

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Membres

| | |
|----------------------|--------------------|
| Pr P. ALLAIN | Pr J.-B. GARRÉ |
| Dr P. ANGLADE | Pr B. GOHIER |
| Dr F. AUMJAUD | Dr A. GRENOUILLOUX |
| Dr J. BARRÉ | Pr D. LE GALL |
| Pr O. BEAUCHET | Dr D. LEGUAY |
| Dr F. BONNAL | Dr E. LEJARD |
| Dr M. BRIÈRE | Dr V. LEON |
| Mme E. BRUSSON | Dr J.-P. LHUILLIER |
| Pr V. CAMUS | Dr R.-C. MESU |
| Dr H. CAUSERET | Dr A. MOUSELER |
| Dr D. DENES | Mme S. NICOLEAU |
| Dr A. DESORMEAUX | Dr M.-P. OMBREDANE |
| Dr F. ETCHARRY-BOUYX | Dr D. PELTIER |
| Dr A. FARRAÏ | Dr J. PLANSON |
| Dr L. FLOCH | Dr M. QUINTARD |
| M. B. FROMAGE | Dr D. ROBERT |
| Dr G. FONSEGRIVE | Dr E. VASSEUR |

Entrée gratuite mais inscription obligatoire

Inscriptions et renseignements : gerontopsy49@gmail.com

Ouverture des inscriptions : lundi 1^{er} septembre 2014

Nombre d'inscrits limité à 500

Site Internet : Portail de la Psychiatrie Angevine

**Cette journée est organisée avec le soutien des laboratoires :
LUNDBECK/OTSUKA/EUTHERAPIE**

Le fichier utilisé pour vous communiquer le présent document est déclaré auprès de la CNIL. En application des dispositions de la loi « Informatique et Libertés » modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression auprès du Pharmacien Responsable de notre laboratoire pour les données à caractère personnel vous concernant.

11^{ème} Rencontre de Géronto-psychiatrie et de Psycho-gériatrie en Anjou

Jeudi 20 novembre 2014

"Le refus de soins : un droit, un symptôme ?"

Greniers Saint Jean
Rue Gay Lussac – ANGERS



COMITÉ D'ORGANISATION

Pr Bénédicte GOHIER, Psychiatre – CHU Angers
Pr Jean-Bernard GARRÉ, Psychiatrie – CHU Angers
Pr Olivier BEAUCHET, Gériatrie clinique – CHU Angers
Dr Frédéric AUMJAUD, Association des Psychiatres Ligériens
Dr Mireille QUINTARD, Psychiatre – CESAME Ste Gemme/Loire



FACULTÉ
DE MÉDECINE



MATIN

8h45 : Accueil

Professeur **B. GOHIER**, CHU Angers
Professeur **J.-B. GARRÉ**, CHU Angers
M. **Y. BUBIEN**, Directeur Général CHU Angers
Mme **M. PLANTEVIN**, Directeur Général CESAME Ste Gemmes/Loire
Professeur **I. RICHARD**, Doyen de la Faculté de Médecine d'Angers
Professeur **D. LE GALL**, Vice-président de l'Université d'Angers

Présidents : Professeur **J.-B. GARRÉ** et Professeur **D. LE GALL**

09h30 :

Professeur **J. DUBIN (Président du Conseil Départemental l'Ordre des Médecins du Maine-et-Loire)**
Le refus de soins au regard de la déontologie médicale

10h15 :

Mme **S. NICOLEAU (Neuropsychologue et psychologue clinicienne, Maître de Conférence Associée – Université d'Angers)** et Mme **Karine PINON (Neuropsychologue et psychologue clinicienne, Arceau Anjou et Les Capucins, Angers)**
Anosognosie et déni : définitions et implications dans la pratique clinique

11h00 : **Pause**

11h15 :

Docteur **J.-B. MOUZET (Géronte, Praticien hospitalier – CHU d'Angers)** et l'équipe de soins. **Département de soins de suite et de longue durée, CHU d'Angers**
Le refus de soins : vues du soins de suite.

12h30 Déjeuner libre

APRÈS-MIDI

Présidents : Docteur **M. QUINTARD** et Docteur **F. AUMJAUD**

14h30 :

Professeur **V. CAMUS (Psychiatre, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier, CHRU de Tours)**
Refus de soins : un équivalent suicidaire ?

15h15 :

Docteur **J. BARRÉ (Géronte, Praticien Hospitalier, CHU d'Angers)**
«Il ne peut plus rentrer à domicile mais il ne veut pas aller en maison de retraite, docteur».
L'évaluation gériatrique standardisée répond à l'attente des familles.

16h00 :

Professeur **J.-B. GARRÉ (Psychiatre, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier, CHU d'Angers)**
"Oui ou non / oui et non"

16h45 :

Clôture de la journée par le Professeur **B. GOHIER**.

17h00 Fin



11^{ème} RENCONTRE DE GÉRONTO-PSYCHIATRIE ET DE PSYCHO-GÉRIATRIE EN ANJOU



Le refus de soins : un droit, un symptôme ?

Jeudi 20 novembre 2014

RENCONTRES DE GÉRONTO-PSYCHIATRIE ET DE PSYCHO- GÉRIATRIE EN ANJOU

| | |
|-------------|--|
| 2004 | <i>1ère Rencontre</i> |
| 2005 | <i>Regards sur la dépression du sujet âgé</i> |
| 2006 | <i>Troubles psychotiques et sujet vieillissant</i> |
| 2007 | <i>Inhibition, apragmatisme et vieillissement</i> |
| 2008 | <i>Etre parent de ses parents</i> |
| 2009 | <i>Le sommeil du sujet vieillissant</i> |
| 2010 | <i>S'alimenter, se nourrir, avancer en âge</i> |
| 2011 | <i>Les violences à l'âge avancé</i> |
| 2012 | <i>Le couple et l'avancée en âge</i> |
| 2013 | <i>Les mémoires</i> |

Congrès Français de Psychiatrie

Programme

Nantes 2014

26 - 29 novembre

La Cité Nantes
Events Center

Psychiatrie : changer
nos paradigmes

6^{ème}
édition

Validez votre **DPC**
4 programmes disponibles
www.congresfrancaispsychiatrie.org

Information & inscriptions
CARCO • 6, cité Paradis 75010 Paris, France
T +33 (0)1 55 42 18 18 • F +33 (0)1 55 42 18 19
info@congresfrancaispsychiatrie.org



aviesan
alliance nationale
pour les sciences de la vie et de la santé

Psychiatrie du Val de Loire

XXX^{ème} Journée de Fontevraud



« Corps et psychiatrie »

Vendredi 19 juin 2015



CHU ANGERS
Mme Karine STENVOT
Mme Syndie ANGER
Service de Psychiatrie et d'Addictologie
4 rue Larrey
49933 ANGERS CEDEX 9
fontevraudpsy49@gmail.com
Tél. : 02.41.35.32.43

Site : Portail de la Psychiatrie Angevine



113^{ème} Congrès du CPNLF

Tours

16-19 juin 2015

**Faculté de Médecine
Université François RABELAIS**

Le Refus de soin au regard de la déontologie médicale



Rencontre de Géro-nto-psychiatrie
Jeudi 20 novembre 2014
Jacques Dubin

Code de déontologie

1947 Art 30

Le médecin... doit **s'efforcer d'imposer sa décision**

1955 Art 29

le médecin doit **s'efforcer d'obtenir la bonne exécution**
du traitement

1995 Art 34

- le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la **clarté indispensable, veiller à leur compréhension** par le patient et son entourage et **s'efforcer d'en obtenir l'exécution.**

Imposer.... S'efforcer
1995 : information , compréhension

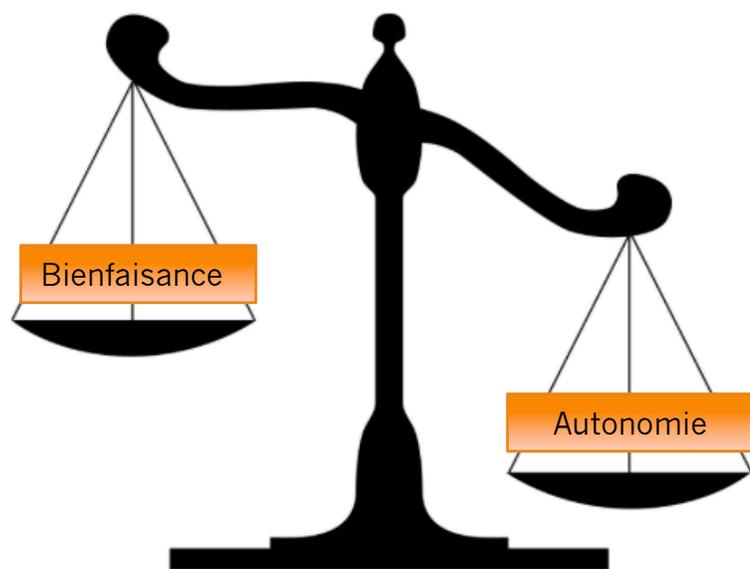
Article 36/42 1995

- **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 proposés, **le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences**.
- Un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement.
Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, **le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible**.

