

# Éthique et cancer du poumon, quels soins de support ? Quelles limitations de soins ?

Le point de vue du clinicien de soins palliatifs



Auteur

Gérard TERRIER

Service  
d'accompagnement et  
de soins palliatifs,  
Pôle clinique médicale,  
CHU Dupuytren,  
Limoges.  
gerard.terrier@  
chu-limoges.fr

## Résumé

L'important dans la prise en charge palliative des cancers du poumon est qu'elle ne soit ni trop précoce, ni surtout trop tardive. Elle intervient au décours d'un « chemin clinique » qui laisse le patient, tant qu'il en est capable, au cœur des décisions qui le concernent.

## Abstract

*Neither too early, nor too late, time to refer is the key point in palliative care for cancer lung patients. Palliative care occurs during a collaborative clinical pathway and involves the patient in the decision taken into his regard, as long as he is able to.*

## Introduction, définitions

Il nous faut, en cette matière comme dans d'autres, nous entendre sur les définitions employées pour qualifier les soins non spécifiques donnés aux malades porteurs d'affections potentiellement mortelles à court ou moyen terme. Voyons la définition qui est donnée aux soins de support, puis celle des soins palliatifs.

### Les soins de support

- Ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades parallèlement aux traitements spécifiques, lorsqu'il y en a, tout au long des maladies graves.
- Approche globale et coordonnée de la personne (et de sa famille) et continuité des soins (qualité des soins) pour faire face à la diversité des besoins (différentes compétences) des patients et des lieux de soins (accessibilité) : douleur, accompagnement et soins palliatifs, prise en charge psychologique, accompagnement social, nutrition, réadaptation fonctionnelle...
- Les soins de support sont donc les soins quotidiens et habituels réalisés pour l'ensemble des patients. Ils n'ont pas de spécificité et ne nécessitent ni des compétences, ni un environnement particulier.

### La dernière définition des soins palliatifs proposée par l'OMS

Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que les traitements de la douleur et autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés.

Les soins palliatifs 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. Ils 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, et un

soutien à la famille afin de tenir pendant la maladie du patient et au cours de leur propre deuil.

Le travail en équipe permet de mieux répondre aux besoins des patients et de leurs familles en y incluant si nécessaire une assistance au deuil, permet d'améliorer la qualité de vie et peut influencer de manière positive l'évolution de la maladie, en association avec d'autres traitements pouvant prolonger la vie, comme la chimiothérapie et la radiothérapie, et incluent les investigations requises afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes et de manière à pouvoir les prendre en charge.

## La prise en charge du malade

C'est Patrick Verspieren<sup>(1)</sup> qui a donné cette très belle définition de l'accompagnement : « Accompagner quelqu'un ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre, mais c'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas. »

La prise en charge du malade en soins palliatifs doit répondre à un « chemin clinique ». Elle intervient lorsque l'on a acquis la certitude de ne pouvoir ni guérir, ni stabiliser la maladie : c'est-à-dire pas trop tôt, mais surtout pas trop tard !

Il nous faut dans un premier temps faire connaissance avec le malade, apprendre à le connaître, mais aussi lui apprendre à nous connaître. Tout doit être mis en œuvre pour lutter contre la douleur physique et la souffrance morale. Nous pourrions aussi savoir quelles sont les volontés, les convictions du patient... Il va nous falloir « cheminer ensemble », comme le définit P. Verspieren.

Il est important de guider le patient, de l'informer de ses droits, des possibilités qui lui sont offertes pour exprimer sa volonté, maintenant et plus tard : désignation d'une personne de confiance, rédactions de directives anticipées... Mais pour ces démarches, il faut éviter la brutalité, voire la violence, d'une information trop tardive et parer à une incompréhension.

Il nous faudra aussi tenir compte de l'environnement social, culturel. Il s'agit bien d'une prise en charge du malade,

**Mots clés :**  
soins palliatifs,  
cancer du poumon,  
éthique.

**Keywords :**  
palliative care,  
lung cancer,  
ethical.

mais aussi de son entourage, à la fois d'un point de vue clinique, thérapeutique, mais également social, psychologique, spirituel...

### La limitation de soin

Il faut toujours peser le rapport bénéfices/désagréments de nos propositions thérapeutiques et, tant que le malade est en capacité de prendre ses décisions, le laisser au centre de celles-ci.

Lorsqu'une limitation de soins est envisagée, on doit privilégier la lutte contre la douleur et les « inconforts ». Il convient également d'éviter le sentiment d'abandon, mais être cohérent dans nos décisions: arrêt de l'alimentation signifie aussi arrêt de l'hydratation.

Il faut savoir garder une confiance mutuelle : respecter les volontés du patient, ne pas lui « voler sa conscience », le laisser acteur tant qu'il le peut. C'est seulement lorsqu'il n'en est plus capable qu'intervient l'entourage : personne de confiance, famille, proches.

Il nous faut bien évidemment rester strictement dans le cadre légal : les décisions de limitation ou d'arrêt de traitements

sont prises par le médecin et à son initiative, à la suite d'une procédure collégiale lorsque le malade n'est plus en capacité d'exprimer sa volonté, mais aussi sur demande de la personne de confiance, de la famille ou des proches<sup>(2)</sup>. La décision, une fois prise, doit leur être communiquée, ce qui ne veut pas dire qu'elle aille obligatoirement dans le sens de ce que les initiateurs auraient désiré.

### Conclusion

La prise en charge en soins palliatifs des patients porteurs de cancers du poumon, si elle n'est pas spécifique, ne doit pas intervenir trop tard dans l'évolution de la maladie, de façon à faire bénéficier le malade d'un « chemin clinique » pour lequel le pneumologue reste le référent, mais en s'appuyant sur des compétences complémentaires assurant l'accompagnement du patient jusqu'à sa mort, et de son entourage parfois bien au-delà.

Les effets des soins palliatifs dans les pathologies tumorales pulmonaires sont bénéfiques : nous savons maintenant qu'ils permettent une survie moyenne plus importante dans de meilleures conditions.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Patrick Verspieren. *Face à celui qui meurt.*, Ed Desclée de Brower, Paris (1985)
2. Loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, J.O. du 23 avril 2005.

**NOUVEAU !**

Retrouvez le contenu enrichi de votre revue  
**Le nouveau Cancérologue** 

sur iOS  
(iPad & iPhone)  
et Android