

Soins palliatifs gériatriques: quels repères en 2024?

Charles-Henri Serre, MD

EMSCP CHU de Liège

Département des soins palliatifs, Hôpital Valdor

2024: année de la planification anticipée des soins?

Loi droits des patients: révision 2024

- Art. 2 (...)
- 5° **planification anticipée des soins**: le processus continu de réflexion et de communication entre le patient, le(s) professionnel(s) des soins de santé et, à la demande du patient, les proches dans le but de discuter des valeurs, des objectifs de vie et des préférences en matière de soins actuels et futurs;
- 6° **déclaration anticipée**: la consignation par écrit, soit par un support papier ou par voie électronique de la volonté du patient pour le cas où le patient ne pourrait plus décider lui-même;
- 7° **personne de confiance**: une personne qui assiste le patient dans l'exercice de ses droits en tant que patient;
- 8° **représentant**: une personne qui exerce les droits du patient lorsque le patient n'est plus en mesure d'exercer lui-même ses droits en tant que patient."

Loi droits des patients: révision 2024

Art. 5. Le patient a droit, de la part du professionnel des soins de santé, à des **prestations de qualité répondant à ses besoins** et ce, sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite.

Le professionnel des soins de santé respecte la dignité humaine et l'autonomie du patient et tient compte des objectifs et des valeurs de ce dernier. Le cas échéant, le professionnel des soins de santé **organise à cet effet la planification anticipée des soins.**

Loi droits des patients: révision 2024

Art. 7

§ 1er. Le patient a droit, de la part du professionnel des soins de santé, à **toutes les informations qui le concernent** et peuvent lui être nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution probable.

Art. 8

§ 1er. Le patient a **le droit de consentir librement** à toute intervention du professionnel des soins de santé moyennant information préalable. Le patient et le professionnel des soins de santé visent à parvenir ensemble à une décision.

Loi droits des patients: révision 2024

Art. 8/1

Le patient a **le droit de refuser** une intervention **ou de retirer le consentement** visé à l'article 8.

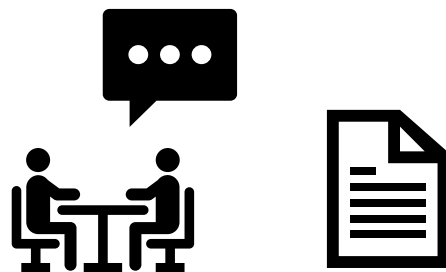
Art. 8/2

§ 1er. Un patient a **le droit d'enregistrer sa volonté** concernant une intervention déterminée pour un moment où il n'est plus capable d'exercer ses droits en tant que patient, **dans une déclaration anticipée.**

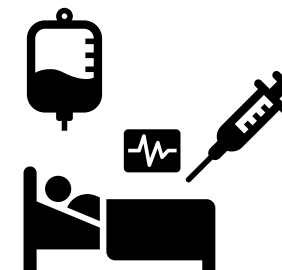
Trois termes à définir



Planification anticipée
des soins



Déclaration anticipée relative
aux soins



Limitations thérapeutiques

Planification anticipée des soins

Il n'existe pas réellement de définition consensuelle pour l'ACP, le Palliaguide propose la définition suivante:

« Un processus de réflexion et de discussion qui permet aux patients de comprendre, clarifier et de partager avec les proches et l'équipe soignante leurs valeurs, préférences et objectifs en matière de soins et de traitements à venir. »

→ Intérêt d'identifier les valeurs et souhaits du patient et d'en discuter avec lui,

Planification anticipée des soins

Cette démarche vise à :

« **établir un projet de soins individualisé** et le plus conforme possible aux souhaits du patient. Elle facilite les prises de décision dans les situations d'urgence et dans celles où il ne serait plus en état d'exprimer ses volontés. »

L'ACP :

- Est une **démarche structurée, dynamique et évolutive**
- Repose sur une **communication de qualité**

Mise en pratique de ces concepts: nutrition & soins palliatifs

Alimentation? Nutrition? En situation palliative

- Alimentation ≠ Nutrition
- Ce que l'on sait:
 - En phase avancée: il n'y a aucune preuve que la nutrition (artificielle) améliore la qualité ou la quantité de vie
 - La nutrition pour passer un cap
 - Il est essentiel de soulager la faim et la soif quand elles sont présentes

État nutritionnel et cancer

Cancer actif

Inflammation systémique

Hypercatabolisme

Asthénie, anorexie, altération des capacités physiques

Table 8.6.1 Expected duration of treatment required to result in clinical benefit

Treatment	Duration
Hydration	Hours to days
Providing energy, proteins, and other nutrients	Weeks
Improving physical activity	Weeks
Metabolic modulation	Days to weeks

Oxford Textbook of Palliative Medicine

Le refus alimentaire du sujet âgé en fin de vie

- Complexité:
 - Refus VS anorexie
 - Consentement VS capacité cognitive et physique
 - Moyen de communiquer VS mise en danger
 - Bienveillance VS autonomie & non-malfaisance
 - Patient VS entourage VS soignant

