

## I PROBLEME

L'objectif de ce CAP est d'aider les prestataires de soins à observer des changements dans l'état nutritionnel des patients qui reçoivent des soins palliatifs et de donner des directives d'interventions si les patients présentent une insuffisance pondérale significative et sont donc sous-alimentés. Ce CAP vise les soins pour les personnes souffrant d'une ou de plusieurs affections médicales graves et dont l'espérance de vie est limitée. Bien que le terme « soins palliatifs » soit souvent utilisé pour faire référence à des personnes sans maladie en phase terminale, ce CAP ne vise pas les besoins de ces patients.

Les prestataires de soins professionnels reconnaissent que l'alimentation par sonde et l'hydratation à la fin de la vie sont rarement favorables pour le patient. Cela peut toutefois être très difficile pour les membres de la famille. C'est pourquoi l'équipe soignante doit fournir une éducation et des soins adaptés au patient et à ses prestataires de soins informels.

Pour conserver la masse musculaire et le poids corporel, les patients qui n'ont pas de maladie en phase terminale et qui ne sont pas très actifs ont besoin au quotidien de 25 grammes de calories et d'un gramme de protéines par kilo de poids corporel. De nombreux patients qui reçoivent des soins palliatifs ne sont toutefois pas en mesure d'ingérer cette quantité de calories et de protéines et ils ne peuvent donc pas conserver leur poids corporel. Certains ne mangent pas parce qu'ils ne ressentent plus la sensation de faim ou parce qu'ils se sentent mal après avoir mangé. Il se peut parfois que la perte de poids soit la conséquence de graves nausées et de vomissements fréquents. Si le patient perd beaucoup de poids, on doit vérifier s'il est en mesure d'ingérer certaines vitamines, comme de la vitamine K.

Le poids total reflète la masse corporelle et toute accumulation de liquide anormale dans les membres, l'estomac et les poumons. C'est pourquoi le poids total d'un patient qui reçoit des soins palliatifs peut être une faible mesure de l'état alimentaire et une faible directive pour définir les besoins en calories et en protéines.

## OBJECTIFS DE SOINS GENERAUX

- Eliminez si possible les maladies sous-jacentes, les affections ou les médicaments qui peuvent entraîner une sous-alimentation ou un risque de sous-alimentation.
- Réduisez la crainte de manger.
- Calmez la faim.
- Optimisez l'absorption d'énergie et de protéines.

## II ACTIVATION CAP

Le CAP alimentation identifie deux groupes : 1) les personnes dont l'IMC est bas et qui ont récemment enregistré une perte de poids, et 2) les personnes dont l'IMC est bas sans perte de poids.

- **ACTIVE – RISQUE ELEVE** : IMC bas (sous 21) et récente perte de poids.  
Ce groupe comprend environ 17% des personnes âgées dans la base de données PC interRAI.
- **ACTIVE – RISQUE FAIBLE** : IMC bas (sous 21) mais pas de perte de poids récente.  
Ce groupe comprend environ 11% des personnes âgées dans la base de données PC interRAI.
- **PAS ACTIVE** : tous les autres cas.

### III DIRECTIVES

#### Aperçu

A la fin de la vie, la plupart des patients ont rarement faim, même si l'ingestion de calories et le poids ont baissé. Pour les patients qui reçoivent des soins palliatifs, l'objectif de la plupart des interventions est de lutter contre les désagréments et d'optimiser la qualité de vie. Par conséquent, les procédures d'intervention agressives pour améliorer l'ingestion de calories sont rarement recommandées pour les patients qui reçoivent des soins palliatifs.

#### Contrôle des symptômes

- **Anorexie** : L'anorexie apparaît régulièrement chez les patients qui reçoivent des soins palliatifs. Pour aborder ce symptôme, il est utile de demander au patient ce qu'il aime manger. Il y a souvent des aliments pour lesquels ils ont une préférence, comme le pudding, la glace et la bière. Les préférences peuvent changer au fil du temps. En règle générale, ils peuvent mieux supporter les petites collations que les repas complets.
- **Les régimes spéciaux** : Les régimes comme le régime sans sodium ou un régime diabétique strict ne sont généralement pas d'application. Il est souvent préférable d'aborder la consommation excessive de sel avec des médicaments diurétiques et les niveaux de glucose élevés avec de l'insuline ou des médicaments oraux. Un contrôle strict du glucose est inutile et peut même être néfaste pour le bien-être du patient. D'autre part, il peut être nécessaire de réduire la dose de diurétique pour les patients qui reçoivent des soins palliatifs en raison de changements dans la quantité de sel et de calories ingérée et au niveau du poids corporel.
- **Nausées et vomissements** : De nombreux patients qui reçoivent des soins palliatifs présentent des nausées et des vomissements. Il est possible que le patient soit nauséux à cause des médicaments. Il arrive que ces symptômes disparaissent suite à un changement dans le dosage des produits pharmaceutiques ou au remplacement du médicament par un autre médicament. Ces symptômes reflètent souvent l'état médical. Si les nausées ou les vomissements découlent d'obstructions gastro-intestinales, on peut envisager de placer un tube naso-gastrique pour réduire les symptômes.
- **Odeurs désagréables** : De telles odeurs peuvent avoir pour effet de faire disparaître la sensation de faim et se présentent souvent dans le contexte des soins palliatifs. Les odeurs

peuvent être causées par l'incontinence, les vomissements, la sueur et les odeurs corporelles. Ces odeurs peuvent être réduites par des sprays.

