



QUAND LE PATIENT DÉMENT DIT « NON »

REFUS ET OPPOSITION AUX SOINS DANS LES TROUBLES NEUROCOGNITIFS

Blandine BUISSON, Psychologue
Dr Alexis LEPETIT, Psychiatre - Gériatre
Equipe Mobile Maladie d'Alzheimer

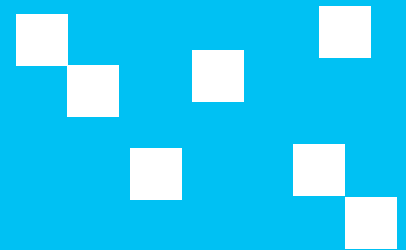
Villefranche, le 9 novembre 2017

Plan de l'intervention

- Présentation EMMA
- Le refus et l'opposition aux soins: perspectives éthique et légale
- Quelques éléments psychopathologiques et physiopathologiques sous-tendant le refus
- Quelques clés pour surmonter le refus et l'opposition aux soins



PRÉSENTATION EMMA



Missions et composition

Missions

- Prise en charge des symptômes psychocomportementaux des démences (SPCD)
 - À domicile privé
 - En domicile *institutionnel*
 - EHPAD
 - Foyer logement pour personnes âgées
 - Unité de long séjour gériatrique
 - Autres (foyer de vie pour adultes handicapée...)
- Intervention de semi-urgence (< 15 jours de délai d'intervention)
- Sur sollicitation d'un professionnel de santé médical ou paramédical
- Toujours en coordination et collaboration avec le médecin traitant (MT)
 - Pas de prescription mais proposition de plan de prise en charge
 - Pas d'intervention si le MT ne le souhaite pas

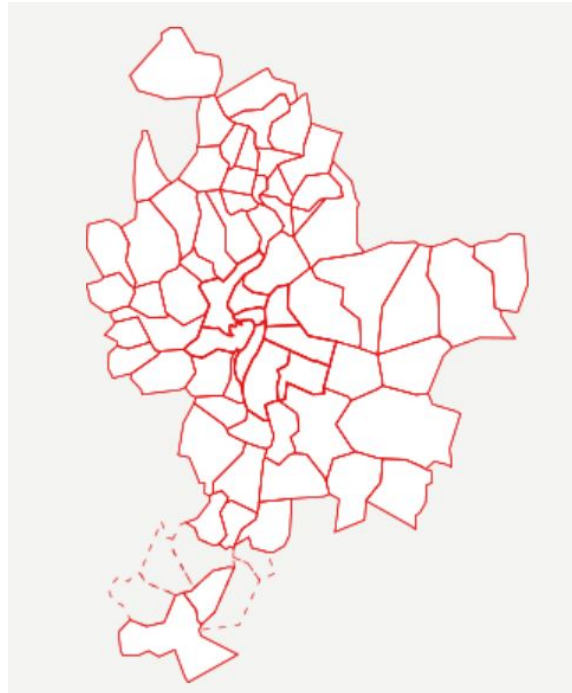
Composition actuelle

- 1 ETP infirmier de coordination
- 1,35 ETP psychologue
- 0,5 ETP chargée d'étude
- 0,5 ETP secrétariat
- 1 ETP médical
 - 0,3 ETP gériatre
 - 0,7 ETP psychiatre



Secteur d'intervention

- Les 59 communes de la métropole de LYON



Déroulement d'une intervention type

- Caractéristiques communes
 - Contact téléphonique avec le MT si ce n'est pas le demandeur de l'intervention
 - Intervention toujours en binôme (infirmière + médecin ou psychologue + médecin)
 - A l'issue de l'intervention, compte rendu détaillé envoyé par courrier co-signé avec recommandations constituant un plan détaillé
 - Thérapeutique
 - Médicamenteuse
 - Non-médicamenteuse
 - Prise en charge globale
 - Social

Déroulement d'une intervention type

■ En domicile privé

- Rencontre conjointe de l'équipe avec patient + aidant(s)
- Rencontre séparée
 - Patient avec le médecin
 - Aidant(s) avec IDE ou Psychologue
- Temps de conclusion conjoint avec équipe + patients + aidant(s)

■ En domicile institutionnel

- Rencontre avec l'équipe soignante de l'institution
- Rencontre avec le patient
- +/- rencontre avec la famille si disponible
- Temps de conclusion avec l'équipe soignante



Déroulement d'une intervention type

- Pas de suivi hormis un rappel téléphonique à 8 semaines
- Coordination avec les partenaires impliqués ou à impliquer