Facteurs décisionnels

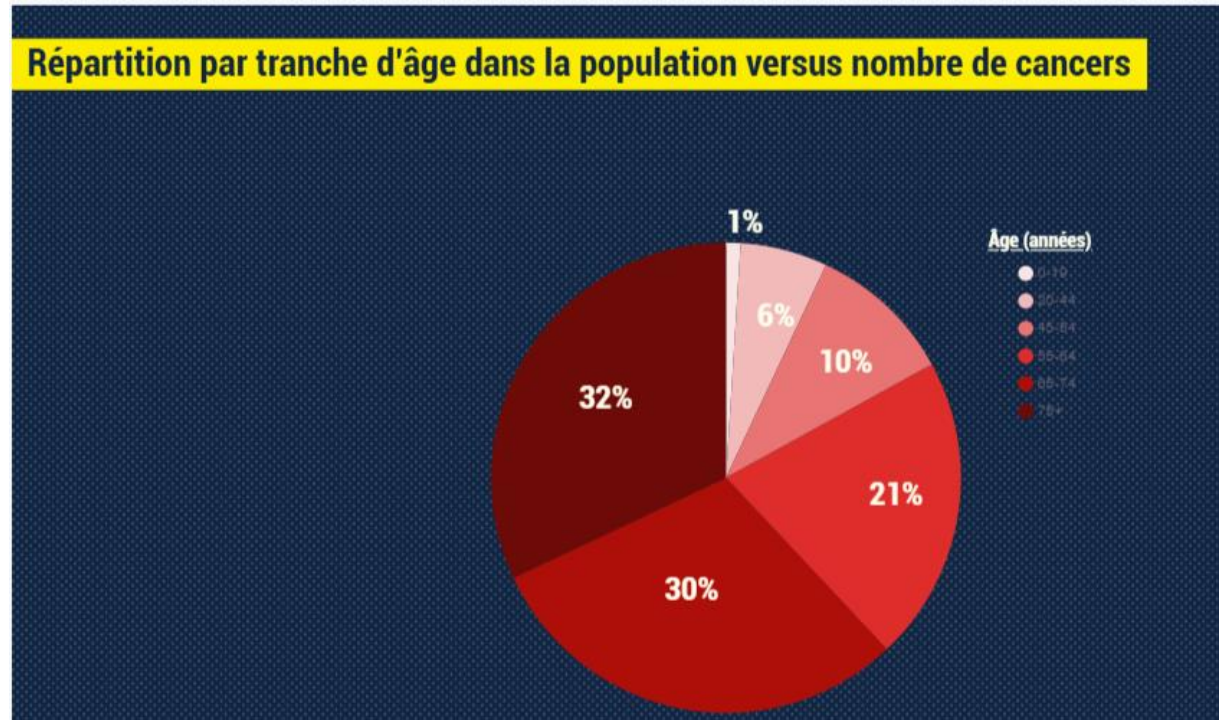
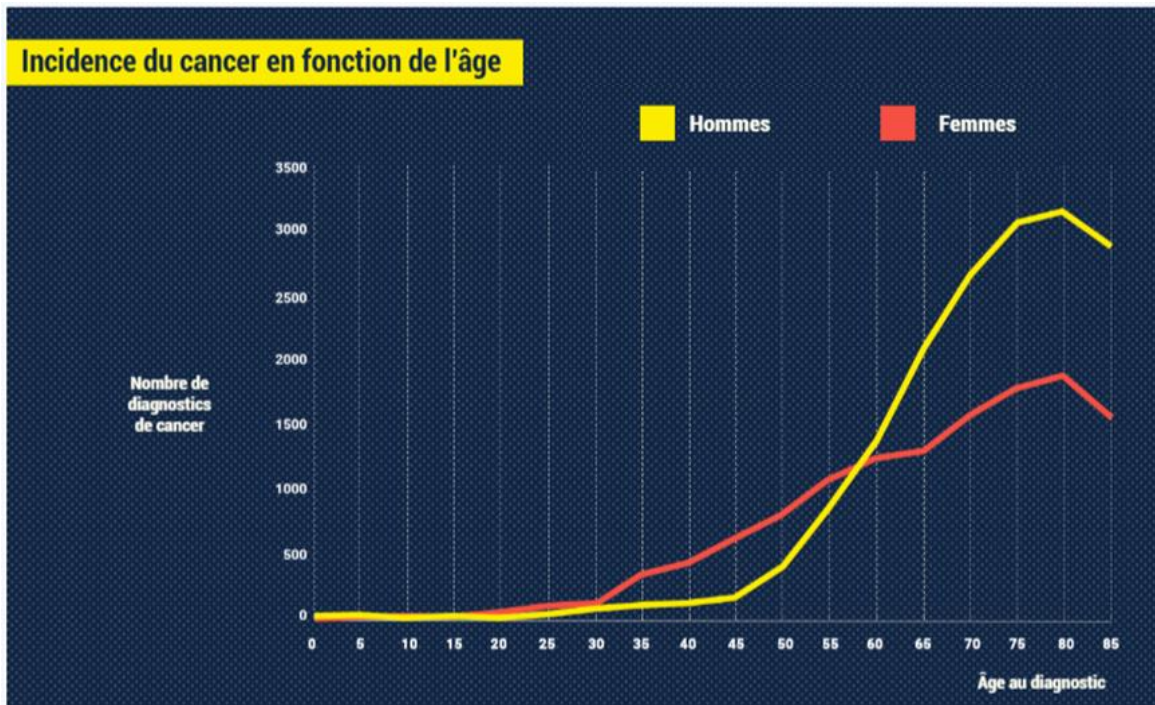
- L'état de dénutrition
- L'évolution prévisible de la maladie
- Les bénéfices attendus du traitement nutritionnel
- Les risques et inconvénient de ce support nutritionnel
- **Les souhaits du patient**

Alimentation & nutrition en situation palliative

- Explorer les possibles
- Abord pluridisciplinaire
- En somme réflexion éthique ou l'anticipation peu éclairer

Onco-gériatrie

Epidémiologie



All Oncologists Are Geriatric Oncologists...They Just Don't Know It Yet

By Stuart Lichtman, MD, FACP, FASCO
August 25, 2019

Développement de l'onco gériatrie

- Evolution démographique
 - Majoration de l'incidence des cancers
 - Ecart entre l'âge chronologique et l'âge biologique
 - Population sous représenté dans les études
-
- ⇒ Comment décider des traitements oncologiques?

