Soins palliatifs et gériatrie

Immenses progrès au cours des dernières décennies

Les soins palliatifs visent à améliorer la qualité de vie des personnes gravement malades ou mourantes durant la période leur restant à vivre. Au-delà du traitement médical (prise en charge des symptômes), ils leur procurent un soutien psychique, social et spirituel. Les souhaits de la personne gravement malade y jouent un rôle central. Elle a son mot à dire et sur demande, ses proches bénéficieront également d'un accompagnement (1).

PD Dr méd. Sophie Pautex
Genève

Aujourd'hui, 10 % seulement des décès survenant chaque année en Suisse sont soudains et inattendus. La plupart des personnes meurent des suites d'une maladie et après avoir reçu des soins de plus ou moins longue durée. A l'avenir, de plus en plus de personnes en fin de vie auront besoin d'une assistance accrue. Ce phénomène est principalement dû à l'allongement de l'espérance de vie en Suisse, combiné au fait que les personnes âgées souffrent de plus en plus souvent de maladies chroniques incurables. Pour faire face à cette situation, la Confédération et les cantons ont décidé, dans le cadre de la plate-forme « Politique nationale suisse de la santé », de promouvoir les soins palliatifs en Suisse avec la mise en œuvre de la Stratégie nationale en matière de soins palliatifs 2010–2012 , qui sera prolongée à la fin de cette année (1).

Au niveau européen, en septembre 2012, un manifeste pour le développement urgent des soins palliatifs pour les personnes âgées a été présenté au Parlement Européen lors d'un événement organisé par la fondation italienne Maruzza avec le soutien de l'Association Européenne de Soins Palliatifs (EAPC) et l'European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS) (2). Ce manifeste encourage tous les pays de l'Union Européenne à assurer les meilleurs soins palliatifs possibles pour tous les citoyens âgés souffrant de maladies chroniques et spécialement ceux en fin de vie, quel que soit leur lieu de vie. Parmi les différents objectifs cités sur ce manifeste, les différentes institutions doivent renforcer la synergie entre la médecine gériatrique et palliative et élaborer un plan pour le développement commun afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées. La formation en soins palliatifs des professionnels travaillant avec des personnes âgées doit être améliorée et les opportunités de financement de la recherche dans ce domaine doivent être promues.

L'objectif de la médecine gériatrique est le plus souvent centré sur l'amélioration, la réhabilitation ou la stabilisation de la situation du patient. D'un autre côté, les principes de la médecine palliative ne correspondent pas parfaitement aux patients âgés ou très âgés, en raison de la nécessité d'une évaluation gériatrique globale, de la prévalence élevée de troubles cognitifs, de la reconnaissance de caractéristiques uniques de symptômes tels que douleur chez les personnes atteintes de démence et la prescription quelques fois complexe chez des patients déjà polymédiqués. Afin d'encourager les gériatres à intégrer les principes des soins palliatifs (gestion des symptômes, parler de la mort, les directives anticipées, la reconnaissance de la phase terminale de la maladie, etc.) dans la pratique quotidienne, un groupe de gériatres européens issus de l'EUGMS a tenté de définir la médecine palliative gériatrique en tenant compte des besoins spécifiques des patients plus âgés (3).

Gestion des symptômes

La gestion adéquate des symptômes est la pierre angulaire des soins palliatifs. De nombreuses études ont révélé que les symptômes comme la douleur, mais aussi la dyspnée, la perte d'appétit, la fatigue sont sous-évalués et donc sous-traités avec tout ce que cela peut signifier pour un patient en particulier chez les personnes âgées. Les patients doivent donc être interrogés sur l'intensité de leurs symptômes et celle-ci doit être mesurée de façon régulière afin de s'assurer que les mesures thérapeutiques prises (médicamenteuses ou non) sont efficaces. L'utilisation systématique d'échelles d'évaluation telles que l'échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (ESAS) est très utile (4). L'ESAS comporte 9 échelles visuelles analogiques de 10 cm mesurant l'intensité des symptômes suivants: douleur, fatigue, nausées, dépression,

anxiété, somnolence, perte d'appétit, bien-être et dyspnée. Cette évaluation doit être suivie d'une anamnèse complète, d'un examen clinique ciblé et d'examens complémentaires nécessaires afin que la cause sous-jacente, lorsque cela est possible et jugé raisonnable, puisse être traitée. En parallèle, les symptômes doivent être traités de façon symptomatique. Pour prendre juste l'exemple de la douleur, les principes de l'OMS pour la gestion de la douleur cancéreuse doivent être appliqués aux personnes âgées. Toutefois, les anti-inflammatoires non stéroïdiens doivent être utilisés avec une grande prudence en raison des effets secondaires potentiels et des doses plus faibles d'opiacés doivent être introduites que chez les patients jeunes. L'utilisation d'opiacés avec une courte demi-vie est également indiquée afin de déterminer le dosage approprié. Nous devons porter une attention particulière aux effets indésirables tels que la constipation, mais être aussi attentifs aux signes précurseurs d'un état confusionnel, afin de rapidement prendre les mesures adéquates (hydratation, co-analgésie, rotation d'opiacés). Même si les antalgiques sont le pilier de la gestion de la douleur, l'utilisation concomitante d'autres approches non médicamenteuses doit être encouragée. Il faut également se concentrer sur les aspects psychosociaux et spirituels qui peuvent contribuer aux symptômes des patients.

