

Maladie d'Alzheimer et hôpital de jour: La démarche éthique , une chance pour le patient

**Les limites de la liberté : argent,
conduite auto , choix du lieu de vie
aides à domicile , contention**

Démarche d'humanité et d'humilité

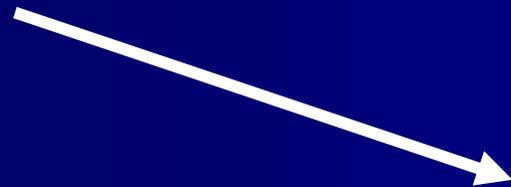
- « L'accompagnement éthique , c'est entrer dans une démarche volontaire , affirmer la permanence de l'être humain en toutes circonstances .. »

Savoir prendre la bonne décision suppose pouvoir s'appuyer sur un projet de soin .

- **« Faire le pari du sens au-delà d'un apparent non sens »**
- **L'éthique est une démarche qui pose davantage de questions qu'elle n'apporte de réponses immédiates .**
- **Engagement , aventure , et ouverture pour rejoindre le patient dans son humanité quelle que soit la sévérité de sa maladie**

Les limites de la liberté : gestion de l'argent ???

- **Quid des cartes bleues ???**
- **Quid des carnets de chèques ?**
- **Perdus ?**



**Aides possibles
Des banquiers ??**

Mesures de Protection juridique

- **Circulaire du 5 Mars 2007 :**
Le mandat de protection future
- **Dés aujourd'hui la personne aidée peut désigner par écrit celui ou ceux qui veilleront sur ses biens et dans quelles mesures pour le jour ou elle ne sera plus en état de le faire .**
- **La personne protégée n'est alors plus mise sous tutelle d'emblée mais conserve son autonomie et ses droits civiques**
- **Le mieux est de faire consigner ce document devant notaire . Et pour cela besoin d'un certificat médical attestant que la personne est bien en état de tout comprendre le jour de la signature .**

CONTRE-INDICATIONS MEDICALES A LA CONDUITE SELON LE RAPPORT Pr HAMARD1.

- 1 Insuffisance cardiaque très sévère permanente (stade IV)**
- 2. Cardiomyopathie hypertrophique symptomatique**
- 3. Acuité visuelle inférieure à 5/10ème de loin, en utilisant les deux yeux ensemble après correction optique (lunettes, lentilles de contact, chirurgie...)**
- 4. Rétrécissement majeur du champ visuel des deux yeux**
- 5. Blépharospasme incoercible (fermeture permanente et incontrôlable des paupières)**
- 6. Diplopie (vision double) permanente
qui ne peut être corrigée par aucune thérapeutique optique ou chirurgicale**
- 7. Instabilité chronique à l'origine de troubles graves de l'équilibre et de la coordination**
- 8. Dépendance avérée à l'alcool ou aux drogues
avec retentissement psychocomportemental et refus de traitement**
- 9. Somnolence excessive, persistante malgré le traitement, quelle qu'en soit la cause**
- 10. Démence très évoluée***
- 11. Trouble neurologique majeur (ex : paralysie des deux membres supérieurs),
sans possibilité de prothèse ou d'adaptation du véhicule**
- 12. Psychose aiguë et chronique s'il existe des manifestations cliniques
pouvant interférer avec la conduite automobile**

Remis au Ministre de la Santé en Février 2004

LISTE DES AFFECTIONS MEDICALES POTENTIELLEMENT INCOMPATIBLES AVEC LA CONDUITE D'UN VEHICULE

Arrêté du 21 décembre 2005

Classe IV :

**Pratiques addictives, Neurologie, Psychiatrie ,
Troubles cognitifs et psychiques**

**:"La capacité à conduire est fonction des résultats de
l'évaluation neurologique ou gériatrique. En cas de **syndrome
déméntiel documentée** ,la conduite est contre-indiquée après
un avis spécialisé".**

Difficultés de conduite automobile: Signes d 'alerte (à vérifier avec l 'aidant)

a t-il remarqué:

- Des anomalies ?
- Une modification du temps de réaction et de décision
- Est-il perturbé face à plusieurs problèmes simultanés?
- A t-il des difficultés à coordonner ses actions ?
- Est-il attentif à l'environnement ?
- Fait-il des erreurs sur des trajets familiers ?
- Observe t-il les panneaux de signalisation ?
- A t-il eu des accidents récemment?

Conduite automobile ???