Autres types d'interventions

- En 2e intention après une intervention classique
 - Accompagnement PsychoComportementale en Situation de Soins (APCESS)
 - IDE seule présente sur un temps de soins, notamment de toilette
 - Intervention brève Psychoéducative de l'aidant
 - Une psychologue

- Autres projets
 - Formation
 - Formation continue (DPC)
 - 2 programmes DPC à destination des médecins (3 séances de 2h30 en soirée)
 - SPCD
 - Troubles psychiatriques vieillissant d'apparition tardive
 - 1 programme DPC à destination des soignants paramédicaux (1 journée)
 - Formation initiale
 - 3 thèses de doctorat en médecine (2 soutenues, 1 en cours)

Quelques chiffres (2016)

- 563 signalements
 - 51,7% en provenance du domicile
 - 43,7% en provenance des EHPAD
 - 4,6% en provenance d'autres structures d'hébergement

- 299 interventions
 - 50% au domicile ou autres hébergement
 - 50% en EHPAD

Autour des Symptômes Psychologiques et Comportementaux des Démences

■ Démarche étiologique :

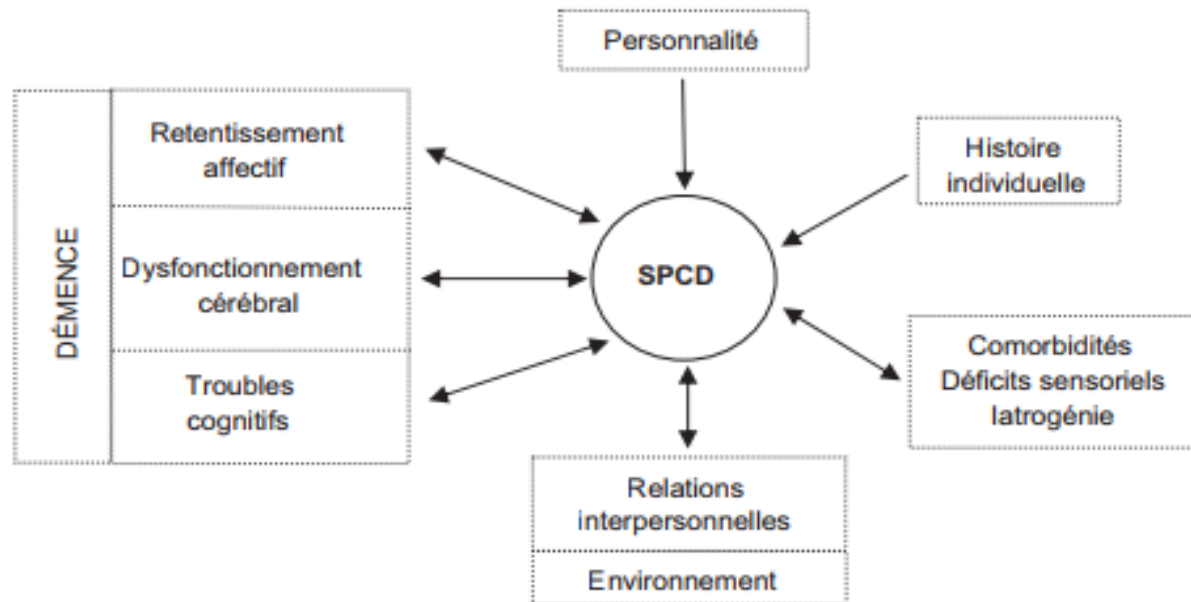
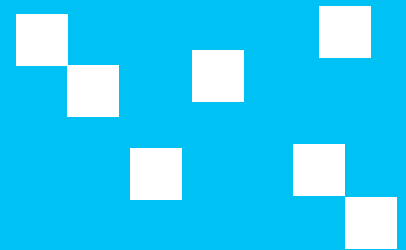


Figure 9.1 : Facteurs étiologiques des symptômes psychologiques et comportementaux des démences

LE REFUS ET L'OPPOSITION AUX SOINS: PERSPECTIVE ÉTHIQUE ET LÉGALE



Le Refus de Soins

- Refuser, vient du latin « refutare ». Il se définit comme le fait de «ne pas accepter ce qui est proposé, présenté».
- Très fréquents chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer, ou maladies apparentées.
- Il est parfois expliqué comme le seul moyen pour la personne malade d'exprimer ce dont elle a besoin, envie, ou de montrer son mécontentement.



Le Refus de Soins

- Peut être **explicite**, exprimé verbalement ou **implicite**, exprimé par des comportements d'opposition, d'agitation, de cris, d'agressivité, etc.
- Il peut s'exprimer **ponctuellement** ou de façon **répétée**.
- Le refus peut concerner **n'importe lequel des soins** prodigués à la personne
- Les **conséquences** d'un refus sont **très variables**.



