

Soins et accompagnement des personnes âgées en fin de vie

Dr Marie-Guy Depuydt
Service de médecine interne et gériatrie Pr Dewailly
Hôpital gériatrique les Bateliers

Cas clinique :

- | Monsieur Dupont âgé de 87 ans présente une nouvelle décompensation respiratoire sur BPCO (la 6^{ème} en 6 mois), il a perdu 12 Kg, il est parfois confus, il demande qu'on le laisse tranquille .
- | Ancien boulanger, marié, 3 enfants, catholique, pratiquant
- | Il est épuisé, dyspnéique, encombré, il ne mange plus, a des troubles de la déglutition, des escarres apparaissent aux talons et au siège.
- | Sa famille est très inquiète ,
 - « jusqu'alors » dit son épouse « il s'en est sorti ...»

Quelle est votre attitude ?

- | Soins curatifs palliatifs ?
- | Antibiothérapie ?
- | Perfusions ?
- | Nutrition parentérale, entérale ?
- | Aspiration ?
- | Aérosols ?
- | Kinésithérapie expectorante ?
- | Abstention thérapeutique ?
- | Autres propositions ?

Définition de la SPAP

Soins palliatifs =

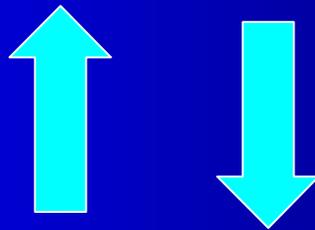
- soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou terminale

Objectifs :

- soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes,
- de prendre en compte la souffrance psychologique sociale et spirituelle.
- Le malade est un être vivant et la mort un processus naturel
- Eviter les investigations et les traitements déraisonnables
- Refus de provoquer intentionnellement la mort
- Préserver la meilleure qualité de vie possible
- Proposer soutien aux proches

Notion de soins continus :

| Soins palliatifs



| Soins continus

SOINS PALLIATIFS ≠ FIN DE VIE

Stratégie palliative :

▮ Objectifs :

- Privilégier la qualité de vie et non la « quantité »

- ▮ Les traitements et les investigations sont utilisés pour améliorer le confort du patient

Stratégie curative

Objectifs :

- guérison, augmentation de la durée de vie

- Les traitements et les investigations peuvent être agressifs , être toxiques

La phase terminale ou phase ultime

■ Objectifs :

- soulager tous les symptômes sans intention d'accélérer la mort

■ Les investigations sont inutiles

| **Euthanasie :**

- provoquer délibérément la mort

| **Acharnement thérapeutique :**

- proposer des traitements déraisonnables par rapport à l'état du patient

- | Difficultés en équipe ou avec la famille par manque de communication

Les soins palliatifs en gériatrie

- | 1 décès sur 2 concerne une personne de plus de 75 ans
- | Accompagner un mourant c'est accompagner une personne âgée
- | institutionnalisation de la mort
- | soins de longue durée (6 mois, 1 an)
- | isolement : familial, amical, social
- | pathologies : AVC, démences, polypathologie
- | perte d'autonomie

Problèmes éthiques en gériatrie

- | Reconnaître la fin de vie :
 - Pas toujours de maladie maligne ou potentiellement
 - Dernier épisode de décompensation cardiaque, respiratoire ?
 - fin de vie ou simple épisode aigu?
- | Le patient ne peut s'exprimer :
 - Qui est le référent
- | Le patient est opposant :
 - est ce un refus de soin ou une douleur ?
- | Le patient refuse de manger :
 - Refus de soins
 - Faut-il mettre en place une assistance nutritionnelle

- | Entrave à la communication :
 - trouble audition, vision,
- | troubles neuropsychiatriques :
 - confusion, agitation, hallucinations, délire...démence
- | Peu de demande d'euthanasie
- | P.A. souhaite la mort mais peur de mourir

Problèmes éthiques en gériatrie :

- | Traitement curatif parfois agressif :
 - faut-il attacher le patient pour lui administrer un traitement ?
- | Que pense la famille ?
- | Comment éviter acharnement thérapeutique ou abstention injustifiée des soins ?

Eléments de réflexion

Malade, sa famille, l'équipe soignante, les bénévoles d'accompagnement....

