

FRAGILITÉ ET FIN DE VIE

Dr Sandrine Sourdet

Hôpital de jour d'évaluation des fragilités
CHU de Toulouse

Fragilité : un bref rappel ...

- Un syndrome clinique
- Fréquent chez le sujet âgé:
 - Augmentation significative avec l'âge: 25 à 50% sujets de 85 ans et plus
- Etat de vulnérabilité accru:
 - en cas d'exposition à des facteurs de stress: risque de dépendance, d'hospitalisation, d'entrée en institution, ou de décès
- Etat dynamique et réversible, si mise en place d'interventions spécifiques

Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ?

Le repérage précoce de la fragilité chez les personnes âgées a pour objectif d'identifier les déterminants de la fragilité et d'agir sur ces déterminants afin de retarder la dépendance dite « évitable » et de prévenir la survenue d'événements défavorables.

Cette fiche vise à répondre aux questions qui se posent sur son organisation et ses modalités en soins ambulatoires.

Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ?

La fragilité est un syndrome clinique qui est un marqueur de risque de mortalité, de perte d'autonomie, de chutes, d'hospitalisation et d'institutionnalisation. La cible et les modalités du repérage de la fragilité ont été décrites dans la fiche « [Haute Autorité de Santé - Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ?](#) ». Cette fiche lui fait suite.

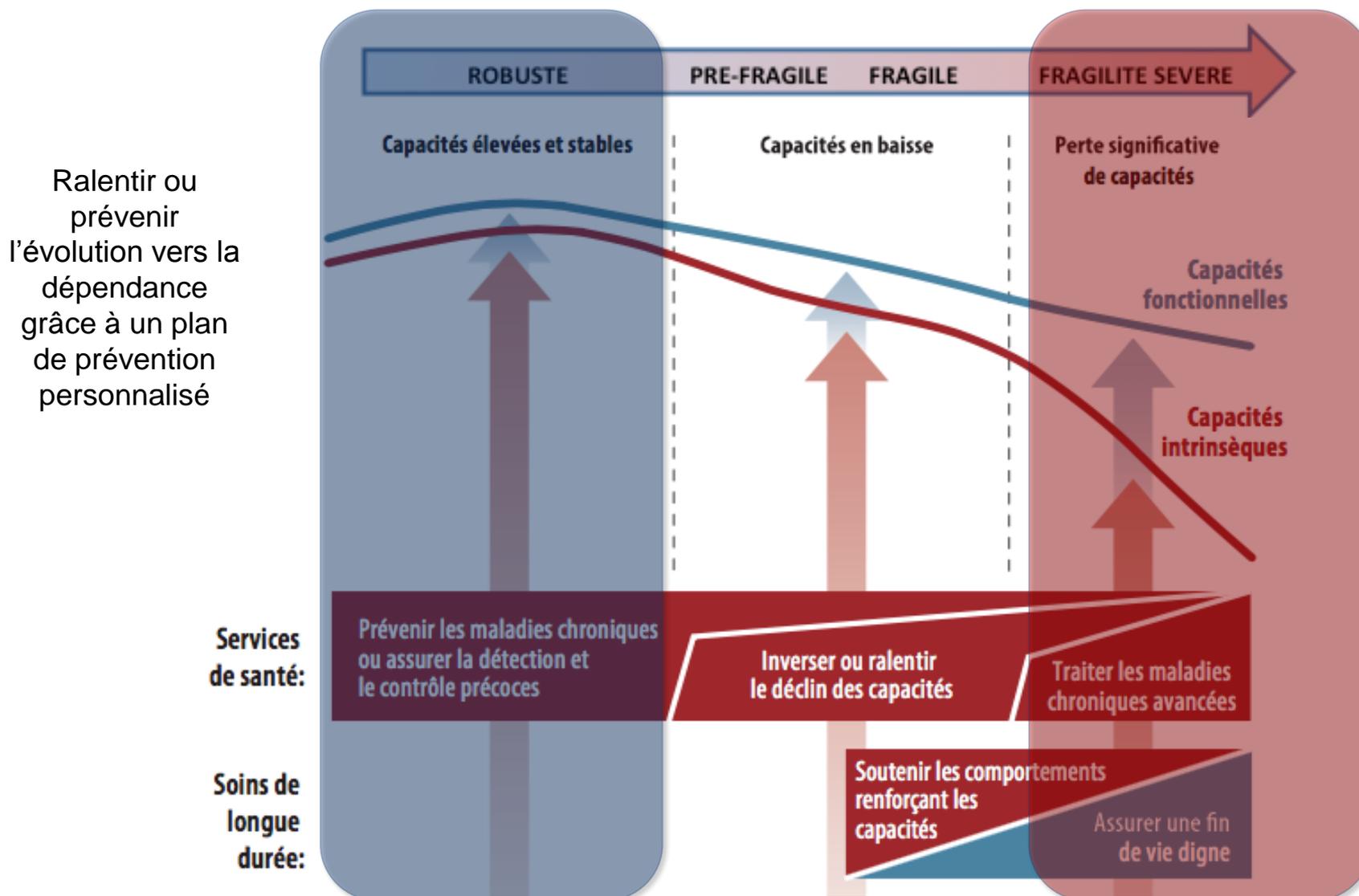
Une démarche multidimensionnelle et pluriprofessionnelle