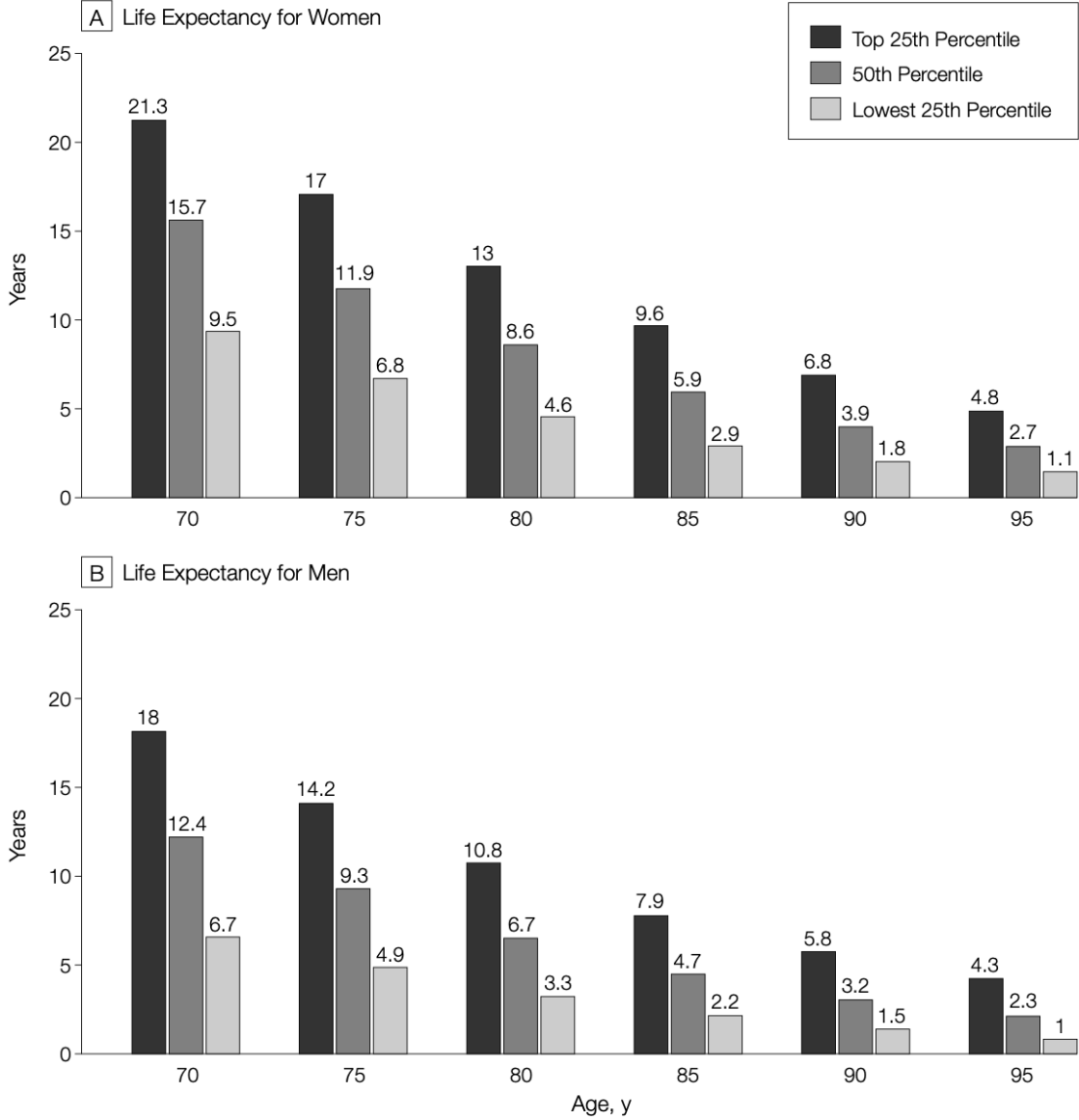
Concepts de fragilité et syndrome gériatrique



Concept de fragilité

Walter LC et al. JAMA 2001

Figure. Upper, Middle, and Lower Quartiles of Life Expectancy for Women and Men at Selected Ages



