

# **Vieillesse et cancer vulnérabilité et dépendance**

*Toulouse congrès SFPO 17-18.11.2011*

*Prof. Patrice Guex*

*Département de psychiatrie*

*CHUV Lausanne*

# Dépendances planification sanitaire

- Politiques publiques : planification besoins de la population
- Débat abordé sous l'angle technique de la couverture financière du risque des dépendances avec ses enjeux démographiques et financiers
- Processus de « médicalisation » objectivation, des modes d'accompagnement des personnes âgées

# Dépendances

- L'engagement des familles et des bénévoles auprès des aînés
- L'investissement des solidarités de proximité avec l'appui aux aidants familiaux, réseaux (création de solutions de répit, formation des aidants)
- Les axes du plan Alzheimer et des maladies apparentées 2008-2012

# Dépendances

- Débat éthique qui interroge l'ensemble de nos sociétés dans leurs relations au vieillissement et de la place qu'elles réservent aux personnes âgées en perte d'autonomie et en souffrance aujourd'hui et demain.
- Les personnes âgées de demain ne seront plus les mêmes.
- Transition épidémiologique lie changements sociaux et démographiques à des modifications de patterns des maladies (mal.chroniques)
- Les modes d'accompagnement vont devoir évoluer, s'adapter.

# Dépendances

- Facteurs de complexité supplémentaire, lorsque ces mêmes personnes sont atteintes par la maladie physique aigue, grave
- Quelle réflexion sur les projets personnalisés de soins peut être établie pour elles, avec elles.
- C'est là que la dimension éthique de l'accueil de l' « autre » prend un caractère singulier.

# Dépendance

- Du malade (alors je ne pourrai plus..?)
- Personnelle, Corporelle, Décisionnelle, Sociale et économique
- Du soignant, de l'entourage (comment l'autonomie/la dépendance est-elle jugée possible par autrui ?)
- Degrés d'autonomie, échelles de dépendance et de compétences (discernement, consentement)
- Respect de la volonté, de la dignité, des désirs même irrationnels du patient (part invincible de soi jusqu'au dernier souffle)
- Quelle autonomie persiste face à la perte d'autonomie?
- Préserver une conscience de ce qu'est et demeure la personne au-delà des apparences (mêmeté, ipséité)

# Fragilité

- Frail = dépendant: vocabulaire des politiques sociales, 1990
- Frailty: faiblesse, frêleté, fragilité humaine, précarité,
- Concept évolutif
- Frail elderly: syndrome gériatrique, marqueurs
- Etat physiologique du sujet âgé et descripteur d'un état social d'isolement, et fragilité humaine (constitution, santé fragile)
- Prise en charge globale sujet âgé, fondements de la gériatrie

# Vulnérabilité

- Vulnérabilité biologique et génétique
- Populations : Fragilité, précarité, insécurité
- Vulnérabilité humaine, sociale et urbaine (sc-soc)
- Incertitude, instabilité du lendemain, facteurs de stress et de risques, marginalisation, exclusion
- En articulation avec coping, résilience (sur-adaptation)