L'évaluation des personnes âgées repérées comme fragiles mais non dépendantes (classées GIP 5 ou 6 par la grille

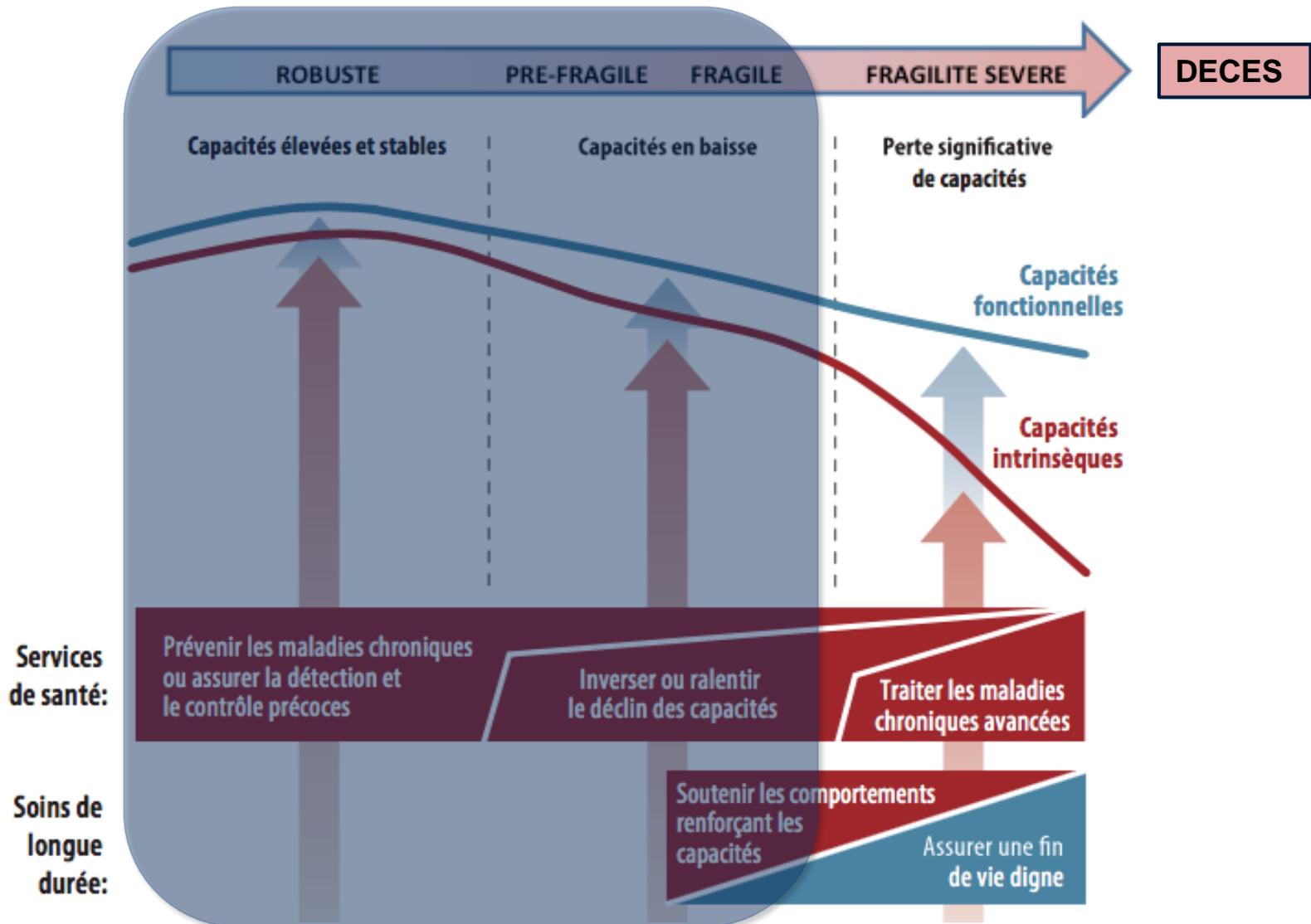
► Les points clés

- L'évaluation et le suivi pluriprofessionnels des personnes âgées fragiles peuvent réduire leurs risques de dépendance, d'hospitalisation et d'admission en EHPAD lorsqu'ils sont réalisés dans certaines conditions (cf. note méthodologique et de synthèse documentaire page 9).
- Le bénéfice sur la prévention de la dépendance a surtout été montré chez les personnes ayant une fragilité débutante ou ayant fait une chute récente ou 2 chutes depuis 1 an. L'effet est moindre chez les personnes ayant déjà une dépendance partielle pour les activités de la vie quotidienne. **Cela incite**