Data from the Life Tables of the United States.⁹

Concept de fragilité

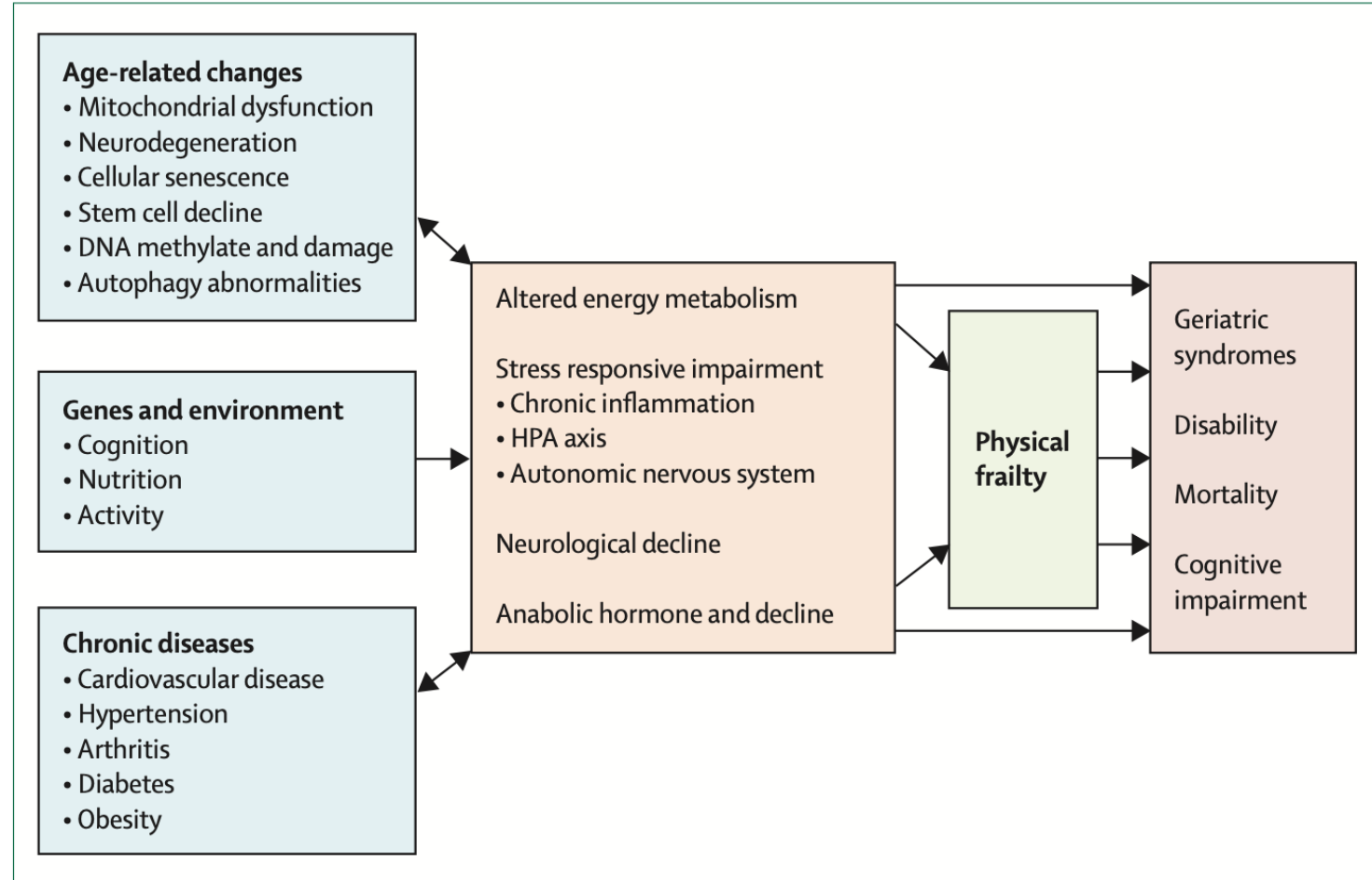


Figure: Model pathway for physical frailty

Reproduced from Michel et al¹⁰⁷ by permission of Oxford University Press. HPA=hypothalamic-pituitary-adrenal.

E Dent & A. Lancet 2019

Panel 1: Two main frailty assessment instruments

Frailty phenotype

Five criteria:

- Weakness: weak grip strength, lowest quintile stratified by sex and body-mass index
- Slow gait speed: lowest quintile of gait speed (m per s) stratified by sex and height
- Low physical activity: low energy expenditure, based on physical activity questionnaire
- Exhaustion: self-reported, based on two items from the Center for Epidemiological Studies Depression scale
- Unintentional weight loss: self-reported weight loss or measured weight loss of $\geq 5\%$ in past year

Frailty states: non-frail (0 criteria present), pre-frail (1–2 criteria present), and frail (≥ 3 criteria present)

Validated as consistent with a medical syndrome, linked to distinct biology

Key reference: Fried et al (2001)¹

Frailty index (deficit accumulation)

Counts health deficits (at least 30), such as:

- Signs
- Symptoms
- Diseases
- Disabilities
- Abnormal test results (eg, laboratory, imaging, electrocardiogram)

Health deficits should meet these criteria:

- Represent multiple domains of functioning or multiple organ systems
- The prevalence must increase with age
- Not be too common before the age of 65 (early saturation)
- The prevalence should not be lower than 1%

Frailty score = sum of health deficits present divided by total number of deficits measured

Continuous score between 0 and 1, higher scores indicate higher degree of frailty

Cutoffs are controversial, although ≥ 0.25 has been proposed to indicate frailty¹⁰