Contexte législatif

- Les textes juridiques constituent un repère pour la personne soignée car ils permettent d'affirmer la place centrale du patient dans son soin
- Les lois relatives aux droits des patients reprennent essentiellement les notions d'information, de consentement, de patient acteur de son soin.



Contexte législatif

- **La charte Alzheimer éthique et société de 2011** : « Les personnes souffrant d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée [...] doivent bénéficier des **mêmes droits que tout citoyen dans l'accès à des soins compétents et de qualité, à la compensation de leurs handicaps, au respect de leur dignité, à l'écoute de leurs attentes** ».
- **La Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et de la qualité du système de santé**. Cette loi a pour objectif de placer le patient au centre de ses soins c'est-à-dire qu'il devienne acteur à part entière de son traitement. Cet objectif est indissociable d'une information claire et précise par le médecin de toutes les connaissances liées à la pathologie et aux traitements associés, ainsi qu'un consentement libre et éclairé de la personne soignée.
- **Le droit à l'information Art L.1111-2** : Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposées, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.

Contexte législatif

- **Le consentement Art R.4127-36 du code de la santé publique:**
« L'obligation d'information a pour corollaire le droit au consentement pour le patient. Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. 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 »
- **Le refus de soins Art L.1111-4 du code de santé publique :** « Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. »



Particularité des démences: Anosognosie, Déni, Défaut d'Insight ?

* **Anosognosie** : signifie « sans connaissance ou conscience de la maladie » Difficultés pour une personne de reconnaître sa maladie et d'apprécier la sévérité de ses difficultés et leur retentissement.

* **Défaut d'Insight**: difficultés de reconnaissance des changements provoqués par la maladie (connaissance cognitive de ces changements et éprouvé affectif associé)

* **Déni**: mécanisme de défense psychique, occultation d'une partie de la réalité. Première étape du deuil.

Retentissements au quotidien

- Difficultés pour les proches qui souhaitent convaincre l'aidé de ses difficultés,
- Difficultés pour justifier les examens complémentaires, les aides à domicile, les adaptations du quotidien.
- Peut entraîner pour les aidants une réticence à la mise en place d'une prise en soins adaptée

Troubles neurocognitifs :

Refus et Opposition aux soins

- **Deux éléments semblent primordiaux pour parvenir à faire céder le refus :**
 1. **Expertise:** évaluation multidimensionnelle pour évaluer les besoins de la personne et permettre de travailler en reconnaissant ses forces et ses capacités.
 2. **Empathie et Ecoute:** Attitude qui doit permettre de «décoder» et de comprendre les raisons du refus pour le désamorcer voir le contourner. Nécessaire confiance et continuité relationnelle. Objectif : **communiquer avec la personne pour nouer un lien et non entrer en conflit.**



Refus et Opposition aux soins: Expertise

- Toujours considérer dans un premier temps le refus de soins comme un **acte de liberté individuelle**
- La maladie même très évoluée **ne prive pas** le patient de son besoin et de sa capacité à **exprimer** ses idées, ses émotions ni sa disposition à les partager.
- Le refus doit être considéré comme une **dimension à part entière de l'accompagnement**

Expertise

- Vérifier que la personne a **compris** ce qui lui est proposé et donc ce qu'elle refuse
- Rechercher une **cause organique**,
- Rechercher une cause psychologique/psychiatrique (cf: vignette cas de figure)
- Evaluer les **facteurs socio-environnementaux**
 - Rechercher la **signification du refus** à la lumière d'éléments de l'histoire de vie de la personne, avec l'aide de ses proches



Expertise

- Toute décision face au refus de soins est prise après une **réflexion éthique en équipe pluridisciplinaire**.
- Elle est **partagée et respectée par l'ensemble des professionnels**
- Elle est **remise en question régulièrement**, et devant tout **changement de situation** de la personne



Questionnement éthique

4 Principes éthiques pour guider la réflexion au quotidien :

- **L'autonomie : autonomie d'exécution** (prise d'initiative et action intentionnelle) et **décisionnelle** (capacité à faire nos propres choix, à raisonner seul sur nos préférences).
- **La bienfaisance** : agir de façon bienfaisante suppose d'accomplir au profit de l'autre un bien ou un soin qu'il pourra reconnaître en tant que tel.
- **Non malfaisance** : présentiment de ce qui peut être mal pour l'autre à défaut de savoir ce qui est bien.
- **Le principe de justice** : principe d'équité.



Questionnement éthique

- **Balance décisionnelle** : bénéfices /risques des conséquences des choix faits par les professionnels ou proches
- **Notion de Risque acceptable** : Notion importante à définir. Quelles concessions sur un danger éventuel pour quels bénéfices?