Prise en charge des sujets âgés fragiles

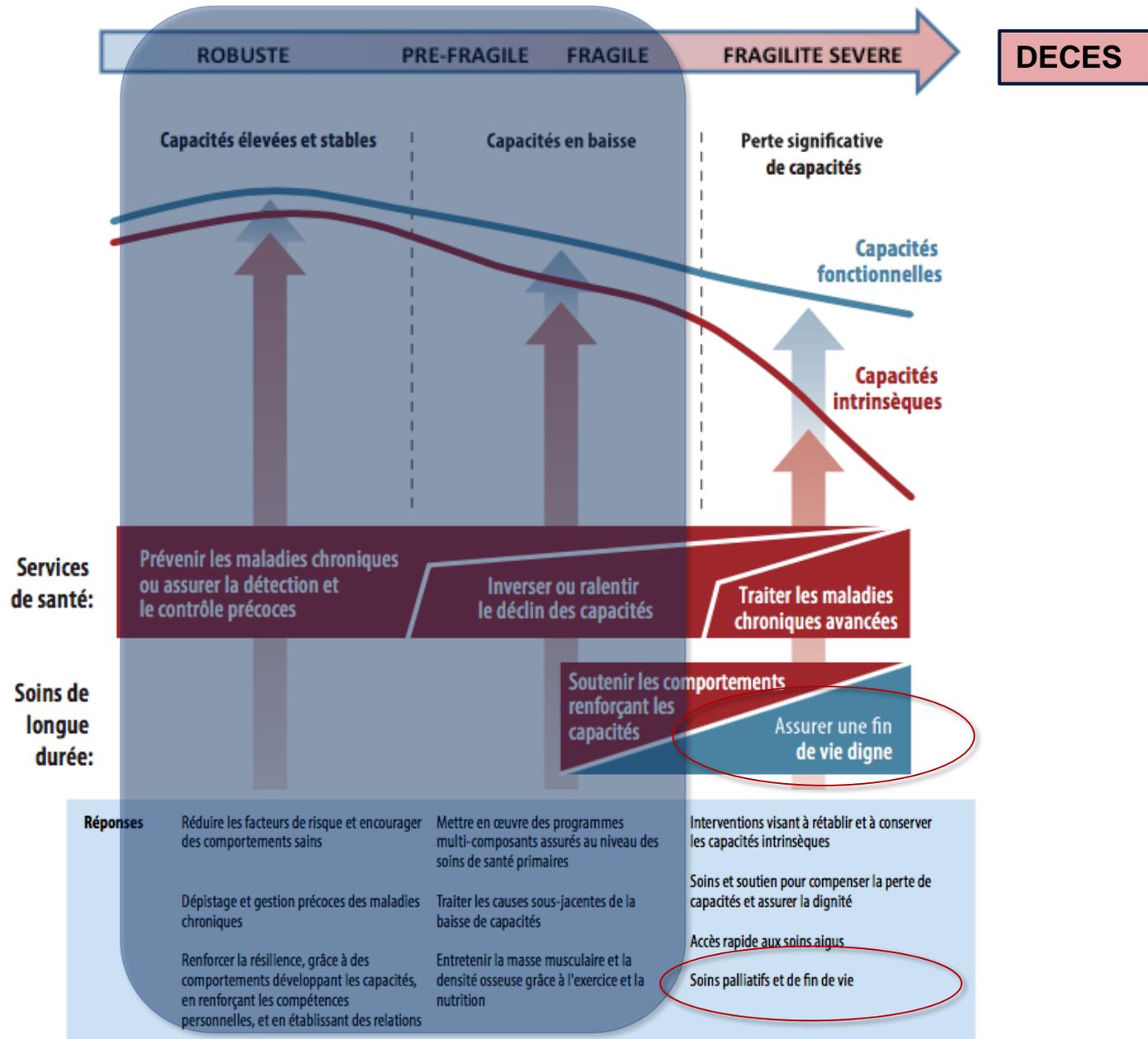


Prise en charge des sujets âgés fragiles



Pourquoi s'intéresser à la fin de vie des sujets fragiles?

