Les enjeux éthiques en oncogériatrie en Tunisie

Ethical Issues in Oncogeriatrics in Tunisia

Imen Akkari

Département de gastro-entérologie, Hôpital universitaire Farhat-Hached, Université de Sousse, Faculté de Médecine de Sousse, Rue Mohamed Karoui, Sousse 4000, Tunisie.

Résumé

Contexte : L'oncogériatrie est une spécialité délicate prenant en charge les pathologies néoplasiques malignes survenant chez les sujets âgés. Des enjeux éthiques ont surgi, liés à la particularité de la population touchée mais aussi à la gravité de la pathologie.
But : Le but de cette revue est de rapporter et analyser les problèmes éthiques soulevés par l'oncogériatrie.
Résultats : L'oncogériatrie est une spécialité émergente développée suite à deux constatations épidémiologiques très importantes : le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de malades cancéreux. Une évaluation de ces malades à travers des scores élaborés est primordiale afin de déceler leurs besoins spécifiques. La particularité de cette population prédispose à plusieurs problèmes dont ceux liés à la situation d'une personne en fin de vie (l'acharnement thérapeutique, l'euthanasie…) et ceux liés au patient lui-même (capacités mentales de discernement et de consentement…). Les principaux enjeux éthiques discutés dans ce travail sont : l'accès aux soins ; la recherche ; le consentement et le droit à l'information et les problèmes de fin de vie. La gestion de ces enjeux fait appel aux quatre principes fondamentaux de l'éthique à savoir le respect de l'autonomie, la non malfaisance, la bienfaisance et la justice.
Conclusion: Le respect des quatre principes de l'éthique permet de gérer les problèmes éthiques. Cependant, en oncogériatrie, l'application de cette règle doit être bien évaluée du fait de la particularité de la population.

Mots-clés : oncologie ; gériatrie ; éthique

Abstract

Background: Oncogeriatrics is a sensitive medical specialty dealing with malignant neoplastic diseases in elderly patients. Ethical challenges have emerged due to both the specific characteristics of the affected population and the severity of the disease.
Aim: To report and analyze the ethical issues raised in oncogeriatrics.
Results: Oncogeriatrics is an emerging specialty that has developed in response to two major epidemiological observations: the aging population and the increasing number of cancer patients. Assessing these patients using specific scoring tools is essential to identify their particular needs. The unique characteristics of this population give rise to several ethical dilemmas, including end-of-life issues (such as therapeutic obstinacy and euthanasia) and those related to the patient's capacity for discernment and informed consent. The main ethical concerns discussed in this paper include access to care, research, consent and the right to information, and end-of-life issues. Addressing these challenges involves applying the four fundamental principles of medical ethics: respect for autonomy, non-maleficence, beneficence, and justice.
Conclusion: Adhering to the four principles of ethics provides a framework for managing ethical issues. However, in oncogeriatrics, applying these principles must be carefully evaluated due to the specific characteristics of the elderly population.

Key-words : oncology ; geriatric ; ethic

Correspondance
Imen Akkari
Département de gastro-entérologie, Hôpital universitaire Farhat-Hached, Université de Sousse, Faculté de Médecine de Sousse, Rue Mohamed Karoui, Sousse 4000, Tunisie.
Email: imenakkaribm@gmail.com

LA TUNISIE MEDICALE-2026; Vol 104 (05): 617-621 DOI: 10.62438/tunismed.v104i05.6215

Cet article est distribué selon les termes de la licence internationale Creative commons Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale 4.0 International(CC BY-NC-ND 4.0) qui autorise l'utilisation non commerciale, la production, la reproduction et la distribution, à condition que l'auteur original et la source soient mentionnés.