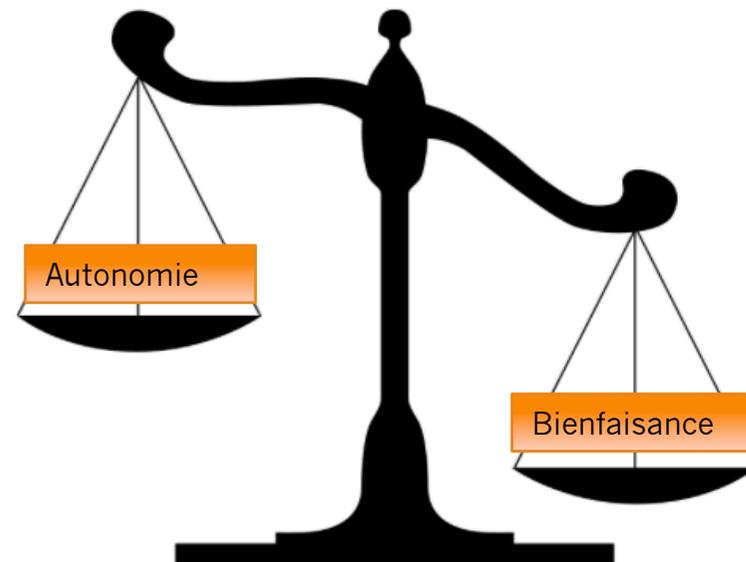
Textes législatifs

- Code civil ART 16-3
 - Consentement de l'intéressé
- Loi 9 juin 1999 (droit à l'accès aux soins palliatifs)
 - La personne malade peut s'opposer à toute investigation ou thérapeutique
- Loi du 4 mars 2002
 - Art.L1111-4 aucun acte sans le consentement libre et éclairé de la personne
- Loi du 22 avril 2005
 - Art.L.1111-10 limitation , arrêt de traitement respect de la volonté après information des conséquences

1947



2012



Autonomie : Consentement/refus

- Autonomie d'action
 - Se déplacer
- *Autonomie de pensée*
 - *Conduire une argumentation cohérente et réfléchie*
 - *« se servir par soi même de son entendement »*
- Autonomie de la volonté
 - Capacité de se soumettre aux lois que la personne s'est fixées
 - Avoir des préférences singulières

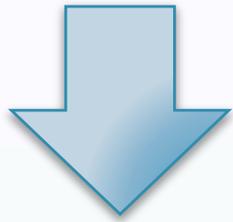
Autonomie France

- Tradition philosophique
 - Rousseau (Contrat social 1762),
 - Kant (Fondement de la métaphysique des mœurs 1785)
 - « Agis de telle sorte que la maxime de ta volonté puisse toujours valoir en même temps comme principe d'une législation universelle »
 - « Agis comme si la maxime de ton action devait par ta volonté être érigée en loi de la nature »
 - »Agis de façon à traiter l'humanité, aussi bien dans ta personne que dans la personne des autres, toujours en même temps comme une fin, et jamais simplement comme un moyen »
- Principe d'universalité
 - Autonomie s'exerce dans la contexte de la loi
 - Respects des devoirs (soi même et les autres)

Autonomie anglosaxons

- Habeas Corpus 1679
 - Défense de individu par les juges au dessus de l'autorité royale
- **Liberté individuelle d'avoir des préférences singulières**
- Autonomie = Autodétermination
- Relation médecin malade
 - Prestataire de service
 - Patient responsable des décisions le concernant

Autonomie



Information
Art 35/L 111-2

Consentement

Refus

Situations de refus

- Urgence
 - transfusions
- Conséquences pour des tiers
 - Vaccins , traitement tuberculose...
- Refus « partiels »
 - Trachéotomie
 - Traitement versus soins
- Altération du discernement

Importance de l'analyse des motifs

Analyse du refus

Aptitude à consentir

- La personne comprend elle la nature de ce qui lui est proposée?
- Comprend elle les buts ?
- Comprend elle les bénéfices et les risques ?
 - Du traitement
 - Du refus de traitement
- Capacité à consentir est elle altérée

Exigence : » information claire , loyale , appropriée »

Gestion d'une situation de refus

- Anticiper les conflits
 - Relation de confiance
 - Information justes , pertinente
- Reconnaître les motifs de refus
 - Conditions de vie de la personne
 - Tenir compte de la subjectivité
- Décision commune
 - S'entendre sur des objectifs communs
 - Compromis acceptable
 - Médiation externe

Recommandations CCNE

Avis 87

- Anticiper les situations

Reconnaissance mutuelle

Pas d'obsession pour le médico-légal

Information progressive

Pas d'abus d'autorité

Deuxième avis

Passer outre dans des circonstances exceptionnelles ?

Situations les plus fréquentes

- Choix raisonné
 - Situation de fin de vie
- Déficit de communication
 - Négociation: place du tiers
- Refus en lien avec des contraintes
 - Affrontement de deux système de valeurs
- Interrogation sur l'autonomie de pensée.

Consentement éclairé/ refus

Information

Dialogue
Bénéfices /risques

Décision libre

Maladie influe capacité de
choix
Psychologie
Religion
Finances

Capacité à décider

Communication libre?
Comprendre l'information
Capacité à raisonner
Répercussion du choix sur l'avenir

Patient capable d'exprimer sa volonté

Majeur

Mineur
Majeur protégé

Informer
Tenter de convaincre
Respecter le refus

Mineur : information selon maturité
Majeur : information selon discernement
AUTORITE PARENTALE ou TUTEUR
Sauf si opposition du mineur

Mise en jeu de la vie
Conflit éthique

Si acte indispensable
Réalisation malgré refus

Patient incapable d'exprimer sa volonté

```
graph TD; A[Patient incapable d'exprimer sa volonté] --> B[Fin de vie  
P de confiance  
Directives anticipées  
Respect du choix]; A --> C[Hors fin de vie  
P de confiance  
Directives Anticipées  
Décision médicale]; C --> D[Conflit Ethique  
Autonomie  
Bienfaisance];
```

Fin de vie
P de confiance
Directives anticipées
Respect du choix

Hors fin de vie
P de confiance
Directives Anticipées
Décision médicale

Conflit Ethique
Autonomie
Bienfaisance

Conclusion

« Venir en aide à une personne n'est pas nécessairement lui imposer un traitement. C'est ici tout le paradoxe parfois méconnu par la médecine qui doit accepter d'être confrontée à une « zone grise » où l'interrogation sur le concept de bienfaisance reste posée »

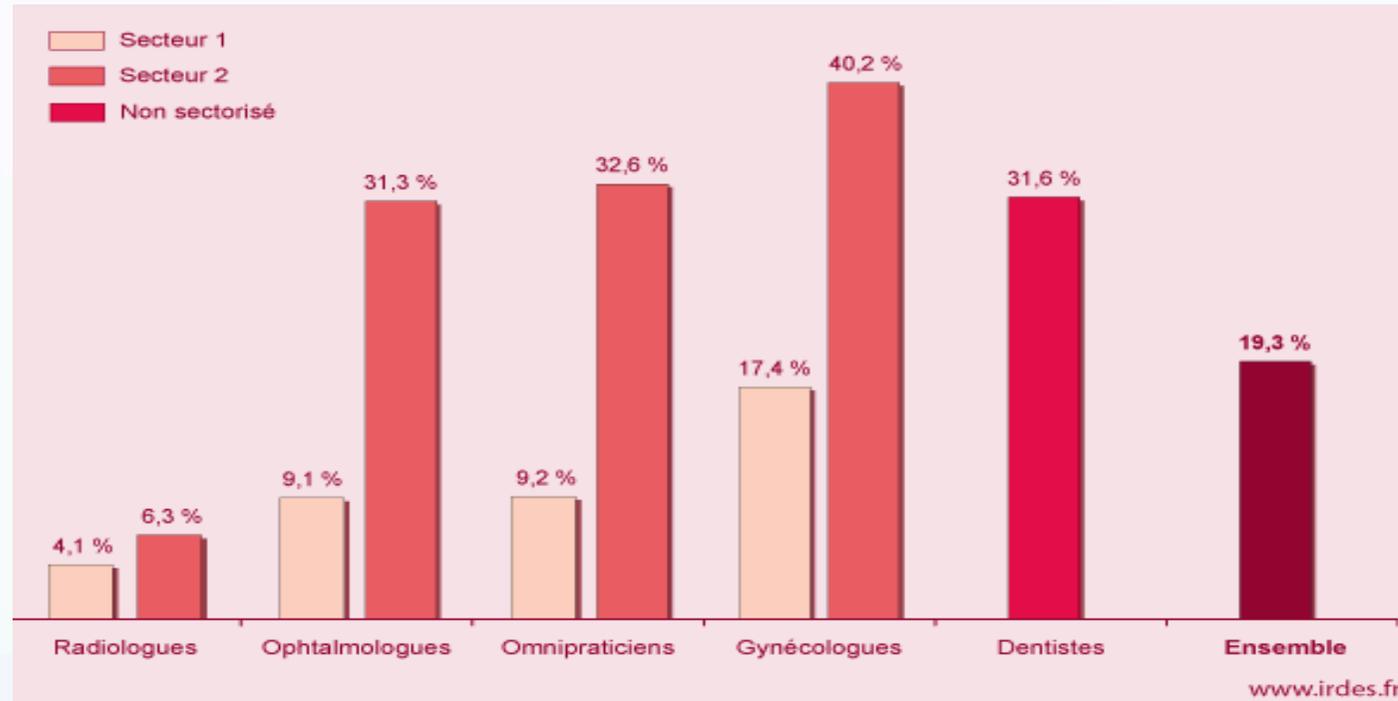
Refus du médecin : Art 47

- *Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée.*

*Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, **un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.***

- *S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins.*

Refus de soins médecins



Conférence nationale de santé 2010 Résoudre les refus de soins
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapp_refus_de_soins_cns_221010.pdf
IRDES http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/refus_soins_testing2009_rapport.pdf

Trois références

Avis N° 63 CCNE

Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie

<http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis063.pdf>

Avis N° 87 CCNE

- <http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis087.pdf>

Rapport C.N.O. 2004

Du droit au consentement au droit du refus de soins

Anosognosie et déni : définitions et implications dans la clinique



Sylvie NICOLEAU & Karine PINON



11^{ème} Rencontre de Géro-psycho-geriatrie et de Psycho-geriatrie en Anjou - 2014

Anosognosie et déni



- Introduction historique
- Dimension neurologique
- Dimension psychopathologique
- Évaluation et prise en charge

Un peu d'histoire...