- La prise en charge de la fragilité implique une continuité des soins même lorsque les capacités du sujet fragile se dégradent
- La fragilité est un des statuts de santé qui mène le plus fréquemment au décès chez le sujet âgé ¹
- Une amélioration du statut de fragilité n'est pas toujours possible :
 - La transition vers un statut de fragilité plus sévère, ou le décès, est plus fréquente qu'une amélioration ^{1,2}
 - Les interventions ciblées chez le sujet fragile ont une efficacité parfois limitée ou insuffisante pour améliorer le statut de fragilité ^{3,4}
- Risque de décès:
 - Par définition, les sujets âgés fragiles ont une vulnérabilité accrue:
 - Fragilité et chirurgie: Risque de mortalité hospitalière x 2.7 ⁵
 - Fragilité et réanimation: Risque de mortalité hospitalière x 1.7 ⁶
- Les sujets fragiles présentent souvent des symptômes inconfortables (physiques et psychologiques) sous-évalués et sous-traités ⁸



Quels objectifs d'une démarche palliative les sujets âgés fragiles en fin de vie?

- Garantir aux sujets en fin de vie d'être traités avec dignité et respect, et selon leurs besoins et leurs souhaits.
- Communiquer des informations précises sur le traitement et le pronostic et entreprendre la planification préalable des soins
 - Directives anticipées et désignation de la personne de confiance
- Gérer la douleur et traiter les symptômes physiques et psychologiques.
- Assurer et promouvoir un soutien social durant la dernière étape de la vie, même dans les milieux hospitaliers.

QUELLES DIFFICULTES A INITIER UNE
DEMARCHE PALLIATIVE CHEZ LE SUJET
AGE FRAGILE EN FIN DE VIE?

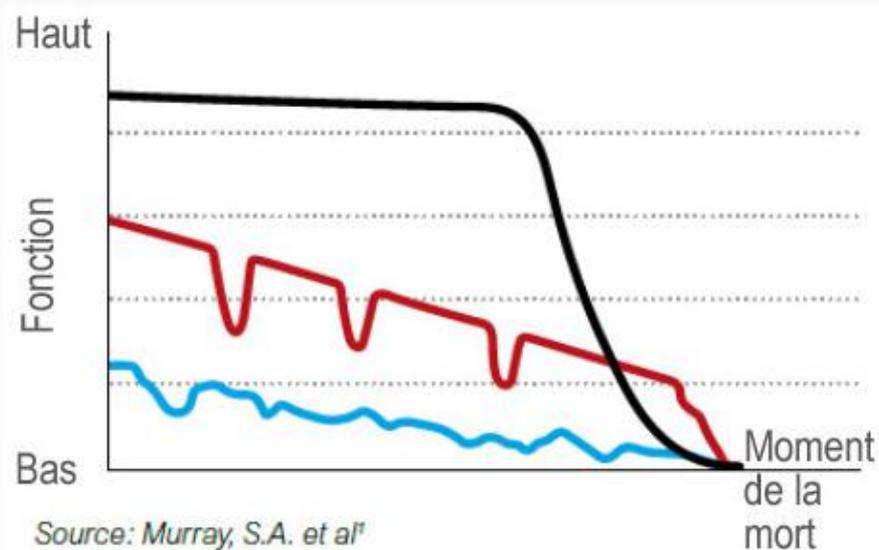
Définition des soins palliatifs

- Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la **personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale**. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychique, sociale et spirituelle. (SFAP Loi de 1999)
- Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, **face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle**, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement (...) (OMS 2002)
- → LIMITE = La fragilité n'est pas une maladie ...

Vers une définition plus adaptée

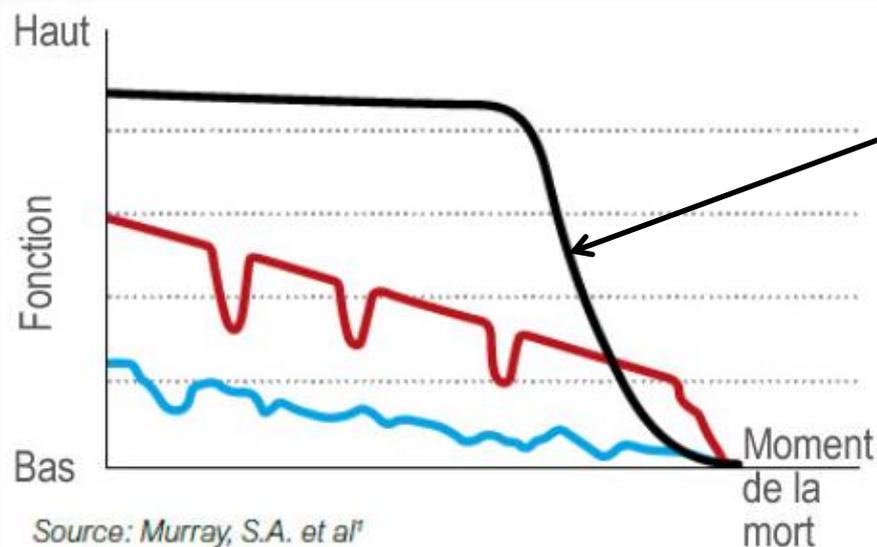
- Les soins palliatifs visent à **améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'une baisse significative de leurs capacités intrinsèques et qui ont un pronostic vital limité** ; ils visent également à aider les patients et leurs familles en prévenant ou en soulageant la souffrance physique, psychosociale ou spirituelle. (...)