- Risques accrus si imprévus
- Difficultés à planifier les tâches
- Perte de repères
- Altération des facultés d'attention
 - Mais
- **Souvent le patient limite spontanément le nombre de KM**
- **Conduite en dehors des heures de pointe**
- **Copilotage ??**

Conduite automobile.

En pratique:

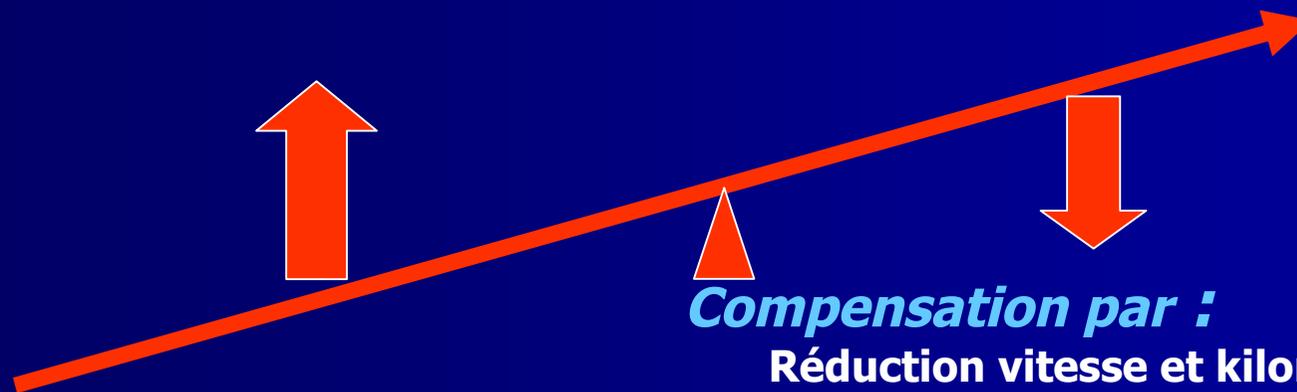
évaluation du risque à chaque consultation et discussion

- *des conditions de conduite(seul, accompagné)*
 - *des types de trajet*
 - *des signes d'alerte*
 - *informer le patient et l'aidant des risques potentiels*
 - *toujours envisager les alternatives possibles*
- la voiture est une garantie d'indépendance*
« Je roule , donc je suis »

PROBLEMATIQUE AUX STADES PRECOCES

Risque d'accident :

- **Déficit d'attention**
- **Ralentissement psychomoteur**
- **Trouble de la reconnaissance visuelle**



Compensation par :

Réduction vitesse et kilométrage
Conduite diurne
Parcours connu
Entretien des "automatismes"

Copilotage

Choix du lieu de vie

- **Domicile Aides extérieures ???**
 - **Refus , conflit avec les professionnels ...**
 - **Mais l'intrusion des professionnels dans la vie familiale ne peut se justifier qu'en cas de maltraitance**
- **Entrée en EHPADliée aux limites du maintien à domicile peut être un choix ou une obligation ..**
 - **Comment aider ou éviter les situations de non choix ????**

Les aides à domicile

- **Acceptation et réticences vis à vis des aides externes dans la maladie d'Alzheimer .**
- **Thèse de Nadeige Equis (octobre 2007)**

- **Etude répétée du plan d'aide proposée de 100 patients (50 en HDJ, groupe 1; 50 en NPG, groupe2) en fonction du profil du patient et de son acceptation**

- **Recueil des données ; tableau Excel, Statistique : logiciel SAS , et si effectif <5 : test de Fischer**

•TO

T1

T2

T3

•N=100

Crise
41%
(27%G1
et 73%G2)

15 mois

47 Patients
À domicile

Propositions

72%IDE
72% AXvie
21% repas
6% ADJ
6 % EHPAD

67% aide mais
24 % partielle
33% aucune aide

Propositions:

97% IDE
88% Axvie
33 %repas
68% ADJ
➤ 25% EHPAD
16%(16) accepté
Et 8% refus
➤ 4 DCD

82% aide partielle
18% aucune aide

➤ 26% (22) ehpad
➤ 11 dcd

Aides mises en place 6 mois après l'hospitalisation

Temps T3

- 82% aides mises en place mais partielles 54 %
- 18 % non mises en place

- 59% mise en place immédiate :

	G1	G2
	33%	<u>82%</u>
– Echec de mise en place :	9%	14 %
– Indisponibilité des aides :	20%	9%
– Refus du Patient :	81%	60%
– Refus de l'aidant :	41%	37%

La contention : Définition selon L'ANAES

- **La contention physique, dite passive, se caractérise par l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui limitent ou empêchent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou d'une partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté. (ANAES, 2000)**

Les motifs invoqués de la **contention**: Principe de précaution.