Introduction

L'oncogériatrie remonte à 1983 lors d'un symposium intitulé « Perspectives on prevention and treatment of cancer in the elderly » en partonariat entre le National Cancer Institute et le National Institute on Ageing américains. Sa création était basée sur la spécificité de cette population des malades et que leur prise en charge justifie des compétences particulières. (1)
Elle est définie par l'Institut National du Cancer (INCa) comme « le rapprochement de deux spécialités, la cancérologie et la gériatrie. Cette pratique vise à garantir à tout patient âgé atteint de cancer un traitement adapté à son état grâce à une approche multidisciplinaire et multi professionnelle. » (2)
L'oncogériatrie correspond, aux procédures de soins ayant comme objectif l'amélioration de l'état de santé des personnes âgées atteints de cancer. C'est une spécialité récente dont la création était essentiellement liée à la prévalence des cancers dans la population gériatrique. En effet, un cancer est diagnostiqué chez des sujets âgés de plus de 65 ans dans plus de 60 % des cas et 75 % des décès par cancer concernent cette tranche d'âge (3)
Il s'agit d'une population particulière des personnes présentant des besoins spécifiques tant au niveau médical que psychique. Elle est confrontée à plusieurs types de difficultés liée à une fragilité physique (les comorbidités, polymédication, les troubles liés à l'âge,) mais aussi mentale (troubles cognitifs…) et parfois socio-économique.
Depuis l'identification de l'oncogériatrie comme entité à part, plusieurs recommandations dédiés spécifiquement à cette population ont été élaborés (4,5)
La particularité de cette population sujette toujours à des questions incitant la réflexion : L'égalité des soins, l'implication des sujets âgés dans les études de recherche, Le consentement au soin d'une personne âgée présentant un ralentissement cognitif, l'acharnement, l'euthanasie.
La réponse à ces questions fait appel aux quatre fondements éthiques : l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice. Les tensions entre les principes fondamentaux contraignent souvent à hiérarchiser ceux-ci, en donnant la priorité à l'un au détriment des autres. Une telle dynamique conduit à une forme de « perplexité morale », définie comme l'incertitude éthique face au choix de la conduite la plus adéquate dans un contexte déterminé.
Le but de ce travail est de rapporter et d´analyser les problèmes éthiques rencontrés lors de la prise en charge des personnes âgées touchées par le cancer.

Les problemes ethiques en oncogeriatrie

Les problèmes éthiques rencontrés en oncogériatrie qui seront abordés dans cette revue sont l'accès aux soins, la recherche, le consentement et le droit à l'information et finalement les problèmes de fin de vie

L'accès aux soins :

Ces sujets sont exposés à un problème de discrimination par rapport à l'âge, se traduisant à toutes les étapes de la prise en charge.
L'accès au soin, est parfois retardé voire absent, par le choix de l'équipe soignante, les interventions chirurgicales, par le choix du traitement : avec un risque de sous-traitement mais aussi de traitements excessifs (excès de mastectomies lorsqu'un traitement conservateur du sein est possible par exemple)
Une sensibilisation des professionnels de la santé de l'importance de la prise en charge palliative chez la personne âgée est recommandée par l'organisation mondiale de la santé (OMS) qui propose d'instaurer des soins palliatifs, à domicile ou à la maison de retraite (6)
La recherche d'une diminution du nombre de médicaments et/ou la peur d'effets secondaires psycho-cognitifs ne justifient pas le report des traitements antalgiques mais un recours plus systématique à une prise en charge spécialisée.
Le code de déontologie médicale Tunisien déclare dans l'article 3 que ; le médecin doit soigner avec la même conscience tous ses malades sans discrimination aucune (7).

La recherche

Les données thérapeutiques en oncogériatrie découlent de trois types de recherche : des essais thérapeutiques conduits sans limite d'âge, des protocoles spécifiques de cette population de patients âgés, plus rares et finalement la recherche épidémiologique rétrospective réalisée à partir de bases de données
Il est noté une sous-estimation de la population des sujets âgés dans les essais cliniques. Parmi les raisons: un déclin de la réserve fonctionnelle, une escalade des comorbidités, l'absence de systèmes de soutien social et un accès réduit aux essais cliniques (8).
Les patients incluent dans les essais cliniques doivent être raisonnablement représentatifs de la population qui sera traitée ultérieurement par le médicament tel le cas de l'oncogériatrie.
Feng et al. a mis en évidence que le traitement des patients âgés atteints de cancer s'écarte souvent des recommandations (9).
La recherche en oncogériatrie a comme objectifs d'assurer une meilleure connaissance des particularités des sujets âgés en oncologie afin de leur proposer une prise en charge spécifique et de constituer des référentiels de traitement adaptés aux particularités des sujets âgés et de leurs comorbidités (posologie, durée, doses …)
L'objectif ultime étant d'homogénéiser les protocoles de traitement et ainsi de développer des nouveaux référentiels.
Cependant, la recherche dans cette population est confrontée à plusieurs obstacles. Cela a été récemment illustré par l'étude française du groupe GERICO, évaluant la tolérance d'une association de doxorubine liposomale et de cyclophosphamide chez des femmes âgées de plus de 70 ans traitées pour cancers du sein en adjuvant.

