UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

Profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des patients en hospitalisation nécessitant des soins palliatifs : étude transversale descriptive sur un mois au CHU Kamenge

Iracaniye, Auguste

2020-09
UB
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/337

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

UNIVERSITE DU BURUNDI



FACULTE DE MEDECINE

PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE DES PATIENTS EN HOSPITALISATION NECESSITANT DES SOINS PALLIATIFS : ETUDE TRANSVERSALE DESCRIPTIVE SUR UN MOIS AU CHU KAMENGE

Par

IRACANIYE Auguste

Directeur de thèse :
Pr Stanislas HARAKANDI

Thèse présentée et soutenue publiquement en vue de l'obtention du grade de **Docteur en Médecine**

Bujumbura, Septembre 2020

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE (2017-2018)

I. BUREAU DECANAL

1. Pr Jean Baptiste NGOMIRAKIZA : Doyen
2. Pr Martin MANIRAKIZA : 1er Vice-Doyen
3. Dr Désiré NISUBIRE : 2ème Vice-Doyen

II. PROFESSEURS EMERITE

1. Pr Evariste NDABANEZE : Hépato-Gastroentérologie
2. Pr Gabriel NDAYISABA : Pathologie chirurgicale
3. Pr Richard KARAYUBA : Pathologie chirurgicale
4. Pr Léodegal BAZIRA : Pathologie chirurgicale

III. PROFESSEURS ORDINAIRES

1. Pr Théodore NIYONGABO : Pathologies infectieuses et parasitaires
2. Pr Léopold NZISABIRA : Neurologie
3. Pr Gaspard KAMAMFU : Pneumologie
4. Pr Aloys NIYONGABO : Biochimie Structurale et Métabolique
5. Pr Frédéric NSABIYUMVA : Pharmacologie Spéciale, Endocrinologie
6. Pr Rénovât NTAGIRABIRI : Gastro-Entérologie, Hépatologie
7. Pr Elysé BARANSAKA : Cardiologie
8. Pr Jean Baptiste NGOMIRAKIZA : Hépatologie, Nutrition, Physiologie et Sémiologie Digestive
9. Pr Gordien NGENDAKURIYO : Oto-Rhino-Laryngologie

IV. PROFESSEURS ASSOCIES

1. Pr Déogratias NIYUNGEKO : Pédiatrie
2. Pr Salvator HARERIMANA : Gynécologie-Obstétrique
3. Pr Serge BAHIMANGA : Pédiatrie
4. Pr Claudette NDAYIKUNDA : Hématologie Fondamentale, Hématologie Clinique, Biochimie Pathologique
5. Pr Hélène BUKURU : Pédiatrie
6. Pr Joseph NYANDWI : Néphrologie, Sémiologie et Physiologie Néphrologie
7. Pr Sylvestre BAZIKAMWE : Gynécologie-Obstétrique et Soins Maternels et Infantiles
8. Pr J. Claude NIYONDIKO : Anatomie
9. Pr Eugène NDIRAHISHA : Endocrinologie, Physiologie et Sémiologie Cardiaque

10. Pr François NDIKUMWENAYO : Physiologie, Education à la Citoyenneté
11. Pr Patrice BARASUKANA : Neuroanatomie, Physiologie neurologique, Sémiologie neurologique
12. Pr Sébastien MANIRAKIZA : Imagerie Médicale
13.Pr Déogratias NTUKAMAZINA : Gynécologie-Obstétrique
14. Pr Alexis SINZAKARAYE : Rhumatologie et Médecine Physique et de Réadaptation
15. Pr Martin MANIRAKIZA : Pathologies infectieuses et parasitaires, Endocrinologie
16. Pr Levi KANDEKE : Ophtalmologie
17. Pr Pontien NDABASHINZE : Pédiatrie
18. Pr Léonard BIVAHAGUMYE : Anatomie Tête et Cou, Sémiologie Chirurgicale.
19. Pr Stanislas HARAKANDI : Soins Palliatifs et douleurs, Anesthésie-réanimation
20. Pr AMANI Moïbéni : Sémiologie Médicale et Physiologie Digestive
21. Pr Gilbert NDAYIZEYE : Anatomie
22. Pr Paul BANDEREMBAKO : Urologie
22. Pr Léonard BIVAHAGUMYE : Anatomie Tête et Cou, Sémiologie Chirurgicale.
23. Pr Louis NGENDAHAYO : Anatomo-pathologie

V. CHARGES DE COURS

1. Dr Emmanuel GIKORO : Imagerie Médicale.
2. Dr Hermann NIMPAYE : Parasitologie, Entomologie Médicale
3. Dr Désiré NISUBIRE : Biologie Moléculaire, Cytologie et Génétique
4. Dr Zacharie NDIZEYE : Méthodologie de la Recherche, Épidémiologie et Déontologie
5. Dr Daniel NDUWAYO : Neuro-physiologie
6. Dr Alice NDAYISHIMIYE : Pédiatrie
7. Dr Chantal MUREKATETE : Radiologie
8. Dr Jean Claude MBONICURA : Pathologie chirurgicale
9. Dr Thierry SIBOMANA : Pneumologie
10. Dr Thoto Shabani MAREBO : Urologie
11. Dr Jean Bosco BIZIMANA : Neuro-anatomie, Neurochirurgie

VI. CHARGES D'ENSEIGNEMENT

1.Dr Jacques NDIKUBAGENZI : Hygiène et Epidémiologie
2.Dr Sandra NKURUNZI : Initiation à la Santé Publique
3.Dr Alexandre NIYONKURU : en formation
4.Dr Désiré HABONIMANA : Epidémiologie, Méthodologie de la Recherche

VII. MAITRES ASSISTANTS

1. Mme Claire NDAYIKENGURUKIYE : Immunologie, Bactériologie, Virologie et Mycologie
2. Ph Ramadhan NYANDWI : Pharmacologie Générale
3. Dr Désiré HABONIMANA : Economie de la Santé
4. Dr Jean Claude NKURUNZIZA : Administration des Services de Santé

VIII. ASSISTANTS

1. Dr Paulin BARAMBURIYE : Anatomie
2. Dr Roméo IRANKUNDA : Physiologie
3. Dr Eloi IRANGABIYE : Anatomie-Pathologie
4. Dr Épipode NTAWUYAMARA : Anatomie-Pathologie
5. Dr Evrard NIYONKURU : Anatomie-Pathologie

IX. ENSEIGNANTS A TEMPS PARTIEL

1. Dr Elie MUPERA : Dermatologie
2. Dr Sylvère SAKUBU : Psychiatrie
3. Dr Gaspard MARERWA : Anatomie Pathologie Spéciale
4. Dr Thadée BARANCIRA : Physique
5. Dr Léopold HAVYARIMANA : Chimie Générale et Organique
6. Dr Jean Bosco KAYOYA : Biostatistique
7. Dr Juvénal MUYUKU : Stomatologie
8. Mr Bonaventure NIYOYANDOYE : Psychologie Générale
9. Mme Joëlle GATORE : Mathématiques
10. Mr Ferdinand NCABWENGE : Anglais Médical
11. Dr Michelle MUKESHIMANA : Informatique
12. Mme Patricie BARAHINDUKA : Soins Infirmiers
13. Dr Emmanuel KAMO : Médecine du Travail
14. Dr Sylvain NIYONKURU : Sémiologie Chirurgicale I
15. Dr Canisius HAVYARIMANA : Sémiologie Chirurgicale II
16. Dr Didier KAMATARI : Anatomie

DEDICACES

A mon feu Père et à ma Mère, les mots ne sauraient exprimer l'étendue de l'affection que j'ai pour vous et ma gratitude. Vous avez été pour moi brave et merveilleux. Vous m'avez appris à aimer le travail et à bannir la paresse. Pour toutes les peines endurées, pour tous les sacrifices faits pour moi, je vous dédie ce travail.

A mon frère et ma sœur : le lien de sang est sacré, merci pour vos encouragements et votre soutien tant moral que matériel.

REMERCIEMENTS

Au Pr Stanislas HARAKANDI, spécialiste en Anesthésie et Réanimation, Directeur de cette thèse. Vous avez accepté avec spontanéité de guider nos premiers pas dans la recherche. Malgré vos multiples responsabilités, vous étiez toujours disponible et prêt à nous écouter. Votre amour du travail bien fait et votre raisonnement scientifique nous serviront toujours de modèle. Trouvez ici le témoignage de notre respect et de notre reconnaissance.

Au Dr NDIKUBAGENZI Jacques**,** spécialiste en Santé publique, Président du jury. Vous me faites un grand honneur malgré vos nombreuses occupations en acceptant d'examiner ce travail. Votre rigueur de travail et votre amour d'un travail bien fait nous ont marqué : soyez rassuré de notre respect et de notre gratitude.

Au Dr Thierry SIBOMANA, spécialiste en Pneumologie, Membre du jury, c'est une immense fierté de vous compter parmi mes juges dans ce travail. Trouvez ici le témoignage de notre gratitude, de notre reconnaissance et de notre profond respect.

Au **Gouvernement du Burundi**, pour m'avoir soutenu durant toute ma scolarité.

A la **35emepromotion** de la faculté de médecine de Bujumbura pour les joies et les peines partagées.

A tous ceux qui, de loin ou de près, ont contribué à notre formation et particulièrement à la réalisation de ce travail.

Je dis sincèrement merci à vous tous.

SIGLES ET ABREVIATIONS

%	: Pourcentage
≥	: Supérieur ou égale
>	: Supérieur
<	: Inférieur
AEG	: Altération de l'état général
AINS	: Anti-inflammatoires Non Stéroïdiens
AIT	: Accident Ischémique Transitoire
ASOPABU	: Association Pour les Soins Palliatifs au Burundi
AVC	: Accident Vasculaire Cérébral
BPCO	: Broncho-pneumopathie Chronique Obstructive
CHUK	: Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge
CIM 10	: Classification Internationale des MaladiesVersion 10
DBT	: Diabète
DFG	: Débit de Filtration Glomérulaire
EDS	: Enquête Démographique de Santé
EN	: Échelle numérique
EVA	: Échelle visuelle analogique
EVS	: Échelle verbale Simple
GSF-PIG	: Gold Standards Framework Prognostic Indicator Guidance
H1	: Antihistaminiques H1
HTA	: Hypertension Artérielle
IMC	: Indice de Masse Corporelle
Kg/m^2	: Kilogramme par Mètre carrée
Max	: Maximum
Mg	: Milligramme
Mg/kg	: Milligramme par Kilogramme
MM	: Millimètre
Mil	: Millilitre
PO	: Per Os
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SPICT	: Supportive and Palliative Care Indicators Tool
TBC	: Tuberculose
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patients selon les tranches d'âge 32
Tableau II : Répartition des patients selon le lieu de résidence 34
Tableau III : Répartition des patients selon les antécédents et terrains médicaux 39
Tableau IV : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux 39
Tableau V : Répartition des patients selon les hospitalisations antérieures au cours des 12 derniers mois 40
Tableau VI : Répartition des patients selon la classification OMS de l'échelle de performance 40
Tableau VII: Répartition des patients adultes en fonction de l'indice de masse corporelle 41
Tableau VIII: Répartition des patients enfants en fonction de l'indice de masse corporelle 41
Tableau IX : Répartition des patients selon la perte de poids supérieure à 10% au cours des 12 derniers mois 42
Tableau X: Répartition des patients adultes et enfants en fonction de l'état nutritionnel 42
Tableau XI: Répartition des patients en fonction des principaux symptômes 43
Tableau XII : Répartition des patients selon la présence de la douleur 44
Tableau XIII : Répartition des patients selon l'intensité de la douleur 44
Tableau XIV : Répartition des patients selon les pathologies (CIM 10) 45
Tableau XV: Répartition selon les comorbidités 46
Tableau XVI : Répartition des patients selon les traitements reçus 46
Tableau XVIII : Répartition des patients selon le traitement par antalgiques 47
Tableau XVII : Répartition des patients selon le but du traitement 47
Tableau XIX : Comparaison de la prévalence avec d'autres auteurs 48

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique I : Répartition des patients selon le sexe 33
Graphique II: Répartition des patients en fonction de la profession..... 35
Graphique III : Répartition des patients en fonction du niveau de formation 36
Graphique IV : Répartition des patients en fonction du service d'hospitalisation 37
Graphique V : Répartition des patients en fonction des motifs d'hospitalisations 38

LISTE DES FIGURES

Figure 1:Concept de soins palliatifs 7
Figure 2: Modélisation des trajectoires de vie des patients en situation palliative7
Figure 3 : Hiérarchie des antalgiques (Classification de l'OMS) 14

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE (2017-2018) i
DEDICACES iv
REMERCIEMENTS v
SIGLES ET ABREVIATIONS vi
LISTE DES TABLEAUX vii
LISTE DES GRAPHIQUES viii
LISTE DES FIGURES ix
TABLE DES MATIERES x
INTRODUCTION 1
OBJECTIFS 3
1. GENERAL 3
2. SPECIFIQUES 3
CHAPITRE I: GENERALITES 4
I.1. Définitions 4
I.2. Historique des soins palliatifs 5
I.3. Phases de la maladie en soins palliatifs 6
I.4. Epidémiologie 8
I.5. Principes d'organisation en soins palliatifs 9
I.5.1.Niveau primaire (approche de soins palliatifs) 9
I.5.2.Niveau intermédiaire (Soins palliatifs généraux) 9
I.5.3.Niveau spécialisé (Soins palliatifs spécialisés) 10
I.6.Symptômes fréquents 10
I.7. Identification des patients 11
I.8. Ethique en soins palliatifs 12
I.9.Aspect psychologique 12
I.10.Gestion des symptômes 12
I.10.1.Prise en charge de la douleur 12
I.10.1.1.Gestion non pharmacologique de la douleur 14
I.10.1.2.Gestion pharmacologique de la douleur 14
I.10.2.Prise en charge des troubles digestifs 17
I.10.2.1.Pathologies de la cavité buccale 17

I.10.2.2.Constipation 17
I.10.2.3.Diarrhée 18
I.10.2.4.Nausées et vomissements 18
I.10.2.5.Dysphagie 19
I.10.2.6.Hoquet 19
I.10.2.7.Ascite 19
I.10.2.8.Anorexie 20
I.10.3.Prise en charge des troubles cutanés 20
I.10.3.1.Escarres 20
I.10.3.2.Plaies cancéreuses 20
I.10.3.3.Prurit 21
I.10.4.Prise en charge des troubles respiratoires 21
I.10.4.1.Toux 21
I.10.4.2.Dyspnée 22
I.10.4.3.Hémoptysies 22
I.10.4.4.Infections respiratoires basses 22
I.10.4.5.Épanchements pleuraux 22
I.10.4.6.Râles agoniques 23
I.10.5.1.Anxiété 23
I.10.5.2.Dépression 23
I.10.5.3.Troubles du sommeil 24
I.10.6.Autres manifestations 24
CHAPITRE II. MATERIELS ET METHODES 25
II.1.Type, période et lieu d'étude 25
II.2.Collecte et analyse des données 29
II.3.Variables 29
II.4.Définitions opérationnelles 30
II.5.Limites et contraintes de l'étude 31
II.6.Aspect éthique 31

CHAPITRE III. RESULTATS 32
III.1. Prévalence 32
III. 2. Données Epidémiologiques 32
III.2.1. Age 32
III.2.2. Sexe 33
III.2.3. Résidence 34
III.2.4. Profession 35
III.2.5. Niveau de formation 36
III.2.6.Service d'hospitalisation 37
III.3. Données cliniques 38
III.3.1.Motifs d'hospitalisation 38
III.3.2.Antécédents et terrains médicaux 39
III.3.3.Antécédents chirurgicaux 39
III.3.4.Hospitalisations antérieures 40
III.3.5.Echelle de performance 40
III.3.6.IMC chez l'adulte 41
III.3.7.IMC chez l'enfant 41
III.3.8.Perte de poids 42
III.3.9.Etat nutritionnel 42
III.3.10. Principaux symptômes 43
III.3.11. Douleur 44
III.3.12. Intensité de la douleur selon l'EVS 44
III.3.13. Principales pathologies 45
III.3.14. Les comorbidités 46
III.4.Attitude thérapeutique 46
III.4.1.Traitements reçus 46
III.4.2. Traitement antalgique 47
III.4.3. But du traitement 47
CHAPITRE IV.DISCUSSION DES RESULTATS ET REVUE DE LA LITTERATURE 48
IV.1. Prévalence 48
IV. 2. Données sociodémographiques 49
IV. 2. 1. Age 49

IV.2.2. Sexe 49
IV.2.3. Résidence 50
IV.2.4.Profession 50
IV.2.5. Service d'hospitalisation 50
IV.3.Données cliniques 51
IV.3.1. Motifs d'hospitalisation 51
IV.3.2. Perte de poids 51
IV.3.3. Hospitalisations antérieures 52
IV.3.4. Echelle de performance 52
IV.3.5. Principaux symptômes 52
IV.3.6. La douleur 53
IV.3.7. Etat nutritionnel 53
IV.3.8. Principales pathologies 53
IV.3.9. Comorbidités 54
IV.4.Aspect thérapeutique 54
CHAPITRE V.CONCLUSION ET SUGGESTIONS 56
V.1.CONCLUSION 56
V.2. SUGGESTIONS 57
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 58
ANNEXES 67
SERMENT D'HIPPOCRATE 69
RESUME 70

INTRODUCTION

Les soins palliatifs sont une approche pour améliorer la qualité de vie des patients (adultes et enfants) et de leur famille, confrontés aux problèmes liés à des maladies potentiellement mortelles. Ils préviennent et soulagent les souffrances grâce à la reconnaissance précoce, l'évaluation correcte et le traitement de la douleur et des autres problèmes, qu'ils soient d'ordre physique, psychosocial ou spirituel [1].

