

« Affections chroniques en soins palliatifs »

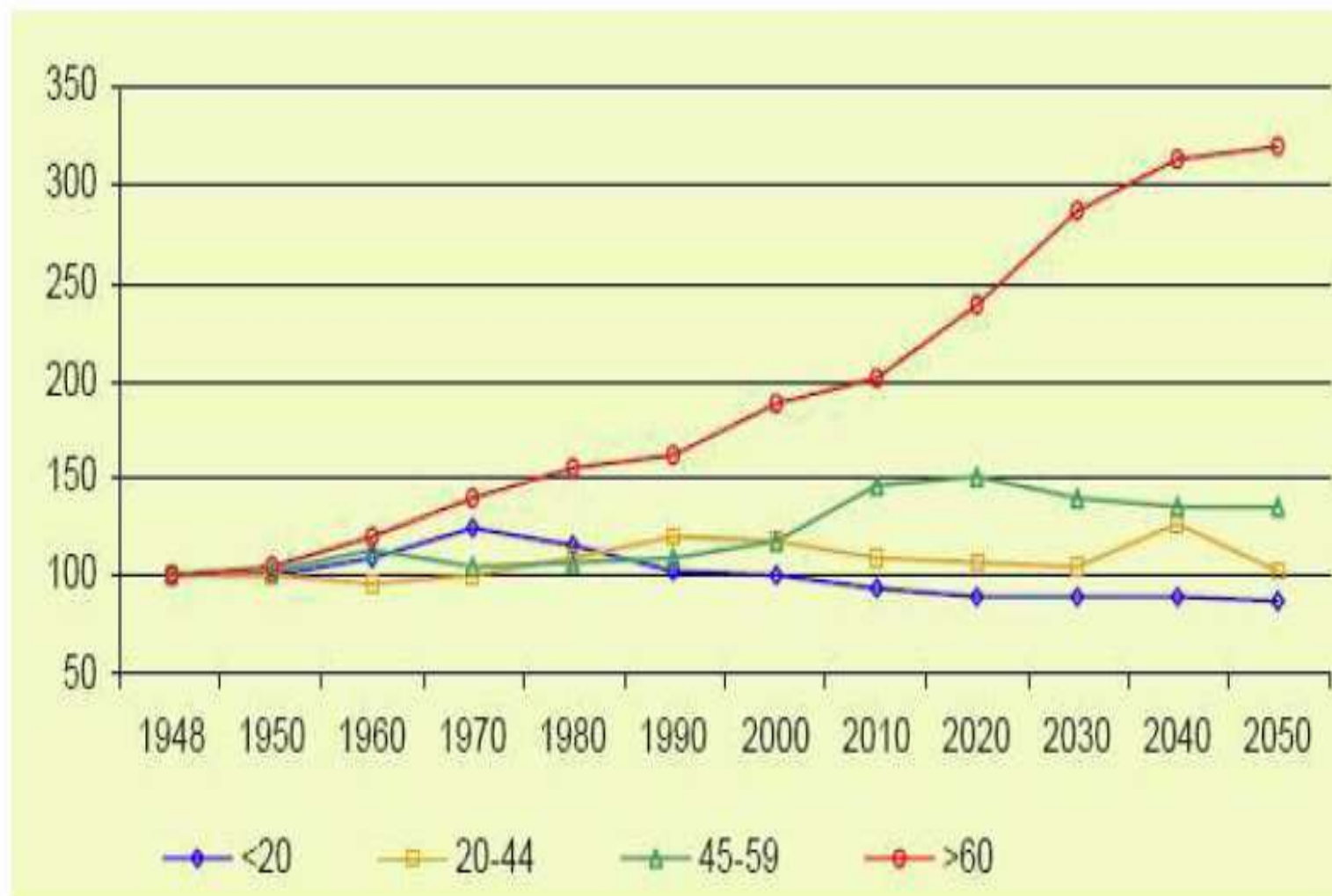
Jusqu'où traiter le patient âgé?

Dr Gwenaël Poulain
Service de médecine gériatrique
CHU Mont-Godinne - UCL

01/12/2011

Contexte démographique

Figure 1-3 Ampleur relative des classes d'âges (1948 = 100)



Source : Mestdagh et Lambrecht M, Bureau fédéral du Plan, 2003.

Selon les démographes...

Par rapport à 2000, il y aura en Belgique en 2050:

- 750.000 octogénaires en plus (x 3)
- 200.000 nonagénaires en plus (x 4.5)
- 8.000 centenaires en plus (x 9)

Intensité du vieillissement

Parmi les âgés (65+), les très âgés formeront :