Questionnement éthique

- A chaque situation sa réponse propre.
- Le dilemme va introduire du questionnement dans nos valeurs et nos pratiques.
- Réflexion permanente sans solution figée.

Le professionnel de santé face au refus

- Le refus de soins met le professionnel en échec : en refusant, la personne ne le laisse pas accomplir **sa mission**
- La confrontation frontale d'un professionnel tentant de convaincre de son expertise ne pourra qu'aggraver la situation.
- Ne jamais chercher à résoudre seul un problème de refus de soins et en parler systématiquement avec d'autres intervenants professionnels (équipe soignante, assistantes sociales, psychologues...)
- Ne pas considérer le refus comme une atteinte personnelle ou professionnelle
- Ne pas baisser les bras ni abandonner la personne



Situations concrètes

- Refus des soins d'hygiène
- Refus de s'alimenter
- Refus de soins ou médicaux

Refus des soins d'hygiène

- La toilette est un acte social, culturel, dépendant des représentations de chacun
- Hygiène et Apparence : premiers critères de la qualité des soins les plus visibles.
- Dilemme entre 2 principes éthiques : autonomie et non malfeasance



Causes de résistance aux soins

■ Pertes cognitives

- ✓ Diminution de la compréhension et de l'expression
- ✓ Diminution de la mémoire et de l'orientation
- ✓ Difficultés en lien avec l'initiative, la planification, l'organisation et la prise de décision

■ Insatisfaction des besoins de base

- ✓ Douleur et inconfort
- ✓ Fatigue et manque de sommeil
- ✓ Envie d'uriner
- ✓ Faim
- ✓ Pudeur et gêne

Causes de résistance aux soins

■ Environnement physique non adapté

- ✓ Pièce froide
- ✓ Équipements inconfortables
- ✓ Ambiance non adaptée : - Bruits importants - Éclairage éblouissant - Lieu physique ne rappelant pas une salle de bain- Image dans le miroir non reconnue

Causes de résistance aux soins

- **Habitudes antérieures non considérées**
 - ✓ Fréquence (ex. : 2 fois par semaine au lieu de 2 fois par jour)
 - ✓ Type d'hygiène (ex. : au lavabo, dans la douche ou au bain)
- **Approche non adaptée des soignants**
 - ✓ Approche trop rapide
 - ✓ Connaissance insuffisante des capacités et des incapacités de la personne
 - ✓ Équipement et préparation
 - ✓ Technique inappropriée
 - ✓ Mauvaise utilisation de la médication

Plusieurs outils

- **Fiche Histoire des soins d'hygiène** moment où les soins étaient réalisées dans la journée, moyen utilisé, fréquence, capacité actuelle à participer, suggestions de produits spéciaux ;
- **Grille d'observation lors des soins d'hygiène:** environnement, réactions (indices à la douleur, pudeur, inconfort, agitation, anxiété, peur), propos de la personne, approche soignants, attitudes verbales et non verbales...
- **Recommandations des bonnes pratiques HAS**

Prise en Soins spécifique

- ✓ Prendre le temps d'installer une **relation de confiance**, dans le calme,
- ✓ **S'assurer du respect de l'intimité de la personne**,
- ✓ Faire **participer** dans la mesure du possible, encouragements avec termes rassurants et positifs
- ✓ Donner des **consignes simples**,
- ✓ S'ajuster au **rythme** de la personne,
- ✓ **Faire diversion** en évoquant des thèmes significatifs à la personne,
- ✓ **Proposer la toilette à un autre moment**



Prise en Soins

- **Après le soin** : Manifestation d'une marque d'affection à la personne (**soin : marque de confiance donné au soignant**), proposer une période de repos, relever les éléments de difficultés et les interventions positives et les partager avec le reste de l'équipe.

Refus alimentaire

- Alimentation : dimension affective, sociale relationnelle.
- Valeur symbolique très forte de l'alimentation: le refus est alors particulièrement anxiogène pour les soignants, la famille, l'entourage
- Rôle bienveillant, maternant de l'aidant qui est mis en échec
- Empêcher l'autre de ne plus manger devient un mécanisme de protection contre la peur de le voir mourir



Refus alimentaire

- Rechercher une cause :
- ✓ **Causes organiques** : troubles de la déglutition, douleur, traitement médicamenteux anorexigène, apraxie bucco-pharyngée, mycose, problèmes dentaires, etc.
- ✓ **Causes psychiatriques** : dépression, syndrome de glissement
- ✓ **Facteurs socio-environnementaux** : stress au moment du repas, mauvaises relations avec les voisins de table, mauvaise qualité des repas, etc..



