



EXITE-T-IL DES LIMITES A L'EXPLORATION DE LA PERSONNE AGEE ? INCIDENCE DU PARCOURS PATIENT

DOSSIER DOCUMENTAIRE

Thème mai 2023

Rédacteur du dossier : Hervé LE NEEL
Relecteurs, contributeurs : Pierrick LOZAC'H, Frédéric MAS, Alain LIBERT

EXISTE-T-IL DES LIMITES A L'EXPLORATION CHEZ LA PERSONNE AGEE ? INCIDENCE DU PARCOURS PATIENT.

CONTEXTE

L'exploration de la littérature concernant notre thème est très réduite. Il existe des réflexions théoriques sur l'éthique ou des principes énoncés mais très peu d'approche des situations cliniques et de la complexité des choix et des décisions devant un questionnement de nature éthique.

Or, « Existe-t-il des limites à l'exploration de la personne âgée ? » est une question éthique professionnelle.

L'allongement de la durée de vie conduit à l'augmentation rapide de la population âgée, avec un fort impact sur la demande de soins, et notamment sur les demandes d'exploration. Nous ne pouvons échapper aux questions sociétales et médicales de cette évolution, et aussi aux questions éthiques et déontologiques qui y sont liées. Les médecins, comme l'ensemble des acteurs de la santé, ne sont pas indemnes des représentations que renvoie le spectre du vieillissement. (1)

La décision médicale qui confère une nécessité à une exploration chez la personne âgée peut s'inscrire dans une balance entre le risque de l'inutilité ou du délétère et celui de l'abandon de soins. (2)

Plusieurs études, dont une thèse auprès des médecins généralistes vannetais en 2019 sur leurs ressentis concernant la réflexion éthique autour des situations complexes, soulignent le manque de ressources pour les médecins généralistes dans ce domaine (1). Ce constat amène aussi à s'interroger sur l'offre de soutien éthique auprès des médecins généralistes.

Enfin, la COVID-19 a eu une fonction de révélateur en matière d'éthique, notamment au sujet du traitement fait aux personnes âgées vivant en établissement d'hébergement. Soudain, l'enfermement, la mort escamotée, l'interdiction/restriction des rites funéraires sont devenus une norme sévère : Un franchissement imposé des barrières éthiques, un pas de côté de l'humanité... Le monde des commentaires, des études, des débats reste en sidération, il existe très peu de publication, on en est à la phase du couvercle. Exception pour Le Télégramme du 3 avril 2023 (4) où on peut lire que « la personne âgée bien entourée et bien prise en charge est une déformation de la réalité », quelle que soit la société ou le continent...

Vous avez reçu par mail un questionnaire, qui fait l'objet d'une thèse de médecine à Rennes par Blandine Watine, destinée à mieux connaître les pratiques, les interrogations et les besoins des médecins généralistes sur la thématique de ce mois de mai. Si ce n'est déjà fait, je vous engage à le remplir rapidement (5 min), AVANT la séance. Vous recevrez un deuxième questionnaire (APRES) en septembre.

Ce questionnaire permettra de mieux cerner notre thème et de valoriser votre travail pendant les séances.

Ci-après, le lien, à nouveau, pour le questionnaire :

<https://enquetes-partenaires-etudiants.univ-rennes.fr/index.php/187797?lang=fr>

DE QUOI PARLONS NOUS ?

« *Limites aux explorations chez la personne âgée. Incidence du parcours patient* » : Le libellé même semble poser problème, en fait il n'est à peu près clair que pour les médecins eux-mêmes qui en comprennent l'objet. L'environnement en sciences humaines est en difficulté avec la compréhension de ce cadre et souhaite en disséquer l'énoncé avant de pouvoir l'aborder.

Quels sont les éléments en place ?

