



Evaluation onco-gériatrique

Formation continue

Médecine de la personne âgée

Jeudi 06 juin 2024

Dr Jean DUMUR

Service de gériatrie, CHUV

L'INFO

TV RADIO GAZA UKRAINE SUISSE MONDE SOCIÉTÉ ENVIRONNEMENT ECO SCIENCES-TECH. PLUS

Info Publié le 25 août 2022 à 15:03



La population résidente en Suisse s'accroît, mais vieillit



Le Nouvelliste

Vieillesse, climat: les finances publiques seront sous pression ces prochaines décennies

La pression sur les comptes des administrations publiques augmentera ces prochaines décennies, selon un rapport. Le vieillissement de la population et le changement climatique en seront les principales causes.

Economie Suisse

23 avr. 2024, 13:54



paper/PDF Les newsletters Emploi

LE TEMPS

SUISSE ÉCONOMIE OPINIONS CULTURE SOCIÉTÉ SCIENCES SPORT CYBER DATA ÉVÉNEMENTS

ACCUEIL > SUISSE

La population suisse toujours plus nombreuse et toujours plus âgée

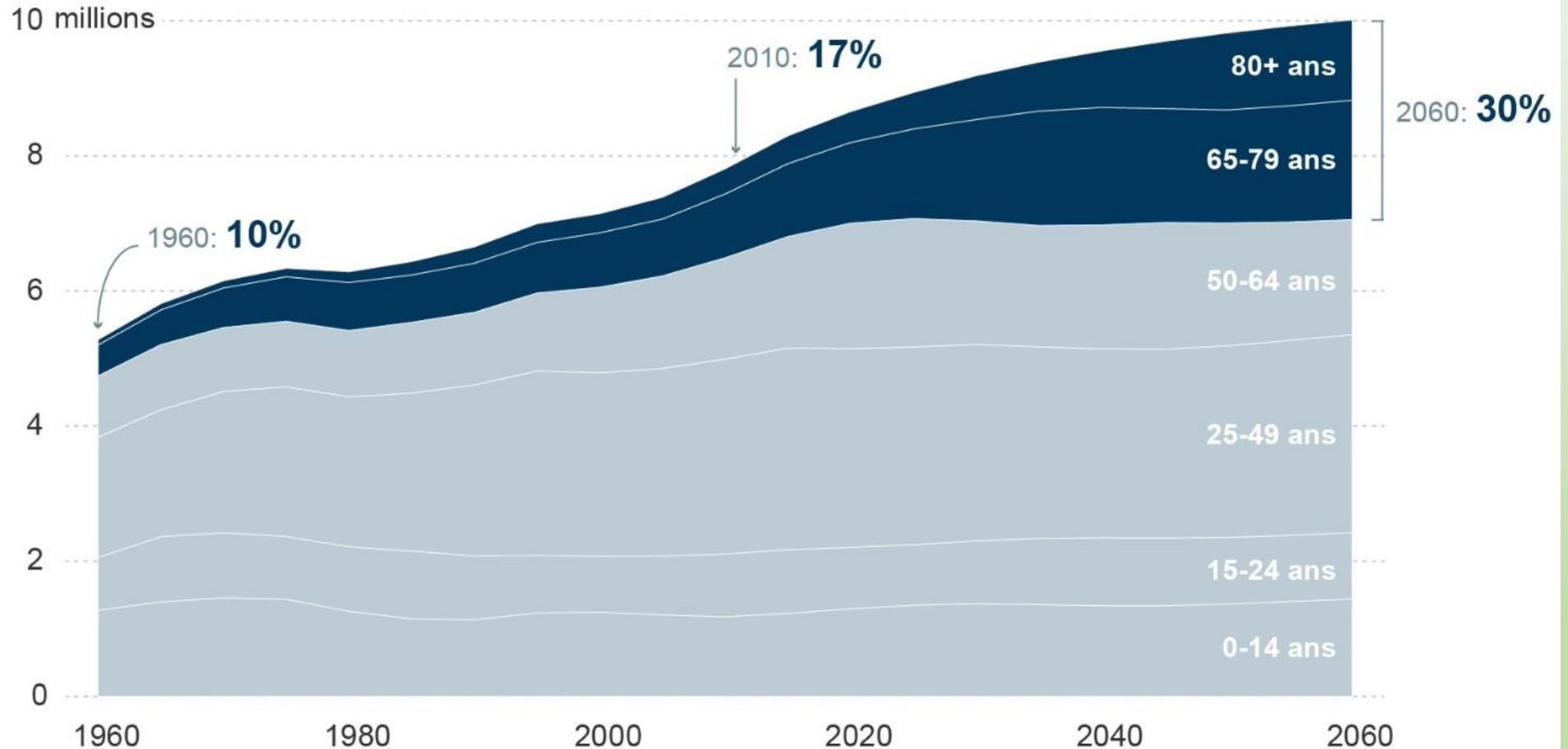
La population résidente a continué de progresser en 2021 en Suisse, en particulier grâce aux migrations, mais elle est également devenue plus âgée. Berne, Jura ou encore le Valais abritent davantage de seniors que de jeunes âgés de moins de 20 ans





Le vieillissement de la population suisse va s'intensifier

Population suisse par tranches d'âge, 1960-2060

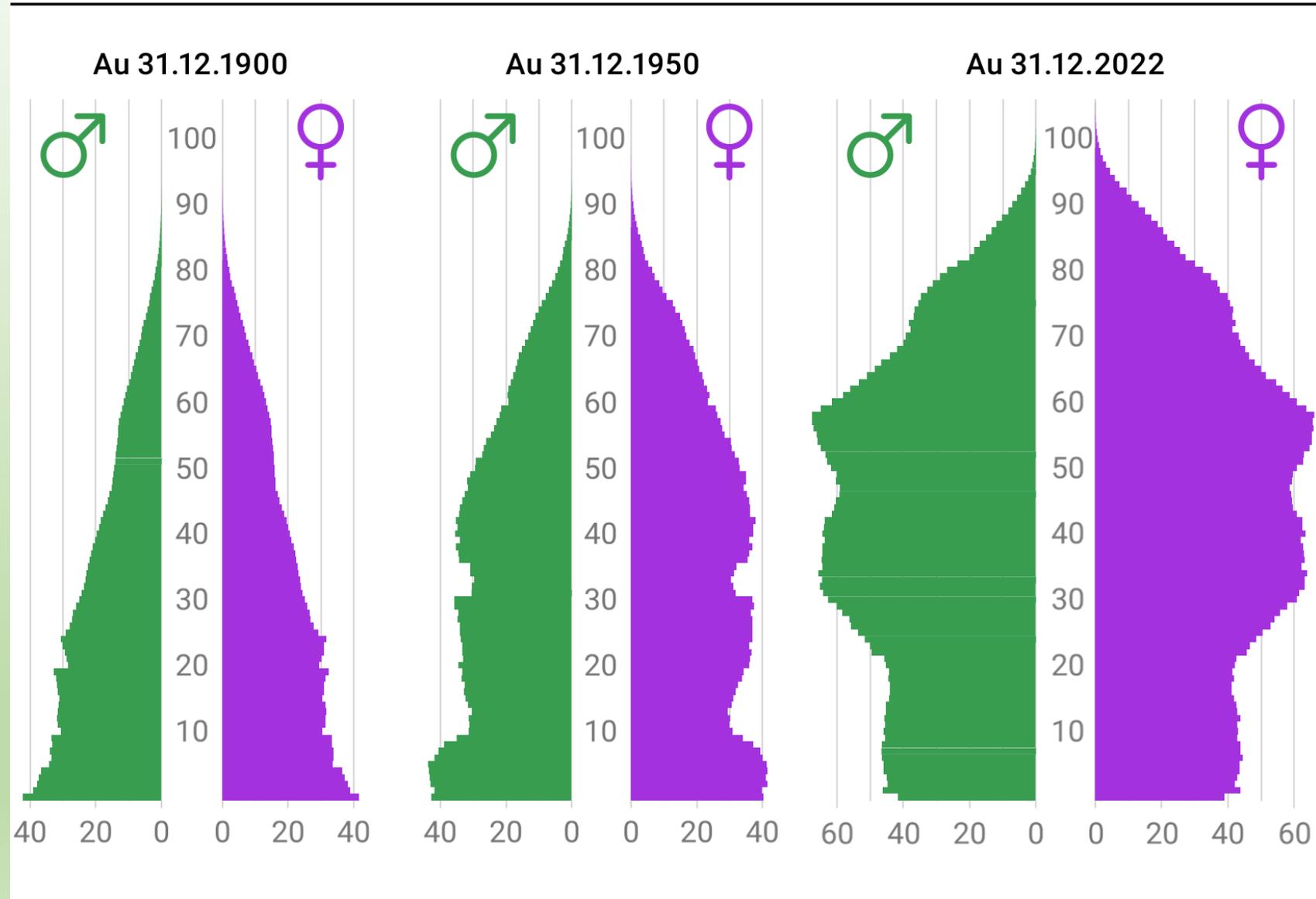


Source: Études économiques de l'OCDE : Suisse 2019



Pyramide des âges de la population selon le sexe

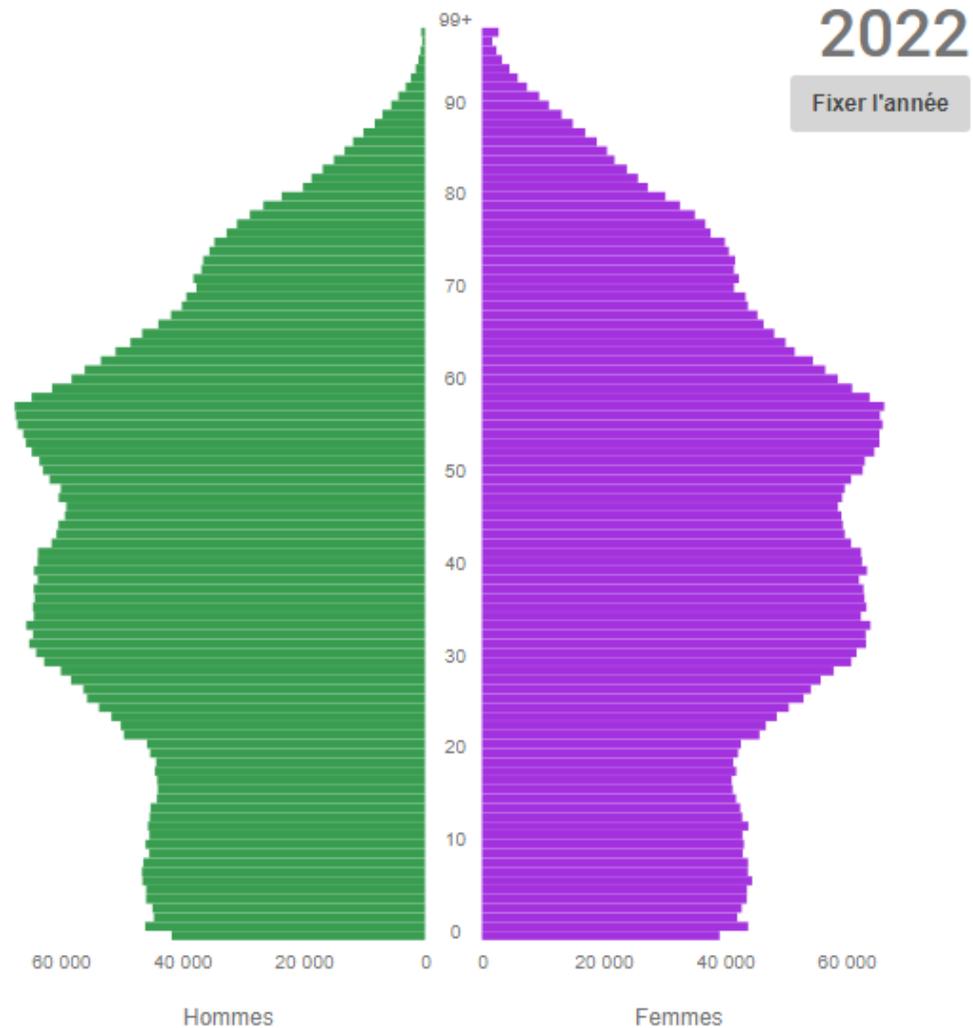
Nombre de personnes en milliers



Sources: OFS – RFP, STATPOP

© OFS 2023

Pyramide des âges de la Suisse, de 1860 à 2050



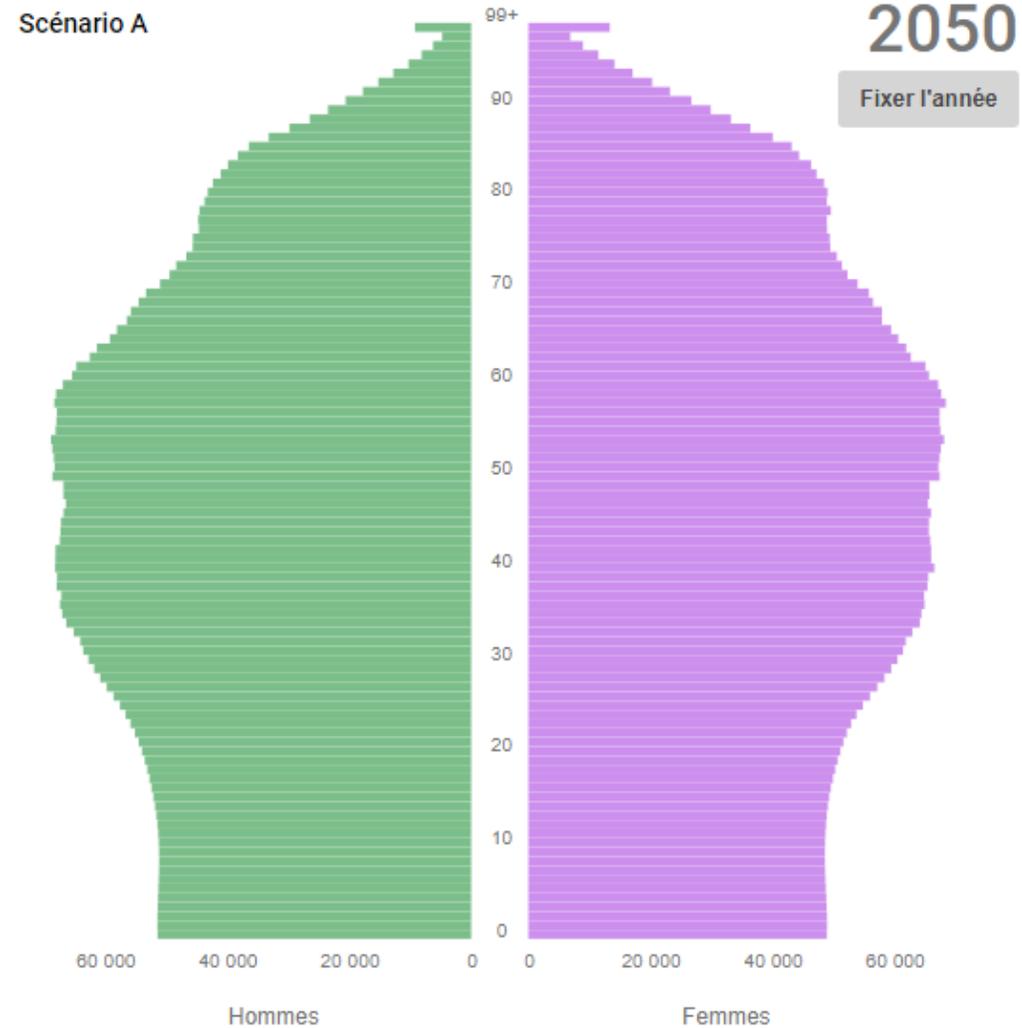
1860 2050 ▶

Etat des données: 24.08.2023

Sources: OFS – ESPOR, RFR, SCENARIO, STATPOP

© OFS 2023

Pyramide des âges de la Suisse, de 1860 à 2050



1860 2050 ▶

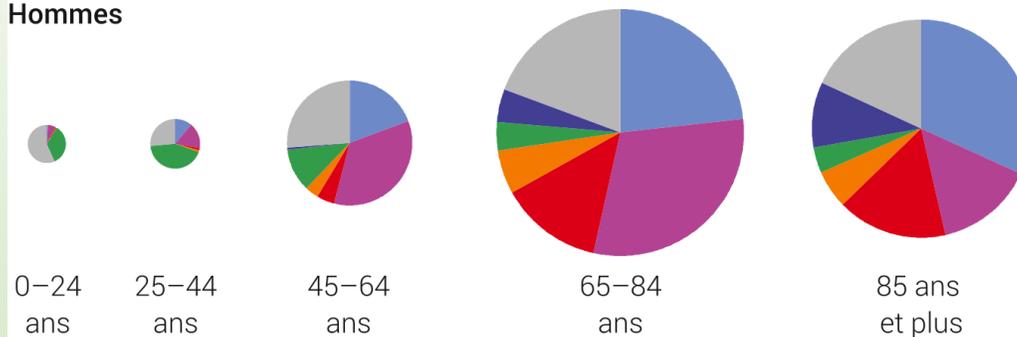
Scénario référence
A-00-2020

Scénario haut
B-00-2020

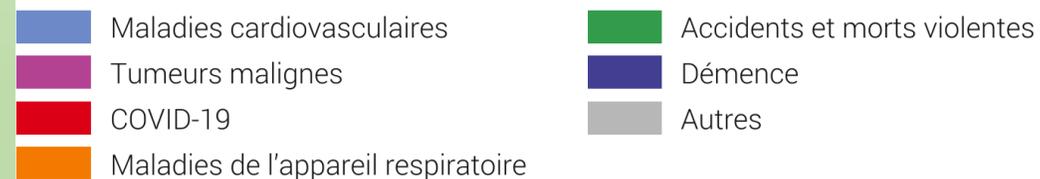
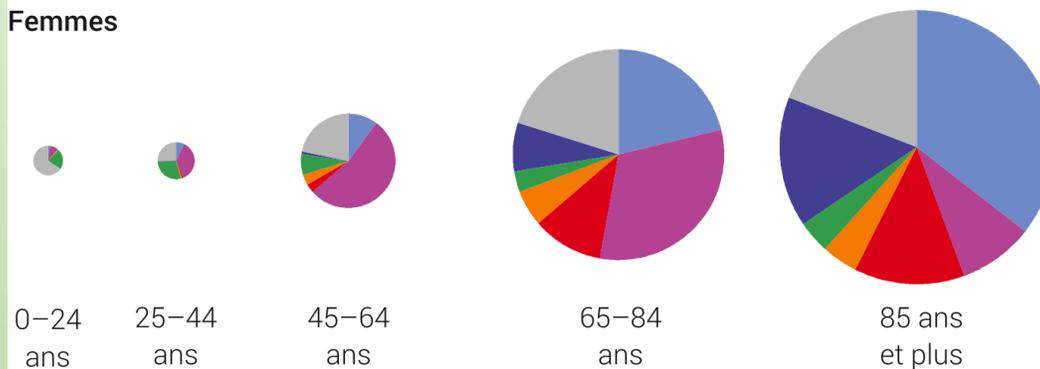
Scénario bas
C-00-2020

Principales causes de décès selon le groupe d'âge, en 2020

Hommes



Femmes



Les surfaces sont proportionnelles au nombre absolu de décès.