	2000	2020	2050
80 + =	22 %	28 %	40 %
85 + =	10,7 %	14,1 %	22,2 %

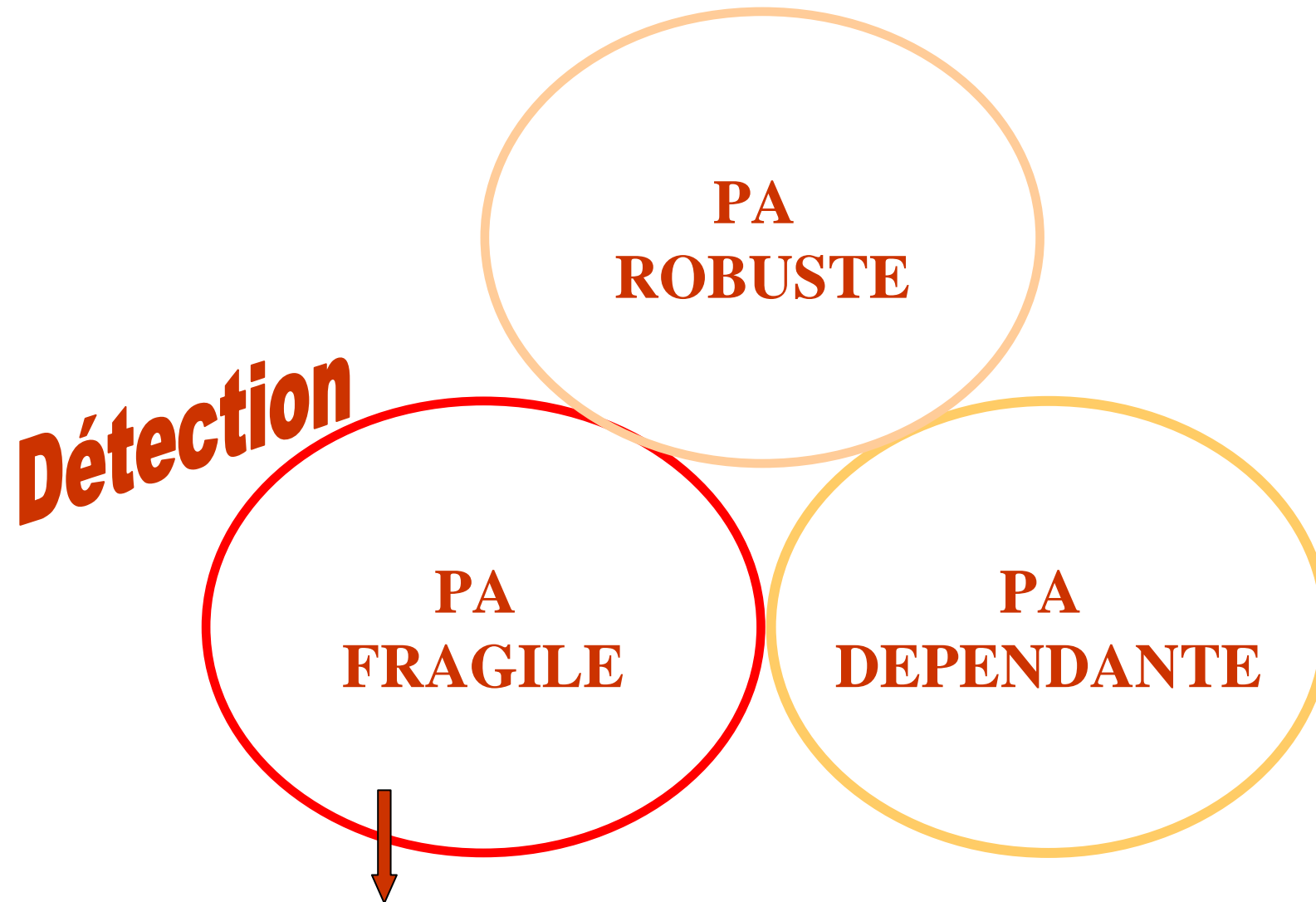
Espérance de vie sans incapacités

Si l'espérance de vie s'est considérablement améliorée au cours de ce siècle (environ +3mois/an), il ne faut pas penser que la qualité de vie de ces années en plus sera mauvaise!

+65ans	Espérance de vie résiduelle	Espérance de vie sans incapacités
Femme	20 ans	12 ans
Homme	16 ans	10 ans

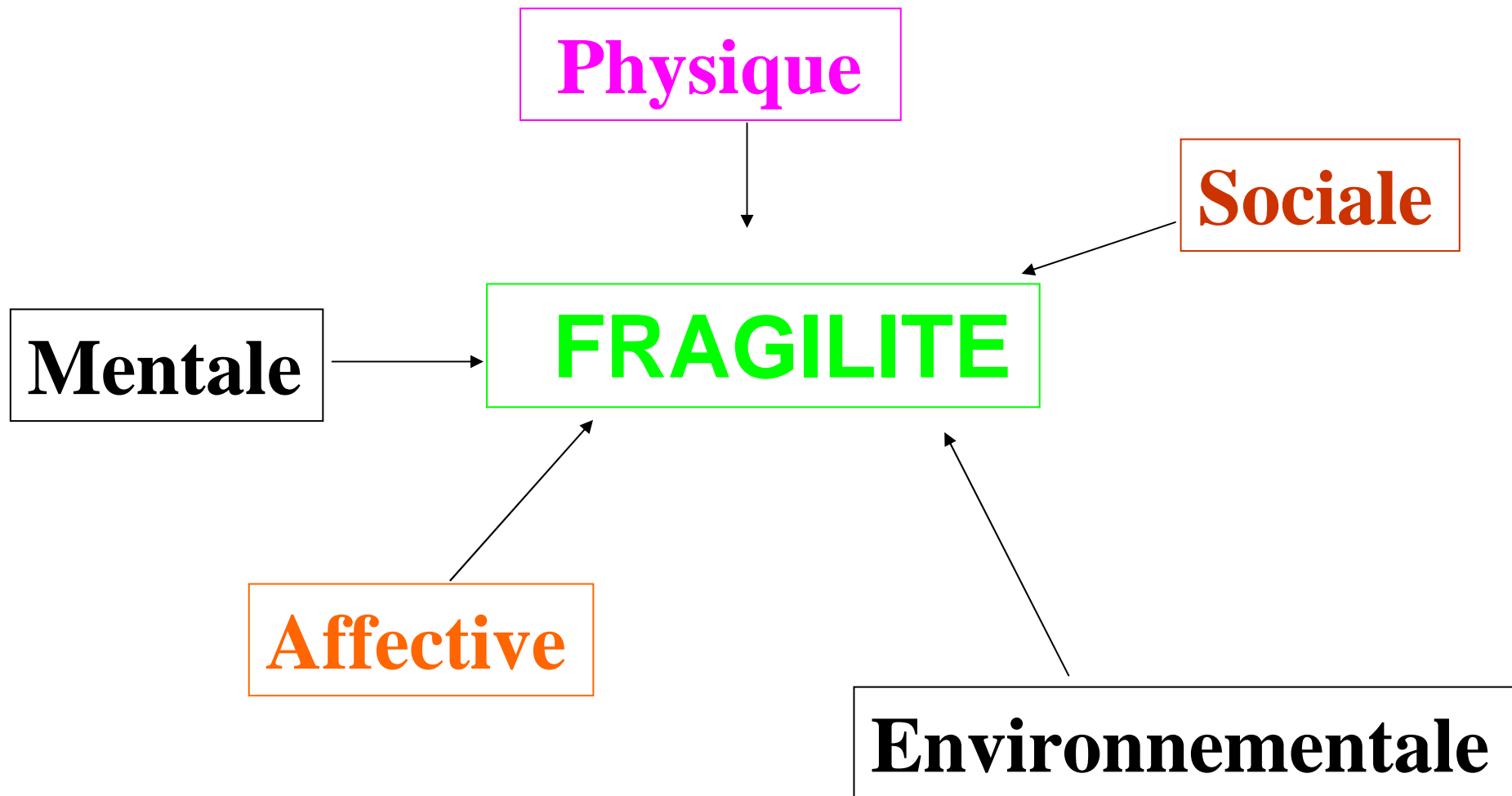
*On assiste plutôt à une **condensation des années avec incapacités**.*

