

**Approche théorique de la capacité
à décider
L' exemple du retour à
domicile**

Dr Mouna ROMDHANI

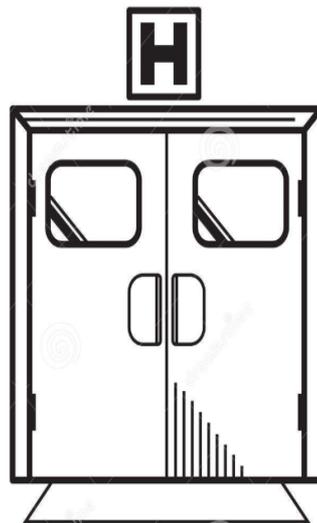
**1^{er} congrès SF3PA
Marseille 20 /09/2018**

AUCUN CONFLIT D'INTERÊT

C'est la 10^e fois de la journée qu'il me pose cette question devant la porte. Il ne peut vraiment pas décider de sa sortie...

Pas tout de suite! On n'a pas terminé les examens

Je cherche la sortie, je veux rentrer chez moi



LA CAPACITE A DECIDER

- Exercer sa faculté de choix = exercer son autonomie
- L'autonomie =
 - Indépendance fonctionnelle
 - Autodétermination morale
 - Pouvoir d'action dans la société

LA CAPACITE A DECIDER

- *Présomption de la capacité à décider jusqu'à preuve du contraire*
- Il faut avoir des outils et des arguments pour l'invalider
- Peut-on évaluer la capacité à décider ?
- Si oui, peut-on protéger les personnes dont les capacités décisionnelles sont fragilisées?

L'évaluation de la capacité à décider

- Rarement utilisée mais le danger est la croyance de raisonner dans l'intérêt du tiers
- Risques:
 - Patients jugés incapables et privés de leur droit
 - Patients jugés capables et exposés à des risques pour leur intégrité personnelle ou financière.

La jurisprudence comme base ¹

- Les professionnels de santé, les familles prennent la décision. C'est une privation de liberté et donc relative à des jugements légaux
- Il faudrait donc mimer l'attitude de l'autorité légale compétente
- Recherche dans la jurisprudence, la façon dont les juges tranchent et les critères de compétences énoncés dans la jurisprudence américaine.

CAPACITE A DECIDER

- La capacité à décider c'est la capacité de ^{1,2}:
 - Comprendre les informations pertinentes
 - Raisonner avec ces éléments de façon cohérente
 - Apprécier leur importance dans sa situation
 - Exprimer un choix

1. Appelbaum PS. Clinical practice. Assessment of patients' competence to consent to treatment. N Engl J Med. 2007;357:1834-40

2. Karlawish J. Measuring decision-making capacity in cognitively impaired individuals. Neurosignals. 2008;16:91-8

EVALUER LA CAPACITE A DECIDER

- Pas de corrélation directe entre capacités cognitives et capacités à décider ^{2,3,4,5}
- Multiples instruments d'évaluation des capacités, mais aucun universellement accepté ¹ (MacCAT-T, UBACC, ACE...)
- Handicap principal de la recherche = absence de Gold Standard

1. Moyer J, Gurrera RJ, Karel MJ, Edelstein B, O'Connell C. Empirical advances in the assessment of the capacity to consent to medical treatment: clinical implications and research needs. *Clin Psychol Rev* 2006; 26: 1054-77.

2. Karlawish JHT, Casarett DJ, James BD, Xie SX, Kim SYH. The ability of persons with Alzheimer disease (AD) to make a decision about taking an AD treatment. *Neurology* 2005; 64: 1514-9

Marson DC, Ingram KK, Cody HA, Harrell LE. Assessing the competency of patients with Alzheimer's disease under different legal standards. A prototype instrument. *Arch Neurol*. 1995;52:949-54. [PubMed]

3. Manes F, Torralva T, Ibáñez A, Roca M, Bekinschtein T, Gleichgerrcht E. Decision-making in frontotemporal dementia: Clinical, theoretical and legal implications. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2011;32:11-7. [PubMed]

4. Okonkwo OC, Griffith HR, Belue K, Lanza S, Zamrini EY, Harrell LE, et al. Cognitive models of medical decision-making capacity in patients with mild cognitive impairment. *J Int Neuropsychol Soc*. 2008;14:297-308. [PubMed]

5. Okonkwo OC, Griffith HR, Copeland JN, Belue K, Lanza S, Zamrini EY, et al. Medical decision-making capacity in mild cognitive impairment: A 3-year longitudinal study. *Neurology*. 2008;71:1474-80.

