

Médecine palliative pour personnes âgées

R. Kunz

Résumé

De nombreux patients de gériatrie souffrent de maladies incurables chroniques et en aggravation, avec diminution partiellement massive de la qualité de la vie. En cas d'absence de possibilité de thérapie causale, les mesures palliatives revêtent une signification centrale.

L'évaluation et la détection de la douleur en particulier dans le cas de patients incapables de communiquer dépendent d'instruments appropriés, la thérapie de la douleur doit être adaptée au mode de réaction modifié de l'organisme vieillissant. Toutes les étapes diagnostiques et thérapeutiques doivent avoir pour objectif le regain de qualité de vie et non pas la simple prolongation de la vie.

Introduction

La médecine palliative et les soins du même nom se sont fait connaître comme traitements et assistance soulageant les symptômes pour des personnes souffrant de maladies cancéreuses en phase terminale. Des stations et hospices de soins palliatifs ont été créés spécialement pour ces patients et la Ligue contre le cancer a fourni des efforts louables pour la propagation des connaissances sur la thérapie de la douleur et le soulagement des autres symptômes.

Conformément à la définition de l'OMS, «palliative Care» c'est «... soulager une maladie avancée et incurable avec pronostic vital limité

par une équipe multiprofessionnelle dans le but d'assurer une qualité de vie élevée pour le patient et ses proches ...» [1].

Parmi les personnes âgées, il en existe sans doute un nombre considérable qui souffre d'une maladie cancéreuse à un stade avancé et qui profite des découvertes faites auprès de jeunes adultes bénéficiant d'une assistance palliative adéquate dans la dernière phase de leur vie. La plus grande partie des patients âgés, en particulier dans les institutions telles que homes médicalisés et cliniques, souffre cependant de maladies non malignes, chroniques et le plus souvent dans un stade très avancé. La présence simultanée de plusieurs maladies chroniques, la multimorbidité, est typique pour le patient gériatrique, ce qui exige souvent une thérapie médicamenteuse complexe. Par là augmente aussi la possibilité de l'apparition d'effets secondaires et d'interactions indésirables, constituant souvent une charge supplémentaire pour le patient.

Des maladies chroniques fréquentes et s'aggravant de la personne âgée, qui ne sont plus accessibles du point de vue curatif, sont

- des transformations dégénératives sévères de l'appareil du mouvement;
- insuffisance cardiaque chronique;
- maladies pulmonaires chroniques;
- maladies neurologiques chroniques (Parkinson, séquelles d'apoplexie);
- maladies de démence en aggravation.

Conformément à la définition de l'OMS, ces patients font également partie du groupe-cible d'une assistance palliative adéquate.

Dans le cas des patients cancéreux, le passage de la thérapie curative à la thérapie palliative peut être défini dans le temps. Le passage de ce seuil peut être déterminé à l'aide de résultats d'examen simples à saisir, qui ne sont plus accessibles à un traitement curatif.

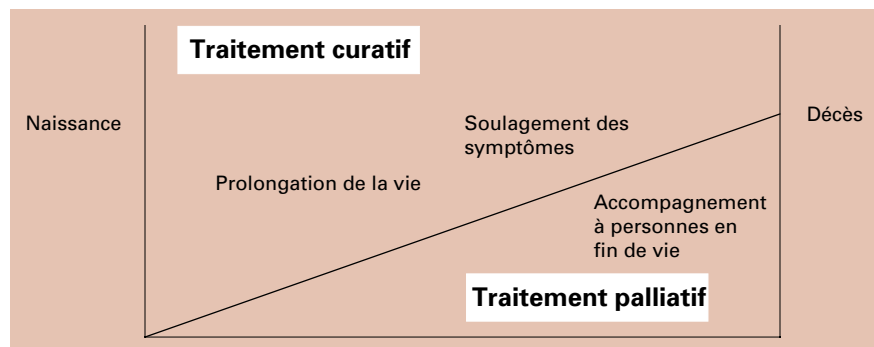
Les patients âgés souffrant de maladies chroniques présentent la plupart du temps une évolution continue de la maladie, il n'existe pas de séparation nette entre les efforts curatifs et le passage à des mesures purement palliatives (fig. 1). On trouve souvent, parallèlement aux symptômes chroniques, des troubles qui peuvent être traités de manière causale. La diffi-

Centre de soins,
Hôpital Limmattal

Correspondance:
Dr. med. Roland Kunz
Pflegezentrum
Spital Limmattal
8952 Schlieren

roland.kunz@spital-limmattal.ch

Figure 1.



culté dans ce type de cas réside dans le risque de reléguer au second plan le soulagement des symptômes de la maladie chronique à cause de la concentration sur les problèmes qui peuvent être traités. Inversement, en cas de concentration sur la thérapie palliative, ce sont les troubles susceptibles d'être traités de manière causale qui ne sont pas détectés.