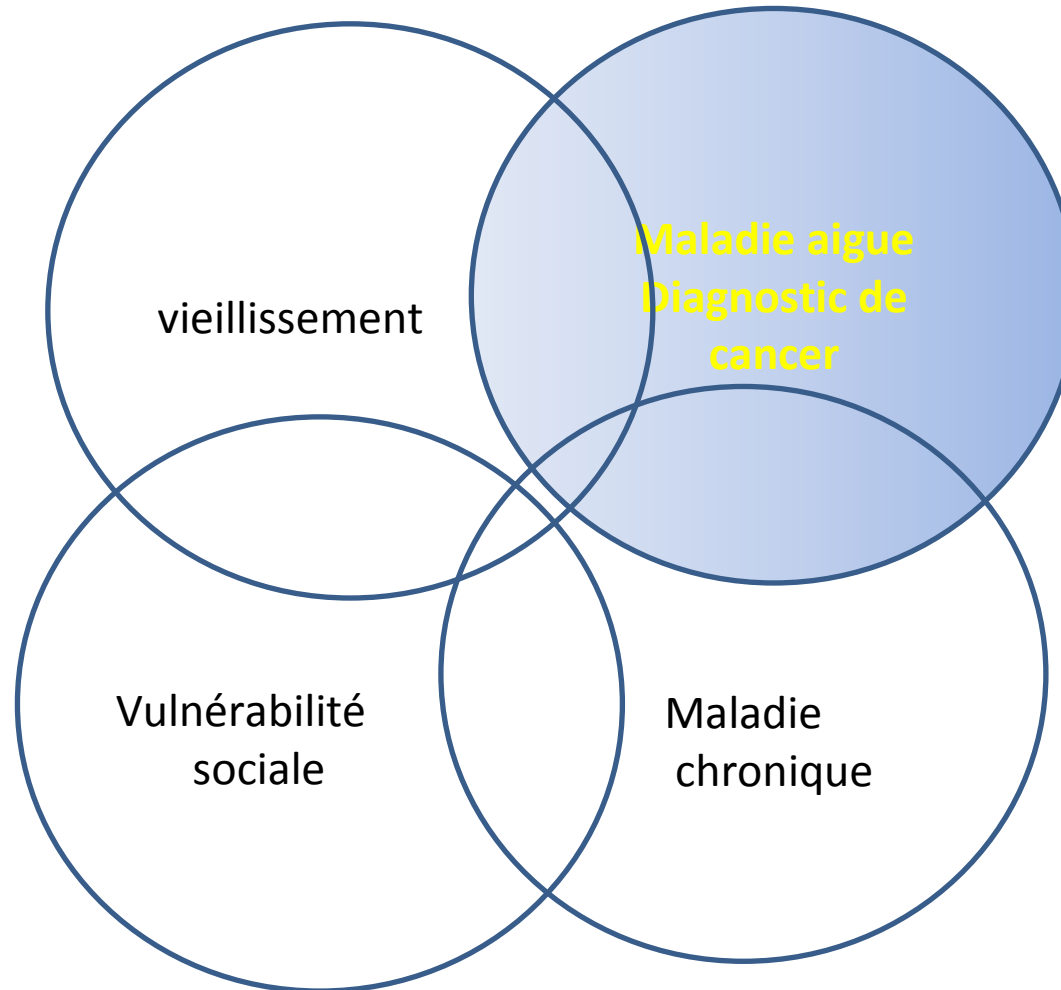
# Médico-social

- Frail : processus particulier de fragilisation, un être un devenir, fragile et fragilisation (médical)
- Vulnérable plutôt psychologique, sociologique articulé autour de sujet/patient
- Équilibre homéostatique menacé par n'importe quel événement de vie.
- Essai de quantifier la notion, index de risque médical et social (prévention sanitaire et sociale)
- Etat de base économique instable, sur une fragilité physique ou sociale d'une part et de processus graduels ou brutaux (accident)