Refus alimentaire

- Le refus alimentaire est une urgence et doit immédiatement provoquer une réflexion pluridisciplinaire
- Opposition entre principe d'autonomie (libre choix) et principe de non malfeasance
- Dénutrition peut entraîner des conséquences graves sur la santé des personnes (risque d'évolution rapide vers un état grabataire, risque d'escarre, de surinfection, etc.)

Prise en charge : cause curable

- Corriger dans la mesure du possible les facteurs environnementaux,
 - ✓ Repas qui doivent respecter les habitudes de la personne ainsi que son rythme. Apporter un seul plat à la fois.
 - ✓ Ambiance autour du repas : sonore, visuelle, habitudes (place par exemple)
 - ✓ Aides humaines et/ou techniques adaptées
 - ✓ Proposition du « Manger-mains » finger food.
- Corriger dans la mesure du possible les facteurs organiques (adaptation de la texture si troubles de la déglutition) ou psychiatriques (ex: dépression)

Prise en charge: cause non curable

- Décision après réflexion pluridisciplinaire qui tient compte de la loi et s'appuie sur des repères éthiques
- La prise en charge peut aller du respect de la volonté et de la liberté de la personne jusqu'à une attitude nutritionnelle active
- Risques d'un côté : abandon de la personne, de l'autre la contrainte « pour son bien »

Prise en charge: cause non curable

- L'arrêt de l'alimentation ne signifie pas l'arrêt des soins
- Les soins de confort sont privilégiés : traitement de la douleur, traitement des troubles digestifs, etc.
- Une attention particulière est portée aux soins de bouche, même si la personne ne s'alimente plus.



Refus d'un soin médical

■ Exemples:

- La personne arrache sa perfusion alors qu'elle est très déshydratée
- la personne refuse d'avaler ses comprimés..
- la personne refuse d'aller en consultation externe ou de se faire hospitaliser..



Démarche de réflexion

- Évaluer le rapport bénéfice/risque pour la personne du refus lui-même et de ses conséquences, notamment sur sa qualité de vie
- Évaluer également le rapport bénéfice/risque des solutions envisagées
- Le refus de soin met-il rapidement la personne en danger ?
- Le soin refusé est-il indispensable (médicament, examen complémentaire, perfusion, sonde, etc.) ?



Refus d'un soin médical

- Prise de décision après réflexion éthique en équipe pluridisciplinaire
- Prise en compte de la volonté de la personne, éventuellement par le biais de ses directives anticipées, des proches, de la personne de confiance, du mandataire, etc. (loi 2005-370 du 22 avril 2005)
- Après concertation, toute décision concernant les soins médicaux sera finalement prise par le médecin référent

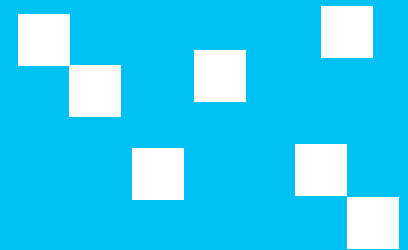


Derrière le refus..

- Le refus comme stratégie de préservation de soi
 - Refus de consulter du patient et parfois du couple aidant/aidé comme refus de faire « entrer la maladie » au risque de fragiliser l'équilibre du couple.
- Le refus comme volonté « d'empowerment »
 - En déléguant une partie de sa capacité de décider, d'agir, l'individu voit son pouvoir d'agir, son autonomisation être limités.
- Le refus comme préservation de sa place à tenir au sein du groupe familial
 - Refus du patient parfois difficile à dépasser par les proches du fait du positionnement antérieur fort du patient au sein du système familial.
- Le refus comme forme de renoncement



QUELQUES ÉLÉMENTS PSYCHOPATHOLOGIQUES OU PHYSIOPATHOLOGIQUES SOUS-TENDANT LE REFUS



Éléments sous-tendant le refus

- Dépression
- Angoisse
- Apathie

La dépression

- Particularité clinique chez la personne âgée: les **masques dépressifs**
 - Les symptômes cardinaux de la dépression (tristesse, aboulie, anhédonie, ralentissement psychomoteur) sont cachés derrière une autre symptomatologie qui les masque

2 masques générateurs de refus

■ *Masque hostile*

- **irritabilité**, hostilité, insultes, voire agressivité physique. **Refus des soins** et des aides au domicile, troubles du comportement.
- L'ensemble contrastant parfois grandement avec la personnalité pré-morbide avec le sentiment d'une personnalité qui devient ombrageuse, quérulente et coléreuse
- Retard diagnostique et de prise en charge

2 masques générateurs de refus

■ *Masque délirant*

- idées délirantes variables,
- Thématiques
 - Persécutoire +++
 - Culpabilité ++
 - Jalousie
 - Hypocondriaque
- Mécanismes
 - Intuitif
 - Interprétatif
 - Rares hallucinations psychosensorielles