Assistance palliative

La décision du moment et de la nature des mesures palliatives appropriées pour des patients âgés doit être réévaluée en permanence. L'évolution généralement lente des symptômes est souvent responsable du fait que le personnel soignant s'y habitue, ainsi que d'une sous-évaluation de l'importance des symptômes. Le patient a le sentiment qu'il doit accepter ses souffrances et vivre avec elles. Le personnel soignant (médecins et personnel soignant) observe chez la plupart de ses patients (principalement en institutions) des symptômes tels que douleurs, inappétance, adynamie, insuffisance respiratoire, etc., conduisant au sentiment inconscient que ces symptômes font partie des personnes âgées au même titre que les cheveux gris. Ainsi le danger augmente-t-il que ces symptômes ne soient pas l'objet d'une attention suffisante et ne soient donc pas traités suffisamment.

En ce qui concerne l'assistance palliative de personnes âgées, nous devons nous atteler principalement à deux niveaux de problèmes:

1. l'évaluation et le traitement des symptômes qui diminuent la qualité de vie;
2. l'établissement méticuleux de l'indication pour des examens et des thérapies du point de vue suivant: qu'apportent-ils au patient comme bénéfice en comparaison avec le fardeau que représentent les mesures adoptées.

Douleurs chroniques

Consacrons-nous d'abord à l'évaluation et au traitement des symptômes:

Le symptôme le plus fréquent dont souffrent les personnes âgées sont les douleurs.

Dans les homes médicalisés, 45 à 80% des pensionnaires souffrent de douleurs chroniques [2, 3]. Une petite partie seulement d'entre eux reçoit une thérapie de la douleur suffisante et continue, la plupart est traité insuffisamment ou pas du tout.

Les causes de douleurs chroniques les plus fréquentes sont:

- modifications dégénératives des articulations et de la colonne vertébrale;
- ostéoporose;

- douleurs neuropathiques (postzostériennes, en cas d'hémiplégie);
- douleurs cancéreuses.

Pourquoi les douleurs sont-elles si souvent traitées de manière insuffisante chez les patients âgés?

1. Préjugé «La douleur fait partie de la personne âgée»;
2. évaluation insuffisante de la douleur, surtout lors de troubles de la communication;
3. peur d'appliquer la thérapie adéquate à cause des effets secondaires ou du danger de dépendance;
4. les troubles directement issus des douleurs chroniques sont faussement interprétés et traités comme troubles indépendants (dépressions, troubles du sommeil, repli et apathie, inappétence, agressions, etc.).

Le préjugé selon lequel «la douleur fait partie de la vie des personnes âgées» doit être révisé dans la formation et dans les institutions; c'est une question d'information suffisante et de sensibilisation. Il s'agit également de faire disparaître le préjugé selon lequel les personnes âgées seraient moins sensibles à la douleur.

L'évaluation systématique de la douleur devrait faire partie aujourd'hui des conditions préalables évidentes. Cette évaluation a lieu la plupart du temps à l'aide de l'EVA (Echelle visuelle analogique), qui permet d'établir un procès-verbal de la douleur. Cette évaluation suppose cependant une coopération et une capacité de communication correspondantes de la part du patient. C'est pourquoi les douleurs sont le plus souvent évaluées et traitées de manière insuffisante chez les patients qui sont handicapés dans leur faculté d'appréciation et de communication:

- chez les patients atteints de démence sénile;
- chez les patients aphasiques.

Ce sont surtout les troubles de compréhension du langage qui peuvent avoir un effet limitatif. Lorsque le patient n'est plus à même de comprendre ce que signifie le terme douleur, il n'est plus en mesure de nous donner de réponse fiable.