Les soins palliatifs ont d'abord été conçus pour les patients atteints du cancer à un stade avancé. Cependant, on ne peut nier que d'autres patients ont également besoin de soins palliatifs et au cours des dernières années, le champ d'action des soins palliatifs a été élargi passant du cancer en phase terminale aux patients atteints d'autres maladies graves limitant le pronostic vital [2].

Les besoins en soins palliatifs augmentent rapidement en raison du vieillissement de la population mondiale et de l'augmentation de l'incidence du cancer et d'autres maladies chroniques [3].

L'OMS estime que, chaque année, plus de 20 millions de patients ont besoin de soins palliatifs en fin de vie. Sur ces 20 millions, environ 80 % d'entre eux vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Ce chiffre passe à au moins 40 millions si l'on compte toutes les personnes qui pourraient bénéficier de soins palliatifs à un stade plus précoce de leur maladie [3,4].

Les soins palliatifs sont requis pour beaucoup de maladies. La majorité des adultes qui en ont besoin ont des pathologies chroniques, comme des maladies cardiovasculaires, des cancers, des maladies respiratoires chroniques et le SIDA [4].

En 2018, 37.9 millions de personnes dans le monde vivaient avec le VIH/ SIDA et 770.000 personnes sont décédées de maladies liées au SIDA [5].

Les maladies non transmissibles tuent chaque année 41 millions de personnes, ce qui représente 71% des décès dans le monde.

La détection, le dépistage et le traitement des maladies non transmissibles, de même que les soins palliatifs, sont des éléments essentiels de la riposte contre ces maladies [6].

Plusieurs études ont récemment démontré que les soins palliatifs débutés rapidement, améliorent la qualité de vie, le contrôle des symptômes, la compréhension du pronostic, dans certains cas, l'espérance de vie. Ils diminuent le nombre de dépressions, permettent d'éviter des traitements disproportionnés, des hospitalisations non programmées, et contribuent même à limiter les dépenses de santé [7] [8] [9] [10] [11]. Cependant, les patients sont souvent identifiés trop tard dans leur maladie [12,13].

Malgré la reconnaissance par l'OMS de l'importance de fournir des soins palliatifs, des études montrent que la prestation de services en Afrique reste fragmentaire et incohérente [14,15].

Les besoins en soins palliatifs chez les patients hospitalisés sont bien documentés en Europe, mais ne sont pas bien établis en Afrique [16,17] .

Quelques études ont déjà été réalisées sur les besoins des patients hospitalisés en soins palliatifs sur le continent africain. En Afrique du Sud, une étude réalisée dans les hôpitaux publics de Cape town en 2014, a constaté que 16,6% des patients hospitalisés relevaient des soins palliatifs [18].

A ce jour, aucune étude n'a été réalisée au Burundi sur les soins palliatifs en hospitalisation. L'absence de chiffres relatifs aux soins palliatifs en termes de fréquence et de données codifiées permettant la prise en charge efficiente des

patients nécessitant des soins palliatifs constituent la motivation ayant guidée la réalisation de cette étude.

OBJECTIFS

1. GENERAL

Contribuer à l'étude des soins palliatifs chez les patients en hospitalisation au CHUK.

2. SPECIFIQUES

-Identifier les patients en hospitalisation nécessitant des soins palliatifs

-Déterminer la prévalence hospitalière des patients nécessitant des soins palliatifs.

-Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patients nécessitant des soins palliatifs

-Dégager les principaux aspects cliniques.

-Décrire les mesures thérapeutiques.

-Identifier les principales pathologies causales.

CHAPITRE I: GENERALITES

I.1. Définitions

Les soins palliatifs sont une approche pour améliorer la qualité de vie des patients (adultes et enfants) et de leur famille, confrontés aux problèmes liés à des maladies potentiellement mortelles. Ils préviennent et soulagent les souffrances grâce à la reconnaissance précoce, l'évaluation correcte et le traitement de la douleur et des autres problèmes, qu'ils soient d'ordre physique, psychosocial ou spirituel [1].

Les soins palliatifs ont plusieurs objectifs :

- procurent le soulagement de la douleur et des autres symptômes gênants,

- soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal, n'entendent ni accélérer ni repousser la mort,

- intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins aux patients,

- proposent un système de soutien pour aider les patients à vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort,

- offrent un système de soutien qui aide la famille à tenir pendant la maladie du patient et leur propre deuil,

- utilisent une approche d'équipe pour répondre aux besoins des patients et de leurs familles en y incluant si nécessaire une assistance au deuil,

- peuvent améliorer la qualité de vie et influencer peut-être aussi de manière positive l'évolution de la maladie,

- sont applicables tôt dans le décours de la maladie, en association avec d'autres traitements pouvant prolonger la vie, comme la chimiothérapie et la radiothérapie,

- Incluent les investigations qui sont requises afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes et de manière à pouvoir les prendre en charge [1].

La notion de Soins Palliatifs prend plusieurs significations. Selon Lamontagne, l'anglais possède trois termes pour identifier les soins palliatifs: terminal care, hospice care, palliative care ; le français n'en a qu'un : soins palliatifs [19].

I.2. Historique des soins palliatifs

Dès le début de l'Empire romain, c'est sous l'influence des valeurs chrétiennes que se sont développées des lieux donnant l'hospitalité aux pèlerins, aux malades et aux plus démunis de la société. Ce mouvement d'hospitalité s'amplifie jusqu'au Moyen Âge et finit par offrir une aide à la fois matérielle et spirituelle à ces personnes [20].

En Angleterre en 1893, Howard Barret crée la Maison St.Luke pour l'accueil des mourants sans ressources. Marie Aikenhead, fondatrice de la congrégation des sœurs de la Charité, ouvre en 1905 à Dublin en Irlande un « hospice » et dans la banlieue de Londres l'hospice St Joseph, dont le but est aussi l'accompagnement et les soins aux personnes en fin de vie [21].

En 1967, Dame Cicely Saunders, fonde, à Londres, le St Christopher's Hospice, considéré comme le premier lieu disposant d'une équipe soignante professionnelle pour accueillir des patients atteints de cancer et de tuberculose en phase terminale.

Travailleuse sociale, infirmière, puis médecin à l'hospice St Joseph de Londres, elle y développe des soins adaptés aux personnes que la médecine ne peut plus guérir. Avec son expérience de l'utilisation de la morphine, elle met au point des protocoles antalgiques et fait connaître le maniement des morphiniques par voie orale. Elle développe le concept d'« équipe interdisciplinaire » dans laquelle les

professionnels de santé, les bénévoles et les agents des hospices collaborent auprès du patient et de ses proches [21].

En Afrique, les soins palliatifs ont commencé au Zimbabwe en 1979 avec l'Island Hospice et en 1990 le Kenya a débuté les soins palliatifs avec le Nairobi Hospice pour aider les patients atteints de cancer et ceux qui sont affectés par le VIH/SIDA. En Ouganda, les soins palliatifs ont commencé en 1993 par la création d'Uganda Hospice à Kampala [22].

Au Burundi, l'ASOPABU (Association Pour les Soins Palliatifs au Burundi) est la seule organisation à offrir des services de soins palliatifs à domicile grâce à la formation dispensée par l'Hospice Africa Uganda [23].

I.3. Phases de la maladie en soins palliatifs

Il est important de définir les différentes « phases » de la maladie [24, 25,26]:

-Phase curative: il s'agit de la phase de la maladie durant laquelle les traitements sont délivrés avec un objectif de guérison ou de rémission. Ces soins doivent être associés parallèlement à des soins de support pour préserver la qualité de vie des personnes malades et celle de leur entourage en prévenant et en traitant les séquelles et toute souffrance, sans diminuer les chances de guérison.

-Phase palliative spécifique, aussi appelée « phase palliative initiale », quand il n'existe plus de possibilité de guérison, mais qu'un traitement spécifique peut ralentir ou stabiliser la maladie.

-Phase palliative terminale quand la durée de vie est estimée à quelques semaines, cette phase comprenant l'agonie .L'objectif des soins et des traitements est alors uniquement centré sur la qualité de la vie.

Figure 1:Concept de soins palliatifs [27]

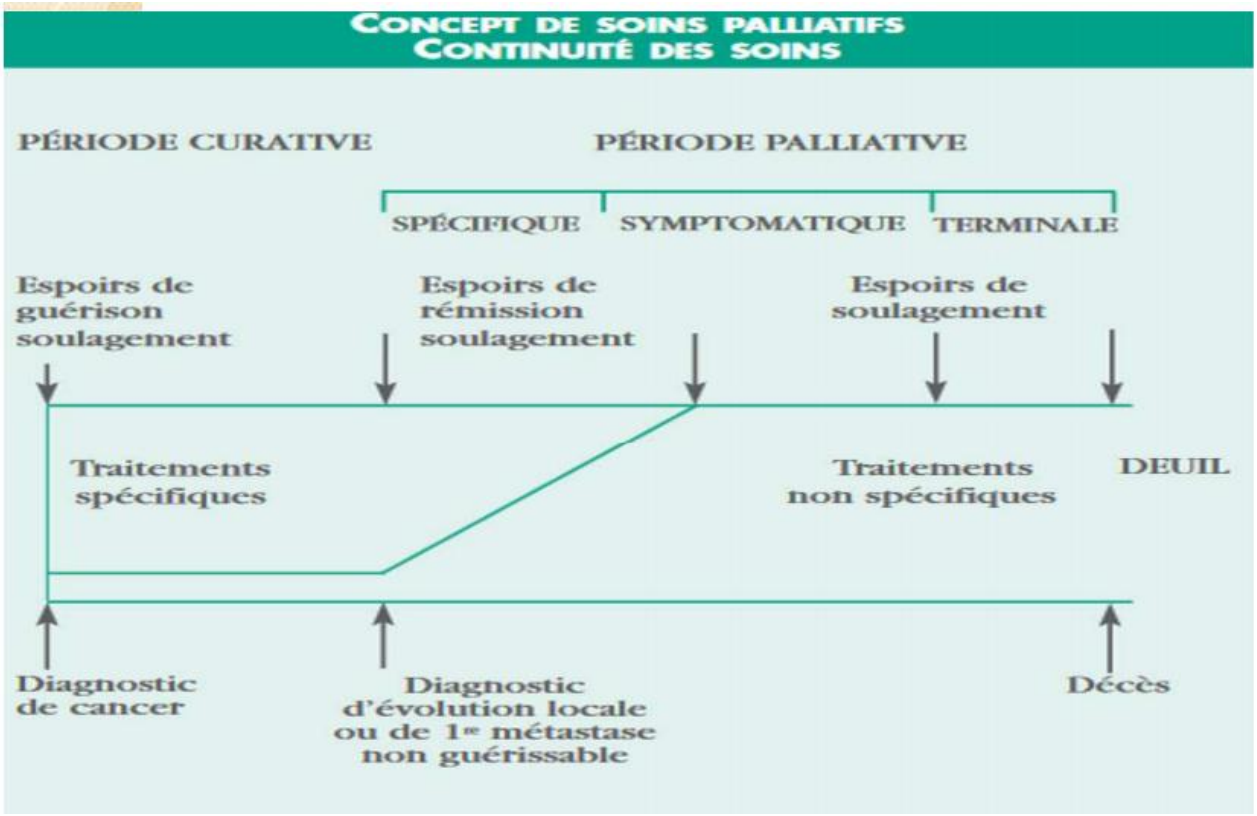
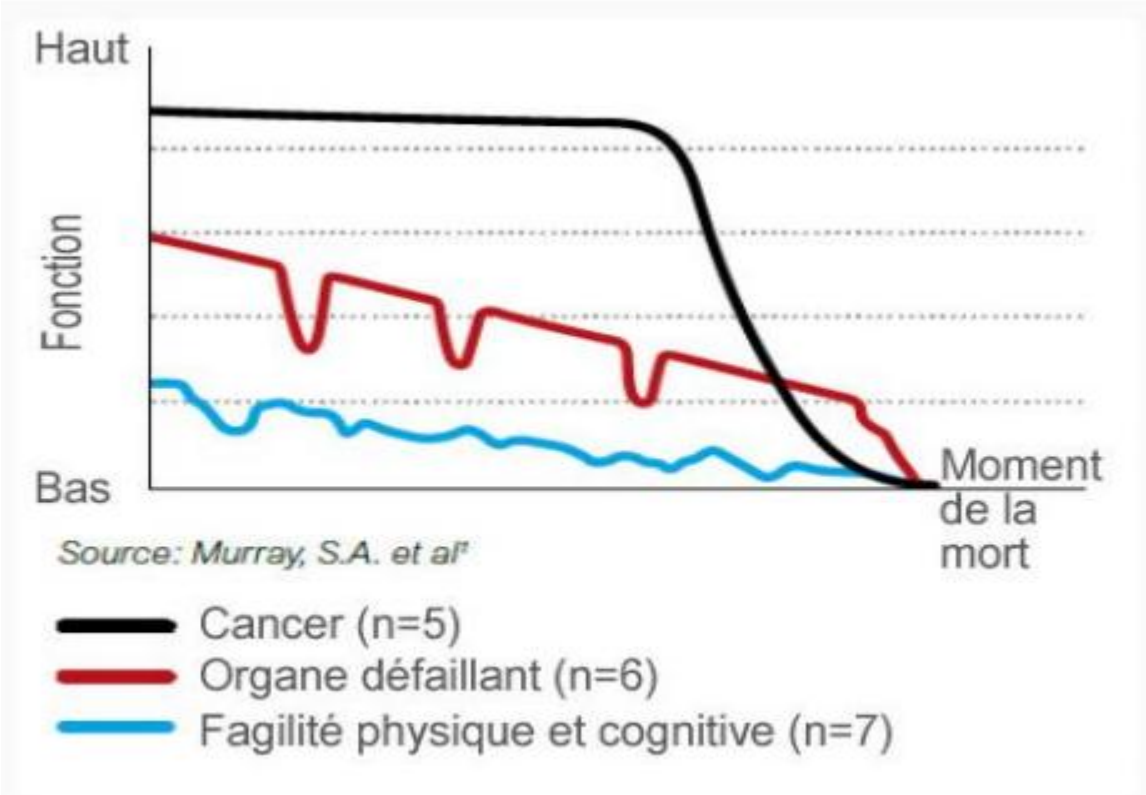


Figure 2: Modélisation des trajectoires de vie des patients en situation palliative [28]



I.4. Epidémiologie

L'OMS estime que, chaque année, plus de 20 millions de patients ont besoin de soins palliatifs en fin de vie. Sur ces 20 millions, environ 80 % d'entre eux vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire et environ 67 % sont des personnes âgées (plus de 60 ans), 6 % sont des enfants (0-14 ans) et 25 % sont des adultes (15-59 ans).Ce chiffre passe à au moins 40 millions si l'on compte toutes les personnes qui pourraient bénéficier de soins palliatifs à un stade plus précoce de leur maladie [3,4].