- Méconnaissance des troubles :
 - Associée à la folie
 - Egarement de la raison

Un peu d'histoire...



- Babinski (1914)
 - Patients entièrement paralysés du côté gauche
 - Ne tenaient pas compte de cette paralysie (paroles, comportement)
 - ✦ De la simple absence de réaction émotionnelle (anosodiaphorie)
 - ✦ À la négation d'être paralysé (anosognosie ou agnosie de la maladie).
- Freud (1891)
 - Terme d'agnosie proposé pour remplacer celui d'asymbolie (difficultés de reconnaissance des objets)

Un peu d'histoire...



- Article de Babinski (1914) : source de confusions
 - Suggestion que la méconnaissance peut être de nature émotionnelle (anosodiaphorie) et cognitive (anosognosie).
 - Utilisation du même terme pour désigner la méconnaissance d'un déficit et celle de la maladie

Un peu d'histoire...



- Freud (1924)
 - Travaux sur l'inconscient
 - Travail sur les mécanismes psychiques qui conduisent à méconnaître une partie de la réalité

Un peu d'histoire...



La double polarité de la méconnaissance posée dès l'origine :

- Manifestation neurologique liée à la localisation des lésions cérébrales
- ou
- Manifestation psychologique liée à un mécanisme de défense contre l'angoisse

Mécanismes en jeu ...



Dimension neurologique

• Babinski (1914)

- Méconnaissance et non conscience d'une hémiparésie gauche, alors que les fonctions cognitives sont relativement conservées.
- Trouble associé à une lésion de l'hémisphère droit du cerveau.

→ Von Monakow (XIX^{ème} siècle)

Mécanismes en jeu ...



Dimension neurologique

- **Alajouanine et Lhermitte (1957)**

- Liste d'anosognosies électives
- Pas la conséquence des efforts engagés par l'inconscient pour répudier une réalité déplaisante
- Mais conséquence de la perte d'une fonction centrale (de prise de conscience ou d'accès à la conscience) par atteinte cérébrale
- Et aussi la conséquence de la perturbation induite de l'activité psychique.

Mécanismes en jeu ...



Dimension neuropsychologique

- **McGlynn et Schacter (1989)**

Deux types d'anosognosie :

- Anosognosie pariétale (*anosognosies modulaires**)
 - ❖ non conscience totale des déficits perceptifs ou moteurs
- Anosognosie frontale (*anosognosies supramodulaires**)
 - ❖ non prise en compte de l'impact des déficits cognitifs complexes (*résolution de problème, récupération et intégration d'informations comme le changement social, comportemental et de personnalité*)

* Langevin & Le Gall (1999)

Mécanismes en jeu ...



Dimension neurologique

- **Prigatano et Schacter (1991)**

Modèle tripartite

- Knowledge of : *conscience objective du trouble*
- Knowledge with : *la conscience subjective des conséquences ou des implications de la maladie sur la vie quotidienne*
- Self awareness : *conscience de soi et de l'identité individuelle*

Mécanismes en jeu ...



Dimension neurologique

- L'altération de la conscience des troubles peut perturber de façon spécifique une ou plusieurs des composantes de la conscience.
- Elle peut affecter un domaine spécifique de la cognition de façon modulaire (Allain et al., 2002 ; Antoine et al., 2002).

Mécanismes en jeu ...



Dimension neurologique

- Qu'en est il dans les pathologies dégénératives ? *
 - Méconnaissance et sévérité de la démence
 - Méconnaissance des déficits et siège des lésions
 - Dissociations :
 - entre conscience immédiate d'une erreur et appréciation générale de la fonction
 - entre connaissance explicite et implicite
 - entre reconnaissance des déficits et méconnaissance de leurs conséquences dans les AVQ
 - entre méconnaissance des déficits cognitifs et troubles du comportement

* Derouesné, 2009

Mécanismes en jeu ...



Dimension neurologique

- Quelle que soit l'étiologie (TC, AVC, Démence...), **l'anosognosie** relève d'un **dysfonctionnement cérébral** directement corrélé aux **lésions cérébrales** et **handicape le patient** qui la **subit plus qu'il ne l'intègre dans son fonctionnement psychique.**

Mécanismes en jeu ...



Dimension psychopathologique

- La méconnaissance, le défaut de conscience :
 - ❖ associés à la folie.

Mécanismes en jeu ...



Dimension psychopathologique

- **Freud (1924)**
 - ❖ Importance des phénomènes inconscients dans notre vie psychique.
 - ❖ Un certain degré de méconnaissance fait partie de la vie psychique normale
 - ❖ Les phénomènes inconscients jouent un rôle déterminant dans la survenue des affections mentales

Mécanismes en jeu ...



Dimension psychopathologique

- **Freud (1924)**

- ❖ Distinction de plusieurs mécanismes conduisant à la méconnaissance de certains phénomènes par le sujet :
 - Le déni (Verleugnung) :
 - Refus de prendre en compte la réalité, liée à un conflit entre le Moi et la réalité,
 - Mécanisme déterminant des psychoses.

Mécanismes en jeu ...



Dimension psychopathologique

- **Lewis (1991) : Approche psychanalytique et psycho-réactionnelle**

- Dénis :
 - ❖ Mécanisme réactionnel défensif et inconscient, utilisé par un sujet face à une angoisse trop lourde à gérer, en réaction à un traumatisme ou à la maladie.
 - ❖ Envisager comme un mécanisme psychodynamique susceptible d'apparaître chez n'importe quel patient afin de maintenir son intégrité et son équilibre somatopsychique, tant que la réalité ou une partie de celle-ci est vécue comme inacceptable telle quelle.

Mécanismes en jeu ...



Dimension psychopathologique

- **Approche psychodynamique :**
 - Prise en compte de l'histoire du sujet, sa personnalité, ses croyances et ses attentes
 - Confèrent une dimension symbolique à la représentation des troubles ou de la maladie
 - Mise à jour des liens avec l'activité psychique du sujet dans une problématique de perte et de blessure narcissique.

Mécanismes en jeu ...



Dimension psychopathologique

- **Oppenheim-Glukman et al. (2003) :**
 - Chez des TC
 - ❖ à côté de phénomènes psychiques non spécifiques (difficulté du travail de deuil, déni, traits de personnalité évitante ou limite)
 - ❖ les patients présentent une difficulté spécifique à intégrer l'expérience subjective de la maladie dans leur espace psychique du fait d'un défaut de représentation éprouvée des troubles cognitifs et comportementaux

Mécanismes en jeu ...



Dimension psychopathologique

- Utilisation du terme de déni s'est ensuite banalisée :
 - Actuellement employé de façon commune pour désigner un simple mécanisme de défense contre le stress
- Terme de déni appliqué à des mécanismes mais aussi à des réalités cliniques différentes
 - Depuis la simple atténuation des conséquences des déficits
 - Jusqu'à la négation violente de toute pathologie

Mécanismes en jeu ...



Dimension psychopathologique

- Qu'en est il dans les pathologies dégénératives ? *
 - Peu d'études sur les mécanismes précis de la méconnaissance sous l'angle psychopathologique s'agissant de la maladie d'Alzheimer.
 - Le rôle de la méconnaissance comme mécanisme de défense contre l'angoisse apparaît assez clairement au cours des entretiens, mais reste insuffisamment documenté

* Trouillet et al., 2003

Mécanismes en jeu ...



Dimension psychopathologique

- Qu'en est il dans les pathologies dégénératives ?
 - Gaichies et al. (2000)
Evolution inverse entre MA et cérébro-lésés
 - chez les patients déments, le déni est massivement mobilisé au début de la détérioration mentale, et finit par diminuer pour laisser place à l'anosognosie qui devient prévalente au fur et à mesure que progressent le processus dégénératif.
 - chez les cérébro-lésés, l'anosognosie initiale peut céder la place à des mécanismes de déni au fur et à mesure que le sujet récupère à la fois ses ressources cognitives et psychiques.

Quelles Implications ?



- Le retard dans le diagnostic
- Les difficultés relationnelles et les problèmes au niveau de la prise en charge thérapeutique
 - Le refus de soin/opposition
 - Les comportements d'agressivité
 - Les prises de risque
 - Le manque d'implication ou d'investissement dans les PEC

(Caron et al., 2009 sur l'influence de l'anosognosie sur la prise en charge orthophonique)

Evaluation



- **Déni**
 - Pas retrouvé d'outils spécifiques pour les patients cérébro-lésés
- **Anosognosie**
 - **Mesure indépendantes :**
 - ✦ Réalisées en l'absence d'une activité cognitive simultanée.
 - ✦ Questionnaires : QAM (Van der Linden et al., 1989), EMQ (Sunderland et al., 1983, 1984), PCRS (Prigatano et al., 1986), DEX (Wilson et al., 1996), ...
 - **Mesures concourantes :**
 - ✦ Evaluées en présence de tâches cognitives simultanées.
 - ✦ Prédiction de performance

Evaluation



- **Anosognosie**
 - **Trouillet et al. (2003) :**
 - ✦ Les caractéristiques de la méconnaissance
 - ✦ Le retentissement sur l'activité fonctionnelle
 - ✦ Les réactions face à l'échec
 - ✦ L'existence d'une connaissance implicite

Prise en Charge



- Dépend de la nature de la méconnaissance, de son retentissement sur l'activité fonctionnelle et relationnelle du patient et sur l'établissement du contrat thérapeutique

Prise en Charge



- **La prise en charge rééducative**
 - Deux techniques habituelles en rééducation (Villeumier, 2000) :
 - ✦ **la restauration de la fonction**

Prendre conscience de son déficit par un apprentissage de la discrimination entre réussites et échecs, par des mesures éducatives pour modifier sa connaissance, son interprétation et ses croyances, par la comparaison entre ses performances et celles des autres...
 - ✦ **la compensation du déficit**

Développer au maximum les capacités fonctionnelles du patient dans la vie quotidienne en passant outre la méconnaissance par l'utilisation des routines fonctionnelles et des capacités résiduelles

Prise en Charge



- **La prise en charge psychothérapique** (Fayada, 2006)
 - Utile et parfois nécessaire lorsque la dimension psychopathologique est importante
 - Doit être associée à une prise en charge cognitive.

