

Satisfaction d'un besoin élémentaire ou intervention thérapeutique?

L'alimentation en fin de vie

Dr méd. Reinhard Imoberdorf

Klinik für Innere Medizin, Kantonsspital Winterthur, Winterthur



Reinhard Imoberdorf

Le traitement du thème de *l'alimentation en fin de vie* ou de *l'alimentation au sein des soins palliatifs* soulève de nombreuses questions fondamentales; il est parfois abordé de manière très émotionnelle et implique une confrontation intensive et critique avec des aspects médicaux, éthiques, émotionnels, psychologiques et juridiques sous-jacents complexes [1]. La question de savoir si l'alimentation doit être considérée en tant que satisfaction d'un besoin élémentaire ou en tant qu'intervention thérapeutique est centrale. L'alimentation habituelle, c'est-à-dire les habitudes de consommation de nourriture et de boissons d'une personne, doivent être considérées comme un droit fondamental, et toute forme de complément ou substitution alimentaire doit être évaluée en tant qu'intervention thérapeutique. Comme tout autre traitement, l'alimentation utilisée en tant que mesure thérapeutique doit remplir les critères de l'indication et nécessite l'accord du patient pour débiter et arrêter le traitement [2]. La perte d'appétit (anorexie), la perte de poids (cachexie) et la fatigue (fatigue, asthénie) figurent parmi les symptômes les plus pénibles chez les personnes atteintes d'une maladie cancéreuse avancée et non curable.

Dans l'article de Pautex et Genton, de Genève, portant sur les indications de l'alimentation artificielle chez les patients en soins palliatifs, article axé sur la pratique et très pertinent sur le plan clinique, qui a été publié dans ce numéro du *Forum Médical Suisse* [3], Madame X se présente précisément avec ces symptômes en consultation. Elle souffre d'une maladie cancéreuse avancée en raison de laquelle elle a déjà subi de nombreux traitements oncologiques. Elle est accompagnée par son mari et ce dernier demande au médecin de famille de prescrire une alimentation artificielle à sa femme afin qu'elle retrouve ses forces. Contrairement à d'autres problèmes et symptômes rencontrés en fin de vie, par exemple les douleurs, la question de l'alimentation représente souvent un thème hautement émotionnel dans le cas individuel car il est thématiquement particulièrement activement par les proches, avec la meilleure des intentions vis-à-vis des malades. «On ne peut tout de même pas laisser la patiente mourir de faim!» ou «Mais il faut que nous fassions quelque chose!» sont des déclarations souvent entendues. Les peurs, les inquiétudes, et les souff-

rances psychiques endurées sont souvent projetées sur le thème de l'alimentation, ce qui peut conduire à des conflits quant à la prise en charge ultérieure. Il n'existe ici pas de critères de décision ou d'algorithmes universels car chaque décision doit être adaptée individuellement et de façon critique aux besoins de la personne touchée [1].

Les auteurs ont très bien illustré la façon dont le médecin de famille peut relever ce défi dans le cadre d'un processus en 6 étapes. Instaurer le plus tôt possible une communication empathique avec le patient et les proches impliqués, au sens d'un «shared decision making», joue un rôle déterminant. Aujourd'hui, l'autonomie du patient est considérée comme essentielle. Il convient de motiver Madame X à manger et boire mais sans l'en persuader ou exercer de pression sur elle. Cela nécessite beaucoup d'empathie. Madame X, totalement informée, doit prendre part à toutes les décisions et pouvoir se décider pour ou contre des interventions. Elle a le droit de choisir et le droit d'être instruite de façon à ce qu'elle puisse faire ce choix, qu'il s'agisse du début ou de la fin de la thérapie nutritionnelle. Toutes les mesures thérapeutiques doivent avoir un objectif qui soit atteignable et dont l'atteinte génère un bénéfice pour la patiente et dont elle est prête à payer le prix [4].

Chaque décision doit être adaptée individuellement aux besoins des personnes touchées et l'autonomie des patients est essentielle.

Les preuves médicales en faveur d'une prise en charge médicale nutritionnelle précoce sont bien documentées, notamment en termes de maintien de la qualité de vie pendant les phases initiales des soins palliatifs. Un traitement palliatif agressif (par ex. chimiothérapie, radiothérapie) exige une stratégie nutritionnelle individuelle adaptée. Cependant, cette mesure n'est souvent pas mise en place, ou l'implémentation de l'alimentation n'est pas cohérente. Lors des phases très avancées de la maladie, pour lesquelles les effets cliniques d'une intervention nutritionnelle sont incertains et insuffisamment démontrés, une proactivité irréfléchie avec une prise en charge excessive est souvent observée. Comme cela été justement for-

mulé par Löser, malgré la progression considérable des connaissances en nutrition médicale, dans ce domaine, la déclaration «insuffisant au début et souvent excessif à la fin» s'applique malheureusement toujours [1].

Dans le cadre d'une discussion interdisciplinaire, Madame X et son mari se sont rendu compte que la nutrition artificielle n'était pas à même d'améliorer sa qualité de vie. Elle y a renoncé mais a tout de même bénéficié d'une consultation chez une nutritionniste et elle a ainsi pu optimiser son alimentation selon le «principe de l'envie». Elle est décédée cinq mois plus tard.

Le maintien ou l'amélioration de la qualité de vie, le respect de l'autonomie de la patiente, l'autodétermination et l'aide des proches ont été placés au centre, ce qui

a rendu une «belle mort» possible. Cet article obtient la mention: mérite vraiment d'être lu!

Disclosure statement

L'auteur n'a pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

- 1 Löser C. Ernährung am Lebensende – medizinische, ethische und juristische Grundsätze der palliativmedizinischen Ernährung. *Aktuel Ernährungsmed.* 2013;38:46–66.
- 2 Baumann-Hölzle R, Imoberdorf R, Koblet K, Ballmer PE, Rühlin M, Bau R, et al. Ernährungsautonomie – ethisches Grundsatzpapier zur Ernährung der Patientinnen und Patienten im Akutspital. *Schweiz Ärzteztg.* 2006;87(33):1412–5.
- 3 Pautex S, Genton L. Indications à la nutrition artificielle chez les patients en soins palliatifs. *Forum Med Suisse.* 2019;19(49–50):800–2.
- 4 Haller A, Imoberdorf R, Ballmer PE. Ernährung Schwerkranker und Sterbender. *Praxis.* 2004;93:53–8.

Correspondance:

Dr méd.
Reinhard Imoberdorf
Chefarzt Klinik für
Innere Medizin
Kantonsspital Winterthur
Braucherstrasse 15
CH-8401 Winterthur
reinhard.imoberdorf[at]
ksw.ch