- **(1)** Prévenir la chute: crainte de la chute.
- **(2)** Limiter les troubles du comportement.
 - **Déambulation, instabilité motrice**
 - **Fugue**
 - **Agitation / confusion / agressivité**
- **(3)** Faciliter la mise en œuvre des soins.

La contention

Une précaution dangereuse ?

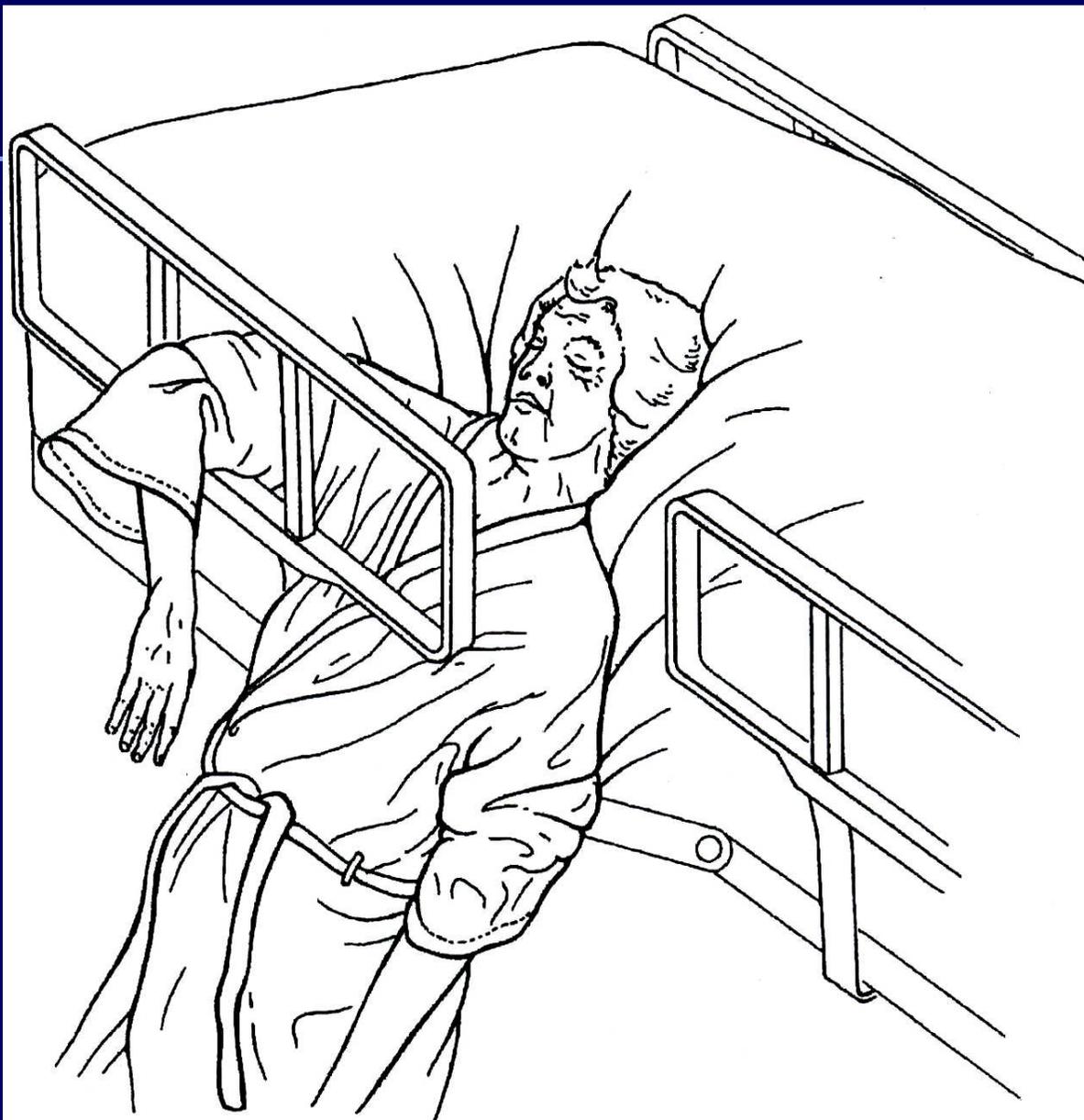
- Pas d'indication dans la prévention des chutes:
 - **Effet directs de la contention:**
 - **Majoration du risque de chute.**
 - **Augmentation du risque de chutes grave.**
(Tinetti, 1992; Tan, 2004)
 - **Effets du dispositif de contention:**
 - **si barrières: chutes plus graves, étouffement.**
- Effets discutables sur les troubles du comportement:
 - **Majoration confusion / agitation**
 - **Syndrome de régression psycho-motrice**



