



**UNIVERSITÉ  
DE GENÈVE**

**FACULTÉ DE MÉDECINE**



Hôpitaux  
Universitaires  
Genève

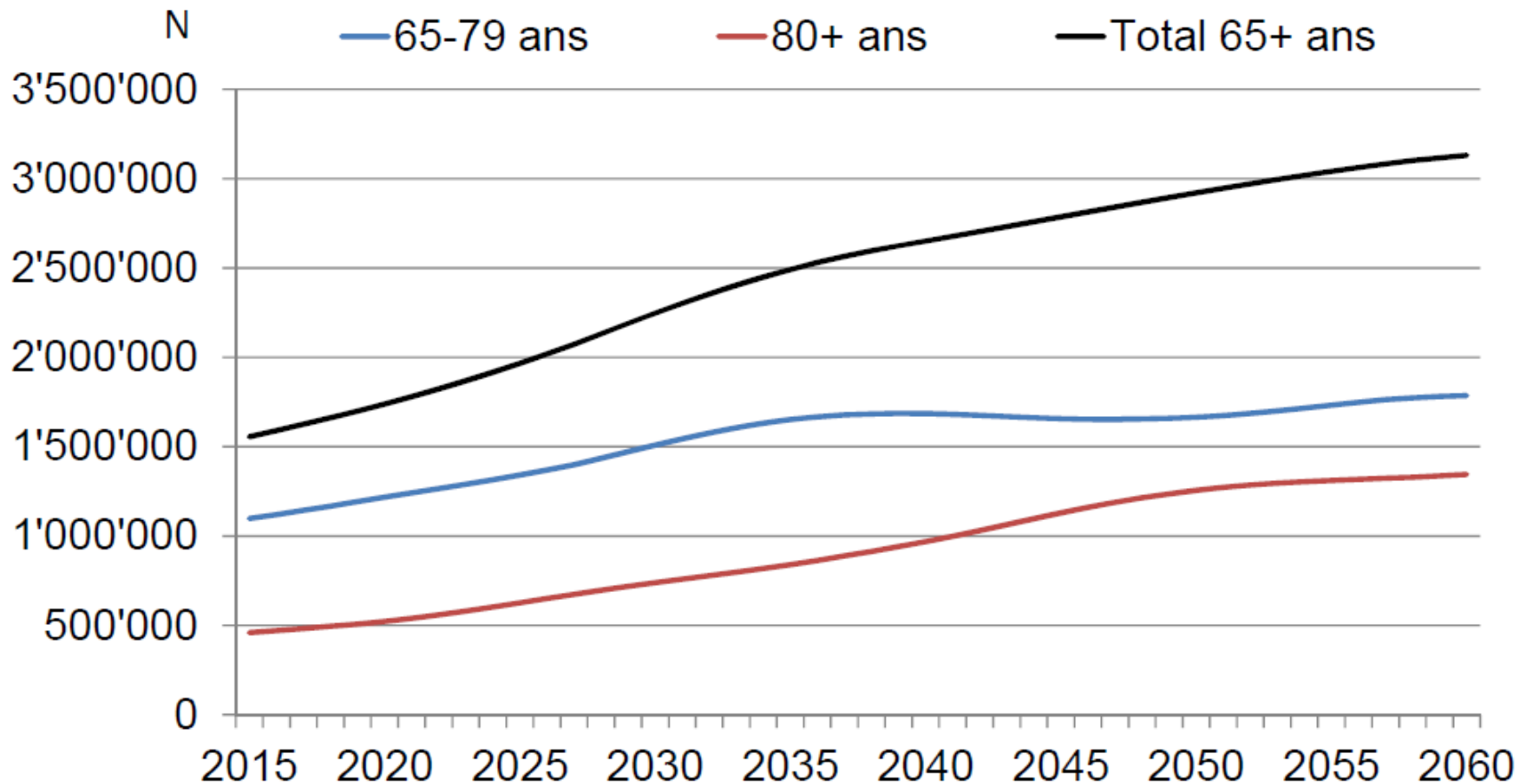
# Patient gériatrique: quand s'arrêter ?