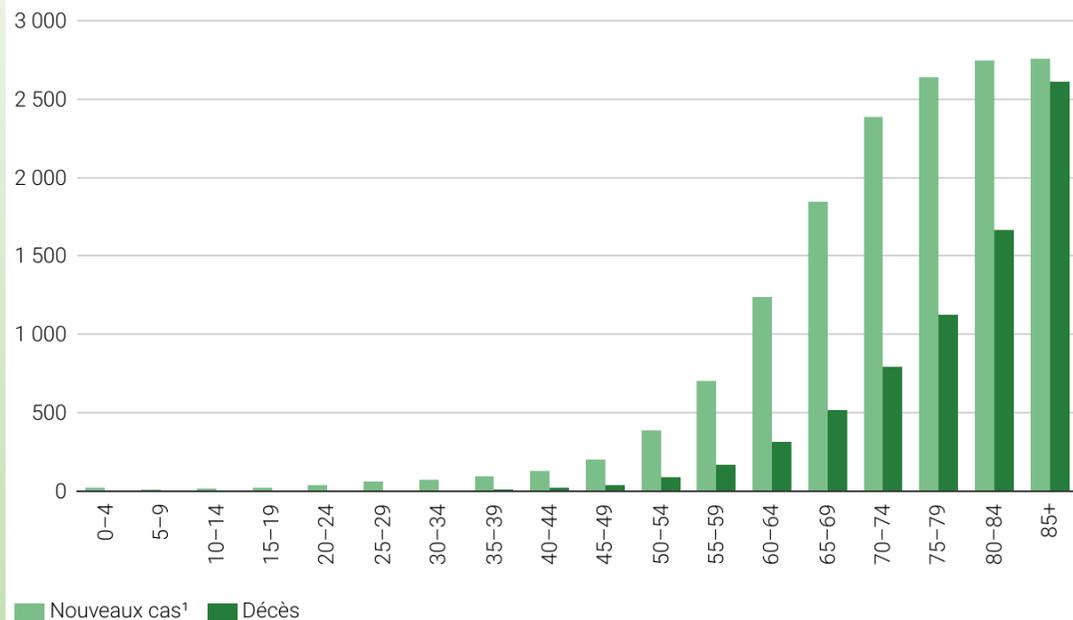
Source: OFS – Statistique des causes de décès (CoD)

© OFS 2022

Ensemble des cancers selon l'âge, de 2016 à 2020

Taux spécifique par âge, pour 100'000 habitants

Hommes



¹ Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs; sans les cancers non mélaniques de la peau

Sources: ONEC – nouveaux cas; OFS – décès

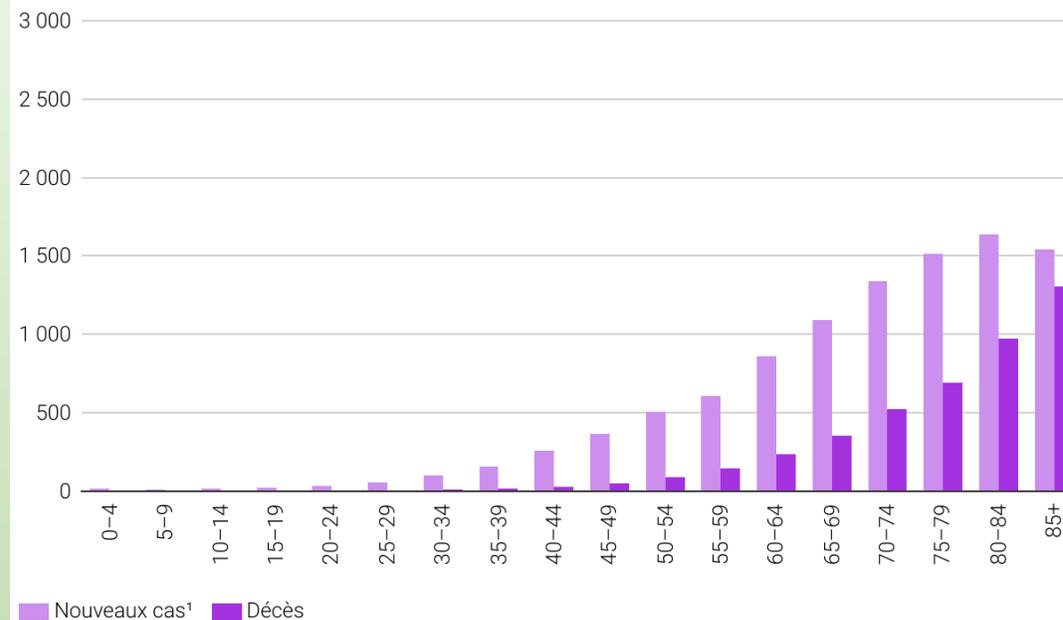
© OFS 2023

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/maladies/cancer.assetdetail.29125186.html>

Ensemble des cancers selon l'âge, de 2016 à 2020

Taux spécifique par âge, pour 100'000 habitants

Femmes



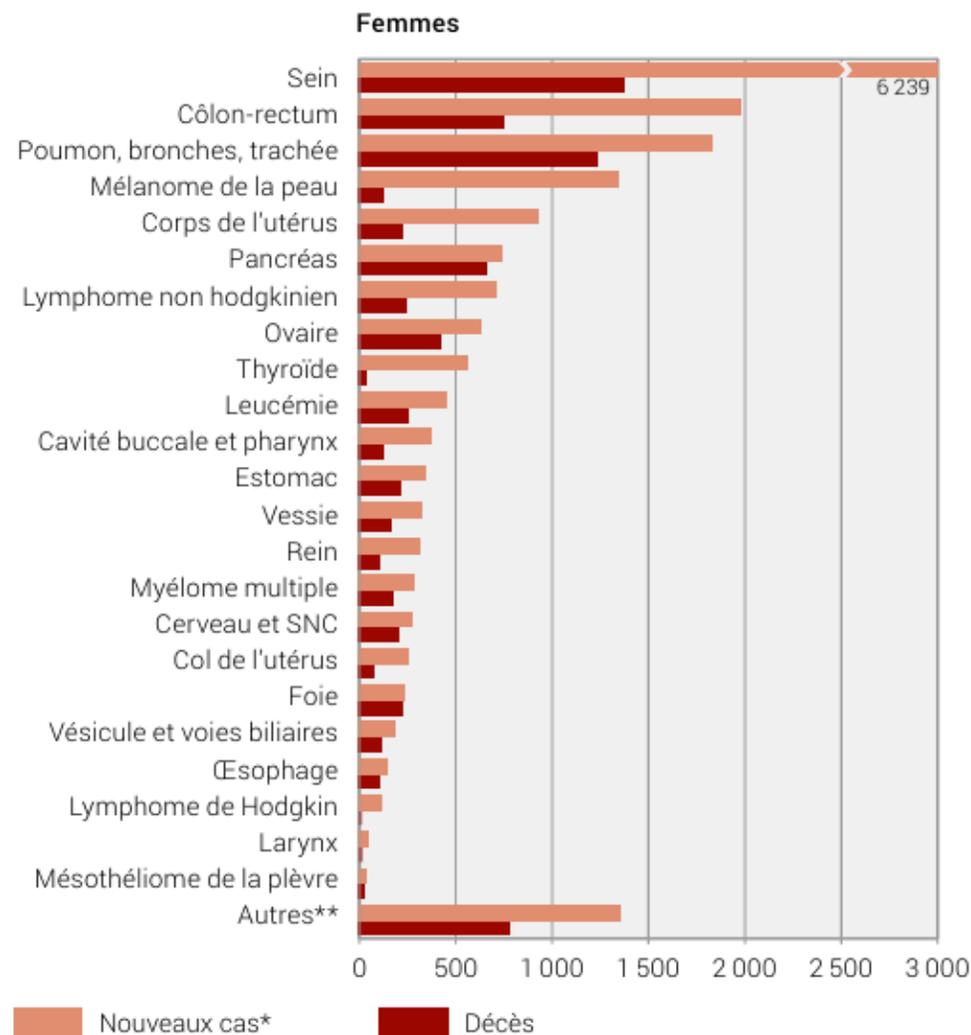
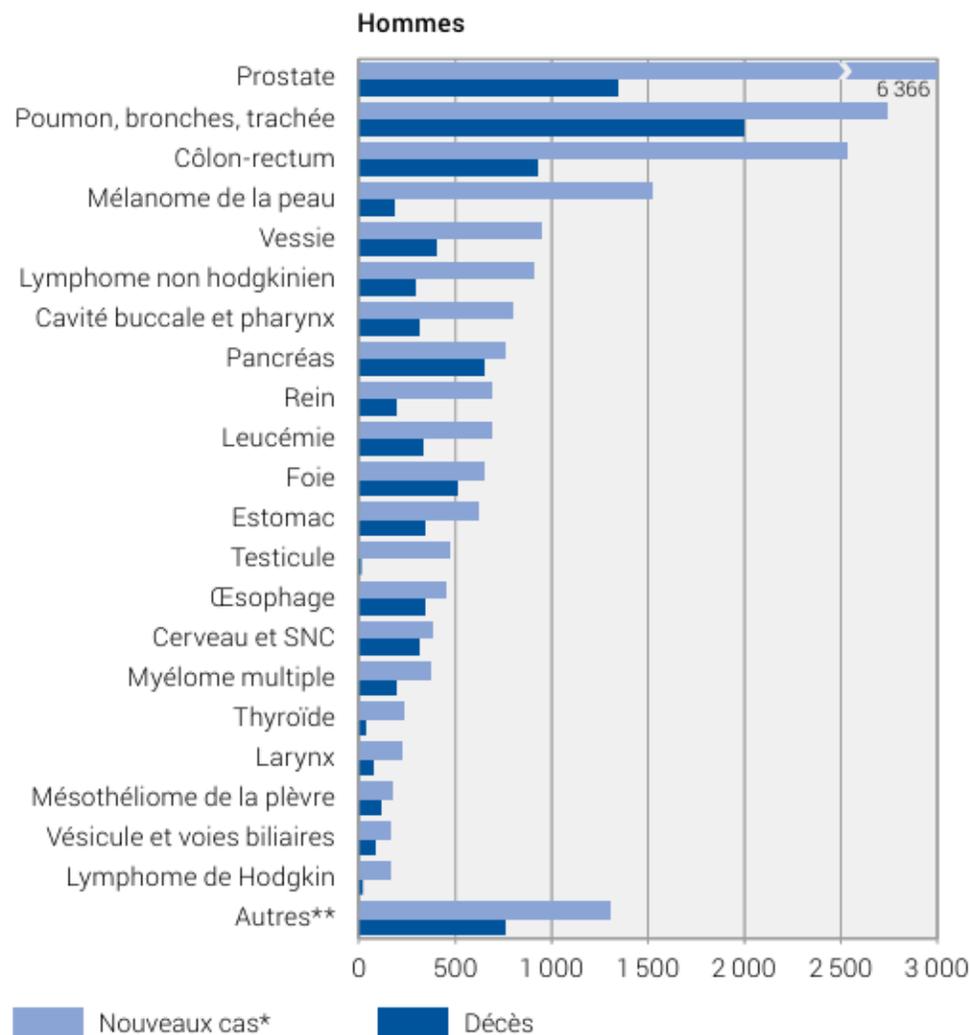
¹ Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs; sans les cancers non mélaniques de la peau

Sources: ONEC – nouveaux cas; OFS – décès

© OFS 2023

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/maladies/cancer.assetdetail.29125205.html>

Nombre moyen par an



* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

** Nouveaux cas sans les cancers non mélaniques de la peau

[24]

LE MATIN DIMANCHE

Abo Interview de George Coukos

«Le nombre de cancers va quasi doubler en vingt ans»

Face au vieillissement de la population, le professeur vaudois tire la sonnette d'alarme et appelle la Suisse à investir davantage dans son système de santé.



Caroline Zuercher

Publié: 04.02.2024, 19h00



Disparité de la population âgée

- Age chronologique différent âge physiologique
- Age équivalent, personne indépendante et autonome vs dépendante avec perte autonomie majeure
- Poids des comorbidités

1985



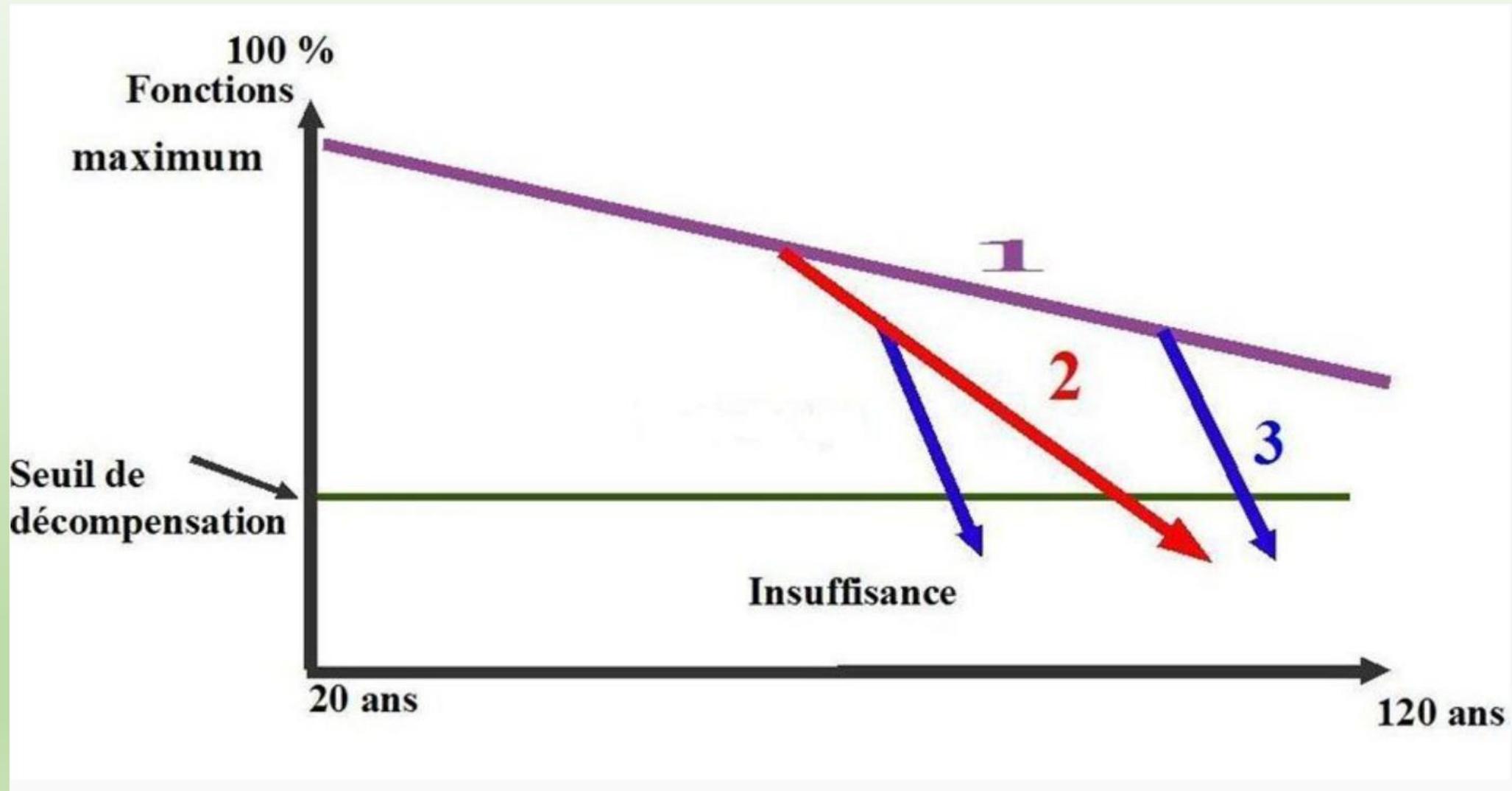
Michael Andrew Fox (24 ans) et Christopher Lloyd (47 ans)

2022



Christopher Lloyd (84 ans) et Michael Andrew Fox (61 ans)