En Afrique francophone chaque année, environ 912.000 personnes ont besoin de SP dont 214.000 sont des enfants. La demande de ce service de santé essentiel est susceptible d'augmenter de manière sensible au cours des prochaines années, car on estime que le pourcentage des personnes âgées de plus de 65 ans ; le segment de la population le plus affectée par les maladies chroniques ; devrait plus que doubler en Afrique francophone d'ici 2050 [29].

Les Soins Palliatifs sont limités voire inexistants dans 75 pays du monde, 86% des personnes qui ont besoin de soins palliatifs n'en bénéficient pas, 83% de la population mondiale n'a pas accès au soulagement de la douleur et 98% des enfants ayant besoin d'accompagnements palliatifs vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire [4].

La majorité des adultes ayant besoin de soins palliatifs ont des maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires (38,5 %), le cancer (34 %), les maladies respiratoires chroniques obstructives (10%), le SIDA (5,7 %) et le diabète (4,6 %), les pathologies rénales (2%), les maladies chroniques du foie (1,7%), la tuberculose pharmaco-résistante (0,8%), la polyarthrite rhumatoïde (0,27%) , la maladie de Parkinson (0,48%), la sclérose en plaque (0,04%) [4].

Les maladies nécessitant des soins palliatifs pour les enfants sont : anomalies congénitales (25%), les affections néonatales (14,6%), malnutrition protéino-énergétique (14,1%), méningites (12,6%), le SIDA (10,2%), les maladies cardiovasculaires (6,1%), les pathologies endocriniennes immunitaires et hématologiques(5,8%), cancer (5,6%), pathologies neurologiques(2,3%), pathologies rénales (2,2%), cirrhose hépatique (1%) [4].

Les soins palliatifs conviennent à tous les patients et/ou une famille vivant ou à risque de vivre avec une maladie qui met la vie en danger, quel que soit le diagnostic, le pronostic, l'âge, et à tout moment [30].

I.5. Principes d'organisation en soins palliatifs

Les soins palliatifs peuvent être dispensés dans différents niveaux. Au moins trois niveaux devraient être prévus :

I.5.1.Niveau primaire (approche de soins palliatifs)

L'approche des soins palliatifs est un moyen d'intégrer les méthodes de soins palliatifs et procédures dans des contextes non spécialisés en soins palliatifs. Les patients atteints d'une maladie évolutive ou avancée reçoivent des soins complets et satisfaisants de façon ambulatoire ou à leur lieu de vie, non limitée dans le temps sans être dirigés vers les unités spécialisées [31].

I.5.2.Niveau intermédiaire (Soins palliatifs généraux)

A ce niveau, les patients et les familles bénéficieront de l'expertise des professionnels de la santé, qui, même s'ils ne sont pas engagés à temps plein dans les soins palliatifs, ont reçu une formation et une expérience supplémentaires en soins palliatifs. Cette expertise de niveau intermédiaire peut être offerte en milieu hospitalier ou communautaire [31].

I.5.3.Niveau spécialisé (Soins palliatifs spécialisés)

Ils répondent aux besoins complexes et/ou aigus, avec la mise à disposition de ressources spécialisées. Les soins sont prodigués par des spécialistes en soins palliatifs, que ce soit par des équipes mobiles ou en hospitalisation [31].

I.6.Symptômes fréquents

Les symptômes les plus fréquents et les plus lourds chez les patients atteints d'une maladie chronique, complexe et limitant l'espérance de vie, ont tendance à être les mêmes d'une maladie à l'autre [32].

La douleur est souvent présente. La perception de la douleur est une expérience subjective strictement personnelle qui absorbe toute l'attention du patient, la douleur devient prioritaire sur toute activité en cours [33].

Les symptômes respiratoires en soins palliatifs sont dominés par la toux et la dyspnée [33].

Un grand nombre de symptômes peut toucher l'ensemble du tractus digestif. La symptomatologie digestive est variée et comporte des troubles du transit intestinal, des troubles de la déglutition, des nausées et vomissements, l'ascite, l'ictère et l'encéphalopathie hépatique [34].

Le risque de malnutrition augmente considérablement à mesure que la maladie progresse. Une bonne alimentation ne peut pas soigner le SIDA, ni le cancer, mais elle peut contribuer à maintenir et à améliorer l'état nutritionnel de la personne atteinte d'une de ces maladies et en retarder la progression, améliorant ainsi la qualité de vie [34].La malnutrition se traduit cliniquement par une perte de poids et un syndrome d'atrophie ou cachexie. L'évaluation de la malnutrition repose sur l'identification des facteurs de risque, la courbe de poids, l'indice de masse corporelle, le bilan des consommations alimentaires et les examens biologiques [34].

Plusieurs symptômes cutanés se posent en soins palliatifs. Il s'agit en particulier des escarres, des ulcérations cutanées et du prurit [34].

Les principaux symptômes neuropsychiques sont dominés par l'insomnie, le syndrome confusionnel et les crises comitiales [35].

I.7. Identification des patients

L'identification précoce des patients nécessitant des soins palliatifs est une étape essentielle pour offrir des soins adaptés. Dans des études d'intégration précoce des soins palliatifs axés sur la prise en charge de la maladie, les patients en soins palliatifs se disent plus satisfaits des soins et les interventions médicales sont moins fréquentes [36,37].

Cependant, il peut être difficile de déterminer quand une approche de soins palliatifs devrait être mise en œuvre, particulièrement pour les patients atteints de maladies non malignes [38].

Une vingtaine d'outils existent pour soutenir les professionnels de la santé dans cette identification encore trop aléatoire [39]. Ils comportent une association de différents critères en lien avec la sévérité de la maladie, la progression de celle-ci et la fragilité qu'elle génère [40].

Deux outils ressortent comme étant les plus fréquemment utilisés : il s'agit du GSF-PIG [41] et du SPICT [42]. Ces outils comportent des indicateurs généraux de santé précaire ou en voie de détérioration tel que une perte de poids progressive ou une échelle de performance médiocre. Ils comportent également des indicateurs cliniques d'une ou plusieurs maladies limitant l'espérance de vie. Ces outils sont utilisables dans tous les milieux de soins et pour toutes pathologies. Les quelques études réalisées avec ces outils donnent des signes encourageants quant à une amélioration de l'identification des patients palliatifs [39,43].

I.8. Ethique en soins palliatifs

L'approche palliative prend en compte les besoins holistiques des patients et des soignants notamment la prise en charge de la douleur et des problèmes physiques, psychologiques, sociaux et spirituels. La mise en œuvre d'une telle approche repose sur les éléments d'éthique [44].

Les éléments d'éthique en soins palliatifs comprennent la bienfaisance, la non malfaisance, dire la vérité et tenir ses promesses et l'autonomie du malade [44].

I.9.Aspect psychologique

Les malades en situation palliative doivent bénéficier de soins holistiques. Aussi, outre les soins physiques, les intervenants doivent être capables de leur proposer un soutien psychologique, social et spirituel qui commence dès l'annonce du diagnostic [45].

La nécessité pour ces malades d'avoir un soutien psychologique découle de la fréquence élevée de troubles psychologiques, tels que la dépression, l'angoisse, l'anxiété dont souffrent ces malades et leurs familles mais aussi les soignants [45].Le soutien spirituel s'impose lorsque face à la maladie chronique et incurable, apparaissent chez le malade, des doutes quant à son existence et son devenir. Il est donc important d'offrir un système de soutien pour aider les patients à vivre positivement jusqu'à leur décès et à apporter aux soignants une aide [45].

I.10.Gestion des symptômes

I.10.1.Prise en charge de la douleur

La douleur est un symptôme dont la prise en charge commence par l'évaluation qui repose sur la localisation, type de douleur, horaire, facteurs déclenchant, le retentissement et l'intensité. La mesure de l'intensité de la douleur repose sur des échelles validées [46] :

-Échelle visuelle analogique (EVA) : L'EVA repose sur un support mécanique, type réglette avec une face graduée (face évaluateur) et une face non graduée (face patiente). Le malade situe le curseur de la règle à l'endroit qui lui parait le plus présentatif de l'intensité de la douleur. Graduée de 0 à 10 soit 100mm, elle a deux extrémités : une correspondant à l'absence de la douleur et l'autre à une douleur maximale inimaginable. L'interprétation de la douleur se fait sur la base de trois qualificatifs attribués à des valeurs numériques. Ainsi de façons arbitraires, la douleur est dite faible si inférieur à 30 mm, la douleur est modérée entre 30-60 mm et la douleur est forte si supérieure à 60 mm.

-Échelle numérique (EN) : Avec l'échelle numérique, le patient donne une note de 0 à 100 (ou 10). La note 0 est définie par « douleur absente ». La note maximale 100 (ou 10) par « douleur très intense, insupportable ».

-Échelle verbale simple : Elle consiste à demander au patient de qualifier la douleur qu'il récent. Cette qualification sera tirée dans un lot de cinq qualificatifs qui à leur tour, sont attribuées à des valeurs numériques. Ainsi de façons arbitraires, l'EVS comprend cinq qualificatifs :

*Pas de douleur = 0 ;

*Douleur faible = 1 ;

*Douleur modérée = 2 ;

*Douleur intense = 3 ;

*Douleur très intense = 4

I.10.1.1.Gestion non pharmacologique de la douleur

Des facteurs à la fois physiques et psychologiques affectent la manière dont les patients ressentent la douleur et permettent de la soulager. La prise en charge est de plusieurs types [47] :

-Physique: massages, exercices, physiothérapie, chirurgie

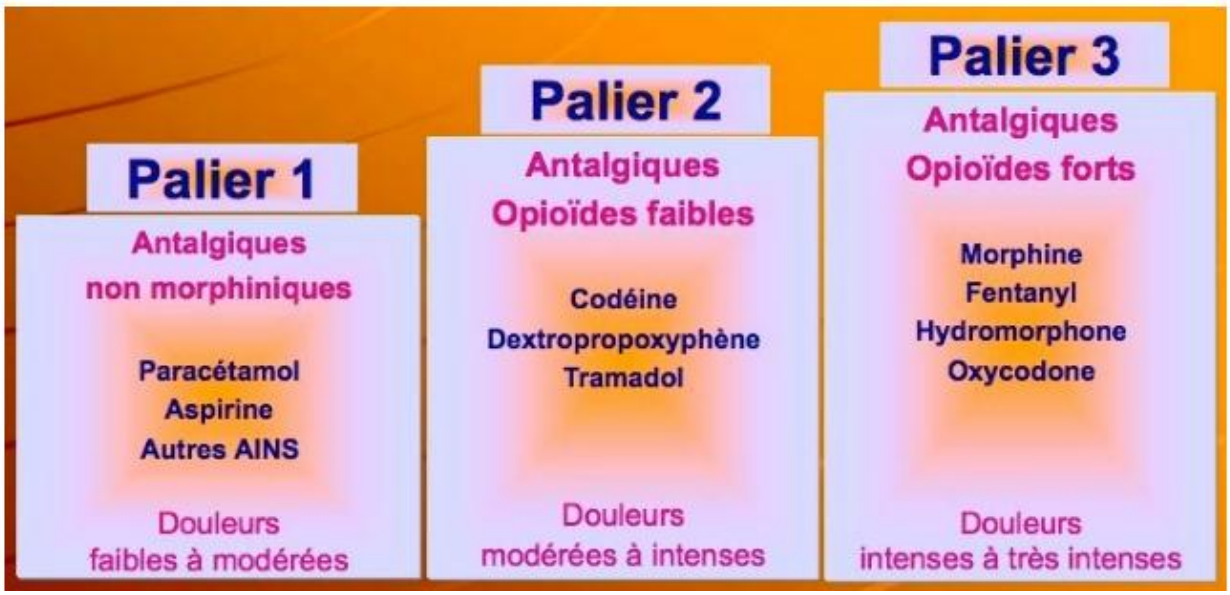
-Psychologique: renforcer les mécanismes d'adaptation du patient par des conseils, des thérapies de relaxation, etc.

-Social: l'aide à la résolution des problèmes sociaux ou culturels au moyen de ressources communautaires, soutien financier et juridique, etc.

-Spirituel: la consultation religieuse et la prière.

I.10.1.2.Gestion pharmacologique de la douleur

Figure 3 : Hiérarchie des antalgiques (Classification de l'OMS)



En 1984, l'OMS a proposé un protocole de prise en charge de la douleur, plus particulièrement du cancer, en définissant 3 paliers ou niveaux :

- **Palier 1**

Ce palier est composé d'analgésiques non morphiniques ou non opioïdes aussi appelés antalgiques périphériques. Ils sont indiqués dans les douleurs légères à modérées [48].

-Paracétamol: enfants de moins de 1 an : 10-15mg/kg po toutes les 6-8heures;

1-5 ans: 10-15mg/kg po toutes les 6-8heures; 5-12 ans po 250-500mg toutes les 6-8heures. 75 mg/kg/jour doses maximales. Dose adulte: 500 mg po toutes les 6hrs-1g; dose quotidienne max 4g [48].

-Ibuprofène: Chez les enfants: 5 mg / kg po toutes les 6-8hrs. 30 mg/kg/jour Max dans trois ou quatre doses fractionnées [48].

Dose adulte: 400 mg po toutes les 6-8hrs. 1.2g dose maximale par jour.

-Le diclofénac (AINS): Chez les enfants de 6 mois à 12 ans: 2-3mg/kg en 24Heure po en deux ou trois doses. Dose adulte: 50 mg po toutes les 8hrs. La dose maximale est de 150 mg par jour [48].

- **Palier 2 (opioïdes faibles)**

Ce palier comprend des analgésiques morphiniques faibles. Ils sont parfois associés à des antalgiques de niveau I en raison de la synergie d'action. Ils sont indiqués pour des douleurs modérées non calmées par des antalgiques de niveau I et les douleurs intenses [48].

-La codéine: enfants de plus de 6 mois: po 0.5-1mg/kg toutes les 6heures.

Dose adulte: 30-60mg po 4 toutes les 4 heures (dose max 180-240mg par jour)

-Trama dol: Les enfants de plus de 12 ans: 50-100mg PO toutes les 4-6heures.

Dose adulte: 50-100mg PO toutes les 4-6heures.

- **Palier 3 (opioïdes forts)**

Ce palier est composé d'analgésiques morphiniques forts regroupant les agonistes purs, les agonistes partiels et les agonistes antagonistes. Ils sont indiqués pour des douleurs très sévères voire rebelles [48].

-Morphine: Ce médicament reste la molécule de référence des opioïdes agonistes. Elle est active, quelle que soit sa voie d'administration, y compris orale. Chez les nourrissons <6 mois, la dose initiale est de 0,02 mg/ kg po toutes 4hrs; et pour les nourrissons dont la tolérance aux opioïdes est acquise, la dose initiale de 0,04 mg/kg par voie orale toutes les 4hrs [48].

Chez l'adulte la posologie initiale est 1 mg/kg par jour. Elle peut être réduite de moitié chez les sujets faibles ou âgés. La dose de morphine correcte est celle qui donne le soulagement de douleur, il n'y a pas de 'limite' ou dose maximale, mais toute augmentation doit être graduelle [48].

-Péthidine: Environ 10 fois moins puissante que la morphine, la péthidine est essentiellement utilisée par voie parentérale. Sa durée d'action est d'environ 4 heures. L'administration chronique de cet opioïde est déconseillée chez le vieillard ou chez l'insuffisant rénal. Il est recommandé que les doses soient administrées en les titrant par rapport à la douleur. Chez l'enfant la dose maximale à ne pas dépasser est de 10 mg / kg / 24 h et chez l'adulte elle est de 600 mg / 24h [48].

- **Les analgésiques adjuvants**

La conception multifactoriel de la douleur suggère que toute ses composantes (somatiques, cognitive ou affective) telles que l'anxiété, la peur ou l'insomnie peuvent en abaisser le seuil d'apparition. Des médicaments efficaces sur ces symptômes peuvent être prescrits à titre adjuvant pour réduire la douleur, améliorer sa tolérance ou réduire la consommation [48].

Au-delà de ces phénomènes indirects certains psychotropes et notamment les antidépresseurs ont des effets antalgiques propres dont les mécanismes ne sont pas clairement élucidés [48].