Piste de prise en charge du refus dépressif

- Repérer la souffrance morale derrière le masque
- Faciliter la verbalisation des affects dépressifs
- Proposer une prise en charge psychologique/
psychiatrique adaptée



Anxiété et démence

■ Caractéristiques cliniques

- ↗ des symptômes somatiques d'angoisse
- ↗ des manifestations externes d'anxiété
 - Déambulation
 - Opposition
 - Irritabilité
 - Meilleur prédicteur d'une institutionnalisation parmi les symptômes anxieux
 - **Du fait de l'atteinte phasique** qui empêche la verbalisation des affects et de l'anosognosie
 - **Du fait de l'impulsivité**
- ↗ troubles du sommeil
- Selon le type de démence
 - Anxiété plus sévère
 - Démence vasculaire
 - Démence lobaire fronto-temporale



Piste de prise en charge du refus anxieux

- Réassurance verbale
- Accompagnement humain
- Traitement si véritable trouble anxieux

Définition

- Approche syndromique (Marin 1990)
 - perte de motivation associée à une réduction des activités tournées vers un but, qu'elles soient **comportementales, cognitives ou émotionnelles**
- Conception de l'apathie centrée sur la motivation
 - Retentissement sur 3 domaines



Critères d'apathie (Mulin 2011)

- Pour le diagnostic d'apathie, le patient doit remplir les critères A, B, C et D
- A - Perte ou baisse de motivation comparativement à l'état antérieur ou au fonctionnement normal pour l'âge et le niveau culturel du patient. Ce changement est rapporté par le patient lui-même ou son entourage
- B - présence d'au moins un symptôme dans au moins deux des trois domaines sur une période de quatre semaines et présents la plupart du temps
 - Domaine B1: **Comportement**
 - Perte ou diminution des comportements dirigés vers un but, mises en évidence par au moins un des symptômes suivants :
 - **Symptôme d'initiation**: perte de comportement auto-initié (démarrer une conversation, participer à une activité sociale)
 - **Symptôme de réactivité**: perte des comportements en réponse aux sollicitations de l'environnement (répondre dans une conversation, participation à des activités sociales)
 - Domaine B2: **Cognition**
 - Perte ou diminution des activités cognitives dirigées vers un but, mises en évidence par au moins un des symptômes suivants :
 - **Symptôme d'initiation**: disparition de l'idéation spontanée et de la curiosité pour les événements nouveaux ou routiniers (nouvelles récentes, opportunités sociales, affaires personnelles, familiales et sociales)
 - **Symptôme de réactivité**: perte de l'idéation stimulée par l'environnement et de la curiosité pour les événements nouveaux ou routiniers (sur le logement de la personne, son voisinage, ses proches)
 - Domaine B3: **Emotion**
 - Perte ou diminution des émotions, mises en évidence par au moins un des symptômes suivants :
 - **Symptôme d'initiation**: manque de ressenti émotionnel rapporté par le patient ou un tiers (faiblesse ou absence d'émotion rapportée par le patient, émoussement affectif rapporté par des tiers)
 - **Symptôme de réactivité**: perte de réactivité émotionnelle aux événements positifs ou négatifs de l'environnement (peu ou pas de réponse émotionnelle face à un événement excitant, à un deuil, à une maladie grave)
- C - Les critères (A - B) entraînent cliniquement une limitation du fonctionnement personnel, social, occupationnel et des autres domaines de la vie de l'individu
- D - Les critères (A - B) ne s'expliquent pas exclusivement par une atteinte physique (surdité, cécité) ou motrice, par un niveau de conscience diminué ou par les effets physiologiques directs d'une substance (médicament, stupéfiant)

Diagnostics différentiels

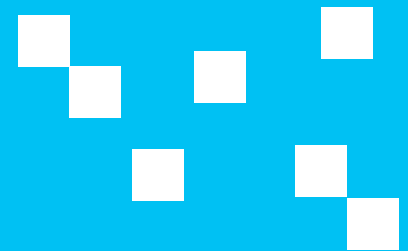
- Dépression
 - Proximité conceptuelle entre l'apathie et l'aboulie
 - Aide au diagnostic différentiel
 - **À l'indifférence affective et la réduction des réponses émotionnelles de l'apathie s'opposent la tristesse et le sentiment de détresse de la dépression**
 - **Le contenu de la pensée dépressive est très fréquemment marqué par des thématiques de dévalorisation, de culpabilité, d'incurabilité qui ne sont pas retrouvées chez le patient apathique**
 - **Le patient apathique ne s'ennuie pas (ou rarement) à la différence du patient déprimé**
- Autres étiologies de l'apathie
 - Iatrogénicité
 - Neuroleptiques
 - ISRS
 - Usage chronique de marijuana
 - Sevrage en amphétamine ou en cocaïne