Une trajectoire de fin de vie spécifique



- Cancer (n=5)
- Organe défaillant (n=6)
- Fragilité physique et cognitive (n=7)

Une trajectoire de fin de vie spécifique

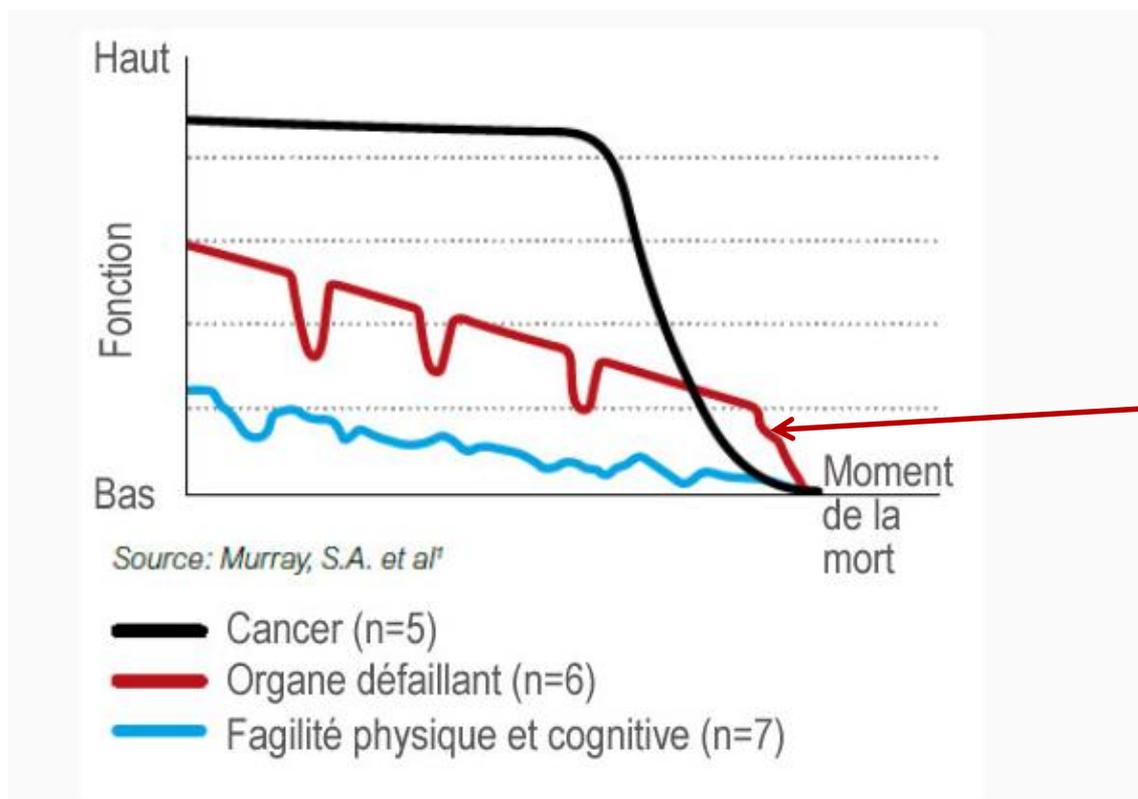


- Cancer (n=5)
- Organe défaillant (n=6)
- Fragilité physique et cognitive (n=7)

Trajectoire 1:

- Modèle du cancer
- Date de diagnostic connu
- Evolution de quelques années souvent
- Courte période de déclin évident de quelques mois

