Le médecin généraliste face au refus de soin de la personne âgée

Dr Farge Thierry, Dr Radreau Sophie

étude qualitative par entretien de 14 médecins généralistes en région Rhône-Alpes

9 hommes, 5 femmes
âge moyen de 45 ans
Ain, Isère, Rhône

Les principales causes identifiées

1- le manque d'information concernant le soin.
2- les contraintes liées aux soins.
3- le patient au stade du déni.
4- les pressions familiales et histoire de vie.
5- l'âge avancé en lui-même est un facteur de refus.
6- lâcher-prise.
7- troubles du discernement : dépression ou troubles cognitifs.
8- mauvaise communication du soignant.
9- refus car pas en situation pathologique aigue.

Dr G : « *Moi j'ai des patients, des malades mais j'ai pas des bons ou des mauvais* »

Dr K : « *Quand la personne n'est pas en épisode aigu elle a une pensée libre de choisir…En épisode aigu elle a une toute autre forme de pensée avec la crainte de la mort en plus* »

Les stratégies de communication

Communication efficiente

1- explorer l'ambivalence
2- information progressive, évolutive et réévaluée
3- réexpliquer
4- négocier
5- fixer des objectifs de soins adaptés à chaque patient
6- ne pas exercer d'abus d'autorité ni de chantage
7- en situation de crise : 2è avis et/ou médiation

« L'acte de consentir suppose une double compétence : il faut pouvoir comprendre et pouvoir se déterminer librement » :

Consultatif National d'Ethique. Consentement éclairé et information des personnes qui se prêtent à des actes de soin ou de recherche [Internet]. 1998 juin. Report No.: avis n° 58

1. capacité de manifester une préférence ou un choix
2. capacité de comprendre sa situation
3. capacité de comprendre les informations révélées
4. capacité de donner une raison (un motif)
5. capacité de donner une raison rationnelle (plausible)
6. capacité de donner une raison évaluant le rapport risque/bénéfice
7. capacité de formuler une décision raisonnable

L'échelle de la compétence éthique d'un patient de Beauchamp et Childress
Les principes de l'éthique biomédicale. Les Belles Lettres. Paris; 2008.

Adopter une approche centrée patient, pas en période critique, en faisant appel à des tiers (personne de confiance) ou en s'appuyant sur les directives anticipées par un compromis entre le projet de soin du médecin et le projet de vie de la personne.

Dr M : « *Donc le maître mot c'est le compromis. Si y'a pas une adhésion complète, entre rien et l'adhésion complète… j'pense que le compromis c'est pas mal* »

Le ressenti des médecins face au refus

1- une condition : la bonne compréhension des enjeux du soin
2- acceptation plus facile du refus lorsque le sujet est très âgé : moindre espérance de vie, balance bénéfice-risque souvent négative
3- faible crainte médico-légale
4- pas d'atteinte narcissique du médecin
5- pas de rupture sur la relation médecin-patient

Dr I : « *le refus de soin qui s'arrête au non du patient, c'est un échec de la communication* »

le médecin est soumis à deux injonctions parfois difficilement conciliables :

-respecter le droit d'une personne à décider pour elle-même (principe d'autonomie)

-la protéger d'une liberté qui peut potentiellement lui nuire (principe de bienfaisance)