Les adjuvants sont particulièrement utiles dans la douleur qui n'est que partiellement sensibles aux opioïdes, par exemple les douleurs neuropathiques ostéo-articulaires, des spasmes des muscles lisses ou du squelette, ou la douleur liée à l'anxiété. Les adjuvants sont utilisés seuls ou en combinaison avec les antalgiques des étapes 1, 2 et 3 [48].

Les types d'adjuvants qui sont pertinents pour les soins palliatifs sont: les antidépresseurs, les anticonvulsivants, Les antispasmodiques, les myorelaxants, les anxiolytiques, les corticostéroïdes [48].

I.10.2.Prise en charge des troubles digestifs

Les troubles digestifs sont fréquents et divers.

I.10.2.1.Pathologies de la cavité buccale

Une bonne humidification est essentielle en cas de sécheresse buccal ce qui assurera confort et favorisera l'alimentation et la communication [49,50].

Devant une candidose buccale, des soins ou des bains de bouche avec la préparation suivante sont utiles : bicarbonate de sodium isotonique, un antifongique type nystatine éventuellement associés à un antiseptique type hexétidine. La stabilité de cette solution est de 3 jours. Le fluconazole en suspension buvable est une autre alternative [49,50].

I.10.2.2.Constipation

La constipation est fréquente, favorisée par les traitements médicamenteux, en particulier opioïdes, ou l'alitement [50,51].Le traitement est en premier lieu préventif, reposant sur le maintien d'une activité, d'une alimentation

riche en fibres et d'une hydratation satisfaisante. Un massage du cadre colique, dans le sens horaire, est également utile [50,51].

I.10.2.3.Diarrhée

La correction des pertes hydroélectrolytiques peut s'avérer utile, voire nécessaire et doit être évaluée en fonction du stade évolutif et du confort du patient. Il faut en premier lieu rechercher une étiologie médicamenteuse ou un fécalome, responsable de fausse diarrhée [51].

Le traitement d'une diarrhée médicamenteuse repose sur une diminution des doses ou un changement de molécule quand cela est possible. Pour les laxatifs, il est proposé de les arrêter quelques jours et de les réintroduire à plus petites doses [51].

Le traitement symptomatique repose sur : une adaptation du régime alimentaire par une éviction momentanée des laitages en cas de diarrhée infectieuse, arrêt des compléments nutritifs liquides, réhydratation en privilégiant la voie orale [52].

Le lopéramide est proposé en première intention, les autres anti-diarrhéiques opiacés tel que le racécadotril, la codéine ne sont utilisés qu'en cas d'échec du lopéramide [52].

I.10.2.4.Nausées et vomissements

Les nausées et vomissements sont fréquents, toutes pathologies confondues. Ils peuvent être d'origine iatrogène, d'origine métabolique, en rapport avec une occlusion, une constipation, une stase gastrique ou une hypertension intracrânienne, voire des troubles vestibulaires. Les neuroleptiques agissent par leur effet antidopaminergique. La réduction voire l'arrêt des apports oraux, des soins de bouche, une hydratation parentérale, le traitement spécifique d'un désordre métabolique ou d'une infection peuvent s'avérer nécessaires [53].

I.10.2.5.Dysphagie

La dysphagie peut être liée à une tumeur, par compression ou obstruction, iatrogène, en rapport avec un mauvais état de la cavité buccale. La méthylprednisolone est indiquée dans les obstructions œsophagiennes tumorales [53].

Des troubles neurologiques en sont parfois responsables voire l'anxiété. Elle peut s'accompagner de troubles de la déglutition et de fausses routes avec le risque d'infection respiratoire basse s'y associant [53].

I.10.2.6.Hoquet

Le hoquet est de fréquence variable et son origine peut être digestive ou extradigestive, en particulier cérébrale. Un épanchement pleural ou péritonéal est une origine possible et la ponction peut le soulager [54].

Le traitement symptomatique fait appel à différents types de molécules, en premier lieu, en cas de stase gastrique, le métoclopramide ou la dompéridone. Lorsque le hoquet est rebelle, l'halopéridol, la chlorpromazine s'avèrent souvent efficaces [54].

I.10.2.7.Ascite

Les diurétiques épargneurs de potassium type spironolactone sont le traitement de premier choix dans la gestion pharmacologique, car elle augmente l'excrétion du sodium et la réabsorption du potassium dans les tubules distaux. Les diurétiques de l'anse peuvent être utilisés en complément de la spironolactone, lorsque les doses maximales de ces derniers ont été atteintes [55].

La ponction d'ascite est une technique simple qui peut être utilisée à des fins diagnostiques ou thérapeutiques. En tant que procédure palliative, elle peut fournir de bons résultats tel que le soulagement des douleurs abdominales, de la dyspnée, des nausées, des vomissements et la dyspepsie [56].

I.10.2.8.Anorexie

Les corticoïdes ont un effet stimulant de l'appétit de façon transitoire. L'identification précoce des patients malnutris est bénéfique car elle améliore leur état nutritionnel et évite une détérioration supplémentaire [56].

L'alimentation orale doit être privilégiée. En fin de vie, elle vise surtout au confort et au plaisir du patient et doit être adaptée à son état et ses désirs. Des supplémentations hypercaloriques et hyperprotidiques peuvent être discutées. L'alimentation entérale ou parentérale doit être discutée en fonction de la volonté du patient, de l'attente quant à l'amélioration du confort qu'elle peut apporter, du stade évolutif et des possibilités thérapeutiques de l'affection initiale ou de l'épisode intercurrent, ainsi que de l'espérance de vie prévisible[56].

I.10.3.Prise en charge des troubles cutanés

I.10.3.1.Escarres

Les escarres sont notamment favorisées par la déshydratation, la dénutrition ainsi que l'alitement ou l'immobilisation. La prévention repose tout d'abord sur l'examen cutané régulier du patient. Un surmatelas ou un matelas anti-escarres est nécessaire de même, dans la mesure du possible, que la modification régulière des zones de pression en permettant les changements de position du patient, au mieux toutes les 2 à 3 heures. Assurer une hygiène cutanée correcte et éviter les macérations (urines, selles, etc.) font également partie de cette prévention [57].

I.10.3.2.Plaies cancéreuses

Les plaies cancéreuses peuvent être tumorales ou en rapport avec le traitement spécifique. Les plaies tumorales sont l'objet d'un traitement local, mais leur évolution est fonction du traitement anticancéreux [57].

Les plaies malodorantes peuvent entraîner l'exclusion du patient; les pansements au charbon activé ou le métronidazole en utilisation local ou générale sont intéressants dans cette indication [57].

I.10.3.3.Prurit

Le prurit doit faire l'objet d'une enquête et d'un traitement étiologique. Une obstruction biliaire, une insuffisance rénale peuvent en être à l'origine, mais aussi un syndrome paranéoplasique, voire une parasitose ou une intolérance vestimentaire ou une allergie [57].

La lutte contre la sécheresse cutanée débute par une application régulière d'émollients. Les antihistaminiques H1sont d'efficacité variable [57].

I.10.4.Prise en charge des troubles respiratoires

I.10.4.1.Toux

La toux, sèche ou productive, peut s'accompagner d'hémoptysie ou de vomissements. Elle est source possible de douleur, de dyspnée, d'anxiété, d'insomnie ou d'asthénie [55].

Lors d'une toux productive, une kinésithérapie respiratoire, si l'état du patient l'autorise, est utile. Les aérosols de þ-2-mimétiques sont intéressants en cas de bronchospasme associé [55].

Lors d'un encombrement trachéobronchique, en particulier en fin de vie, une restriction des apports hydriques doit être envisagée, précédant l'utilisation d'anticholinergiques (scopolamine) ou en association avec ceux-ci. Une aspiration peut s'avérer nécessaire [55].

La toux sèche peut bénéficier d'une humidification de l'air inspiré et du recours aux antitussifs essentiellement représentés par des opiacés. Une corticothérapie de type prednisolone en une prise matinale peut minorer une

toux irritative si celle-ci est en rapport avec une pathologie tumorale thoracique [55].

I.10.4.2.Dyspnée

Des techniques non médicamenteuses sont toujours mises en œuvre tel que rassurer et informer le patient, le mettre en position semi-assise, assurer un flux d'air dans la pièce [55].

La morphine, en réduisant la fréquence respiratoire et la perception de la gêne entraînée, est d'un grand intérêt. Lors d'une dyspnée continue les benzodiazépines à faibles doses peuvent améliorer la dyspnée par leur action anxiolytique et myorelaxante. Les bronchodilatateurs sous forme d'aérosol sont utiles lorsqu'il existe un bronchospasme associé [55].

I.10.4.3.Hémoptysies

De faible ou moyenne abondance, le recours à l'acide tranexamique ou l'acide epsilon-aminocaproïque est possible. Une radiothérapie localisée à visée hémostatique est possible après repérage fibroscopique de la lésion hémorragique, si l'état du patient le permet [55].

I.10.4.4.Infections respiratoires basses

Lors d'infections respiratoires basses une antibiothérapie se justifie à tout stade évolutif. Dans ce cas, un antibiotique à large spectre type ceftriaxone, cefotaxime est souvent efficace. De plus, le traitement de la fièvre, d'une dyspnée ou de la toux est entrepris [55].

I.10.4.5.Épanchements pleuraux

Les épanchements pleuraux peuvent faire l'objet de ponction ou drainage, voire de traitement plus incisifs, en fonction de la gêne occasionnée et ici encore de l'état physiologique du patient [55].

I.10.4.6.Râles agoniques

Les râles agoniques s'expriment par des bruits ronflants, humides, survenant dans un premier temps pendant l'expiration, et occupant ensuite les deux temps respiratoires jusqu'à devenir extrêmement bruyants. Ils résultent de l'accumulation de sécrétions salivaires et/ou respiratoires dans l'arrière-gorge chez un patient qui n'est plus capable d'avaler ou d'expectorer [55].

La prise en charge des râles agoniques repose sur l'information dispensée. Il s'agit d'une toux inefficace ou absente, le patient inconscient n'ayant pas la perception de ces râles, ceux-ci ne lui occasionnent pas d'inconfort [55].

Le positionnement en décubitus latéral, le torse légèrement surélevé, est une mesure simple et efficace, une aspiration bucco-pharyngée douce peut avoir un certain intérêt. Les apports hydriques sont réduits; la prescription précoce d'antisécrétoires est utile [55].

I.10.5.Prise en charge des troubles neuropsychiques

I.10.5.1.Anxiété

Elle peut accompagner un syndrome dépressif ou confusionnel ou en être le premier signe. Les benzodiazépines à demi-vie courte et sans métabolites actifs, administrées per os sont préférées. En outre, il existe d'autres molécules anxiolytiques : des antidépresseurs ou des neuroleptiques et, dans certains cas, les carbamate [58].

I.10.5.2.Dépression

La dépression, dont la prévalence serait d'environ 50% chez les patients cancéreux, est de diagnostic difficile en soins palliatifs. Le traitement passe par le règlement des problèmes symptomatiques et sociaux éventuels. L'écoute et la prise en considération du patient sont essentielles en s'aidant au mieux des personnes ressources repérées dans l'entourage du patient [58].

Au plan médicamenteux, diverses molécules sont utilisables : antidépresseurs tricycliques, les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) ont globalement une bonne tolérance [58].

I.10.5.3.Troubles du sommeil

L'insomnie d'endormissement, par réveils nocturnes ou mixte, est la plus signalée. Une étiologie doit être recherchée : dépression, anxiété, douleur ou autre symptôme ou plus simplement une mauvaise position dans un lit chez un patient qui ne peut se mouvoir [58].

Son traitement repose sur des mesures non médicamenteuses visant au confort physique, environnemental et sonore, respectant ou restaurant l'habitude du patient. Les hypnotiques et sédatifs sont bien indiqués en cas de réveils nocturnes ou d'insomnie mixte [58].

I.10.5.4.Syndrome confusionnel

Il associe des troubles cognitifs, comportementaux, de la vigilance, voire des hallucinations. Le traitement repose sur l'établissement d'un environnement calme et sécurisant, en apportant explications et orientation au patient. Un traitement neuroleptique, de préférence oral, est parfois utile, voire urgent, en particulier lors d'une dangerosité du patient [58].

I.10.6.Autres manifestations

Les urgences palliatives, y compris en phase terminale, sont une réalité. La dyspnée, la douleur, un globe vésical, une agitation ou une anxiété majeure en sont des démonstrations. Les hémorragies constituent une autre urgence palliative. Le traitement symptomatique peut faire appel à l'acide tranexamique. Une hémorragie importante en fin de vie, très anxiogène, peut justifier une sédation [59].

CHAPITRE II. MATERIELS ET METHODES

II.1.Type, période et lieu d'étude

Notre étude est de type transversal prospectif et descriptif sur une période d'un mois, du 24 janvier 2020 au 23 Février 2020.

Elle a été réalisée dans les services de Pédiatrie, de Chirurgie, de Médecine Interne et de Gynéco-obstétrique du Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge (CHUK).

CRITERES D'INCLUSION :

-Patients hospitalisés du 24/1/2020 au 23/2 /2020

-Patients répondant aux indicateurs de soins palliatifs et de support (SPICT)

-Patients hospitalisés dans les services de Médecine Interne, Chirurgie, Pédiatrie et Gynéco-Obstétrique

CRITERES D'EXCLUSION :

-Patients ayant refusé de participer à l'étude.

D’après l’outil Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT), un patient est identifié comme ayant des besoins de soins palliatifs si le patient présente au moins deux indicateurs généraux de santé précaire et au moins un indicateur clinique d’une ou plusieurs maladies limitant l’espérance de vie.

Indicateurs généraux de santé précaire

-Hospitalisation(s) non programmée(s)

-Echelle de performance médiocre ou en voie de détérioration, avec réversibilité limitée (ex. la personne reste au lit ou au fauteuil plus de la moitié du temps de veille).

-Dépend d’autrui pour les soins en raison de problèmes de santé physique et/ ou mentale qui se majorent. Davantage d’aide et de soutien sont nécessaires pour le proche aidant.

-Perte de poids progressive ; insuffisance pondérale persistante ; faible masse.

-Symptômes persistants malgré le traitement optimal des maladies sous-jacentes.

-La personne (ou sa famille) demande des soins palliatifs ; elle choisit de réduire, d’arrêter ou de ne pas commencer un traitement ; ou elle souhaite prioriser la qualité de vie.

Indicateurs cliniques d’une ou plusieurs maladies limitant l’espérance de vie

Cancer

L’état fonctionnel se détériore du fait d’un cancer progressif. Trop fragile pour le traitement spécifique du cancer ; l’objectif du traitement est le contrôle des symptômes.

Démence / fragilité

Incapacité à s'habiller, marcher ou manger sans aide.

La personne mange moins et boit moins ; difficultés à avaler.

Incontinence urinaire et fécale.

N'est plus capable de communiquer en parlant ; peu d'interactions sociales.

Chutes fréquentes ; fracture du fémur.

Épisodes fébriles récurrents ou infections ; pneumopathie d'inhalation.

Maladie neurologique

-Détérioration progressive des fonctions physiques et/ ou cognitives malgré une thérapie optimale.

-Problèmes d'élocution avec difficulté progressive pour communiquer et/ ou avaler.

-Pneumopathie d'inhalation récurrente; essoufflement ou insuffisance respiratoire.

-Paralysie persistant après un accident vasculaire cérébral, avec perte fonctionnelle importante et handicap permanent

Maladie cardiaque / vasculaire

-Insuffisance cardiaque ou maladie coronarienne étendue et non traitable, avec essoufflement ou douleur thoracique survenant au repos, ou pour un effort minime.

-Maladie vasculaire périphérique grave et inopérable.

Maladie respiratoire

-Insuffisance respiratoire chronique grave, avec essoufflement au repos ou pour un effort minime entre des décompensations aiguës.

-Hypoxie persistante, nécessitant une oxygénothérapie au long cours.

-A eu besoin de ventilation pour une insuffisance respiratoire, ou la ventilation est contre-indiquée.

Maladie rénale

-Insuffisance rénale chronique au stade 4 ou 5 (DFG < 30 ml/min) avec détérioration de la santé.

-Insuffisance rénale compliquant d'autres pathologies limitant l'espérance de vie, ou compliquant certains traitements.

-Arrêt ou non mise en œuvre de la dialyse.

Maladie du foie

-Cirrhose avec au moins une complication au cours de l'année précédente :

• ascite résistante aux diurétiques

• encéphalopathie hépatique

• syndrome hépatorénal

• péritonite bactérienne

• hémorragies récurrentes de varices œsophagiennes

-Transplantation hépatique impossible.