Une analyse complémentaire a examiné le taux d'échecs à l'inclusion : sur 70 patientes considérées comme potentiellement incurables, 60 ont finalement été jugées évaluables, 12 se sont révélées inéligibles, 40 ont reçu une proposition de participation à l'essai, dont 2 l'ont refusée. (10).

L'amélioration de la prise en charge en oncogériatrie ne peut se faire donc que par la réalisation d'essais thérapeutiques spécifiques. Une consultation et une évaluation en oncogériatrie en se basant sur les scores d'évaluation est d'un grand apport (11,12).

En appliquant les quatre principes éthiques sur la recherche en oncogériatrie, les constatations sont les suivantes:

- En se basant sur les principes de bienfaisance et non malfaisance, il faut adapter la prise en charge selon la particularité de la population et donc avoir des meilleurs résultats et moins d'effets secondaires
- Pour le principe de la justice il est primordial de faire appel à l'équité entre les patients et le droit donc de mettre à jour les nouveautés thérapeutiques .
- Et finalement pour le principe de l'autonomie il est important de savoir que les troubles cognitifs ne sont pas forcément synonymes de troubles du jugement. Ainsi les patients qui le peuvent doivent participer à la décision thérapeutique.

L'obligation de l'information et du consentement avant les essais cliniques est mentionnée dans le code de déontologie médicale de la Tunisie (7) :

Article 106 : La nature, le motif de l'expérimentation et les effets sur la vie et la santé du sujet de l'expérience doivent être expliqués par le médecin.

Article 107 : L'expérimentation sur un être humain ne peut être entreprise qu'avec le consentement libre et éclairé du sujet.

Le représentant légal, peut remplacer le malade en cas d'incapacité juridique :

Article 103 :… et en cas d'incapacité juridique, le consentement du représentant légal remplace celui du malade.

Article 111 : Le sujet ou ses représentants légaux doivent être libres à tout moment de suspendre l'expérience….

Le consentement et le droit à l'information:

La Déclaration de l'AMM sur les droits du patient affirme que « Le patient a le droit de prendre librement des décisions le concernant. Le médecin l'informera des conséquences de ses décisions. Tout adulte compétent a le droit de donner ou de refuser de donner son consentement à une méthode diagnostique ou thérapeutique. Il a droit à l'information nécessaire pour prendre ses décisions. Il doit pouvoir clairement comprendre l'objet d'un examen ou d'un traitement, les effets de leurs résultats et les conséquences d'un refus de consentement » (13).

Le consentement et le droit à l'information sont basés sur les quatre principes éthiques et essentiellement le principe d'autonomie du malade face à chaque décision thérapeutique. Ils sont à la fois un devoir moral, déontologique et juridique du médecin et un droit du malade. L'information doit être Libre, Éclairé, Explicite, Révocable à tout moment et doit être renouvelé. C'est une condition obligatoire du consentement, d'adhésion et de participation des patients aux soins.

L'observance thérapeutique est dépendante de la relation médecin-malade. Un des piliers de cette relation est la communication qui à son tour doit s'adapter à l'existence de profils de patients particuliers comme les sujets âgés. Les patients compétents ont le droit de refuser un traitement, quand bien même ce refus provoquerait une incapacité ou la mort (13).

Ce principe d'autonomie peut être oublié chez les sujets âgés, notamment lorsque les facultés cognitives déclinent (14) ou que le patient est atteint d'une pathologie grave telque un cancer.