- ! La médecine, l'état de la science, la technique, ses possibilités, ses attentes, ses effets indésirables.
- ! Le patient, mais aussi sa famille, les aidants, l'entourage
- ! Le médecin du patient, ou les médecins du patient
- ! Les professionnels du soin, les autres médecins, les établissements de soins - comme les hôpitaux - ou médico-sociaux - comme les EHPAD - et leurs propres contraintes.
- ! Le contexte d'accès aux soins du patient : équipements accessibles, mobilité du patient, délais, mise en œuvre, programmation des examens, disponibilité des explorations selon l'âge, capacité des aidants mais aussi leurs stress et souffrance.

LA LIMITATION DES SOINS ET DES EXAMENS dans notre pratique gériatrique est interrogée chaque jour (3) :

- La **finalité** de nos examens et de nos soins doit être interrogée.
- Pour autant, il semble important de savoir **ce que l'on soigne**.
 - La **documentation** de la pathologie cible est nécessaire pour pouvoir adopter une stratégie soit thérapeutique, soit de limitation.
 - Elle permet aussi d'être rassurant pour le patient et son entourage. On sait **de quoi on parle...**
 - Comment choisir ?
 - **Classiquement**, les comorbidités, les fragilités repérées, l'autonomie, la cognition, le comportement, la nutrition. Tout cela sont autant d'éléments d'appréciation de l'« espérance de vie », considérablement plus fins que des tables statistiques.
 - Puis, interroger **le patient** sur ce qu'il souhaite, interroger l'entourage, la personne de confiance, à la fois sur ce que le patient leur dit ou leur a dit s'il ne s'exprime pas et ce qu'il en pense.
 - Interroger **l'équipe soignante**, le médecin traitant, l'EMASP s'il y a lieu ... et les autres soignants en dehors de cette équipe ?
 - Et quels outils pour nous aider ? Quelle compétence solliciter : un avis gériatrique par exemple ?

UNE GRILLE DE QUESTIONNEMENT ETHIQUE (3) :

Quelle est la maladie principale de ce patient ?

Quel est son degré d'évolution ?

Quelle est la nature de l'épisode actuel surajouté ?

Est-il facilement curable ou non ?

Y a-t-il eu répétition récente d'épisodes aigus rapprochés ou une multiplicité d'atteintes diverses ?

Que dit le malade s'il peut le faire ?

Qu'exprime-t-il à travers son comportement corporel et sa coopération aux soins ?

Quelle est la qualité de son confort actuel ?

Qu'en pense la famille ? (Tenir compte de ...)

Qu'en pensent les soignants qui le côtoient le plus souvent ?

Ces questions semblent structurer un préalable à toute décision que l'on peut organiser ainsi :

UNE GRILLE D'INDICATION DU NIVEAU D'INTERVENTION MÉDICALE (3) calquée sur celle du CSSS québécois du Haut-Yamaska (5) :

- 1- Maintien de toute fonction par **tout moyen possible** : Investigation et traitement maximaux
- 2- Maintien de toute fonction par **tout moyen proportionné** : La plupart des interventions et traitements, y compris, les transferts sont pertinents
- 3- **Correction de toute détérioration qui semble réversible** pour rétablir l'état pré morbide : Investigation et traitements limités à la situation réversible, transferts à éviter sauf si succès escompté (Fracture du col, abdo aigu...)
- 4- Intervention **limitée par le confort** du patient : Investigation et traitement indiqués uniquement pour maintenir ou augmenter le confort
 - Eviter la cause de l'inconfort
 - Des interventions peuvent être appropriées (prise de sang, radio, solutés, antibio...)
 - Transferts à éviter sauf à visée antalgique

- 5- Intervention **adaptée à la phase terminale** • Investigation ou intervention curative non indiquées • Interventions visant à soulager la douleur et favoriser la sérénité du patient

Vos **cas cliniques** vont montrer aussi bien l'illusion d'une intervention, d'une exploration que dans d'autres cas leur pertinence.

Il n'est pas toujours suffisant de se guider sur les questionnements émis, ni sur un possible consensus patient, famille, soignants.

