

Attentes des proches et des seniors:
Dépendances, Fragilité, Vulnérabilité, Précarité
dans un contexte de fortes pressions socio-
économiques.
Vivre avec différents éléments de tensions ?

Forum du réseau ARCOS
Les seniors changent et nous ? Le réseau de soins au service des
séniors
21 juin 2012

Prof. Patrice Guex
CHUV Lausanne

1

Impératifs de la cité..

- Nous n'avons jamais été autant sollicités pour produire/consommer
- Pouvoir des normes sociales et culturelles conditionnant nos besoins fondamentaux
- En même temps personnes précarisées dans la cité où les vies apparaissent hautement fragiles.
- Que faire de cette fragilité? La réduire/la contrôler ou la valoriser comme une autre face de la vie ?

2

Dépendances

- La prévention de la fragilité est un enjeu majeur des sociétés de longue vie
- Débat éthique au sein des sociétés quant à la place réservée aux personnes âgées en perte d'autonomie aujourd'hui et demain.
- Les personnes âgées de demain ne seront plus les mêmes.
- Transition épidémiologique lie changements sociaux et démographiques aux modifications de patterns des maladies (polypathologies, maladies chroniques)
- Les modes d'accompagnement doivent se réinventer

3

Dépendances planification sanitaire

- Ailleurs comme en Suisse : stratégies nationales en matière de politique de vieillesse
- Augmentation future de 23% des besoins
- Comment financer l'accroissement des dépendances selon les développements démographiques?
- Quelle alternative à la diminution des personnes ressources et des aidants ?
- Favoriser le vieillissement en santé ?
- « Médicaliser », objectiver/coder les besoins, les scores de fragilité et les modes d'accompagnement des seniors ?

4

Politique cantonale « Vieillesse et santé » 2012

P l a n A l z h e i m e r 2 0 0 8 - 2 0 1 2

- Crainte que les professionnels ne réussissent seuls à relever le défi du vieillissement
- Transfert sur la cohésion, le lien social et les relations intergénérationnelle
- Centrage sur la responsabilité individuelle
- Sur la solidarité familiale: engagement des aidants familiaux et des bénévoles auprès des aînés
- Sur la solidarités de proximité, appuis aux familles, réseaux (création de solutions de répit, formation des aidants)

5

Dépendances: tensions

- Du sénior (alors je ne pourrai plus..?) :
 - Personnelle, corporelle, fonctionnelle, décisionnelle, sociale et économique
- Du libre choix: comment respecter la volonté, la dignité, les désirs même irrationnels de la personne; comment préserver ce qu'elle demeure au-delà des apparences ?
- Éthique: quelle autonomie persiste malgré la perte d'autonomie?
- De l'entourage, des soignants
 - Comment se représente-t-on la perte d'autonomie/la dépendance, comme sont-elles admises, vécues par autrui ?

6

Réponses : optimisation des ressources, optimisation des bilans

- Frail elderly: syndrome gériatrique, score des fragilité
- Concept évolutif: évaluation des différents domaines de la santé physique et fonctionnelle
- **Planifier soins, réadaptation et aides pour réduire les risques de déclin fonctionnel, cognitif, d'institutionnalisation, de consommation médicamenteuse et d'hospitalisation.**
- Frailty: faiblesse, fragilité humaine, précarité (Divorce, veuvage, médico-économique ou légal, migrants)

7

En réalité: axes de la politique cantonale

1. Prévenir pour vieillir en santé
2. Coordonner les soins pour mieux vieillir chez soi
3. Adapter l'hôpital pour préserver l'indépendance des seniors
4. Valoriser les compétences pour améliorer les soins aux seniors
5. Renseigner pour piloter la politique vieillissement et santé (RAI en CMS et EMS)

8

Bilan de fragilité CGA

- AVJi, performance et capacité
- Qualité de vie
- Troubles de l'équilibre, *chutes
- Statut cognitif, * mémoire
- Statut Sensoriel
- Équilibre émotionnel, *isolement, dépression
- Statut nutritionnel, niveau d'appétit/*dénutrition
- Contrôles sphinctériens, *incontinence
- Risques d'escarre
- Douleurs
- *** facteurs conduisant à la dépendance**