Concept de fragilité



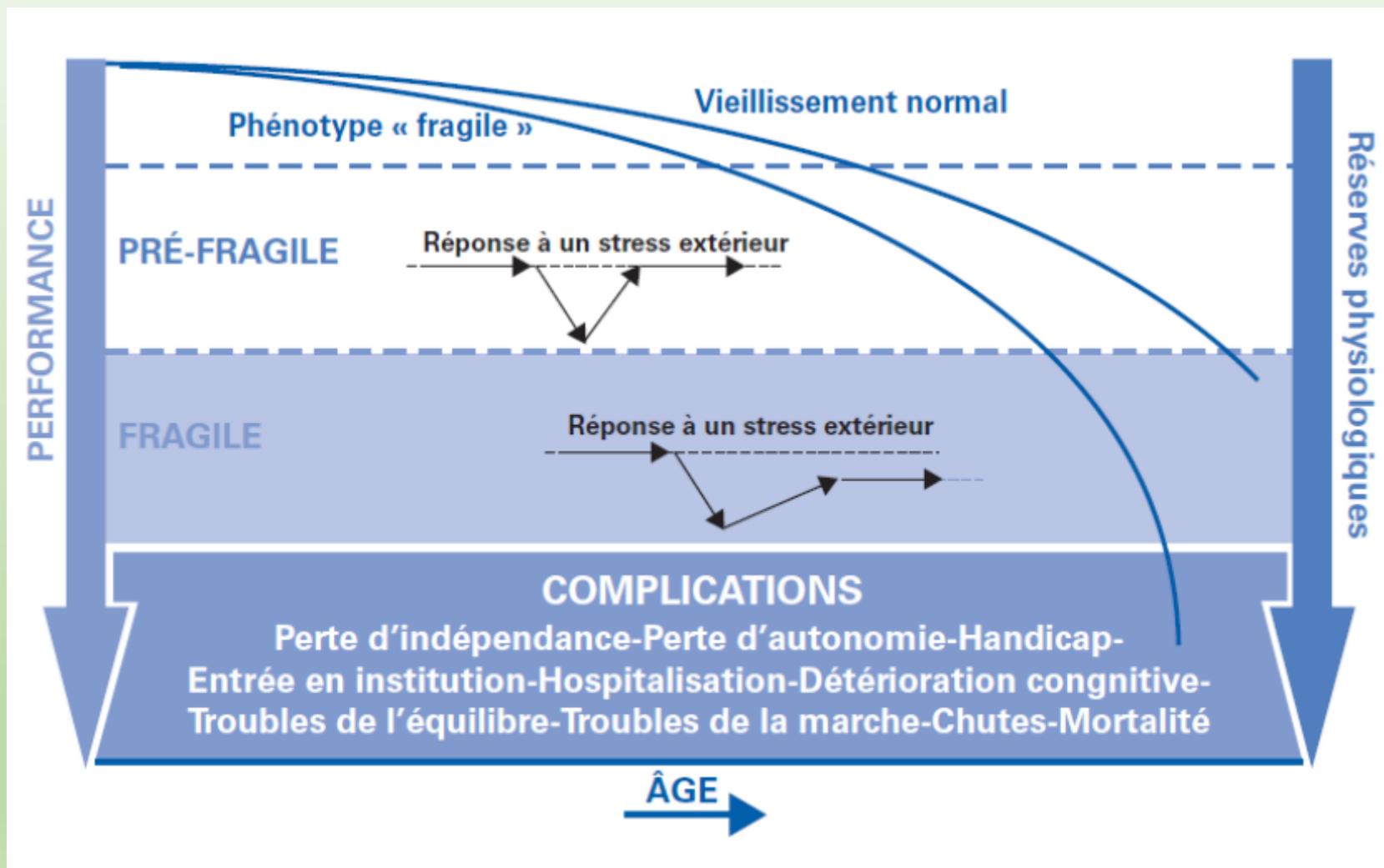
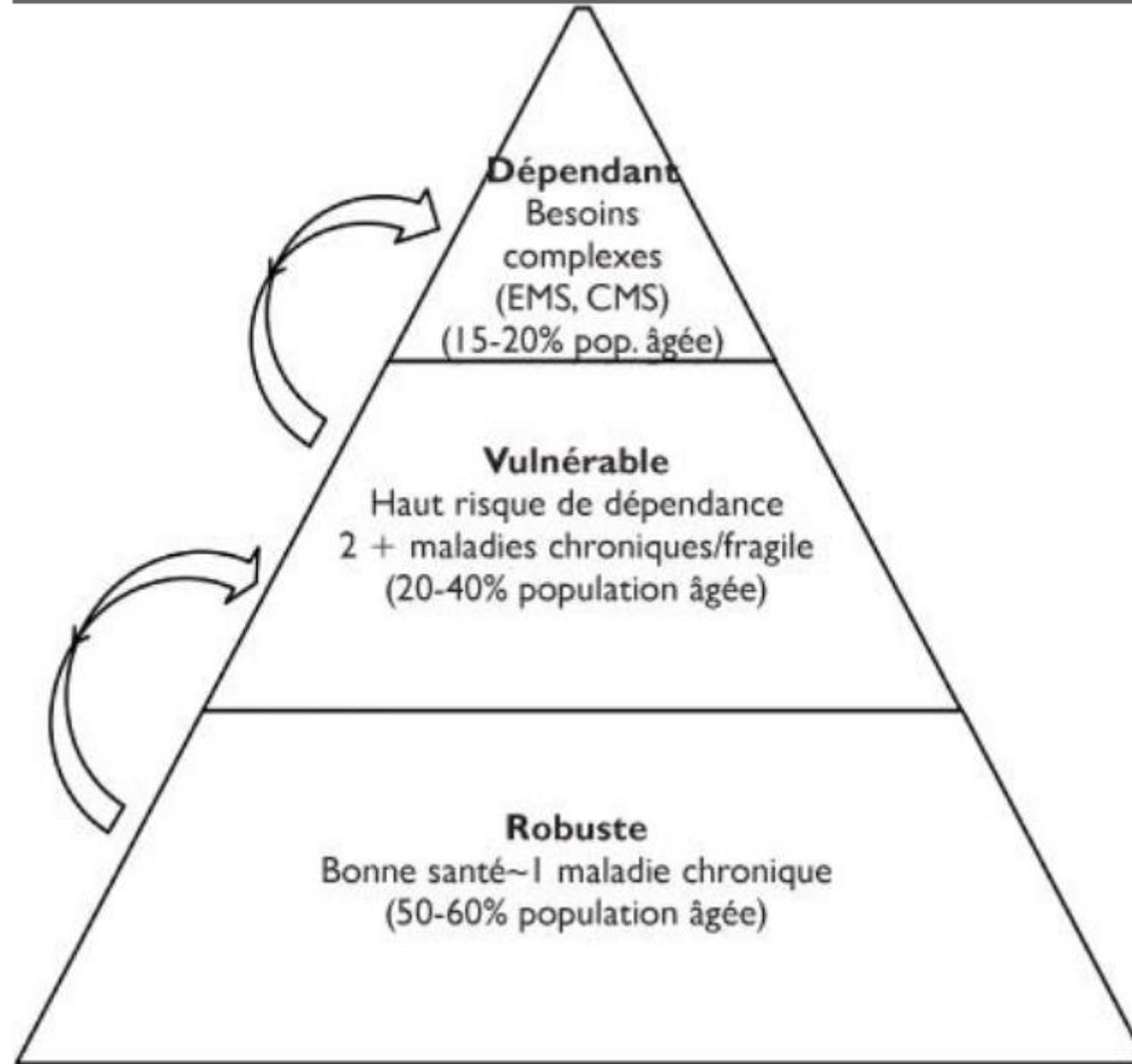
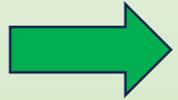


Figure 1.
Représentation schématique de l'hétérogénéité de la population âgée²

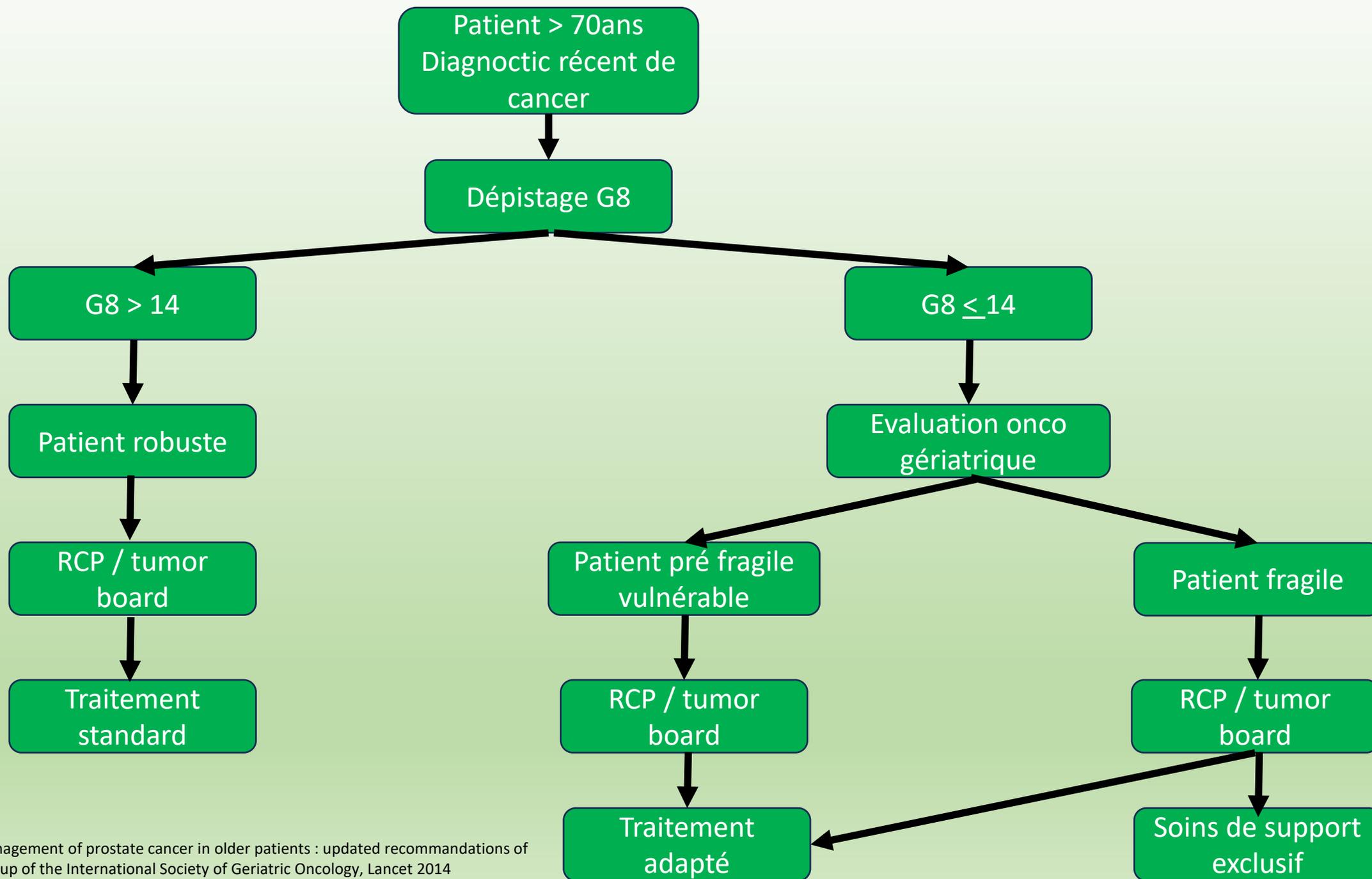


Objectifs de l'évaluation d'onco gériatrie



Identifier le **niveau de fragilité** pour :

- choisir le traitement le plus adéquat
- diminuer la toxicité des traitements
- diminuer la durée de séjour
- diminuer les complications et le nombre d'hospitalisations
- augmenter la qualité de vie



Questionnaire G8

Test de dépistage du recours au gériatre chez un patient âgé atteint de cancer

Questions (temps médian de remplissage = 4,4 minutes)	Réponses	Cotations
Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition?	Anorexie sévère Anorexie modérée Pas d'anorexie	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Perte de poids dans les 3 derniers mois	>3 Kg Ne sait pas Entre 1 et 3 Kg Pas de perte de poids	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Motricité	Lit – Fauteuil Autonome à l'intérieur Sort du domicile	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Troubles neuro-psychiatriques	Démence ou dépression sévère Démence ou dépression modérée Pas de trouble psychiatrique	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Indice de Masse Corporelle = Poids/(Taille) ²	< 19 19 – 21 21 – 23 > 23	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Plus de 3 médicaments	Oui Non	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge?	Moins bonne Ne sais pas Aussi bonne Meilleure	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0,5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Age	> 85 ans 80 – 85 ans < 80 ans	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Score total		/17
Interprétation	> 14 = Prise en charge standard ≤ 14 = Evaluation gériatrique spécialisée	

Score G8

8 questions

5 min

Anormal si ≤ 14

Se: 89,6%

Spe: 60,4%

La consultation d'onco gériatrie

- Durée: 45-60 min
- Pour qui: patients fragiles ou pré fragiles ($G8 \leq 14$)
- Quand: dans l'idéal, le plus tôt possible au cours du bilan diagnostic de la maladie oncologique
- Où: ambulatoire (consultation à MP16 ou à domicile) ou en stationnaire (BH / Nestlé / Sylvana); depuis mai 2024 en hôpital de jour en oncologie

La consultation d'onco gériatrie

- Pourquoi:
 - repérer les syndromes gériatriques et comorbidités nécessitant prise en charge spécifique
 - repérer des éléments de fragilité pouvant interférer/contre-indiquer des traitements
 - recommandations gériatriques
- Comment: évaluation gériatrique globale et scores plus spécifiques

Syndromes gériatriques

- Trouble de la marche et de l'équilibre +/- chutes
- Incontinence (urinaire / fécale)
- Dénutrition protéino calorique
- Troubles neuro cognitifs (ECA)
- Déficiences sensorielles (visuelles / auditives)
- Troubles du sommeil
- Troubles du moral (dépression / anxiété)
- Syndrome douloureux chronique
- Isolement social
- Polymédication
- Etc



Impact sur le traitement:

- Faisabilité
- Organisation et mise en route
- Efficacité, tolérance, poursuite ou arrêt

Quels syndromes gériatriques possibles ?



1. Troubles de la marche et de l'équilibre
2. Syndrome démentiel
3. Dénutrition protéino-calorique
4. Incontinence urinaire d'urgence
5. Troubles de l'humeur
6. Autres?

Plusieurs réponses possibles

Evaluation onco gériatrique

- **Anamnèse gériatrique (et hétéro anamnèse!)**

- **Douleur** : caractéristiques, antalgiques habituels
- **Mobilité** : nbre chutes les 12 derniers mois, sorties seul ou accompagné, moyen auxiliaire
- **Mémoire** : plainte mnésique, antécédent d'ECA ou d'hallucination
- **Continence** : urinaire et fécale, ttt
- **Sensoriel (vue / audition)** : lunettes, opération, appareils auditifs (pst dans l'unité ou pas)
- **Thymie** : anxiété, dépression, idées noires, projet suicidaire, suivi psy
- **Sommeil** : troubles, somnifères, somnolence diurne/siestes, CPAP
- **Nutritionnel** : poids de forme, taille, perte de poids, appétit, appareils dentaires, troubles de déglutition ou de la mastication
- **Multiales hospitalisations** : nombre d'hospitalisations les 6 derniers mois

- **Evaluation du milieu de vie**

- **Environnement social** : statut marital, famille, ancienne profession
- **Habitat** : appart/maison, étage, escaliers/ascenseur
- **Aides à domicile** : aides formelles (CMS, OSAD) / aides informelles (famille, voisinage), CAT
- **Activités à domicile** : loisirs, occupations, activités sociales
- **Mesures administratives** : directives anticipées, représentant thérapeutique, curatelle (portée)

Evaluation onco gériatrique

- **Anamnèse gériatrique (et hétéro anamnèse!)**

- **Douleur** : caractéristiques, antalgiques habituels
- **Mobilité** : nbre chutes les 12 derniers mois, sorties seul ou accompagné, moyen auxiliaire
- **Mémoire** : plainte mnésique, antécédent d'ECA ou d'hallucination
- **Continence** : urinaire et fécale, ttt
- **Sensoriel (vue / audition)** : lunettes, opération, appareils auditifs (pst dans l'unité ou pas)
- **Thymie** : anxiété, dépression, idées noires, projet suicidaire, suivi psy
- **Sommeil** : troubles, somnifères, somnolence diurne/siestes, CPAP
- **Nutritionnel** : poids de forme, taille, perte de poids, appétit, appareils dentaires, troubles de déglutition ou de la mastication
- **Multiples hospitalisations** : nbre d'hospitalisations les 6 derniers mois

- **Evaluation du milieu de vie**

- Environnement social : statut marital, famille, ancienne profession
- Habitat : appart/maison, étage, escaliers/ascenseur
- Aides à domicile : aides formelles (CMS, OSAD) / aides informelles (famille, voisinage), CAT
- Activités à domicile : loisirs, occupations, activités sociales
- Mesures administratives / directives anticipées / représentant thérapeutique / tutelle (portée)

Evaluation onco gériatrique

- **Anamnèse gériatrique (et hétéro anamnèse!)**

- **Douleur** : caractéristiques, antalgiques habituels
- **Mobilité** : nbre chutes les 12 derniers mois, sorties seul ou accompagné, moyen auxiliaire
- **Mémoire** : plainte mnésique, antécédent d'ECA ou d'hallucination
- **Continence** : urinaire et fécale, ttt
- **Sensoriel (vue / audition)** : lunettes, opération, appareils auditifs (pst dans l'unité ou pas)
- **Thymie** : anxiété, dépression, idées noires, projet suicidaire, suivi psy
- **Sommeil** : troubles, somnifères, somnolence diurne/siestes, CPAP
- **Nutritionnel** : poids de forme, taille, perte de poids, appétit, appareils dentaires, troubles de déglutition ou de la mastication
- **Multiples hospitalisations** : nbre d'hospitalisations les 6 derniers mois

- **Evaluation du milieu de vie**

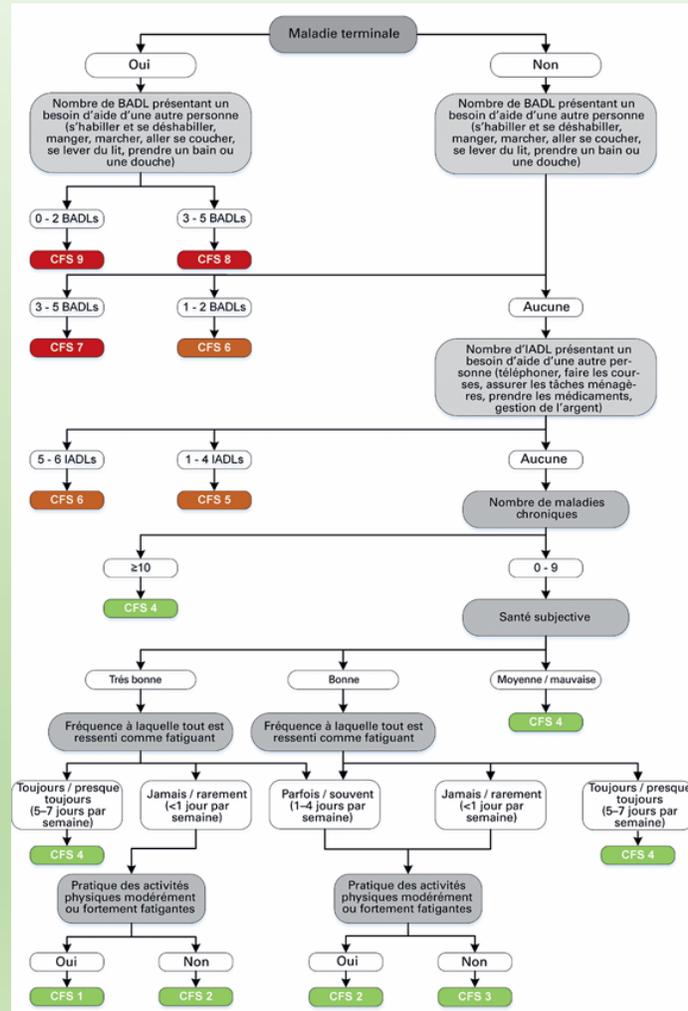
- **Environnement social** : statut marital, famille, ancienne profession
- **Habitat** : appart/maison, étage, escaliers/ascenseur
- **Aides à domicile** : aides formelles (CMS, OSAD) / aides informelles (famille, voisinage), CAT
- **Activités à domicile** : loisirs, occupations, activités sociales
- **Mesures administratives** : directives anticipées, représentant thérapeutique, curatelle (portée)