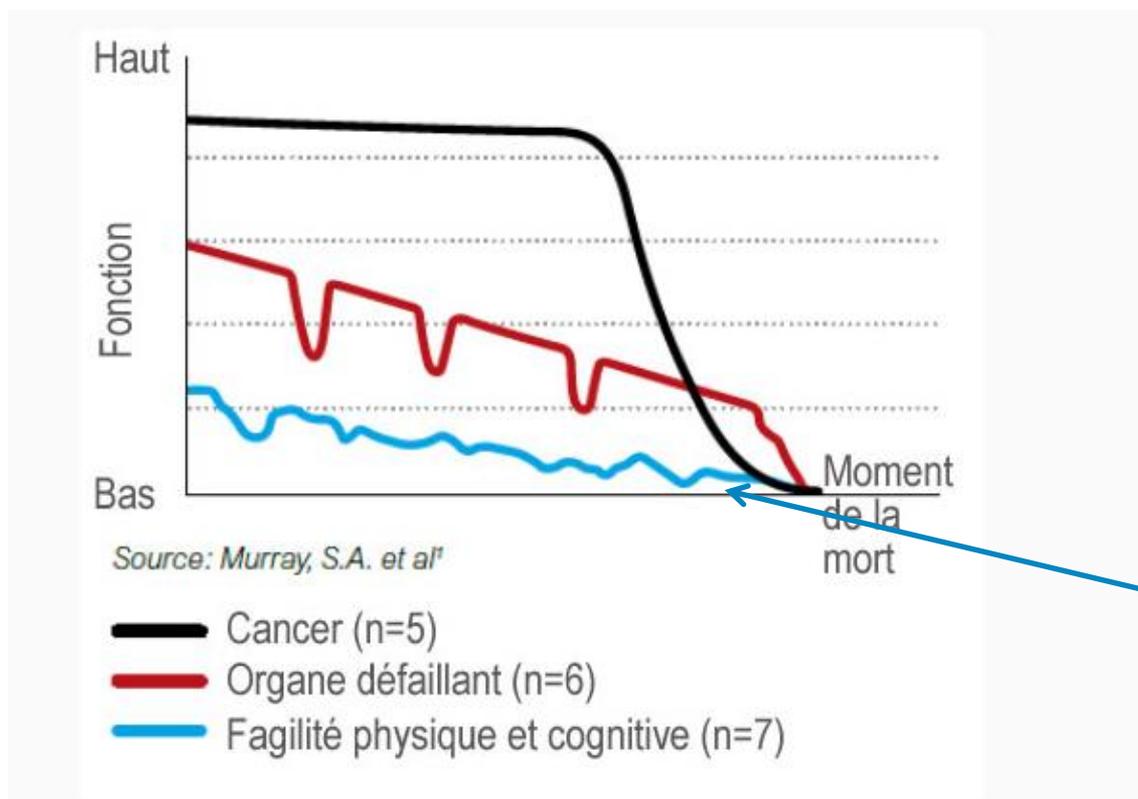
Une trajectoire de fin de vie spécifique



Trajectoire 2 :

- Modèle des pathologies chroniques (BPCO, IC)
- Date de diagnostic plus incertaine
- 2 à 5 ans d'évolution
- Admission d'urgence à l'hôpital (décompensation)
- Mort semble habituellement soudaine

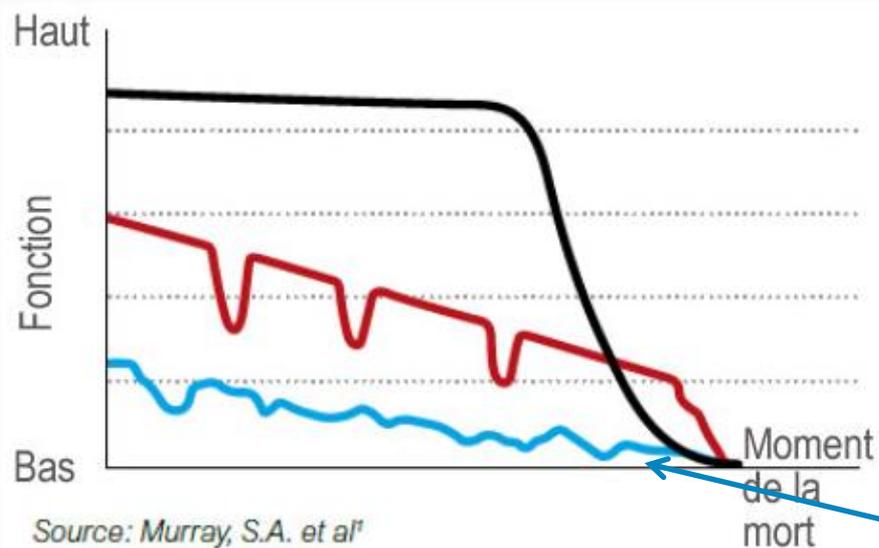
Une trajectoire de fin de vie spécifique



Trajectoire 3:

- Modèle de la fragilité
- Début du déclin difficile à identifier
- Evolution variable (6-8 ans)
- Déclin très prolongé et progressif
- Décès survient souvent après un événement parfois mineur

Une trajectoire de fin de vie spécifique



- Cancer (n=5)
- Organe défaillant (n=6)
- Fragilité physique et cognitive (n=7)

Difficultés:

A quel moment initier la démarche palliative?

Des attentes différentes

Perception de la mort à chaque phase de la trajectoire de fin de vie

Phases de la « maladie »	Cancer	Organe défaillant	Fragilité
Début de la maladie	Habituellement un événement mémorable et soudain	Souvent non claire, parfois un épisode de maladie aiguë	Souvent pas d'événement initial, juste un déclin fonctionnel
Décès	Peur +++	Rarement considéré	Ne se sent pas concerné
Vécu avec la maladie à un stade avancé	Occupé avec le traitement, puis espoir de rémission voire guérison même si crainte de rechute	Incertitude entre les phases d'exacerbations; essai de vivre normalement même si limitations	Compensation et adaptation. Crainte de la démence et de l'entrée en institution
Décès	Mort au second plan, avec peurs occasionnelles	Mort frôlée lorsque des épisodes d'exacerbation	Crainte d'un destin « pire que la mort »
Phase terminale	SP et « hospice ». Objectif d'une mort sereine	« Tenir le coup ». Hospice et SP souvent limités et tardifs	Déclin final lent ou rapide. Hospice et SP rarement proposés
Décès	Au premier plan	Je vais peut-être mourir ou pas, alors pourquoi en discuter?	La mort viendra en temps voulu.

