



Séance de Formation Pluridisciplinaire
Jeudi 16 Décembre 2010

**Refus de soins, situations complexes quelle prise
en charge sur notre territoire.**

DOSSIER PEDAGOGIQUE

Experts : Equipes AGEP et ROPE

Intervenant : Dr Stefan PAU MONTERO
Mme Claire ASTIER (MAIA Paris 20)

Animateurs : Dr. Albert SERVADIO (A.G.E.P.)
Dr Jean-Luc MAMOU (A.G.E.P.)

Dossier pédagogique élaboré par Dr. Albert SERVADIO (A.G.E.P.)

SOMMAIRE

	Pages
SUPPORT D'ETUDE	2
➤ <i>Objectifs pédagogiques</i>	3
➤ <i>Méthode pédagogique</i>	4
➤ <i>Programme de la séance</i>	5
➤ <i>Test de Pré-Evaluation</i>	6
➤ <i>Cas clinique N°1</i>	9
➤ <i>Cas clinique N°2</i>	10
➤ <i>Cas clinique N°3</i>	11
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	12

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

A l'issue de la Séance les participants devront:

- 1) Connaître la notion de refus de soins.
- 2) Connaître la notion de complexité dans la prise en charge des malades.
- 3) Connaître les textes juridiques concernant la prise en charge des personnes en situation complexe ou en refus de soins.
- 4) Connaître les professions intervenant dans la prise en charge de ces situations et les nouveaux processus mis en place par les autorités sanitaires et sociales.

METHODE PEDAGOGIQUE

- ↳ **Travail à partir de Cas cliniques.**
- ↳ **Avis et Commentaires des participants et de l'expert après chaque Cas clinique.**
- ↳ **Court exposé de l'expert ou réponses aux questions des participants.**

PROGRAMME DE LA SEANCE

Accueil / Emargement

Pré-test

Etude cas clinique N°1

Commentaires + discussion

Etude cas clinique N°2

Commentaires + discussion

Etude cas clinique N°3

Commentaires + discussion

Corrigé du Pré-test

Evaluation de la séance – Fin de la Soirée

TEST DE PRE-EVALUATION

1. La notion de refus de soins est complexe :

- Elle dépend de la personne et de son histoire.
- Du contexte médical et des pathologies.
- Des capacités d'expression.
- Elle nécessite une démarche pluri-professionnelle.
- Elle nécessite une réévaluation des demandes et des professionnels.

2. L'obligation légale de respecter le refus de soins d'un patient même lorsque la conséquence en est la perte de chance de guérison n'a de valeur que :

- Si celui-ci en est pleinement responsable.
- S'il est capable de comprendre les propositions thérapeutiques.
- S'il est capable de comprendre les conséquences de son refus.
- S'il n'est pas influencé par son désarroi psychique.
- S'il n'est pas influencé par son entourage.
- S'il n'est pas influencé par ses méconnaissances.
- S'il n'est pas en conflit avec ses médecins et la médecine.

3. Le refus de soins :

- Ne concerne pas uniquement la pathologie oncologique.
- A des conséquences sur l'équipe de soins.
- Est fonction du contexte social et éthique.
- Est influencé par le contexte sociétal.
- Peut faire l'objet d'une négociation.

4. Face à un refus de soins le soignant :

- Ne doit pas prendre le refus comme une attaque personnelle.
- Doit s'efforcer de comprendre les raisons qui découlent directement du patient et de son entourage ainsi que de lui-même ou de l'équipe.
- Doit s'efforcer de donner une information suffisante et adéquate.
- Doit consulter la personne de confiance, la famille ou les proches, les directives anticipées, recourir à une procédure collégiale et inscrire sa décision motivée sur le dossier, quand le patient n'est pas en capacité d'exprimer sa volonté.

5. Le refus de soins peu être inconscient, il se caractérise par :

- L'adoption d'une attitude dangereuse pour le patient.
- Absence d'intégration des informations.
- Non compréhension des conséquences et attitudes.
- Des troubles cognitifs et de mémoire.
- Par atteinte à son autonomie de jugement.

6. Le refus de soins :

- N'est pas uniquement un refus du traitement.
- Peut être que transitoire.
- Il peut être l'objet d'une négociation avec accompagnement.

7. Le refus de soins peut trouver ses racines dans :

- Une absence d'écoute.
- Un non respect de l'information et du consentement.
- Une négligence du soulagement ou du bien être.
- Un sentiment de déshumanisation.
- Le cadre d'une dépression profonde.

8. Parfois le refus de soins repose sur une attitude non professionnelle :

- Jugement péjoratif sur les incapacités (vision, audition, cognition, etc.).
- Disqualification de la personne âgée dans son aptitude à comprendre, à donner son avis donc à décider.
- Le refus d'entendre « l'autre ».
- Refus de la singularité de la personne.
- Attitude de toute « puissance » de « certitude » du soignant.
- Communication non adaptée à la personne.

9. La décision de poursuite de soins ne peut être influencée par des critères :

- D'âge.
- De sexe.
- Des handicaps.
- De précarité.