Répartition des personnes âgées (PA)

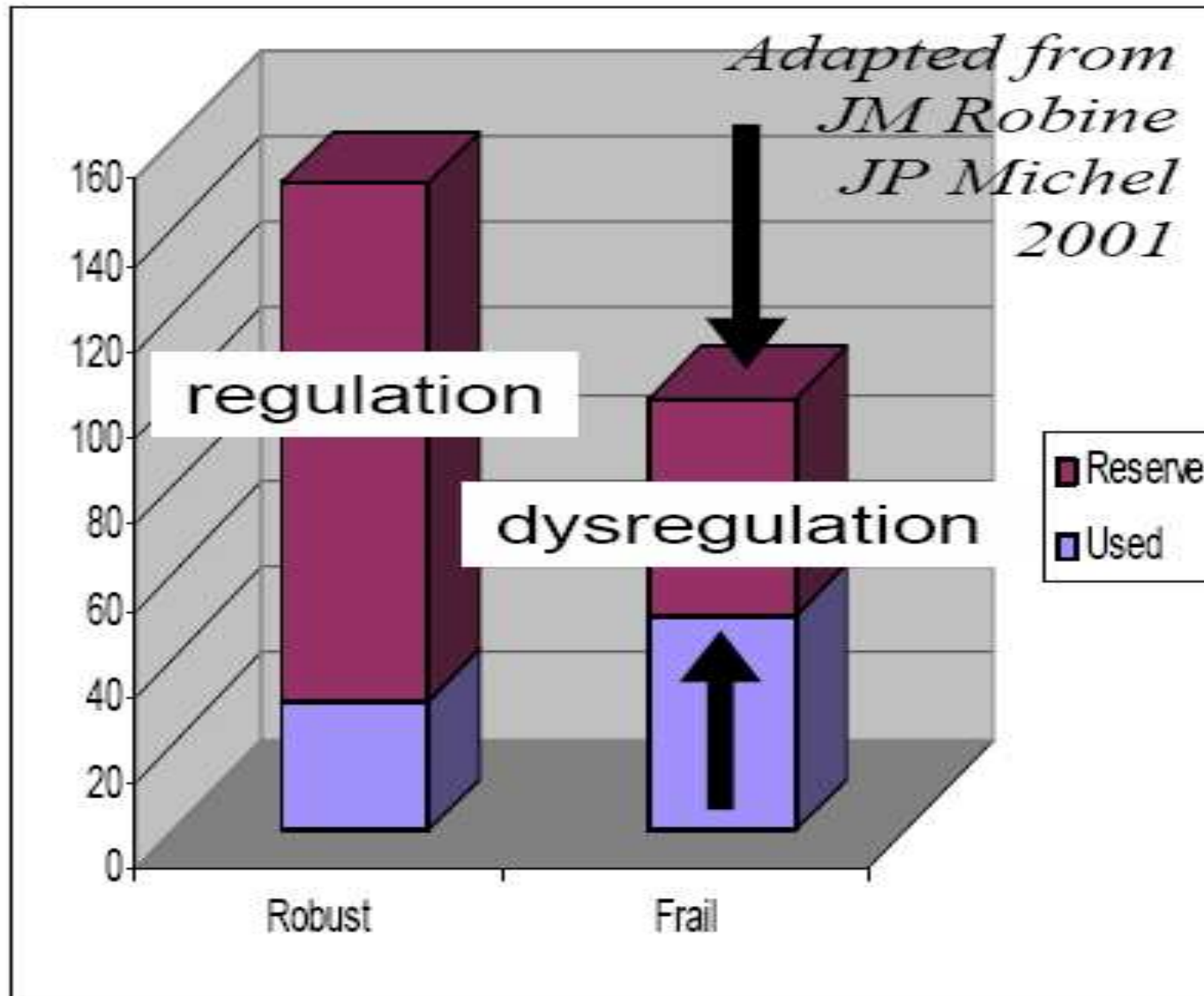


RISQUE ELEVE DE DECLIN FONCTIONNEL

Fragilité: origine multi-factorielle



Fragilité et perte d'homéostasie



Réduction des réserves physiologiques.