9

RAI-MDS, domicile (CMS-VD), EMS, hôpital aigu, psychogériatrique

- Réalisation en 2012, en collaboration avec les associations faitières, de l'enquête proposée par l'IUMSP sur les clientèles médico-sociales prises en charge par les CMS et les EMS, en y intégrant une partie du RAI/MDS, resident assessment instrument

10

Dépendances

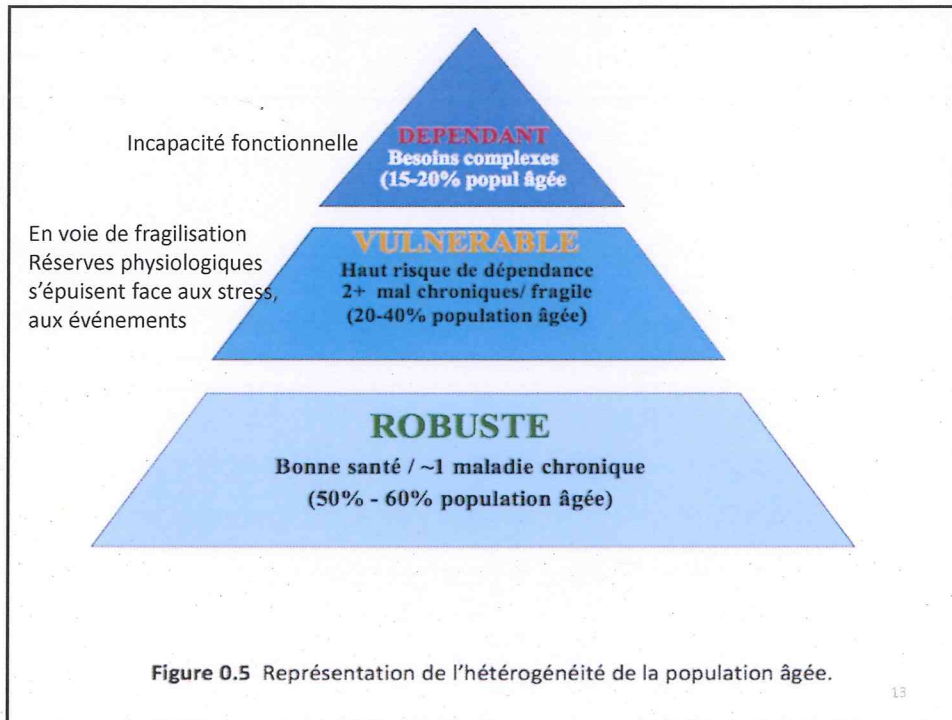
- Complexité supplémentaire, lorsque ces mêmes personnes sont atteintes par la maladie physique aigue, grave
- Quelle réflexion sur les projets personnalisés de soins peut-elle être établie avec le patient, les proches ?
- C'est là que la dimension éthique de l'accueil de l' « autre » prend très vite un caractère singulier.

