

# ANNONCE A UN PATIENT VULNERABLE

DR DAUFFY-ALLAIN AGNÈS  
CLINIQUE SAINT JOSEPH  
TRÉLAZÉ

# QU'EST CE QU'UN PATIENT VULNERABLE ?

- ▶ Selon l'Organisation Mondiale de la Santé , « la personne vulnérable est celle qui est relativement (ou totalement) incapable de protéger ses propres intérêts. »
- ▶ Définition Larousse : « 1. Qui est exposé à recevoir des blessures, des coups; 2. Qui est exposé aux atteintes d'une maladie, qui peut servir de cible facile aux attaques d'un ennemi. 3. Qui, par ses insuffisances, ses imperfections, peut donner prise à des attaques. »

# EN GERIATRIE :

- ▶ On parle de patient fragile. Par opposition : patients robustes et patients dépendants.
- ▶ « La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress »... « L'âge est considéré comme un déterminant de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome ».  
Société Française de Gériatrie et de Gériatrie, 2011
- ▶ Les personnes “fragiles” présentent des signes de déficiences de certaines capacités fonctionnelles.
- ▶ Les éléments de fragilité repérés doivent être pris en charge et certains peuvent être corrigés.
- ▶ L'objectif est de limiter le risque d'entrée en dépendance ou de le retarder.

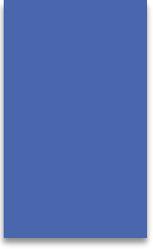
# COMMENT LE REPERER ?

- ▶ Pas « d'instinct » car certains éléments peuvent être pièges (degré variable dans les troubles cognitifs, différence Alzheimer/ Vasculaire ; anosognosie)
- ▶ En gériatrie : Critères objectifs via l'Evaluation Gériatrique Standardisée
- ▶ En cancérologie : G8 pour les patients de plus de 75 ans atteints de cancer :
  - 8 questions, temps < 10 minutes
  - Rempli à l'initiative de l'oncologue ou du spécialiste d'organe ayant en charge le patient.
  - Score < ou = à 14 suggère une fragilité gériatrique

	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
	<b>SCORE TOTAL</b>	<b>0 – 17</b>

# QUELQUES RAPPELS DE LA LOI

- ▶ Le diagnostic appartient au patient +++
- ▶ Même quand le patient est sous tutelle
- ▶ Personne de confiance (qui doit être désignée au moment où le malade disposait de ses facultés de discernement). Elle ne peut pas se désigner elle-même. Désignée par le malade, consacrée par la loi et insérée dans le Code de Santé publique.
- ▶ Attention aux tentations de substitution des proches aux prérogatives habituelles du patient surtout quand la démence est présente.
- ▶ Directives anticipées ?

- 
- ▶ « En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci , sauf opposition de sa part »
  - ▶ Le patient dément reste un adulte qui a le droit de participer aux décisions médicales et d'envisager son futur en conséquence.

Selmes J, Derouesné C. Réflexions sur l'annonce du diagnostic de la maladie d'Alzheimer. Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2004; 2(2):133-40

- ▶ Droit de refuser un projet thérapeutique. Mais à l'inverse , ne peut pas imposer un traitement si l'équipe estime que c'est déraisonnable

# ANNONCE A UN PATIENT AGE

- ▶ Le sujet âgé a évolué dans un monde médical paternaliste avec des comportements en conséquence (pose peu de questions, n'ose pas se prononcer sur la prise en charge préconisée etc .....)
- ▶ Le patient âgé souhaite savoir et rester maître de sa vie.

« Should elderly patients be told they have cancer? Questionnaire survey of older people » A Ajaj, MP Singh, AJJ Abdulla BMJ, nov 2001

- ▶ Toujours un traumatisme pour le patient.
- ▶ L'idée de la mort est parfois acceptée. Importance accrue donnée à la qualité de vie.
- ▶ Attention : aux troubles sensoriels, à l'inconfort, aux antécédents de cancer, au syndrome dépressif
- ▶ Demande forte de la famille d'être impliquée dans la prise en charge.