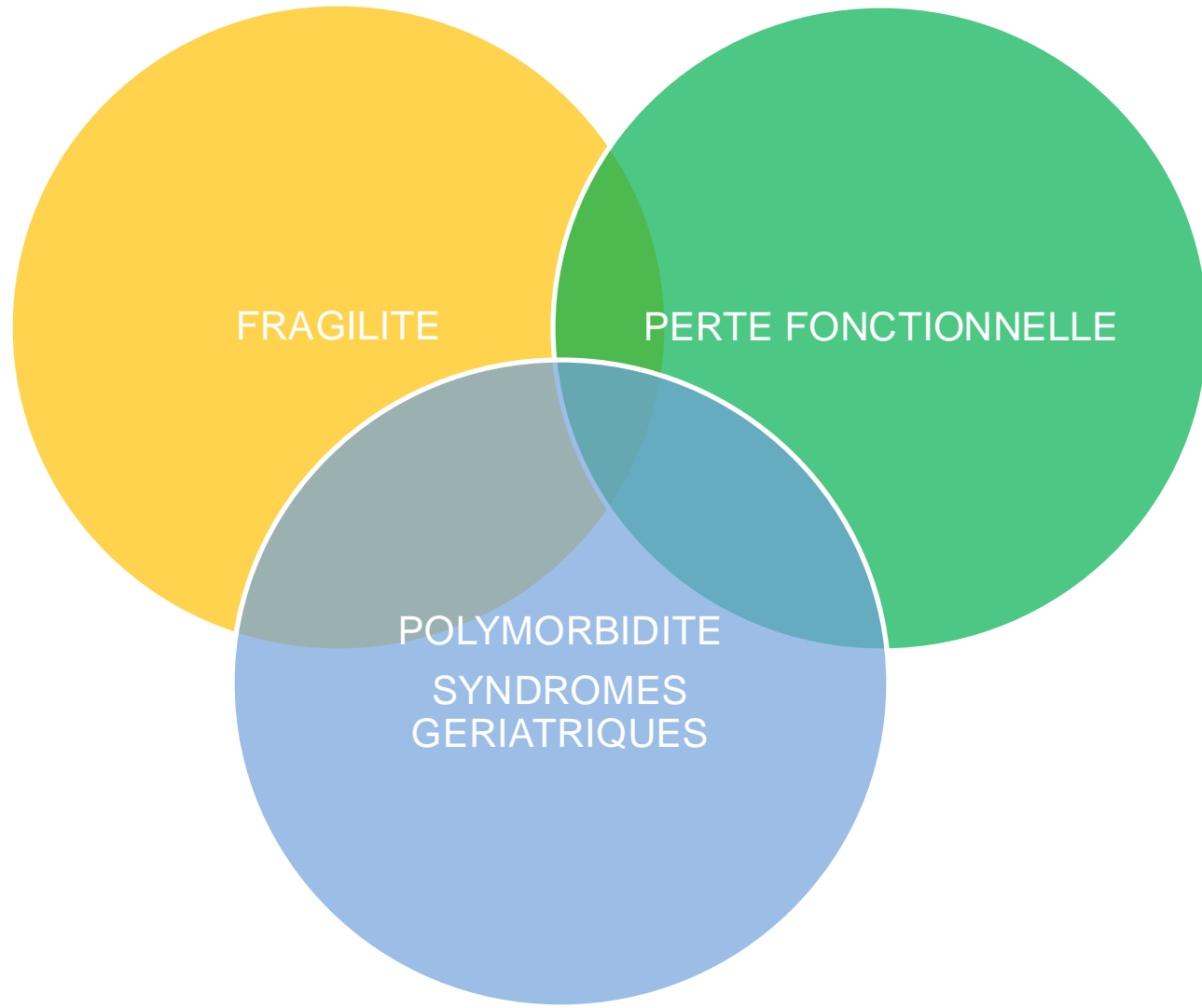
Pr Christophe Graf  
Département de réadaptation et gériatrie