Piste de prise en charge du refus apathique / de façade

- Accompagnement humain +++
 - Outrepasser le défaut d'initiative
- Recherche et exclusion de la iatrogénicité

QUELQUES CLÉS POUR SURMONTER LE REFUS ET L'OPPOSITION AUX SOINS



Quelques clés : maintien à domicile

- Premier travail avec les aidants familiaux pour les autoriser à dépasser, en tout cas contourner le refus de leur proche;
- Eviter de mettre en place plusieurs intervenants en même temps pour éviter tout sentiment d'intrusion,
- Proposer dans un premier temps par la mise en place d'un partenaire type ESAD ou gestionnaire de cas MAIA pour ne pas marquer directement la perte d'autonomie et pour installer progressivement une relation de confiance

Quelques clés:

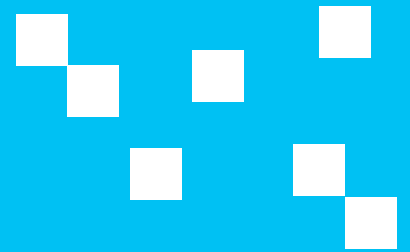
Maintien à domicile/Entrée en EHPAD

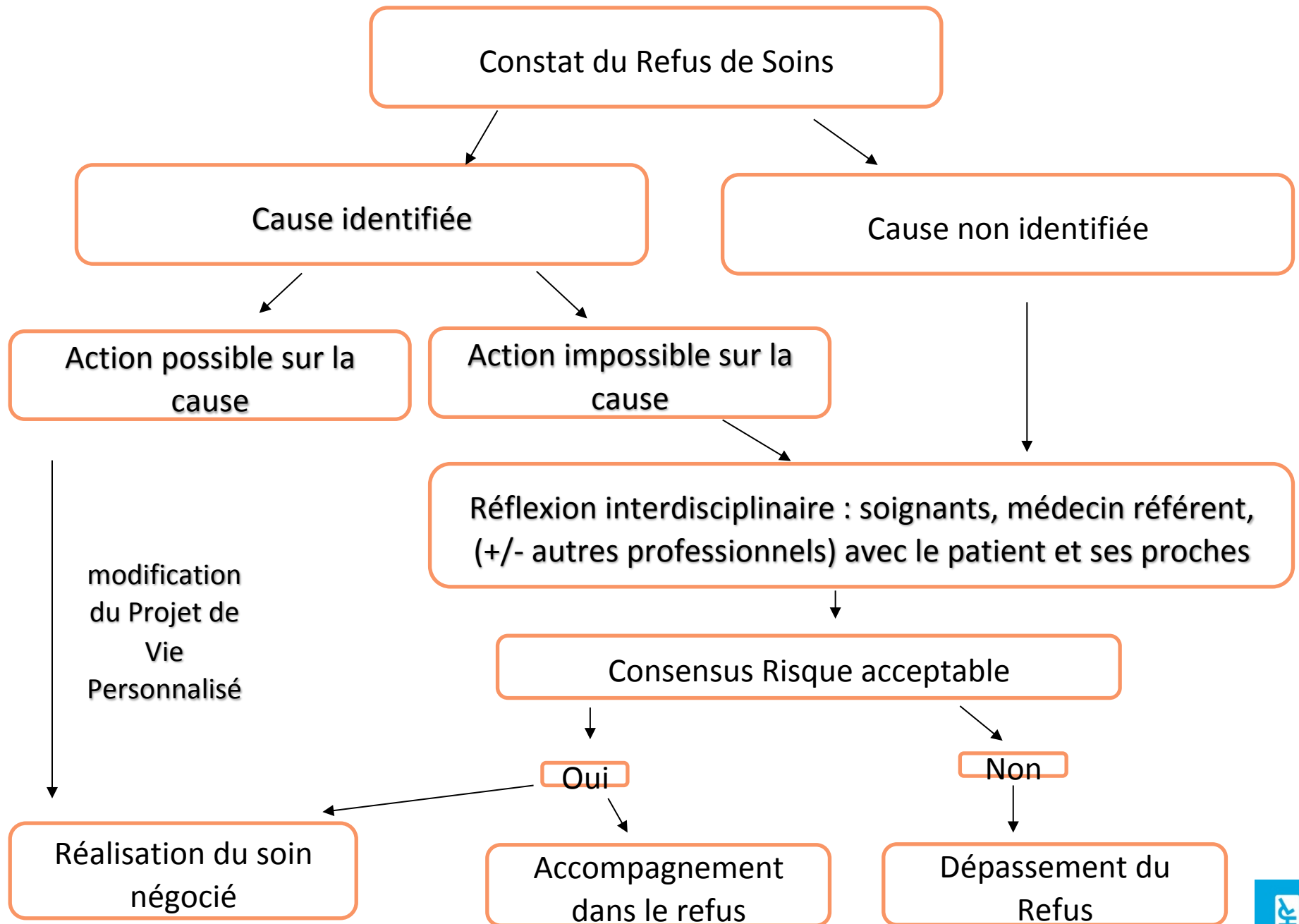
- Dilemme éthique régulièrement rencontré
- Balance Bénéfices/Risques à définir
- Risque acceptable à définir (Mise en danger de la personne malade par des sorties régulières et à des horaires non adaptés, mise en danger d'autrui, Abus de faiblesse, Risque de chutes...)
- Mise sous tutelle nécessaire pour que l'entrée en EHPAD soit facilitée.