Lorsque nous consultons les grands traités de gériatrie, nous ne trouvons que peu de choses, voire strictement rien sur la médecine et les soins palliatifs. Au chapitre de la douleur, nous trouvons généralement des indications sur les directives de l'OMS, et la recommandation d'une évaluation de la douleur à l'aide de l'échelle VAS. Je n'ai trouvé d'indications sur l'évaluation de la douleur chez les patients souffrant de troubles de la communication dans aucun manuel, bien qu'un nombre croissant de personnes âgées souffre de maladies de démence. Ces maladies affectent généralement plus de 50% des pensionnaires dans les institutions.

Tableau 1. ECPA. Après [7], version allemande Kunz R. 2000.

Date:	Patient:	
vis.:	Date de naiss.:	Chambre:

Dimension 1. Observations en dehors des soins.**POINT 1 – Expressions verbales: gémir, se plaindre, pleurer, crier**

- 0 Patient n'a pas d'expressions verbales
- 1 expression de douleur, lorsque le patient est interrogé
- 2 expression de douleur, dès que quelqu'un se trouve près du patient
- 3 expression spontanée de douleur, ou pleurs, sanglots spontanés et silencieux
- 4 cris spontanés, resp. expression de douleur intense

POINT 2 – Expression du visage: regard et mimique

- 0 expression détendue du visage
- 1 regard tendu et préoccupé
- 2 contractions intermittentes du visage, grimaces
- 3 regard tendu et / ou craintif
- 4 regard et expression complètement fixes

POINT 3 – Attitude spontanée de repos

- 0 aucune position antalgique
- 1 le patient évite une certaine position, attitude
- 2 Patient choisit une position antalgique (mais peut se mouvoir)
- 3 Patient recherche sans succès une position antalgique exempte de douleur
- 4 Patient demeure complètement immobile

Dimension 2. Observations pendant les soins.**POINT 4 – Attitude défensive et craintive lors des soins**

- 0 le patient n'a pas peur
- 1 regard anxieux, expression craintive
- 2 Patient réagit avec agitation
- 3 Patient réagit avec agressivité
- 4 Patient crie, gémit, se plaint

POINT 5 – Réactions lors de la mobilisation

- 0 Patient se lève / se laisse mobiliser sans attention particulière
- 1 Patient a un regard tendu / semble craindre la mobilisation et les soins
- 2 Patient se cramponne avec les mains / fait des gestes pendant la mobilisation et les soins
- 3 Patient adopte pendant la mobilisation et les soins une position antalgique
- 4 Patient se défend contre la mobilisation et les soins

POINT 6 – Réactions pendant les soins de zones douloureuses

- 0 aucune réaction négative pendant les soins
- 1 réaction pendant les soins, sans autre définition
- 2 réaction lors de prise ou de toucher de la zone douloureuse
- 3 réaction lors d'effleurement de la zone douloureuse
- 4 impossibilité d'approcher la zone douloureuse

POINT 7 – Expressions verbales pendant les soins

- 0 pas de manifestations verbales pendant les soins
- 1 expression de douleur, lorsque l'on s'adresse au patient
- 2 expression de douleur, aussitôt que la personne soignante est auprès du patient
- 3 expression spontanée de douleur, ou pleurs, sanglots spontanés et silencieux
- 4 cris spontanés, resp. expression de douleur intense

Dimension 3. Effets sur les activités.**POINT 8 – Effets sur l'appétit**

0	pas de changements en ce qui concerne l'appétit
1	appétit légèrement diminué, ne consomme qu'une partie des repas
2	doit être encouragé pour absorber une partie des repas
3	n'absorbe que quelques bouchées, malgré les encouragements
4	refuse toute nourriture

POINT 9 – Effets sur le sommeil

0	bon sommeil, le patient est reposé à son réveil
1	difficultés pour s'endormir ou réveil prématuré
2	difficultés pour s'endormir et réveil prématuré
3	réveils nocturnes supplémentaires
4	sommeil rare ou manquant

POINT 10 – Effets sur les mouvements

0	Patient se mobilise et se meut comme d'habitude
1	le patient se meut comme d'habitude, mais évite certains mouvements
2	mouvements plus rares / plus lents
3	immobilité
4	apathie ou agitation

POINT 11 – Effets sur la communication / la faculté de contact

0	contact habituel
1	la prise de contact est difficile
2	le patient évite la prise de contact
3	manque total de contact
4	indifférence totale

Total des points (0 = pas de douleur, 44 = douleur maximale)

Thérapie de la douleur

Une recherche en littérature permet certes de dénicher quelques travaux sur la thérapie de la douleur chez les patients âgés aux capacités cognitives diminuées. Tous les travaux se terminent par la même conclusion, à savoir que la thérapie de la douleur chez ce groupe de patients est encore insuffisante et que l'on ne dispose pas encore d'instruments satisfaisants pour l'évaluation de la douleur [4, 5].