Hôpitaux Universitaires de Genève

31.01.2025

# Projections démographiques 2015-2060





# **M A, 78 ans**

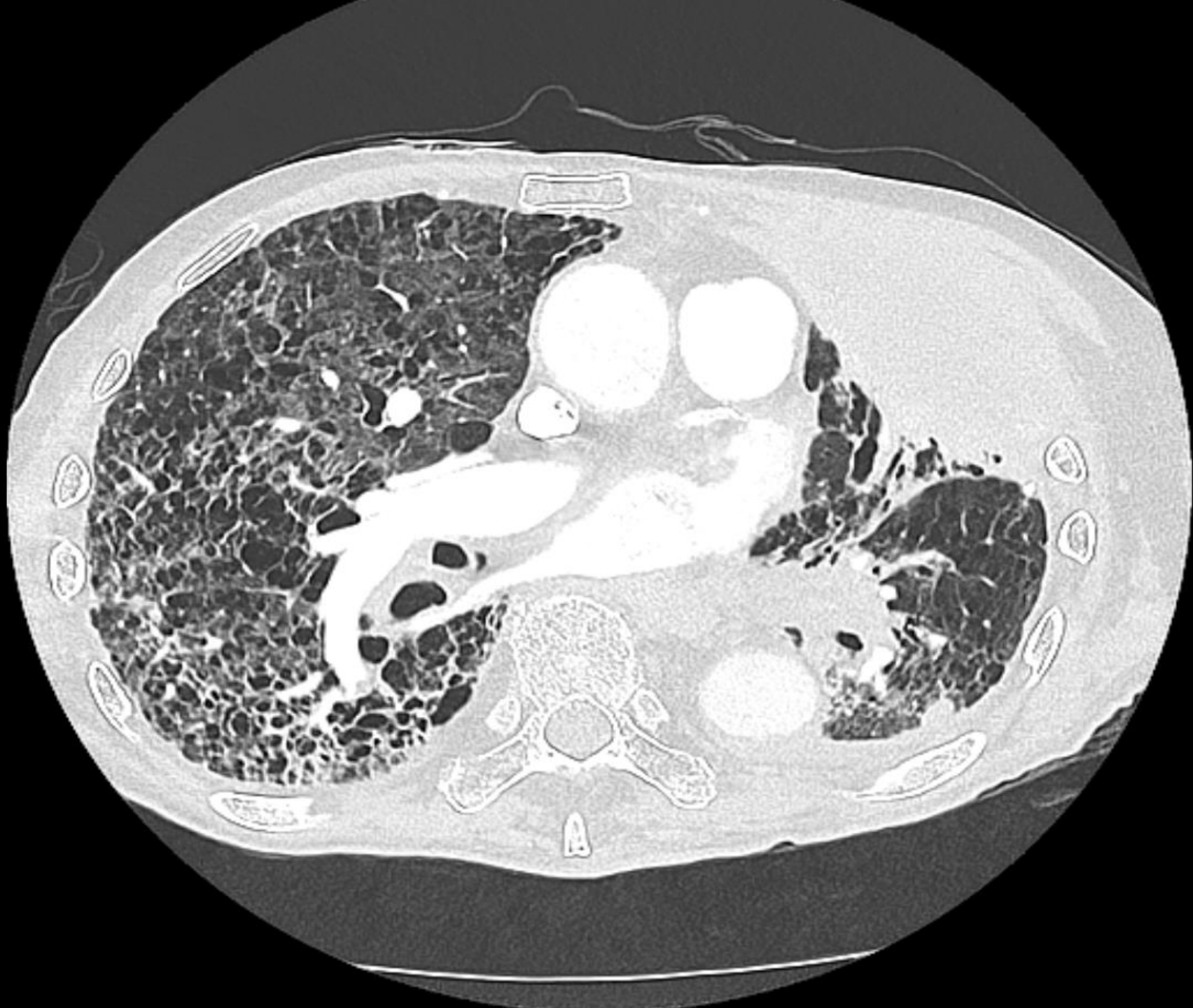
## **Transfert de readaptation pour BPN LSG**

### **Comorbidités**

- Carcinome à petites cellules du LSG en 2020, lobectomie, chimiothérapie, RxTTT; récurrence locorégionale en juin 2024 avec métastases dorsales, laminectomie + fixation sept 2024
- Emphysème pulmonaire diffuse
- Cardiopathie ischémique stable

### **Syndromes gériatriques**

- Troubles cognitifs non investigués
- Dénutrition sévère
- Perte de fonctionnalité avec douleurs dorsales chroniques (MIF 81/126)
- Polymédication (N=7)



# **M A, 78 ans**

## **Discussion avec patient et son épouse :**

- Ne semblent pas informés du pronostic
- Peu de compréhension des problématiques médicales
- Très angoissés
- Jamais entendu parlé de soins palliatifs

## **Désir du patient :**

- “S’il faut opérer, allons-y!”
- Doute sur la capacité de discernement
- Troubles cognitifs ?



## Question 1

**Quel traitement vous parait le plus adapté ??**



<https://www.menti.com/alo1bswa3cm5>

# Une approche principiste

Quels sont les faits?