Quelques scores

Scores gériatriques

- **AVQ de base** : /6 (transferts, hygiène, habillage, utilisation WC, continence, alimentation)
- **AVQ intermédiaires** : /8 (téléphone, repas, commissions, ménage, lessive, médicaments, transports, administratif)
- **CAM** : /4
- **Mini COG** : /5 **MMSE** : /30 **MoCA** : /30
- **Mini-GDS** : /4
- **Poids** : kg **IMC** : kg/m²
- **MNA-sf** : /14 **Kondrup** : /5
- **SARC-F** : /10
- **Score de POMA ou Tinetti** : /28 (avec ou sans moyen auxiliaire)
- **Vitesse de marche** : m/s

- Index de fragilité selon Fried : /5 (perte de poids, asthénie, réduction de la vitesse de marche, réduction force musculaire, réduction des activités)
- «Clinical Frailty Scale» (CFS, échelle de fragilité clinique)



	1	Très bonne condition physique Les personnes de cette catégorie sont robustes, actives, pleines d'énergie et motivées. Elles s'entraînent régulièrement et présentent la meilleure forme dans leur tranche d'âge.
	2	Moyennement actif Les personnes de cette catégorie ne présentent aucun symptôme pathologique actif , mais ne sont pas en aussi bonne forme que les personnes de la catégorie 1. Elles sont moyennement actives ou temporairement très actives , p. ex. de manière saisonnière.
	3	Se débrouille bien Les symptômes pathologiques de ce groupe de personnes sont bien contrôlés, mais, en dehors de la marche dans le cadre d'activités quotidiennes, elles ne bougent pas régulièrement .
	4	Vulnérable Même si elles ne dépendent pas d'aides externes au quotidien , les personnes de cette catégorie sont souvent limitées dans leurs activités en raison de leurs symptômes pathologiques . Elles se plaignent fréquemment de fatigue diurne et/ou rapportent que les activités quotidiennes prennent plus de temps.
	5	Faiblement fragile Les personnes de cette catégorie sont manifestement ralenties dans leurs activités et ont besoin d'aide lors d'activités exigeantes telles que les affaires financières, le transport, les tâches ménagères lourdes et la gestion des médicaments.
	6	Moyennement fragile Les personnes de cette catégorie ont besoin d'aide pour toutes les activités extra-ménagères et la gestion financière . A la maison, elles ont souvent des difficultés avec les escaliers et nécessitent éventuellement d'être guidées ou légèrement assistées pour s'habiller.
	7	Très fragile En raison de handicaps physiques ou cognitifs, les personnes de cette catégorie dépendent complètement d'une aide externe pour les soins corporels. Leur santé est toutefois stable . La probabilité de décès dans les 6 prochains mois est faible.
	8	Extrêmement fragile Dépendant complètement d'une assistance et se rapprochant de la fin de vie . Les personnes de cette catégorie se rétablissent rarement de maladies légères.
	9	Malade en phase terminale Personnes de cette catégorie ont une espérance de vie <6 mois . La catégorie se réfère à des personnes qui ne présentent autrement aucun signe de fragilité .

- E-Prognosis => évaluation espérance de vie
<https://eprognosis.ucsf.edu/suemoto.php?language=French>
- Score de Charlson => évaluation de l'espérance de vie à 10 selon comorbidités
<https://www.mdcalc.com/calc/3917/charlson-comorbidity-index-cci>
- Surgical Risk Calculator => évaluation du risque chirurgical
<https://riskcalculator.facs.org/RiskCalculator/PatientInfo.jsp>
- CRASH score et CARG score => Evaluation des risques de toxicité des chimiothérapies

<https://www.mdcalc.com/calc/10425/chemotherapy-risk-assessment-scale-high-age-patients-crash-score>

<https://www.mdcalc.com/calc/10424/cancer-aging-research-group-chemotherapy-toxicity-tool-carg-tt>

Comorbidity	Score
Age	<50 years: 0; 50-59 years: +1; 60-69 years: +2; 70-79 years: +3; ≥80 years: +4
Myocardial infarction	No: 0; Yes: +1
CHF	No: 0; Yes: +1
Peripheral vascular disease	No: 0; Yes: +1
CVA or TIA	No: 0; Yes: +1
Dementia	No: 0; Yes: +1
Total Score	0 points
Estimated 10-year survival	98 %

Score de Charlson	Mortalité à 1 an (%)
0	12
1-2	26
3-4	52
≥ 5	85
Décès liés aux comorbidités (%)	
0	8
1-2	25
3-4	48
≥ 5	59

Les «plus» de l'évaluation onco gériatrique:

- Directives anticipées
- Représentant thérapeutique
- Compréhension de sa maladie et conséquences
- Capacité de discernement

Rapport de l'évaluation onco gériatrique

- Identification d'éléments de fragilité
- Evaluation de la capacité à supporter traitements
- Identifications comorbidités et syndromes gériatriques avec recommandation de prise en charge
 - Rééducation motrice pré et post interventionnelle
 - Soutient nutritionnel ou psychologique
 - Appareillage (vue, audition, ventilation nocturne)
 - Adaptation des aides au domicile (formelles, matérielles)
 - Prévention ECA

Take home messages

- Augmentation de l'incidence des cancers avec l'âge, doublement des cancers
- Hétérogénéité de la population âgée
- Adaptation du traitement oncologique au niveau de fragilité et aux comorbidités
- Evaluation onco-gériatrique pour les sujets pré-fragiles et fragiles ($G8 \leq 14$)
 - Objectifs:
 - syndromes gériatriques et comorbidités
 - éléments de fragilité interférant / contre-indiquant des traitements
 - recommandations gériatriques
 - Bénéfices:
 - choisir traitement adéquat
 - diminuer complications, toxicité des traitements, durée séjour, nombre d'hospitalisations
 - augmenter qualité de vie

Merci pour votre attention !

Unité de Soins Aigus aux Séniors

5 avenue Pierre Decker 1011 Lausanne

021 314 77 34

Filière de Soins Aigus aux Séniors

16 chemin de Mont-Paisible 1011 Lausanne

emiger@chuv.ch / 021 314 50 79

Centre de Gériatrie Ambulatoire et Communautaire (CGAC)

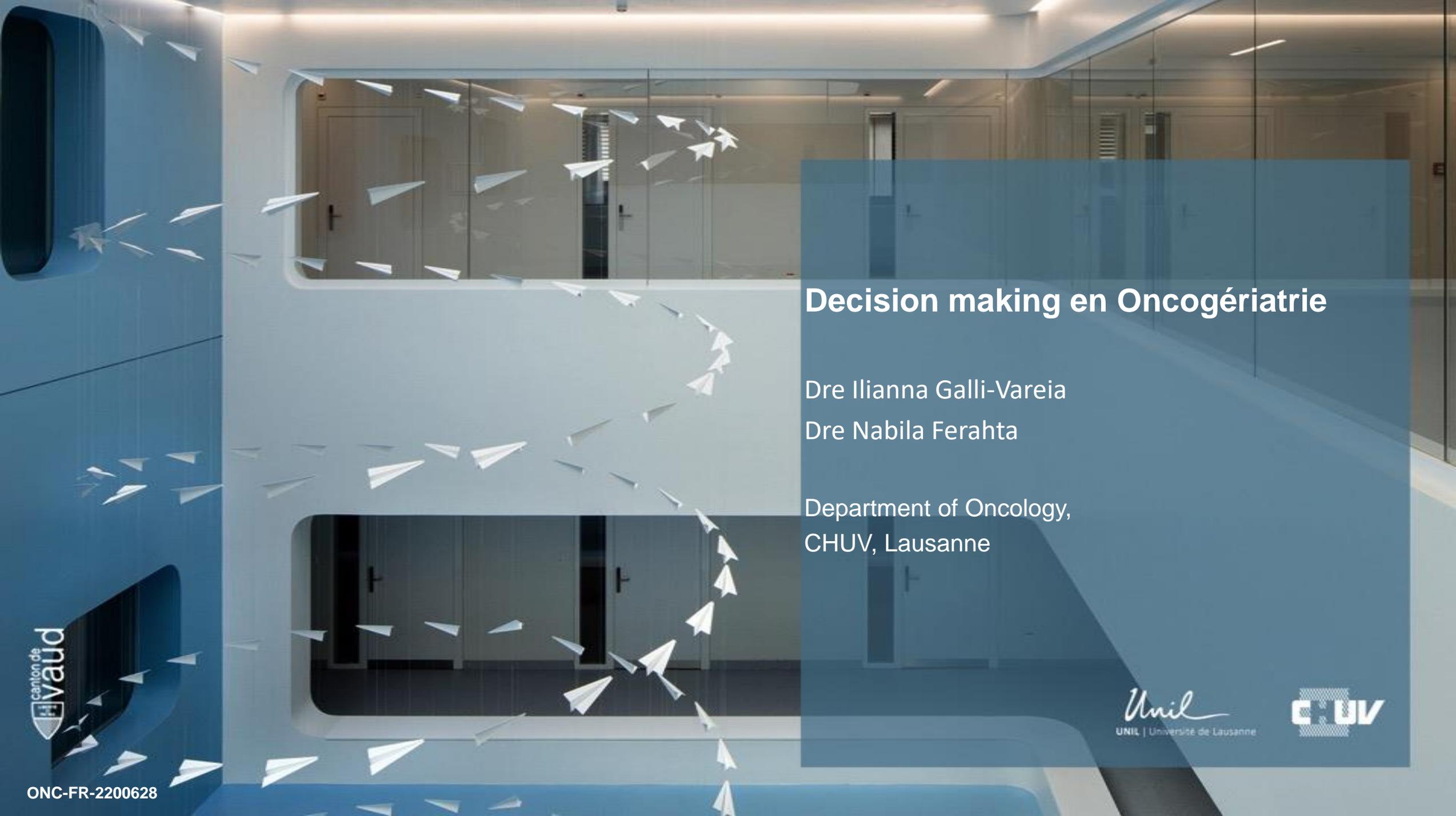
16 chemin de Mont-Paisible 1011 Lausanne

cgac@chuv.ch / 021 314 50 79

Unité de réadaptation gériatrique (CUTR)

10 chemin de Sylvana 1066 Epalinges

cgac@chuv.ch / 021 314 38 11



Decision making en Oncogériatrie

Dre Ilianna Galli-Vareia
Dre Nabila Ferahta

Department of Oncology,
CHUV, Lausanne

Mme C. 75 ans, BSH

Adénocarcinome pulmonaire multimétastatique, PD-L1 à 10%, KRAS G12C muté, EGFR wt

- 06.21 : Dg sur métastasectomie cérébrale
- 4 cycles CH-IO : carboplatine pemetrexed pembrolizumab
- 09.21 : CT TAP progression ganglionnaire et osseuse

SOC : double chimio-immunothérapie, thérapie ciblée (non commercialisé en Suisse)

Refus des Soins palliatifs

Hospitalisation en médecine avec refus de soins

Elle veut être traitée pour s'occuper de son fils

Vous proposez :

- A. SOC avec soins de support
- B. Inclusion dans une étude clinique
- C. Best Supportive Care (BSC)
- D. 📞 Appeler Solange Peters



- ECOG 3-4
- CSF 7/9
- ADL 1/6 (repas) IADL 1/8 (tel)
- Mini-COG 3/3, ATCD ECA
- Tr. de l'adaptation avec réaction anxiodépressive
- MNA-SF 1/14, poids 40 kg
- 1 fils 40 ans avec retard mental

Mr N. 86 ans, ECOG à 2

CHC localement avancé en progression après 1^{ère} ligne palliative, sur cirrhose compensée.

SOC: 2^{ème} ligne palliative par thérapie ciblée orale. Chimiothérapie iv aussi possible (moins efficace) si contre-indication à thérapie ciblée orale.



Vit avec épouse aussi , *dépendant pour les AIVQs, AVQs 6/6*

MoCA 26/30, Mini-GDS 4/4, SPPB test: 6/12, Mini-MNA 8/14

Le patient refuse à plusieurs reprises les soins de support mais souhaite être traité pour son cancer.

Capacité de discernement par rapport à son état de santé altéré (“...mais je vais bien, je peux m’occuper de moi”).

Vous proposez:

- Deuxième ligne palliative par thérapie ciblée
- Deuxième ligne par chimiothérapie iv (dose adaptée bien évidemment!)
- Hospitalisation sous PLAFa pour débiter traitement et introduire soins de support (physiothérapie, suivi psychologique et diététique)
- Best Supportive Care (BSC)

Decision-making en Oncogériatrie

Dre Ilianna Galli-Vareia
CDC Oncologie Médicale

Dre Med. Nabila Ferahta
Géiatre, CDC Oncologie Médicale

Department of Oncology,
CHUV, Lausanne

Unil
UNIL | Université de Lausanne

CHUV

Décision-making en Oncogériatrie



Processus de décision lors du
parcours de soins en
oncologie



Désescalade
thérapeutique





Fragilité : processus inéluctable mais population très hétérogène

Patients âgés sous représentés dans les essais cliniques

Stratégies de traitement peu claires

Risque +++

- Sous traitement
- Sur traitement



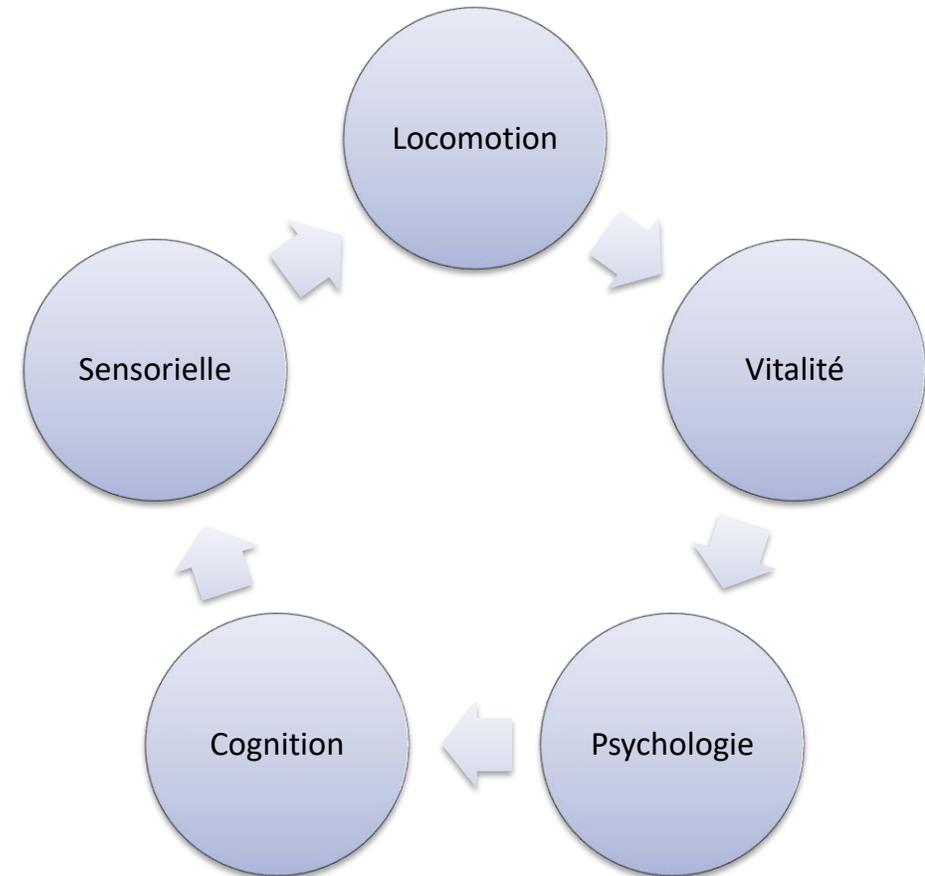
Fragilité mais aussi ...