11

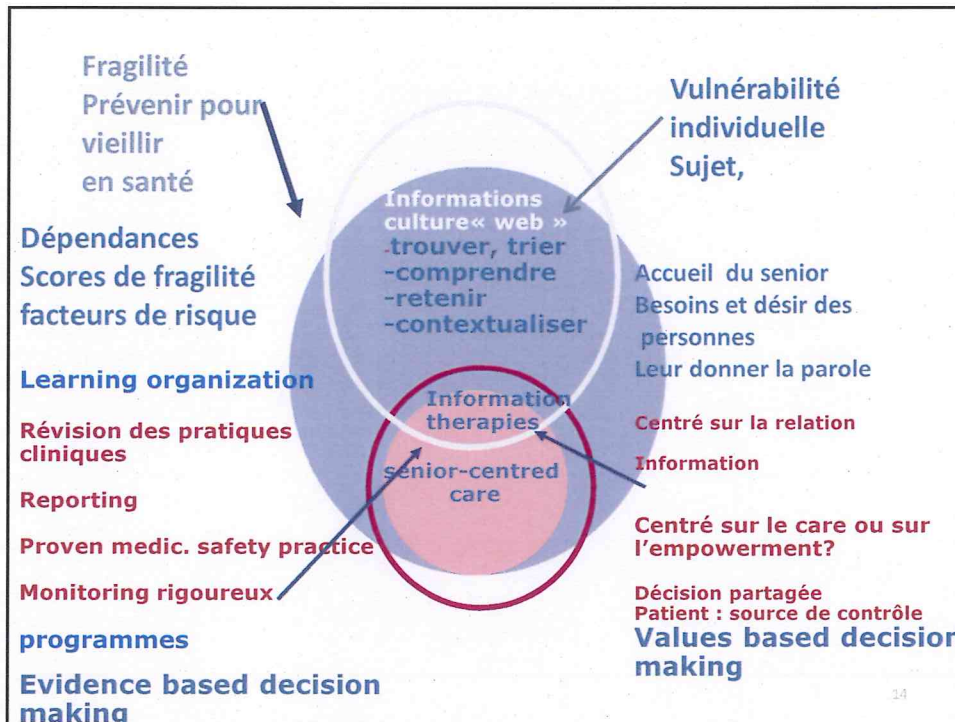
Oncogériatrie et chimiothérapie

- **Groupe 1 robuste** : Pas de dépendance, Pas de co-morbidités engageant le pronostic vital
- **Espérance de vie liée au cancer**
- **Chimioth pleine dose, prolongeant la survie**
- **Groupe 2 INTERMEDIAIRE** : Dépendance (ADL > 1) et/ou 1 ou 2 co-morbidités
- **Espérance de vie moindre que celle du cancer**
- **Adaptation des doses selon tolérance au TTT**
- **Groupe 2 mauvaise tolérance ou Groupe 3 FRAGILE** : Soins palliatifs

12

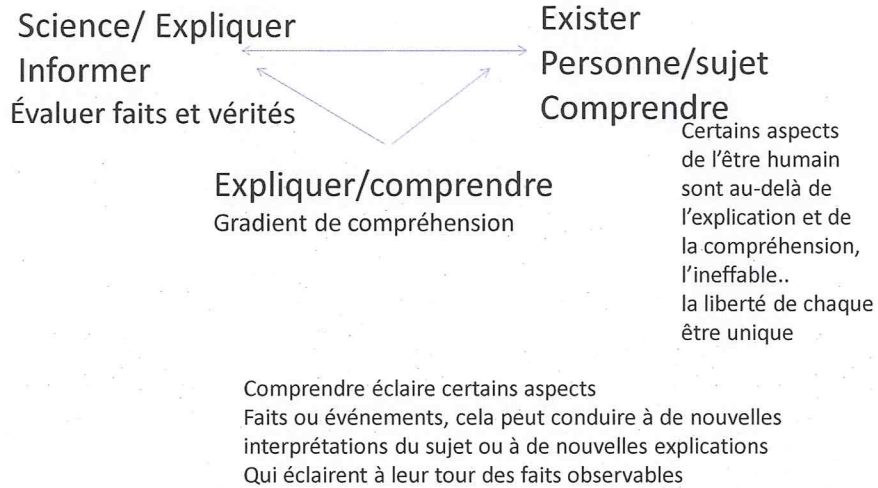


13



14

L'interprétation est une science seulement en principe,
dans son application c'est toujours un art (E. Bleuler)



15

“Care” versus “empowerment”?

- Le prendre soin **care**: sollicitude, intervention dans la vie d'autrui en étant attentif à la vulnérabilité des vies fragilisées
 - Fait obstacle aux excès de l'individualisme et **relativise les promesses de l'universalisme abstrait**
 - Politiquement, une “gouvernance”, un filet de protection de la haute précarité
- **Empowerment**: reconnaissance d'un sujet responsable de sa vie, que l'on aide à “s'affirmer”
- La vie , de la naissance à la mort, comme un champ d'entreprise de soi* par contraste avec l'assistance aux vies impuissantes ne pouvant plus participer à la cité...

*C.Laval, l'homme économique, Paris, Gallimard, 2007

16

Administrer le vieux pour protéger l'ordre public ?

- Le "vieux", envahissant, s'il est absent des codifications et des classements, interroge le cours présupposé des choses.
- Réponses standardisées et traitements anonymes ne permettent plus de satisfaire des besoins sociaux complexes et différenciés
- En questionnant qu'il soit systématiquement mis dans la pathologie, qu'il soit défini comme un malade potentiel, le senior nous interroge :
 - sur ce qui fait monde,
 - Sur l'ouverture de la société à des modèles de vie très divers que nous ne saurions planifier

17

Médico-social

- **Vulnérable** plutôt psychologique, sociologique articulé autour de la question du sujet ou index de risque médical et social (prévention sanitaire et sociale) ?
- Équilibre précaire menacé par n'importe quel événement de vie?
- Etat instable, basé sur une fragilité sociale et de processus physiques graduels ou accidents brutaux?