Quelle est la difficulté éthique?

Quelles sont les options possibles?

## **Bienfaisance**

Quel est le bien du patient?

## **Non-malfaisance**

Quels sont les risques et les inconvénients pour le patient?

## **Autonomie**

Quel est le choix du patient?  
Capacité décisionnelle?

## **Justice**

Qu'est-ce qui est juste/équitable? (Pour ce patient, d'autres patients, les soignants, la société)

Comment est-ce que le contexte de cette situation affecte la meilleure manière de respecter ces valeurs?

Quel proposons-nous et pourquoi?

Quelles valeurs ont la priorité? Lesquelles sont sacrifiées? Au nom de quoi?



# Les 4 boites (Jonsen et Siegler)

<h2>Indications médicales</h2> <p>Quel est le problème médical? Diagnostic? Pronostic? Le problème est-il aigu, chronique, urgent, réversible? Quels sont les buts du traitement? Quelles sont les probabilités de succès? Quel plan en cas d'échec?</p>	<h2>Préférences des patients</h2> <p>Le patient est-il capable de discernement? Si oui, que dit-il sur ses préférences? A-t-il été informé sur les risques et bénéfices, et a-t-il compris et consenti? Si incapable de discernement, qui est le substitut approprié? Emploie-t-il les bons critères? Y a-t-il des directives anticipées? Le patient est-il incapable de coopérer? Pourquoi?</p>
<h2>Qualité de vie</h2> <p>Quelles sont les chances, avec et sans traitement, d'un retour à la vie normale? Quels déficits physiques, mentaux, ou sociaux le patient va-t-il probablement présenter si le traitement fonctionne? Y a-t-il des biais qui peuvent colorer l'évaluation de la qualité de vie du patient par le soignant? L'état présent ou futur du patient est-il tel qu'il pourrait être indésirable pour lui de continuer à vivre? Y a-t-il un plan d'arrêt de traitement, un plan de soins de confort?</p>	<h2>Éléments du contexte</h2> <p>Y a-t-il des enjeux familiaux qui pourraient influencer la décision? Y a-t-il des enjeux pour les soignants qui pourraient influencer la décision? Des facteurs économiques ou financiers? Des facteurs religieux ou culturels? Des limites à la confidentialité? Un conflit d'intérêt des soignants ou de l'institution?</p>

# 1. Respect de l'autonomie :

## **Information claire et complète :**

Explications détaillées sur son état de santé

Options thérapeutiques disponibles, bénéfiques, risques, et limites

## **Accompagnement :**

Désir de vivre non influencé par une peur non adressée (douleur, solitude, abandon)

Soutien psychologique pour explorer les motivations profondes de son souhait

### CAPACITÉ DE COMPRÉHENSION

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

discret   
  légèrement perturbé   
  moyennement perturbé   
  gravement perturbé   
  non évaluable

Fourrez-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?

#### 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   
  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   
  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   
  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   
  perturbé   
  non évaluable

Description des troubles:

### 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]?

#### Référence à ses propres valeurs

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

discret   
  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   
  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   
  perturbé   
  non évaluable

#### Participation affective

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

discret   
  perturbé   
  non évaluable

Description des troubles:

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

#### 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   
  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   
  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   
  perturbé   
  non évaluable