Pour conclure



Points essentiels

- La méconnaissance des déficits est un phénomène complexe : ni l'anosognosie ni le déni ne constituent des entités univoques et aucune théorie ne peut expliquer l'ensemble des faits observés ;
- La méconnaissance est encore trop souvent considérée comme un phénomène de tout ou rien alors qu'existent différents degrés de méconnaissance qui peuvent varier dans le temps ;
- Il est artificiel de séparer mécanismes neuropsychologiques et psychodynamiques : les deux coexistent bien que, sans doute, à des degrés variables selon la progression de la maladie;
- Et chaque type de méconnaissance remplit une fonction bien particulière à un moment donné de l'évolution des troubles ou de la maladie.

Pour conclure



- « Certaines méconnaissances sont ainsi à respecter alors que d'autres nécessitent une prise en charge active »

(Derouesné, 2009)



MERCI DE VOTRE ATTENTION

LE REFUS DE SOINS : vues du soins de suite

Qu'est-ce qu'un « soins de suite »

Le soins de suite

- ▶ **Définition de l'activité**
- ▶ L'activité de SSR a pour objet de « prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, sociales des déficiences et des limitations de capacité et de promouvoir la réadaptation et la réinsertion du patient ».

Le soins de suite

- ▶ **Missions des établissements de santé autorisés en SSR**
- ▶ Les établissements de santé autorisés en SSR ont pour mission d'assurer :
- ▶ les soins médicaux, curatifs et palliatifs,
- ▶ la rééducation et la réadaptation pour limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux et prévenir l'apparition d'une dépendance, maintenir ou redonner de l'autonomie ;

Le soins de suite

- ▶ Mener des actions de prévention et l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage,
- ▶ la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle.
- ▶ Ces missions concernent l'ensemble des structures de SSR, mais peuvent être mises en œuvre à des degrés divers, selon les besoins du patient.

SSR du CHU D'Angers

- ▶ 160 lits de SSR, 40 lits de SLD
- ▶ Un amont à forte prédominance CHU
- ▶ Un secteur de soins de suite gériatriques autorisé
- ▶ Un important travail social, puisqu'il représente une articulation du sanitaire avec le domicile ou l'hébergement social : sur 1343 entrées en 2013, 864 (64 %) seront dans ce cas

LE REFUS

- ▶ REFUS : action de refuser, c'est à dire ne pas accepter ce qui est proposé, ne pas consentir, ne pas reconnaître, s'arrêter devant un obstacle (équitation), se refuser : résister
- ▶ En marine se dit du mouvement du vent qui se modifie en devenant moins favorable à la marche.(LAROUSSE)



LE REFUS

- ▶ Ne pas accepter ce qui est proposé : qu'est-il proposé ? Ou comment ?
- ▶ Sur les 1343 entrées de 2013 : 320 personnes ont été admises en EHPAD et 544 retours à domicile ont pu être réalisés.
- ▶ Sur quels principes fonder notre aide et nos conseils d'orientation :

Paternalisme ou autonomie ?

- ▶ Principe de bienfaisance : agir pour le bien du malade, ignorant de la nature, des causes et des conséquences de son mal....le médecin sait et décide pour lui.
- ▶ Ou principe d 'égalité, de respect de la liberté et rester dans l'information, assortie du conseil, le malade prenant seul ses décisions.
- ▶ Et le choix irrationnel ou dangereux ?

Les principes

- ▶ Chacun est libre de décider par lui-même.
- ▶ « la personne protégée prend seule les décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet », sinon assisté (protecteur) ou représenté(tuteur)
- ▶ La personne protégée conserve toute sa liberté de décision, tant qu'elle ne contrevient pas à ses intérêts et que le juge n'a pris aucune décision à cet égard

Les principes

- ▶ « Pour faire un acte valable, il faut être sain d'esprit » Art 414-1 du Code Civil
- ▶ « Elle [La protection] a pour finalité l'intérêt de la personne protégée. Elle favorise, dans la mesure du possible, l'autonomie de celle-ci » Art 415 Code Civil

Les principes

- ▶ Respect des choix de la personne : si elle est reconnue non en capacité de prendre part à la décision (et représenté) le protecteur peut (doit?) travailler avec l'entourage pour apporter connaissance et compréhension ; s'inspirer de la notion de collégialité de la loi LEONETTI ?
- ▶ Secret professionnel pouvant cloisonner l'aide pour protéger entre autres la vie privée ?

Les principes

- ▶ Question de la formation des protecteurs, d'une manière générale, mais aussi sur le cas individuel, secret médical.
- ▶ « Le mandataire est un peu à la protection juridique ce que le généraliste est à la médecine : un pivot du parcours » (L. GATTI, APAJH 86, directrice MJPM, espace éthique Alzheimer)
- ▶ « parenté gestionnaire de cas, nouveaux acteurs gériatriques et mandataire »

Premier cas clinique

- ▶ Présentation de deux situations vues en soins de suite, illustrations ou sources dans la réalité de ces réflexions
- ▶ Histoire de M. T, ou le respect de la volonté de la personne entraîne de multiples hospitalisations, connues pour être délétères
- ▶ Histoire de Mme C, ou l'impasse...

Cas clinique 1

- ▶ M. T , homme de 91 ans, est adressé le 20 août 2013 en soins de suite par le service d'orthopédie du CHU d'ANGERS en raison d'une chute de sa hauteur survenue le 13 août pendant une hospitalisation dans un service de médecine et responsable d'une fracture du fémur gauche.

Cas clinique 1

- ▶ Ses antécédents médico-chirurgicaux : narcolepsie, stimulateur cardiaque, maladie d'Alzheimer
- ▶ Chutes avec fractures : odontoïde en 2004, L1 en 2010, C1 en 2011, T11 et 6^{ème} et 7^{ème} côte droite.

Cas clinique 1

- ▶ Initialement, il avait été admis le 24 juillet 2013 au service d'accueil des Urgences : motif : ne peut plus marcher 48 H après sortie de l'hôpital, constaté par son épouse qui présenterait une maladie d'Alzheimer ; C'est elle qui a alerté le médecin traitant et est désignée personne de confiance.
- ▶ Il a comme famille en outre, le fils de son épouse, éloigné, souvent en déplacement.

Cas clinique 1

- ▶ À l'admission aux Urgences il n'était pas noté de problématique somatique évidente en dehors d'une somnolence modérée et on notait qu'il était « sorti trop tôt d'hospitalisation » et que « c'était difficile à domicile ».
- ▶ Il est donc adressé à nouveau dans un service de médecine pour « bilan social et entrée en structure ? »
- ▶ Parcours des années précédentes :

Historique Cas clinique 1

- ▶ Octobre 2010: Passage en hospitalisation pour fracture cervicale C1 + luxation.
- ▶ MMS : 27/30 BREF 15/18 : SSR demandé, change d'avis, le service trouve ce revirement déraisonnable ; impossibilité de l'en dissuader, de le convaincre d'accepter la convalescence tracée au dossier.
- ▶ Sortie en Hospitalisation A Domicile le 5/10/10

Historique Cas clinique 1

Vu par Equipe Mobile Gériatrique 2010: DTS notée, logorrhéique avec détails et perte de conversation faisant évoquer une confusion. Alerte pour organisation des aides à domicile et pour le traitement de son épouse pour laquelle on parle de "troubles cognitifs"

▶Nb : demande par EMG de réalisation de tests neuropsychologiques : retour à domicile mais consultation de suivi gériatrique souhaitable.

Historique Cas clinique 1

- ▶ 2012 :Urgences du CHU le 11 /01 : chute, incontinence urinaire et troubles cognitifs avec hospitalisations du 11 au 17 /01 puis 19 au 30 /01 (cf infra) en médecine.
- ▶ Pas d'orientation étiologique précise,(mais antécédents) modifications thérapeutiques et « comme vous le savez, M.T refuse toute idée d'institutionnalisation ou de convalescence nous l'avons donc laissé sortir le 17 janvier »

Historique Cas clinique 1

- ▶ Prévion de bilan cognitif en externe, demandé au service de gérontologie par son médecin traitant (le 8/2/12), car non fait en 2010.
- ▶ Lien fait avec son beau fils pour la réévaluation des aides.

Historique Cas clinique 1

- ▶ 2012 : admission CHU du 19 au 30/01: MMS à 19/30, atrophie cortico-sous corticale au TDM marche difficile, avec déambulateur.
- ▶ "refuse une convalescence. Devient opposant au fur et à mesure de l'hospitalisation, souhaite rentrer car angoisse vis-à-vis de sa femme qui est seule à domicile (a peur qu'elle se suicide) Refuse les inscriptions en EHPAD"

Historique Cas clinique 1

- ▶ Demande du médecin traitant de bilan en gériatrie : hospitalisation du 7 au 19/06/2013.
- ▶ Evaluation Gériatrique Standardisée : score fragile
- ▶ Intervention complexe car deux personnes démentes
- ▶ REFUS : des aides, pas de demande EHPAD de précaution

Historique Cas clinique 1

- ▶ Bilan Gériatologique : Finalement introduction traitement par mémantine sur irritabilité et mirtazapine pour « possible dépression hostile »
- ▶ Diagnostic de maladie d'Alzheimer **confirmé**, sur niveau socioculturel élevé et confirmation par le beau fils du diagnostic d'Alzheimer chez son épouse.

