



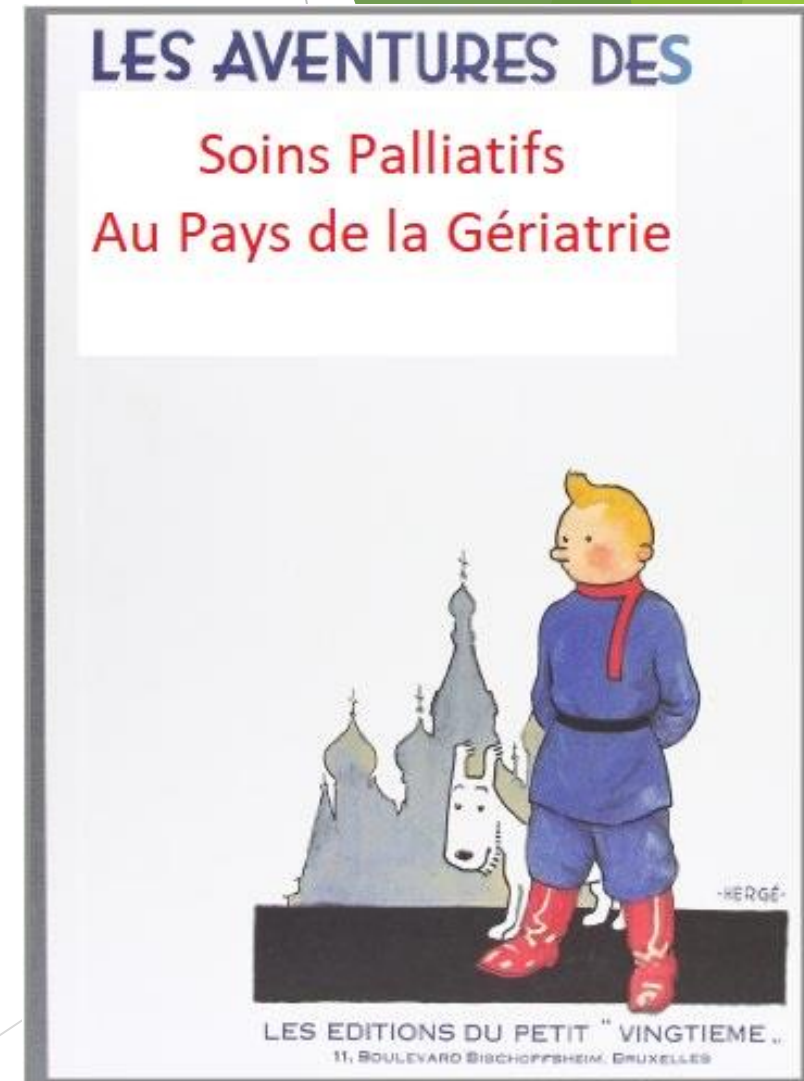
L'Agisme accélère t-il la prise en charge palliative ?



Docteur COLPAERT André, Praticien Hospitalier
Médecin Généraliste et de Soins Palliatifs
EMASSP CH Châteaubriant-Nozay-Pouancé
Unité de Soins Palliatifs CHU Nantes

Définitions et mots clés

- ▶ **L'Agisme** : Attitude de discrimination liée à l'âge
- ▶ **Soins palliatifs** :
 - ▶ « [...] soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluri professionnelle.
 - ▶ [...] cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables et se refusent à provoquer intentionnellement la mort. [...] OMS 1990
 - ▶ « [...] 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 [...], ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés.
 - ▶ [...] n'entendent ni accélérer ni repousser la mort
 - ▶ [...] 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; OMS 2002



Et si nous enfoncions des portes ouvertes

- ▶ Notre thématique de présentation partirait donc du postulat que les soins palliatifs sont une « punition », la réponse négative à un rejet de la population gériatrique.
- ▶ Reconsidérons donc la démarche palliative pour nous détacher de sa crainte et de nos propres peurs.
- ▶ Nous sommes face à une population de plus en plus nombreuse, à un âge de plus en plus avancé qui malgré toute notre bonne volonté ne pourra pas échapper à sa propre finitude.
- ▶ L'objectif des soins palliatifs n'est ni d'accélérer, ni de ralentir ce processus mais de l'accompagner dans des soins autour d'une balance qualité/quantité de vie.
- ▶ **En pratique, la situation palliative n'est en moyenne posée que dans les 2 semaines précédant le décès d'un patient dans la population gériatrique.**

Et si nous enfoncions des portes ouvertes

Si nous sortons du postulat que les soins palliatifs sont une réponse punitive, nous ne pouvons exclure le fait que **l'âge est parfois un des principal critère d'entrée en situation palliative ou plutôt de limitation de soin :**

- ▶ La réanimation et les soins critiques
- ▶ ... le transfert sur un service d'urgence lorsque l'on vient d'une structure médico-sociale

(Mais également un grand nombre de disciplines: onco hématologie, orthopédie, ...)

Mais l'évolution de la médecine ne peut pas nous permettre de nous limiter à l'âge pour décider d'un niveau de soin, de l'initiation, la poursuite ou l'interruption d'un traitement.

Et si nous enfoncions des portes ouvertes

► Caractéristiques de la population gériatrique :

A haut risque de perte d'autonomie sur :

- L'âge
- Pathologies neurodégénératives liées au vieillissement
- Troubles cognitifs
- Pathologies chroniques multiples (cardiovasculaire, pulmonaire, oncologique, etc, ...)
- Le niveau de dépendance physique

Nous sommes donc avec une population encline à une accumulation de pathologies chroniques et aiguës où nous jonglons constamment chez un même patient entre le soin curatif et les soins palliatifs.