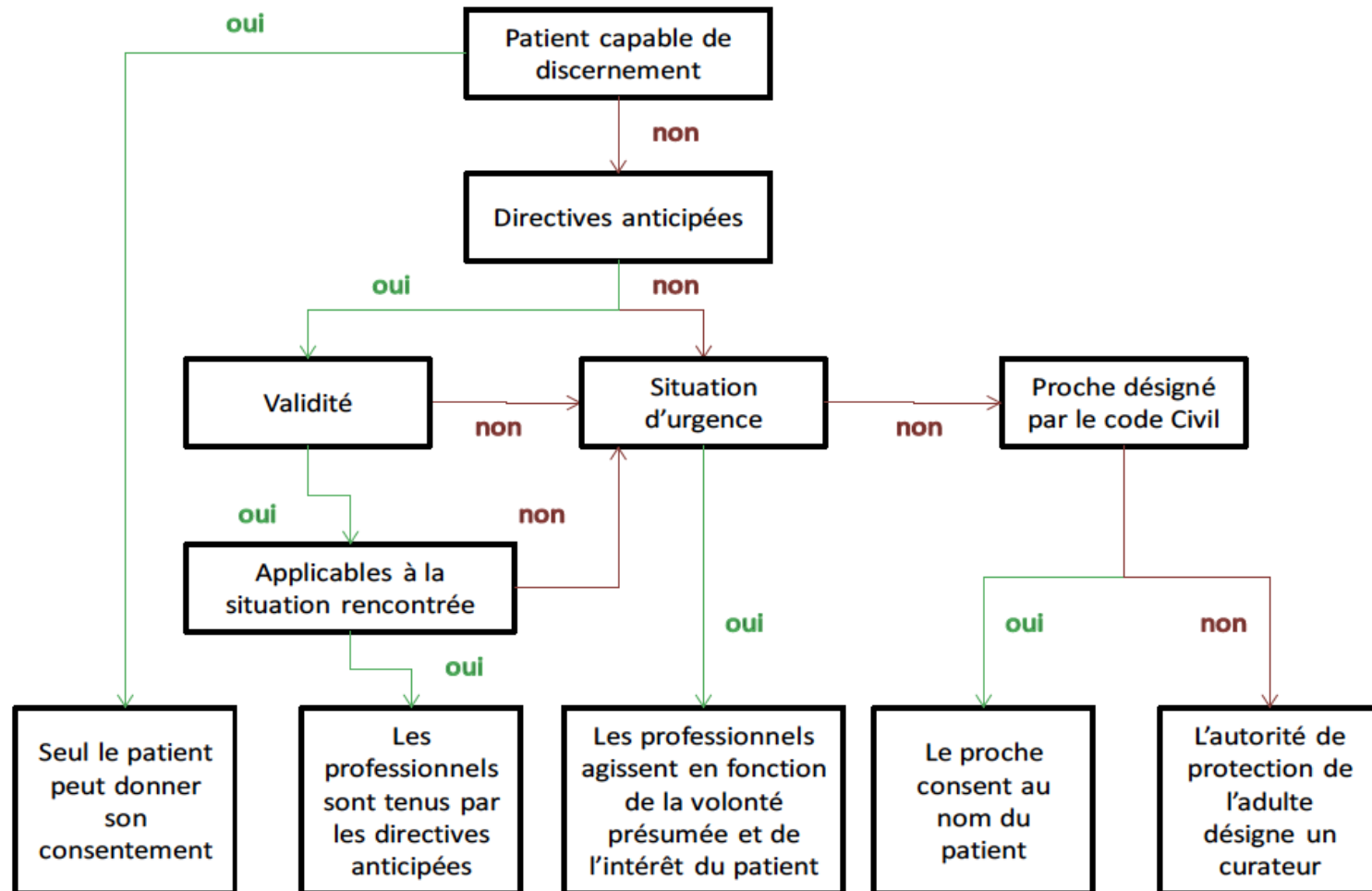
#### Résistance aux influences externes

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

discret   
  perturbé   
  non évaluable

Description des troubles:

# Exemple de marche à suivre:



## **2. Bienfaisance :**

### **Optimisation des soins :**

Traitement actif des comorbidités

### **Gestion de la douleur :**

Contrôle adéquat de la douleur dorsale chronique pour améliorer son confort

### **Survie et qualité de vie :**

Vie pas prolongée à tout prix si souffrances intolérables ou dégradation de la dignité.

Discussion sur la balance bénéfices/risques de chaque intervention est essentielle

### **3. Non-malfaisance :**

#### **Proportionnalité des interventions :**

Éviter les traitements invasifs avec bénéfice incertain ou à risque de souffrances supplémentaires

Approche centrée sur le patient, en évaluant les implications physiques, psychologiques, et émotionnelles de chaque décision thérapeutique

#### **Limitation des effets indésirables :**

Réévaluer la polymédication pour limiter les interactions ou effets délétères

## **4. Justice :**

### **Accès aux soins :**

Garantir au patient un accès aux meilleurs traitements disponibles

### **Approche multidisciplinaire :**

Une coordination entre les équipes de gériatrie, oncologie, et soins palliatifs permettra une prise en charge globale et équitable

### **Respect de sa dignité :**

Ne pas compromettre la dignité et le respect des choix du patient dans l'allocation des soins

## **Recommandations pratiques :**

### **1. Entretien éthique avec le patient et sa famille :**

Organiser une discussion multidisciplinaire pour explorer les valeurs, attentes, et priorités du patient

### **2. Plan de soins personnalisé :**

Intégrer les soins curatifs (infections) et palliatifs (gestion des douleurs, soutien psychologique)