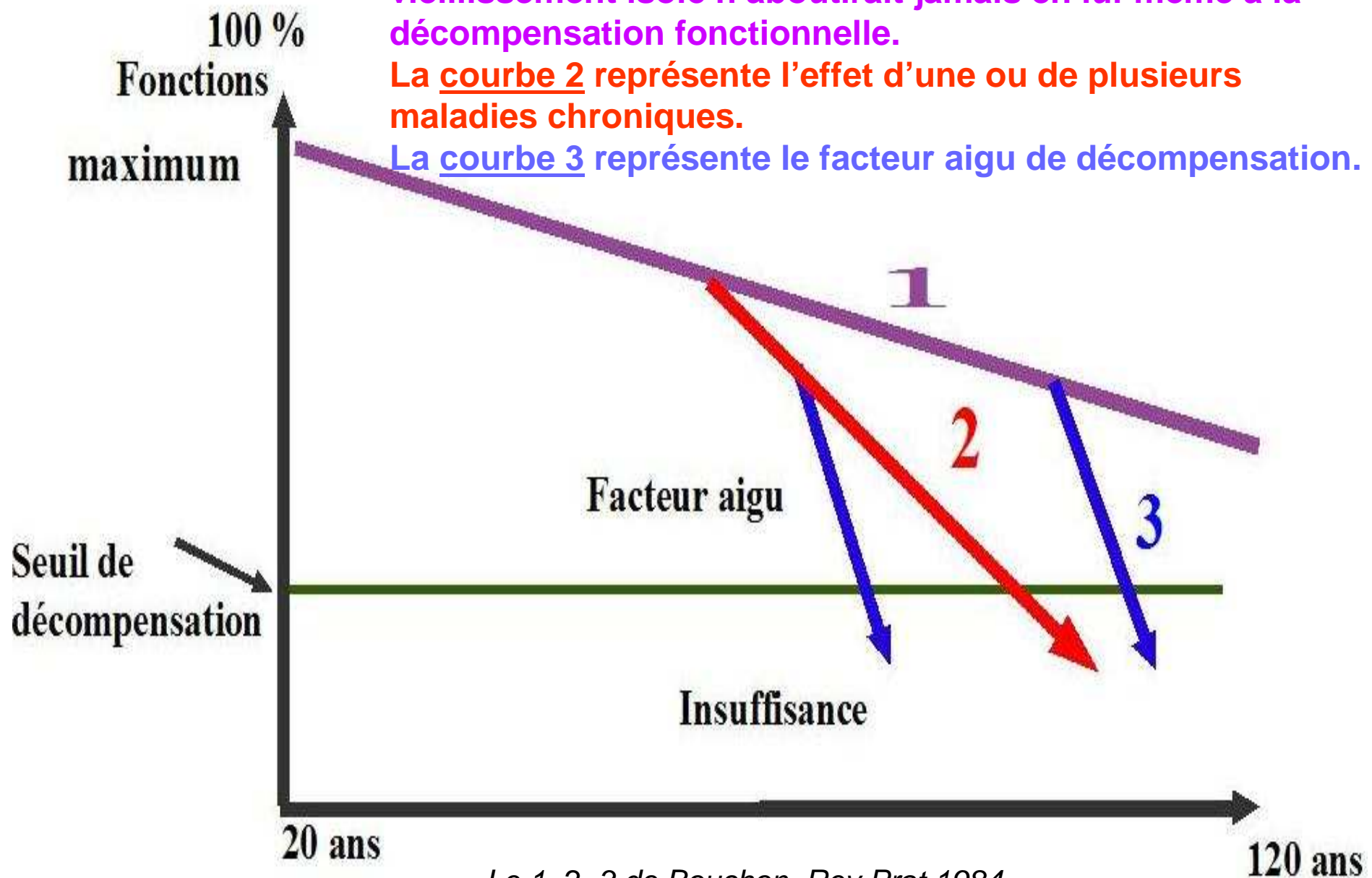
Perte de la capacité d'homéostasie (résistance au stress).



La courbe 1 représente les effets du vieillissement. Le vieillissement isolé n'aboutirait jamais en lui-même à la décompensation fonctionnelle.

La courbe 2 représente l'effet d'une ou de plusieurs maladies chroniques.

La courbe 3 représente le facteur aigu de décompensation.



Le 1, 2, 3 de Bouchon, Rev Prat 1984

L'hôpital, une menace pour les capacités fonctionnelles

- 30 % des personnes de +75 ans perdent des capacités à réaliser des AVJ (= Déclin Fonctionnel, DF) à l'issue de l'hospitalisation¹.
- Pour 30 %, ce DF persiste 3 mois après la sortie².
- Ce DF débute dans les 48 premières heures³.
- Le DF entraîne allongement des durées de séjour et institutionnalisation⁴.

1. Cornette *Eur J Public Health*, 2006.

2. Sager, *Arch Inter Med*, 1996

3. Hirsch, *J Am Geriatr Soc*, 1990.

4. Fortinsky, *J Gerontol*, 1999

Quelques principes gériatriques

- Guérir le problème aigu n'est plus la seule préoccupation des soignants.
- Prendre en charge un patient âgé, c'est tenir compte d'un ensemble de facteurs qui influencent son état de santé.
- Une réflexion interdisciplinaire s'impose pour envisager l'intérêt global du patient.
- La fragilité des patients âgés fait de cet objectif de maintien des capacités fonctionnelles, de la qualité de vie un défi !