10. La consultation de gériatrique s'impose dans les situations complexes car sont intriqués des problèmes médicaux, psychologiques et sociaux :

Vrai

Faux

11. La gestion de cas est une nouvelle profession dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes:

Vrai

Faux

12. Le concept MAIA créé dans le cadre du plan Alzheimer pourra être étendu aux pathologies chroniques invalidantes :

Vrai

Faux

13. Dans la prise en charge des patients en refus de soins ou complexe les professionnels en ville à mobiliser sont :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Médecin généraliste | <input type="checkbox"/> Kiné |
| <input type="checkbox"/> Orthophoniste | <input type="checkbox"/> Infirmière |
| <input type="checkbox"/> Assistante sociale | <input type="checkbox"/> Psychologue |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapeute | <input type="checkbox"/> Psychomotricien |
| <input type="checkbox"/> Réseau de soins | <input type="checkbox"/> Diététicien |

14. Dans la prise en charge des patients en refus de soins ou complexe les structures à mobiliser sont :

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hôpitaux gériatriques | <input type="checkbox"/> Hôpitaux généraux | <input type="checkbox"/> Hôpitaux psychiatriques |
| <input type="checkbox"/> SSIAD | <input type="checkbox"/> SSR | <input type="checkbox"/> CMP |
| <input type="checkbox"/> Association tutélaire | <input type="checkbox"/> Service d'aide à la personne | |
| <input type="checkbox"/> Associations caritatives et fondations | <input type="checkbox"/> CNAV | |
| <input type="checkbox"/> APA | <input type="checkbox"/> MDPH | <input type="checkbox"/> Hébergement |
| <input type="checkbox"/> EHPAD | <input type="checkbox"/> MAD | <input type="checkbox"/> Accueil de jour. |
| <input type="checkbox"/> Juge des tutelles | | |

15. Quelles sont les causes qui peuvent expliquer le refus de soins :

- Le malade a un jugement partiellement affaibli.
- Une pression en rapport avec des croyances culturelles ou spirituelles.
- Le médecin a-t-il donné une information maladroite, insuffisante ou emprunte d'un excès de paternalisme.
- La société souhaitant que les valeurs collectives surpassent la liberté de choix de la personne : Notion normative.

CAS CLINIQUE N ° 1

Mme. Y, âgée de 61 ans est atteinte d'un cancer du sein bilatéral avec des métastases osseuses et cérébrales.

Histoire de la maladie :

En 2003 découverte d'une lésion du sein droit qui a été traitée par une mammectomie, curage axillaire, puis chimiothérapie adjuvante, radiothérapie, puis hormonothérapie.

En 2007 découverte d'un cancer du sein gauche, des métastases osseuses diffuses sont mises en évidence. Une chimiothérapie est entreprise.

En 2008 une mastectomie gauche est réalisée suivie d'une radiothérapie et de chimiothérapie.

En juin 2010 découverte d'une métastase cérébrale et méningite carcinomateuse. Nouvelle ligne de chimiothérapie jusqu'à septembre 2010 radiothérapie cérébrale.

Après ces traitements

- Une mucite
- Une anémie pour laquelle elle a été transfusée.
- Une altération de l'état général avec amaigrissement.

Ce tableau a justifié une hospitalisation.

Lors de ce séjour elle a présenté :

- une instabilité à la marche, elle a bénéficié d'une rééducation quotidienne
- des douleurs osseuses qui ont nécessité la prise de morphine

Elle a été informée du diagnostic lors de sa première hospitalisation et semble accepter le diagnostic et la gravité de la situation.

Elle pense qu'il n'est pas utile de poursuivre cette existence et de ne plus se battre. Elle a un ami qui ne vit pas avec elle mais qui la voit souvent. Elle a une sœur qui est très proche.

Son traitement comporte :

- Des morphiniques
- Des antiépileptiques
- Des antidépresseurs
- Des somnifères.

Elle présente une perte de poids importante.

1) Devant ce tableau qu'elle doit être l'attitude à adopter ?

2) Quels professionnels mobiliser sur le plan médico psycho social ?

Devant le déploiement des actions son attitude s'est modifiée même si elle est convaincue de l'issue fatale, elle se préoccupe de ce que vont devenir « ses meubles » etc.... mais elle accepte les interventions des professionnels pour son confort et sa qualité de vie et elle investie sur son environnement.

Elle arrive maintenant à échanger avec les professionnels et dit qu'elle se sent mieux chez elle.

3) Quelles planifications d'actions nouvelles en fonction de l'évolution ?

CAS CLINIQUE N °2

Mr V..., 71 ans inquiète son entourage du fait d'une dégradation progressive de ses conditions d'hygiène personnelle et de son logement.

Mr V... est célibataire et a comme famille une sœur et un neveu qui vivent en province. Au mois de juillet il est hospitalisé pour altération de son état général qui a entraîné une chute. A son retour à domicile il accepte une aide à domicile suite à la demande de l'assistante sociale mais qu'il refuse de recevoir après trois passages. Son réfrigérateur étant toujours en panne. Lors de communications avec l'Assistante Sociale, il assure qu'il est sur le point de le remplacer.

