

# Décisions en onco-gériatrie



- **Décisions simples**

- Proposition du médecin basé sur l'analyse des données de la littérature, permettant de choisir le traitement ayant le meilleur rapport bénéfice risque
- Accepté (ou non) par le malade

- **Décisions complexes/contingentes**

- La littérature ne permet pas de conclure
- Importance du processus décisionnel
- Décision partagée

## Décisions (pas si) simples



- S'interroger sur l'applicabilité d'un essai clinique (toujours)
  - Différences dans la physiopathologie de la maladie?
  - Différences entre les patients?
  - Différence dans les structures de soin?
  - Différence dans les comorbidités?
  - Différence dans l'évolution naturelle de la maladie?
  - Différence d'observance du traitement?

*Susceptibles de diminuer les bénéfices ou d'augmenter les risques du traitement...*

## Décisions (pas si) simples



- Tenir compte des particularités du sujet âgé
  - Espérance de vie plus courte
  - Réserve physiologique moindre entraînant une sensibilité accru aux effets secondaires
  - Alzheimer : une comorbidité parmi d'autres, possible diminution de l'observance

## Décision (pas si) simple

- Et si le patient refuse?
  - S'assurer que sa décision est « éclairée »
    - Est-il conscient de sa maladie?
    - As-t'il compris les différentes alternatives?
    - Peut-t'il exprimer et justifier son choix?
    - Celui-ci est-il stable dans le temps?
  - Si oui, assurer un suivi, laisser le temps
  - Si non, être pragmatique...

## Erreurs face au refus de soins

- Dramatiser
- Négliger les motivations personnelles du patient
- Négliger les motifs légitimes du refus
- Minimiser les risques

**Ne pas entrer dans un rapport de force,  
mais créer une alliance thérapeutique**

## Décisions complexes



- Importance du processus décisionnel
  - Les émotions
  - Le temps
  - Place du malade
    - Modèle paternaliste
    - Modèle autonomiste
    - ✕ Place de la famille du malade
    - ✕ Place des représentations
  - Collégialité (RCP)
  - Place de la question du coût

## Les émotions



- |                 |   |                      |
|-----------------|---|----------------------|
| • Le respect    | → | • L'autonomie        |
| • La compassion | → | • La bienfaisance    |
| • La crainte    | → | • La non-malfaisance |

L'angoisse...

*P. Le Coz  
Petit traité de la décision médicale*

## Les émotions



- Les reconnaître
- Signal d'alerte
- Ne pas en absolutiser une

## Gérer le temps



- « la dictature de l'urgence »
  - Urgences réelles
  - Urgences organisationnelles
    - ✦ Durée d'hospitalisation
    - ✦ Examen négocié
  - Charge de travail
  - Pression du patient
- Gérer la séquence
  - ✦ annonce diagnostique
  - ✦ annonce pronostique
  - ✦ recueil de l'avis de patient
  - ✦ RCP
  - ✦ choix du traitement
  - ✦ début du traitement

*Y revenir après...*

## Place du patient



- Avant et après la RCP
- Ne peut pas décider sans savoir!
- Droit de ne pas savoir
- Droit de ne pas décider

## Spécificité du sujet âgé



- A parfois déjà accepté l'idée de la mort, et insiste alors plus sur la qualité de vie
  - Ne pas plaquer nos valeurs sur lui
- A évolué dans un monde médical paternaliste
- Interventionnisme de la famille
  - voir quelle place la personne veut leur donner.

## Décider avec un malade d'Alzheimer



- C'est possible
- Tenir compte de la maladie dans le choix du traitement
  - Observance
  - Fragilité
- Tenir compte des capacités décisionnelles de la personne
  - a compris sa maladie,
  - les enjeux du choix,
  - peut exprimer un choix et le justifier
  - il est stable dans le temps
- Légitimité du rôle de la famille
  - Expriment ce que la personne aurait voulu?
  - Expriment qu'ils comprennent des souhaits actuels de la personne?
  - Expriment ce qu'ils souhaitent?

## Les représentations



- Du médecin et du patient
- La chirurgie
  - « Quitte ou double »
- La chimio
  - L'image du cancer
  - Petite? Grosse?
  - Combien de temps?
- Interroger le patient+++

## La collégialité : RCP



- Objectivation de la situation
- Discussion d'égal à égal
- Chacun apporte ses compétences
- La discussion doit permettre un consensus autour de l'intérêt du patient
- Où est le patient?

## Les distorsions décisionnelles



- **L'excès de confiance**
- **L'effet de fixation** (sur les premières infos)
- **L'effet de confirmation** (de nos choix passé)
- **L'effet d'accessibilité mentale**
- **L'effet de représentativité**
- **L'effet d'engagement**

Robins and Judge, Comportements organisationnels



## Pour y remédier



- Se fixer des objectifs (ceux du patient...)
- Rechercher des infos qui infirment ses convictions, intuitions...
- Ne pas donner de sens au hasard
- Multiplier les options

## Autres biais fréquents dans la décisions



- Anticipation erronée des souhaits du patient (projection de nos propres valeurs)
- Le laisser décider sans lui en donner les moyens (information biaisée)
- Traitement de facilité
  - Pour qu'il garde espoir?
  - Pour que sa famille garde espoir ?
  - Pour que son Dr garde espoir?
  - Pour s'épargner une discussion pénible?

*Espoir ou illusion?*

## Coût du traitement



- Un traitement inutile est toujours trop cher
  - Quel est le prix de l'illusion?
  
- Qui doit poser les limites ?
  - L'état
  - Les sociétés savantes
  - Les institutions
  - Les médecins
  
- « La justice » est un des principes de l'éthique médicale



« Être utile, ou du moins ne pas nuire »

HIPPOCRATE