- Il faut une bonne communication entre tous les intervenants
- Réunion d'équipe , dossier de soins, transmissions +++++
- Prévoir les situations de crise
- Notion de prescription anticipée
- Notion de vérité au patient ?
- Information complète, s'assurer que le malade a compris

Éléments décisionnels

- | âge : mauvais critère
 - élan vital même chez les personnes très âgées
- | maladie principale, depuis quand évolue-t-elle ?
- | quel est l'épisode actuel, combien d'épisodes ont émaillé ces dernières semaines, le patient s'aggrave-t-il à chaque fois ?
- | que pense t-il de son état, coopère-t-il aux soins ?
- | qu'en pense l'équipe soignante ? la famille ?
- | Pas de décision en urgence, prévoir le cas échéant, bonne connaissance du dossier
- | Ne pas impliquer la famille dans les décisions qui les culpabiliseraient

Les étapes psychiques

- | Négation:
 - Le médecin m'a dit que j'étais malade, ce n'est pas vrai
- | Marchandage :
 - si je m'en sors, je m'occuperai plus de mon mari
- | Révolte, la colère :
 - je ne suis pas bien soignée
- | Dépression :
 - Je suis désespérée
- | Acceptation :
 - quand je serai partie tu t'occuperas de mes poissons rouges
- | Espoir :
 - Demain, j'irai peut-être mieux

Grands principes de la prise en charge :

- | Abord de la personne dans sa globalité
 - avec son entourage, sa famille, ses désirs, ses croyances, ses rites, ses habitudes
- | assurer des soins de confort +++être attentif à une foule de détails
- | écoute attentive
- | soigner douleur physique et morale
- | prendre en compte les besoins spirituels
- | dément, confus : favoriser communication non-verbale
- | accompagner la famille

Soigner et accompagner jusqu'au bout

especter une certaine chronologie :

- Atténuer les symptômes le plus gênants pour le malade

- Fixer des objectifs

Faire participer le patient chaque fois que possible

- Réévaluer

- Prévenir la réapparition des symptômes

- Vérifier l'efficacité et la tolérance des traitements

Prise en charge des symptômes

The background is a dark blue gradient that transitions to a lighter blue at the bottom. A thin, light blue curved line starts from the left edge and curves downwards towards the bottom right corner.

1) troubles de l'état général

| a) asthénie, anorexie, dénutrition :

- maintien état bucco-dentaire correct +++(soins de bouche)
- fractionner les repas, repas froids
- mets favoris
- compléments nutritionnels

| **PLAISIR**

- **corticoïdes** : Solupred 10 mg par jour 3 semaines(si pas d'infection)

| SNG, gastrostomie.?

– Quel est l'objectif? que désire le patient ?

| b) déshydratation, soif

– diminution de la sensation de soif avec l'âge

– confort si **soins de bouche** toutes les 2 heures

– voie orale+++,

– Épaissir les boissons en cas de troubles de la déglutition

| Epailis, gélatine alimentaire: 20 g par litre d'eau

– éviter perfusions intraveineuses

| (mauvais capital veineux et immobilisation)

– perfusion par vois sous-cutanée :

| S Salé iso : 500 ml en 6 à 12 heures

| + Sglucosé iso, 500 ml ,

| épicroânienne + Opsite, face antérieure des cuisses ou abdomen

2) Troubles buccaux, pharyngés, oesophagiens :

a) sécheresse de bouche :

- entrave à la communication, l'alimentation
- moyens :
 - | boissons pétillantes,
 - | glaçons aromatisés,
 - | fruits frais(ananas),
 - | salive artificielle(Artisial),
 - | Brumisateur
 - | Coca

I b) bouche surinfectée (mycose) :

- Bétadine buccale(1/2;1/2)
- Daktarin gel buccal,
- Fungizone solution(mauvais goût), 4 semaines
- Triflucan
- Solution utilisée dans les services de soins palliatifs :
 - I Nacl 0,9% 100 ml
 - I Nystatine 4 ml
 - I HPV 2 ml
 - I Bicarbonate 300 mg
- Solution :1 cas de bicarbonate dans un verre d'eau

l c) bouche ulcérée :

- Ulcar pur sur les lésions ou en bain de bouche
- Xylocaïne gel sur les lésions

l d) croûtes :

- eau oxygénée : $\frac{1}{4}$ + $\frac{3}{4}$ NaCl 0,9%

l e) mauvaises odeurs :

- Flagyl suspension 4 % 123 ml
- eau distillée QSP 480 ml

l f) dysphagie

- traitement étiologique (laser, endoprothèse)
- corticoïdes, analgésiques centraux sinon

3) Troubles digestifs

| a) constipation :