Historique Cas clinique 1

- ▶ **Bilan Gérontologique** : Notion de « personnalité psychorigide » antérieure, et mesure de protection engagée.
- ▶ En résumé : plan social / protection / gestion de cas
- ▶ Et retour   domicile le 19/6/2013

Historique suite Cas clinique 1

- ▶ Urgences le 14/7/13 : chute, diagnostic de poussée de chondrocalcinose du genou. Sortie le 22/7/13, domicile.
- ▶ Urgences le 23/7/13 : pour impotence à la marche : pas d'élément médical supplémentaire, retour à domicile.
- ▶ Urgences le 24/7/13 : sur même motif d'impotence et de difficultés du maintien à domicile : Consultations avec Assistante Sociale : opposition et refus.

Retour Cas clinique 1

- ▶ C'est cette dernière hospitalisation qui aboutit à l'admission en soins de suite: chute dans le service de médecine avec constatation d'une fracture fémur gauche : " problème de maintien à domicile en attente de convalescence en SSR et d'augmentation des aides à domicile"

Cas clinique 1

- ▶ Donc : Fracture pertrochantérienne du fémur proximal gauche avec ostéosynthèse par vis/ plaque DHS le 14/08/2013 en service de chirurgie osseuse :
- ▶ Admis en SSR le 20 aout 2013.
- ▶ Mais cette situation avait été repérée en amont sur le plan des difficultés de maintien à domicile :

Social

- ▶ Entrée suivi réseau en septembre 2009
- ▶ En février 2011 sont repérées pour la première fois des difficultés de gestion de l'argent par Mme.
- ▶ Janvier 2012 (hospitalisation CHU de M.):
- ▶ Beau fils informé par réunion réseau / cadre : nécessité protection et aides professionnelles

SOCIAL

- ▶ Mise en place SSIAD + aide à domicile difficile car refus, changement de personnes mais lien non rompu ; pas d'avancée du beau-fils sur mesure de protection.
- ▶ Relais avec gestion de cas en juin 2013 (suite hospitalisation pour bilan en gérontologie)

Gestion de Cas

14/6/13 : requête expertise pour M.T pendant hospitalisation en gériatrie ; demande entrée GC gériatre et réseau : effectif le 17/6/13 : rdv avec fils avant rencontre couple.

▶ 24/6/13 / chute M.T

▶ 27/6/13 rdv fils : protection, aide dom, toilette, ...

▶ introduction GC Médecin Traitant et fils + Visite à domicile avec IDE

Gestion de Cas

- ▶ juillet 2013 plusieurs hospitalisations de M. T. par médecin traitant
- ▶ mois de juillet pour Mme T : difficultés hydratation / alimentation puis 25/7 abus de faiblesse par jeune du quartier : alerte aux intervenants et police + Fils.
- ▶ Fin août : nouveaux problèmes de vols pour Mme T. par des jeunes du quartier : Police

Gestion de Cas

- ▶ 19/9 /13 Mme reconnaît physiquement un des voleurs : Police, lien intervenants, banque.
- ▶ 25/9/13 : fils complète dossier EHPAD
- ▶ 15/10/13 : info mandat spécial, explication à Mme, dossier reçu CJC 31/10/13
- ▶ 6/11/13 : visite dom avec CJC: mise en confiance de Mme et médiation par GC entre CJC et fils car relations difficiles.

Gestion de Cas

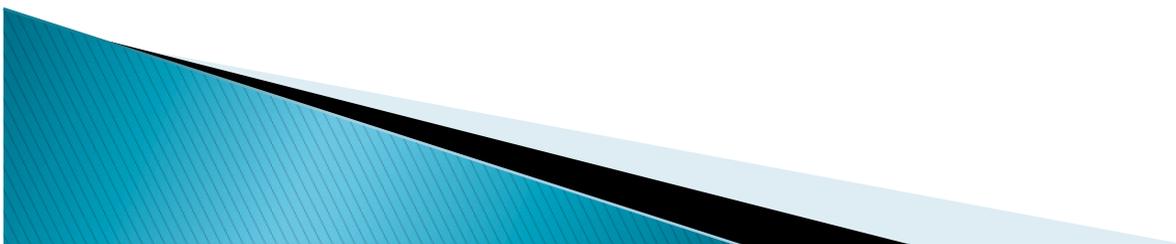
- ▶ mi novembre 2013 : inquiétude de Mme / avenir M. : Rendez-vous médical en SSR ; sereine mais refus EHPAD.
- ▶ 16/ 12/13 : service de soins alerte sur défaut alim Mme T à dom : médecin aides et repas et courses : acceptation et enfin efficacité.
- ▶ 17/12 /13 Rendez-vous juge du fils qui souhaite un rapprochement familial : nommé tuteur le 23/1/2014

Social

- ▶ Parallèlement, le travail social pour M. T avance sur le plan juridique, avec la nomination d'un mandataire le 30/10 (requête déposée le 14 avril).
- ▶ Le travail du service social des hospitalisés permettra que soit proposée une place d'hébergement en décembre, refusée en entretien par M. T, l'EHPAD renonçant du fait de ce refus à l'admettre, et préférant « lui laisser le temps de cheminer »...

EPILOGUE

- ▶ Une place en EHPAD en région parisienne est finalement trouvée en avril 2014, permettant le rapprochement du fils de Mme, tuteur légal.
- ▶ L'acceptation de cette institutionnalisation reste toutefois délicate, au moins par M. T.



Résumé cas clinique 1

- ▶ Repérage difficultés via réseau en 2009
- ▶ 6 hospitalisations entre 2010 et 2013, motif social sous jacent, refus d'aide obstacle dès 1^{ère} hospitalisation.
- ▶ Délai de gestion juridique, deux mandataires pour le couple, puis beau-fils
- ▶ « complémentarité » GC / mandataire / service social des hospitalisés
- ▶ Patient médicalement sortant du SSR en octobre 2013 sorti en avril 2014 (7 mois)

Cas clinique 2

- ▶ Histoire de Mme C : femme de 92 ans adressée en soins de suite le 29/10/2013 après une chute de sa hauteur ayant entraîné une fracture humérale opérée, compliquée d'un ulcère hémorragique, transfusée, d'évolution favorable.

Ses Antécédents retrouvent : une maladie d'Alzheimer, une hypothyroïdie, un syndrome dépressif et des prothèses de hanche bilatérales.

Cas clinique 2

- ▶ L'évolution sur le plan orthopédique est simple avec récupération de la fonction du bras gauche, mais désadaptation psychomotrice avec perte de la marche, et refus de la kinésithérapie
- ▶ Sur le plan social, première réunion avec son époux et son fils référent le 29/11 : information sur les difficultés à domicile par le fils et mari s'accordant sur une préférence institutionnelle pour l'avenir.

Cas clinique 2

- ▶ Refus d'EHPAD par la patiente
- ▶ Le 12/12, revirement : son mari refuse toute idée d'institution ; le 18/12 : irruption dans le bureau pour exiger la « libération » de son épouse, avec menaces de violences physiques : est informé de la demande de sauvegarde de justice réalisée de ce fait.

Cas clinique 2

- ▶ Le 22/01 lors d'un entretien, le mari accepte pour prouver ses capacités, de passer un MMS coté à 17/30, mais refuse d'admettre que son épouse n'a pas récupéré la marche ; Il tentera d'ailleurs de l'emmener de force un WE n'y renonçant que devant l'impossibilité à la mettre debout.
- ▶ Accord avec médecin traitant pour proposer une évaluation gériatrique, refusée par M. C

Cas clinique 2

- ▶ Pas d'évènement somatique notable autre pour une hospitalisation SSR toujours en cours (13 mois).
- ▶ Social : dès début décembre le fils référent s'éloigne de ses parents, nous rapporte le déni de son père vis-à-vis des difficultés de son épouse et qu'il se barricade chez lui ; ce fils refuse de signer une demande de protection car peur de représailles (a informé le MT) ; deux frères se déchargent sur lui.

Cas clinique 2

- ▶ Rapport transmis au procureur le 6/01.
- ▶ Mandat spécial extra familial confié le 2/4 pendant durée instruction ; mesure de tutelle confiée le 26/05, tutrice qui réfléchit à un retour à domicile ; déconseillé par le médecin notamment du fait de l'anosognosie, en présence du couple et tutrice le 18/06.
- ▶ Nouvelles menaces « d'enlèvement » de la part de M.C

Cas clinique 2

- ▶ Certificat médical de non retour à domicile fait à la demande de la tutrice le 30/07.
- ▶ Contact avec le CLIC le 23/09 : synthèse organisée avec la tutrice le 5/9, ont vu M. confus leur demandant de faire sortir son épouse sans savoir d'où... ont proposé une orientation vers le médecin traitant et envisager un bilan (déjà fait et refusé par M.)
- ▶ Pas d'avancée sociale depuis tutelle :

Cas clinique 2

- ▶ 26/09:« il est indispensable pour son bien être que notre majeur protégé puisse trouver un hébergement pérenne ».
- ▶ « Nous ne pouvons imposer un lieu de vie en la plaçant contre son gré dans un établissement. Nous ne pouvons non plus accéder à son souhait de retourner vivre chez elle [...] »
- ▶ « [...] nous ne pouvons demander au juge de se prononcer pour le placement »...