Autres maladies

Personnes dont l'état de santé se détériore, ou risquant de décéder, avec d'autres maladies ou complications qui ne sont pas réversibles ; les traitements disponibles auront des résultats médiocres.

II.2.Collecte et analyse des données

Nous avons enregistré systématiquement tous les patients identifiés comme nécessitant des soins palliatifs au CHUK pendant la période de notre étude et répondant aux critères d'inclusion.

Les données ont été recueillies à partir de l'interrogatoire, de la consultation des dossiers médicaux, des fiches d'hospitalisation et des registres d'hospitalisation.

Nous avons utilisé une fiche de collecte dont le modèle est présenté en annexe.

Les données ont été saisies sur Microsoft Excel et analysées par Epi info 7.2

II.3.Variables

a) Variables sociodémographiques :

Age, sexe, résidence, profession, niveau d'éducation, service d'hospitalisation

b) Variables cliniques :

Motifs d'hospitalisation, Antécédents, Hospitalisations antérieures, Classification OMS de l'échelle de performance, IMC, Notion de perte de poids, Etat nutritionnel, Symptômes, Principales pathologies, Comorbidités

c) Variables thérapeutiques : Traitements reçus, But du traitement.

II.4.Définitions opérationnelles

Dans le cadre de notre étude les définitions suivantes ont été appliquées :

❖ La dénutrition chez l'enfant [60]:

*Un critère phénotypique

-Perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois ou perte ≥ 10 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie

-IMC < courbe IOTF 18,5

*Un critère étiologique

-Réduction de la prise alimentaire ≥ 50 % pendant plus d'1 semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport à la consommation alimentaire habituelle quantifiée ou aux besoins protéino-énergétiques estimés

-Absorption réduite (maldigestion/malabsorption)

-Situation d'agression: pathologie aiguë, chronique évolutive ou pathologie maligne évolutive

❖ La dénutrition chez l'adulte [60]:

*Un critère phénotypique

-Perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois ou perte ≥ 10 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie

-IMC < 18, 5 kg/m^2

-Réduction quantifiée de la masse et/ou de la fonction musculaires

*Un critère étiologique

-Réduction de la prise alimentaire ≥ 50 % pendant plus d'1 semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport à la consommation alimentaire habituelle quantifiée ou aux besoins protéino-énergétiques estimés

-Absorption réduite (mal digestion/malabsorption)

-Situation d'agression: pathologie aiguë, chronique évolutive ou pathologie maligne évolutive

❖ Echelle de performance médiocre est définie par une échelle ≥ à 3 selon la classification de l'OMS [42]:

0. Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie

1. Activité physique diminuée mais ambulatoire capable de mener un travail

2. Capable de prendre soin de soi-même. Incapable de travailler et alité moins de 50% du temps

3. Capable seulement de quelques activités. Alité ou en chaise plus de 50% du temps

4. Incapable de prendre soin de soi-même. Alité ou en chaise en permanence

II.5.Limites et contraintes de l'étude

Le manque d'un certain plateau technique sur notre lieu d'étude n'a pas permis de confirmer certains diagnostics. L'interrogatoire chez les patients très malades a été difficile et s'est fait auprès de son entourage.

II.6.Aspect éthique

Le consentement éclairé verbal a été demandé. L'anonymat et la confidentialité ont été respectés.

CHAPITRE III. RESULTATS

III.1. Prévalence

Durant la période de notre étude, 964 patients ont été hospitalisés dans les services de médecine interne, de chirurgie, de Pédiatrie et de Gynéco-obstétrique et 73 patients ont été identifiés comme nécessitant des soins palliatifs. Les 73 cas représentaient donc 7,57% des admissions au sein du CHUK.

III. 2. Données Epidémiologiques

III.2.1. Age

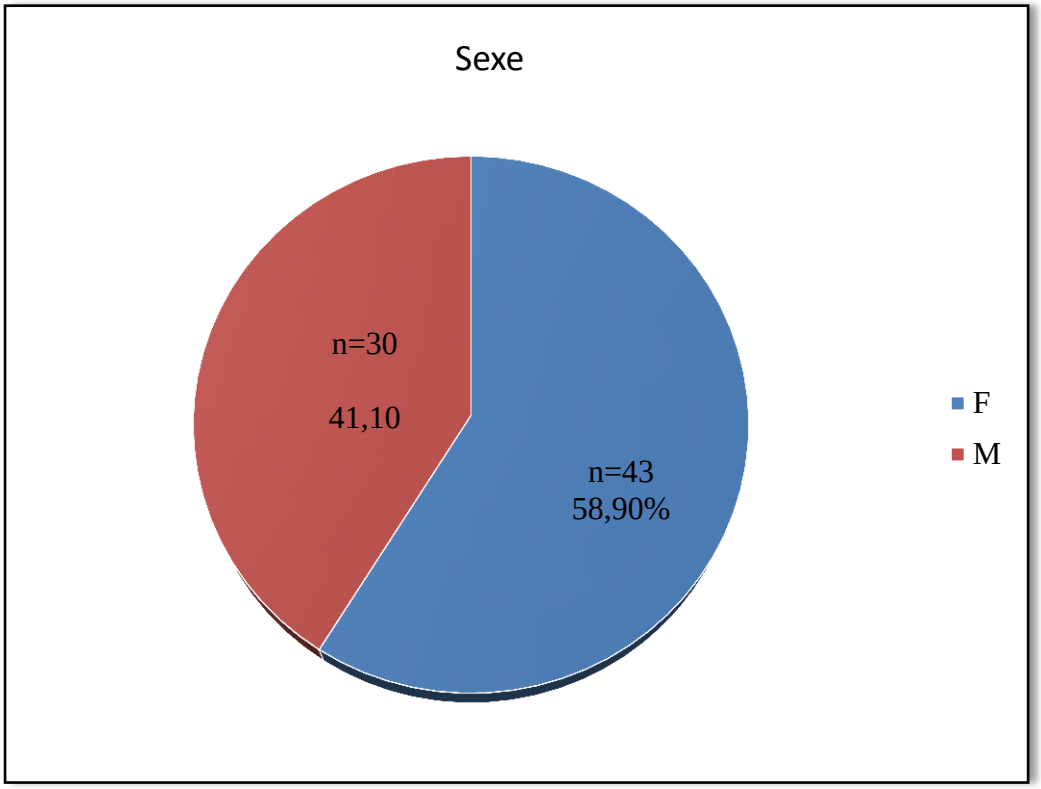
Tableau I : Répartition des patients selon les tranches d'âge

Age	Effectif	Pourcentage
0–14 ans	11	15,07%
15-24 ans	5	6,85%
25-34 ans	3	4,11%
35-44 ans	12	16,44%
45-54 ans	12	16,44%
55-64 ans	12	16,44%
65ans et plus	18	24,65%
TOTAL	**73**	**100,00%**

L'âge moyen des patients était de 48,7 ans ± 24,35avec des extrêmes de 3 mois et 93 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 65 ans et plus représentée par 18 cas (24,65%), suivie des tranches d'âges 35-44 ans, 45-54 ans, 55-64 ans avec chacune 12 cas (16,44%).

III.2.2. Sexe

Graphique I : Répartition des patients selon le sexe



Sur 73 patients recueillis durant notre période d'étude, 43 patients (58,90%) étaient de sexe féminin contre 30 patients (41,10%) de sexe masculin.

Le sex-ratio était de 1,4 en faveur des femmes.

III.2.3. Résidence

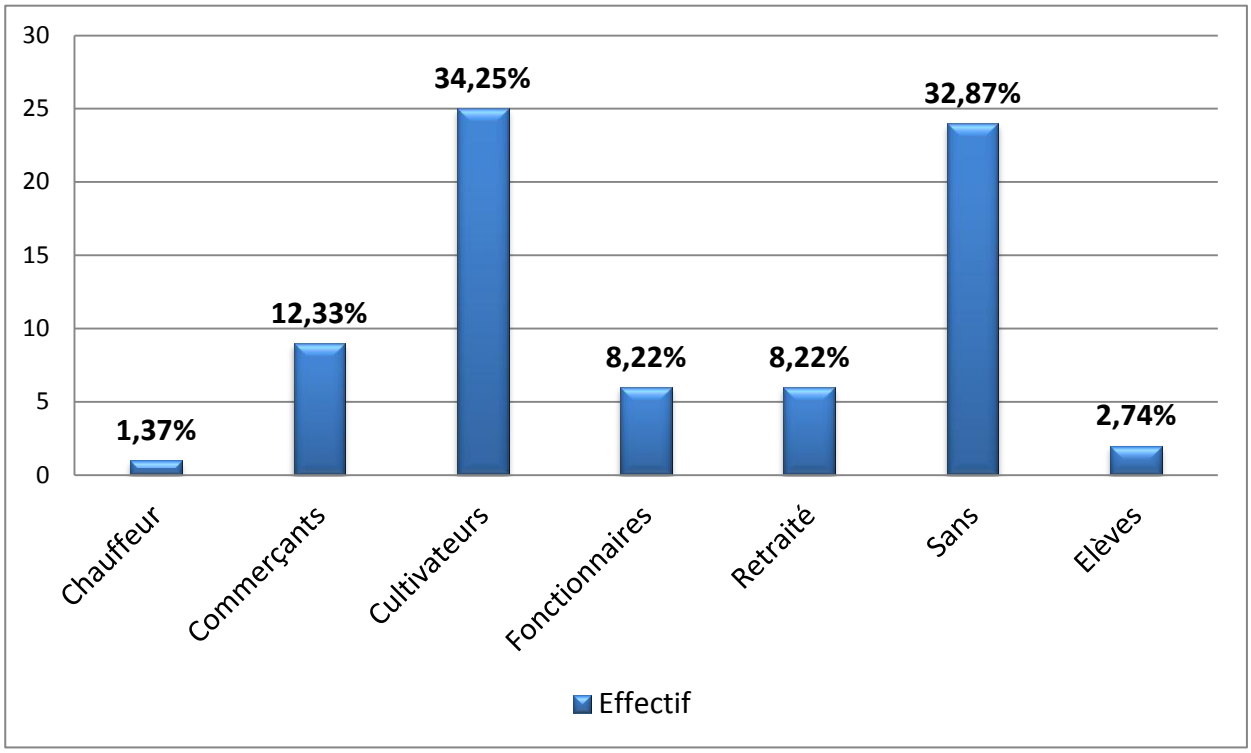
Tableau II : Répartition des patients selon le lieu de résidence

Adresse	Effectif	Pourcentage
Bujumbura Mairie	24	32,87%
Bujumbura	10	13,70%
Gitega	8	10,96%
Bururi	5	6,85%
Cibitoke	5	6,85%
Rumonge	5	6,85%
Muramvya	4	5,48%
Bubanza	3	4,11%
Kayanza	3	4,11%
Muyinga	2	2,74%
Cankuzo	1	1,37%
Kirundo	1	1,37%
Makamba	1	1,37%
Ngozi	1	1,37%
TOTAL	**73**	**100,00%**

Dans notre série 24 patients (32,87%) habitaient la ville de Bujumbura et 49 patients (67,13%) habitaient l'intérieur du pays.

III.2.4. Profession

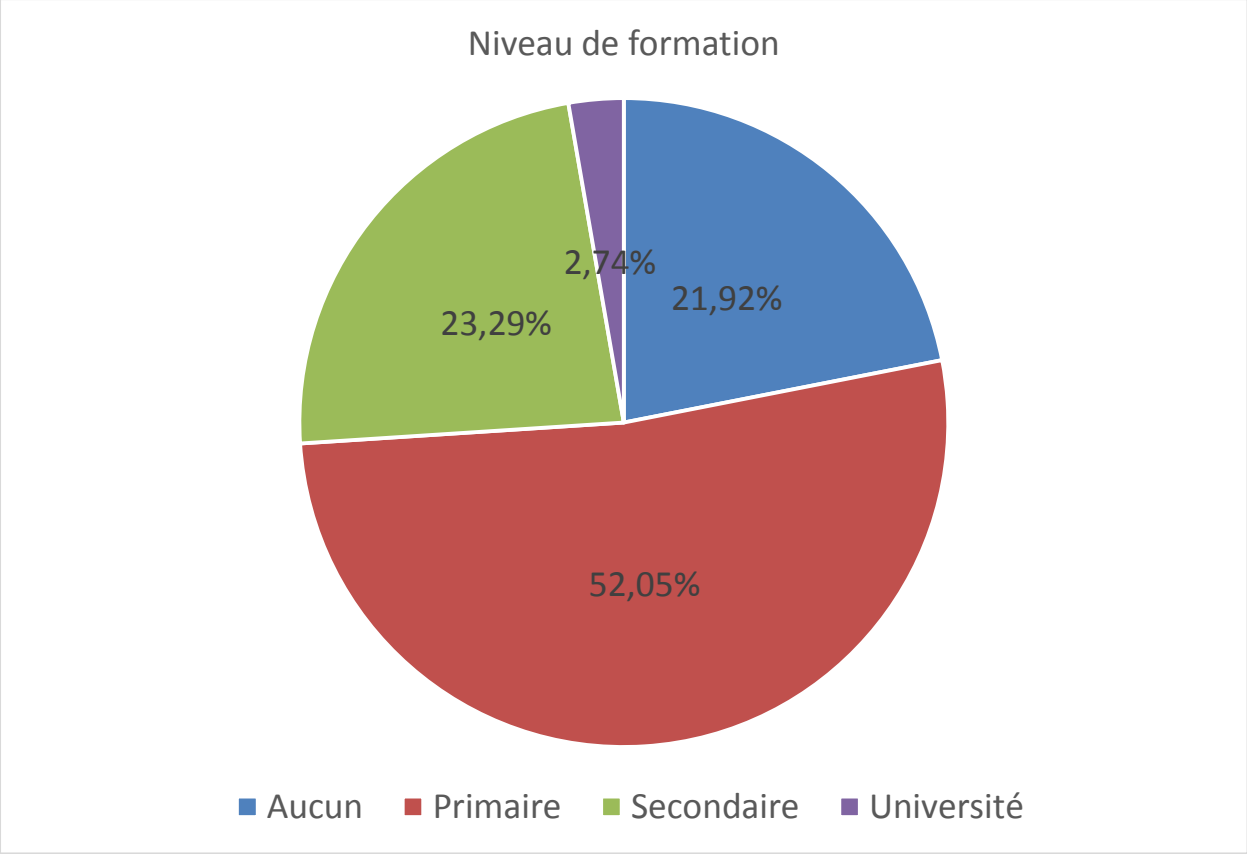
Graphique II: Répartition des patients en fonction de la profession



La catégorie des cultivateurs était la plus représentée avec un effectif de 25 patients (34,25%). Les sans professions venaient en deuxième position avec un effectif de 24 patients (32,87%). Les commerçants occupaient la troisième place avec un effectif de 9 patients (12,33%)

III.2.5. Niveau de formation

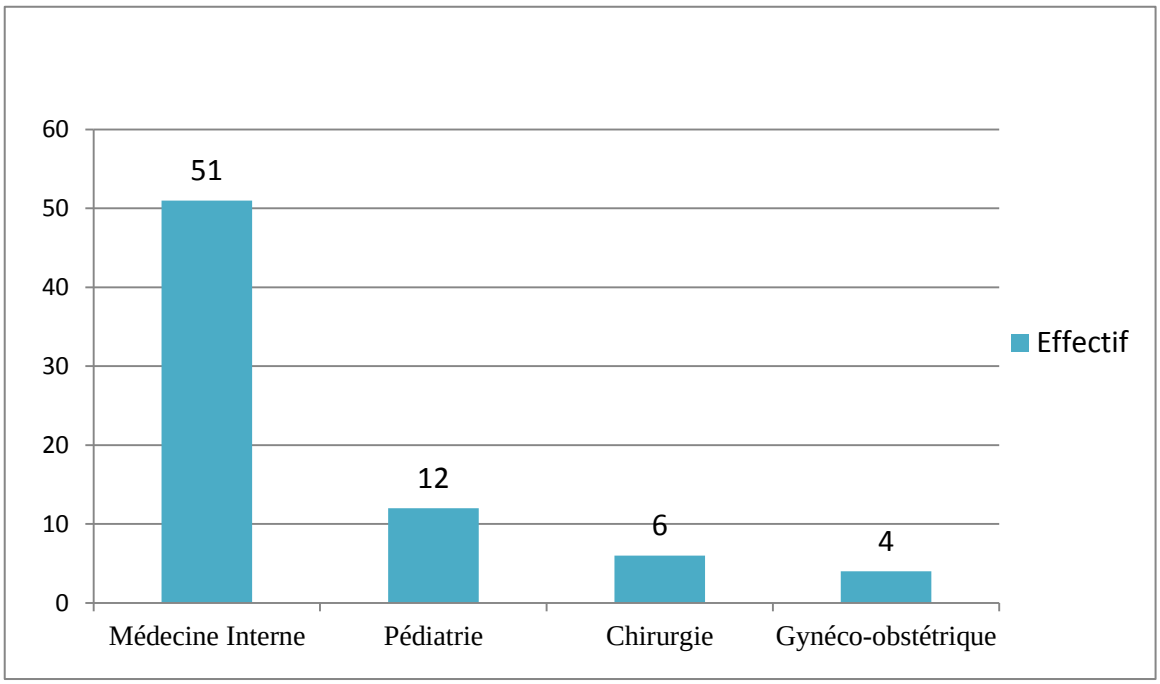
Graphique III : Répartition des patients en fonction du niveau de formation



Le niveau de formation dans notre série était globalement bas, 73.97% des patients avaient au plus un niveau primaire et seulement 2,74% avaient un niveau supérieur.