Capacité intrinsèque



Composite de capacités physiques et mentales

5 domaines



Le futur : Résilience

- Capacité de maintenir et d'améliorer l'aptitude fonctionnelle face à un événement stressant
- Au-delà de l'aspect biologique aux interactions socioéconomique, culturelles et de l'environnement de vie
 - Intrinsèque (psychologique et physiologique)
 - Extrinsèque (accès aux soins et environnement social)

+ Bref Resilience Scale (BRS)

+ CD Resilience Scale (CD-RISC)

+ Ego Resilience Scale (ER89)

+ Essential Resilience Scale (ERS)

+ Physical Resilience Scale (PRS)

+ Resilience Scale (Wagnild & Young)

+ Resilience Scale for Adults (RSA)

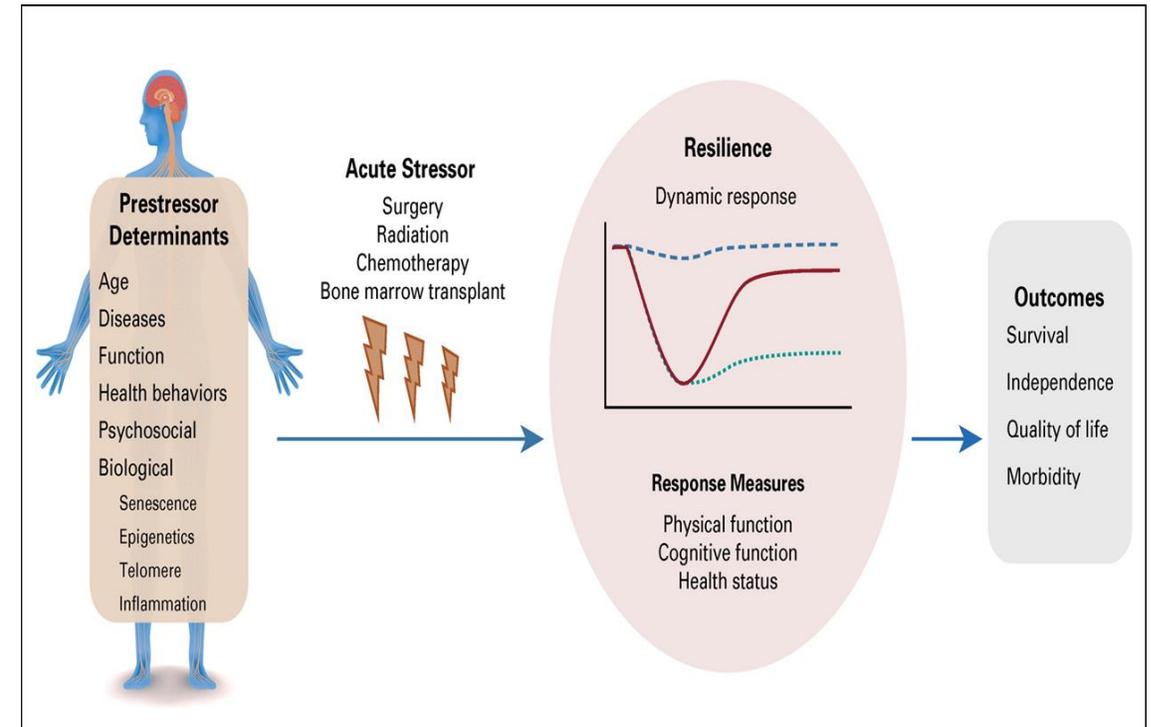
+ Scale of Protective Factors (SPF)

Resilience in Clinical Care: Getting a Grip on the Recovery Potential of Older Adults

Sanne M. W. Gijzel, MD, *[†]  Heather E. Whitson, MD, PhD, ^{‡§¶} Ingrid A. van de Leemput, PhD, [†]
Marten Scheffer, PhD, [†] Dieneke van Asselt, MD, PhD, * Jerrald L. Rector, PhD, *
Marcel G. M. Olde Rikkert, MD, PhD, *¹ and René J. F. Melis, MD, PhD *¹

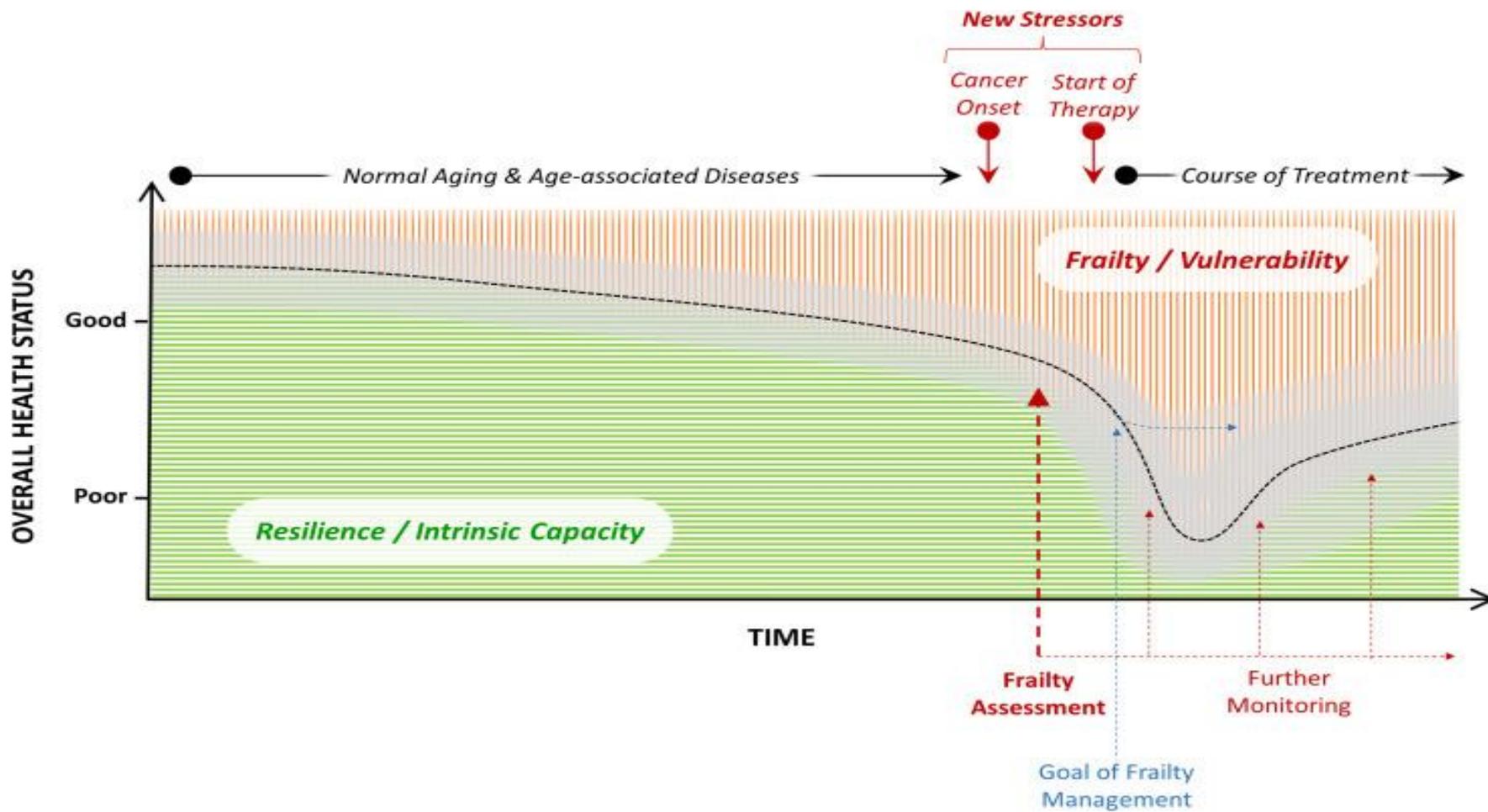
Résilience → concept dynamique

- Quel est le potentiel de récupération ?
- Quelle résilience a le patient ?



Fragilité, Capacité intrinsèque et Résilience

	Fragilité	Capacité intrinsèque	Résilience
	Syndrome clinique : état de vulnérabilité accrue évalué à un moment donné	Composite de capacités physiques et mentales évaluée à un moment donné	Processus d'adaptation physiologique et moléculaire face à des facteurs de stress influencé par des prédéterminant (génétique, environnement, réserves)
Trajectoire	Cascade de déficit et limitations liés à l'âge. Construction dynamique mais mesure statique.	Spectre étalé sur toute la vie avec évaluation à différents moments sans référence aux facteurs de stress	Spectre étalé sur toute la vie avec implication de la réponse post-stress et de l'adaptation
Outcomes	Perte d'indépendance	Aptitudes fonctionnelles	Récupération fonctionnelle
interventions	Evaluation gériatrique	Interventions de soins ciblés et amélioration à travers une action sur l'environnement	Interventions ciblant la réponse au stress et l'amélioration de la réserve physiologique
Objectif potentiel	Stratification, identification des patients à haut risque de déclin et effet adverse. Peut servir comme un mode d'entrée dans la personnalisation des soins	Aide au développement des mesures de promotion du vieillissement en bonne santé	Aide à la prise de décision et le développement des modèles de soins à court et à long terme, identification des stratégies de prévention, promotion du vieillissement en bonne santé



Options thérapeutiques & âge



Chirurgie :
coelioscopie,
robotique...



Radiothérapie



Radiologie
interventionnelle :
thermoablation,
chimioembolisation,
radioembolisation

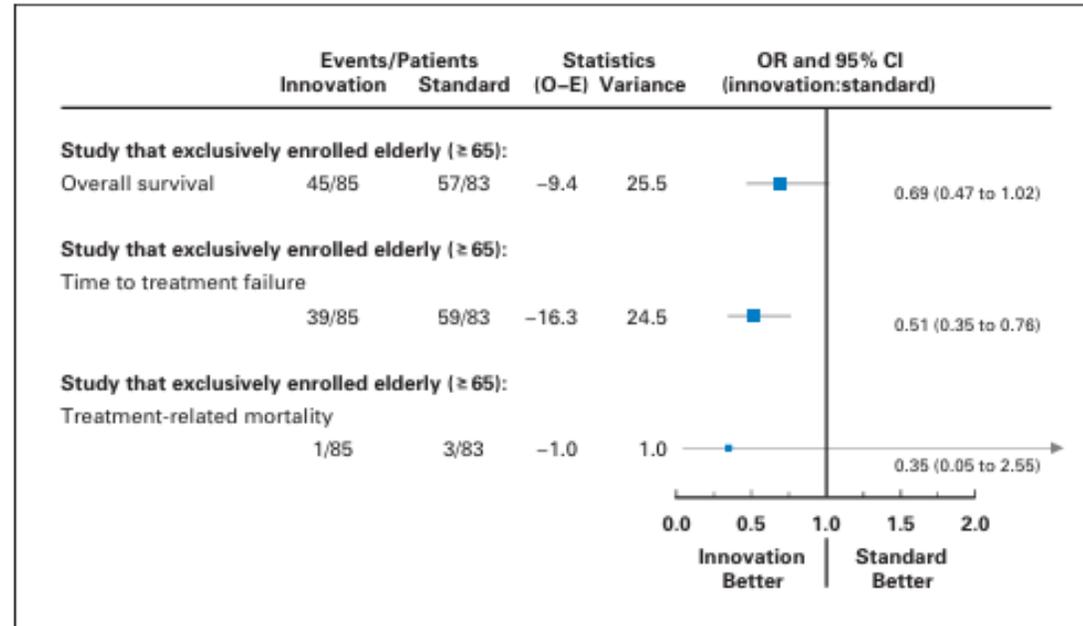


Médecine nucléaire:
177-Lu, PSMA



Traitement systémique

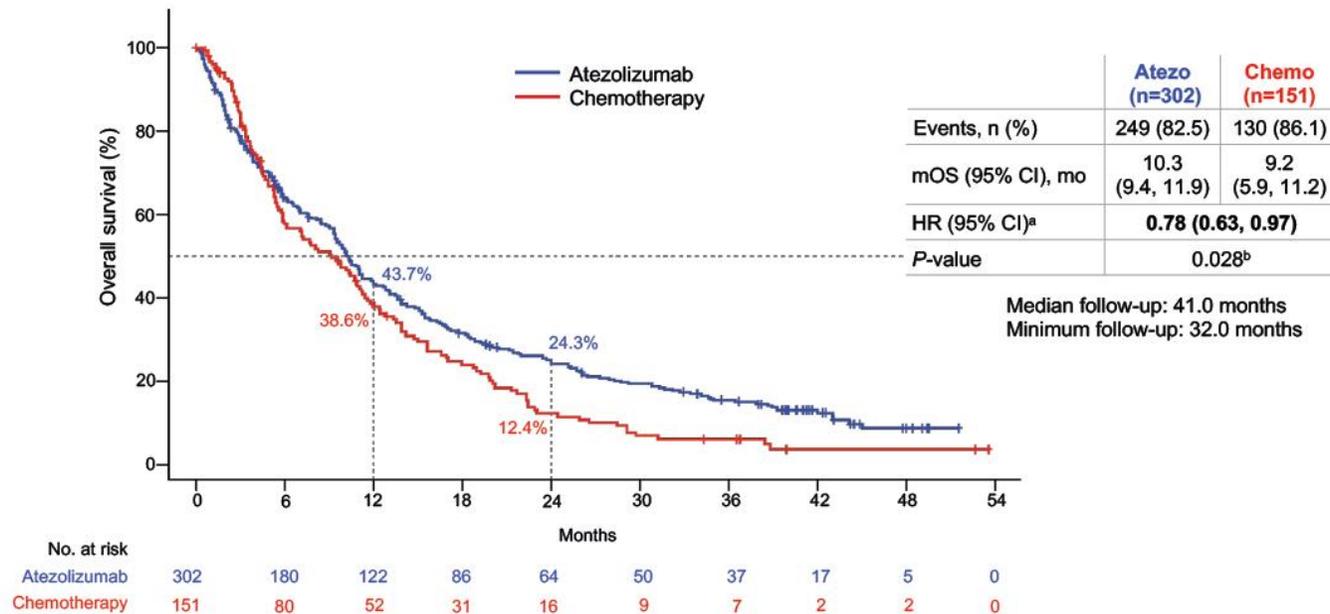
Bonne tolérance
des nouveaux
traitements



Etude Ipsos

70% > 70 ans
 30% > 80 ans
 80% PS 2-3

Bénéfice clinique
 Meilleure tolérance



Clinical cutoff: 30 Apr 2022. a Stratified. b Statistical significance boundary crossed.

Real world data ?

Real-world outcomes in older adults treated with immunotherapy - A United Kingdom multicenter series of 2,049 patients.

	>75y (20%)	50-75y (69%)	<50y (11%)	<i>P value</i>
Combo IO	3%	13%	34%	<0.001
any grade irAEs (single and combo)	35%	33%	41%	0.074
any grade irAEs (single)	36%	26%	25%	0.011

No significant difference in grade 3/4 irAEs or overall survival

Mme C. 75 ans, BSH

Adénocarcinome pulmonaire multimétastatique, PD-L1<1%, KRAS G12C muté

06.21 : Dg sur métastasectomie cérébrale

4 cycles CH-IO : carboplatine pemetrexed pembrolizumab

09.21 : CT TAP progression ganglionnaire et osseuse

SOC : chimio-double immunothérapie, thérapie ciblée (non commercialisé en Suisse)

Refus des Soins palliatifs

Hospitalisation en médecine avec refus de soins

Elle veut être traitée pour s'occuper de son fils



- ECOG 3-4
- CSF 7/9
- ADL 1/6 (repas) IADL 1/8 (tel)
- Mini-COG 3/3, ATCD ECA
- Tr. de l'adaptation avec réaction anxiodépressive
- MNA-SF 1/14, poids 40 kg
- 1 fils 40 ans avec retard mental

Madame C. : Balance bénéfiques / risques

NON

OUI

Opposition
aux soins

Fragilité

CH-IO

Sotorasib



Syndrome de Fragilité

Sd immobilisation

- Physiothérapie

Dénutrition

- Prise en charge nutritionnelle

Tr. de l'adaptation

- Traitement antidépresseur
- Psychothérapie

Opposition aux soins

Entretien

Patient:

- Préférences
- Projet de vie
- Consentement éclairé
- S'affranchir des biais : âgisme...

Proche aidant +++

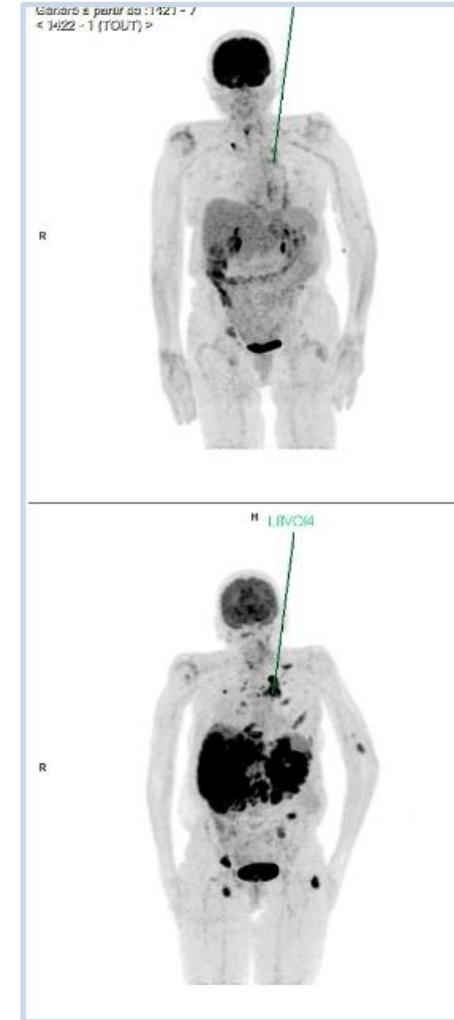
Aspect ethnoculturel



Mme C.

- Traitement par Sotorasib + soins de support
- PET 3M : nette régression morpho-métabolique de l'atteinte pulmonaire, ganglionnaire sus et sous-diaphragmatique, péritonéale, hépatique et osseuse.
- Progression de la maladie oncologique à 8 mois, patiente indépendante AVQ/AIV, BMI dans la norme

→ Double chimio—immunothérapie



Evaluation gériatrique selon recommandation ASCO

Status
fonctionnel

Mobilité

Nutrition

Thymie

Cognition

Co-
morbiditys

Estimation de l'espérance de vie sans cancer selon
eprognosis

Estimation bénéfiques du traitement

- Patient représenté dans les études ?
- Bénéfices modifiés par des facteurs liés à l'âge ?
- Bénéfices relevant pour le patient ?
- QOL

Estimation des risques du traitement

- EI liés à l'âge dans l'étude ?
- Fardeau du traitement ?
- Score risque de toxicités
CARG & CRASH

Préférences du
patient / projet de
vie

Désescalade thérapeutique en oncologie gériatrique

Équilibre entre Qualité de Vie et Toxicité médicamenteuse

Introduction

•Aperçu du sujet :

Comprendre l'importance de la désescalade thérapeutique chez les patients âgés atteints de cancer.

•Objectifs de la présentation :

- Définir la désescalade thérapeutique.
- Identifier les facteurs influençant la décision.
- Présenter les bénéfices et les défis.

Wildiers, H., et al. (2014). "International Society of Geriatric Oncology consensus on geriatric assessment in older patients with cancer." Journal of Clinical Oncology, 32(24), 2595-2603.