18

Précarité de la dimension d'être humain

- La vie se présente comme une destinée, essai, échec
- Précarité fondamentale du fait même d'être humain* (*Judith Butler Vie précaire Paris Ed Amsterdam 2005)
- Précarité de la vie finissante et commençante, précarité de l'humain (*P.Ricoeur, Soi-même comme un autre, Paris, Seuil, 1990; la Mémoire, l'Histoire, l'Oubli, Seuil 2000)
- Ontologie de l'humain

19

Permanence d'un projet de l'être humain, **projet individuel**

- L'exclusion survient quand les ressources imaginatives s'épuisent
- Ne peuvent plus prendre en compte l'autre
- Processus de déshumanisation (Cora Diamond)
- Continuer de percevoir la personne, même totalement fragilisée, vulnérabilisée comme toujours imaginative, ou digne d'imagination, ou suscitant l'imagination
- La qualité d'une vie c'est la possibilité de la faire varier en imagination

20

Que faire de notre vulnérabilité ?

- Un monde où il n'y a pas de place pour tout le monde peut-il encore être un monde ?
 - M.Lussault, de la lutte des classes à la lutte des places, Paris, Grasset.2009
- Sentiment d'exclusion partagé par presque toutes les vies, du fait de la raréfaction des places et de leur précarité, relie encore les vies les unes aux autres.
- Nous reconnaître chacun à notre manière comme vulnérables(exposés à toutes les formes de violences sanitaires, sociales, physiques, psychiques) permet de faire un pas vers une compréhension de l'exclusion comme une chose commune, plutôt que comme la seule affaire des exclus.

21

Permanence de l'humain

- Approche non seulement sous forme d'assistance ou du soin, mais aussi relationnelle, compassionnelle.
- C'est possible lorsque l'intervenant, le soignant, l'aidant lui-même peut aussi se sentir vulnérable
- Transfert en imagination non seulement de vulnérabilité mais aussi d'inventivité, créativité (Guillaume le Blanc, Que faire de notre vulnérabilité ? Bayard 2011)

22

Éthique du soin
Le paradoxe de la médecine

Les soignants doivent faire donc face au paradoxe suivant

- Adopter une attitude rigoureuse à la **quête de la « bonne » évaluation et des « bonnes » mesures préventives** afin de maîtriser, prévenir les risques de fragilisation, le déclin fonctionnel ou les coûts ou la pénurie de ressources.
- Adopter une attitude « empathique » envers le senior – impliquant en même temps un **abandon de maîtrise** - afin d'appréhender le sens de son projet de vie, même exprimé par d'autres, son représentant thérapeutique ou ses proches
- C'est la compréhension de ce « sens » qui devrait orienter le **projet de soins personnalisés, la meilleure action possible pour le senior.**

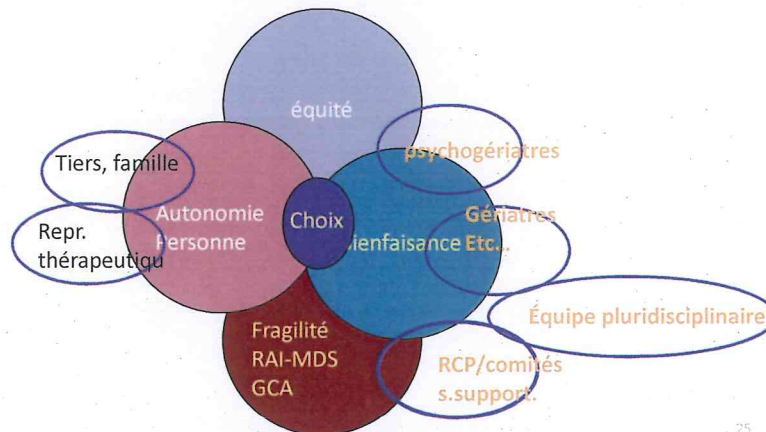
23

Une approche d'éthique clinique
« prospective »

- Quelles sont les valeurs en jeu?
- Quelles sont les tensions éthiques?
- Quels projets de soin pourraient être proposés?
- Quel est le projet de soin approprié?

24

Qualité des soins : différents niveaux de la décision de soins



25