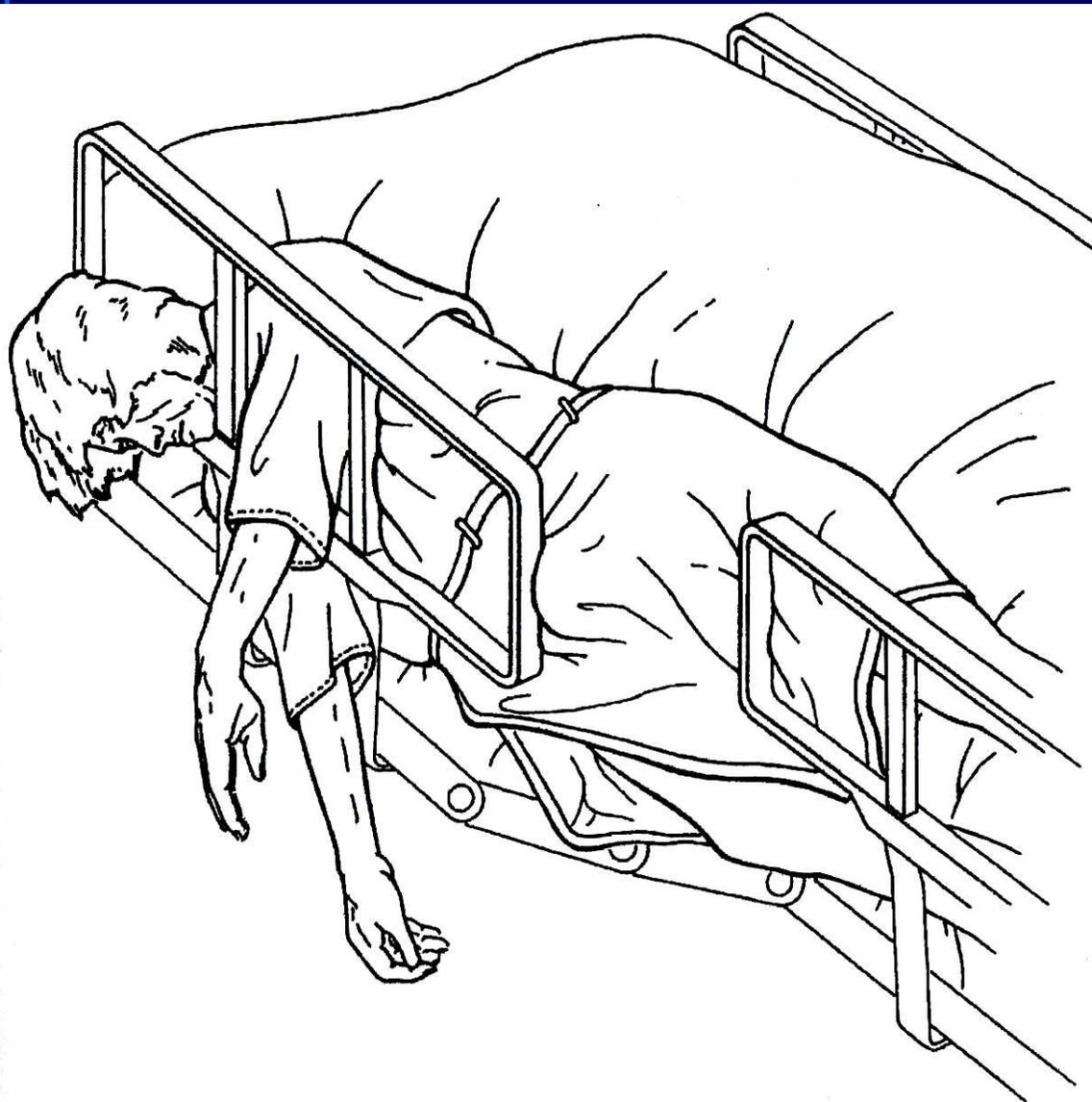


La contention «traditionnelle » pose un problème de sécurité, de respect de la dignité et de liberté de la personne âgée.