Dans ce groupe particulier de malades, le refus peut être non verbal à travers des gestes telque l'arrachement d'une voie d'abord ou le refus d'un prélèvement sanguin ; ce refus doit être interpréter avec précaution.

Dans la situation ou le sujet est incapable de prendre les décisions par lui-même. (Démence par exemple) ; et selon la Déclaration de l'AMM sur les droits du patient : le représentant légal doit, lorsqu'il le peut faire connaître son consentement éclairé. Si en l'absence du représentant légal, il y a nécessité urgente d'intervention médicale, le consentement du patient sera présumé, à moins que sur la base d'une conviction ou ferme déclaration préalable, il ne soit évident et indéniable qu'il aurait, dans pareil cas, refusé l'intervention (13).

En cas de désaccord entre le représentant légal et le médecin, la Déclaration sur les droits du patient recommande que « lorsque le représentant légal ou la personne autorisée par le patient refuse un traitement qui, de l'avis du médecin, s'avère être dans le meilleur intérêt du patient, le médecin devrait contester cette décision devant une institution légale ou autre appropriée » (13)

La fin de vie

Les questions relatives à la fin de vie vont de la tentative de prolonger, la vie des personnes mourantes au moyen de hautes technologies expérimentales, à celle de terminer la vie prématurément par l'euthanasie et le suicide médicalement assisté. L'annonce d'une mauvaise nouvelle est également un problème éthique de fin de vie

Annonce d'une mauvaise nouvelle

Les modalités d'annonce d'une mauvaise nouvelle est précisé dans l'article 36 du code de déontologie médicale de la Tunisie (7):

Article 36 : Un pronostic grave ou fatal peut être dissimulé au malade. Il ne peut lui être révélé qu'avec la plus grande circonspection, mais il peut l'être généralement à la proche famille, à moins que le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite.

Ainsi, dans la situation ou le sujet est atteint de maladie grave ou fatale, l'information doit être révéler de façon prudente et progressive. Il est légitime de la révéler à la proche famille et non au patient, à moins que le malade

ait préalablement, désigné la personne à laquelle la révélation doit être faite ou que la révélation n'ait pas été, préalablement, interdite par le malade.

Euthanasie et suicide assisté :
L'euthanasie et le suicide assisté doivent être distingués du refus ou de l'arrêt d'un traitement inapproprié, futile ou indésirable ou de la prestation de soins palliatifs compatissants, même si ces pratiques mettent en jeu la vie.
La réalisation de ces actes est interdite dans plusieurs pays. Cette prohibition
faisait déjà partie du serment d'Hippocrate et a été réaffirmée avec force par l'AMM dans sa prise de position de 2005 sur le suicide médicalement assisté et sa Déclaration de 2005 sur ce qui suit: L'euthanasie, c'est-à-dire mettre fin à la vie d'un patient par un acte délibéré, même à sa demande ou à celle de ses proches, est contraire à l'éthique (13).
Cela n'interdit pas au médecin de respecter la volonté du patient de laisser le processus naturel de la mort suivre son cours dans la phase terminale de la maladie.

Acharnement thérapeutique :
La prolongation de la vie par le recours à des médicaments, des interventions de réanimation, des procédés radiologiques et des soins intensifs nécessite de décider du moment de commencer ces traitements et de les arrêter lorsqu'ils ne marchent pas.
Le rôle du médecin est ainsi de faire de son mieux pour informer le patient des traitements disponibles et de leurs chances de réussite. Mais à la fin, il doit respecter les décisions du patient concernant le début ou la continuation du traitement.
En présence de difficultés mentales telle que une démence, la situation devient plus compliqué (13) :
Si le patient a clairement exprimé son souhait à l'avance, par exemple, dans une directive anticipée, la décision sera plus facile, même si ces directives doivent être interprétées avec précautions devant l'état actuel du patient.
Si le patient n'a pas exprimé son souhait de manière appropriée, le représentant légal doit évaluer l'intérêt pour le malade et décider pour son bien.
Ne pas s'acharner ne signifie pas abandonner le patient. En effet, les médecins doivent continuer à fournir des soins compatissants même lorsque la guérison n'est plus possible.
En fin de vie il faut toujours assister ces patients, notamment par le recours aux soins palliatifs destinés à soulager la douleur et la souffrance et à améliorer la qualité de la vie reflétant bien le principe de bienfaisance de l'éthique
En analysant la situation de fin de vie, on remarque qu'il existe un vide dans la législation tunisienne contrairement à celle de la France. En effet, la loi française de 2016 a bien élaboré les mesures à entreprendre face à une telle situation ; cette loi insiste sur la considération des directives anticipées, stipule la possibilité de sédation jusqu'au décès sans pour autant légaliser l'euthanasie. (15)