III.2.6.Service d'hospitalisation

Graphique IV : Répartition des patients en fonction du service d'hospitalisation

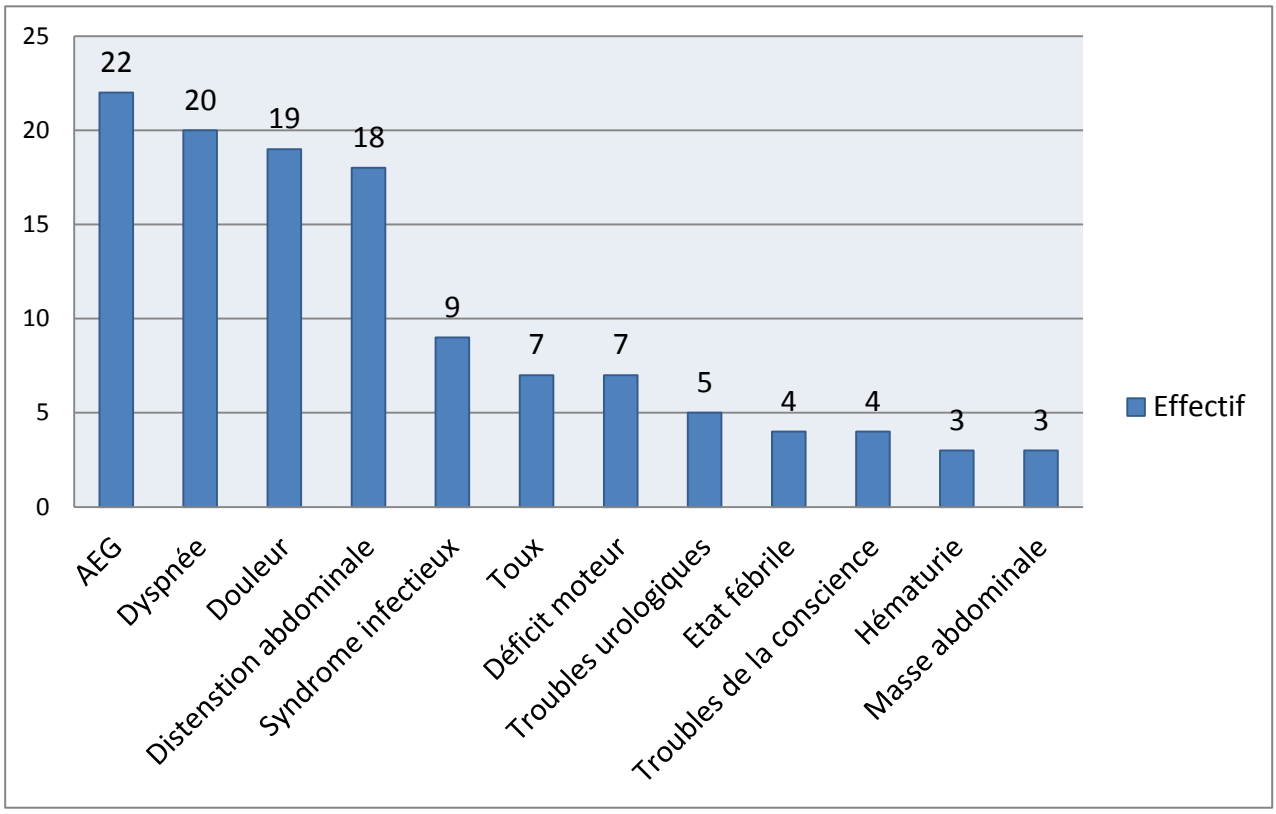


La majorité des patients étaient hospitalisés dans le service de Médecine Interne soit 51 patients (69,86%), 12 patients (16,44%) étaient hospitalisés dans le service de Pédiatrie, 6 patients (8,22%) étaient hospitalisés dans le service de Chirurgie et 4 patients (5,48%) étaient hospitalisés dans le service de Gynéco-obstétrique.

III.3. Données cliniques

III.3.1.Motifs d'hospitalisation

Graphique V : Répartition des patients en fonction des motifs d'hospitalisations



Dans notre série le principal motif d'hospitalisation était l'AEG avec 22 cas (30,14%) suivi de la dyspnée avec 20 cas (27,40%) et de la douleur avec 19 cas (26,03%).

III.3.2.Antécédents et terrains médicaux

Tableau III : Répartition des patients selon les antécédents et terrains médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
VIH	15	20,55%
HTA	14	19,18%
TBC	11	15,07%
DBT	5	6,85%
Asthme	4	5,48%
Hépatite C	2	2,74%
AVC	2	2,74%
Ictère	1	1,37%
Hématémèse	1	1,37%
AIT	1	1,37%
Tumeur cérébral	1	1,37%
Paludisme à répétition	1	1,37%
Exposition professionnel	1	1,37%
Sans antécédents et terrains médicaux	14	19,17%
Total	**73**	**100%**

Le VIH représentait 20,54% des antécédents et terrains médicaux suivis de l'HTA avec 19,18%.

III.3.3.Antécédents chirurgicaux

Tableau IV : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Hystérectomie	2	2,74%
Nodulectomie latéro-cervicale	1	1,37%
Fracture du col	1	1,37%
Mammectomie	1	1,37%
Craniectomie	1	1,37%
Colostomie	1	1,37%
Gastrectomie	1	1,37%
Sans antécédents chirurgicaux	65	89,04%
Total	**73**	**100%**

La majorité des patients soit 89,04 % n'avaient aucun antécédent chirurgical. L'hystérectomie représentait 2,74 % des antécédents chirurgicaux.

III.3.4.Hospitalisations antérieures

Tableau V : Répartition des patients selon les hospitalisations antérieures au cours des 12 derniers mois

Hospitalisations antérieures	Effectif	Pourcentage
Aucune	33	45,20%
1	20	27,40%
2	18	24,66%
3	2	2,74%
TOTAL	**73**	**100,00%**

Dans notre série 33 patients (45,20%) n'avaient jamais été hospitalisés au cours des 12 derniers mois. La majorité des patients soit 40 (54.80%) avaient été hospitalisés au moins une fois, 20 patients (27,40%) avaient été hospitalisés seulement une fois, 18 patients (24,66%) avaient été hospitalisés 2 fois et 2 patients (2,74%) avaient été hospitalisés 3 fois au cours des 12 derniers mois.

III.3.5.Echelle de performance

Tableau VI : Répartition des patients selon la classification OMS de l'échelle de performance

Classification OMS	Effectif	Pourcentage
1	5	6,85%
2	5	6,85%
3	31	42,46%
4	32	43,84%
TOTAL	**73**	**100,00%**

La majorité des patients soit 63(86,30%) avaient une échelle de performance ≥ à 3. Les patients avec une échelle de performance cotée à 3 étaient au nombre de

31 (42,46%) et 32 patients (43,84%) avaient une échelle de performance cotée à 4.

III.3.6.IMC chez l'adulte

Tableau VII: Répartition des patients adultes en fonction de l'indice de masse corporelle

IMC	Effectif	Pourcentage
<17kg/m^2	21	33,88%
17-18,5kg/m^2	18	29,02%
>18,5kg/m^2	23	37,10%
TOTAL	**62**	**100,00%**

Dans notre série 21 patients adultes (33,88%) avaient un IMC <à 17kg/m^2 et 18 patients (29,02%) avaient un IMC compris entre 17-18,5kg/m^2.

III.3.7.IMC chez l'enfant

Tableau VIII: Répartition des patients enfants en fonction de l'indice de masse corporelle

IMC	Effectif	Pourcentage
<Courbe 17kg/m^2	6	54,55%
Courbe 17kg/m2-18,5kg/m^2	3	27,27%
>Courbe 18,5kg/m^2	2	18,18%
TOTAL	**11**	**100,00%**

La majorité des enfants soit 6 patients (54,55%) avaient un IMC en dessous de la courbe de 17kg /m^2.

III.3.8.Perte de poids

Tableau IX : Répartition des patients selon la perte de poids supérieure à 10% au cours des 12 derniers mois

Perte de poids supérieure à 10%	Effectif	Pourcentage
Oui	42	57,53%
Non	31	42,47%
TOTAL	**73**	**100,00%**

Dans notre série 42 patients (57,53 %) des cas présentaient une perte de poids supérieure à 10% au cours des 12 derniers mois

III.3.9.Etat nutritionnel

Tableau X: Répartition des patients adultes et enfants en fonction de l'état nutritionnel

Etat nutritionnel	Effectif	Pourcentage
Dénutris	48	65,75%
Non dénutris	25	34,25%
TOTAL	**73**	**100,00%**

Sur les 73 patients inclus dans notre étude chez qui les critères de diagnostic de la dénutrition ont été appliqués, il a été observé 48 patients dénutris (65,75%).

III.3.10. Principaux symptômes

Tableau XI: Répartition des patients en fonction des principaux symptômes

Troubles digestifs	Effectif(73)	Pourcentage
Asthénie	63	86,30%
Anorexie	52	71,23%
Douleur	46	63,01%
Amaigrissement	42	57,53%
Toux	31	42,46%
Anxiété	24	32,87%
Ascite	22	30,14%
Dyspnée	21	28,77%
Troubles du sommeil	19	26,03%
Constipation	17	23,29%
Nausées et vomissements	14	19,18%
Syndrome confusionnel	12	16,44%
Pathologies de la cavité buccale	10	13,70%
Diarrhée	7	9,60%
Escarres	6	8,22%
Dysphagie	4	5,50%
Epanchement pleural	4	5,50%
Hémoptysie	4	5,50%
Prurit	3	4,11%
Hoquet	1	1,37%
Plaies Cancéreuses	1	1,37%

L’asthénie était le symptôme le plus retrouvé (86,30%) suivi par l’anorexie qui était retrouvée chez 71,23% des patients et la douleur qui était retrouvée chez 63,01% des patients.

III.3.11. Douleur

Tableau XII : Répartition des patients selon la présence de la douleur

Douleur	Effectif	Pourcentage
Oui	46	63,01%
Non	27	36,99%
TOTAL	**73**	**100,00%**

Dans notre série 46 patients (63,01%) présentaient une douleur.

III.3.12. Intensité de la douleur selon l'EVS

Tableau XIII : Répartition des patients selon l'intensité de la douleur

Intensité de douleur	Effectif	Pourcentage
Faible	22	47,82%
Modéré	13	28,26%
Intense	7	15,21%
Très intense	4	8,71%
TOTAL	**46**	**100,00%**

La majorité des patients soit 22 (47,82 %) évaluaient la douleur comme légère et seulement 4 patients (8,71%) décrivaient la douleur comme très intense (insupportable).

III.3.13. Principales pathologies

Tableau XIV : Répartition des patients selon les pathologies (CIM 10)

Groupes pathologiques	Effectif(73)	Pourcentage
Pathologies malignes	**21**	**28,77%**
cancer du col	3	4,11%
cancer de l'estomac	2	2,74%
cancer du foie	2	2,74%
cancer du sein	3	4,11%
cancer de la prostate	2	2,74%
Suspicion de Leucémie	2	2,74%
Cancer colorectale	2	2,74%
Suspicion de Lymphome	1	1,37%
Cancer de la vessie	1	1,37%
Tumeur cérébrale	1	1,37%
Suspicion de cancer du poumon	2	2,74%
Maladies de l'appareil circulatoire	**18**	**24,66%**
AVC	5	6,85%
Insuffisance Valvulaire	4	5,48%
Insuffisance cardiaque	9	12,33%
Maladies infectieuses et parasitaires	**13**	**17,80%**
VIH / SIDA	13	17,80%
Malformations congénitales	**6**	**8,22%**
Cardiopathies congénitales	5	6,85%
Malformations des voies biliaires	1	1,37%
Maladies de l'appareil digestif	**6**	**8,22%**
Cirrhose	6	8,22%
Maladies de l'appareil respiratoire	**5**	**6,85%**
BPCO	5	6,85%
Maladies néphrologiques	**4**	**5,48%**
Insuffisance rénale terminale	4	5,48%
TOTAL	**73**	**100%**

Dans notre série les pathologies malignes viennent en tête avec 21 cas (28,77%), suivi des maladies de l'appareil circulatoire avec 18 cas (24,66%), les maladies infectieuses et parasitaires avec 13 cas (17,80%), les malformations congénitales avec 6 cas (8,22%), les maladies de l'appareil digestif avec 6 cas

(8,22%), les maladies de l'appareil respiratoire avec 5 cas (6,85%) et les maladies néphrologiques avec 4 cas (5,48%).

III.3.14. Les comorbidités

Tableau XV: Répartition selon les comorbidités

Co morbidities	Effectif (73)	Pourcentage
Aucune	37	50,68%
1	22	30,14%
2	10	13,70%
3	3	4,11%
4	1	1,37%

Dans notre série 36 patients (49,32 %) avaient au moins une comorbidité et 14 patients (19,18%) avaient au moins 2 comorbités.

III.4.Attitude thérapeutique

III.4.1.Traitements reçus

Tableau XVI : Répartition des patients selon les traitements reçus

Attitudes thérapeutiques	Effectif (73)	Pourcentage
Antalgiques	29	39,73%
Antibiotiques	28	38,36%
Diurétiques	27	36,99%
Antihypertenseurs	16	21,91%
Antituberculeux	13	17,81%
Oxygène	12	16,44%
Antirétroviraux	11	15,07%
Corticoïdes	8	10,96%
Inhibiteurs de la pompe à proton	7	9,59%
Laxatifs	6	8,22%
Antiagrégants plaquettaires	4	5,48%
Transfusion	4	5,48%
Anticonvulsivants	2	2,74%
Hémostatiques	2	2,74%
Antitussifs	2	2,74%

Dans notre série le traitement antalgique était le plus administré avec 29 cas (39,73%) suivi par l'antibiothérapie et les diurétiques avec respectivement 28 cas (38,36%) et 27 cas (36,99%).

III.4.2. Traitement antalgique

Tableau XVIII : Répartition des patients selon le traitement par antalgiques

Antalgiques	Effectif	Pourcentage
Aucun	13	30,95%
Palier 1	19	45,24%
Palier 2	10	23,81%
Palier 3	0	0%
Total	**42**	**100%**

Parmi les patients présentant une douleur 19 patients (45,24%) ont reçu un traitement antalgique du premier palier et 10 patients (23,81%) ont reçu un traitement antalgique de deuxième palier.

III.4.3. But du traitement

Tableau XVII : Répartition des patients selon le but du traitement

But du traitement	Effectif	Pourcentage
Ralentissement de l'évolution	50	68,50%
Amélioration symptomatique	23	31,50%
Total	**73**	**100,00%**

Sur les 73 patients inclus dans notre étude 48 patients (68,50%) ont bénéficiés d'un traitement ayant pour but le ralentissement de l'évolution de la maladie et 23 patients (31,50%) ont reçu un traitement ayant pour but une amélioration symptomatique.