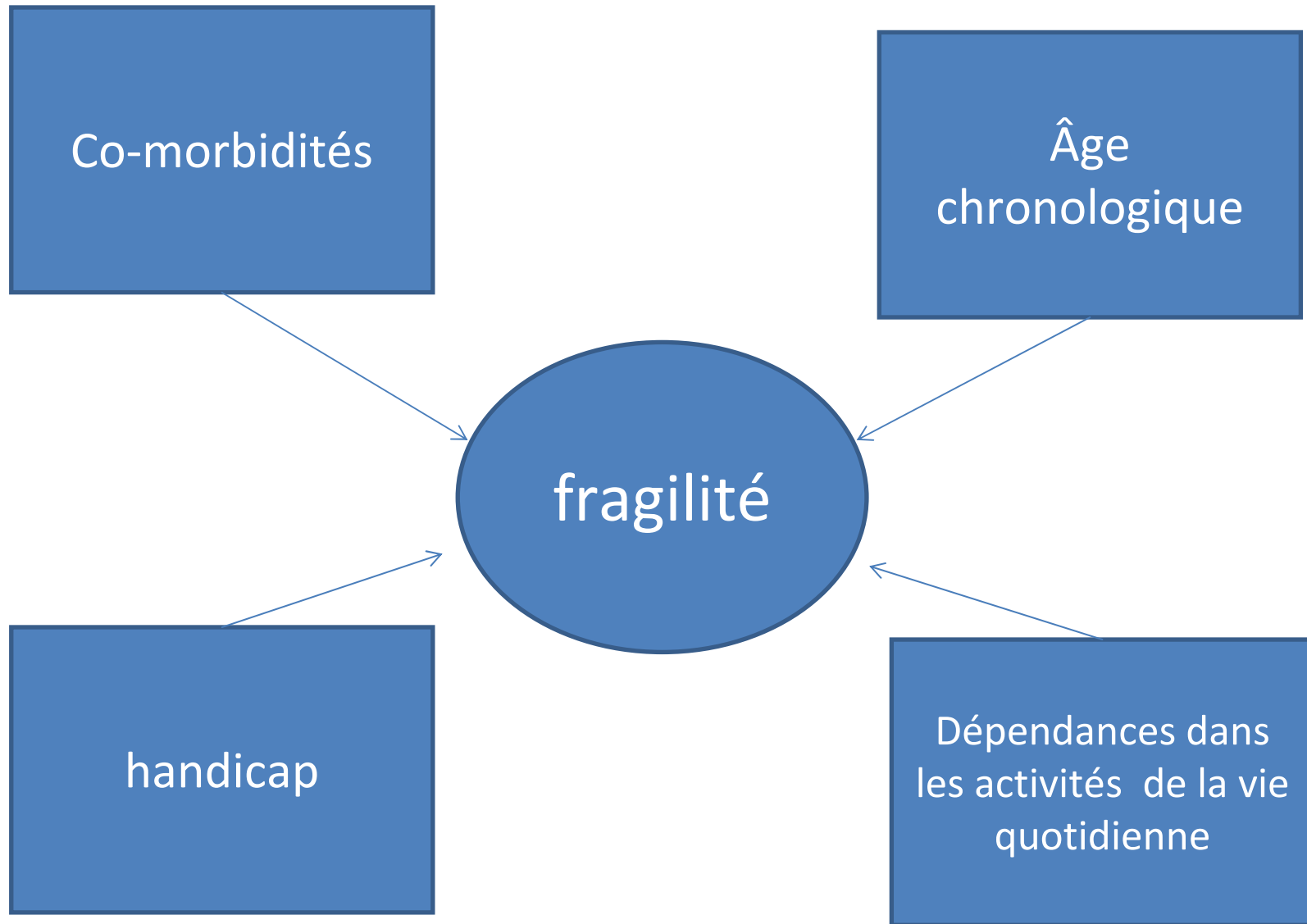
## Working definition of frailty

- Over age 85 ?
- Fall in last 12 months ?
- Two or more long term conditions ?
- Social care support at home (at least daily) ?
  
- If yes then patient is FRAIL ELDERLY

Les grands utilisateurs de l'hôpital ont une superposition de facteurs liés à l'âge à la maladie et à l'environnement, vulnérabilités physiques et sociales



## Défis gériatriques



# Critères de vulnérabilité

**Age >85 ans**

**Syndrome gériatriques  $\geq 1$ :**

- Démence
- Syndrome confusionnel
- Dépression
- Incontinence
- Chute
- Ostéopathie fragilisante
- Dénutrition sévère
- Maltraitance
- Altération état général

**Dépendance ADL  $\geq 1$**

- Continence urinaire
- Transfert lit/fauteuil
- Aller aux toilettes
- Alimentation
- Toilette
- Habillement
- **Co-morbidité  $\geq 3$**
- Cardiovasculaire
- Pulmonaire
- Rénale
- Endocrinologique
- Rhumatologique
- Hématologique

# Oncogériatrie et chimioth

- **Groupe 1 HARMONIEUX** : Pas de dépendance, Pas de co-morbidités engageant le pronostic vital
- **Espérance de vie liée au cancer**
- **Chimioth pleine dose, prolongeant la survie**
- **Groupe 2 INTERMEDIAIRE** : Dépendance (ADL > 1) et/ou 1 ou 2 co-morbidités
- **Espérance de vie moindre à celle du cancer**
- **Adaptation des doses selon tolérance au TTT**
- **Groupe 2 mauvaise tolérance ou Groupe 3 FRAGILE** : Soins palliatifs

# Précarité de la dimension d'être humain

au sens que la vie se présente comme une destinée, essai, échec

- Précarité fondamentale du fait même d'être humain\* (\*Judith Butler Vie précaire Paris Ed Amsterdam 2005)
- Précarité de la vie finissante et commençante, précarité de l'humain (\*P.Ricoeur, Soi-même comme un autre, Paris, Seuil, 1990; la Mémoire, l'Histoire, l'Oubli, Seuil 2000)
- L'humain est la personne qu'il est (ontologie de l'humain)