Key reference: Rockwood and Mitnitski (2007)⁹

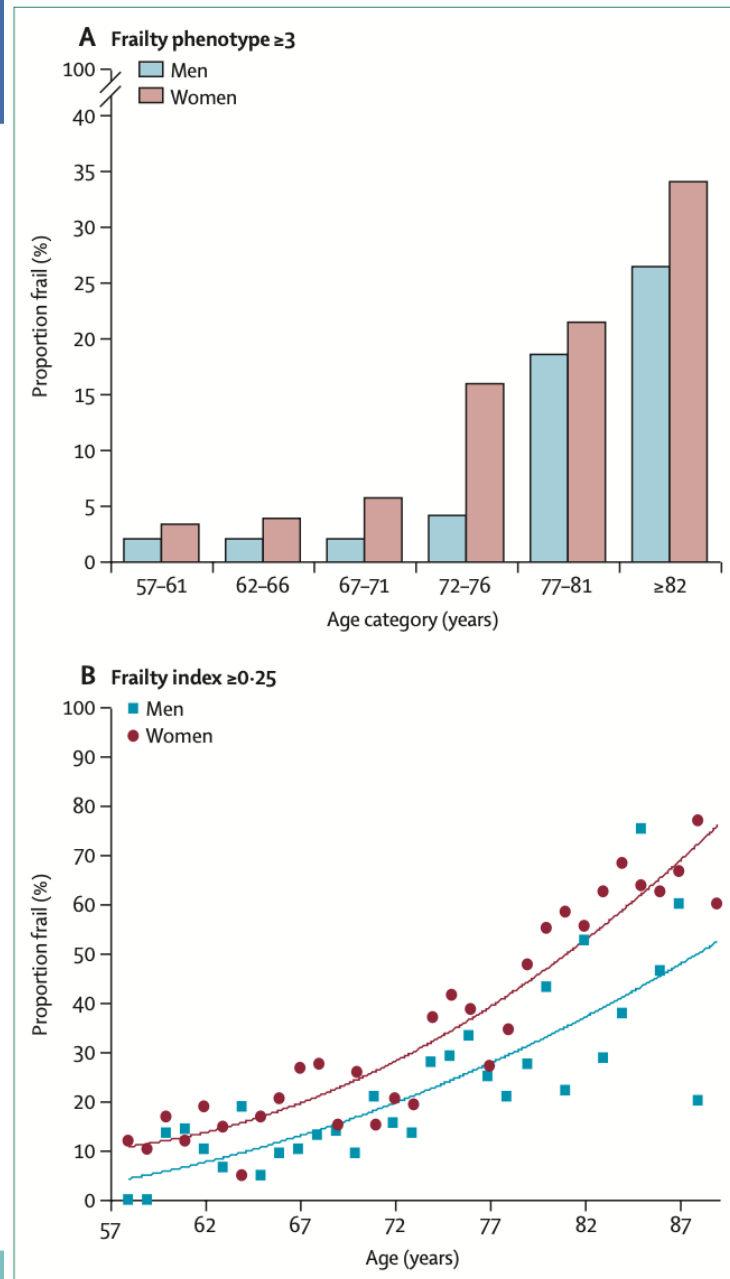
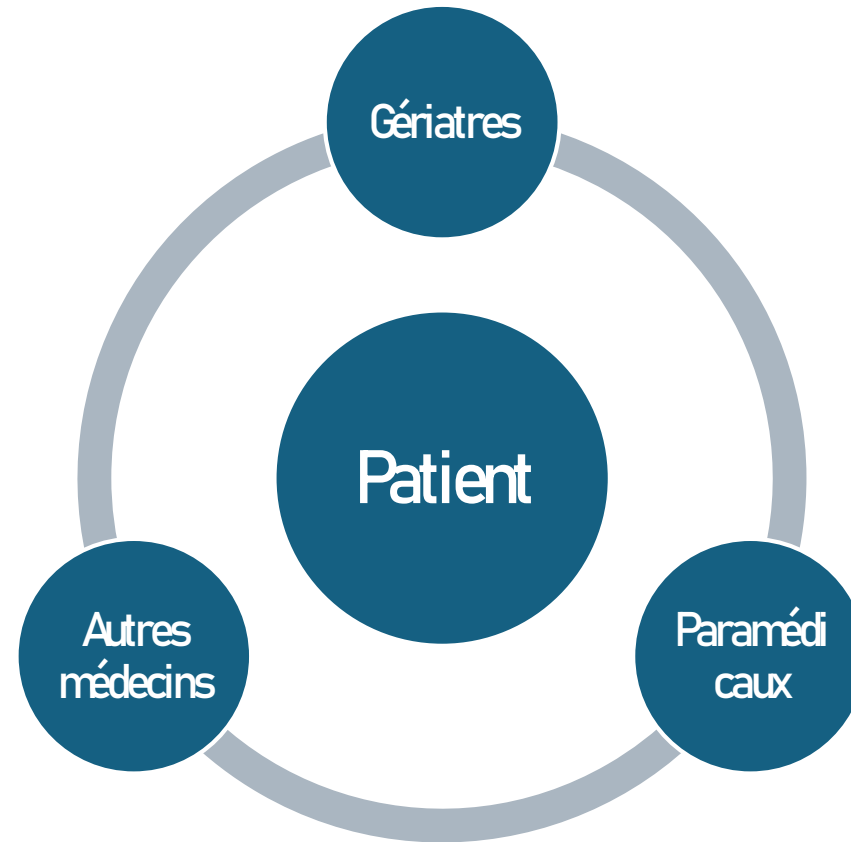
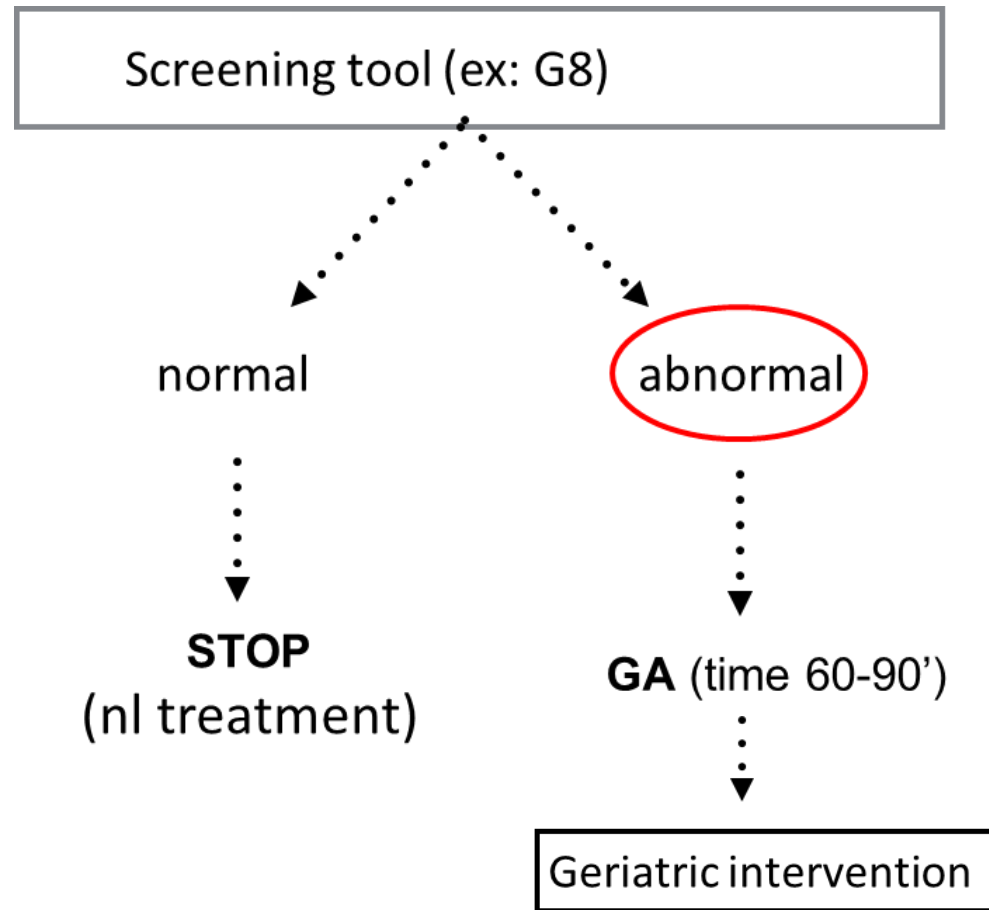