Définition

Qu'est-ce? → Réduction ou arrêt des traitements anticancéreux en fonction des bénéfices et des risques

Raisons? → Tolérance réduite - présence de comorbidités - souhaits du patient

Pourquoi? → Maintien ou amélioration de la Qualité de Vie

Facteurs influençant la désescalade

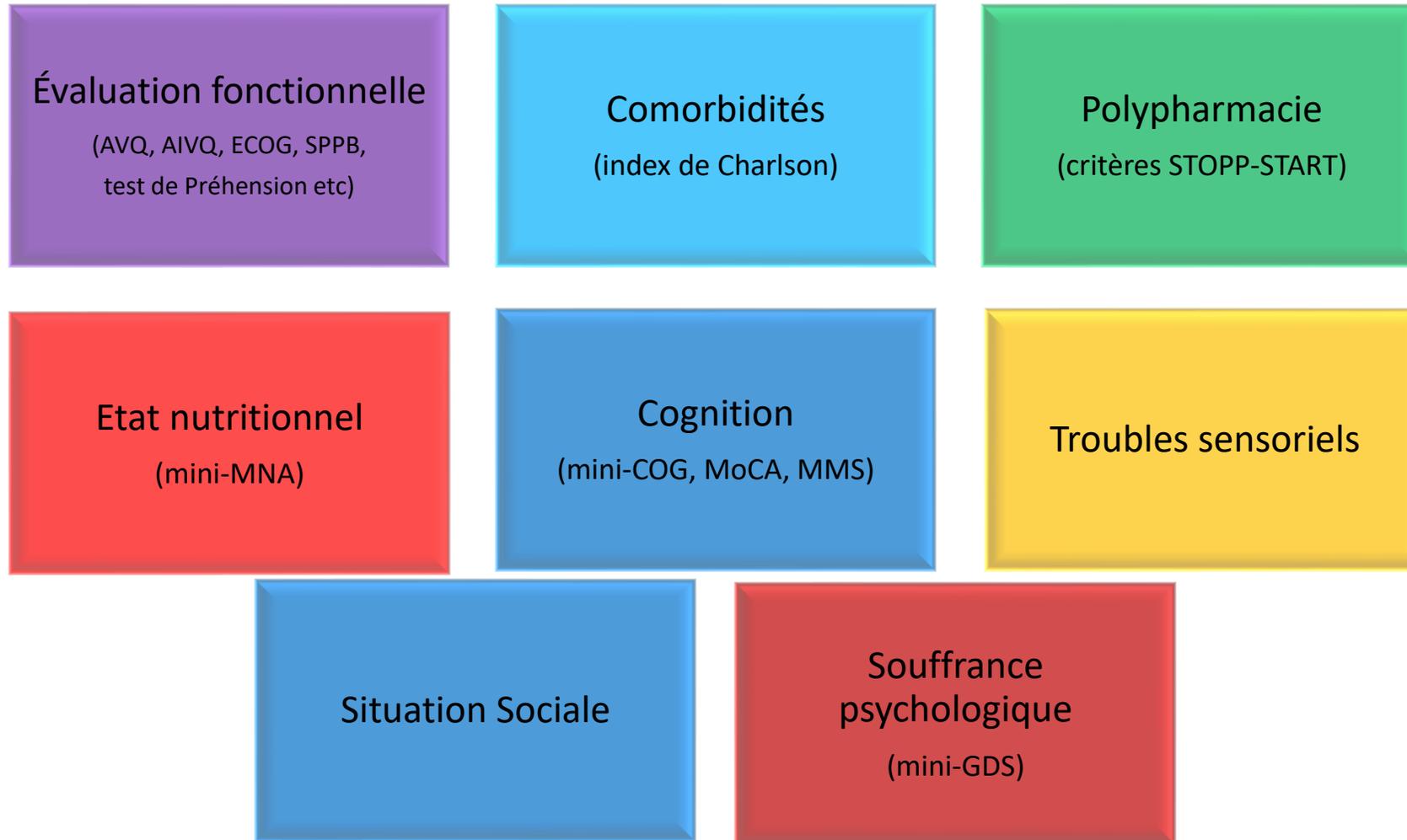
Âge et état général → Fragilité, comorbidités multiples

Tolérance au traitement → Effets secondaires sévères

Préférences du patient → Importance du dialogue sur les objectifs de soins

Hurria, A., et al. (2011). "Cancer treatment as an accelerated aging process: Assessment, biomarkers, and interventions." American Society of Clinical Oncology Educational Book, 25, e10-e18.

Evaluation gériatrique globale



Hamaker, M. E., et al. (2012). "The value of geriatric assessments in predicting treatment tolerance and all-cause mortality in older patients with cancer." *The Oncologist*, 17(11), 1439-1449.

Bénéfices de la désescalade

Qualité de Vie

- ↓ Effets secondaires
- ↑ Confort

Diminution de toxicité

- ↓ Complications et hospitalisations

Psychosocial

- ↑ Temps et Energie pour activités significatives pour la personne

Temel, J. S., et al. (2010). "Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer." New England Journal of Medicine, 363(8), 733-742.

Défis de la désescalade

Incertitude du pronostic

- Difficile de prédire l'évolution sans traitement

Communication

- Discussion honnête avec patient et famille

Coordination des soins

- Impliquer tous les prestataires de soins pour un suivi cohérent

Mack, J. W., et al. (2010). "End-of-life care discussions among patients with advanced cancer: A cohort study." Annals of Internal Medicine, 153(3), 204-210.

Considérations éthiques

Bienfaisance et non-malfaisance: Peser les bénéfices et les risques du traitement continu

Autonomie: Respecter les souhaits du patient

Consentement éclairé: Importance d'une information complète et compréhensible

Smith, A. K., et al. (2010). "Discussing stopping chemotherapy and end-of-life care with patients with advanced cancer." Oncologist, 15(9), 976-984.

Soins palliatifs et de soutien

Définition : Soins visant à soulager les symptômes et améliorer la qualité de vie

Intégration : Soins palliatifs précoces pour tous les patients atteints de maladies graves

Bénéfices : Moins de douleur - meilleure qualité de vie - soutien émotionnel

Temel, J. S., et al. (2010). "Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer." New England Journal of Medicine, 363(8), 733-742.

...Notre patient CHC...

Mr N. 86 ans, ECOG à 2

CHC localement avancé en progression après 1^{ère} ligne palliative, sur cirrhose compensée.

SOC: 2^{ème} ligne palliative par thérapie ciblée orale. Chimiothérapie iv aussi possible (moins efficace) si contre-indication à thérapie ciblée orale.

Vit avec épouse, *dépendant pour les AIVQs*, AVQs 6/6, MoCA 26/30, Mini-GDS 4/4, *SPPB test: 6/12, Mini-MNA 8/14*

Le patient refuse à plusieurs reprises les soins de support mais souhaite être traité pour son cancer.

Capacité de discernement par rapport à son état de santé altéré (“...mais je vais bien, je peux m’occuper de moi”).

Vous proposez:

Deuxième ligne palliative par thérapie ciblée

Deuxième ligne par chimiothérapie iv (dose adaptée bien évidemment!)

Hospitalisation sous PLAFa pour débiter traitement et introduire soins de support (physiothérapie, suivi psychologique et diététique)

Best Supportive Care (BSC)

Evolution clinique

- Suivi clinico-biologique simple aux 3-4 semaines
- Equipe Mobile des Soins Palliatifs et CMS introduits
- Patient mobile, actif, fonction hépatique maintenue pendant 6 mois
- Défaillance hépatique graduelle et décès au bout de 9 mois

Consultation Oncogériatrique CHUV

Dès 01.05.2024



Oncologue,
IPS

Nouveau patient
en oncologie

- Dépistage
- Demande de consultation onco-gériatrique

Géiatre, onco-gériatre, IPS

Consultation onco-gériatrique

- Identification du phénotype de vieillissement
- Evaluation du «Time To Benefit»
- Elaboration des interventions pluridisciplinaires

Oncologue, et onco-gériatre

Concertation

- Harmonisation thérapeutique : alignement de l'oncothérapie au pronostic et objectifs du patient

Oncologue- patient et proches

Proposition thérapeutique

- Discussion avec patient et proches

Géiatre, onco-gériatre, IPS

Consultation onco-gériatrique de suivi

- Fréquence entre 1 mois et 3 mois selon besoin
- Adaptation du projet de soins selon évolution



Dépistage

>70 ans

Score questionnaire G8³>14

Red flag⁴

Mise en place de la pré-habilitation/ réadaptation oncologique

Activité physique adaptée,

Management médicamenteux avec expertise d'un pharmacien clinicien

Prise en charge nutritionnelle

Support psycho social

Suivi onco-gériatrique



Score G8

	Items	Score
A	Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?	0 : anorexie sévère 1 : anorexie modérée 2 : pas d'anorexie
B	Perte récente de poids (< 3 mois)	0 : perte de poids > 3 kilos 1 : ne sait pas 2 : perte de poids entre 1 et 3 kilos 3 : pas de perte de poids
C	Motricité	0 : du lit au fauteuil 1 : autonome à l'intérieur 2 : sort du domicile
E	Problèmes neuropsychologiques	0 : démence ou dépression sévère 1 : démence ou dépression modérée 2 : pas de problème psychologique
F	Indice de masse corporelle	0 : IMC < 19 1 : IMC = 19 à IMC < 21 2 : IMC = 21 à IMC < 23 3 : IMC = 23 et > 23
H	Prend plus de 3 médicaments	0 : oui 1 : non
P	Le patient se sent-il en meilleure ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge	0 : moins bonne 0,5 : ne sait pas 1 : aussi bonne 2 : meilleure
	Âge	0 : > 85 1 : 80-85 2 : < 80
	SCORE TOTAL	0 – 17

P. Monjat-Artus et al, *Évaluation du patient âgé présentant un cancer, Progrès en Urologie*
Volume 29, Issue 14, November 2019, Pages 807-827

RED FLAGS

Problèmes cibles	Drapeaux rouges (mots-clés)
Chutes, troubles de la marche	Chute, traumatisme, contusion, fracture, traumatisme craniocérébral, plaie, troubles de la marche, équilibre instable, usage d'un moyen auxiliaire, ne sort plus de son domicile, se tient aux meubles
Troubles cognitifs	Démence, troubles de la mémoire, confus, désorienté, dépendant dans les activités de la vie quotidienne, oublis
Etat confusionnel	Agité, somnolent, troubles de la vigilance, confus, désorienté, contention, non collaborant
Précarité à domicile	Prise en charge importante par le centre médico-social (CMS), famille épuisée, «Soins impossibles à domicile» (SIDO), retour à domicile (RAD) impossible, grabataire, dépendant, incontinences
Hospitalisation au cours des trois derniers mois	Selon fiche administrative

Büla, C., Ruedin, H., J., Carron, P., *Personnes âgées aux urgences : défis actuels et futurs, Rev Med Suisse, 2012/350 (Vol.8), p. 1534–1538. DOI: 10.53738/REVMED.2012.8.350.1534*

Messages à retenir

- Patients onco-gériatriques → groupe très hétérogène
- Besoin d'approche multidisciplinaire à la prise de décision
- Evaluation gériatrique standardisée nécessaire
- Le patient et ses souhaits AU CENTRE de notre pratique

Merci pour votre attention

Contact:

do.oncoger@chuv.ch

ilianna.galli-vareia@chuv.ch

nabila.ferahta@chuv.ch



Formation continue médecine de la personne âgée
« Docteur-e, comment je vais faire face à ce cancer? »
CHUV, Lausanne, 6 juin 2024



Aspects éthiques de la prise en charge des patients atteints d'un cancer

Ralf J. Jox

Professeur d'éthique médicale, FBM-UNIL

Unité d'éthique clinique, Institut des humanités en médecine, CHUV

Plan

1. L'établissement du projet thérapeutique
2. La « futilité » médicale
3. Le consentement libre et éclairé
4. Délibération éthique

Vignette Monsieur N.

- Migrant
- Faible éducation
- Pauvre, AI
- Addictions...

Vulnérabilité:

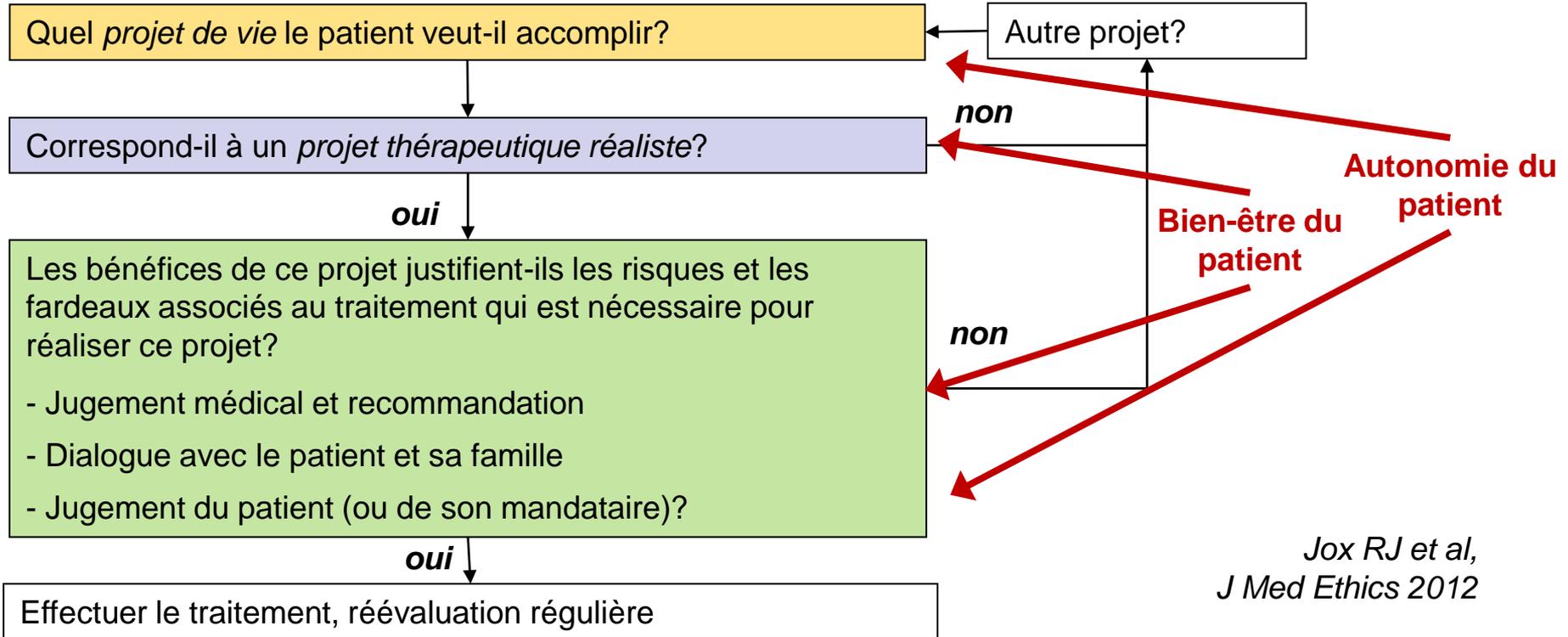
Des patients vulnérables sont des patients qui courent un risque élevé que leurs besoins soient ignorés, leurs intérêts négligés et leurs droits violés.

- Peut s'exprimer dans une attitude passive (délégation d'autonomie)
- Peut s'exprimer dans un rejet de toute médecine
- Vulnérabilité nécessite des mesures accrues pour respecter les besoins, les intérêts et les droits de la personne



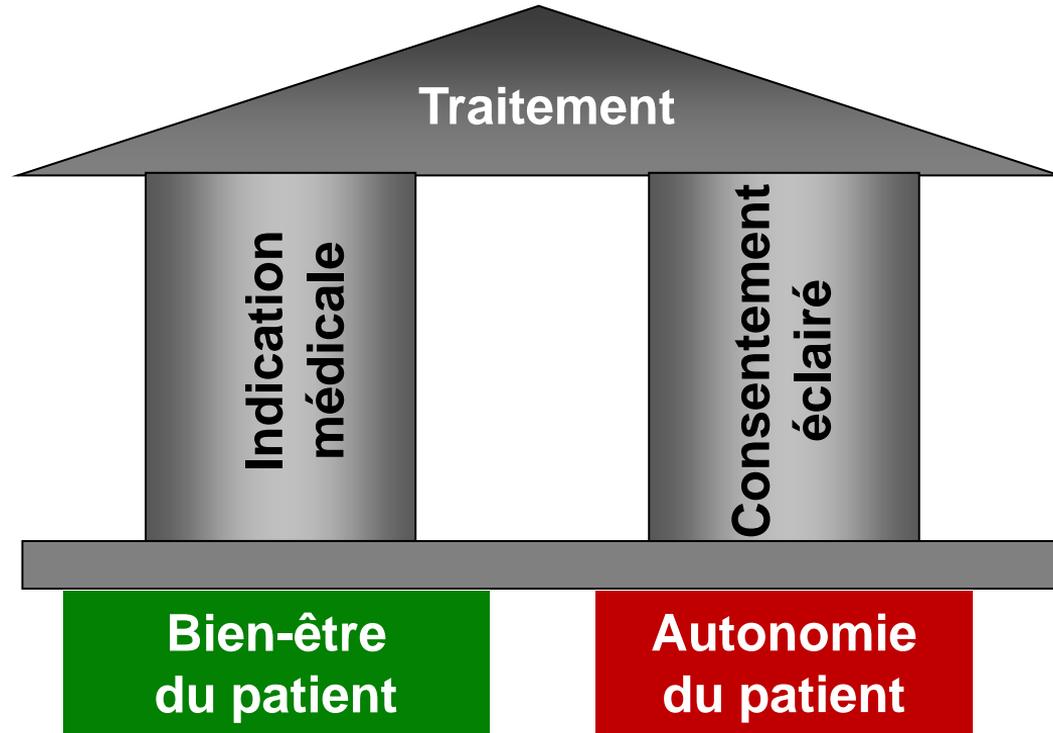
Comment établir le projet thérapeutique?

Le projet thérapeutique



Jox RJ et al,
J Med Ethics 2012

Concept du droit médical



Indication médicale

Définition:

Une mesure est médicalement indiquée si elle a une probabilité acceptable de réaliser un objectif thérapeutique qui apporte plus de bénéfices que d'inconvénients pour un patient concret.

*Selon:
Borasio GD and Jox RJ,
Swiss Med Wkly 2016;146:w14369*

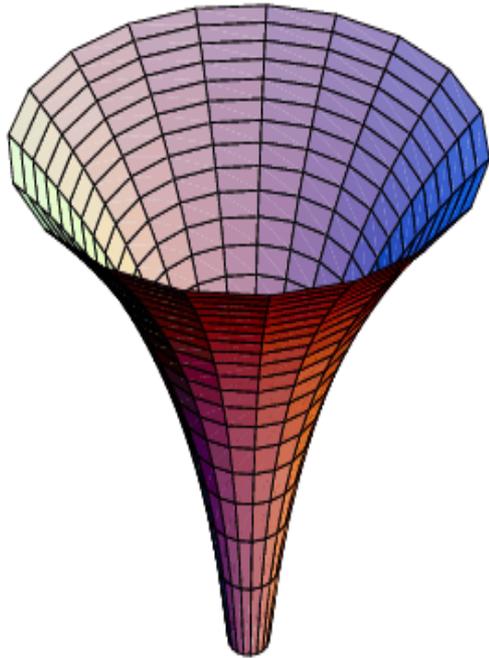
Indication médicale

Définition:

Une mesure est médicalement indiquée si elle a une probabilité acceptable de réaliser un objectif thérapeutique qui apporte plus de bénéfices que d'inconvénients pour un **patient concret**.