Ce patient est retraité de la poste et n'a pas à priori de problèmes financiers.

Mr V..., ne répond plus au téléphone, il le laisse décroché en permanence. Par l'entremise des voisins, sa sœur négocie pour qu'il réponde au téléphone entre 08h et 10h.

Quelques mois plus tard, le neveu de **Mr V...** intervient pour tenter de nettoyer le domicile mais **Mr V...** devient de plus en plus irritable et refuse que le réfrigérateur hors d'usage soit enlevé. Le neveu alerte le service social mais **Mr V...** n'ouvre pas sa porte. Aux dires des voisins, il sort pour quelques courses mais n'ouvre pas sa porte. Les contacts avec son entourage sont de plus en plus rares. Devant le refus de communiquer de **Mr V...** son neveu fait une nouvelle visite.

Il est horrifié par l'état d'hygiène de son oncle et de son logement.
Accumulation d'aliments périmés, une saleté extrême de la cuisine et des toilettes.
Un entassement d'objets hétéroclites et de nombreux colis non ouverts.

1) Quelle conduite à tenir devant ce contexte ?

Une visite est programmée avec le Service Social et le réseau afin d'évaluer la situation d'autant que les voisins commencent à se plaindre des odeurs et du bruit.

Après négociations le patient accepte d'ouvrir sa porte partiellement et d'échanger quelques phrases. Il répond de façon à priori correcte, il ne semble pas présenter de troubles cognitifs et se dit conscient de cette situation mais refuse toute aide.

2) Quelle peut être l'attitude face à cette situation, doit-on accepter de ne pas intervenir ?

3) Ce refus de prise en charge traduit-il une pathologie spécifique ?

CAS CLINIQUE N °3

Mr et Mme H..., mariés vivent dans un logement exigü où sont entassés des meubles et des colis.

Les voisins ont porté plainte pour tapage avec des bruits de dispute entre les époux.

Les services sociaux et la curatrice de l'épouse contactent l'équipe du réseau de gériatrie.

Le médecin du réseau est reçu par le couple dans une cuisine de 4 m² chauffée au poêle à charbon. L'atmosphère est étouffante. Le reste de l'appartement est rempli de meubles et de colis non ouverts.

Mr H..., semble dénutri, amaigri, se plaint de céphalées et présente une mauvaise hygiène corporelle. Il n'a pas consulté son médecin depuis longtemps.

L'épouse est sous curatelle renforcée pour des troubles cognitifs.

Mme H..., évoque un long passé douloureux mais se refuse à donner plus de détails.

Mme H..., considère que son état physique est bon mais que son état psychologique est précaire. Elle se considère dans un « certain équilibre » qu'il ne faut absolument pas détruire par une aide ou une intervention extérieure.

Les deux époux refusent les interventions.

- 1) **Quelles inquiétudes peut-on avoir dans ce contexte ?**
- 2) **Quels acteurs doivent être mobilisés dans cette situation ?**
- 3) **Ce refus d'aide doit-il être respecté ? Justifier votre réponse.**
- 4) **Comment s'explique la mise en place de la protection juridique de Mme H... ?**
- 5) **Quelle stratégie à mettre en place dans cette situation du couple ?**

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

	Pages
<ul style="list-style-type: none"> • "Chartre des droits et libertés de la personne âgée dépendante" Fondation Nationale de Gérontologie 1997 	-1-
<ul style="list-style-type: none"> • "Refuser le traitement : responsabilité et autonomie du patient" Bull Cancer 2006 	-7-
<ul style="list-style-type: none"> • "Le refus de soins conscient ou inconscient" Grégoire MOUTEL, Laboratoire d'éthique médicale et de médecine légale 	-12-
<ul style="list-style-type: none"> • "Refus de traitement et autonomie de la personne" Recommandation du Comité Consultatif National d'Ethique N°87 	-23-
<ul style="list-style-type: none"> • "La loi sur la fin de vie : refus, limitation ou arrêt des traitements" Frédérique DREIFUSS-NETTER, Pr agrégé à la faculté de droit de l'Université de Paris 	-37-
<ul style="list-style-type: none"> • "La consultation de gériatrie" Dr Joël ANKRI, Pr François PUISIEUX, Pr Muriel RAINFRAY 	-43-
<ul style="list-style-type: none"> • "Accès aux soins des personnes en situation de handicap" Haute Autorité de Santé 	-48-
<ul style="list-style-type: none"> • "Identification de personnes auto-négligentes parmi les personnes signalées à l'AGEP" Dr Albert SERVADIO, Stéfan PAU MONTERO (thésard) 	-55-
<ul style="list-style-type: none"> • "Refus de soin et décisions difficiles, une chance pour la relation" Noëlle CARLIN, Cadre de santé, EMSP, CHU de Grenoble 	-66-
<ul style="list-style-type: none"> • "La vulnérabilité des personnes âgées" Ph. MEIRE 	-69-
<ul style="list-style-type: none"> • "Evaluation clinique de l'aptitude chez la personne âgée" Daniel GENEAU, Neuropsychologue 	-75-
<ul style="list-style-type: none"> • "Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer" Claire ASTIER, pilote du projet. 	-77-