Ajuster les objectifs au fur et à mesure, en fonction de l'évolution clinique

### **3. Médiation par un comité d'éthique si nécessaire :**

En cas de conflit, impliquer un comité d'éthique pour guider la prise de décision

### **4. Accompagnement en fin de vie :**

Prise en charge précoce des soins palliatifs sans brusquer le patient, en restant aligné sur ses souhaits



Q. Q.



# **M V, 85 ans**

**Vit en EMS**

## **Comorbidités**

- Cardiopathie ischémique
- DMLA

## **Syndromes gériatriques**

- Troubles neuro-cognitifs majeurs de degré sévère
- Dénutrition sévère
- Grabatisation (MIF 26/126)
- Polymédication (N=7)

# M V, 85 ans

## Médicaments:

- Aspirine Cardio 100mg 1x/j
- Rosuvastatine 20mg 1x/j
- Paracétamol 1gr 3x/j
- CalcimagonD3 1gr/800UI 1x/j

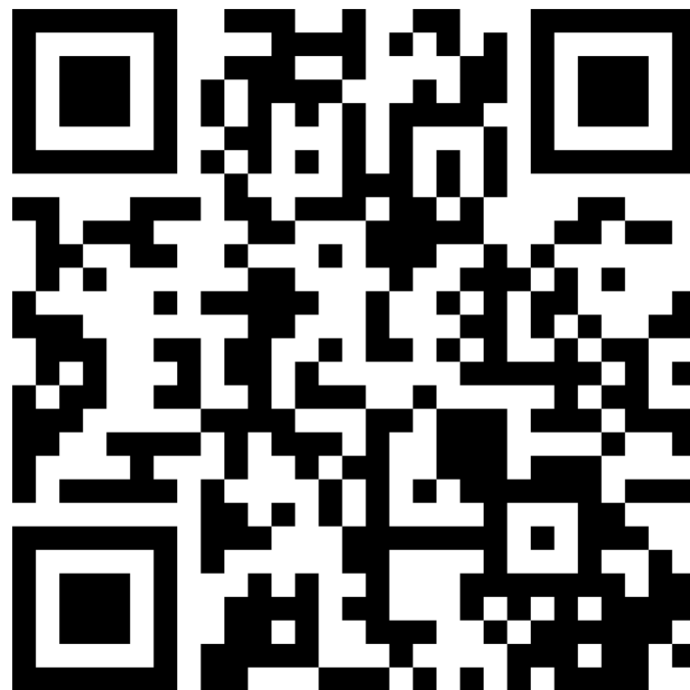
## Evolution :

- Perte de poids progressive/troubles de la déglutition
- Volonté médico soignante : simplification TTT
- Volonté famille : ne rien arrêter, débuter alimentation artificielle



## Question 2

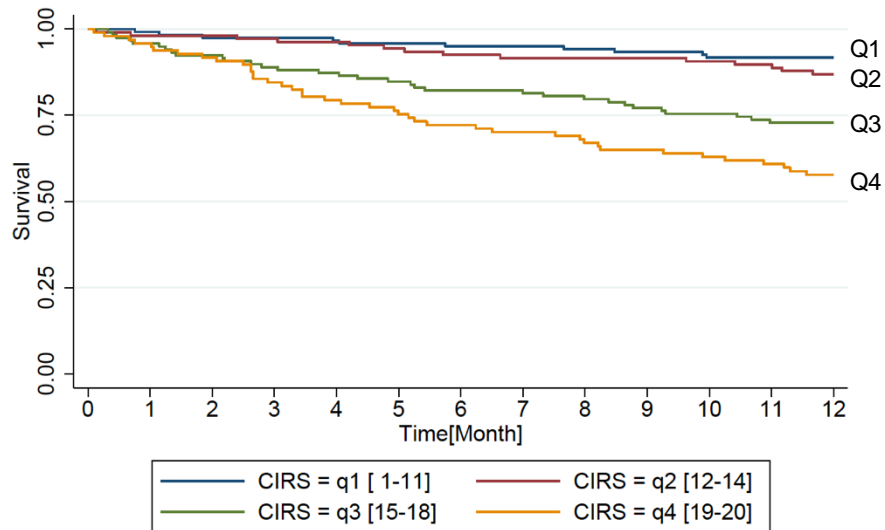
Que faites vous ?