Evaluation gériatrique standardisée

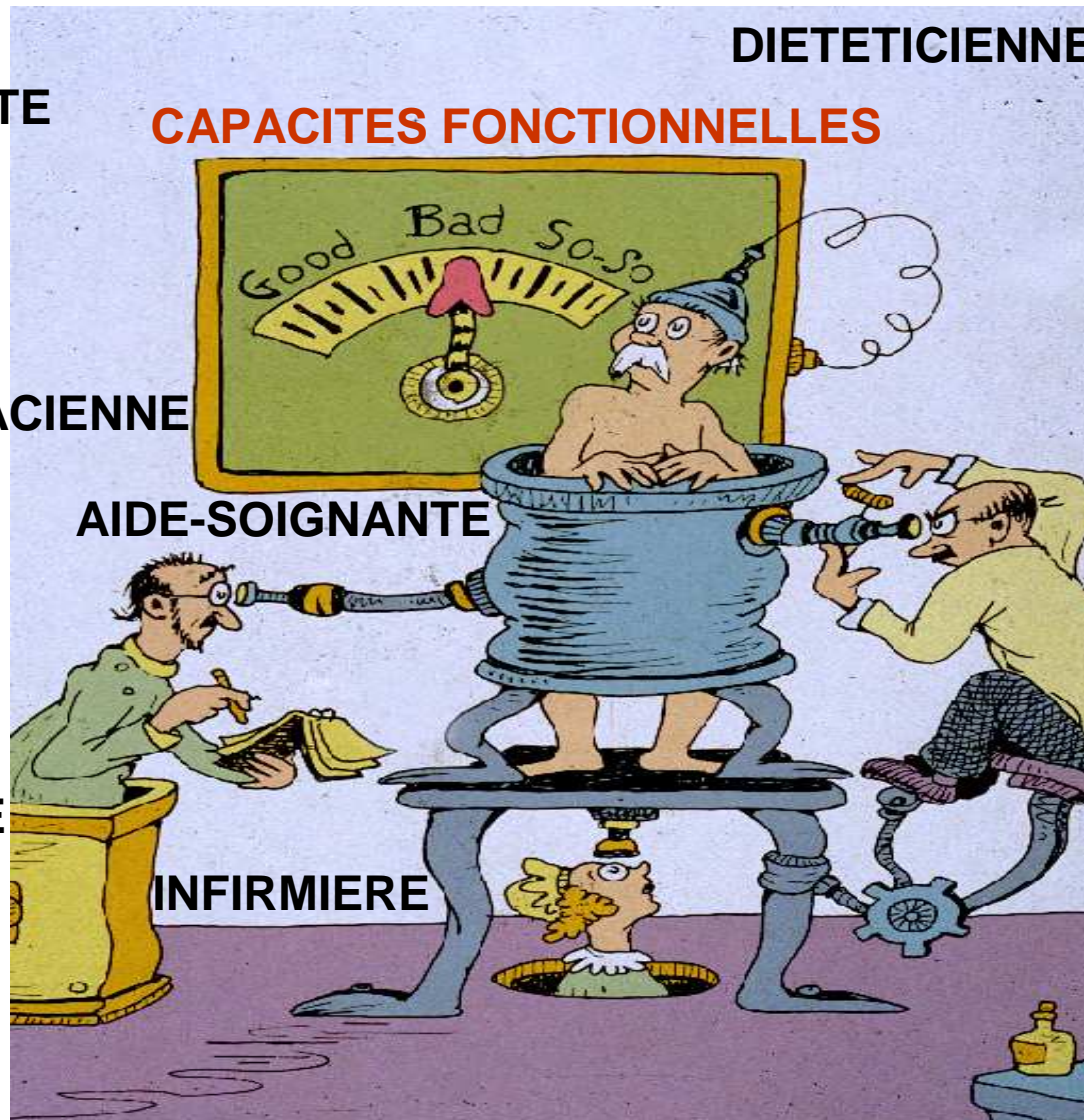
ERGOTHERAPEUTE
PSYCHOLOGUE
LOGOPEDE

PHARMACIENNE

EQUIPE MOBILE
DES SOINS
PALLIATIFS

KINE

FAMILLE
MEDECIN TRAITANT



ASSISTANTE
SOCIALE



MEDECIN

Réunion
interdisciplinaire



PLAN DE
SOINS

PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT

ÇA TOMBE BIEN...
J'AI MAL
PARTOUT!



PHILIPPE TASTET



Définition des « soins palliatifs »

Soins actifs dans une approche globale de la personne en phase évoluée ou terminale d'une maladie potentiellement mortelle.

Société Française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP)



Qui sont les sujets âgés relevant de soins palliatifs?

- Cancers évolués
- Insuffisance d'organe au stade terminal (cœur, rein, poumon...)
- Pathologies neurologiques dégénératives et vasculaires (maladie de Parkinson évoluée, maladie d'Alzheimer au stade avancé, accident vasculaire cérébral massif,...)
- Etat polypathologique



Quand parle t-on de soins palliatifs en gériatrie?

■ **Oncologie**

- passage de la phase curative à la phase palliative
- espérance de vie courte < 3mois

■ **Gériatrie**

- complémentarité entre les soins curatifs et les soins palliatifs
- perspective de continuité des soins avec ajustement régulier selon évolution clinique du patient
- évaluation difficile de l'espérance de vie réelle d'un malade âgé

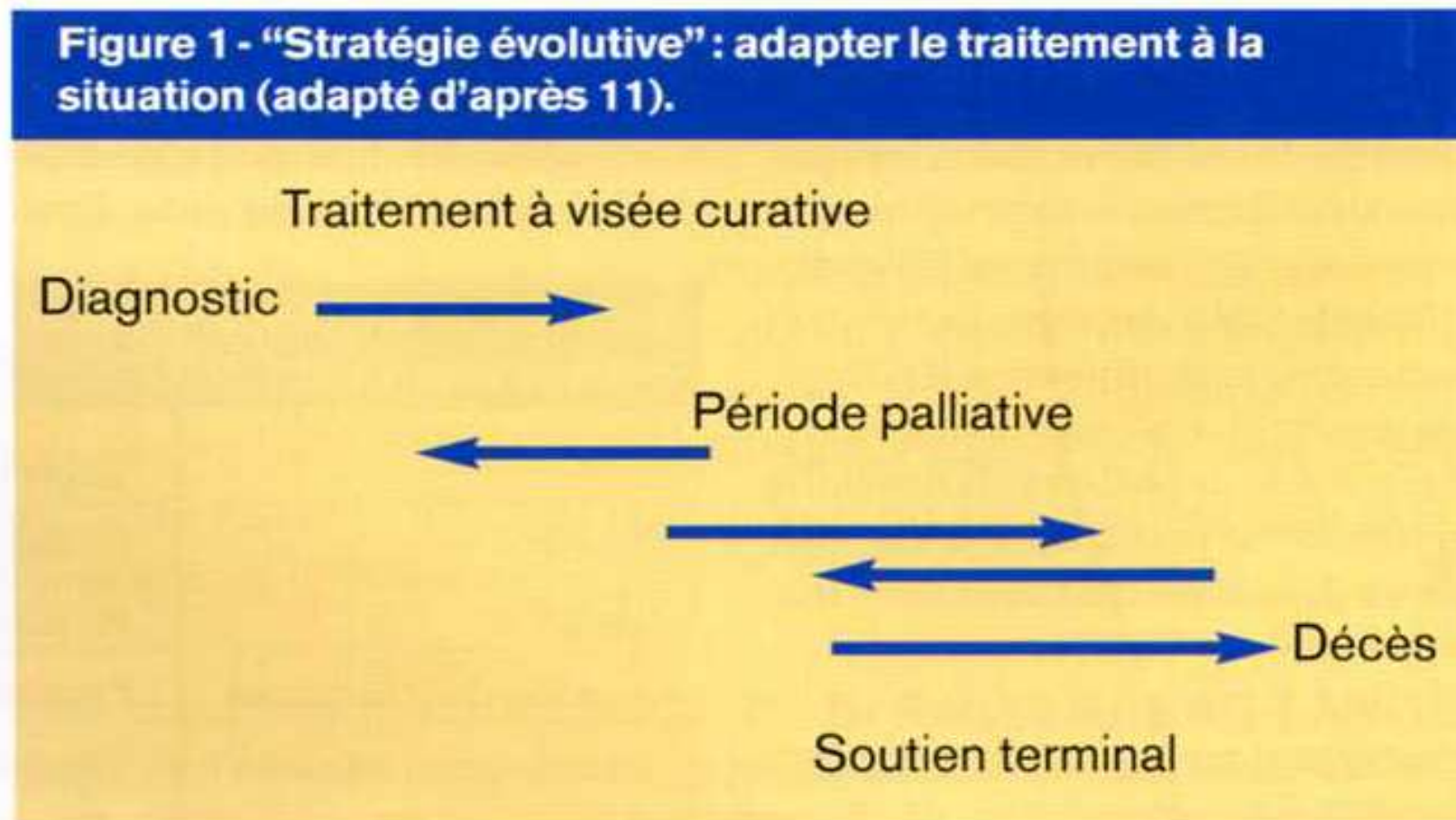
Soins curatifs ou palliatifs?