En effet, l'enrichissement du parcours patient – une hospitalisation, un ré-adressage initié par un autre médecin – peut apporter une confusion dans ce consensus, le briser : un médecin tiers peut prendre une décision contraire à ce qui avait été établi ou ressenti.

L'ETHIQUE, UNE AFFAIRE PERSONNELLE ?

Faut-il tenir compte ici même de l'« expérience » du médecin? Et en quelle façon un médecin plus « expérimenté » serait plus à même d'aborder ces questionnements éthiques qu'un interne ? La formation initiale, universitaire, comprend des questionnements éthiques à partir de cas construits, et il existe aussi une offre, limitée, en formation continue/DPC sur le sujet.

Doit-on se satisfaire de considérer l'éthique comme une affaire personnelle ? Le respect de l'autre est un fondement de l'éthique, elle concerne l'humain et n'est subordonnée à aucun contexte culturel ni d'usage ou de coutumes. Voilà, elle est individuelle mais elle concerne tout le monde...

Elle comprend aussi ce que les grilles ne disent pas explicitement : la non-maltraitance, la bienveillance, le respect de l'autonomie, l'« art du bon et de l'égal » qui au Moyen Age exprimait la justice. Ces principes ont été énoncés par Tom Beauchamp et James Childress en 1979 (6) (9) et relèvent du « principlisme ».

Pour aller plus loin (8) : Le principlisme est un cadre de référence en matière d'éthique normative conçu pour aider la prise de décision dans le domaine des soins de santé. C'est une approche axée sur la morale commune qui s'appuie sur quatre principes intermédiaires : le respect de l'autonomie, la non-malfaisance, la bienfaisance et la justice. La force normative de ces principes découle d'un modèle de justification basé sur la cohérence qui diffère des modèles de justification descendants (théorie morale) et ascendants (basés sur des situations ou des cas précis), mais qui mobilise ces deux types de raisonnement à travers l'équilibre réfléchi. Le « principlisme » a généré des avis critiques (7 et 8).

LES GROUPES QUALITE n'ont pas nécessairement attendu ce thème régional pour le traiter dans leur territoire.

Un groupe a organisé sa réflexion à partir des problématiques rencontrées, de leur description et de leurs pistes de résolution, c'est tout l'intérêt de l'enrichissement de la discussion par les cas cliniques, et il est possible de se servir de ce déroulé pour s'accaparer le thème (ANNEXE 1). Dans tous les cas, cette séance est un moment particulier de partager des expériences et des questions, au cœur de la décision médicale.

BIBLIOGRAPHIE :

1 : These Rennes 2019, Anne-Sophie Bordier-Lejeau, : <https://ori-oai-search.univ-rennes1.fr/search/notice.html?id=rennes1-ori-wf-1-13403&printable=true>

2 : Taurand S, Loustau M, Batchy C, Taurand P. Apprøhender l'incertitude en gøriatrie et mødecine palliative du sujet l' gø : genøse du modøe FRAG. Mødecine Palliative : Juin 2017;16(3):152-60.

3 : Pr Armelle Gentric, Brest, Dr Sylvie Lotton-Barbotin, Dinan : https://sgoc.fr/IMG/pdf/limitation_d_explorations_et_de_bilans_en_geriatrie_fin.pdf?371/9c0d915b5d076c26a70cc0cf0465ecc4bed8804f

4 : <https://www.letelegramme.fr/monde/enfermement-isolement-exclusion-comment-la-covid-19-a-discrimine-les-personnes-agees-03-04-2023-13310616.php>

5 : https://www.lesommetavotreportee.qc.ca/files/Niveau_de_soins.pdf

6 : Tom L. Beauchamp & James F. Childress, Les principes de l'éthique biomédicale, Les Belles Lettres, Paris, 2007, p. 30-31.

7: <https://www.letemps.ch/culture/medecine-ethique-limites-lexercice>

8 : https://www.ccnpps.ca/docs/2016_Ethique_Principisme_Fr.pdf

9 : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/levaluation_des_aspects_ethiques_a_la_has.pdf (page37)

ANNEXE 1

EXEMPLE D'EXPOSE DES PROBLEMATIQUES DANS UN GROUPE QUALITE :

1/ DEVANT UN REFUS D'EXPLORATIONS CHEZ UNE PERSONNE ÂGÉE, QUELLE ATTITUDE ?