OFF-BED ENTRAPMENT



ON-BED ENTRAPMENT



La contention

Une précaution dangereuse ?

- **Effets secondaires de la contention:**
 - **Syndrome d 'immobilisation: troubles trophiques, escarres, fausses routes, incontinence sphinctérienne, sarcopénie, anorexie.**
 - **Conséquences psychologiques: altération de l 'image de soi, vécu traumatique et d 'agression, réactions comportementales: opposition, agitation, cris, prostration...**
 - **Augmentation de la dépendance**

La contention: un geste à limiter et à encadrer

- **Problèmes éthiques, légaux.**
- **Rapport risque / bénéfice souvent défavorable**
- **Privation des libertés VS principe de précaution ou droit au soins ?**
- **Conférence ANAES « limiter les risques de la contention de la personne âgée » (2000).**
 - **(1) Limiter l 'usage de la contention.**
 - **(2) Recommandations pour améliorer l 'usage de la contention.**

EPP Contention, Service de Gériatrie Clinique, Réalisée par le Doct J.M Dorey CHU de Saint-Etienne

■ **Objectifs:**

- **(1) Évaluer la prévalence de la contention**
- **(2) Évaluation de la pratique de la contention.**
 - **Mise en place / prescription**
 - **Information du patient**
 - **Installation confort**
 - **Surveillance**

■ **Méthodologie:**

- **Enquête de prévalence un jour donné.**
- **Population: patients hospitalisés en gériatrie (court séjour, long séjour, service de rééducation fonctionnelle et service de neuropsychogériatrie).**
- **Durée de l'étude: 1 mois**

**Questionnaire
description patient***

Patients sous contention

JOUR

NUIT

AUDIT CONTENTION*

- 1) motifs + type de contention**
- 2) Audit contention H.A.S.**
 - la mise en place.**
 - l'information.**
 - l'installation et confort.**
 - la surveillance.**

Comparaison groupe contention / sans contention

	CONTENTION (n=108)	SANS CONTENTION (n=59)	p
Age (moy. (+/- e.t))	85 ans (+/- 8)	84 ans (+/- 6)	ns
Sexe (femmes)	80%	85%	ns
Troubles comportement	69%	34%	p < 0,0001
Risque de chutes	77%	53%	p=0,001
Psychotropes	80%	78%	ns
MMS	12 (+/- 8)	20 (+/- 8)	p <0 ,0001
GIR	1,9 (+/-1.1)	3,6 (+/-1,1)	p <0 ,0001

Prévalence de la contention JOUR/NUIT (N=169)

PATIENTS SOUS CONTENTION:
65 % (n=109)

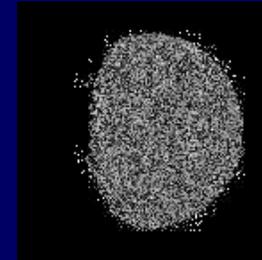


CONTENTION JOUR

22%

fauteuil: 16%

lit: 6%



CONTENTION NUIT

65%

Une démarche éthique

- **Premier temps** : analyse de la situation
 - Connaitre les souhaits et choix des patients
 - Chercher plus d'informations ; patient , maladie ,évolution , comorbidité..
 - Identifier les problèmes éthiques

- **Deuxième temps** : rechercher la solution
 - Prendre du recul ,Discussion à plusieurs
 - Être créatif , plusieurs possibilités
 - Vérifier la faisabilité

- **Troisième temps** : **Prise de décision** avec des traces écrites de cette décision et en assumer les conséquences en particulier le médecin

ex : le médecin pourra délier un proche d'une promesse de ne jamais placer en EHPAD son proche

Conclusion

- **« L'éthique implique une relation à l'autre . C'est la responsabilité qui définit la nature de cette relation »**

Elie Wiesel

**L'éthique de la guérison . In : le médecin , le malade et la société
Apostrophe , 26-30Nov 1993**

Cas clinique

- **Mme Martin, âgée de 84 ans, sollicite presque toutes les semaines son médecin traitant pour des plaintes somatiques diverses (maux de tête, douleur abdominales, douleurs articulaires). Elle est angoissée. Elle évoque des difficultés d'endormissement et se réveille vers 5 heures du matin. Elle décrit une perte d'entrain qu'elle rattache à une grande fatigabilité. Elle se sent plus irritable et supporte moins bien les contrariétés. Elle aurait perdu 4 Kg. Les troubles ont commencé depuis 6 mois. Elle ne verbalise pas de tristesse et affirme que le moral va bien. L'examen clinique est sans particularité.**
- **Elle vit avec son conjoint de 83 ans.**