Analyse de la situation et recommandations

Le nombre de cancers chez les patients d'âge gériatrique ne cesse de progresser. Cette population est exposée à des particularités et des problèmes liés à la fois à la maladie mais aussi au terrain. Parmi, les difficultés rencontrées en oncogériatrie : on cite le retard diagnostique (secondaire à des difficultés d'accès aux soins), le pronostic généralement défavorable (comorbidités mais aussi à la réticence des patients et de leur entourage au traitement oncologique, le choix du traitement bien tolérée…) et le manque de données en termes de recherche etc…
La définition d'une personne âgée reste floue et la limite d'âge est variable. D'où l'importance et la nécessité de faire une évaluation préthérapeutique de la dépendance et des comorbidités au moyen d'échelles validées. Cette évaluation permet de sélectionner les sujets âgés atteints de cancers pouvant être traités comme des sujets jeunes et aussi détecter parmi les patients âgés les sujets fragiles nécessitant une prise en charge particulière adaptée à leurs situations. Une évaluation gériatrique globale est une étape cruciale dans la prise en charge de cette population des malades. L'implémentation de cette stratégie semble utile pour éviter les effets toxiques d'une éventuelle chimiothérapie par exemple (16)

Le recours aux principes fondamentaux de l'éthique (justice, autonomie, bienfaisance et non-malfaisance) constitue un cadre de réflexion pertinent pour aborder ces enjeux, mais il doit être enrichi par l'analyse de la singularité de chaque patient. En oncogériatrie, la mise en œuvre de ces principes s'apparente à un équilibre précaire et complexe.
Ainsi, en essayant d'appliquer ces 4 principes:

La justice : peut se traduire en termes d'accès aux soins par la réalisation de centre de gériatrie voire d'oncogériatrie, généralisation de cette spécialité dans les centres de carcinologie, formation des centres de retraite, formation de médecins de famille, accès aux explorations ….)
La justice se traduit également dans le domaine de recherche en santé, pour l'améliorer il faut réaliser des essais dédiés uniquement aux patients âgés, minimiser les critères d'exclusion basés sur les comorbidités, envisager des stratégies pour augmenter les inscriptions pour les personnes âgées, et inclure dans les essais cliniques une « cohorte d'expansion » de patients plus âgés avec une analyse des résultats de la toxicité et de la qualité de vie pour ce groupe de patients

Autonomie : se traduit par le droit à l'information éclairée et le consentement, le droit d'interrompre le traitement, un protocole de recherche, ou un acharnement thérapeutique sauf si l'état cognitif ne le permet pas. Le droit de ne pas connaitre le diagnostic et le pronostic.

Bienfaisance et non malfaisance : se traduit à titre d'exemple lors de la prescription d'un traitement palliatif (soulager les douleurs, améliorer la qualité de vie) qui ne doit pas être négligé dans cette populations âgée.

Mais aussi lors de la prescription d'un nouveau traitement en ou d'une éventuelle technique chirurgicale en veillant à ce que le bénéfice l'emporte sur les éventuels effets secondaires. Ceci implique l'élaboration de protocoles et d'essais spécifiques des patients âgés, permettant à l'oncogériatrie de lutter contre leurs sous-traitements systématiques.
L'accompagnement même sans soins techniques ou palliatif est également un pilier de prise en charge et un reflet de bienfaisance

Pour conclure, une bonne évaluation de ces malades permet de déceler les personnes réellement âgées et parmi eux les sujets fragiles. Cette évaluation gériatrique doit être intégrée dans la prise en charge afin de stratifier les traitements en fonction de divers degrés de forme physique ou de fragilité
Une collaboration entre oncologue et gériatre en respectant les fondements de l'éthique permettra une prise en charge adéquate des personnes âgées atteint de cancer.

