

LE REFUS DE SOINS EN GERIATRIE

INTRODUCTION

Le refus de soins ou droit des patients de dire non

- Corollaire: devoir des soignants de rechercher pourquoi.
- C'est un mode d'expression pour le soigné.
- C'est un choc pour les soignants.

LE REFUS DE SOINS

- Le patient n'est plus patient.
- Il exprime sa souffrance à travers le non.
- Le soignant ne sait plus comment rester soignant.
- Le refus de soins est le corollaire du consentement aux soins et nous devons nous y préparer.
- « Il n'y a de consentement véritable que lorsque est reconnue concrètement l'éventualité d'un refus » (père P. VERSPIREN)

Le refus de soins

- Mais nous préparer à quoi?
- À décoder le signal d'alarme.
- À décrypter ce qui s'y cache.
- Sans accepter ce refus trop facilement.
- Sans abandonner le patient.

1-le consentement aux soins.

- C'est l'adhésion à tout moment révocable d'un malade à un projet thérapeutique.
- Code de déontologie médicale(1995 Art 36) : « le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposé, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.

Le consentement aux soins

- acte Loi du 4 mars 2002. « aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.(Art 111-4)

Le consentement aux soins

- Loi du 22 Avril 2005. « lorsqu'une personne en phase avancée ou terminale d'une maladie grave et incurable, quelle qu'en soit la cause décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin respecte sa volonté après l'avoir informé des conséquences de son choix »

Le consentement aux soins.

- Contexte éthique: avis du CCNE sur le refus de soins(14 Avril 2005).
- Notion D'ANTICIPATION des situations critiques lors des décisions de mise en route de nouveaux traitements.
- Notion de reconnaissance mutuelle médecin-malade.

Le consentement aux soins.

- C'est le droit du malade de dire non.
- Nécessité d'une information progressive et utile.
- Au modèle paternaliste se substitue le modèle qui s'appuie sur le principe D'AUTONOMIE:
 - -qui met l'accent sur les droits du malade et oblige le médecin à respecter sa volonté.
 - -qui respecte la liberté du malade, sa vulnérabilité et sa dignité de personne.

Le consentement aux soins doit être EXPLICITE.

- Le refus de soins doit être inscrit dans le dossier médical.
- Le médecin doit apporter la preuve qu'il a donné l'information au patient;(mais le malade dément !).
- Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité.
- Il y a obligation d'expliquer en détail aux membres de la famille la situation et le projet envisagé

2-Les spécificités du refus de soins en gériatrie.

- Non consentement à un acte diagnostic ou de traitement.
- Plus souvent refus des soins d'hygiène ou refus alimentaire.
- Le refus peut être calme, digne, ferme, répété(mode plutôt démissionnaire).
- Le refus peut être violent(surtout si les soignants insistent).

Le cas du patient souffrant de démence.

- L'équipe soignante et la famille peuvent conclure trop vite que la personne est incapable de donner son avis.
- Même à un stade avancé de la maladie, on peut encore informer le malade, s'assurer qu'il comprend qu'un choix lui est offert, obtenir son avis.
- Il exprime par son comportement ce qu'il ne peut exprimer verbalement.

Le cas du patient dément (2)

- Être attentif au comportement et repérer si le malade est plutôt coopérant, opposant, démissionnaire.
- Le refus de soins est un mode d'expression pour le patient dément mais nous ne sommes que rarement en mesure d'en comprendre le sens.

A) Refus de soins de la part du patient.(1)

- Refus d'entrer en institution;(impression que tous se liguent contre lui)
- Refus d'hospitalisation.
- Refus des soins quotidiens de base (toilette;surtout si l'approche physique du corps n'est pas assez douce et non accompagnée de paroles apaisantes; ceci pose le problème du temps, de la patience, de la formation, de l'insuffisance de personnel).

Refus de soins de la part du patient (2)

- Refus alimentaire: c'est parfois le seul espace de liberté qui reste à un vieillard pour se faire entendre.
- Refus de traitement.

Le refus de soins de la part du médecin

- Le refus de soins du seul fait de l'âge est **CHOQUANT**. Il faut privilégier la discussion collégiale après l'évaluation bénéfice-risque.

3-Pourquoi le malade dit non? (1)

- Un symptôme majeur n'est pas soulagé.
(ex:douleur qui s'exprime par une apathie, un mutisme ou une agitation avec refus d'alimentation et/ou de soins).
- Absence d'information du patient.
- Insuffisance d'écoute de la part du médecin ou du soignant.
- Réaction à un sentiment de perte de la maîtrise des événements.

Pourquoi le malade dit non?

(2)

- Deuils à faire (pertes physiques, perte du statut social antérieur, entourage qui se fait rare).
- Etat dépressif (passager ou durable).
- Angoisse de mort (surtout chez le patient dément).
- Sorte de sagesse (il juge nos propositions de soins disproportionnées par rapport à ses attentes).

4-Quelle attitude adopter face au refus de soins.

- Un préalable: formaliser un PROJET DE SOINS défini en équipe.
- Anticiper les situations de crises.
- Inclure dans le projet de soins des outils (grille de questionnement éthique de RENEE SEBAG LANOE).

A) Pour le médecin et l'équipe soignante.(1)

- Entendre ou percevoir la volonté de refus de soins chez la personne âgée.
- Mais rechercher en priorité les symptômes majeurs non soulagés.
- Laisser la place au patient pour exprimer son autonomie, même quand il est âgé, dépendant, malade ou dément. (dépasser le cap de la déstabilisation, de la frustration.)

Pour le médecin et l'équipe soignante.(2)

- Attention aux décisions «on-off »(accepter ou refuser, faire ou ne pas faire).
- Ne pas essayer de tout entendre en un seul entretien.
- Écouter l'avis des soignants et de l'entourage; rechercher le compromis; (consulter les directives anticipées, la personne de confiance).
- « Marcher à côté du malade,mais un pas légèrement derrière lui.

Pour ce qui concerne le médecin et l'équipe soignante.(3)

- Être capable de s'incliner devant le refus **SANS ABANDONNER LE MALADE**(soins de confort, prise en charge psychologique...)(autres stratégies d'aide).
- Accepter les limites du travail des soignants en gériatrie.

Pour le médecin et l'équipe soignante.(4)

- Éviter l'usure des soignants(attention à l'isolement).
 - Travail en équipe.
 - Réunions de synthèse hebdomadaires ou deux fois par mois.
 - Groupes de parole.
 - Pour le médecin, savoir prendre un deuxième avis.

B) Pour la famille et les proches.

- Intégrer la famille dans la prise en charge du patient.
- Éviter un vécu de culpabilité et/ou de rivalité avec l'institution et son personnel.
- N'oublions pas que les proches connaissent l'histoire de vie et les traits de caractère du malade.

Conclusion.

- Ne jamais abandonner l'accompagnement.
- Informer(malade, famille) Le refus de soins doit d'abord être entendu.
- Mais c'est le signal d'alarme qui impose une prise en charge rigoureuse.
- Agir au cas par cas.,(personne de confiance.)
- Travailler en équipe +++