Tableau 1 - Distinction entre soins curatifs et soins palliatifs (adapté d'après 1).


	Soins palliatifs	Soins curatifs
Objectif	Qualité de vie	Durée de vie
Approche	Pluridisciplinaire	Médico-technique
Dimension psycho-sociale	Essentielle	Accessoire
Représentation de la mort	Événement naturel	"Echec médical"

Adaptation progressive des soins

Figure 1 - "Stratégie évolutive" : adapter le traitement à la situation (adapté d'après 11).



Absence de transition brutale entre soins curatifs et palliatifs. Ajustement au jour le jour des décisions thérapeutiques selon l'état et les besoins du patient.



L'âge: seul critère décisionnel pour débiter la « période palliative » ?

- L'âge en lui-même ne constitue pas le critère décisionnel le plus pertinent pour s'orienter vers des soins palliatifs.
- Ceci est d'autant plus vrai que l'EV a beaucoup augmenté au cours du siècle dernier:

Hommes				Femmes			
1950	2000	2010	2050	1950	2000	2010	2050
65	75	77	84	70	81	83	89

Espérance de vie calculée et attendue. Mestdagh et al, 2003.

Complexité gériatrique






Prediction of appropriate timing of palliative care for older adults with non-malignant life-threatening disease: a systematic review

PETER A. COVENTRY¹, GUNN E. GRANDE¹, DAVID A. RICHARDS², CHRIS J. TODD¹

- Hétérogénéité des critères liée à la nature difficilement prévisible des pathologies non cancéreuses.
- Prédire la survie à court-terme et identifier les patients qui pourraient bénéficier de soins palliatifs: irréaliste.
- Un modèle pronostique qui renforce l'estimation clinique du médecin serait utile pour planifier les soins aux patients chroniques.



Comment discerner le moment où les soins doivent s'orienter davantage vers une prise en charge palliative?

Questionnaire de R. SEBAG-LANOE

-guider la réflexion

-introduire interrogation entre:

- Ce que nous savons faire
- Ce que nous pouvons faire
- Ce que nous allons faire

} pour et avec le malade

→ décider de la conduite à tenir dans de nombreuses situations (hospitaliser ou non, perfuser ou non, poser une sonde de gastrostomie ou non,...)



10 questions pour aider à la décision

1. Quel est la maladie principale de ce patient?
2. Quel est son degré d'évolution?
3. Quelle est la nature de l'épisode actuel surajouté?
4. Est-il facilement curable ou non?
5. Y a-t-il une répétition récente d'épisodes aigus rapprochés ou une multiplicité d'atteintes pathologiques diverses?
6. Que dit le malade, s'il peut le faire? (autonomie du patient)
7. Qu'exprime-t-il à travers son comportement corporel et sa coopération aux soins?
8. Quelle est la qualité de son confort actuel?
9. Qu'en pense sa famille? (\neq décision médicale)
10. Qu'en pensent les soignants qui le côtoient le plus souvent?



Spécificités gériatriques des soins palliatifs

- Symptomatologie atypique. Polypathologies.
- Difficultés du pronostic.
- Difficultés d'identification et d'évaluation de la douleur.
- Problèmes de communication (confusion, tr. sensoriels).
- Modifications de la pharmacocinétique et de la pharmacodynamique des médicaments.
- Hétérogénéité extrême de la population âgée.
- Isolement socio-familial.
- Epuisement des aidants soumis à l'épreuve du temps et du sens.



L'approche interdisciplinaire

- Permet de mettre en commun et de confronter toutes les observations complémentaires des différents professionnels.
- Protège contre des choix individuels liés à des projections trop personnelles.
- Permet de verbaliser le vécu des soignants.
- Permet d'harmoniser les comportements et d'organiser en commun une stratégie de soins adaptée et cohérente, avec l'aide précieuse de l'équipe mobile des soins palliatifs (neutre dans la relation).

A VANT POUR MOURIR
UN CURÉ SUFFISAIT...



...MAINTENANT

J'AI 2 MÉDECINS, DES INFIRMIÈRES
1 PSYCHOLOGUE, 3 AIDES SOIGNANTES
1 KINÉSI, 1 ART-THÉRAPEUTE ET
2 BÉNÉVOLES...



PAS MOYEN
D'ÊTRE
TRANQUILLE!

SOINS PALLIATIFS

Mise au point

Soins palliatifs et maladie d'Alzheimer

Palliative care and Alzheimer disease

F. Lopez-Tourres , S. Lefebvre-Chapiro , D. Fétéanu , C. Trivalle *


*Pôle vieillissement, réadaptation et accompagnement, hôpital Paul-Brousse, AP-HP,
14, avenue Paul-Vaillant-Couturier, 948000 Villejuif, France*

- Nombre croissant de personnes atteintes de démence.
- Vision dynamique de la prise en charge palliative: permet d'alterner ou combiner traitement curatif et mesures destinées à soulager le malade.
- Ne pas limiter l'approche palliative aux derniers jours de vie.
- Nécessite des équipes formées et en nombre pour offrir une fin de vie digne à ces patients.



Soins palliatifs dans l'insuffisance cardiaque terminale

- Perçue par les soignants comme moins grave qu'une pathologie oncologique.
- Pronostic imprévisible.
- Evolution fluctuante.
- Opiacés rarement utilisés.
- Principales causes de décès: infarctus, AVC, arythmie et infection.
- Mort subite fréquente (10%).
- Efforts à poursuivre afin de mieux:
 - communiquer et accompagner le patient
 - cibler l'objectif principal = contrôle des symptômes



Risques d'exclusion des soins palliatifs des patients en fin de vie dans un service gériatrique

Risk factors for not benefiting from palliative care in end-of-life geriatric patients

A.-N. Mergam¹, T. Pepersack² et J. Petermans¹

Services de Gériatrie, ¹C.H.U. Sart Tilman, Université de Liège, ²Hôpital Erasme

Rev Med Brux 2008 ; 29 : 481-5

Etude prospective de 6 mois dans un service hospitalier de Gériatrie à Verviers.



Tableau 2 : Comparaison démographique, clinique et thérapeutique des patients gériatriques en fin de vie sans (n = 9) et avec accès aux soins palliatifs (n = 23).