*Selon:
Borasio GD and Jox RJ,
Swiss Med Wkly 2016;146:w14369*

Indication médicale



- **Indication abstraite** basée sur
 - *Études, manuels, directives cliniques, expérience clinique*
- **Indication concrète** basée sur
 - *l'âge biologique, les comorbidités, fragilité...*
 - *l'environnement social du patient*
 - *la personnalité du patient*
 - *la disponibilité des options médicales*

Indication médicale

Définition:

Une mesure est médicalement indiquée si elle a une probabilité acceptable de réaliser **un objectif thérapeutique** qui apporte plus de bénéfices que d'inconvénients pour un patient concret.

*Selon:
Borasio GD and Jox RJ,
Swiss Med Wkly 2016;146:w14369*

Objectifs thérapeutiques

Prévention

Guérison

Réadaptation fonctionnelle

Prolongation de la vie (biographique)

Amélioration de la qualité de vie

Soulagement des symptômes

Accompagnement en fin de vie

...

Indication médicale

Définition:

Une mesure est médicalement indiquée si elle a une probabilité acceptable de réaliser un objectif thérapeutique **qui apporte plus de bénéfices que d'inconvénients** pour un patient concret.

*Selon:
Borasio GD and Jox RJ,
Swiss Med Wkly 2016;146:w14369*

Rapport bénéfices-inconvénients

- Concept **holistique** du patient selon le modèle bio-psycho-socio-spirituel
- Qualité de vie à l'égard de la santé est trop restreinte
→ **qualité de vie** individuelle (subjective)
- Comprend le bien-être actuel et le bien-être **projeté** dans le futur (à long terme)
- **Inconvénients**: risques, dommages, pertes, efforts
- Ce qui compte est le **rapport** bénéfices-inconvénients

Indication médicale

Définition:

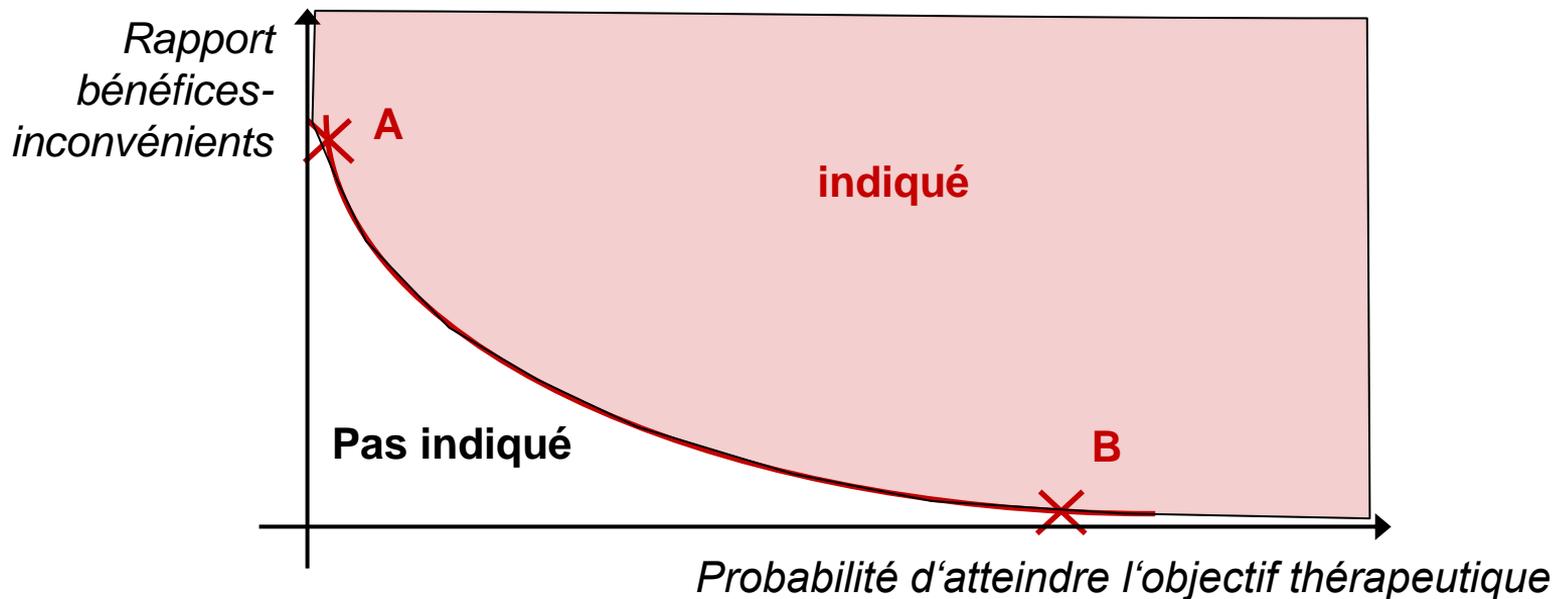
Une mesure est médicalement indiquée si elle a une **probabilité acceptable** de réaliser un objectif thérapeutique qui apporte plus de bénéfices que d'inconvénients pour un patient concret.

*Selon:
Borasio GD and Jox RJ,
Swiss Med Wkly 2016;146:w14369*

Probabilité acceptable?

Seuil acceptable pour vous? 1%? 5%? 10%? 30%?

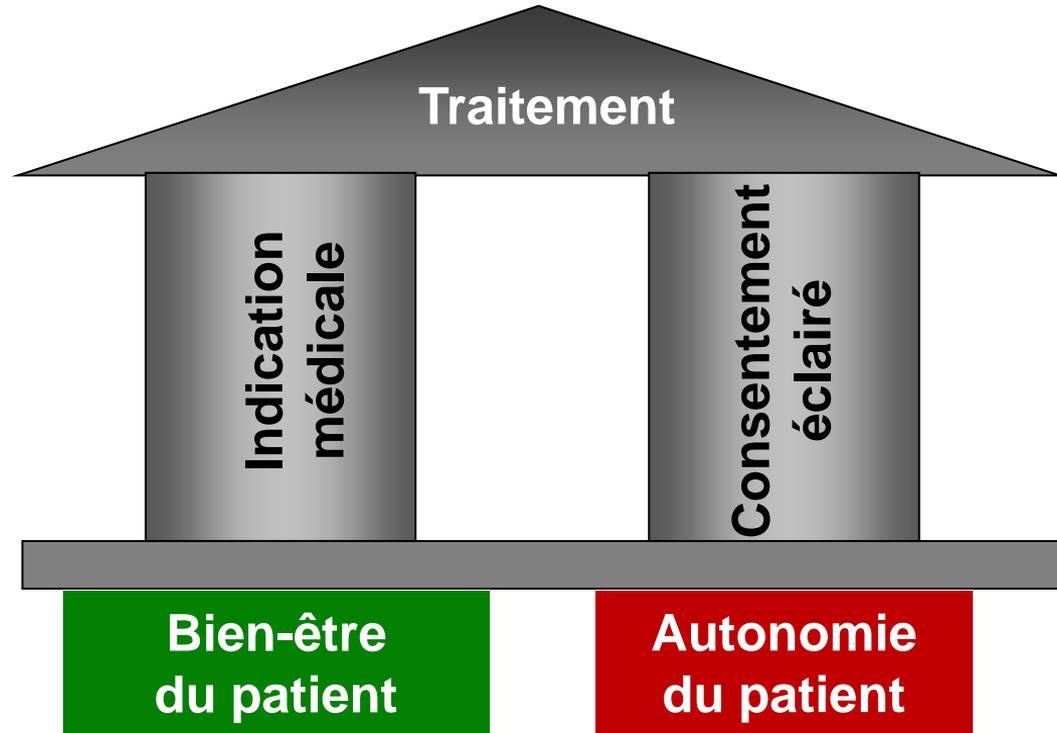
Pas de seuil fixe!



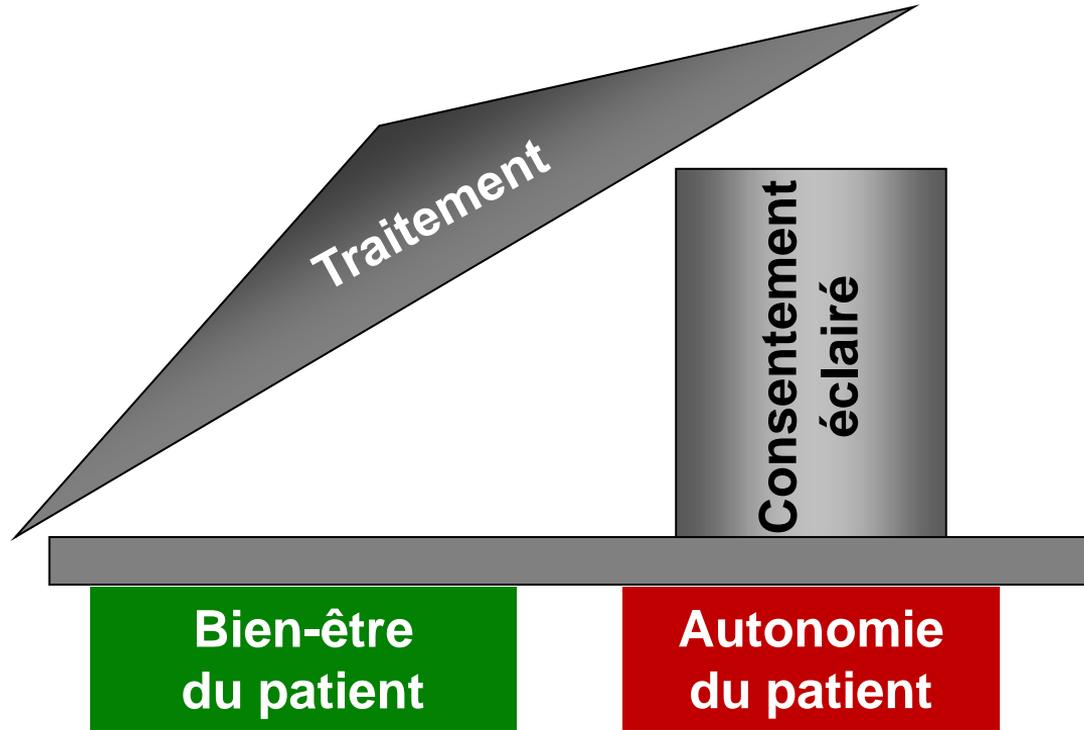
Plan

1. L'établissement du projet thérapeutique
- 2. La « futilité » médicale**
3. Le consentement libre et éclairé
4. Délibération éthique

Concept du droit médical



Concept du droit médical



« Futilité médicale »

- « Futilité » **quantitative** = traitement inefficace qui n'atteindra pas son objectif
- « Futilité » **qualitative** = rapport bénéfices-inconvénients défavorable
- « Futilité médicale » abandonnée et remplacée par « **traitement inapproprié / non-bénéfique** »
- « **Acharnement thérapeutique / obstination déraisonnable** » : flou, émotionnel, exprime plutôt les intentions/attitudes

Schneiderman L Ann Int Med 1990

Liste «Top 5» Oncologie Médicale

La Société Suisse d'Oncologie Médicale fait les cinq recommandations suivantes:

1 Pas de thérapie ciblée sur la tumeur chez les patient(e)s avec un statut de performance 3-4, après échec des thérapies standard et absence de preuves pour d'autres lignes de traitement.

Dans les situations susmentionnées, les tentatives de traitement sont généralement inefficaces et toxiques. Les exceptions sont les patients atteints de tumeurs présentant une très grande sensibilité à la chimiothérapie ou des mutations pilotes traitables, où il existe une forte probabilité de réponse rapide et d'amélioration de l'état général.

Cette recommandation concernait à l'origine les chimiothérapies, mais elle s'applique également aux immunothérapies et aux thérapies ciblées sur les molécules dans le domaine off-label.

2 Pas d'administration prophylactique de facteurs de croissance stimulant les granulocytes (G-CSF) après une chimiothérapie, sauf si le risque de neutropénie fébrile est d'au moins 20%.

Les directives actuelles recommandent l'utilisation prophylactique du G-CSF (granulocyte-colony-stimulating-factor) lorsque le risque de neutropénie fébrile sous chimiothérapie est d'au moins 20% et qu'il n'existe aucune alternative ne nécessitant pas l'utilisation du G-CSF.

3 Pas d'administration prophylactique d'antiémétiques indiqués essentiellement dans les chimiothérapies moyennement ou fortement émétisantes, si la chimiothérapie a un potentiel émétisant faible ou nul.

Il existe des directives pour l'utilisation correcte des antiémétiques. Celles-ci s'orientent sur le potentiel émétogène des thérapies médicamenteuses contre les tumeurs. Les antagonistes des récepteurs 5HT3 sont indiqués pour les chimiothérapies moyennement et fortement émétisantes, les antagonistes NK1 uniquement pour les chimiothérapies fortement émétisantes.

Une exception est faite pour les patientes atteintes d'un cancer du sein et traitées par doxo-rubicine et cyclophosphamide qui bénéficient des antagonistes NK1.

4 Pas de PET dans le suivi des patients asymptomatiques lorsqu'il y a une rémission complète après un traitement, sauf s'il existe des preuves élevées de l'utilité d'un PET.

La tomographie par émission de positrons (PET) a démontré son utilité dans le diagnostic, le staging et le suivi de la réponse au traitement de nombreuses maladies tumorales. Par contre, dans le suivi des tumeurs après traitement, il n'y a actuellement pas de preuves suffisantes de l'utilisation de la PET pour la détection précoce des récurrences tumorales.

Liste «Top 5»

La Société Professionnelle Suisse de Gériatrie recommande de ne pas pratiquer les interventions suivantes en gériatrie:



1 Ne pas recommander l'alimentation par sonde gastrique percutanée chez les patients présentant une démence sévère; proposer à la place une alimentation assistée par voie orale.

Aider un patient atteint à se nourrir avec les mains est une méthode au moins aussi bonne que l'alimentation par sonde en regard au pronostic de survie, de pneumonies d'aspiration, de fonctionnalité et de confort du patient. L'apport nutritif doit avant tout reposer sur l'alimentation. L'alimentation par sonde est associée à un risque d'agitation, à une augmentation de l'utilisation de moyens de contention physique et chimique et à une aggravation des ulcères de décubitus.

2 Ne pas utiliser d'antipsychotiques en première intention pour traiter les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.

Les personnes atteintes de démence font souvent preuve d'agressivité, de résistance aux soins et d'autres comportements problématiques ou perturbateurs. Dans de telles circonstances, les médicaments antipsychotiques sont souvent prescrits, mais ils présentent des avantages limités et variables tout en présentant des risques, tels qu'une sédation excessive, une dégradation cognitive et un risque accru de chute, d'accident vasculaire cérébral et de mortalité. L'usage de ces médicaments chez des patients atteints de démence

3 Éviter d'utiliser d'autres médicaments que la metformine pour atteindre un niveau d'hémoglobine A1c (HbA1c) inférieur à 7,5% chez la plupart des personnes âgées; un contrôle modéré de la glycémie est généralement préférable.

Il n'existe aucune preuve que l'usage de médicaments pour obtenir un contrôle glycémique strict est bénéfique chez la plupart des personnes âgées présentant un diabète de type 2. Chez les adultes n'entrant pas dans la catégorie des personnes âgées, en dehors de la réduction à long terme du risque d'infarctus du myocarde et de mortalité sous metformine, l'usage de médicaments pour abaisser l'hémoglobine glyquée à moins de 7,0% peut être délétère, y compris un taux de mortalité accru. Chez les personnes âgées, un contrôle strict a systématiquement provoqué des taux plus élevés d'hypoglycémie. Compte tenu des délais importants nécessaires pour atteindre les avantages microvasculaires théoriques d'un contrôle strict, les objectifs glycémiques devraient refléter les objectifs du patient, son état de santé et son espérance de vie. Des objectifs glycémiques raisonnables se situent entre 7,0 et 7,5% pour les personnes âgées en bonne santé présentant une espérance de vie longue, entre 7,5 et 8,0% pour celles présentant une comorbidité modérée et une espérance de vie de moins de dix ans, et entre 8,0 et 9,0% pour celles présentant de multiples comorbidités et une espérance de vie plus courte.

Traitement non-bénéfique

Patient/proche souhaite traitement ↔ Médecin le rejète

Désaccord sur le bien-être du patient

Conflit entre des principes éthiques

Compréhension de la situation différente

Évaluation morale différente

Bien-être ↔ Autonomie

Bien-être ↔ Justice

Manque d'information

Défense émotionnelle

Spécifier l'autonomie

Spécifier la justice

Informer

Soutien psych.

Dialogue

Peser les principes

Pas de traitement

Traitement

Traitement non-bénéfique

Patient/proche souhaite traitement ↔ Médecin le rejète

Désaccord sur le bien-être du patient

Compréhension de la situation différente

Évaluation morale différente

Manque d'information

Défense émotionnelle

Informer

Soutien psych.

Dialogue

Conflit entre des principes éthiques

Bien-être ↔ Autonomie

Bien-être ↔ Justice

Spécifier l'autonomie

Spécifier la justice

Peser les principes

Pas de traitement

Traitement

Compréhension différente (A)

- Monsieur A, 71 ans, agriculteur
- Cancer du pancréas avancé, multiples métastases
- Subit un essai de chimiothérapie sans effet
- Médecin ne voit plus de sens
- Patient exige une nouvelle chimiothérapie, pense qu'on peut réparer son corps comme une voiture
- Patient continuer à travailler, refuse de parler de la maladie



Meilleure information, soutien psychologique ou spirituel

Traitement non-bénéfique

Patient/proche souhaite traitement ↔ Médecin le rejète

Désaccord sur le bien-être du patient

Conflit entre des principes éthiques

Compréhension de la situation différente

Évaluation morale différente

Bien-être ↔ Autonomie

Bien-être ↔ Justice

Manque d'information

Défense émotionnelle

Spécifier l'autonomie

Spécifier la justice

Informer

Soutien psych.

Dialogue

Peser les principes

Pas de traitement

Traitement

Évaluation morale différente (B)

- Mme B, 73 ans, 2 petits-enfants dont elle s'occupe
- Cancer urothélial, chimiothérapie: pas de rémission, métastases osseuses multiples
- Chimiothérapie 2^{ème} ligne: 6% chance de rémission, oncologue doute l'indication
- Patiente demande le traitement car elle veut vivre le plus longtemps possible pour ses petits-enfants; elle est bien informée et réaliste



Dialogue, compréhension, consensus

« Futilité médicale »

Patient/proche souhaite traitement ↔ Médecin le rejète

Désaccord sur le bien-être du patient

Conflit entre des principes éthiques

Compréhension de la situation différente

Évaluation morale différente

Bien-être ↔ Autonomie

Bien-être ↔ Justice

Manque d'information

Défense émotionnelle

Spécifier l'autonomie

Spécifier la justice

Informer

Soutien psych.

