

# Démence et fin de vie chez la personne âgée

Dr Sophie HAMON  
Gériatre  
EMSP Hôpital NORD

# Plan

- Attitude palliative en gériatrie
- Douleur et démence
- Soins de confort, communication non verbale
- Ethique

# Attitude palliative en gériatrie...

- Fragilité, polypathologies, perte d'autonomie, contres indications médicamenteuses = schéma thérapeutique alternant avec des phases curatives et palliatives
- Notion de lent mourir, état crépusculaire
- Objectifs des soins: qualité de vie, qualité des soins, respect de la dignité

# Attitude palliative...et démence

- 100 000 patients déments décèdent/an
- Démence=maladie incurable
- Médiane de survie au moment du diagnostic=4,2 ans pour les H; 5,7 ans pour les F.
- Début de la phase palliative difficile à déterminer, elle doit s'inscrire dans un continuum de PEC au long court.

# Attitude palliative ...et démence

- Les causes de décès chez les patients déments dépendent du stade de la maladie, du statut nutritionnel (albuminémie), du degrés de dépendance, des comorbidités.
- Pathologies entraînant le décès: pneumopathie, fracture...iatrogénie

# Douleur et démence

- Les processus d'intégration corticaux de la douleur semblent parfois altérés au cours de la démence expliquant la modification des comportements douloureux
- Lien entre douleur, dépression et anxiété
- Troubles du langage= expression verbale de la douleur impossible

# Douleur et démence

- douleur exprimée par une majoration des troubles du comportement:  
Cris, agressivité, prostration, refus alimentaire, déambulation incessante...syndrome confusionnel
- Origine des douleurs:  
douleur musculo-squelletique ++, rétraction tendineuse, séquelle d'AVC, neuropathie (DNID, ischémique, médicamenteuse...)

# Douleur et démence

- Evaluation de la douleur : DOLOPLUS 2 basée sur l'observation du comportement (retentissements somatique, psycho-moteur, psychosocial), ALGOPLUS.
- Modification physiologique et altération de la fonction rénale= adapter les posologies
- Eviter les molécules potentiellement confusiogènes: acupan, codéine, tramadol
- Préférer les morphiniques+++ et la voie per os ou s/c

# Soins de confort et communication non verbale

- Prise en soins primordiale, savoir être +++
- Bienveillance, empathie
- Etablir une capture sensorielle avant de toucher le patient, voix douce, phrase simple, prosodie (langage non verbal)
- Ne jamais s'opposer à un comportement agressif, ne pas s'entêter à rétablir la vérité en cas de délire ou de DTS=anxiogène.

# Soins de confort et communication

- Eviter la dépersonnalisation avec des « mamie », « ma chérie »
- Perte de leur mémoire, de leur histoire, vécu abandonnique, donc utiliser leur prénom, leur nom.
- Etre « tout au patient » au moment du soin.
- Avoir une attitude rassurante, enveloppante.

# Soins de confort et communication non verbale

- Utiliser les sens: toucher, la musique ou le chant, l'odorat, la vue, le goût.
- Espace SNOEZELEN=lieu multi sensoriel relaxant...où le soignant prend contact sans avoir la contrainte du soin.
- Rassurer les familles qui pensent que le patient les a aussi oublié = notion de mémoire émotionnelle.

# Ethique et démence

L'éthique médicale va tenir compte de principes:

- Religieux(catholique, islam, israélite...)
- Philosophiques(autonomie, vie sacrée....)
- Légaux (code de déontologie médicale, loi léonetti)

# Ethique et démence en fin de vie

Quelques principes philosophiques...

- **Le caractère sacré de la vie:** Il motive et justifie le maintien de la vie à tout prix. La mission du médecin est, par essence, de guérir par tous les moyens dont il dispose, le patient qui s'est confié à lui.

# Ethique et démence en fin de vie

- **Le respect de la personne:** Le respect de la vie ne va pas toujours avec le respect de la personne humaine. Maintenir en vie par des moyens artificiels une personne dans un état dégradant qui ne lui procure que douleur, dégoût de soi, c'est respecter une survie biologique sans respecter la personne humaine. Ici, s'érige une valeur supérieure au respect de la vie, celle de la qualité de vie.

- **La qualité de vie:** Mieux vaut assurer un confort de vie qui vaille la peine d'être vécue que de survivre plus longtemps dans d'affreuses conditions. Il faut regarder la personne dans son ensemble au lieu de la réduire à un simple corps menacé par la mort, menacé de tomber en panne!
- La Q de V a deux paramètres: la douleur et la dignité.

- **Le principe d'autonomie:** Qui peut décider mieux que lui-même de sa propre mort, du droit de poursuivre sa vie ou de l'interrompre? Si le médecin accepte le choix du patient, il devient alors un serviteur humain au lieu d'être un maître tyrannique.

- **Principe de bienfaisance:** Chercher à faire le meilleur pour le patient. Agir dans l'intérêt de celui-ci avant de penser à faire avancer la science. Agir pour le bien du patient n'est pas tjs en accord avec les désirs de celui-ci. Il faut donc accepter que le consentement du patient guide la décision médicale.

# Ethique et démence

## la loi léonetti en gériatrie

- Décision médicale fondée sur le caractère déraisonnable ou non de l'acte envisagé
- Décision relevant de la responsabilité médicale
- Obligation de prendre en compte la volonté du patient (refus implicite ou explicite du patient)

# Ethique et démente

## Loi Léonetti en gériatrie

### Procédure collégiale:

- Rechercher des volontés antérieurement exprimées par le patient (directives anticipées, personne de confiance, famille, tuteur...)
- Concertation en équipe pluridisciplinaire
- Avis médical extérieur à l'équipe (rôle des EMSP)
- Notifier la décision et les arguments dans le dossier médical+++

# Ethique et démence

- Intergroupe SFAP/SFGG a créé en janvier 2011 un outil d'aide au questionnement en équipe face à une situation gériatrique relevant de la loi léonetti
- 6 fiches d'analyse: ex: il va mourir de faim, de soif...
- Un organigramme d'aide à l'application de cette loi en gériatrie: patient conscient ou non, apte à décider ou non.

# Les 10 questions du Dr R.Sebag-Lanoë

- Quelle est la maladie principale du patient?
- Quel est son degré d'évolution?
- Quelle est la nature de l'épisode actuel surajouté?
- Est-il facilement curable ou non?
- Y-a-t-il une répétition récente des épisodes aigus rapprochés ou une multiplicité d'atteintes pathologiques diverses?

# Les 10 questions du Dr R.Sebag-Lanoë

- Que dit le malade s'il peut le faire?
- Qu'exprime t-il à travers son comportement corporel et sa coopération aux soins?
- Quelle est la qualité de son confort actuel?
- Qu'en pense la famille?
- Qu'en pensent les soignants qui le côtoient le plus souvent?

*Montaigne disait que l'homme a besoin d'une sage femme pour  
l'aider à venir au monde, et d'un homme encore plus sage pour  
l'aider à en sortir.*

*Merci de votre attention.*