CHAPITRE IV.DISCUSSION DES RESULTATS ET REVUE DE LA LITTERATURE

IV.1. Prévalence

Durant la période de notre étude soit un mois, 964 patients ont été hospitalisés dans les services de médecine interne, de chirurgie, de Pédiatrie et de Gynéco-obstétrique et 73 patients ont été identifiés comme nécessitant des soins palliatifs. Les 73 cas représentent donc 7,57% des patients hospitalisés sur cette période. Des chiffres variables ont été trouvés par d'autres auteurs.

Tableau XIX : Comparaison de la prévalence avec d'autres auteurs

Auteurs	Pays	Année	Prévalence
C Bouté et al [61]	France	1999	31%
DT Nguyen et al [62]	France	2001	5,5%
CM Gott et al [63]	Royaume Uni	2001	23%
L Jaulin et al [64]	France	2006	5,85%
Gott et al [65]	Nouvelle-Zélande	2013	19,8%
L van Niekerk et al [18]	Afrique du Sud	2014	16,6%
A Jacinto et al [66]	Ouganda	2015	37,7%
Desmedt et al [67]	Belgique	2015	9,4%
P Acharya et al [68]	Népal	2017	30%
Notre série	**Burundi**	**2020**	**7,57%**

Les prévalences observées à travers la littérature montrent une grande variabilité avec des valeurs oscillant entre 5,5 % et 37,7%.

La variabilité de ces résultats s'explique par le fait qu'il n'existe toujours pas de consensus sur la définition même des soins palliatifs mais aussi sur la méthodologie. La plupart des études, au cours l'identification des patients, se basent sur le jugement subjectif du personnel soignant.

IV. 2. Données sociodémographiques

IV. 2. 1. Age

L'âge moyen des patients était de 48,7 ans ± 24,35.

Nos résultats sont comparables à ceux de P Acharya et al [68], L van Niekerk et al[18], H Hamdi et al [69], L Masumbuka et al [70], qui avaient trouvé respectivement une moyenne d'âge de 43,07 ans, de 48 ans, de 51,7 ans et de 53,7 ans. L'âge des patients varie entre 3 mois et 93 ans et le constat qui se dégage est que les soins palliatifs peuvent être instaurés à tout âge.

La tranche d'âge la plus représentée est celle de 65 ans et plus avec 18 patients (24,65%). La fréquence élevée dans cette tranche d'âge s'explique par le fait que les pathologies chroniques augmentent avec l'âge.

IV.2.2. Sexe

Dans notre étude, les femmes sont au nombre de 43, soit 58,90% des cas. Les hommes représentent 41,10% (n=30). Le sexe ratio est de 1,43 (F/H)

Nos résultats sont comparables à ceux des autres auteurs. Ainsi Desmedt et al [67] dans leur étude sur les patients pouvant nécessiter des soins palliatifs dans un hôpital général en Belgique et A Jacinto et al [66] dans leur étude sur la prévalence de pathologies limitant l'espérance de vie dans un hôpital de référence en Ouganda avaient également trouvé une prédominance féminine avec des sex-ratio respectifs de 1,2 et 1,5.

IV.2.3. Résidence

Dans notre série la majorité des patients soit 49 patients (67,12%) provenaient de l'intérieur du pays et les patients de la Mairie de Bujumbura représentaient 36,74% de l'ensemble des patients.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la grande partie de la population vit en milieu rural et que le CHUK où s'est déroulé l'étude est un hôpital spécialisé de référence national. Les patients y viennent donc en provenance de tout le pays à la recherche de soins de haut niveau.

IV.2.4.Profession

Dans notre série, les catégories des cultivateurs, des sans professions et commerçants étaient les groupes de profession les plus représentés avec des taux respectifs estimés à 34,25% (25cas), 32,88% (24 cas) et 12,33% (9 cas).

En effet, les cultivateurs sont les plus nombreux dans notre population et c'est ce qui explique leur prédominance dans notre série. Il en serait de même pour le groupe des sans professions car la majorité des non scolarisés et les femmes au foyer sont considérées comme sans profession.

IV.2.5. Service d'hospitalisation

La majorité des patients étaient hospitalisés dans le service de Médecine Interne soit 51 patients (69,86%), 12 patients (16,43%) étaient hospitalisés dans le service de Pédiatrie, 6 patients (8,21%) étaient hospitalisés dans le service de Chirurgie et 4 patients (5,47%) étaient hospitalisés dans le service de Gynéco-obstétrique.

Dans leur étude sur les besoins en soins palliatifs dans un hôpital général au Népal, P Acharya et al [68] avaient trouvé que 48,27% des patients étaient hospitalisés dans le service de Médecine Interne et de Gériatrie.

La prédominance des patients dans le service de Médecine Interne dans notre série pourrait être expliquée par le fait que la majorité des patients souffrant de pathologies chroniques sont traités dans ce service. L'autre explication tient au fait que les personnes âgées sont hospitalisées normalement dans le service de gériatrie mais ce service n'existe pas sur notre lieu d'étude. Ces patients sont donc hospitalisés dans le service de Médecine Interne.

IV.3. Données cliniques

IV.3.1. Motifs d'hospitalisation

Dans notre série le principal motif d'hospitalisation était l'AEG avec 22 cas (30,14%) suivi de la dyspnée avec 20 cas (27,40%) et de la douleur avec 19 cas (26,03%).

Nos résultats sont comparables à ceux de Marie Lepori [71] dans son étude sur des patients adressés à une équipe mobile de soins palliatifs qui avait trouvé que l'AEG est le premier motif d'admission suivi de la douleur puis de la dyspnée.

Nos résultats sont également comparables à ceux de Carole Fourcade [72] dans son étude sur les motifs d'hospitalisation des patients inclus dans un réseau de soins palliatifs qui avait trouvé l'AEG comme principal motif d'admission suivi par des troubles respiratoires.

IV.3.2. Perte de poids

Dans notre série 42 patients (57,53 %) des cas présentaient une perte de poids supérieure à 10% au cours des 12 derniers mois.

Nos résultats sont différents de ceux d'Afshar et al [73] en Allemagne qui avait trouvé que 35,4% des patients présentaient une perte de poids progressive.

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des patients consultent les services de santé à un stade avancé de leur pathologie.

IV.3.3. Hospitalisations antérieures

Dans notre série 34 patients (46,58%) n'avaient jamais été hospitalisés au cours des 12 derniers mois. La majorité des patients soit 39(53.42%) avaient été hospitalisés au moins une fois, 20 patients (27,40%) avaient été hospitalisés seulement une fois, 18 patients (24,66%) avaient été hospitalisés 2 fois et 2 patients (2,74%) avaient été hospitalisés 3 fois au cours des 12 derniers mois.

Nos résultats sont proches de ceux de DT Nguyen et al [62] qui avait trouvé que 56% des patients étaient connus de l'hôpital et y avaient été déjà hospitalisés.

IV.3.4. Echelle de performance

La majorité des patients soit 63(86,30%) avaient une échelle de performance ≥ à 3. Les patients avec une échelle de performance cotée à 3 étaient au nombre de 31 (42,47%) et 32 patients (43,84%) avaient une échelle de performance cotée à 4.

Nos résultats sont proches de ceux de DT Nguyen et al [62], L Jaulin et al [64] et J Lambert et al [74] qui avaient trouvé que respectivement 79%, 80% et 86% des patients avaient une échelle de performance médiocre.

IV.3.5. Principaux symptômes

Dans notre série, l'asthénie est le symptôme le plus retrouvé (86,30%) suivi par l'anorexie avec 71,23% des patients et la douleur qui est retrouvée chez 63,01% des patients.

Nos résultats sont proches de ceux de Hamdi H et al [69] qui avait retrouvé l'asthénie et la douleur comme principaux symptômes dans respectivement 83,6%, 70,4% des cas.

Nos résultats sont également proches de ceux de L Jaulin et al [64] qui retrouve l'asthénie, l'amaigrissement et la douleur dans respectivement 82%, 58% et 51 % des cas.

IV.3.6. La douleur

Dans notre série 46 patients (63,01%) présentaient une douleur. La majorité des patients soit 22 (47,82%) évaluaient la douleur comme légère, 22 patients (28,26%) évaluaient la douleur comme modérée, 7 patients (15,21%) des patients évaluaient la douleur comme intense et seulement 4 patients (8,71%) des patients décrivaient la douleur comme très intense (insupportable).

Nos résultats sont proches de ceux de H Hamdi et al [69] qui avait retrouvé la douleur chez 70,4% des patients et chez 56,6% des patients la douleur était évaluée de modérée à sévère.

IV.3.7. Etat nutritionnel

Selon la littérature, la dénutrition hospitalière est comprise entre 30 et 50%.La dénutrition touche principalement les personnes âgées dépendantes et celles souffrant de pathologies chroniques, y compris les enfants [75].

Sur les 73 patients inclus danse notre étude chez qui les critères de diagnostic de la dénutrition ont été appliqués, il a été observé 48 dénutris soit 65,75% des patients.

Dans notre étude la prévalence de la dénutrition est élevée. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les patients inclus sont porteurs de pathologies chroniques et la tranche d'âge la plus représentée est celle des personnes âgées.

IV.3.8. Principales pathologies

Dans notre série les pathologies malignes viennent en tête avec 21cas (28,77%), suivi des maladies de l'appareil circulatoire avec 18 cas (24,66%), les maladies infectieuses et parasitaires avec 13 cas (17,80%), les malformations congénitales avec 6 cas (8,22%), les maladies de l'appareil digestif avec 6 cas (8,22%), les maladies de l'appareil respiratoire avec 5 cas (6,85%) et les maladies néphrologiques avec 4 cas (5,48%).

Des résultats similaires aux nôtres ont été retrouvés par d'autres auteurs. Ainsi CM Gott et al [63] au Royaume Uni avait trouvé que les principales pathologies sont les pathologies malignes viennent en tête (54%) suivis par les pathologies de l'appareil circulatoire (23%). C Bouté et al [61] en France avait également retrouvé les pathologies malignes et les pathologies de l'appareil circulatoire avec respectivement 49% et 15,4% des cas comme principales pathologies nécessitant les soins palliatifs.

IV.3.9. Comorbidités

Dans notre série 49,32 % des cas avaient au moins une comorbidité et 19,18% avaient au moins 2 comorbités.

Nos résultats sont comparables à ceux de L van Niekerk et al [18] qui avait trouvé que la moitié des patients avaient au moins une comorbidité.

IV.4. Aspect thérapeutique

Dans notre série le traitement antalgique était le plus administré avec 29 cas (39,73%) suivi par l'antibiothérapie et les diurétiques avec respectivement 28 cas (38,36%) et 27 cas (36,99%).

Parmi les patients présentant une douleur 19(45,24%) ont reçu un traitement antalgique du premier palier et 10 (23,81%) ont reçu un traitement antalgique de deuxième palier et aucun patient n'avait reçu d'antalgique de troisième palier.

Nos résultats sont proches de ceux de H Hamdi et al [69] au Sénégal qui avait trouvé que 41,44% des patients présentant une douleur avaient reçu un antalgique de premier palier, 15,13% avaient reçu un antalgique de deuxième palier et 2% avaient reçu un antalgique de troisième palier.

Sur les 73 patients inclus dans notre étude 50 patients (68,50%) ont bénéficiés d'un traitement ayant pour but le ralentissement de l'évolution de la maladie et 23 patients soit (31,50%) ont reçu un traitement ayant pour but une amélioration symptomatique.

Dans leur étude sur les patients nécessitant des soins palliatifs hospitalisés dans un centre universitaire en France, J Lambert et al [74] avaient trouvé que 54% des traitements avaient pour but de ralentir la progression de la maladie, 25% avaient pour but la recherche d'une rémission chez les patients avec un cancer et 17% avec un but d'amélioration symptomatique.

CHAPITRE V.CONCLUSION ET SUGGESTIONS

V.1.CONCLUSION

Au terme de notre étude, l'analyse de nos résultats et leur confrontation aux données de la littérature nous a permis de tirer les conclusions suivantes :

L'outil SPICT nous a permis d'identifier les patients en hospitalisation nécessitant des soins palliatifs.

Les besoins en soins palliatifs chez les patients hospitalisés sont une réalité au CHUK avec une prévalence non négligeable.

Les soins palliatifs peuvent être instaurés chez toutes les tranches d'âges et plus particulièrement chez les personnes âgées.

Les maladies chroniques non transmissibles sont les plus retrouvées chez les patients nécessitant des soins palliatifs.

V.2. SUGGESTIONS

Aux autorités du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida :

-Mettre en place une politique sanitaire de soins palliatifs en vue d'intégrer à tous les niveaux des services de soins palliatifs

- Elaborer un guide national de prise en charge des patients en soins palliatifs

-Mettre en place un programme de formation du personnel de santé sur la prise en charge des patients en soins palliatifs

- Rendre disponible les médicaments adaptés pour la prise en charge des patients en soins palliatifs

-Mettre en place des programmes de prise en charge des personnes âgées

Aux Médecins et autres prestataires de soins :

-D'évaluer précocement les patients pouvant nécessiter de soins palliatifs à l'aide de différents outils d'identification.

-Adopter la prise en charge de soins palliatifs selon les recommandations internationales actualisées.

-Mettre en place une prise en charge multidisciplinaire dans la gestion des symptômes.

Aux étudiants de la faculté de Médecine :

-De s'investir dans des recherches plus poussées pour compléter ce travail.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. World Health Organization. Definition of palliative care. Secondary definition of palliative care 2011. http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/ Consulté le 17/1/2020

2. Rosenwax LK, McNamara B, Blackmore AM, Holman CDJ. Estimating the size of a potential palliative care population. Palliat Med. 2005. 19(7):556-62

3. Organisation Mondiale de la Santé (OMS), «Soixante-septième assemblée mondiale de la santé », point 15.5 de l'ordre du jour provisoire, « Renforcement des soins palliatifs en tant qu'élément de traitement intégré à toutes les étapes de la vie: Rapport du Secrétariat », 2014.

4. Worldwide Palliative Care Alliance and World Health Organization, « Global Atlas of Palliative Care at the End of Life », 2014.

5. UNAIDS. UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic. Secondary UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2018.

6. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet, 2016; 388(10053):1659-1724.

7. Parikh RB, Kirch RA, Smith TJ, Temel J S. Early Specialty Palliative Care-Translating Data in Oncology into Practice. N Engl J Med. 12 déc 2013;369(24):2347-51.

8. Pirl WF, Greer JA, Traeger L, Jackson V, Lennes IT, Gallagher ER, et al. Depression and survival in metastatic non-small-cell lung cancer: effects of early palliative care. J Clin Oncol. 20 avr 2012;30(12):1310-5.

9. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Hannon B, Leighl N, Oza A, et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: a clusterrandomised controlled trial. Lancet. 2014;383(9930):1721-30.

10. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med. 2010;363(8):733-42.

11. Greer JA, Pirl WF, Jackson VA, Muzikansky A, Lennes IT, Heist RS, et al. Effect of early palliative care on chemotherapy use and end-of-life care in patients with metastatic non-small-cell lung cancer. JClin Oncol. 2012;30(4):394-400.

12. Gott M, Ingleton C, Bennett MI, Gardiner C. Transitions to palliative care in acute hospitals in England: qualitative study. BMJ Support Palliat Care. 2011; 1(1):42-48.

13. Abarshi EA, Echteld MA, Van den Block l, et al. Recognising patients who will die in the near future: a nationwide survey via the Dutch Sentinel Network of GPs. Br J Gen Pract 2011;61:e371–8.

14. Harding R, Higginson IJ. Palliative care in sub-Saharan Africa. Lancet. 2005; 365(9475):1971-1977.

15. Clark D, Wright M, Hunt J, Lynch T. Hospice and palliative care development in Africa: a multi-method review of services and experiences. J Pain Symptom Manage. 2007;33(6):698-710.

16. Keirse E, Beguin C, Desmedt M, Deveugele M, Menten J, Simoens S, Wens J, Borgermans L, Kohn L, Spinnewijn B, Cardinael A, Kutten B, Vanden Berghe P, Paulus D: Organisations des soins palliatifs en Belgique. 2009, KCE reports 115B.

17. Sigurdardottir KR, Haugen DF. Prevalence of distressing symptoms in hospitalised patients on medical wards: A cross-sectional study. BMC Palliat Care. 2008;7:16.