Résumé cas clinique 2

- ▶ Troubles cognitifs et du jugement d'une personne et de son conjoint, anosognosie.
- ▶ Refus d'aide et de mise en sécurité
- ▶ « Difficultés » familiales d'où recours juridique
- ▶ Difficultés ou choix décisionnel du protecteur, voire impasse...
- ▶ 13 mois de SSR

Est-on autonome lorsqu'on est dément ?

- ▶ Chacun a droit à l'autonomie, et donc est potentiellement et à priori autonome : cela implique liberté (absence de contrainte) et capacité de délibérer, décider et agir.
- ▶ La capacité concrète à être autonome est sans doute variable, à fortiori dans les troubles démentiels.

- ▶ On discutera donc de la capacité de discernement, souvent altérée dans ces contextes, mais altérée de façon variable à la fois suivant le stade de la maladies (des?) mais aussi des sujets abordés et du moment où ils sont abordés.
- ▶ On n'oublie pas outre les droits de chacun, des contraintes (protection de la société 27 juin 90) ou autres obligations de soin (maladies contagieuses)

Faut-il protéger ?

- ▶ Où on retrouve le paternalisme... à l'échelle d'une société ?
- ▶ Voies légales (mandataire) ou système familial.
- ▶ Et ailleurs ? Exemple de l'Ontario : une personne est jugée « inapte » si elle est jugée incapable de comprendre l'information nécessaire à une prise de décision éclairée au sujet de ses soins.

Exemple canadien

Ou de mesurer les conséquences relativement prévisibles d'une décision ou de l'absence de décision . Elle peut choisir de courir un risque et si elle est en mesure d'évaluer ce risque, c'est une preuve de capacité.

- ▶ La capacité de mesurer les conséquences d'une décision fait référence à l'aptitude de la personne à juger d'une manière réaliste les résultats d'une décision et à justifier ses choix

Exemple canadien

- ▶ Pour une admission dans un établissement de soins de longue durée on recourt à un « évaluateur », membre d'une profession de santé, formé, habitué, assuré...et membre d'un ordre (médecin, chirurgien, psychologue, travailleur social, ergothérapeute, infirmier)

Exemple canadien

- ▶ Qui évalue la capacité de décider ? En matière de traitement, c'est le professionnel de santé qui propose un traitement qui est responsable d'évaluer la capacité de décider de son patient

Protéger sans contraindre?

- ▶ Dans un cadre du refus, il ne paraît pas possible de se dispenser systématiquement totalement de contrainte, sauf à accepter des risques possiblement majeurs (qui ?), ce qui rappelle la notion de paternalisme
- ▶ Jusqu'au-boutisme « ... nous n'en faisons rien et n'entamons jamais aucune démarche sans l'accord de la personne protégée » septembre 2014, courrier UDAF ; et le danger ?

Droits et devoirs

- ▶ Comment équilibrer la notion de devoir, obligations professionnelles mais aussi éthique familiale et de société ; l'article 205 du code civil ?
- ▶ Projet de loi sénatorial de 2004 (relative aux devoirs des enfants majeurs en vers leurs ascendants âgés), suite à la canicule : ne plus limiter les devoirs au sein d'une famille aux devoirs d'aliments, mais à l'accompagnement solidaire : veiller à la santé et la sécurité de ses parents, si leur état le requiert.

Paysage gériatrique et nouveaux acteurs

- ▶ Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer : qui fédère et coordonne les actions menées par les professionnels en faveur des personnes âgées fragilisées ; création des gestionnaires de cas, proches mais distincts des mandataires juridiques, bénéficiant de leur formation et connaissances de terrain, sans définition juridique encore finalisée à ce jour.

Faire évoluer la loi ou les mentalités ?

- ▶ Puisque ce délai dont nos deux exemples montrent qu'il est bien long pour qui attends dans un hôpital qu'on lui permette d'investir un nouveau « chez lui » ou de retrouver l'ancien est délétère pour ces personnes fragiles, n'est-il pas temps pour nous tous, acteurs et décideurs de notre temps de lutter contre cette situation, malgré -ou du fait- des contraintes, notamment économiques ? la législation nous le permet sans doute et nos mentalités ?

- ▶ Circulaire DHOS relative au décret d'avril 2008 réglementant l'activité SSR : « l'orientation[..]dans une structure de SSR et son admission doivent répondre à un objectif thérapeutique déterminé et régulièrement réévalué. Le SSR ne doit plus seulement être reconnu comme l'aval du MCO, mais comme une structure sanitaire apportant une réelle plus-value au patient...[..] »

conclusion

- ▶ Finalement, les deux histoires de vie qui ont été exposées sont l'occasion de nous questionner sur notre pragmatisme.
- ▶ La fragilité de la population que nous tentons d'aider incite à voir nos limites, médecin, juge, mandataire, citoyen ou professionnel du médicosocial mais nous oblige sans doute parfois avec toute la souplesse et l'humanité possible, en pleine conscience à « décider pour autrui ».

conclusion

- ▶ « Seule l'alliance des soignants, des familles et de la société dans ses différentes composantes peut contribuer à ce que toute personne affectée d'une maladie de ce type, en situation de handicap et de perte d'autonomie, soit reconnue dans sa dignité, sa liberté, ses valeurs, ses droits et ses choix » **Charte Alzheimer Ethique et Société 2011**

Merci de votre attention

Nov 2014



11^{ème} Rencontre de
**Géronto-psychiatrie et de
Psycho-gériatrie en
Anjou**

Jeudi 20 novembre 2014

"Le refus de soins : un droit, un symptôme ?"

Greniers Saint Jean
Rue Gay Lussac - ANGERS

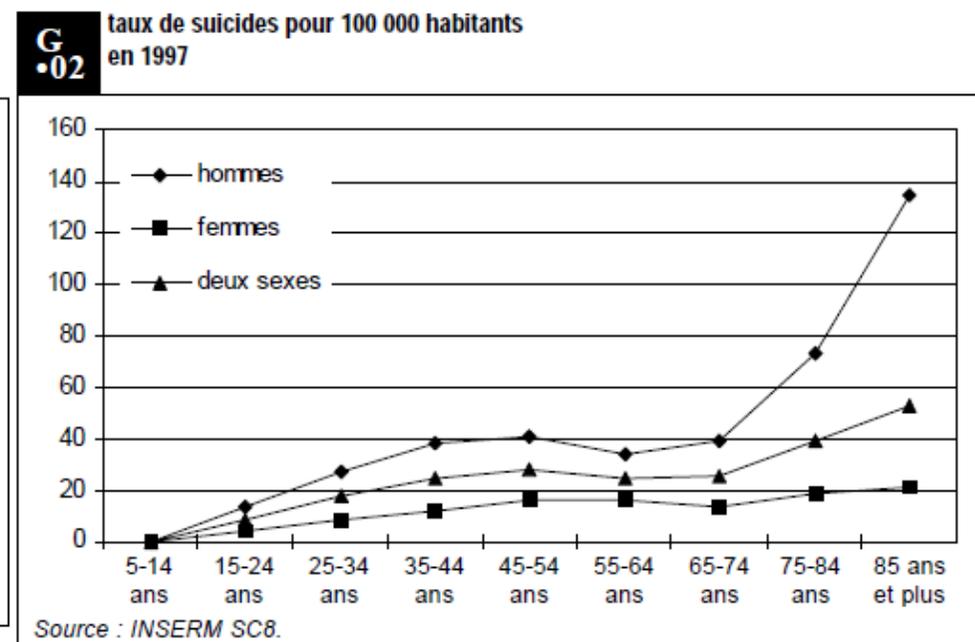
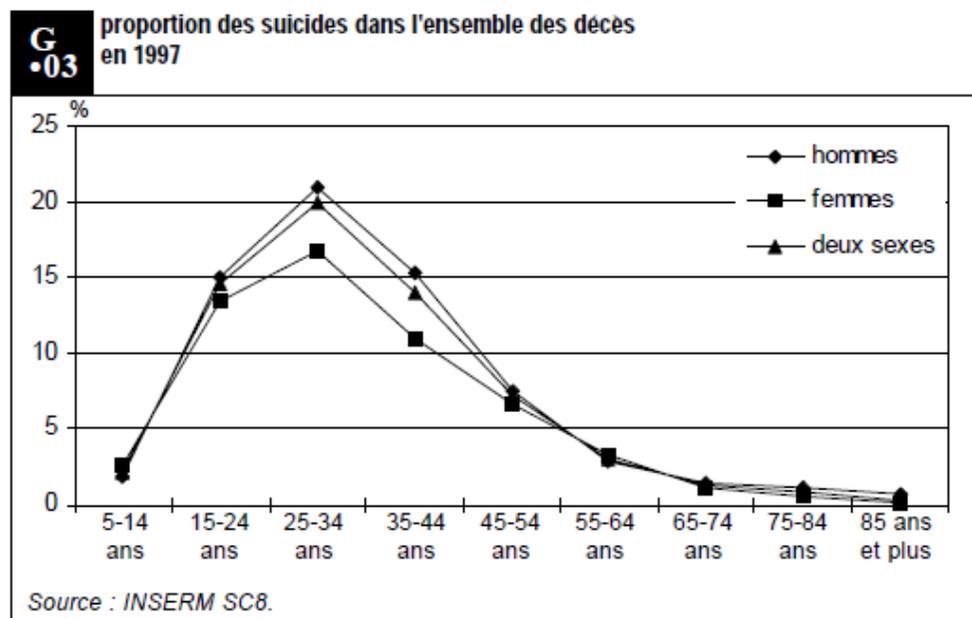
Refus de soins: un équivalent suicidaire?