<https://www.menti.com/alo1bswa3cm5>

# Polymorbidité

## CIRS et mortalité à 1 an



## CIRS et hospitalisation/institutionnalisation à 1 an (OR (95%CI))

	CIRS	Hospitalisation	EMS
Q1	Q1	1.00	1.00
Q2	Q2	1.22 (0.78-1.94)	1.98 (0.77-5.09)
Q3	Q3	1.82 (1.16-2.85)	2.98 (1.23-7.21)
Q4	Q4	2.52 (1.69-3.75)	5.53 (2.31-13.21)

## 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.

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



Rockwood K et al. CMAJ 2005

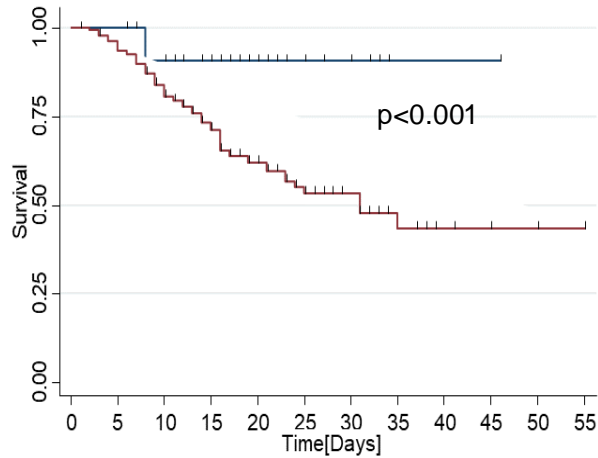


UNIVERSITÉ  
DE GENÈVE

FACULTÉ DE MÉDECINE

# Fragilité et Polymorbidité

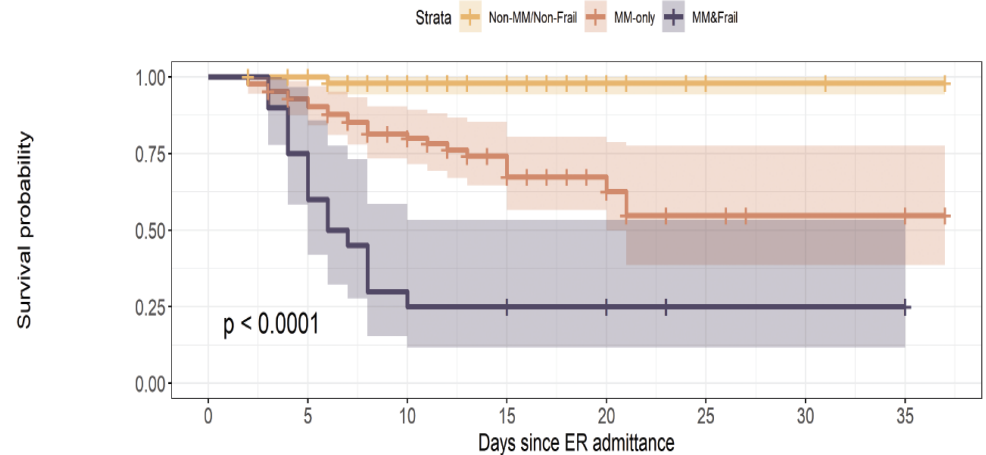
## Fragilité et mortalité – COVID19



Frailty < 5	45	45	39	31	20	8	5	1	1	1	0	0
Frailty ≥ 5	190	180	154	106	60	32	19	11	5	3	2	1

— Frailty < 5 — Frailty ≥ 5

## Fragilité +/- Polymorbidité et mortalité – COVID19



# Futilité

Un acte médical est considéré comme futile lorsque :

**Il ne peut pas atteindre l'objectif visé** (sauver ou améliorer significativement la vie du patient)

**Ses bénéfices sont négligeables ou inexistants** par rapport aux risques, coûts ou souffrances qu'il engendre

Il ne correspond pas aux **valeurs et préférences du patient**, notamment en matière de qualité de vie



# Eprognosis

## **Cohortes longitudinales :**

Etudes Health and Retirement Study [HRS] ou National Health and Nutrition Examination Survey [NHANES] aux États-Unis

