

Le respect de l'évolution naturelle vers la mort- enjeux, défis et approche

DENISE MELANSON-CANDELA M.D.

22 AOÛT, 2018

Le respect de la fin de vie

- ▶ La mort est inévitable. Pourtant comme individus, familles et soignants nous avons souvent du mal à accepter cette réalité. Comme résultat il arrive qu'on inflige de la souffrance et du tort aux personnes âgées frêles. Comment pouvons-nous faire mieux? Nous examinerons les enjeux et défis entourant la fin de vie pour ensuite considérer une approche centrée sur le bien-être et la qualité de vie.

Ce que je vois dans ma pratique....



On a du mal à accepter l'éventualité de la mort

► Pourtant



Ordre naturel commune à toute chose vivante

On a du mal à accepter l'éventualité
de la mort

Pourquoi?

Progrès énormes en médecine



Progrès énormes en médecine



Progrès énormes en médecine

Médicaments

- ▶ 1928-Découverte de la pénicilline
- ▶ 2018-**13** différentes classes d'antibiotiques incluant les pénicillines avec plusieurs formes par classe
- ▶ Médicaments cardiaques- 1928- **2-3**
2018- **13** classes
- ▶ Chimiothérapie

Médiatisation du monde médical

TV- Trauma
Life in the ER
Untold Stories of the ER
Mystery Diagnosis
House

Journaux, magazines, médias sociaux-

- jan-fév 2018
- Cancers could be diagnosed with a single blood test
 - The end of toxic chemo? Blocking vitamin B-2 may stop cancer
 - One injection could kill cancer
 - Breakthrough: Researchers fix Alzheimer's gene

On a l'impression que



Absence de familiarité avec la mort

- Autrefois, beaucoup de familles vivaient l'expérience de la mort d'un bébé ou d'un enfant suite à une infection comme pneumonie, gastroentérite, polio, TB
- Souvent les parents âgés vivaient leur fin de vie dans leur famille multigénérationnelle
- On veillait les morts à la maison

Médicalisation de la mort



AVANT 1960

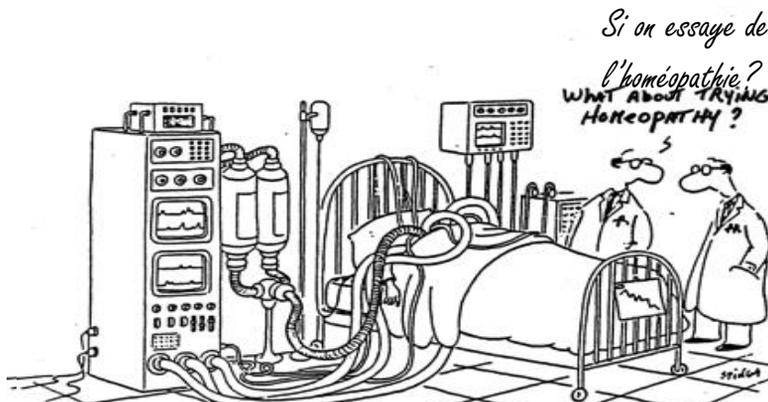


APRÈS 1960

Le résultat ultime

Notre résistance à examiner l'expérience de vieillir et mourir a augmenté le tort qu'on inflige à nos personnes âgées en négligeant les priorités et le confort qu'ils ont tellement besoin

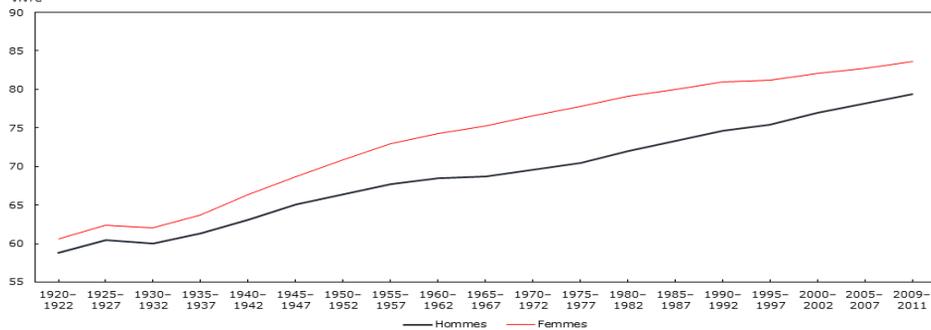
On a du mal à accepter l'inévitabilité de la mort



Le vieillissement de la population

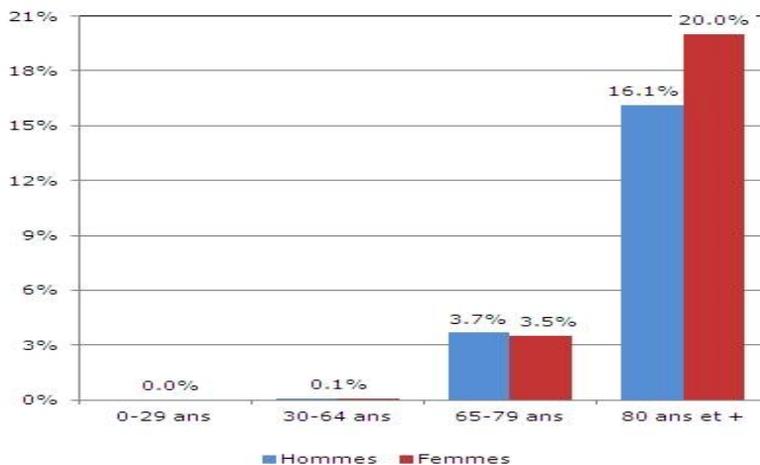
Graphique 1
Espérance de vie à la naissance selon le sexe, Canada, 1920-1922 à 2009-2011