Autres limites actuelles

- Pas de repérage systématique de la fragilité et du risque de décès
 - Pas de définition consensuelle ... très (trop?) nombreux outils, complexité (qui? quand? où?)
- Peu de données de la littérature sur la fin de vie / soins palliatifs des sujets fragiles
 - Majorité de la littérature concerne cancer/ pathologies chroniques
- Difficultés liés au patient gériatrique (tolérance traitement ...)
- Soins palliatifs \neq phase terminale
 - Souvent déclin fonctionnel très prolongé (>6 mois voire plusieurs années)

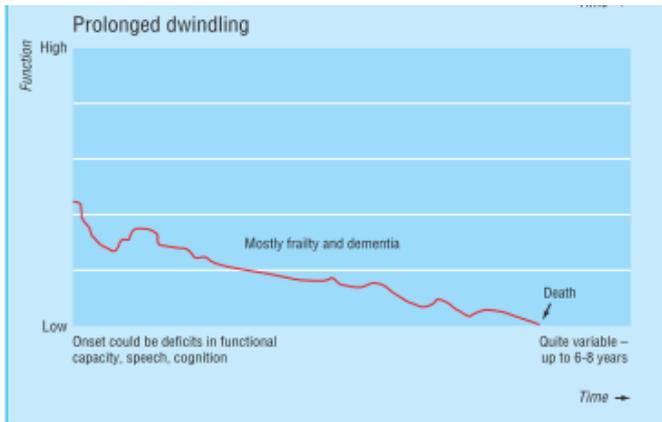


Fig 1 Typical illness trajectories for people with progressive chronic illness. Adapted from Lynn and Adamson, 2003.⁷ With permission from RAND Corporation, Santa Monica, California, USA.

