



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com

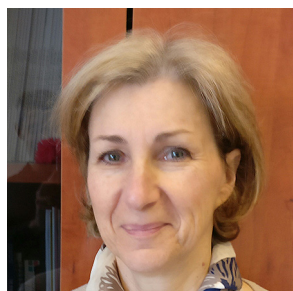


SOINS PALLIATIFS ET ÉTHIQUE

Appréhender l'incertitude en gériatrie et médecine palliative du sujet âgé : genèse du modèle FRAG



Understanding uncertainty in geriatric and palliative care medicine of the elderly: Genesis of the FRAG model



Sophie Taurand

Sophie Taurand^a, Marine Loustau^b, Christian Batchy^b,
Philippe Taurand^{c,*}

^a Équipe mobile de soins palliatifs territoriale du Val-d'Oise, hôpital Simone-Veil, 14, rue de Saint-Prix, 95600 Eaubonne, France

^b Service d'évaluation gériatrique, hôpital Simone-Veil, 14, rue de Saint-Prix, 95600 Eaubonne, France

^c Service de médecine palliative, hôpital Simone-Veil, 14, rue de Saint-Prix, 95600 Eaubonne, France

Reçu le 23 septembre 2016 ; accepté le 26 septembre 2016

Disponible sur Internet le 29 mai 2017

MOTS CLÉS

Soins palliatifs ;
Personnes âgées ;
Décision de fin de
vie ;
Incertain ;
Modèle FRAG

Résumé Les malades âgés, dont le nombre est en augmentation constante, sont exposés au double risque d'acharnement et d'abandon thérapeutique. Leur complexité est liée à la multiplicité des pathologies qu'ils présentent, à l'évolution prolongée, aux troubles cognitifs et aux nombreuses intrusions somatiques, psychologiques et sociales. Dans un tel contexte, il est souvent difficile de discerner la meilleure ou la moins mauvaise option thérapeutique. Réduire l'incertitude est donc un enjeu important en gériatrie et en médecine palliative du sujet âgé. Il importe de disposer de repères simples, utiles en pratique quotidienne, pouvant guider nos choix de façon pertinente. Nous présentons ici la réflexion ayant abouti à la genèse du modèle FRAG.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : philippe.taurand@gmail.com (P. Taurand).

KEYWORDS

Palliative care;
Elderly;
End of life decision;
Uncertainty;
FRAG model

Summary Elderly patients, whose number is constantly increasing, are at risk of either being treated over intensively or therapeutically abandoned. Their complexity is associated with the polyopathologies they present, the prolonged evolution, the cognitive impairment and the intricate combination of somatic, psychological and social problems. In this context, it is often challenging to decide on the best or the least inappropriate therapeutic option. A crucial factor is therefore to be able to reduce this uncertainty in geriatric and palliative care in the elderly population. Therefore, it is important to have some simple aides that could be used as a guide to make the most appropriate decision in daily practice. We present our reflections that led to the creation of the FRAG model (for frailty, renouncement, autonomy, seriousness [FR: *gravité*]). © 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Les dernières décennies ont été marquées par l'avènement de technologies performantes, de moins en moins invasives, dont le coût a été progressivement réduit. Au fil des années, elles ont été mises à disposition des médecins et plus personne aujourd'hui n'en contesterait l'utilité, tant sur le plan diagnostique que thérapeutique.

Les limites du « possible » ont sans cesse été repoussées. Les malades âgés fragiles sont devenus éligibles à des examens complémentaires et des traitements auxquels ils n'avaient auparavant pas accès. Des filières spécifiques ont même été créées, par exemple en oncologie ou en orthopédie, afin de prendre en charge de façon optimale les sujets âgés les plus vulnérables.

Ce progrès médical, dont nos aînés peuvent bénéficier, doit bien entendu être salué. Mais nous savons, en gériatrie comme en médecine palliative, qu'il s'accompagne d'une lourde contrepartie : la banalisation de l'accès aux technologies nouvelles augmente le risque, insidieux, d'acharnement thérapeutique. Les exemples ne manquent pas ; il suffit, chaque jour, d'ouvrir les yeux dans nos hôpitaux et nos établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Il est en effet plus facile de prescrire un examen complémentaire que de s'en passer et plus rassurant d'hospitaliser que de privilégier le maintien au domicile. Il est parfois plus simple de réanimer ou de pratiquer une intervention chirurgicale, que de s'imposer une réflexion collégiale avant d'agir. En outre, la crainte d'une plainte éventuelle, en cas d'abstention de thérapeutique, est toujours présente ; elle n'incite pas à s'engager dans une voie mentalement plus complexe, car plus exigeante sur le plan éthique.

La persévérance médicale jusqu'à l'obstination déraisonnable, habituelle dans nos institutions, n'est cependant pas le seul risque auquel sont exposés nos aînés. À l'opposé, l'abandon thérapeutique prématuré représente l'autre éventualité délétère menaçant les malades âgés.

Parce qu'il est porteur d'une démence, dont le nom à lui-seul est source de marginalisation, en raison de la surestimation de sa dépendance ou du fait d'une opposition aux soins, le patient âgé peut être abusivement exclu des filières médicales traditionnelles. Une thérapeutique à minima, remplace alors un traitement jugé trop invasif, avec des conséquences tout aussi dramatiques sur l'état général, l'autonomie et la survie.

Ce constat fait émerger la difficile question du « juste soin », celui qui prend en compte le symptôme, la maladie mais aussi les autres composantes somatiques, psychiques et sociales du patient, déterminant son aptitude à vivre en s'adaptant à de nouvelles exigences médicales et environnementales. Le terme « juste » doit être compris dans une perspective aristotélicienne, comme un juste milieu entre deux excès (trop ou trop peu) et sous l'angle d'une réponse aux besoins réels. Dans un contexte sociétal où l'autonomie décisionnelle du sujet est valorisée – les directives anticipées sont aujourd'hui contraignantes [1] – et les politiques de santé dictées par la réalité économique, la délimitation du « juste soin », nous paraît être un enjeu essentiel.

Mais revenons à des considérations pratiques. Comment objectiver, chez un patient âgé, le positionnement souhaitable du curseur, entre une persévérance médicale raisonnable, priorisant des soins curatifs, et un lâcher-prise opportun, ouvrant des perspectives palliatives ? Comment y parvenir de façon pertinente, sans pour autant avoir recours à un inventaire interminable ou au contraire se protéger derrière un score souvent réducteur ? En définitive, est-il possible de mieux appréhender l'incertitude décisionnelle qui nous accompagne constamment quand nous soignons une personne âgée et qu'il nous faut faire des choix ?...

Tel est le questionnement que nous avons souhaité aborder dans les lignes qui suivent.

Accepter l'incertitude

Quelles que soient nos références culturelles et professionnelles, il est important de discerner, par-delà notre désir de bienfaisance, la place de l'incertitude dans nos pratiques. Tout ne peut être planifié, en particulier la vie du patient, dont il est indispensable de lui laisser la maîtrise.

Comment construisons-nous nos repères au cours de nos démarches de soin ?

Imprégnés de tradition cartésienne, nous élaborons nos convictions par un doute méthodique, nous permettant de retenir pour vrai ce qui nous semble conforme à la réalité. Nous construisons des modèles explicatifs du réel servant d'assise à nos jugements descriptifs. Ainsi procédons-nous pour décrire, aussi fidèlement que possible, la situation de nos malades, tout en ayant conscience que l'exhaustivité

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5039441>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5039441>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)