	Sans soins palliatifs	Avec soins palliatifs	P
Age (années)	87 ± 8	84 ± 7	NS
Hommes (%)	6 (67 %)	10 (43 %)	NS
Veuf(ve) (%)	7 (78 %)	16 (70 %)	NS
Résident en maison de repos	6 (67 %)	12 (52 %)	NS
Diagnostic :			
- insuffisance respiratoire	5 (56 %)	2 (9 %)	< 0.05
- insuffisance cardiaque	3 (33 %)	2 (9 %)	NS
- néoplasie	1 (11 %)	8 (35 %)	NS
- démence	0 (0 %)	6 (26 %)	NS
- accident vasculaire cérébral	0 (0 %)	3 (13 %)	NS
- syndrome de glissement	0 (0 %)	1 (4 %)	NS
- insuffisance rénale aiguë	0 (0 %)	1 (4 %)	NS
Comorbidité (n)	5 ± 1	5 ± 2	NS
Nombre de médicaments (n)	6 ± 3	6 ± 3	NS
Pré albumine (g/l)	0,10 ± 0,05	0,14 ± 0,07	NS
Cognition - <i>Mini mental state examination</i> (points)	NE	16 ± 8	NE
Autonomie - échelle de Katz (total des scores)	29 ± 7	25 ± 9	NS
Symptôme principal :			
- douleur	1 (11 %)	17 (74 %)	< 0.05
- dyspnée	4 (44 %)	2 (9 %)	< 0.05
- anorexie	2 (22 %)	3 (13 %)	NS
- anxiété	0 (0 %)	4 (17 %)	NS
- autre (nausées, agitation, somnolence, etc.)	3 (33 %)	7 (30 %)	NS
Traitement :			
- benzodiazépines	0 (0 %)	12 (52 %)	< 0.05
- morphine	4 (44 %)	14 (61 %)	NS
- antibiotiques	9 (100 %)	14 (61 %)	< 0.05
Traitements " invasifs **	9 (100 %)	14 (61 %)	< 0.05
Délai du décès inférieur à une semaine	6 (67 %)	4 (17 %)	< 0.05
Trouble de communication avec le patient	5 (56 %)	4 (17 %)	< 0.05
Mauvaise communication avec la famille	4 (44 %)	7 (30 %)	NS

Valeurs moyennes ± DS ; NE = non évaluable ; NS = non significatif ; * cathéter central, nutrition artificielle, hydratation artificielle.



Tableau 3 : Identification des risques d'exclusion des soins palliatifs chez le sujet âgé (TREPAS).

Troubles cognitifs :	interprétation difficile de la symptomatologie
Rapidité :	du décès/dégradation rapide
Emotion :	absence d'émotion liée au diagnostic (néoplasie <i>versus</i> pathologie cardiorespiratoire)
Parole :	difficulté de communication
Algie :	nécessité d'utilisation d'échelles standardisées de la douleur
Symptômes respiratoires :	rechercher la présence de dyspnée



Constatations sur le terrain

- Une étude américaine réalisée dans les hôpitaux montre que malgré les souhaits des patients, + 63% d'entre eux subissent des **traitements agressifs** incluant séjours aux soins intensifs, ventilation, réanimation cardio-pulmonaire, alimentation entérale par sonde ou intervention chirurgicale.
- Par contre, une autre série d'articles montre que **certains patients ne bénéficient pas des traitements optimaux** uniquement en raison de leur âge.



Analyse des décès à Mont-Godinne

- *350 décès/an en moyenne*
- *Âge moyen augmente (médiane de 75ans en 2003)*
- *Médiane du délai entre admission et décès: 10j*
- *La plupart décèdent en chambre*
- *10% décès après réanimation C-P*
- *16% décès inopinés*
- *La moitié des patients sont entourés par la famille*
- *1 patient/10 décède seul*
- *Moins d'1 patient sur 2 a une mention dans son dossier sur le niveau de soins qu'il requiert.*



Echelle thérapeutique

- Mise en place par le groupe qualité.
- Permet d'anticiper la meilleure attitude si le patient présentait un problème.
- Inclut 4 niveaux et est dérivée d'un outil canadien élaboré par Gilles Voyer.

Échelle thérapeutique par niveau d'intervention croissante.

Adaptée pour le service de médecine gériatrique

Les intensités de traitement sont croissantes : chaque niveau ajoute des interventions thérapeutiques spécifiques. En l'absence de notification spécifique préalablement communiquée aux familles et aux soignants, tous les patients bénéficient des soins avancés.

NOM, prénom	Date :
-------------	--------

• (D) Soins de PHASE TERMINALE :

Hygiène corporelle Positionnement confortable
Soins de bouche Contrôle de la douleur, des émotions

• (C) Soins PALLIATIFS = soins ci-dessus plus:

Maintien ou restauration de l'intégrité cutanée (pansements, topiques etc...)
Soins de mobilisation, positionnements, transferts, exercices.
Contrôle de l'élimination. Hydratation et nutrition par des moyens normaux.
Contrôle des symptômes spécifiques (dysphagie, nausée, vomissement, fièvre...)
Antibiothérapie ou intervention chirurgicale pour le contrôle des symptômes.

• (B) Soins USUELS = soins ci-dessus plus:

Mesures diagnostiques usuelles disponibles facilement et peu envahissantes.
Mesures thérapeutiques médicales usuelles (médications, antibiothérapie, solutés, gavages temporaires).
Mesures thérapeutiques chirurgicales usuelles (pathologies susceptibles de limiter la capacité fonctionnelle).

Niveau	En cas D'ARCA
3	Soins maximum à l'étage
2	RCP, tél. si transfert USI
1	RCP et transfert USI

• (A) Soins AVANCES = soins ci-dessus plus :

Toute mesure nécessaire à la précision diagnostique
Toute mesure thérapeutique conformes au standard optimum, incluant :
Manœuvres de réanimation cardio-pulmonaire
Admission aux soins intensifs ou dans un établissement spécialisé.

Concertation avec Patient MT Famille

Ces propositions peuvent être révisées, et le médecin appelé au chevet du patient peut s'il le juge nécessaire déroger à ces recommandations.