Vincent Camus,
vincent.camus@univ-tours.fr



Institut national
de la santé et de la recherche médicale

Mortalité par suicide et âge



Définitions

- Durkheim 1897
 - On appelle suicide tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même, et qu'elle savait devoir produire ce résultat
- OMS 1968
 - L'acte de se suicider est un attentat contre sa propre personne, avec un degré variable dans l'intention de mourir. Le suicide est un acte suicidaire avec une issue fatale

Nomenclature des actes suicidaires (O'Carroll 1996)

- Pensées et conduites en *rapport direct* avec le suicide
 - Idéation suicidaire
 - idéation occasionnelle
 - idéation sérieuse (persistante/Transitoire)
 - Comportements en rapport avec le suicide
 - Comportements instrumentalisés en rapport avec le suicide
 - Menace suicidaire (Passive /Active)
 - Mort accidentelle associé avec des comportements instrumentalisés en rapport avec le suicide
 - Actes suicidaires
 - Tentative de suicide
 - » Sans lésions (tentative de suicide ratée par arme à feu)
 - » Avec lésions
 - Suicide

Nomenclature des actes suicidaires (O'Carroll 1996)

- Pensées et conduites comportant des **risques indirects** pour la vie
 - A1. avec risque immédiat (sports dangereux, conduites ordaliques...)
 - A2. avec risque différé (alcool, tabac, relations sexuelles non protégées... Refus de soins?)

Intentionnalité suicidaire et âge

- Linden M. *Int Psychogeriatrics* (1997); 9: 291-307
 - The Berlin Aging Study: 516 personnes vivant à domicile
 - 115 d'entre elles (70 à 105 ans) expriment l'idée que la vie ne vaut plus la peine d'être vécue.
 - Parmi ces 115 personnes, en fonction de l'intensité de la suicidalité, 80% à 100% remplissaient les critères d'un diagnostic sur l'axe I.
 - 13 personnes (sur 115) sans diagnostic psychiatrique

Intentionnalité suicidaire et âge

- De Leo J Affective Disorders (2005); 86: 215-224
 - Fréquence de l'intentionnalité suicidaire

Estimates of lifetime prevalence (95% CI) of suicidal ideation and attempts in Queensland

| | <i>n</i> | Life not worth living | Seriously considered suicide | Planned suicide | Attempted suicide |
|------------------------|----------|-----------------------|------------------------------|-----------------|-------------------|
| Whole sample | 11,572 | 21.1 (20.8–21.4) | 10.4 (10.2–10.6) | 4.4 (3.8–4.9) | 4.2 (4.1–4.3) |
| By gender ^a | | | | | |
| Male | 5460 | 18.1 (17.7–18.5)* | 9.4 (9.1–9.7) | 4.2 (3.4–5.0)* | 3.3 (3.2–3.4)* |
| Female | 6110 | 23.1 (22.6–23.5) | 11.5 (11.1–11.8) | 4.5 (3.7–5.3) | 5.0 (4.9–5.1) |
| By age ^b | | | | | |
| 18–24 | 1061 | 21.3 (20.3–22.3)* | 10.6 (9.7–11.5)* | 5.4 (4.9–5.9)* | 4.4 (4.1–4.7)* |
| 25–34 | 2113 | 22.8 (22.0–23.6) | 12.7 (12.0–13.4) | 6.1 (5.7–6.5) | 5.4 (5.2–5.6) |
| 35–44 | 2420 | 24.6 (23.8–25.4) | 12.4 (11.8–12.0) | 6.1 (5.8–6.4) | 5.0 (4.8–5.2) |
| 45–54 | 2148 | 23.7 (22.9–24.5) | 11.5 (10.9–12.1) | 5.5 (5.2–5.8) | 4.4 (4.2–4.6) |
| 55–64 | 1544 | 18.4 (17.6–19.2) | 9.1 (8.5–9.7) | 5.0 (4.6–5.4) | 3.8 (3.6–4.0) |
| 65–74 | 1237 | 15.9 (15.1–16.7) | 6.1 (5.7–6.5) | 2.4 (2.2–2.6) | 2.3 (2.2–2.4) |
| 75+ | 761 | 14.5 (13.6–15.4) | 6.9 (6.3–7.5) | 0.3 (0.3–0.3) | 1.6 (1.5–1.7) |

Missing: ^a 2 cases; ^b 288 cases.

* Significant differences between genders and age groups (all $p < .001$).

Idéations suicidaires en population générale

- 403 sujets recevant les repas à domicile (Shirey 2008)
 - 12,4% déprimés (score PHQ-9 >9)
 - 13,4% ont des idées suicidaires

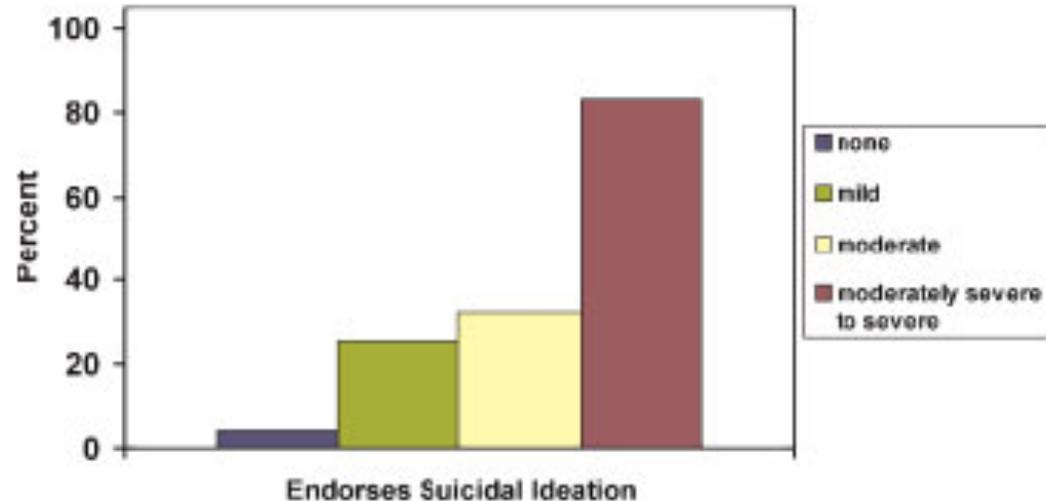


Figure 1. Endorsement of suicidal ideation by depression severity.

Int J Geriatr Psychiatry 2008; 23: 1306–1311.

Suicide et diagnostic psychiatrique axe 1

- Waern M : *Am J Psychiatry* (2002); 159: 450-455
 - Groupe contrôle par tirage au sort, appariement par groupe d'âge et sexe

TABLE 2. Associations Between DSM-IV Axis I Disorders and Suicide in Subjects 65 Years Old or Older^a

| DSM-IV Diagnosis | Suicides (N=85) ^b | | Living Comparison Subjects (N=153) ^c | | Odds Ratio Adjusted for Age | |
|-------------------------------------|------------------------------|------|---|------|-----------------------------|------------|
| | N | % | N | % | Odds Ratio | 95% CI |
| Any axis I disorder | 82 | 96.5 | 28 | 18.3 | 113.1*** | 32.9–389.2 |
| Any mood disorder | 70 | 82.4 | 10 | 6.5 | 63.1*** | 26.7–149.2 |
| Bipolar disorder | 4 | 4.7 | 0 | 0.0 | — ^d | |
| Major depressive disorder | 39 | 45.9 | 4 | 2.6 | 28.6*** | 9.6–85.3 |
| Single episode | 12 | 14.1 | 3 | 2.0 | 8.9** | 2.3–34.0 |
| Recurrent | 27 | 31.8 | 1 | 0.7 | 59.3*** | 7.9–445.9 |
| Dysthymic disorder | 9 | 10.6 | 1 | 0.7 | 13.9* | 1.7–112.5 |
| Depression due to medical condition | 5 | 5.9 | 2 | 1.3 | 4.3 | 0.8–22.8 |
| Minor depressive disorder | 15 | 17.6 | 3 | 2.0 | 15.2*** | 3.9–58.4 |
| Substance use disorder | 23 | 27.1 | 1 | 0.7 | 43.1*** | 5.6–329.7 |
| Anxiety disorder | 13 | 15.3 | 6 | 3.9 | 3.6* | 1.3–10.0 |
| Psychotic disorder | 7 | 8.2 | 1 | 0.7 | 10.7* | 1.3–89.8 |
| Dementia | 3 | 3.5 | 14 | 9.2 | 0.6 | 0.2–2.2 |

^a Multiple disorders allowed. Odds ratios for suicide in subjects with a disorder compared with all others. Disorders with fewer than four subjects not shown.

^b 46 men and 39 women.

^c 84 men and 69 women.

^d $p < 0.01$, Fisher's exact test.

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$.

Suicide et diagnostic psychiatrique axe 1

- Waern M : *Am J Psychiatry* (2002); 159: 450-455
 - Pas d'effet de la variable « Sévérité de la maladie physique » dans le modèle multivarié

TABLE 3. Results of Regression Analysis of Association Between DSM-IV Axis I Disorders and Suicide in 238 Subjects 65 Years Old or Older

| Variable | Odds Ratio Adjusted for Age | |
|---|-----------------------------|-------------|
| | Odds Ratio | 95% CI |
| Age | 1.0 | 0.9–1.1 |
| Major depressive disorder, single episode | 26.3*** | 6.3–109.6 |
| Major depressive disorder, recurrent | 162.4*** | 19.9–1326.5 |
| Dysthymic disorder | 33.0** | 3.2–337.6 |
| Minor depressive disorder | 35.7*** | 8.9–142.8 |
| Substance use disorder | 54.3*** | 5.9–497.2 |
| Anxiety disorder | 1.5 | 0.2–8.9 |
| Psychotic disorder | 19.5* | 1.7–226.1 |

*p<0.05. **p<0.01. ***p<0.001.