- **Déglutition** : De nombreux patients qui reçoivent des soins palliatifs rencontrent des problèmes pour avaler. L'ingestion de nourriture est souvent difficile parce qu'ils ont le hoquet. Pour développer la meilleure intervention, il peut être recommandé d'observer le processus de déglutition. Déterminez si le patient peut plus facilement avaler certaines textures que d'autres. Si l'ingestion de liquides pose problème, vous pouvez épaissir les liquides. Si le patient ne peut pas bien mâcher, il faut écraser. Certaines denrées alimentaires (ex. les noix) doivent de préférence être évitées parce qu'elles peuvent causer des irritations. Si la toux et la formation de glaires sont des problèmes fréquents, on peut redresser le patient et lui conseiller de rentrer le menton. Les tubes PEG n'empêchent pas la formation de glaires, à moins qu'il y ait des difficultés avec la déglutition. Dans de rares cas, les tubes PEG peuvent aider les patients qui ont un peu faim, mais qui souffrent de blessures au visage ou à la bouche. Si le patient présente des douleurs dans la bouche en raison d'infections, d'ulcères ou d'une mauvaise hygiène buccale, on peut immédiatement aborder ces problèmes.
- **Pertes** : Les pertes peuvent aussi entraîner l'anxiété et la dépression chez le patient et son prestataire de soins. Il est possible que le patient ne ressente aucune sensation de faim. Manger plus peut entraîner des désagréments. Il peut parfois y avoir des changements dans ce que la personne aime et n'aime pas manger. Les préférences alimentaires du patient peuvent être plus importantes que la valeur nutritive de l'aliment. La déception du prestataire de soins face au refus des aliments peut être soulagée en lui rappelant que le refus est une conséquence de la maladie et n'a rien à voir avec un manque d'appréciation des efforts qu'il fournit.

### **Donner des informations sur l'ingestion orale**

Il est utile de former les prestataires de soins aux changements qui apparaissent aux niveaux du poids corporel, de l'appétit et des conditions diététiques durant la phase terminale de la maladie. On peut aider les prestataires de soins à comprendre que le patient peut avoir des besoins alimentaires variés durant la maladie et que les restrictions diététiques antérieures qui étaient importantes au départ ne sont plus si pertinentes à présent.

### **Ingestion de nourriture**

- Il se peut que le patient préfère une discussion, un entretien sur un certain sujet ou une lecture à un long repas.
- Mettre le patient sous pression pour qu'il mange peut intensifier la nausée.
- Grignoter quelque chose ou prendre des compléments peut parfois aider le patient. Cela garantit au prestataire de soins que tout est fait pour aborder les problèmes alimentaires.
- Pour améliorer le confort du patient, les prestataires de soins peuvent humidifier les lèvres et la bouche.
- On doit avertir le prestataire de soins que le fait de manger peu n'est pas la même chose que mourir de faim. L'anorexie est un symptôme qui apparaît souvent en phase terminale.

### **Ingestion de liquides**

La déshydratation apparaît régulièrement chez les patients qui reçoivent des soins palliatifs. On peut la remarquer si la pression artérielle du patient baisse, en cas de moindre production d'urine ou si les muqueuses de la bouche sont très sèches. Cependant, la sécheresse des muqueuses dans la bouche est une faible indication de la déshydratation chez les personnes âgées et chez les personnes qui respirent surtout par la bouche. L'hydratation est difficile à vérifier sans examens de laboratoire.

Tenez compte des éléments suivants :

- Siroter fréquemment de l'eau peut réduire la sensation de soif et la sécheresse en bouche.
- Dans certains cas, on peut envisager l'hypodermoclyse pour supprimer les symptômes. Si nécessaire, mieux vaut définir à l'avance quels sont les résultats que l'on veut atteindre et quand la procédure doit être interrompue. On doit parfois avertir le prestataire de soins et le patient que la présence de liquide dans l'abdomen ou une accumulation de liquide dans les membres n'est pas un signe de surhydratation.

#### **Autres considérations**

- Il convient de tenir compte des convictions religieuses et culturelles.
- Des entretiens doivent être organisés avec le patient et avec le prestataire de soins par rapport aux préférences de la personne.
- On doit vérifier si le patient a émis certaines volontés par le passé.

#### **SOURCES COMPLEMENTAIRES**

**Cline D.** 2006. Nutrition issues and tools for palliative care. *Home Healthcare Nurse* 24: 54–57.

**Good P, Cavenagh J, Mather M, Ravenscroft P.** 2008. Medically assisted nutrition for palliative care in adult patients. *Cochrane Database of Systemic Reviews* 8(4): CD006274.

**Kwang AY, Kandiah M.** 2010. Objective and subjective nutritional assessment of patients with cancer in palliative care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 27: 117–126.

#### **Auteurs**

Knight Steel, MD.

John N. Morris, PhD, MSW

Liv Wergeland Sorbye, RN, PhD.

Elizabeth Steel, RN, MSW