Elles sont pour le moment établies par :

<u>Médecin responsable</u> Nom : Signature :	<u>Médecin assistant</u> Nom : Signature :	<u>Infirmière responsable</u> Nom : Signature :
--	--	---



(D) Soins de phase terminale

- Soins d'hygiène générale
- Positionnement corporel confortable
- Soins de bouche
- Contrôle de l'inconfort et de la douleur
- Support émotionnel



(C) Soins palliatifs

- ***Toutes les mesures de phase terminale***
- **Maintien et restauration de l'intégrité cutanée**
 - pansements, antibiotiques topiques, thérapie physique...
- **Soins de la mécanique corporelle**
 - aide à la mobilisation, position, transferts, exercices
- **Nutrition et hydratation par moyens naturels**
- **Contrôle des symptômes spécifiques**
 - éventuellement AB et chirurgie pour contrôler les symptômes



(B) Soins de phase usuelle

- ***Mesures des phases terminale + palliative***
- Mesures diagnostiques usuelles et peu invasives
- Mesures thérapeutiques médicales usuelles (AB, perfusions, sonde de nutrition...)
- Mesures thérapeutiques chirurgicales usuelles (pour maintenir la capacité fonctionnelle)



(A) Soins de phase avancée

- ***Toutes les mesures décrites pour la phase intermédiaire, la phase palliative et la phase terminale...***
- Toutes les mesures nécessaires à la précision diagnostique
- Toutes les mesures thérapeutiques optimales y compris réanimation, soins intensifs



Échelle de niveau de soins

- Précisions à propos de:
 - Hydratation artificielle
 - Nutrition artificielle
 - Antibiothérapie
 - Hémodialyse, Chimiothérapie
 - Pacing, Chirurgie
- Précision quand à la nature de la procédure et sa durée.



Verso de la feuille

- A. Principales données qui ont été importantes pour adopter le niveau de soins précité sur l'échelle.

- B. Principaux soins avancés dont il a été décidé de s'abstenir ou de nuancer dans le plan de soins.

- C. Suivi et modifications importantes du plan de soins.



EVALUATION auprès du patient, de sa famille,
du médecin de famille, des soignants?...

REUNION INTERDISCIPLINAIRE

ELABORATION DU PLAN ET NIVEAU DE SOIN
(document dans le dossier infirmier)

REVISION PERIODIQUE

**EQUIPE MOBILE DE
SOINS PALLIATIFS**



Facteurs intervenant dans la décision du niveau de soins

1. Propres au patient

- Souhaits propres & compliance thérapeutique
- Grade de la maladie
- Co-morbidités
- L'affection:
 - sévérité
 - caractère réversible/non
 - agressivité du traitement requis
 - évolution
- Statut fonctionnel

2. Familles

- expériences personnelles
- discussions antérieures et souhaits du malade
- valeurs propres
- enjeux financiers
- deuil anticipé

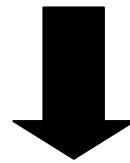
Facteurs intervenant dans la décision du niveau de soins

3. Propres au médecin

- Avis basé sur évidences reposant sur des niveaux de preuves (Evidence Based Medicine)

4. Propres aux soignants

- Eclairage précieux car en contact direct et fréquent avec le malade
- !Burn out...



**Projet
thérapeutique**



EQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS



Qui prend les décisions ?

- Principe de l'autonomie du patient
- Évaluer les possibilités de prise de décision du patient
 - Possibilités de communication
 - Compréhension des explications données
 - Implications de la décision prise
 - Raisonnement
- La décision médicale suit (autodétermination) ou pas (bienveillance) la décision du patient.
- Identifier une personne de référence
 - Médecin responsable du service
 - Médecin traitant
 - Famille



La famille ?

- Choix du patient quand cela est possible
- Réunion de famille : même info à tous
- Information donnée contient souvent des incertitudes diagnostiques et pronostiques.

Il faut parfois se baser sur des hypothèses pour prendre des décisions de non ou de « dés-escalade » diagnostiques et thérapeutiques.

- Point de vue de la famille \neq décision médicale



Intérêts d'une échelle thérapeutique?

- Rassure les soignants.
- Aide le médecin de garde.
- Augmente l'efficacité dans la prise en charge en urgence
 - Equipe Arca –USI-Urgences
 - Evite certaines non réanimations ou l'inverse
- Optimalise les traitements et procédures diagnostiques.
- Permet une meilleure concordance entre le souhait et l'état de santé du patient et la prise en charge proposée.

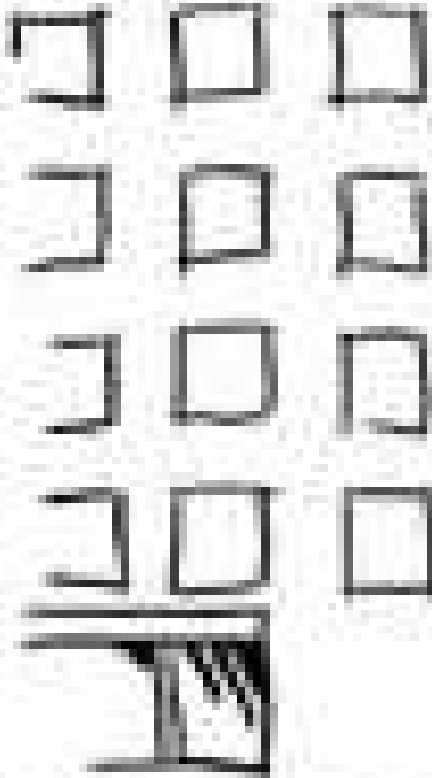


Intérêts de l'outil

- Nuance et clarifie.
- Anticipe une situation (valeur non contraignante).
- Vision positive (>< au NTBR) de ce qui doit être fait.
 - Intervention croissante
- Écrit > outil de communication.
- Stimule les échanges et la concertation.
- Langage commun.
- Facilite la continuité des soins
 - implémentation en long séjour
 - réflexion sur la transmission des informations lors de la sortie



HÔPITAL



MRS





Conclusion: messages principaux

- « Boom des mourants âgés ».
- Maintien capacités fonctionnelles et qualité de vie.
- Adaptation progressive des soins (complémentarité entre soins curatifs et palliatifs).
- Age \neq critère décisionnel.
- Respect de l'autonomie du patient.
- Réflexion interdisciplinaire.
- Intérêt d'une échelle thérapeutique écrite.