18. van Niekerk L, Raubenheimer PJ : A point-prevalence survey of public hospital inpatients with palliative care needs in Cape Town, South Africa.S Afr Med J. 2014 Feb;104(2):138-41.

19. Lamontagne, C. « Évolution et tendances à travers les définitions des soins palliatifs dans Les cahiers de soins palliatifs ». Tendances et enjeux, 1999, N° 1, p : 11 –16, Gouvernement du Québec.

20. Association Canadienne des soins palliatifs, OTTAWA, « Modèle soins palliatifs : fondé sur les normes de politique et principes nationaux », 2013p : 1,30.

21. Matthieu Stipon : État des lieux de la prise en charge en soins palliatifs en médecine générale en Seine-Maritime et dans l'Eure. 2016 p21-23.

22. Powell RA, Harding R, Namisango E, et al. Palliative care research in Africa: consensus building for a prioritized agenda. J Pain Symptom Manage. 2014;47(2):315-324.

23. Rhee JY, Luyirika E, Namisango E, Powell RA, Garralda E, Pons JJ, de Lima L, Centeno C. APCA Atlas of Palliative Care in Africa. IAHPC Press; 2017.

24. Krakowski I, Boureau F, Bugat R, Chassignol L, Colombat P, Copel L, et al. For a coordination of the supportive care for people affected by severe illnesses: proposition of organization in the public and private health care centres. Bull Cancer (Paris).2004;91(5):449-56.

25. Broca A de, Ginies P. Douleurs - Soins palliatifs - Deuils: Module 6. 4e édition. Issyles-Moulineaux: Elsevier Masson; 2012. 240 p.

26. Sylvie Legrain, Marie-Thérèse Cousin. Soins palliatifs et terminaux, Guide Pratique de Gériatrie, MMI Éditions, 1998.

27. Burucoa B. Enseignement et recherche. In :Neuwirth L. Pour une politique de développement des soins palliatifs et de l'accompagnement. Rapport du Sénat n° 209. Paris : Sénat,1999.

28. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. BMJ: British Medical Journal. 2005;330(7498):1007-1011.

29. Pain & Policy Studies Group, «Mettre fin aux souffrances évitables : Améliorer les soins palliatifs en Afrique francophone», Mai 2015.

30. Ferris FD, Balfour HM, Bowen K, et al. A model to guide patient and family care: based on nationally accepted principles and norms of practice. J Pain Symptom Manage. 2002;24(2):106-123.

31. National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, 2004.

32. World Health Organization. Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers, 2016.

33. Kobewka D, Ronksley P, McIsaac D, Mulpuru S, Forster A. Prevalence of symptoms at the end of life in an acute care hospital: a retrospective cohort study. CMAJ Open. 2017;5(1):E222-E228.

34. Ross DD, Alexander CS. Management of common symptoms in terminally ill patients: Part I. Fatigue, anorexia, cachexia, nausea and vomiting. Am Fam Physician. 2001;64(5):807-814.

35. Higginson IJ. Health care needs assessment: palliative and terminal care. In: Stevens A, Raftery J, editors. Health care needs assessment. Oxford/New York: Radcliffe Medical Press; 1997.

36. Brumley RD, Enguidanos S, Cherin DA. Effectiveness of a home-based palliative care program for end-of-life. J Palliat Med. 2003;6(5):715-724.

37. Abarshi E, Onwuteaka-Philipsen B, Donker G, Echteld M, Van den Block L, Deliens L. General practitioner awareness of preferred place of death and correlates of dying in a preferred place: a nationwide mortality follow-back study in the Netherlands. J Pain Symptom Manage. 2009;38(4):568-577.

38. McKinley RK, Stokes T, Exley C, Field D. Care of people dying with malignant and cardiorespiratory disease in general practice. Br J Gen Pract. 2004;54(509):909-913.

39. Walsh RI, Mitchell G, Francis L, van Driel ML. What Diagnostic Tools Exist for the Early Identification of Palliative Care Patients in General Practice? A systematic review. J Palliat Care. 2015;31(2):118-123.

40. Lüthi F, Borasio G, Bernard M. Identification des patients palliatifs : enjeux et outils de dépistage, Rev Med Suisse 2017; volume 13. 307-309.

41. Small N, Gardiner C, Barnes S, et al. Using a prediction of death in the next 12 months as a prompt for referral to palliative care acts to the detriment of patients with heart failure and chronic obstructive pulmonary disease. Palliat Med. 2010; 24(7):740-741.

42. Thomas K, Noble B. Improving the delivery of palliative care in general practice: an evaluation of the first phase of the Gold Standards Framework. Palliat Med. 2007;21(1):49-53.

43. Maas EA, Murray SA, Engels Y, Campbell C. What tools are available to identify patients with palliative care needs in primary care: a systematic literature review and survey of European practice. BMJ Support Palliat Care. 2013;3(4):444-451.

44. B. Matray, « Les soins palliatifs : approche éthique », *Laennec*, Paris, octobre 1995.

45. Beaulieu M B. L'accompagnement au quotidien, Masson, Paris, 1997.103p.

46. Collège des enseignants de neurologie. Bases neurophysiologiques, évaluation d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique. Neurologie, Elsevier-Masson; 2016.

47. Stanos S, Houle TT. Multidisciplinary and interdisciplinary management of chronic pain. PHYS Med Rehabil Clin North Am. 2006;17:435-50.

48. Calvino B, Thibault K. Douleurs: Évaluation - Diagnostic –Traitement (2010): 11, 26-36.

49. Delgado MB, Burns L, Quinn C, Moles DR, Kay EJ. Oral care of palliative care patients - carers' and relatives' experiences. A qualitative study. *Br Dent J*. 2018;224(11):881-886.

50. Guide pratique de soins palliatifs.Tome 1,Aspects médicaux ,Paris ,John Libbey,2005.

51. Clemens KE, Klaschik E. Management of constipation in palliative care patients. Curr Opin Support Palliat Care. 2008; 2: 22-27.

52. Zeppetella G: Palliative care in clinical practice, Springer-Verlag London 1st Edition 2012, 304 p.

53. Goldstein N, Morrison R: Evidence-based practice of palliative medicine, Elsevier Saunders 2013, 522 p.

54. Marinella MA. Diagnosis and management of hiccups in the patient with advanced cancer. J Support Oncol 2009;7(4):122-7, 130.

55. Varin D, Levy Soussan M, Chabert A: Soins palliatifs chez l'adulte: Aspects cliniques ,EMC-Traité de Médecine Akos 2012 ;7(4) 1-10.

56. Association Africaine des Soins Palliatifs. Manuel de soins palliatifs en Afrique, 2010.

57. Yennurajalingam S, Bruera, E: Handbook of hospice and palliative medicine and supportive care. Oxford American handbooks 2nd Edition 2016, 529 p.

58. Buckley J: Palliative Care: An Integrated Approach , John Wiley & Sons 1st Edition 2008 ,305 p.

59. Christina Faull, Kerry Blankley: Palliative Care, Oxford University Press 2nd edition, 2015,169 p.

60. Haute Autorité de Santé: Diagnostic de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte, Méthode Recommandations pour la pratique clinique, 2019.

61. Boute C, Millot I, Ferre P, et al. Comment estimer les besoins en soins palliatifs dans les établissements de court séjour ? À propos d'une expérience en Côte d'Or. Santé Publique, 1999 ; 11 (1) :29-39.

62. Nguyen, D. & Frank-Soltysiak, Marie & Bisson, M. Étude des besoins des patients en phase avancée d'une maladie évolutive dans un CHU. Santé publique 2001, volume 13, no 4, pp. 339-347.

63. Gott MC, Ahmedzai SH, Wood C. How many inpatients at an acute hospital have palliative care needs? Comparing the perspectives of medical and nursing staff. Palliat Med2001;15: 451-60.

64. Jaulin L, Planchet B, Derniaux A. Enquête de prévalence régionale PACA des patients relevant de soins palliatifs spécifiques. Med Palliat 2006;5: 184-9.

65. Gott et al.: Palliative care need and management in the acute hospital setting: a census of one New Zealand Hospital. BMC Palliative Care 2013 12:15.

66. Jacinto A, Masembe V, Tumwesigye NM, Harding R. The pre-valence of life-limiting illness at a Ugandan National Referral Hospital: a 1-day census of all admitted patients. BMC Support Palliat Care 2015;5:196-9.

67. Desmedt MS, de la Kethulle YL, Deveugele MI, Keirse EA, Paulus DJ, Menten JJ, et al. Palliative inpatients in general hospitals: a one day observational study in Belgium. BMC Palliat Care2011; 10:2.

68. Acharya P, Pandey B, Pokhrel Y, Baral K, Munday D, Gongal R. Palliative care need among inpatients in acute general hospitals in Nepal: A point prevalence survey. J Patan Acad Health Sci. 2017;4:42–6.

69. Hamdi H, Ba O, Niang S, Ntizimira C, Mbengue M, Coulbary AS, et al. Palliative care need and availability in four referral hospitals in Senegal: results from a multicomponent assessment. J Pain Symptom Manag 2018;55:1122e30.

70. Masumbuku LJ, Sumaili KE, Mairiaux P, Gillain D, Petermans J. Chronic illness needing palliative care in Kinshasa hospitals, Democratic Republic of the Congo (DRC). Trop Med Health. 2017 May 5;45:11.

71. Marie Lepori Caractéristiques des patients adressés à une équipe mobile de soins palliatifs par le service des urgences d'un hôpital tertiaire. Mémoire de Maîtrise en médecine. Université de Lausana ; 2016, 29 p.

72. Carole FOURCADE Motifs d'hospitalisation des patients inclus dans le réseau de soins palliatifs de Haute-garonne : étude de 107 hospitalisations sur 6 mois en 2011-2012. Thèse de Médecine. UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER; 2014,50 p.

73. Afshar K, Wiese B, Schneider N, Müller MG. Systematic identification of critically ill and dying patients in primary care using the German version of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-DE). German medical science 2020;18: 1-9.

74. Jérôme Lambert, François Bourdillon, Michèle Lévy-Soussan, Patrick Thominet, Jean-Yves Delattre « Étude épidémiologique descriptive de l'ensemble des personnes relevant de soins palliatifs dans un centre universitaire français : comparaison entre 1997 et 2004 », Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique, 2006/2 (5).

75. Beau P. Epidémiologie de la dénutrition chez le malade hospitalisé. Traité de nutrition artificielle de l'adulte. Troisième édition. Editions Springer 2007 : pp 1093-1102.

ANNEXES

Fiche de collecte des données

N° fiche :……
Date : / /

I- PROFIL SOCIODEMOGRAPHIQUE

Age : …..Sexe : M ☐ F ☐
Profession :……
Niveau scolaire :
Primaire ☐ Secondaire ☐ Université ☐
Adresse……
Service d'hospitalisation……

II- ANTECEDENTS ET TERRAIN:

Personnels :
.....
Chirurgicaux :
.....
Hospitalisations antérieurs au cours des 12 derniers mois :
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐
Familiaux :
.....
Perte de poids supérieur à 10% au cours des 6 derniers mois
Oui ☐ Non ☐

III. CLINIQUE :

A. Motif d'hospitalisation :
.....
B.IMC chez l'adulte :
< 17kg/ m^2 ☐ 17kg/m2 -18,5 kg/m^2 ☐ > 18,5 kg/m^2 ☐

C.IMC chez l'enfant :
<Courbe 17kg/m^2 ☐ 17-18,5kg/m^2 ☐ >Courbe 18,5kg/m^2 ☐

B. Etat général (classification OMS)
0. Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie ☐
1. Activité physique diminuée mais ambulatoire capable de mener un travail ☐
2. Capable de prendre soin de soi-même. Incapable de travailler et alité moins de 50% du temps ☐
3. Capable seulement de quelques activités. Alité ou en chaise plus de 50% du temps ☐
4. Incapable de prendre soin de soi-même. Alité ou en chaise en permanence ☐

C. Douleur :
Oui ☐ Non ☐
Si Oui : Faible ☐ Modérée ☐ Intense ☐ Très intense ☐
D. Troubles digestifs

- Pathologies de la cavité buccale : Oui ☐ Non ☐
-Constipation : Oui ☐ Non ☐
-Ascite : Oui ☐ Non ☐
-Diarrhée : Oui ☐ Non ☐
-Syndrome subocclusif : Oui ☐ Non ☐
-Nausées et vomissements : Oui ☐ Non ☐
-Dysphagie : Oui ☐ Non ☐
-Hoquet : Oui ☐ Non ☐
-Anorexie : Oui ☐ Non ☐
E. Troubles respiratoires

-Toux : Oui ☐ Non ☐
-Dyspnée : Oui ☐ Non ☐
-Hémoptysie : Oui ☐ Non ☐
-Epanchements pleuraux : Oui ☐ Non ☐
F. Troubles cutanés
-Escarres : Oui ☐ Non ☐
-Plaies cancéreuses : Oui ☐ Non ☐
-Prurit : Oui ☐ Non ☐
G. Troubles neuropsychiques
-Anxiété : Oui ☐ Non ☐
-Dépression : Oui ☐ Non ☐
-Trouble du sommeil : Oui ☐ Non ☐
-Syndrome confusionnel : Oui ☐ Non ☐
H. Autres manifestations
.....
I. Diagnostic
.....
V. Attitude thérapeutique
A. Antalgiques : Oui ☐ Non ☐
Si Oui Palier 1 ☐ Palier 2 ☐ Palier 3 ☐
B. Laxatifs : Oui ☐ Non ☐
C. Antitussifs : Oui ☐ Non ☐
D. Anxiolytiques : Oui ☐ Non ☐
E. Antidépresseurs : Oui ☐ Non ☐
F. But du traitement : Ralentissement de l'évolution ☐ Amélioration symptomatique ☐

G. Autres .....

SERMENT D'HIPPOCRATE

«En qualité de membre de la profession médicale :

J'exercerai ma profession avec conscience et dignité, dans le respect des bonnes pratiques médicales ;

Je perpétuerai l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale ;

Je témoignerai à mes professeurs, à mes collègues et à mes étudiants le respect et la reconnaissance qui leur sont dus ;

Je partagerai mes connaissances médicales au bénéfice du patient et pour les progrès des soins de santé ;

Je veillerai à ma propre santé, à mon bien-être et au maintien de ma formation afin de prodiguer des soins irréprochables ;

Je n'utiliserai pas mes connaissances médicales pour enfreindre les droits humains et les libertés civiques, même sous la contrainte ;

Je fais ces promesses sur mon honneur, solennellement, librement. »

RESUME

But : Contribuer à l'étude des soins palliatifs chez les patients en hospitalisation au CHUK.

Matériel et méthodes : Notre étude est de type transversal prospectif et descriptif sur une période d'un mois, du 24 janvier 2020 au 23 Février 2020. Elle a été réalisée dans les services de Pédiatrie, de Chirurgie, de Médecine Interne et de Gynéco-obstétrique du CHUK.

Résultats : Durant la période de notre étude, la prévalence hospitalière était de 7,57%. L'âge moyen des patients était de 48,7 ans et la tranche d'âge la plus représentée était celle de 65 ans et plus. La prédominance était féminine avec un sex-ratio de 1,4 en faveur des femmes. La majorité des patients soit 69,86% étaient hospitalisés dans le service de Médecine Interne. L'asthénie était le symptôme le plus retrouvé suivi par l'anorexie et la douleur. Les pathologies causales les fréquentes étaient les pathologies malignes (28,77%) et les maladies de l'appareil circulatoire (24,66%).Dans notre série le traitement antalgique était le plus administré (39,73%) suivi par l'antibiothérapie (38,36%) et les diurétiques (36,99%). Parmi les patients présentant une douleur 45,24% ont reçu un traitement antalgique du premier palier et 23,81% ont reçu un traitement antalgique de deuxième palier ; 68,50% des patients ont bénéficiés d'un traitement ayant pour but le ralentissement de l'évolution de la maladie et 31,50% des patients ont reçu un traitement ayant pour but une amélioration symptomatique.

Conclusion : Notre étude nous a permis d'identifier les patients en hospitalisation pouvant nécessiter des soins palliatifs, toutes les tranches d'âges sont représentées et plus particulièrement les personnes âgées. Les pathologies malignes et circulatoires sont les plus fréquentes. La prise en charge avait pour but majoritairement un ralentissement de l'évolution de la maladie.

Mots clés: soins palliatifs, prévalence, épidémiologie, CHUK