Dialogue

Peser les principes

Pas de traitement

Traitement

Conflit de valeurs (C)

- Monsieur C., 78 ans, d'origine croate, polymorbidité
- Glioblastome et 2 AVC graves : hémiparétique, aphasique, troubles de conscience
- Pronostic très mauvais (réhabilitation impossible)
- Famille (fils, frères) demandent des « soins maximaux » (maintien en vie, PEG etc.)
- Pour les soignants c'est de la maltraitance (futilité)
- Les directives anticipées sont floues, mais la famille insiste qu'il voudrait vivre à tout prix – et juste d'être ensemble donnerait un sens à leur vie

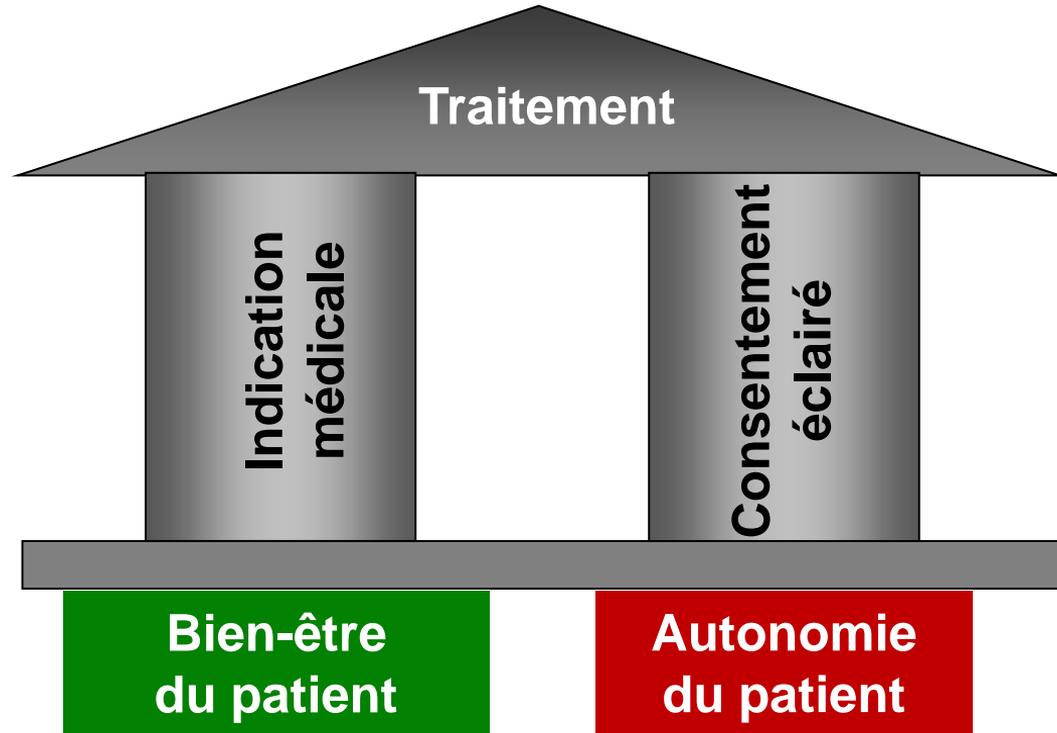


Pesée des principes bienfaisance ↔ autonomie, justice

Plan

1. L'établissement du projet thérapeutique
2. La « futilité » médicale
- 3. Le consentement libre et éclairé**
4. Délibération éthique

Concept du droit médical



Autonomie du patient

Volonté actuellement exprimée d'un patient capable de discernement

Pas de
capacité de
discernement



Volonté exprimé en avance (directives anticipées)

Pas de
directives
anticipées



Volonté présumée (jugement substitutif)

Représentation (art. 378 CC)

1. la personne désignée dans les directives anticipées ou dans un mandat pour cause d'inaptitude;
2. le curateur qui a pour tâche de la représenter dans le domaine médical;
3. son conjoint ou son partenaire enregistré, s'il fait ménage commun avec elle ou s'il lui fournit une assistance personnelle régulière;
4. la personne qui fait ménage commun avec elle et qui lui fournit une assistance personnelle régulière;
5. ses descendants, s'ils lui fournissent une assistance personnelle régulière;
6. ses père et mère, s'ils lui fournissent une assistance personnelle régulière;
7. ses frères et sœurs, s'ils lui fournissent une assistance personnelle régulière.

Consentement libre et éclairé

Avoir la **capacité de discernement**



- Présumée
- Relative à la décision
- 1) compréhension,
2) appréciation,
3) raisonnement,
4) choix & communication

Être **informé** de manière suffisante



Information

- Compréhensible
- Complète
- Pertinente
- Processus!

Être libre et consentir **volontairement**



Absence de

- Contrainte externe
- Contrainte interne
- Manipulation

DIRECTIVES MÉDICO-ÉTHIQUES

La capacité de discernement dans la pratique médicale



www.assm.ch/ethique

2 ÉVALUATION DES CAPACITÉS MENTALES

CAPACITÉ DE COMPRÉHENSION

Capacité de percevoir la situation décisionnelle qui se présente (priorité: cognition)

discret légèrement perturbé moyennement perturbé gravement perturbé non évaluable

Pourriez-vous résumer notre entretien selon votre perspective, concernant les points suivants en particulier: a) votre état de santé, b) les possibilités thérapeutiques avec leurs avantages et inconvénients, c) les avantages et inconvénients en cas de renoncement au traitement? Quelles sont, à votre avis, les conséquences (de l'option choisie par le patient) sur votre quotidien? Qu'est-ce qui va changer? À votre avis, quel est votre problème de santé actuellement? Pensez-vous avoir besoin d'un traitement? À votre avis, pour quelle raison (traitement proposé) vous a-t-il été proposé?

Description des troubles:

Compréhension des informations

La personne est capable de répéter, avec ses propres mots, les informations concernant sa maladie, les différentes options possibles et leurs avantages et inconvénients.

discret légèrement perturbé moyennement perturbé gravement perturbé non évaluable

Compréhension des conséquences sur la vie pratique

La personne peut indiquer les conséquences concrètes de la décision sur sa vie de tous les jours et sur sa qualité de vie.

discret légèrement perturbé moyennement perturbé gravement perturbé non évaluable

Compréhension de la maladie

La personne se rend compte qu'elle souffre d'un symptôme ou d'une maladie diagnostiquée ou qu'elle est confrontée à un problème spécifique, ou bien elle peut expliquer son refus de manière plausible.

discret légèrement perturbé moyennement perturbé gravement perturbé non évaluable

Compréhension de la nécessité du traitement

La personne reconnaît que les mesures et les options thérapeutiques proposées sont en sa faveur ou elle peut expliquer son refus de manière plausible.

discret légèrement perturbé moyennement perturbé gravement perturbé non évaluable

CAPACITÉ D'ÉVALUATION

Capacité de donner un sens personnel à la situation décisionnelle qui se présente (priorité: motivation et émotion)

discret légèrement perturbé moyennement perturbé gravement perturbé non évaluable

Vous pensez que [l'option préférée du patient] est la meilleure pour vous. Pouvez-vous m'expliquer pourquoi? Pensez-vous que vos expériences ont influencé votre décision? Si oui, de quelle manière? [En quel sens [l'option préférée du patient] est-elle pour vous la meilleure [alternative]?] Que déclenche en vous l'idée de [l'alternative]?

Description des troubles:

Référence à ses propres valeurs

La personne peut associer la décision à ses propres valeurs et convictions.

discret légèrement perturbé moyennement perturbé gravement perturbé non évaluable

Intégration dans sa propre biographie

La personne est capable de considérer la situation décisionnelle dans le contexte de l'histoire de sa maladie et de sa situation actuelle.

discret légèrement perturbé moyennement perturbé gravement perturbé non évaluable

Pondération des informations/motifs de la décision

La personne est capable de pondérer de manière adéquate les différents éléments respectivement d'évoquer des motifs compréhensibles pour sa décision ou est consciente des conséquences si elle ne le fait pas.

discret légèrement perturbé moyennement perturbé gravement perturbé non évaluable

Participation affective

La personne peut participer au processus décisionnel avec une intensité affective appropriée et montre une réaction affective compréhensible.

discret légèrement perturbé moyennement perturbé gravement perturbé non évaluable

FORMATION ET CONCRÉTISATION DES DÉCISIONS

Capacité de prendre une décision, de la communiquer, de la justifier et de la défendre de manière cohérente (priorité: volition)

discret légèrement perturbé moyennement perturbé gravement perturbé non évaluable

Pour quelle option thérapeutique vous êtes-vous décidé(e)? Pour quoi vous êtes-vous décidé(e) pour [option préférée du patient]? [En l'absence de décision] Ou est-ce qui rend la décision si difficile? [La décision vous semble-t-elle juste?]

Description des troubles:

Prise de la décision et communication de la décision

La personne est en mesure de prendre une décision et de la communiquer de manière compréhensible.

discret légèrement perturbé moyennement perturbé gravement perturbé non évaluable

Justification

La personne peut exposer de manière cohérente - à travers une argumentation rationnelle et analytique ou par une autoréflexion basée sur l'intuition - pourquoi elle s'est décidée pour telle ou telle option.

discret légèrement perturbé moyennement perturbé gravement perturbé non évaluable

Résistance à la pression intérieure

La personne est capable de contrôler les pulsions, tensions ou angoisses qui l'empêchent de mettre en œuvre la décision prise.

discret légèrement perturbé moyennement perturbé gravement perturbé non évaluable

Résistance aux influences externes

La personne peut affirmer sa volonté face à des tiers qui ont des avis contraires.

discret légèrement perturbé moyennement perturbé gravement perturbé non évaluable

Prise de décision partagée





Dir
de
Version
détaillé

Directives anticipées de la FMH

Version courte



FMH

J'ai rédigé mes directives anticipées

Version courte

Nom, prénom

NPA, localité

Date de naissance

Date

Signature

FMH - V
Case po

FMH - Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte - Fédération des médecins suisses
Case postale - CH-3000 Berne 16 - Téléphone +41 31 359 11 11 - info@fmh.ch - www.fmh.ch



Guide

Directives anticipées de la FMH
Version courte et version détaillée



FMH - Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte - Fédération des médecins suisses
Case postale - CH-3000 Berne 16 - Téléphone +41 31 359 11 11 - info@fmh.ch - www.fmh.ch



Directives anticipées (DA)

- Prévalence croissante des DA dans la population suisse (Covid-19)
- Présence des DA dans les dossiers cliniques plus basse que prévue
- Études montrent un effet marginal des DA (approche traditionnelle)

Lack/Biller-Andorno/Brauer, Springer 2014
Coors/Jox/in der Schmitten, Kohlhammer 2015
Goodman MD et al. 1998, Kish-Wallace S et al. 2001,
Fagerlin & Schneider 2004, Graw JA et al. 2012,
Sommer 2014, Hartog CS et al. 2014

Table 3

Comparison of EOL therapy between patients with and without ADs

	All patients n = 192	No AD n = 128	AD n = 64	P value
DNR/DNI	121 (63.0)	72 (56.3)	49 (76.6)	.007
Withhold	115 (60.0)	75 (58.6)	29 (45.3)	.092
Withdraw	90 (46.9)	60 (46.9)	30 (46.9)	1
CPR	35 (18.3)	29 (22.8)	6 (9.4)	.029
Circulatory support	164 (87.2)	109 (87.9)	55 (85.9)	.818
Mechanical ventilation	164 (86.3)	113 (89.7)	51 (79.7)	.074
Hemodialysis	71 (44.7)	44 (46.3)	27 (42.2)	.629
Median SOFA score	10 (8-13.3)	10.25 (8-13.4)	10 (8-13)	.798
Maximal SOFA score	13 (11-16)	14 (11-16)	13 (10-17)	.487
ICU length of stay, h	118 (35.5-264)	118.04 (26.8-247.5)	117 (49.8-357.5)	.134
Hospital length of stay, h	219.5 (76-470.8)	211 (75.5-459.8)	263 (80.5-538)	.443

DNI = do not intubate.

Circulatory support includes vasopressor, intraaortic balloon pump, or extracorporeal membrane oxygenation.

Descriptive statistics as n (%) or median (interquartile range). P values obtained by Fisher exact test.

Hartog CS *J Crit Care* 2014;29:128

Directives anticipées



Processus de communication soutenu par des professionnels : conseils structurés

Documents du projet de soins anticipé: DA, ordres médicaux en cas d'urgence, résumé des valeurs, etc.

Implémentation régionale: Standards, formation, réseautage, incitations, financement etc.

Décision thérapeutique orientée vers le patient

Projet de Soins Anticipé

- ↑ Nombre de **Directives anticipées** et de **Mandats pour cause d'inaptitude**
- ↑ Fréquence et qualité de la **communication** (patient-proches-professionnels)
- ↑ Concordance entre les préférences de la personne et sa **prise en charge**
- ↑ Accès aux **soins palliatifs**
- ↓ **Hospitalisations**, visites d'urgence, futilité médicale, mauvaise allocation des ressources



Houben 2014, Brinkmann-Stoppelenburg 2014, Austin 2015, Khandelwal 2015, Jain 2015, Klingler 2015, Flo 2016, Martin 2016

Canton de Vaud



- Piloté par: OMC, RSRL, CHUV
- Cours de base
- Cours certifiant «facilitateur»
- Cours médecins CHUV

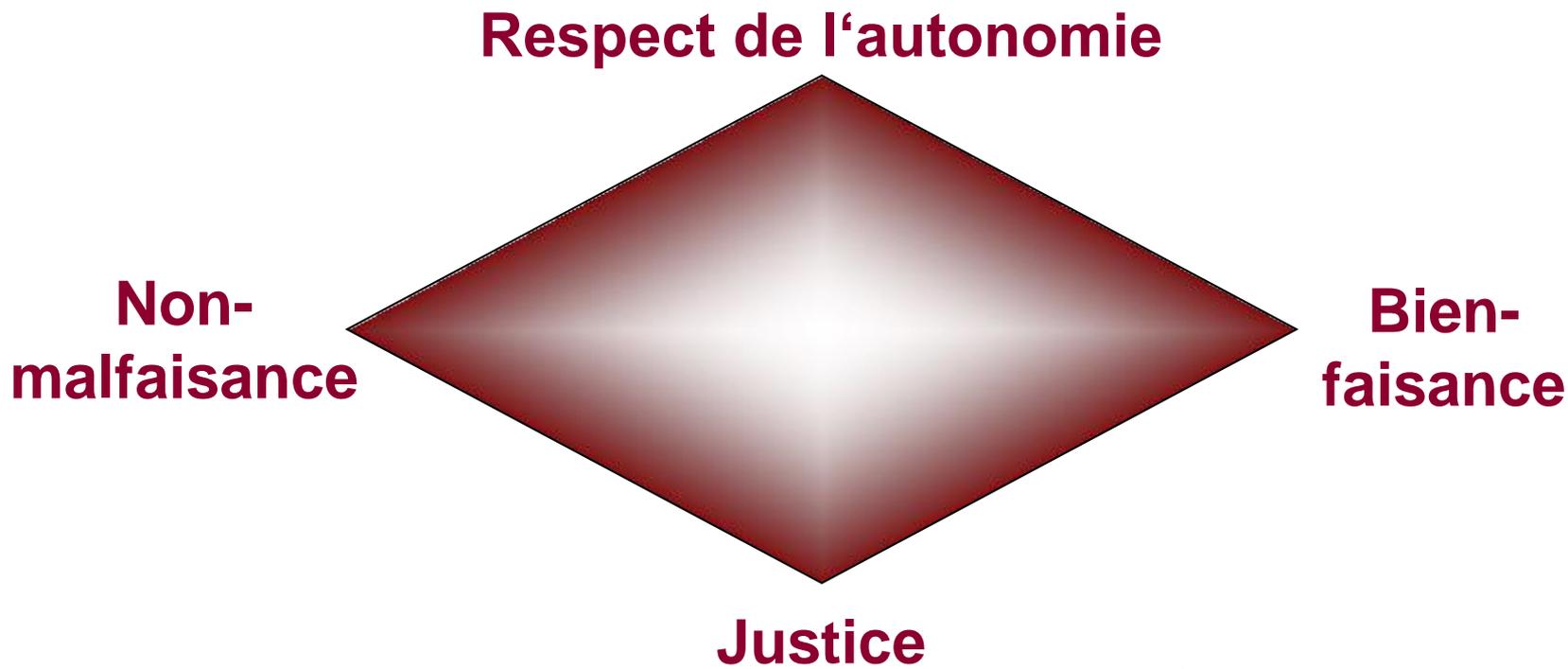


<https://espace-competences.ch/formation/formation-au-projet-de-soins-anticipe-directives-anticipees/>

Plan

1. L'établissement du projet thérapeutique
2. La « futilité » médicale
3. Le consentement libre et éclairé
- 4. Délibération éthique**

Principes d'éthique biomédicale



Délibération éthique



Georg
Marckmann,
Munich

1. Rassembler et échanger les **informations** pertinentes (dimensions bio-psycho-socio-spirituelles)
2. Identifier toutes les **options d'action** légales
3. Évaluation 1: obligations envers le patient?
 - a) **Bienfaisance/Non-malfaisance**
 - b) **Respect de l'autonomie du patient**
 - c) **autres valeurs et normes**
4. Évaluation 2: obligations envers les autres
p.ex. autres patients, proches (**équité/justice**)?
4. **Synthèse**: convergence ou conflit?
5. Conflit: **peser** les arguments (prudence)
6. **Décider**, définir les prochaines étapes, clarifier les rôles
7. **Réviser** la décision de manière critique

Unité d'éthique clinique CHUV

ethique@chuv.ch

Bip consultant: 079 55 **6 39 09**
Lundi-Vendredi 9-17h

Tribu: Soins et médecine →
Prise en charge → Éthique clinique

Internet: www.chuv.ch/éthique

ICCEC 2025

SAVE THE DATE



*Plurality, Power, and Patient Care:
the Socio-Political Dimension of Clinical Ethics*

LAUSANNE
Switzerland
June 4-7, 2025



19TH INTERNATIONAL CONFERENCE ON CLINICAL ETHICS AND CONSULTATION



Unil
UNIL | Université de Lausanne

Merci pour votre attention!

ralf.jox@chuv.ch