EVALUER LA CAPACITE A DECIDER

- Les décisions sont également influencées par:
 - nos émotions,
 - nos valeurs,
 - nos relations et notre culture,
 - l'éducation et la profession

Appelbaum PS. Clinical practice. Assessment of patients' competence to consent to treatment. N Engl J Med. 2007;357:1834–40.

L'exemple du retour à domicile

Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2018 Mar 1;16(1):39-48. doi: 10.1684/pnv.2017.0710.

The decision-making capacity of elderly hospitalized patients: validation of a test on their choice of return home.

Romdhani M¹, Abbas R², Peyneau C¹, Koskas P¹, Houenou Quenum N¹, Galleron S¹, Drunat O¹.

DROM TEST

- RAD = problématique quotidienne
- Troubles cognitifs et anosognosie
- Jugement médical peut différer pour un même patient
- Outil d'aide à la décision

Janofsky JS, McCarthy RJ, Folstein MF. The Hopkins Competency Assessment Test: a brief method for evaluating patients' capacity to give informed consent. *Hosp Community Psychiatry*. 1992 Feb;43(2):132-6.

QUESTIONNAIRE

- A votre avis pourquoi êtes-vous hospitalisé ?
- Est-ce que ces problèmes sont résolus ?
- Avez-vous besoin d'aides à la maison pour assurer votre quotidien ?
- Pour quelles raisons avez-vous besoin d'aides?
- Pensez-vous qu'il y a des risques si vous rentrez chez vous ?
- Si cela ne se passe pas comme vous voulez à la maison, que ferez-vous ?
- Souhaitez-vous rentrer chez vous ?
- Si l'équipe médicale n'est pas d'accord avec votre choix que faites-vous ?
- Avez-vous envisagé d'autres solutions ?

VIGNETTES



1. Une personne qui ne peut plus sortir de son lit, n'ayant ni famille, ni ressources, ni domicile:

- A-t-elle besoin de soins médicaux ? (O/N)
- Devrait-elle aller en maison de retraite ? (O/N)
- Devrait-elle voir une assistante sociale ? (O/N)

2. Une personne âgée en fauteuil roulant habite dans un appartement au 4e étage sans ascenseur:

- Peut-elle sortir seule dehors? (O/N)
- A-t-elle besoin d'aides dans la vie quotidienne? (O/N)
- A-t-elle besoin d'un aménagement du domicile ? (O/N)



3. Une personne avec des troubles de la mémoire, ne sachant plus où elle est et quel jour nous sommes ⁽¹⁾:

- Prend-elle un risque à sortir seule de chez ? (O/N)
- Risque-t-elle d'être victime d'escroquerie ? ⁽¹⁾ (O/N)
- Peut-elle payer ses factures et remplir sa déclaration d'impôts toute seule ? (O/N)

4. Une personne très déprimée qui refuse ses traitements :

- Devrait-elle rentrer chez elle ? (O/N)
- Se met-elle en danger chez elle ? (O/N)
- Devrait-elle consulter un psychiatre ? (O/N)

« Souhaitez-vous rentrer chez vous? »

Population

- Etude observationnelle prospective
- entre février et juin 2016
- à l'hôpital Bretonneau (APHP)
- 2 services de gériatrie de l'établissement
- **Critères d'inclusion:**
 - patient de 70 ans et plus hospitalisé
 - venant du domicile
 - MMS entre 15 et 25.

Population

- **Critères de non inclusion:**
 - confusion,
 - pathologie intercurrente empêchant le patient de répondre au questionnaire,
 - pronostic vital engagé.
- Exclusion des patients ayant eu le test
- Note d'information pour le patient ou personne de confiance
- 102 patients inclus