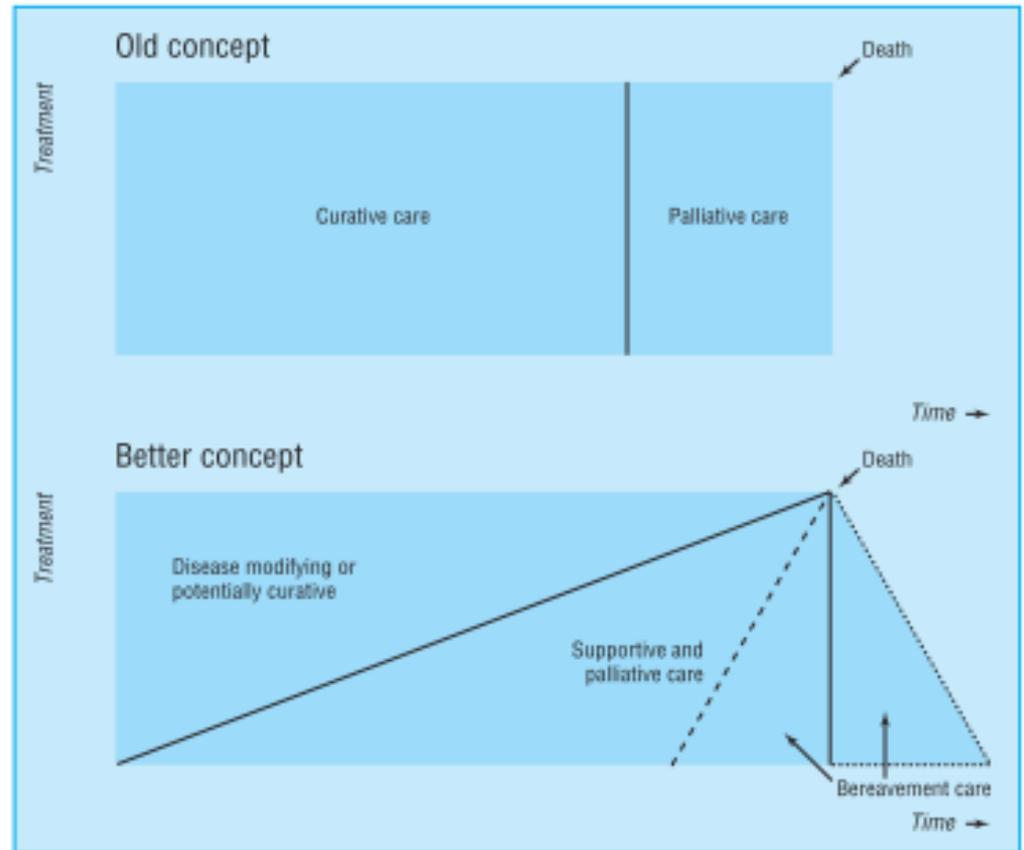
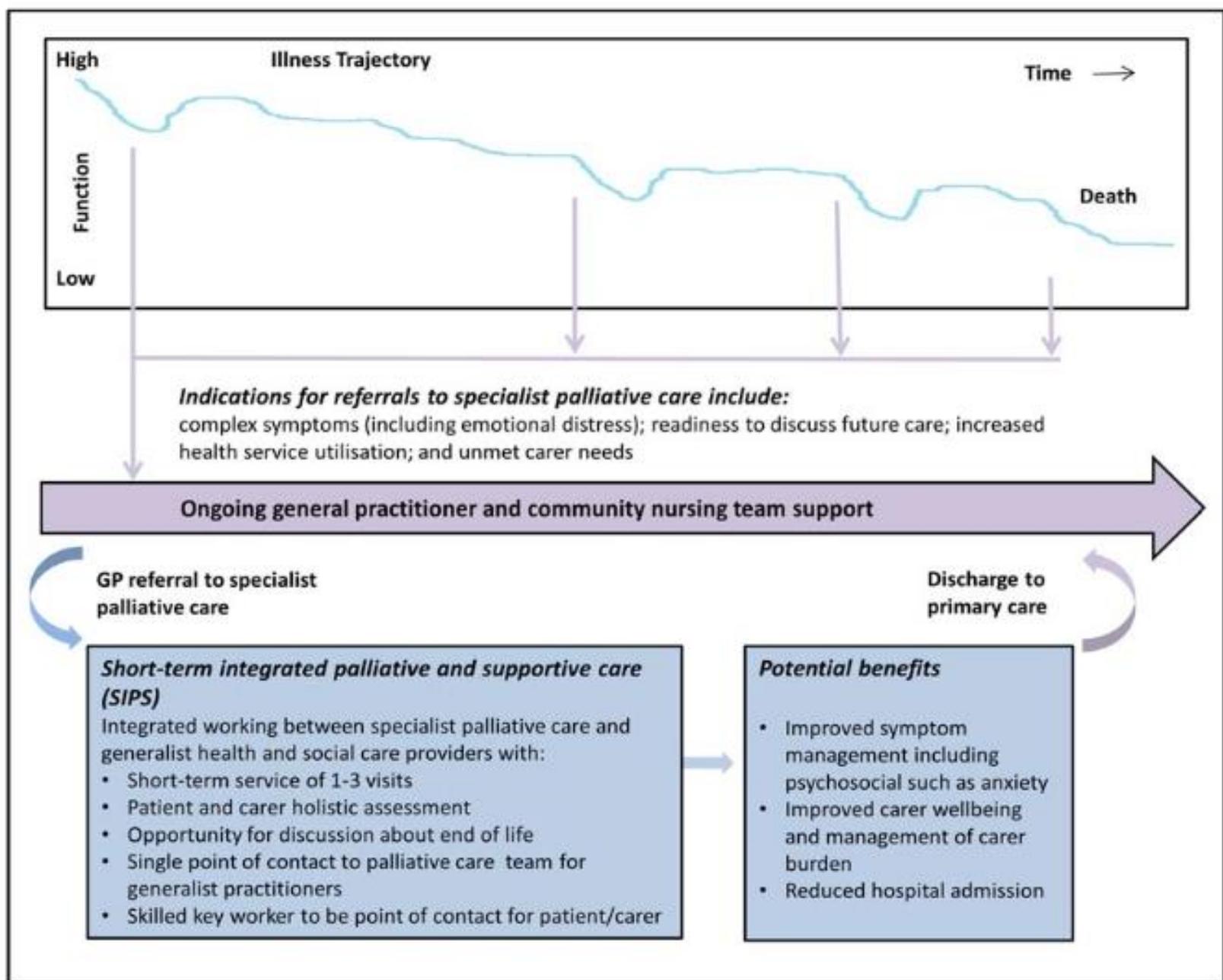


Fig 2 Appropriate care near the end of life. Adapted from Lynn and Adamson, 2003.⁷ With permission from RAND Corporation, Santa Monica, California, USA

Murray et al 2005



CONCLUSION

- Prise en charge de la fin de vie fait partie intégrante de la prise en charge du sujet âgé fragile et une démarche palliative doit être proposée aussi tôt que possible
- Nécessité d'identifier des outils de repérage de la fragilité adaptés à chaque lieu de soin, et professionnel de santé
- Comprendre comment offrir des soins palliatifs appropriés à des patients âgés fragiles sans pathologie cancéreuse ou sans déficience d'organe est une priorité