Figure 1: Frailty prevalence for men and women by age
Based on the frailty phenotype (A) and frailty index (B) using data from the Longitudinal Aging Study Amsterdam wave F (2005–06).¹⁸

Dépistage & bilan gériatrique



Bilan gériatrique: nécessité d'un test de dépistage



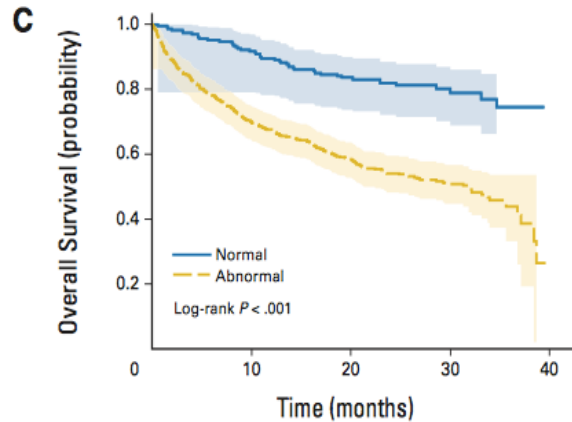
G8

- Anormal $\leq 14/17$
- Fragilité / vulnérabilité
- Déclin fonctionnel (dépendance)
- Chimio-toxicité
- Prognostic survie à 6 mois
- Sensibilité 89%
- Spécificité 60%

D'après Soubeyran P. *Validation of G8 screening tool in geriatric oncology: The ONCODAGI project.* JCO 2011;29:Abs9001.

Questions (temps médian de remplissage = 4,4 minutes)	Réponses	Cotations
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?	Anorexie sévère Anorexie modérée Pas d'anorexie	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Perte de poids dans les 3 derniers mois	>3 Kg Ne sait pas Entre 1 et 3 Kg Pas de perte de poids	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Motricité	Lit – Fauteuil Autonome à l'intérieur Sort du domicile	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Troubles neuro-psychiatriques	Démence ou dépression sévère Démence ou dépression modérée Pas de trouble psychiatrique	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Indice de Masse Corporelle = Poids/(Taille) ²	< 19 19 – 21 21 – 23 > 23	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Plus de 3 médicaments	Oui Non	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge?	Moins bonne Ne sais pas Aussi bonne Meilleure	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0,5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Age	> 85 ans 80 – 85 ans < 80 ans	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Score total		/17
Interprétation	> 14 = Prise en charge standard ≤ 14 = Evaluation gériatrique spécialisée	

