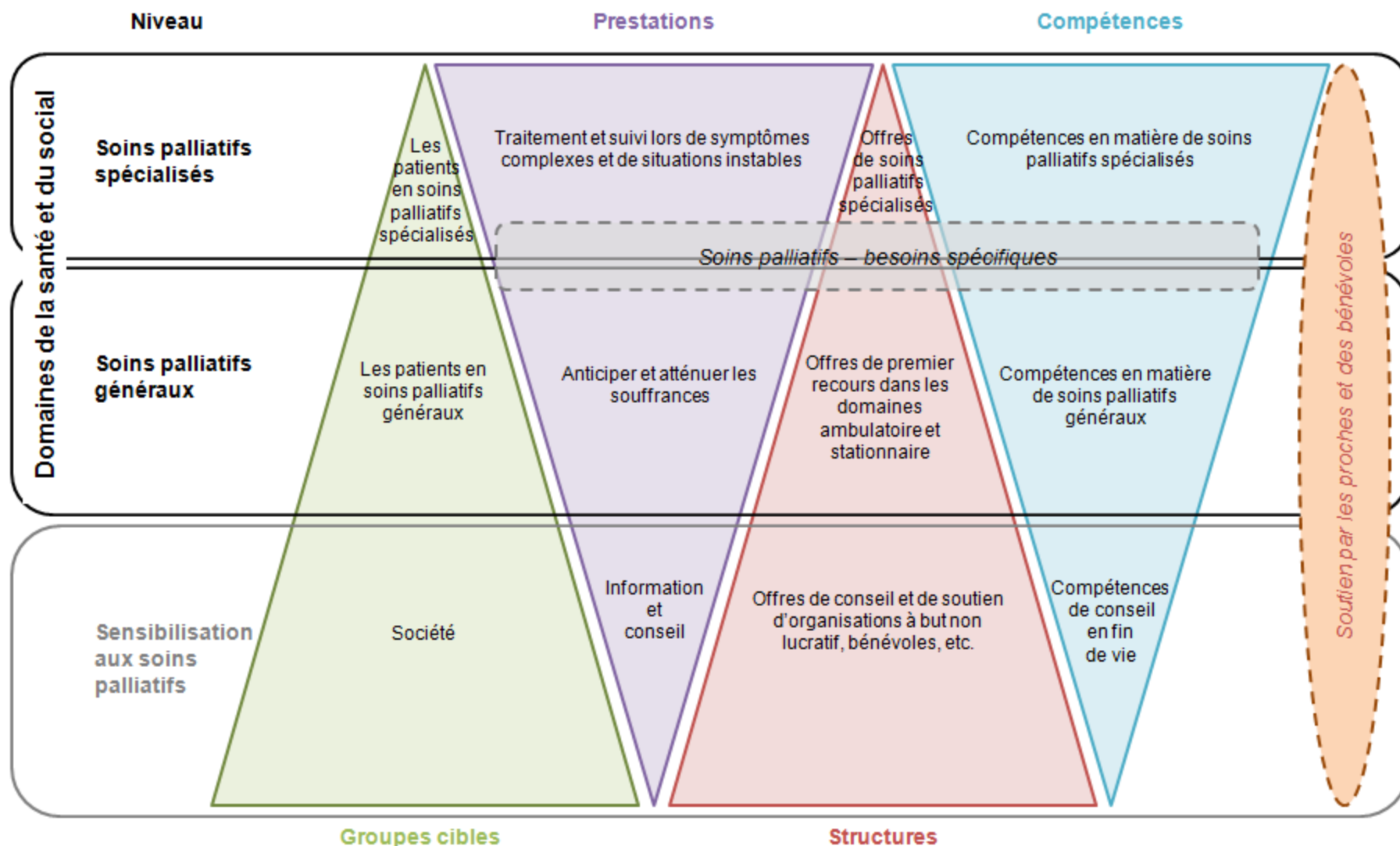
Soins palliatifs - EMS

DJFC SNM

La Chaux-de-Fonds, 25 septembre 2025

Dr Christian Bernet

Cadre général des SP en Suisse



Liste minimale de diagnostics/pathologies "méritant" une prise en charge palliative

Etudes épidémiologiques visant à estimer la population palliative,
basées sur les causes de décès

Mac Namara 2006
Etking 2017

- Tumeurs malignes
- Démences
- Insuffisance cardiaque
- Insuffisance rénale
- Insuffisance hépatique
- Maladies pulmonaires évolutives
- Maladies neurodégénératives
- Maladies neurologiques chez l'enfant
- Malformations congénitales

EMS neuchâtelois (ANEMPA 2023)

Durée moyenne de séjour : ~2 ans et demi

Médiane de survie : ~un an

Lieu du décès pour ~35 % de la population

Donc...+/_ toutes les personnes en EMS sont
en situation palliative

Mme A 1941 entrée dans l'EMS il y a 1 an

Ancienne ouvrière dans l'horlogerie, veuve
2 enfants, 4 petits-enfants, très présents

D: Polyarthrose, hypercholestérolémie, IRC
(GFR ~30 ml/min), troubles cognitifs modérés

Autonomie encore préservée (déambulateur)

Découverte il y a 3 mois d'une récurrence d'un Ca du sein

La patiente et ses proches ont décliné poliment
investigations et traitements oncologiques

Vignette

Depuis une semaine elle se plaint de douleurs du bras D en augmentation, peu soulagées par les réserves

A l'examen clinique, douleur «exquise» à la palpation du tiers moyen de l'humérus

TTT actuel : Ca-VitD₃, atorvastatine 40 mg/j, quétiapine 12,5 mg 1x/j, paracétamol 500 mg 3x/j

R : paracétamol 500 mg 4x/j, quétiapine 12,5 mg 1x/j

Qu'avez-vous envie de proposer en terme d'antalgie ?