! Chercher dans l'insistance à convaincre ?

! Ou plutôt :

- dans un premier temps informer loyalement sur le devenir spontané de la maladie, les possibilités thérapeutiques et leur balance bénéfice/risque ou inconfort

- explorer, à travers le refus initial d'explorations, les représentations du patient, son aptitude à comprendre ce qui est dit, et à choisir en connaissance de cause

- donc ne pas imposer la décision d'explorer ou de traiter mais donner du temps en cherchant une éventuelle alliance thérapeutique. « C'est le patient qui décide ! ».

2/ EN CAS DE REFUS DU PATIENT, DOIT-ON IMPLIQUER LA FAMILLE ?

- S'enquérir, si on ne le sait, de la présence de la famille ou d'une personne de confiance désignée. L'information peut être partagée avec la famille après consentement du patient.

- La désignation d'une personne de confiance ne la substitue pas au libre arbitre du patient s'il est capable de comprendre et d'exprimer un avis

! Dans tous les cas incluant l'entourage, entendre, toujours la décision du patient, et essayer de la comprendre

3/COMMENT ÉVALUER L'ÉTAT COGNITIF D'UN PATIENT ? QUEL EST LE RETENTISSEMENT DU DÉCLIN COGNITIF SUR LES ENJEUX ?

-Faut-il chez tous les patients âgés, à la constitution du dossier, ou à un âge clé (?) réaliser un MMS « de départ » ? Et quel sens peut-on donner à un déclin cognitif (éventuellement mesuré par le MMS) sur la capacité à décider de sa propre existence ? En quoi un MMS abaissé disqualifierait-il le patient à prendre des décisions pour lui-même ? Quel sens de l'affirmation : « A votre place... » ?

- ! Tenir compte, devant un déclin cognitif, de l'importance de la **qualité de vie** plutôt que « la quantité de vie » ...

4/ LA PRATIQUE D'UN GESTE INVASIF EST-ELLE FREINÉE PAR L'ÂGE ?

- ! Un des exemples assez classique en médecine générale est celui d'un de vos patients âgés, porteur de pathologies sévères ou très âgé (> 85 ans). Il est hospitalisé pour un motif lié à une de ces pathologies (IC, AVC, cancer connu, Insuffisance respiratoire ou rénale...). Lors de son hospitalisation, un TR est réalisé lors d'un examen clinique devant une symptomatologie urinaire connue mais non explorée. Le TR retrouve une prostate à l'évidence pathologique (grossie, inégale, dure...). Le courrier de sortie incite, si cela n'a pas déjà été fait lors de l'hospitalisation, à poursuivre les explorations et avis concernant ce très vraisemblable cancer de la prostate méconnu, sans symptomatologie métastatique. De là, au moins deux questions :

- ! Pourquoi n'avez-vous pas pratiqué ce geste, quelles sont vos motivations à avoir fait fi de l'avis académique qui incite à le pratiquer ? Et qu'en pensent le patient, sa famille ?

- ! Et maintenant, qu'allez-vous faire ? Suivre le circuit d'explorations/avis suggéré dans la lettre de sortie ?

- ! Pas de consensus du groupe à la pratique du geste, une forte réticence est constatée, encouragée par le sentiment de l'incapacité à l'interpréter, découlant de sa faible pratique. Le respect du confort du patient doit-il occulter la clinique ?

- un autre exemple est celui d'une FOGD chez une patiente de 80 ans, qui la refuse...

- ! Le frein n'est pas tant l'âge que l'espérance de vie ? Qu'en pensez-vous ?

EN CONCLUSION : Peu de questions posées reçoivent une réponse univoque et consensuelle. Le plus grand confort professionnel résulte de la collégialité d'une décision, à chaque fois qu'elle est possible.