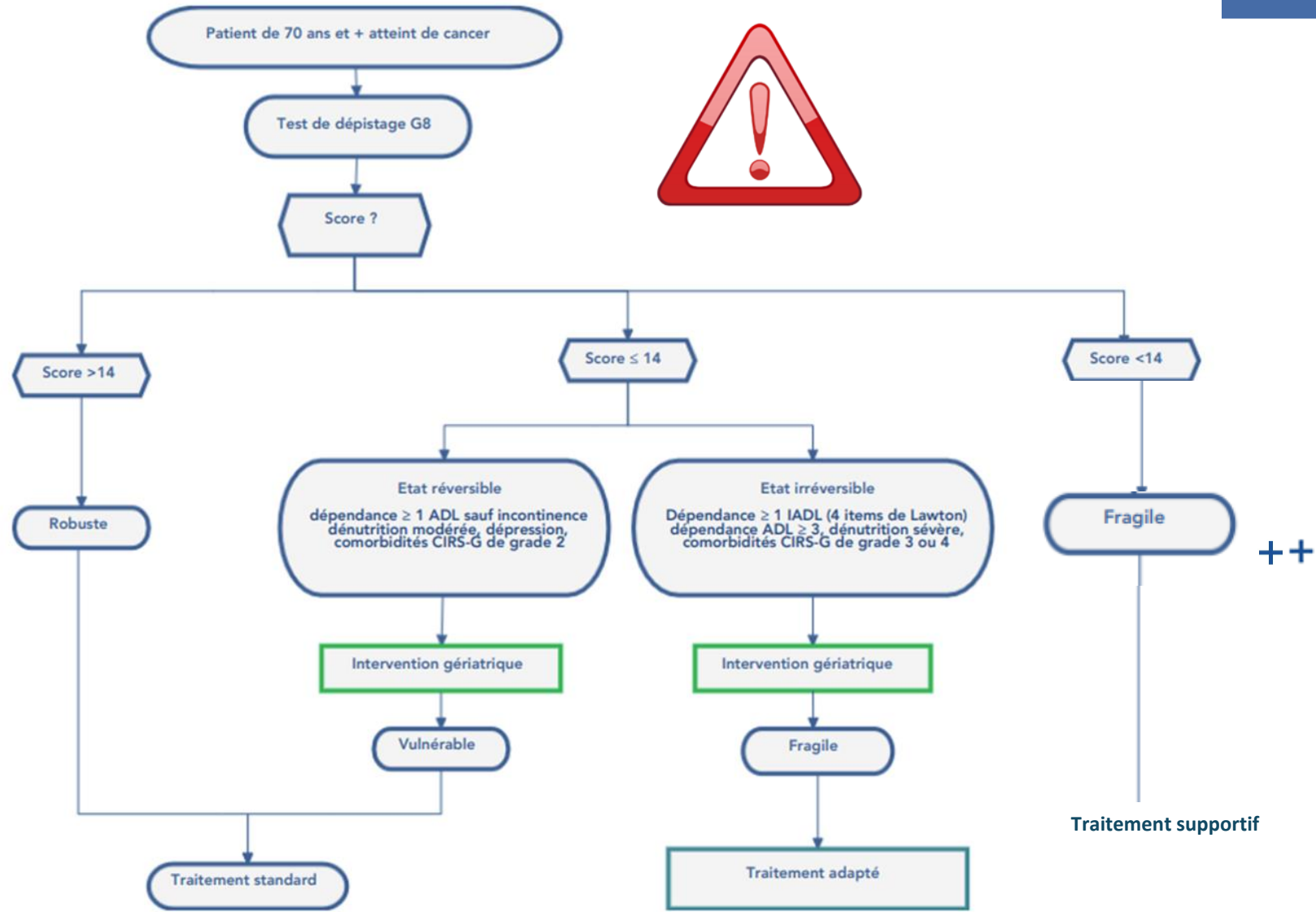
G8



No. at risk	0	10	20	30	40		
Normal	240	219	202	177	126	67	22
Abnormal	697	517	420	324	208	104	23

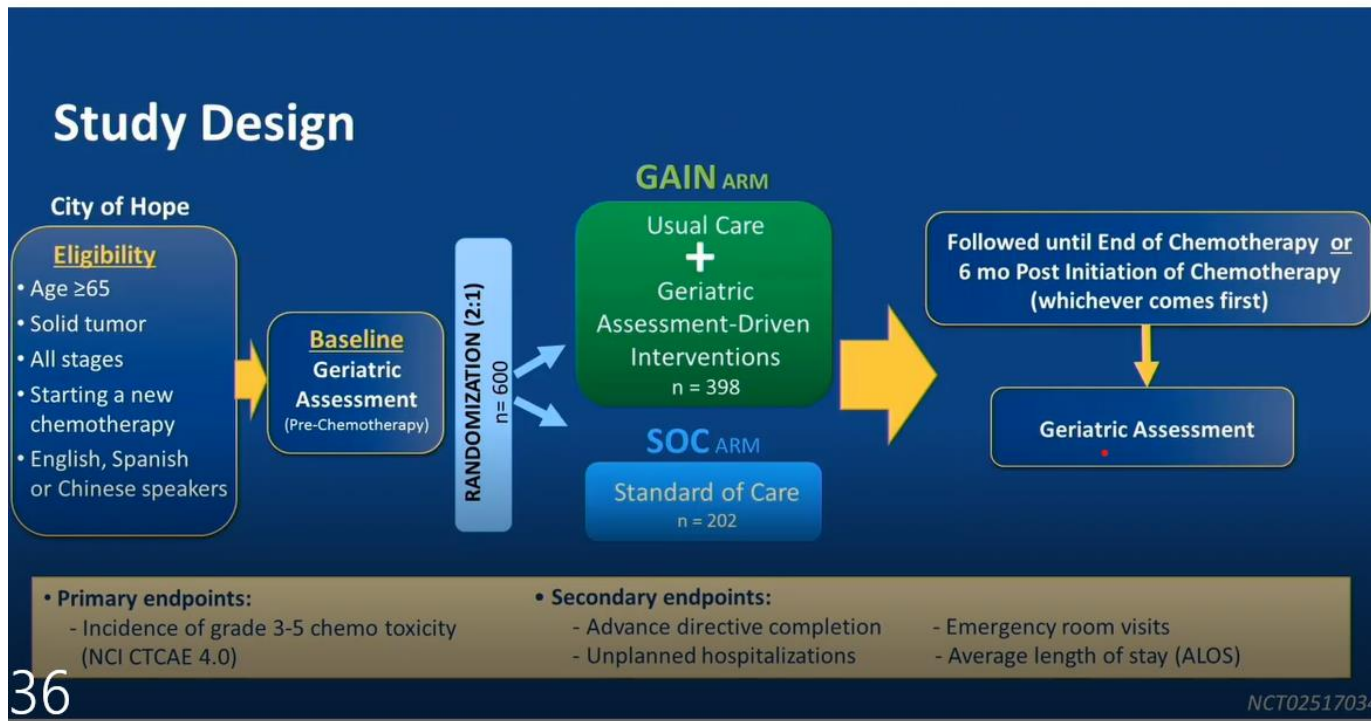
Fig 2. Prognostic value for overall survival of the Flemish version of the Triage Risk Screening Tool (fTRST), including fTRST (1), fTRST (2), and G8 (N = 937). Product-limit survival estimates with No. of patients at risk and 95% Hall-Wellner bands. (A) fTRST (1). (B) fTRST (2). (C) G8.