# PARTICULARITES DES PATIENTS AVEC DES TROUBLES COGNITIFS

- ▶ Pas systématiquement synonyme de troubles du jugement.
- ▶ Le diagnostic doit être annoncé clairement (de façon progressive !) , mais il n'est pas souhaitable de chercher à convaincre le patient (valeur défensive à respecter, chez le patient anosognosique peut être inutile ou traumatisant)
- ▶ Avoir conscience que le diagnostic peut être oublié : pas d'annonce à répétition !
- ▶ Le diagnostic peut être fait tardivement avec des formes parfois évoluées et des ressources thérapeutiques limitées. Parfois, des décisions sont à prendre en situation de crise, en urgence.

# PLACE DU GERIATRE DANS L'ANNONCE

- ▶ 2 possibilités: - demande de cs d'onco-gériatrie par un spécialiste d'organe ou un oncologue  
- découverte néoplasie pendant hospitalisation de gériatrie

=> Différentes possibilités d'annonce

# SI DEMANDE D'UN CONFRERE

- ▶ Parcours patient fait en 4 temps avec consultation d'annonce
- ▶ Consultation d'onco-gériatrie : - toujours commencer par vérifier ce que sait le patient en « interdisant » à l'aidant de parler à sa place (« démarche spontanée » de l'aidant).

- identifier et proposer un plan de soins

adaptés aux fragilités révélées

- ▶ Recherche les spécificités du patient et notamment les fragilités réversibles. Age physiologique ≠ âge chronologique
- ▶ « garde-barrières » ou « adaptateur »
- ▶ Ne pas rajouter une autre annonce douloureuse : priorité à l'encadrement

# SI DECOUVERTE PAR GERIATRE

- ▶ Identique à un autre patient, avec étapes diagnostiques progressives.
- ▶ Evaluation gériatrique déjà faite
- ▶ Recours à un confrère spécialiste pour avis et RCP obligatoire.
- ▶ Souvent des patients à des stades plus avancés que lorsque prise en charge par spécialiste d'organe ou cancérologue ET le plus souvent polypathologiques => Question de l'histologie ? Anticiper la prise en charge thérapeutique avant la confirmation histologique.

N'annule pas l'annonce du diagnostic !

# L'AIDANT

- ▶ Vérifier que accord du patient de parler devant lui
- ▶ Vérifier si protection juridique
- ▶ Ne peut rien imposer. 2eme avis si besoin
- ▶ Deuil difficile même si âgé.
- ▶ Source de tensions au sein des familles (vécus et positions différentes selon chacun)

# SON ROLE

- ▶ D'emblée impliqué et difficile car déjà aidant pour cognitif et rajout d'une autre pathologie avec le cancer
- ▶ Nouveau rôle est le plus souvent déjà acquis lorsqu'il y a des troubles cognitifs
- ▶ Soutien logistique, affectif et coordonnateur

# ATTENTION A L'AIDANT

- ▶ Le fardeau de l'aidant principal est plus élevé chez les patients atteints d'une pathologie démentielle que chez les patients atteints d'un cancer.

Etude du fardeau des aidants chez les patients âgés atteints de cancer ou de démence. J MASSIAS-ELIES, thèse Paris Descartes 2017

- ▶ Echelle de Zarit (auto-questionnaire)

# SOUTIEN DE L'AIDANT

- ▶ Un adage : 1 malade pas 2 ! Savoir souffler pour mieux aider !
- ▶ Principaux risques : dépression, vie personnelle altérée, risque de difficultés financières
- ⇒ Soutien médical et psychologique ; importance de la prise en charge sociale ; Réseau de support, associations d'aides aux aidants

# ET QUAND IL N'Y A PAS D'AIDANT

?

- ▶ Rôle de la prise en charge sociale, de l'anticipation de l'avenir ++
- ▶ Lutte contre l'isolement
- ▶ Augmentation du risque d'entrée en institution surtout si troubles cognitifs

# CONCLUSION

- ▶ Les écueils à éviter : ne pas informer le patient, effectuer une décision médicale seul en fonction de ses convictions personnelles, penser que les conséquences sont moindres chez le sujet âgé
- ▶ L'annonce au patient : toujours !
- ▶ RCP obligatoire
- ▶ Aidant : rôle majeur quand troubles cognitifs et lourdeur de l'aide => soutien