- **Couple très tonique partageant leur retraite depuis des années entre le Midi sur un voilier et ski à la montagne plus marche ; ski à la montagne plus marche ;**
- **mais un traumatisme affectif : décès de leur unique enfant à l'âge de 50 ans, accidentel disent –ils tous deux.**
- **Le conjoint ne comprend pas la modification comportementale de son épouse.**
- **Antécédents :**
 - **Hypertension artérielle traitée par AMLOR (Amlodipine, inhibiteur calcique) et TRIATEC 2,5 mg (ranipril, inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine)**
 -
- **1 -Quel diagnostic évoquez-vous ? Sur quels arguments ?**

- **Un traitement par DEROXAT (paroxétine, inhibiteur de la recapture de la sérotonine) est introduit, associé à du THERALENE (alimémazine) au coucher. Une semaine plus tard, Mme.Martin présente un état d'agitation, des propos incohérents, est désorientée dans le temps et dans l'espace, dort le jour et déambule la nuit. Le courrier du médecin de garde évoque un probable syndrome démentiel et demande une hospitalisation en vue d'un placement.**
- **De votre côté, vous pensez d'abord à un syndrome confusionnel.**
- **Patiente hospitalisée mais passage au service d'urgence, 24 heures par manque de place en gériatrie**
- **et contention physique de 24heures maintenue lors du transfert en gériatrie vu son agitation associée à un tt Anxiolytique (Méprobamate)**
- **-Qu'en pensez-vous ??????**

- **Dans le service, patiente toujours aussi confuse, conjoint très inquiet**
- **Seul le ionogramme est perturbé avec une natrémie à 125mmol/l.**

- **Quelle(s) étiologie(s) et quel(s) traitement(s) prescrivez-vous pour cette hypo natrémie**

- **-Mais pendant l'hospitalisation, Mme P. s'améliore ; la natrémie se normalise et la patiente devient très accessible et verbalise une grande souffrance liée au décès de son fils, il y a 2 ans avec dit-elle une certaine incompréhension de son conjoint.**
- **Le conjoint signale des troubles de mémoire fluctuants qu'il banalise et très vite constat dans le service de troubles de la mémoire avec un évident retentissement sur l'autonomie.**

- **Bilan neuropsychologique confirme :**
- **MMS ; 18 /30 (DTS ; perte 6 pts , oubli des 3 mots , langage :6 /9)**
- **Test des 5 mots de Dubois ; score ; 5/10 et**
- **Scanner confirmant l'atrophie temporo-parietale**
- **TT spécifique mis en place et soutien psychologique ; La patiente finit par évoquer le décès de son fils par suicide (défenestration dans le domicile de ses parents)**
- **3 – Propositions de retour à domicile avec HDJ pour soutien psychologique et aide à accepter des tiers à domicile : Refus absolu de Monsieur très angoissé par cette séparation avec son épouse (60 ans de mariage) et lui-même certains jours très confus**
- **-Qu'auriez – vous fait ????**

- Mme A. retourne à domicile accompagné par son époux en voiture refusant un transfert en VSL malgré notre inquiétude devant les troubles de Mr A constatés dans le service pendant les entretiens.
- Proposition de les suivre en consultation tous deux ;
- Après 2 Consultations pour tenter d'obtenir une alliance thérapeutique , bilan de mémoire pour MR Martin confirmant une maladie d'Alzheimer modéré (MMS ; 24/30 et Grober et Buscke 27/8 ; test de l'horloge bien perturbé et difficultés visuo- spatiales marquées)
- Nous lui conseillons de diminuer la conduite de la voiture et s'organiser pour stopper définitivement, Refus du patient mais il accepte une prochaine consultation à 3 Mois
- 4- Qu'en pensez –vous ??

- **2 mois après , Mr martin a eu un accident de voiture , oubli d'une priorité à droite , blessés dans la voiture adverse (fracture du bassin) , et son épouse fracture du poignet , lui-même traumatisme crânien avec plaie frontale suturée mais sans gravité ; voiture inutilisable ...Ré hospitalisation du couple et**
- **Proposition d'une entrée en EHPAD car**
- **Couple très isolé**
- **Appartement bien négligé , hygiène limite, repas périmés ...et à notre grande surprise, acceptation du couple en réalité d'un hébergement temporaire pour les vacances.....1 mois**
- **5- En cas de refus qu'auriez vous fait ???**