Deux instruments de la saisie de la douleur chez les patients âgés souffrant de troubles de la communication ont été publiés en français: Doloplus [6] et ECPA [7], voir tableau 1.

J'aimerais faire les remarques suivantes concernant la thérapie de la douleur chez les patients âgés, en complément des directives générales en vigueur pour la thérapie des douleurs chroniques:

La prise en compte de maladies d'accompagnement fréquentes dans le cadre de la multimorbidité exige une sélection méticuleuse des médicaments. Je pense principalement aux troubles suivants:

- limitation de la fonction rénale;
- limitation de la fonction hépatique;
- troubles dans le domaine du tractus gastro-intestinal:
 - anamnèse d'ulcère;
 - maladie de reflux;
 - constipation chronique;
 - maladies intestinales inflammatoires.

Des médicaments fréquemment utilisés et sous-estimés quant à leur dangerosité sont les anti-rhumatismaux non stéroïdiens (ARNS). Leur utilisation devrait demeurer limitée principalement aux maladies inflammatoires douloureuses de l'appareil du mouvement. Paracétamol ou Métamicol, représentants du stade 1 de l'OMS, sont mieux indiqués pour les douleurs dégénératives chroniques.

Dans les médicaments du stade 2, tramadol et la codeïne sont utilisés chez nous. Ils conviennent pour les thérapies de longue durée, également en association avec les médicaments du stade 1. Nausée et surtout constipation sont fréquentes, il faut en outre penser que l'enzyme cytochrome P450 2D6 nécessaire à la métabolisation dans le

foie manque chez environ 10% de la population et que l'effet antalgique en est largement annulé. Pour les douleurs fortes, les médicaments du stade 3 sont à disposition. Si l'on compare l'action et les effets secondaires potentiellement dangereux de ces médicaments, il s'agit en l'occurrence de substances très sûres également dans le cas des personnes âgées, si elles sont utilisées correctement. On ne devrait donc pas hésiter à utiliser ces médicaments chez les patients âgés et même très âgés. J'aimerais souligner ici que les opiacés ont leur place non seulement dans les thérapies terminales de la douleur, mais qu'ils devraient être utilisés aussi impérativement dans les thérapies de longue durée des états douloureux chroniques.

Les principes de base dans le traitement des patients âgés avec des opiacés sont:

- Start low – go slow! Ainsi apparaissent moins d'effets secondaires tels que délires, somnolence, nausées, conduisant à des interruptions de thérapie;
- le métabolisme ralenti exige des dosages plutôt inférieurs que dans le cas de jeunes adultes;
- le développement de la tolérance est en général plus lent;
- les effets secondaires doivent être traités aussi dès le début de la thérapie!
- des anurèses rénales plus fréquentes sont possibles;
- l'information des proches et des patients sur de possibles effets secondaires initiaux et sur le fait qu'une thérapie aux opiacés ne signifie pas l'imminence du décès. La compliance peut ainsi en être améliorée.

J'aimerais rappeler en passant que les douleurs chroniques ne comprennent pas seulement la composante somatique, mais que la douleur est vécue subjectivement de manière globale. La perte de sa propre intégrité, de l'environnement familial et aimé, du sentiment d'être nécessaire, renforcent la douleur au même titre qu'un bilan négatif de vie ou que le sentiment de la proximité de la mort. Une bonne thérapie de la douleur ne saurait donc se limiter seulement à la thérapie pharmacologique des douleurs somatiques, mais doit traiter simultanément les autres dimensions de la douleur globale.

En ce qui concerne le traitement palliatif d'autres symptômes, sont valables les mêmes principes de base que pour les personnes plus jeunes. C'est pourquoi je ne m'étendrai pas plus longuement sur cet aspect.