References

1. Falandry C, Filbet M, Magnet M, Trillet-Lenoir V, Bonnefoy M. Oncogériatrie : quelle réalité aujourd'hui ? Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique. 2011;10(5):223-9.
2. Oncogériatrie - L'organisation de l'offre de soins [Internet]. [cité 31 mai 2023]. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogeriatrie
3. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 - Tumeurs solides : Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim [Internet]. [cité 24 mars 2023]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/documents/rapport-synthese/estimations-nationales-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-france-metropolitaine-entre-1990-et-2018-volume-1-tumeurs-solides-etud
4. Lichtman SM, Wildiers H, Launay-Vacher V, Steer C, Chatelut E, Aapro M. International Society of Geriatric Oncology (SIOG) recommendations for the adjustment of dosing in elderly cancer patients with renal insufficiency. European Journal of Cancer .2007;43(1):14-34.
5. Extermann M, Aapro M, Bernabei R, Cohen HJ, Droz JP, Lichtman S, et al. Use of comprehensive geriatric assessment in older cancer patients: recommendations from the task force on CGA of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG). Crit Rev Oncol Hematol. 2005;55(3):241-52.
6. Davies E, Higginson IJ. Better palliative care for older people [Internet]. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2004 [cité 3 avr 2023]. 40 p. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/handle/10665/107563
7. Decretdeontologiemedicale93.pdf [Internet]. [cité 8 avr 2023]. Disponible sur: http://www.atds.org.tn/Decretdeontologiemedicale93.pdf
8. Whelehan S, Lynch O, Treacy N, Gleeson C, Oates A, O'Donovan A. Optimising Clinical Trial Design in Older Cancer Patients. Geriatrics. 2018;3(3):34.
9. Fang P, He W, Gomez DR, Hoffman KE, Smith BD, Giordano SH, et al. Influence of Age on Guideline-Concordant Cancer Care for Elderly Patients in the United States. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2017;98(4):748-57.
10. Brain E, Girre V, Rigal O, Abadie-Lacourtoisie S, Uwer L, Bourbouloux E. Screening success and inclusion failure rates in a prospective trial of adjuvant chemotherapy for breast cancer in elderly women by the french geriatric oncology group GERICO. Ann Oncol. 2010; 21: 186.
11. Boyle H, Girre V, Mertens C, Falandry C, Gouttenoire F, Freyer G, et al. Recherche clinique en oncogériatrie. Oncologie.2009; 11: 331–336
12. FMC-HGE [Internet]. [cité 6 avr 2023]. Apports et limites de la consultation d'oncogériatrie. Disponible sur: https://www.fmcgastro.org/textes-postus/no-postu_year/apports-et-limites-de-la-consultation-doncogeriatrie/
13. WMA - The World Medical Association-Manuel D'éthique Médicale [Internet]. [cité 29 mars 2023]. Disponible sur: https://www.wma.net/fr/ce-que-nous-faisons/education/manuel-dethique-medicale/
14. Retornaz F, Potard I, Molines C, Rousseau F. Critères de fragilité appliqués en oncogériatrie. cah année gerontol. Cah. Année Gérontol. (2011); 3:20-25
15. Boyer A, Eon B, Quentin B, Blondiaux I, Bordet F, Dray S, et al. Que change la Loi Claeys-Leonetti pour les réanimateurs ? Réanimation. 2016 ;25(4):419-25.
16. D, Sun CL, at all. Geriatric Assessment-Driven Intervention (GAIN) on Chemotherapy-RelatedToxic Effects in Older Adults With Cancer: A Randomized Clinical Trial. JAMA Oncol. 2021 Nov1;7(11):e214158. doi: 10.1001/jamaoncol.2021.4158. Epub 2021 Nov 18.