- constante en fin de vie
- inévitable sous morphine
- CAT : pas + de 3 jours sans selle
 - | laxatifs :
 - | lubrifiants (paraffine) attention PNP huileuse (tb déglutition, hernie hiatale)
 - | osmotiques+++ : lactulose 2 à 4 sachets par jour ou +
 - | + 1 stimulant : Sénokot, Contalax...
 - | par voie rectale : Normacol parfois sur sonde
 - | Microlax, Eductyl, lavement huile de paraffine, eau oxygénée
 - | Traquer le fécalome.....fausses diarrhées

I b) nausées et vomissements :

- traitement en fonction du mécanisme :
- zone gâchette(plancher de V4)
- vomissements chimiquement induits
:hypercalcémie, morphine,
- ins rénale)
- Haldol : 1 à 5 mg / j per os ou par voie sous-cutanée, Primpéran, Motilium
- stase gastrique : Primpéran, Motilium
- HTIC, occlusion : Scopolamine par voie sous-cutanée
- occlusion : corticoïdes ?
- chimiothérapie : antisérotoninergiques : Zophren, Kitril
- Ces médicaments sont administrables par voie sous-cutanée

I c) occlusion intestinale :

- éliminer une étiologie curable
- éviter SNG et perfusions
- antispasmodiques : morphine, Spasfon
- antiémétiques : Pimpéran, Motilium, Haldol
- Scopolamine

Alimentation orale possible, survie 3 semaines si occlusion basse

4) Troubles respiratoires :

a) dyspnée : sensation subjective, pénible

- évaluation difficile
- angoisse ++++ équipe soignante, famille, patient
- traitement étiologique (évacuation d'1 épanchement)
- traitement symptomatique :
 - | oxygène
 - | corticoïdes,
 - | anxiolytiques : Valium, Hypnovel
 - | Morphine :
 - ↑ fréquence respiratoire,
 - ↑ hyperventilation espace mort,
 - restaure une respiration + efficace

l **b) toux :**

- éviter aérosols
- sirop antitussif : codéine

l **c) encombrement bronchique :**

- aspirations des sécrétions bronchiques hautes : agressif+++ , éviter fluidifiants bronchiques
- Scopolamine : 0,25 mg à 5 mg toutes les 4 à 6 h par voie sous-cutanée

l **d) râles d'agonie : idem**

- traumatisme de l'entourage

5) Troubles neuro-psychiatriques

- | attention douleur méconnue,
 - surtout si trouble de la communication
- | traiter les troubles gênant le patient ou l'entourage
- | a) insomnie :
 - bruit en institution
 - BZD: demi-vie courte ou intermédiaire (séresta, témesta, xanax)
 - somnifère : Imovane, Stilnox
- | b) anxiété : dialogue+++ , écoute+++
 - BZD, NL
- | c) dépression :
 - sérotoninergiques

I d) confusion :

- Prise en charge relationnelle, attention environnement
- rassurer, éviter le ligotage, rétablir les repères familiers, atmosphère
- calme
- recherche étiologique
- douleurs+++ , deshydratation, globe vésical, fécalome, pb iatrogène,
- métabolique, difficultés relationnelles, réalité insupportable

Bilan si bénéfice escompté

- traitement symptomatique : Haldol 1 à 5 mg/j, Tercian si agitation;
- Equanil

6) Troubles urinaires :

- | Éliminer
 - infection urinaire, miction par regorgement, globe
- | Proposer un sondage à demeure :
 - surtout si escarre (macération) ou manipulation douloureuse
- | attention rétention iatrogène :
 - morphine, anticholinergique

7) Troubles cutanés :

I escarres :

- prévention++++ : matelas, arceau, mousse de décharge d'appui
- changements des points d'appui toutes les 4 heures ou coin de mousse
- renforcement antalgique avant pansement (Morphine sublingual)
- Pansement de propreté enfin de vie

I escarres ou plaies infectées et nauséabondes :

- Pansement au charbon (actisorb...)
- Flagyl 1 à 3 g per os , Augmentin....

Les bénévoles d'accompagnement :

- | Rôle auprès du patient :
 - écoute, disponibilité, soutien, visite extérieure au service, ni soignant, ni famille, présence bienveillante, respect de l'autre,
 - savoir être :
 - | attentif, à l'écoute, offrir du temps
- | Rôle auprès des familles :
 - soutien, aide, relais
- | Rôle auprès des équipes soignantes :
 - approche différente du malade, complémentarité, déculpabilise les équipes qui n'ont pas toujours le temps
- | Le bénévole fait partie de l'équipe soignante, il reçoit une formation, a un suivi psychologique

Conclusion

- | Les soins sont abordés dans un esprit palliatif
- | Les décisions éthiques sont prises en équipe
- | La famille et le patient en sont informés
- | Respecter
 - les désirs du patient
 - Sa spiritualité