nombre d'années qu'une
personne peut s'attendre à
vivre



Sources : Nagunar, *Longévité et tables de mortalité chronologiques, 1920-1922 à 1965-1967*.
Statistique Canada, *Rapport sur l'état de la population du Canada, 2001, 1970-1972 à 1990-1992*.
Statistique Canada, *Tables de mortalité, Canada, provinces et territoires, 1995-1997 à 2009-2011*.

Augmentation de la prévalence de la démence

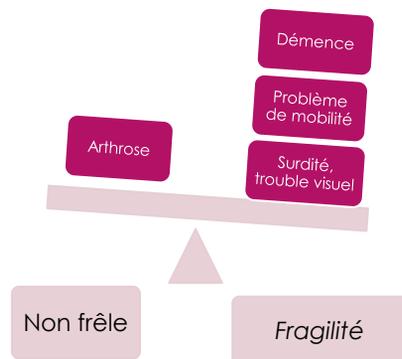


Évolution de la démence type Alzheimer

Échelle Reisberg Stades 1-7

- ▶ 1 Normale
- ▶ 2 Oublis bénins
- ▶ 3 Difficultés avec tâches nécessitant un haut niveau de fonctionnement
- ▶ 4 Difficultés avec tâches complexes (finances, repas spéciaux, conduite auto, gestion des médicaments)
- ▶ 5 Négligence a/n hygiène personnelle et vestimentaire, aliments brûlés, conduite dangereuse et **dangerosité si demeure seul**
- ▶ 6 Aide nécessaire pour hygiène, habillage, développement de l'incontinence urinaire et fécale, idées délirantes
- ▶ 7 Perte de la capacité de parler, se mobiliser, de se tenir la tête, sourire

L'évolution vers la fragilité



Conséquences de la fragilité

- ▶ Chutes- fracture, saignement cérébrale, syndrome post-chute
- (Mortalité post fracture de hanche = 30% année suivante)
- ▶ Pneumonies d'aspiration
 - ▶ Dénutrition
 - ▶ Delirium
 - ▶ Détérioration fonctionnelle et cognitive
 - ▶ Hospitalisation, institutionnalisation
 - ▶ Mort

Évolution de la fragilité

Clinical Frailty Scale*

-  **1 Very Fit** – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.
-  **2 Well** – People who have **no active disease symptoms** but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very **active occasionally**, e.g. seasonally.
-  **3 Managing Well** – People whose **medical problems are well controlled**, but are **not regularly active** beyond routine walking.
-  **4 Vulnerable** – While **not dependent** on others for daily help, often **symptoms limit activities**. A common complaint is being "slowed up", and/or being tired during the day.
-  **5 Mildly Frail** – These people often have **more evident slowing**, and need help in **high order IADLs** (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.
-  **6 Moderately Frail** – People need help with **all outside activities** and with **keeping house**. Inside, they often have problems with stairs and need **help with bathing** and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.



7 Severely Frail – **Completely dependent for personal care**, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).



8 Very Severely Frail – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.



9. Terminally Ill - Approaching the end of life. This category applies to people with a **life expectancy <6 months**, who are **not otherwise evidently frail**.

Scoring frailty in people with dementia

The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they **seemingly** can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In **severe dementia**, they cannot do personal care without help.

* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.

2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 2005;173:489-495.

© 2007-2009 Version 1.2. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only.

Évolution de la fragilité-Défis

- ▶ Les personnes qui avancent en âge évitent de penser à leur décrépitude et ne formulent pas de plans pour cette éventualité
- ▶ Les familles ont du mal à prendre des décisions pour la personne âgée lorsqu'elle n'est plus en mesure de le faire
- ▶ Le système médical a de la difficulté à réajuster ses priorités
- ▶ Notre société est mal préparée pour subvenir aux besoins du nombre croissant de personnes âgées frêles

Comment peut-on faire mieux?

COMME INDIVIDUS

- Partager avec nos proches qu'est-ce qu'on trouverait pénible comme qualité de vie
- Obtenir un document légal (Procurator continue avec clause p/r aux décisions médicaux et soins personnels)

Comment peut-on faire mieux?

COMME FAMILLES

-Encourager nos parents à formaliser une procuration et initier des discussions qui éclairent leur concept de qualité de vie

Comment peut-on faire mieux?

COMME COMMUNAUTÉ MÉDICALE

-Réévaluer nos traitements dans le contexte du patient âgé en déclin cognitif et fonctionnel

Comment peut-on faire mieux?

COMME INSTITUTIONS DE SOINS

-Prioriser le confort et le plaisir chez les personnes âgées en fin de vie

En conclusion

- ▶ Les personnes âgées frêles sont vulnérables et méritent qu'on respecte leur évolution inévitable vers la mort en évitant les interventions et traitements soient futiles ou causant de l'inconfort et la détresse et priorisant leur confort et bien-être.



Questions?