Equivalences opioïdes

en mg ... ou Kg (Mo = morphine)

Mo/Tramadol	1/10
Mo/Hydromorphone	5/1
Mo/Oxycodone	1,5/1
Mo/Fentanyl	100/1
Mo/Buprénorphine	~70/1
Mo/Méthadone	5-10/1
Mo/Tapentadol	1/ (2,5-5) ?

Equivalences patchs/Mo

"Truc" empirique

Fentanyl :

facteur **3** entre Fentanyl en $\mu\text{g/h}$ et Morphine
per os en mg/24h

Ex: Fentanyl patch 25 $\mu\text{g/h}$ $\longleftrightarrow$ 75 mg de Mo /24h

Buprénorphine :

facteur **2** entre Buprénorphine en $\mu\text{g/h}$ et Morphine
per os en mg/24h

Ex: Bupré patch 35 $\mu\text{g/h}$ $\longleftrightarrow$ 70 mg de Mo/24h

Les opioïdes sûrs en cas d'insuffisance rénale sont : fentanyl, buprénorphine (et méthadone) (métabolites inactifs ou éliminés via la bile)

Il est juste, chez l'âgé ou IRC, d'introduire de la morphine solution à petites doses (2-3 mg/prise) en la mettant 4 x/j q6h (et pas 6x/j q4h), puis titrer gentiment en visant l'équivalence avec un «petit» patch p.ex.

Les patients avec une démence avancée sont très sensibles aux opioïdes (risque d'état confusionnel, somnolence) d'où l'importance du principe «start low, go slow»

Ne pas hésiter à couvrir avec des antiémétiques la première semaine de traitement. Laxatifs of course !

Opioïdes - rappels

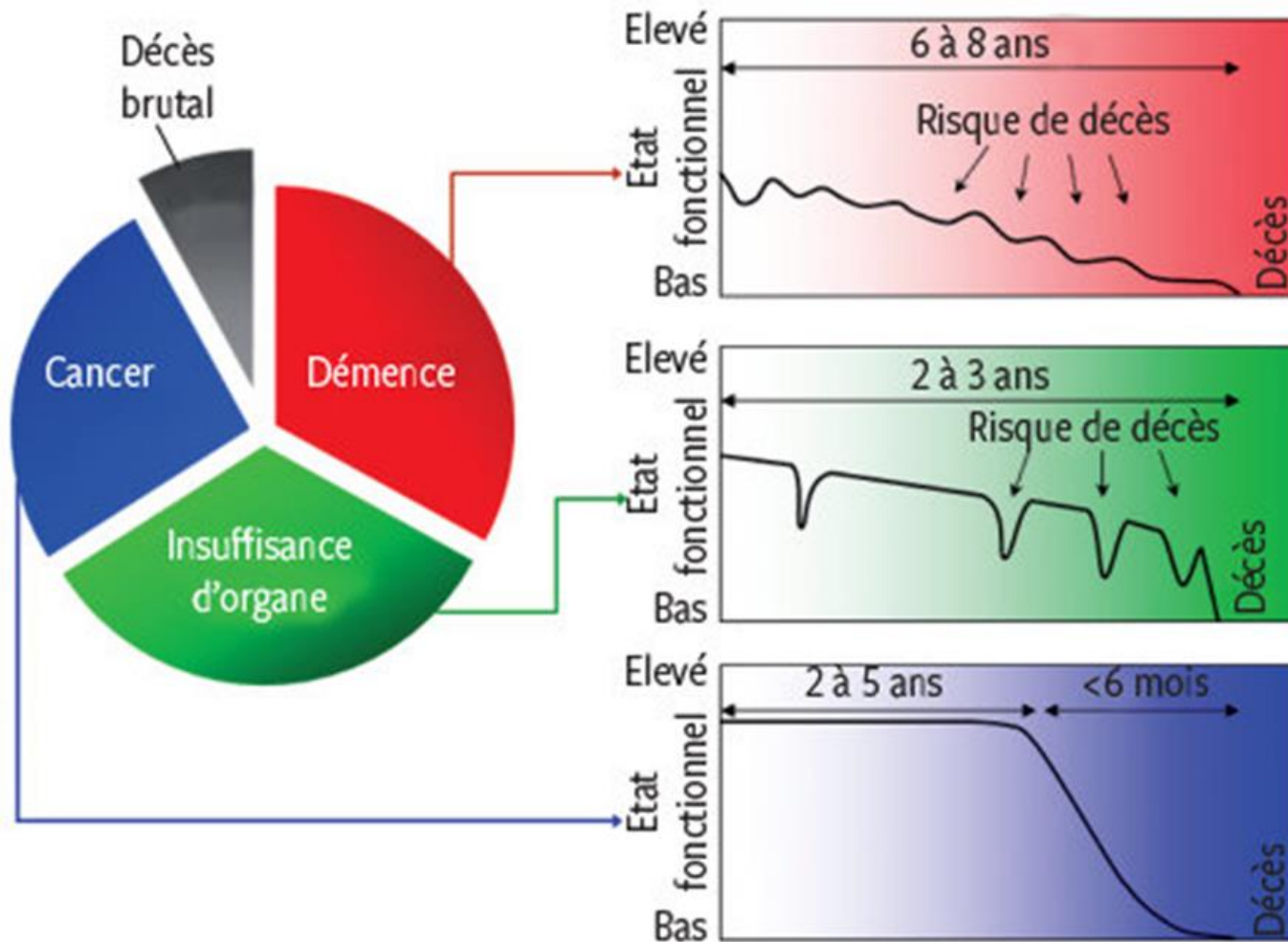
Il est contraindiqué de :