Quelques clés

- Possibilité de demande d'intervention d'un dispositif type équipe mobile (ex: équipe mobile (gériatrique ou autre)) et/ou sollicitation d'un conseil éthique local pour apport tiers et aide à la décision;

EN CONCLUSION





« Sécuriser la personne dans son identité par la reconnaissance de ce qu'elle est en tant que personne et non en tant que malade pourra faciliter la rencontre et l'acceptation de soins »



Hospices Civils de Lyon



INSTITUT DU
VIEILLISSEMENT

Merci de votre attention

2^e Journées de Psychiatrie de la Personne Âgée

Sous égide de la Société de Psychogériatrie de Langue Française



Les **2^{èmes}** journées
de **Psychiatrie**
de la **Personne Âgée**

**Psychiatrie de la Personne Âgée :
réunir nos forces**

Co-présidées par Pierre VANDEL, président de la Société de la SPLF, Besançon
et Frédéric LIMOSIN, membre du bureau du CFP, Issy-les-Moulineaux

Vendredi 1^{er} décembre 2017
Samedi 2 décembre 2017

Lyon 2017

Cité - Centre de Congrès



Bibliographie

- Badard F, Somme D, : « Le refus d'aide et de soin des personnes âgées en situation complexe », 2011 ; Erudit
- Corvol A, Balard F, Moutel G, Somme D. « Refus de soins opposés aux gestionnaires de cas par des personnes âgées en situation médico-sociale complexe : regards croisés ». Revue de médecine interne 2014;35(1):16-2014.
- Goujon H, « Le refus de soins une liberté comme les autres? » mémoire EHESP, 2014
- Maladie d'Alzheimer et comportements perturbateurs, Argumentaire. Recommandations des Bonnes pratiques. HAS, 2009
- Michel B, Scemama-Ammar C, Viailly F. : « Bien vivre auprès d'un proche atteint de la maladie d'Alzheimer : Outils et réflexions éthiques à l'usage des familles et des soignants ». de boeck, 2015
- Taurand P, « Maladie d'Alzheimer et renoncement » EREMA, 2010

- Liens internet:

http://www.mobiquial.org/alzheimer/SOURCES/ETBS-DIAPORAMAS/AUTOUR_DU_PATIENT/PDF/A11.REFUS_DE_SOINS.pdf

http://www.alzheimer.ca/~media/Files/national/For-HCP/CIUSSS-Fiches-Alzheimer_SCPD_2016.pdf

http://www.ansm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=220



Face au refus d'arrêt de la conduite automobile

- Si les éléments ci-dessous sont repérés, **vous devez alerter le Préfet**, seul habilité à ordonner un examen médical d'aptitude.
 - -Votre proche ou patient se perd sur des lieux familiers, se trompe de sortie,
 - -Une mauvaise signalisation avec les clignotants,
 - -Une difficulté dans les virages,
 - -Une circulation dans la mauvaise file,
 - -Un choc sur le trottoir, des impacts non expliqués sur la carrosserie
 - -Un stationnement inadapté,
 - -des contraventions pour non-respect des règles de circulation,
 - -Un délai de réponse trop long lors de situations imprévues,
 - -Une absence d'anticipation,
 - -Une plus grande irritabilité ou une agitation au volant,
 - -Une confusion entre l'accélérateur et le frein,
 - - Il adopte une vitesse inadaptée.
-
- En fonction des conclusions de la commission médicale préfectorale, le Préfet pourra décider d'une interdiction temporaire ou définitive de la conduite.

Un signalement de l'aggravation de l'état de santé **par le médecin de famille ou l'équipe médicale**, sera pris en compte par le préfet.