**Objectif : ne pas tomber dans le piège de l'obstination déraisonnable,
ni dans celui de l'abandon**

D'un autre côté

- ❑ Il semble que les nonagénaires aient plus de **difficulté à être admis en Unité de Soins Palliatifs**, ou même parfois en Unité de Médecine Polyvalente Conventionnelle (ce d'autant s'ils vivent en institution) :

Quelles explications à cela :

- manque de place ?
- souhait de maintien dans le lieu de vie ?
- patients à la grande complexité clinique mais où paradoxalement nous nous penchons moins quant au niveau de soin à mettre en œuvre ?

La prise en charge des symptômes dans la population gériatrique

- ▶ Là où sur certains regards on pourrait associer rapidement la population gériatrique à une population en situation palliative, on note fréquemment un retard à la prise en charge des symptômes d'inconfort : principalement les symptômes douloureux

Vigilance et adaptation des thérapeutiques

vs

Absence de thérapeutique

Pistes et réflexion :

- ▶ Place des soins palliatifs précoces en gériatrie
- ▶ Changer la perception des soins palliatifs
- ▶ Définition des niveaux de soin en amont
- ▶ Création de dynamiques institutionnelles

Les soins Palliatifs Précoces

- ▶ Dans cette réflexion sur les soins palliatifs précoces où nous commençons à démontrer qu'outre une amélioration significative de la qualité de vie, nous tendons également à retrouver une augmentation de l'espérance de vie.
(cancer broncho-pulmonaire)

Aucune étude à ce jour n'a été réalisée sur la population gériatrique et les soins palliatifs précoces mais tout ce que nous tendons à développer ces dernières années vont dans ce sens : consultation oncogériatrique, démarche palliative au sein des structures de vie.

Les soins palliatifs précoces ne sont pas le privilège des patients atteints de cancer

Changer la perception des soins palliatifs

Ne percevez pas les acteurs de soins palliatifs comme une caution à une décision de la limitation des soins,

mais une réflexion dans ce qui est raisonné et raisonnable de mettre en place chez un **patient sujet**

Un patient chez qui nous devons, en même temps que nous questionnons les **problématiques médicales**, questionner **la vie de relation** et le sens que nous mettons dans nos soins.

Définition des niveaux de soins

- ▶ Initier précocement une réflexion pluri-professionnelle autour du patient afin de définir le niveau de soin raisonnable en prenant en compte :
 - Comorbidités
 - Autonomie
 - Age
 - Complications antérieures et potentiellement prévisibles

Et bien sur de manière fondamentale : **LES SOUHAITS DU PATIENT**

C'est dans ce cadre qu'il est possible d'aborder avec le patient et ses proches la question des directives anticipées

- Quelles que soient les circonstances, le patient doit rester sujet de ses soins,
Forcé de constater que dans l'urgence ... le patient âgé est réduit à sa qualité d'objet (Vie animale / ZOE Grec ancien)

Partant de tout cela, l'âgisme accélère-t-il la prise en charge palliative ?

Et si nous tentions de voir le verre à moitié plein : le développement des soins palliatifs en gériatrie comme un objectif

Cette discrimination initiale amène nos aînés à **bénéficier** plus précocement d'une prise en charge palliative

Super Nouvelle, en Soins palliatifs, rien n'est impossible mais tout est raisonné ...

En renforçant la formation de nos équipes en créant du lien entre les différents acteurs gériatres, palliatologues, soignants, ...

... Nous n'aboutirons pas à une prise en soin subie dans l'urgence mais réfléchie et anticipée !

Et dans ce cas, les soins palliatifs ne sont pas un alibi compassionnel à des manques diagnostics ou thérapeutiques.

Quelques messages clés

- Création de lien / convention avec structures de soins palliatifs : réseaux COMPAS, EMSP
- Formation de référents en soins palliatifs
- Faire naître une dynamique institutionnelle portée par les acteurs de soins mais également par leur direction

Penser le soin :

- ❑ **Développer les possibilités de poser une réflexion anticipée sur les complications à venir et le souhait du patient dans sa prise en soin (avant qu'il ne soit plus en mesure de donner son avis et donc son consentement)**
- ❑ **Repérer les situations à risques : hospitalisations récurrentes, non adhésion aux soins, ...**

Quelques messages clés

- Création de lien / convention avec structures de soins palliatifs : réseaux COMPAS, EMSP
- Formation de référents en soins palliatifs
- Faire naître une dynamique institutionnelle portée par les acteurs de soins mais également par leur direction

Penser le soin :

- ❑ Développer les possibilités de poser une réflexion anticipée sur les complications à venir et le souhait du patient dans sa prise en soin (avant qu'il ne soit plus en mesure de donner son avis et donc son consentement)
- ❑ Repérer les situations à risques : hospitalisations récurrentes, non adhésion aux soins, ...

Notre plus grande problématique :
le temps

Quelques messages clés

- En moyenne, un patient âgé en situation palliative avancée demande 5 à 6 heures de présence soignante quotidienne.

La vérité de notre système actuel est que les services de médecine aiguë et de SSR ne pourront pas accueillir l'ensemble des patients en situation palliative avancée (et est-ce réellement souhaitable ?)

- **Plus nous anticiperons sur la lecture clinique de nos patients âgés et sur l'expression de leur volonté,**

Moins les décisions prises à leur égard seront sous le joug de l'âgisme

- ▶ N'oublions pas, l'âge n'est un critère essentiel que pour le vin et le fromage.

Merci de votre attention