Objectif de la médecine palliative

Permettez-moi maintenant quelques réflexions sur la question évoquée de savoir quelle thérapie, quels examens, quelles mesures d'assistance sont indiqués pour la personne âgée.

La gériatrie consiste toujours en une aventure sur une corde raide entre le nihilisme thérapeutique et la réalisation inconditionnelle de toutes les options diagnostiques et thérapeutiques dont nous disposons aujourd'hui. Aussi bien notre prétendue aide que le refus d'aider peuvent se transformer pour la personne âgée en une torture insensée.

Les questions suivantes doivent être éclaircies pour cette raison avant toute étape diagnostique ou thérapeutique:

- Quelle est la volonté du patient? Cette exploration exige l'information du patient sur le diagnostic et le pronostic, l'explication des examens et des conséquences possibles.
- Est-ce que le patient est en mesure de supporter l'examen ou la thérapie prévus?
- Quelles sont les chances de succès du point de vue du patient? Est-ce que par nos mesures, nous améliorons seulement une valeur de laboratoire, ou est-ce que nous améliorons la qualité de vie du patient?

On accorde aujourd'hui une très grande importance à l'aspect de la réhabilitation en gériatrie. Lorsque nous prescrivons des examens et des thérapies dans l'objectif de la restauration, nous devons garder à l'esprit qu'un grand nombre de nos patients âgés ne sera plus jamais en bonne santé, que ces patients ne retrouveront jamais leur autonomie et ne pourront plus rentrer chez eux. Il est donc compréhensible de ce point de vue que ces personnes ne soient souvent pas à même de voir un sens dans nos efforts, dans la mesure où ils ne voient plus de sens à leur vie. «Palliative Care», les soins palliatifs pour les personnes âgées, ne signifient donc pas seulement un soulagement des symptômes, mais également la tentative de trouver un sens à la vie jusqu'à l'extrême fin de celle-ci. Et une assistance interdisciplinaire complète avec participation des proches est nécessaire. Qu'une telle assistance ne soit souvent possible que de manière insuffisante, étant donné le modèle d'indemnisation des soins de longue durée, est malheureusement une réalité.

L'objectif de la médecine palliative, des soins et de l'accompagnement des personnes âgées est ainsi non seulement un soulagement adéquat des symptômes, mais une thérapie et une assistance tous azimuts. J'aimerais donc conclure en citant le credo de Cicely Saunders, qu'elle a formulé de la manière suivante pour ses patients: «Ils sont importants, justement parce qu'ils

sont. Ils sont importants jusqu'au dernier instant de leur vie, et nous mettrons tout en œuvre, non seulement afin qu'ils puissent mourir en paix, mais aussi pour qu'ils puissent vivre jusqu'au dernier instant.»

Je sais qu'il est parfois difficile de ne pas perdre cet objectif des yeux chez les personnes âgées gravement malades. Mais la voie vers cet objectif est parfois plus proche que nous ne le pen-

sons. Vivre signifie p.ex. souvent plutôt humer et goûter une bouchée de son plat préféré donnée par des proches, malgré des difficultés de déglutition, que recevoir un apport optimal en calories par l'intermédiaire d'une sonde PEG à partir d'un goutte à goutte sur son trépied. Pour les personnes âgées, vivre ne signifie pas en premier lieu prolongation de la vie.

Références

- 1 Schweiz. Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung. Informationsbroschüre modifiz. Auflage 2001.
- 2 Ferrell BA. Pain Management in Elderly People. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39:64-73.
- 3 Groux-Frehner D, Rapin CH. Les douleurs chroniques dans un home de personnes âgées. *Infokara* 1996;41: 16-25.
- 4 Ferrell BA, Ferrell BR, Rivera L. Pain in cognitively impaired nursing home patients. *J Pain Symptom Manage* 1995;10:591-8.
- 5 Feldt KS, Ryden MB, Miles S. Treatment of pain in cognitively impaired compared with cognitively intact older patients with hip fracture. *J Am Geriatr Soc* 1998;46:1079-85.
- 6 Wary B. Ce vieillard a-t-il mal? Collection Amaryllis. *Les annales de Soins Palliatifs* 1993;2:89-98.
- 7 Morello R, Jean A, Alix M. L'ECPA: une échelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes. *Infokara* 1998;51: 22-9.