## **Bases de données médicales :**

Registres médicaux et hospitaliers

## **Études spécifiques sur les personnes âgées :**

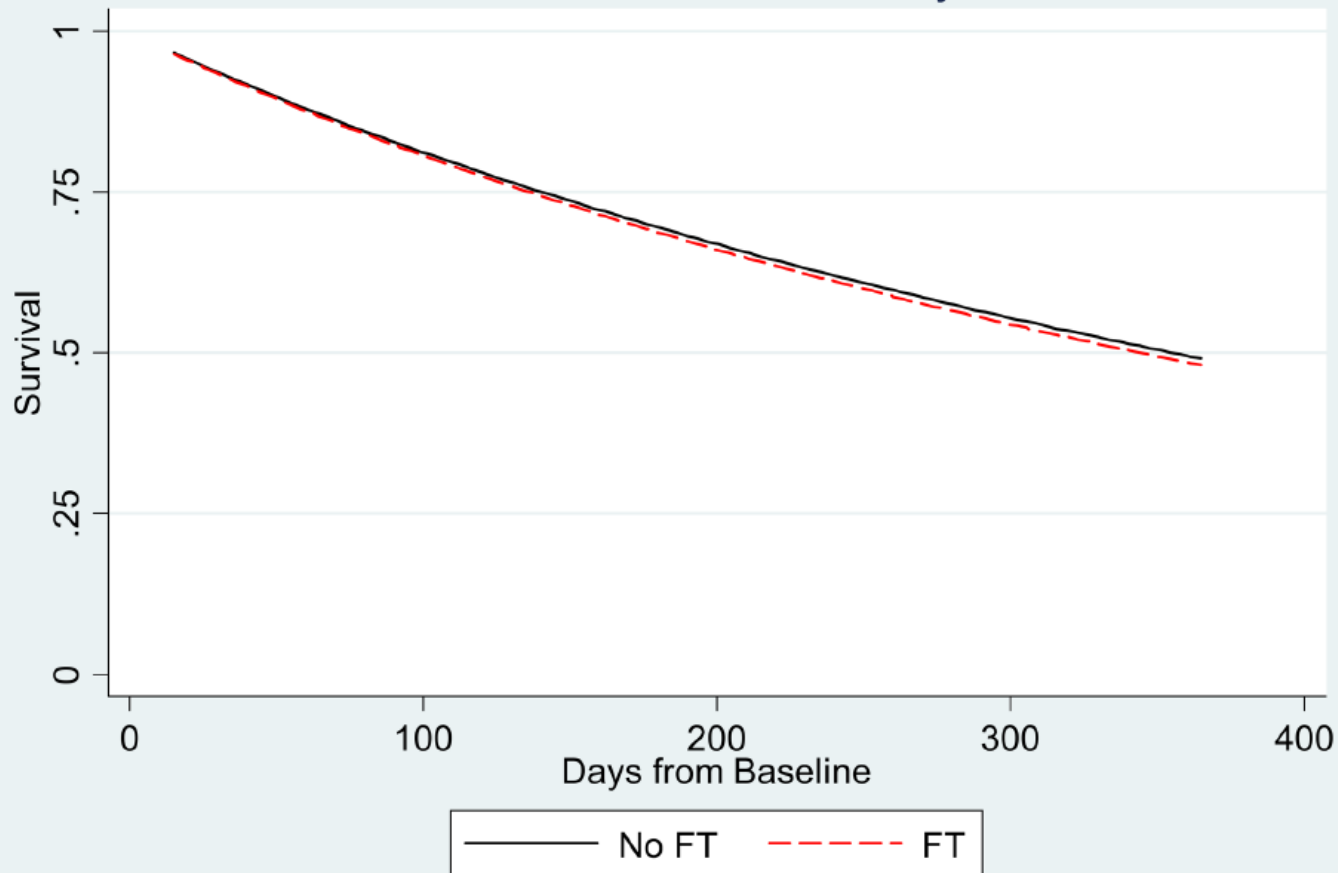
Etudes spécifiques sur la population âgée (ex : frailty studies ou études sur les limitations fonctionnelles)

## **Analyses statistiques :**

Algorithmes se basent sur des modèles statistiques, qui intègrent des facteurs comme l'âge, les comorbidités, les capacités fonctionnelles et l'état général de santé

# Alimentation entérale et démence sévère

1 Year Survival from Baseline by FT Status



Prospective obs

36'000 Dém sévères

Mortalité

# Take-home messages

Les principes éthiques s'appliquent à toute décision concernant la personne âgée

La capacité de discernement et le principe de futilité ont un rôle central

L'espérance de vie, l'état pré-morbide (comorbidités/fonctionnalité) sont à prendre en compte