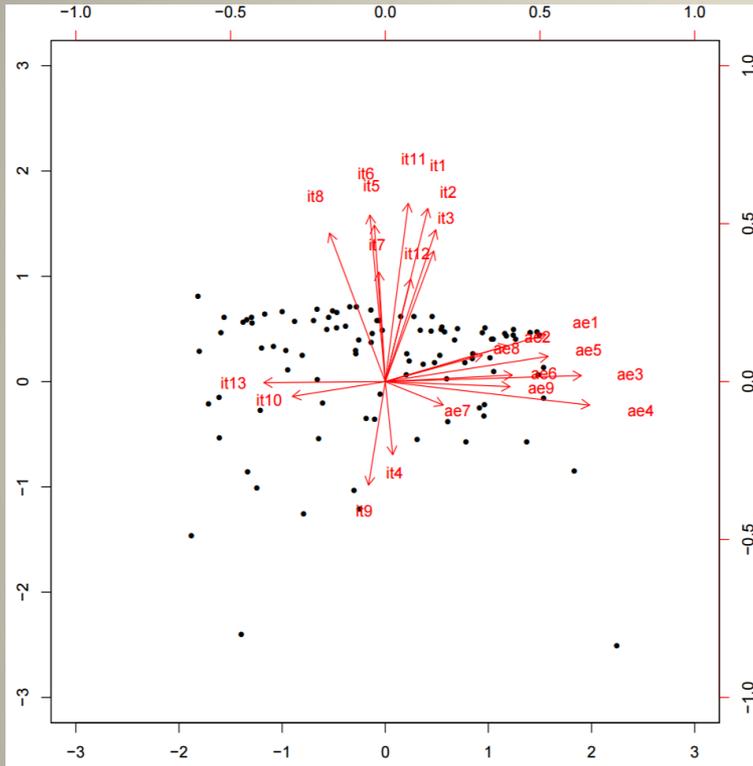
Protocole d'intervention

- Inclusion du patient
 - Test réalisé
- Investigateur informé
- Dossier soumis au comité d'expert = « Gold Standard »
 - Gériatre, Neurologue, Psychiatre
- Indépendant
- En aveugle
- Pas d'influence sur le devenir du patient

Statistique	Age	MMS	IADL	ADL
Nb. de patients	102	102	102	102
Minimum	70,000	15,000	0,000	0,000
Maximum	97,000	25,000	4,000	6,000
Moyenne	83,127	20,020	2,814	3,843
Ecart-type (n-1)	6,764	3,288	1,370	1,669

Variable	Données	Fréquence (%)
Motifs d'hospitalisation	Chutes à répétition	13.72
	Décompensation somatique	23.52
	MADD	20.588
	Problématique cognitive: bilan	9,804
	Problématique cognitive: troubles du comportement	10,784
	Problématique psychiatrique	21.568

Variable	Fréquence (%)
Sexe Féminin	66,67
P psychiatrique	64,7
P sociale	40,2%
P cognitive	93,1
Risque de chute	58,8
Vit seul	65,7
Isolement social	32,3
Aidant fiable	50,9
Démence	83,3
Anosognosie	44,1
Démence vasculaire	41,2
Démence Alzheimer	3,9
Démence mixte	20,6
Refus de soin	27,5
Délire	22,6
Dépression	25,5
Anxiété	45,1



Score des dimensions	Décision du comité d'experts				
	EHPAD/USLD		Retour à domicile		p-value
	moyenne	écart-type	Moyenne	écart-type	
CHOIX	6.68	4.1	8.71	3.69	0.017
COMPREHENSION	5.24	0.96	5.38	1.33	0.067
RAISONNEMENT	3.82	0.72	3.88	0.74	0.497
APPREHENSION	1.03	1.03	1.13	1.12	0.723

	Seui	Sensibilité	IC95%	Spécificité	IC95%
CHOIX	6.5	69.12	[35.29-75]	52.94	[23.53-52.94]
COMPREHENSION	5.5	70.59	[57.35-71.32]	50.00	[14.71-50]
RAISONNEMENT	3.5	80.88	[0-81.62]	29.41	[0-32.35]
APPREHENSION	1.5	44.12	[0-44.12]	64.71	[0-69.12]

RESULTATS

- Aucun refus de test par les patients
- Temps de passation < 10 min
- 13% des patients ont changé de décision
- Différence significative entre les équipes référentes et le comité d'expert
 - $p = 4, 24 \cdot 10^{-6}$
 - Kappa = 0.45

DISCUSSION

- Acceptabilité de 100%, temps de passation < 10 min
- Valeurs seuil pour dimension choix
- Différence entre groupe expert et équipe référente
- Outil d'aide à la réflexion pour le patient

CONCLUSION

- L'évaluation de la capacité à décider se situe dans un continuum : elle peut être variable dans le temps
- Domaine-dépendant: la capacité décisionnelle est relative à la fois au contexte et à la décision qui est à prendre
- Obligation d'information
- Différer les décisions si possible
- Collégialité ++++
- Evaluer la capacité à décider permet de trouver un juste équilibre entre l'autonomie du patient et la protection des adultes vulnérables