Kenis, JCO, 2014



Bénéfices de l'évaluation gériatrique

Etude GAIN



- Réduction effets secondaires (Gr 3-5)
- Réduction hospitalisations / déclin fonctionnel
- Réduction dose >> traitement complet
- Amélioration QoL

Daneng et al, JAMA Oncology, 2021

Equipe d'onco-gériatrie au CHU de Liège



Gériatrie – CHU Bruyères

Oncologie Médicale – CHU ICAB



Pr Sophie Gillain



Dr Marion Legros



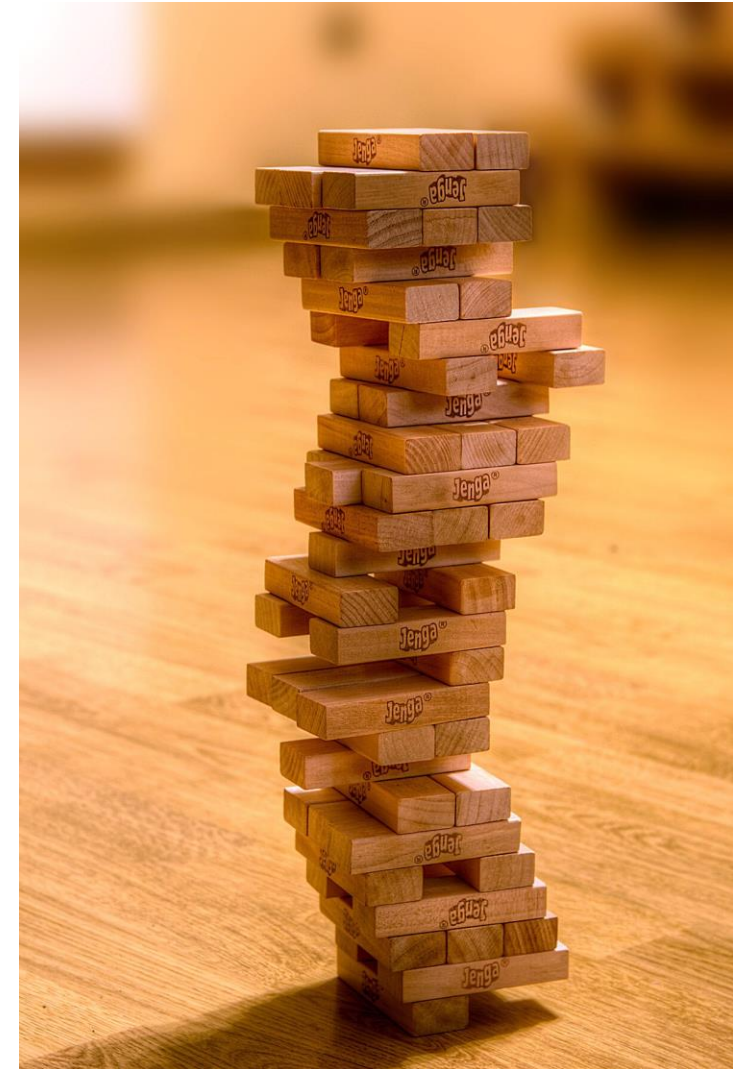
Dr Elodie Gonne

Onco-gériatrie

- Age seul n'est pas un critère de décision !
- Hétérogénéité
- Fragilité
- **G8 est indispensable**
 - Score >14 → traitement normal
 - Score ≤ 14 → vulnérable: traitement adapté
→ fragile: soins supportifs
- **CGA: multidisciplinarité + travail d'équipe**
- Importance d'inclure/développer des études cliniques

Conclusion

- Comment construire des soins sur mesure?
- Comment aborder la singularité de patient dans un environnement de soins complexes?
- Comment décider dans un environnement pléthorique et pourtant limité?



Il va mourir de faim, il va mourir de soif

- Faim exceptionnelle en situation palliative avancée
 - Quid traitements?
 - Faim ou envie de sensations alimentaires?
 - Quid possibilité alimentation?
- Soif: nettement plus fréquent
 - Pas améliorée par remplissage vasculaire
 - Bien améliorée par soins de bouche et lutte contre xérostomie
- Si (risque) souffrance durant derniers jours de vie: peut être une indication de sédation profonde et continue jusqu'au décès