Mélanger la buprénorphine aux autres opioïdes
(haute affinité et effet agoniste/antagoniste sur les R opioïdes Mu)

Mélanger des opioïdes à composante sérotoninergique
(tramadol, tapentadol) avec des antidépresseurs SSRI
(risque réel de syndrome sérotoninergique)

La buprénorphine est un mauvais choix dans les douleurs
cancéreuses (volontiers évolutives)
(effet plafond dès 2,4-3,6 mg/j, et cf ce qui précède compliquant
fortement une rotation d'opioïdes)

Trajectoire de la maladie



Murray 2005

« fin de vie »

«Drapeaux rouges»

Apparition de:

- troubles de la déglutition
- état confusionnel
- dyspnée
- état grabataire « subit »
- troubles de la conscience
- changement rapide de l'état général

Identifier la phase de «fin de vie» permet de :

- Informer les proches
- Soutenir et anticiper les prises de décision
- Aborder les questions en lien avec les éventuelles craintes et les souhaits de la personne
- Soutenir les proches
- définir les objectifs et les priorités,
- adapter le plan de soin (et la médication)
- Envisager les éventuelles complications et organiser les moyens pour y répondre

Quand les troubles de la déglutition rendent la prise des Comprimés de L-Dopa impossible, il faut trouver une alternative.

Le syndrome de sevrage des agonistes dopaminergiques est très inconfortable

(↑ Sy moteurs, anxiété, confusion/agitation, Sy dysautonomiques ++, douleurs abdominales, nausées, ...)

Alternatives :

Ecraser les Cp de lévodopa (Pas formes R), forme Liq

Rotigotine transdermique (patchs de 1 – 8 mg q24h)

Apomorphine 0,5 – 3 mg/h en sous-cut continu, si possible
(injections s-c 1-3 mg/dose, mais... 6-12x/j...)

Maladie de Parkinson et fin de vie :point de vue pluridisciplinaire

M. Vérin et all, Prat Neurol 2024;15:93–104

Délirium (ECA)

- Fréquent en fin de vie
- Peut être hypoactif (repli sur soi, apathie,...)
- Chercher et traiter causes réversibles
- Ttt symptomatique : Neuroleptiques
- Gold Standart : **Halopéridol**

Doses psychiatriques (1 à 5 mg 2-3x/j)

Attention syndrome extrapyramidal (rigidité)

Tous les autres sont efficaces, mais moins et plus lentement

Délirium (ECA)

Différencier (quand possible) la variante potentiellement réversible d'une variante irréversible : «agitation terminale»

- En phase terminale / agonique
- (très) hyperactif, début brutal
- Ne répond pas aux neuroleptiques
- Att: Sédation par BZD
(midazolam, diazepam, clonazepam...)

Clarifying Delirium Management: Practical, Evidenced-Based, Expert Recommendations for Clinical Practice

A. Scott et al, JPalMed 2013, vol16; n°4; 423-435

Quelques références

Palliative care in dementia, review

E. Gupta et al, Ann Palliat Med 2024;13(4):791-807

Palliative care in advanced dementia

Y. Eisenmann et al, Frontiers in Psychiatry 2020; Vol 11: art 699,

European Association for Palliative Care White Paper defining an integrative palliative, geriatric, and rehabilitative approach to care and support for older people

L. Van Den Block et al, www.thelancet.com Vol 87, September, 2025

SP – EMS

«Take home messages»

Anticiper !

les troubles de la déglutition
(et la nécessité de passer à un ttt parentéral)

La conduite à tenir (hospitalisation ou non)

Ne pas être frileux avec les réserves
médicamenteuses et les alternatives sous-cut

Merci pour votre attention !



“Ne demandez pas quelle maladie la personne a, mais plutôt
quelle personne a la maladie”

Dr William Osler