Anticipation et urgences

Nous devons garder à l'esprit que des urgences majeures existent chez les patients ayant une maladie avancée: par exemple une hypercalcémie, une compression de la moelle épinière, des fractures, des idées suicidaires, une exacerbation sévère de symptôme. Il est important d'anticiper autant que possible ces complications et de discuter avec les patients et leurs proches de leurs préférences si de telles complications devaient se produire.

La diminution des fonctions cognitives est un des défis le plus important que l'on trouve en médecine gériatrique. Hormis la problématique des patients atteints de démence arrivant dans leurs derniers jours de vie, les patients âgés sont à haut risque de développer un état confusionnel. Dans ces situations des décisions médicales doivent être prises (arrêt d'une alimentation artificielle, introduction d'antibiotiques, etc.) sans toujours savoir qu'elles auraient été les préférences ou les choix des patients. Les proches doivent être, bien sûr, associés à ces prises de décisions. Idéalement, les patients devraient avoir complétés des directives anticipées, ou au moins avoir transmis leur choix à leur médecin traitant et/ou à leurs proches. Notre expérience nous a montré que les directives anticipées ne sont pas seulement un outil de travail utile aux professionnels, mais peuvent aussi être un excellent outil pour accroitre la communication entre les patients, les professionnels de la santé et les proches (5).

Formation et recherche

Afin d'assurer aux personnes âgées des soins palliatifs les plus adéquats, la formation continue et post graduée en soins palliatifs de l'ensemble des professionnels de la santé en contact avec des personnes âgées doit être promues. Inversement les professionnels travaillant dans les structures spécialisées de soins palliatifs doivent aussi être formés aux particularités de la prise en charge de patients atteints de démence sévère par exemple.

Finalement pour améliorer la pratique clinique quotidienne des patients, la recherche clinique doit être également développée. Dans ce cadre là, la plateforme latine de recherche en soins palliatifs et fin de vie se réjouit de la participation active et croissante de gériatres afin de favoriser son essor et particulièrement le développement de la recherche dans ce domaine (6). Le programme national de recherche « Fin de vie » (PNR67) comporte également plusieurs projets gériatriques.

Conclusion

Comme souvent évoqué, la médecine a fait d'immenses progrès au cours des dernières décennies, néanmoins la prévalence de la mort reste de 100%. Les professionnels de la santé doivent donc partager leurs compétences, mais aussi leurs expériences, afin de continuer à améliorer la prise en charge des patients en situation palliative dans les différents lieux de vie et de soins. Ils doivent aussi mieux faire connaitre aux patients, à leurs proches, mais aussi à la population générale les soins palliatifs.

PD Dr méd. Sophie Pautex
Unité de soins palliatifs communautaire
Service de médecine de premier recours
Hôpitaux Universitaires de Genève
c/o IMAD
36, av Cardinal-Mermillod
1227 Carouge
sophie.pautex@hcuge.ch

Références :

1. Stratégie nationale de développement des soins palliatifs 2009-2012. : http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/06082/index.html?lang=
2. Quality of Life in Old Age until the End. Targeting the elderly. an european initiative for a fairer and more cost medicine.www. eapcnet.wordpress.com/. Brussels 2012
3. Pautex S, Curiale V, Pfisterer M, Rexach L, Ribbe M, Van Den Noortgate N. A common definition of geriatric palliative medicine. Journal of the American Geriatrics Society;2010: 58:790–1
4. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmser P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. J Palliat Care 1991;7:6–9
5. Pautex S, Herrmann FR, Zulian GB. Role of advance directives in palliative care units: a prospective study. Palliative medicine 2008;22:835 –41
6. Plateforme latine de recherche en soins palliatifs et fin de vie. www.plrsp.ch

Message à retenir

- Les soins palliatifs et gériatriques doivent poursuivre une étroite collaboration afin d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées atteintes d'une maladie évolutive avancée
- Pour ces personnes, les professionnels de la santé doivent avoir une approche plutôt basée sur les symptômes présentés par les patients que sur les maladies
- Les directives avancées, ou dans tous les cas un projet de soins anticipé ou la nomination d'un représentant thérapeutique doivent être activement promue en particulier chez les patients âgés en raison du risque réel d'atteinte cognitive
- La formation et la recherche sont des éléments clés pour le développement des soins palliatifs et à l'amélioration des soins prodigués aux patients qui approchent la fin de leur vie