# Permanence de l'être humain

- Exclusion quand ressources imaginatives ne peuvent plus prendre en compte l'autre, un sujet singulier
- Processus de déshumanisation (Cora Diamond)
- La qualité humaine d'une vie c'est la possibilité de la faire varier en imagination
- Continuer de percevoir la personne, même totalement fragilisée, vulnérabilisée comme toujours imaginative, ou digne d'imagination



# Permanence de l'humain

- Approche non seulement compassionnelle, référée à une logique d'assistance ou de soin, mais rendue possible parce qu'issue d'une perception dans un corps, celui de l'intervenant qui peut se sentir lui-même vulnérable
- Transfert en imagination non seulement de vulnérabilité mais aussi d'agentivité (Guillaume le Blanc, Que faire de notre vulnérabilité ? Bayard 2011)

# Ethique de la pratique clinique

La *sollicitude* face à la *vulnérabilité* et à la fragilité du malade (inégalité de savoir et de souffrance)

La capacité *d'accueil* de l'autre souffrant dans un climat de *confiance*

n La mise en œuvre de moyens médico-techniques, soit la *bienfaisance* médicale

n La *non-malfaisance* (*primum non nocere*)

n *l'équité* (justice distributive)

# Ethique de la pratique médicale

## *Dimensions éthiques de la clinique*

- Répondre à la souffrance et à la sollicitation du malade
- Etant donné la prédominance de la conception biomédicale de la maladie, le soignant/MD doit être particulièrement attentif
  - au sens de son activité clinique
  - aux valeurs en jeu dans cette activité
  - à la visée singulière de son acte (projet de soin)

# Valeurs et missions I

- n Comment ces valeurs peuvent-elles être ordonnées à ces missions dans une situation singulière?
- n Comment ordonner ces valeurs à un projet de soin singulier élaboré en commun avec un patient, dans le cadre d'une relation de confiance?

## Valeurs et missions II

n Les soignants devront faire preuve d'une aptitude (d'une vertu) à individualiser leur prise en charge

n Ils devront faire preuve d'une « prudence à plusieurs », au sens de l'aptitude à réaliser ensemble une action « idoine » dans une situation particulière

## Éthique du soin Le paradoxe de la médecine

### **Les soignants doivent faire face au paradoxe suivant**

- Adopter une attitude scientifique à la **quête du « bon » diagnostic et du « bon » traitement** afin de maîtriser le cours de la maladie ou des symptômes
- Adopter une attitude « empathique » envers le malade - impliquant un **abandon de maîtrise** - afin d'appréhender le sens de la souffrance de ce dernier
- C'est la compréhension de ce « sens » qui devrait orienter le **projet de soins personnalisés**

# L'éthique face au paradoxe de la médecine

C'est au cœur de ce paradoxe que va  
s'exercer la responsabilité éthique des  
soignants, à la recherche commune - dans le  
cadre d'une démarche interdisciplinaire - de la  
meilleure action possible pour le malade

# La prudence médicale

Capacité à trouver de concert la norme  
« idoine » dans une situation particulière,  
à la trouver non pas de manière abstraite mais  
en la réalisant



## Jalons pour une éthique de responsabilité

### Valeurs et missions

- Le moment de l'éveil « éthique » à la souffrance (*la sollicitude, le respect de l'intégrité, de la dignité*)
- Le moment du pacte de soin basé sur la confiance (*le climat de confiance*)
- Le moment de la technique (*la bienfaisance et la non-malfaisance, l'équité*)
- Le moment de la réalisation du projet de soin (*l'actualisation de la « sollicitude critique »*)

## Une approche d'éthique clinique « prospective »

- Quelles sont les valeurs en jeu?
- Quelles sont les tensions éthiques?
- Quels projets de soin pourraient être proposés?
- Quel est le projet de soin approprié?

# Approche d'éthique clinique « prospective »

Lors de l'élaboration commune d'un projet de soin, il est important d'être attentif à la structuration narrative de ce dernier

# Niveaux éthiques de l'action

- Réalité des faits cliniques
- Le bien tel que le patient le perçoit (niveau des normes individuelles, autonomie)
- Le bien tel que le code professionnel le conçoit (déontologique, bienfaisance)
- Les représentations sociales du bien (niveau des normes contextuelles, justice)
- Sagesse pratique, niveau prudentiel (choix)

# Qualité des soins : différents niveaux de la décision médicale