Suicidalité et traits de personnalité

- Seidlitz L : *J Affective Disorders* (2001); 66: 123-131
 - ❑ Groupe de 85 patients dont 50 ayant commis un geste suicidaire et 30 controles
 - ❑ Evaluation des traits de personnalités par le NEO-PI-R (Mac Rae, 1985)

Table 3

Univariate and multivariate relationships of seven emotion traits with suicidal behaviors

| | Number of attempts <i>n</i> = 47 | | Suicidal intent <i>n</i> = 40 | | Lethality <i>n</i> = 41 | |
|--------------------|-------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|--------------------|----------------------------|--------------------|
| | Univ. χ^2 ^b | Multi. χ^2 ^c | Univ. <i>F</i> | Multi. <i>F</i> | Univ. <i>F</i> | Multi. <i>F</i> |
| Warmth | 0.84 ^e | 1.77 ^e | 1.30 ^e | 0.17 ^d | 1.14 ^d | 0.05 ^d |
| Positive Emotions | 7.87 ^{d**} | 7.48 ^{d**} | 0.64 ^e | 0.14 ^e | 1.19 ^e | 0.10 ^d |
| Anxiety | 3.05 ^e | 0.50 ^e | 1.07 ^d | 0.08 ^e | 1.71 ^d | 1.68 ^d |
| Anger/Hostility | 6.01 ^{e*} | 2.58 ^e | 7.24 ^{d*} | 5.85 ^{d*} | 7.64 ^{d**} | 4.76 ^{d*} |
| Sadness | 1.73 ^e | 0.11 ^e | 0.95 ^e | 2.34 ^e | 3.95 ^d | 2.13 ^d |
| Guilt | 6.10 ^{e*} | 3.54 ^e | 3.36 ^d | 0.84 ^d | 4.60 ^{d*} | 4.56 ^{d*} |
| Self-consciousness | 1.95 ^e | 3.25 ^d | 1.73 ^d | 0.01 ^d | 1.46 ^d | 0.34 ^d |

* $P < 0.05$; ** $P < 0.01$; two-tailed tests.

^b Univariate tests included only one emotion trait and age and sex as predictors of suicide group status.

^c Multivariate tests included all seven emotion traits and age and sex as predictors of suicide group status.

^d Lower level of the emotion trait was associated with a higher value on the suicide variable.

^e Higher level of the emotion trait was associated with a higher value on the suicide variable.

Suicidalité évènements de vie

- Rubenowitz E & Waern M : *Psychological Medicine* (2001); 31: 1193-1202
 - 85 patients décédés par suicide / 153 contrôles par tirages au sort, appariés par âge et sexe
 - Evènements de vie, contexte psychosocial

Table 1. *Frequencies (%) of life events 0–6, 7–12 and 13–24 months preceding suicide (or interview) in 85* suicide cases (46 males, 39 females) and 153† population controls (84 males, 69 females), and age adjusted odds ratios (ORs) with 95% confidence intervals*

| | 0–6 months | | | 7–12 months | | | 13–24 months | | | 0–24 months | | |
|-------------------|------------|------------|-----------------|-------------|------------|-----------------|--------------|------------|-----------------|-------------|------------|-----------------|
| | Suicides % | Controls % | OR‡ (95% CI) | Suicides % | Controls % | OR‡ (95% CI) | Suicides % | Controls % | OR‡ (95% CI) | Suicides % | Controls % | OR (95% CI) |
| Somatic illness | 77.6 | 57.5 | 2.8 (1.5–5.2) | 70.6 | 54.2 | 2.2 (1.2–3.9) | 64.7 | 49.0 | 2.1 (1.2–3.7) | 78.8 | 62.7 | 2.3 (1.2–4.4) |
| Illness in family | 27.4 | 23.7 | 1.2 (0.6–2.2) | 25.0 | 25.0 | 1.0 (0.5–1.8) | 25.0 | 20.4 | 1.3 (0.7–2.5) | 36.9 | 30.3 | 1.3 (0.7–2.3) |
| Death | 7.2 | 9.9 | 0.9 (0.3–2.6) | 7.2 | 11.8 | 0.6 (0.2–1.7) | 8.4 | 11.8 | 0.7 (0.3–1.7) | 21.7 | 27.0 | 0.9 (0.4–1.6) |
| Separation | 2.4 | 0 | —§ | 2.4 | 0 | —§ | 0 | 0.7 | —§ | 3.6 | 0.7 | 5.4 (0.5–55.2) |
| Family discord | 45.2 | 3.9 | 18.8 (7.4–47.8) | 36.9 | 3.3 | 15.9 (5.8–43.7) | 36.9 | 4.6 | 11.5 (4.7–28.2) | 46.4 | 5.9 | 13.0 (5.8–29.4) |
| Residence change | 4.8 | 4.6 | 0.9 (0.3–3.4) | 3.6 | 4.6 | 0.7 (0.2–2.9) | 3.6 | 4.6 | 0.9 (0.2–3.7) | 11.9 | 12.4 | 1.0 (0.4–2.2) |
| Financial trouble | 13.6 | 1.3 | 9.1 (1.9–43.0) | 9.9 | 1.3 | 6.5 (1.3–32.0) | 8.6 | 1.3 | 5.6 (1.1–28.5) | 13.6 | 1.3 | 9.0 (1.9–42.7) |
| Criminal offence | 1.2 | 0 | —§ | 0 | 0 | —§ | 1.2 | 0 | —§ | 2.4 | 0 | —§ |
| Any event | 95.3 | 71.9 | 8.7 (3.0–25.6) | 90.6 | 71.2 | 4.1 (1.8–9.2) | 85.9 | 67.3 | 3.2 (1.6–6.6) | 96.5 | 80.4 | 7.3 (2.1–25.1) |

* Missing data for 1 case about illness in family, family discord, residence change and criminal offence, 2 cases about death and separation, 4 cases about financial trouble.

† Missing data for 1 control about illness in family, death, separation and financial trouble (except for 0–6 months).

‡ OR calculated with those who had reported the event during the given time period and all others who had not reported the event at any time during 0–12 months.

§ Non significant (Fischer's exact test).

Suicidalité évènements de vie

- Wyder M, Ward P, de Leo D: *J Affective Disorders* (2009)

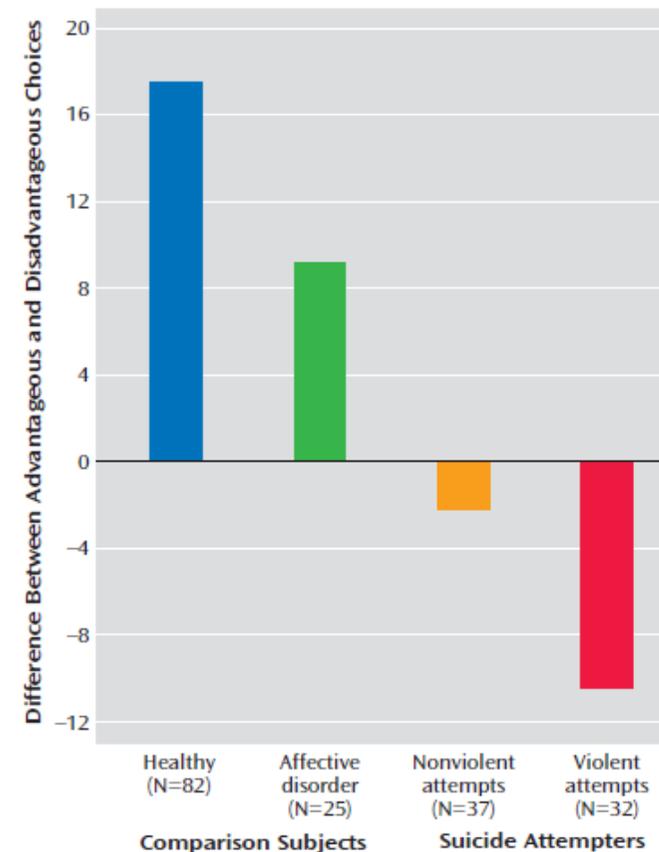
□ Importance du risque
séparation pour les hommes

| Age | Status | RR and CI for males (95%) | RR and CI for females (95%) |
|----------|-----------|------------------------------|--------------------------------|
| 15 to 24 | Married | 7.57 (5.32–10.79) | 1.39 (.88–2.19) |
| 25 to 44 | Married | 3.97 (2.93–5.37) | 1.16 (.84–1.60) |
| 45 to 64 | Married | 3.35 (2.46–4.54) | .89 (.63–1.26) |
| 65+ | Married | 4.12 (3–5.66) | 1 (Reference category) |
| 15 to 24 | Divorced | 20.69 ^a | – |
| 25 to 44 | Divorced | 7.97 (5.69–11.16) | 2.46 (1.67–3.62) |
| 45 to 64 | Divorced | 6.85 (4.93–9.51) | 1.91 (1.29–2.85) |
| 65+ | Divorced | 6.31 (4.11–9.68) | 1.22 (.58–2.59) |
| 15 to 24 | Separated | 91.62 (59.65–140.7) | 4.27 (1.54–11.85) |
| 25 to 44 | Separated | 33.53 (24.63–45.64) | 3.65 (2.48–5.38) |
| 45 to 64 | Separated | 17.6 (12.7–24.39) | 3.63 (2.34–5.63) |
| 65+ | Separated | 11.61 (7.32–18.4) | 1.58 (.49–5.08) |
| 15 to 24 | Single | 4.55 (3.36–6.17) | 1.13 (.80–1.59) |
| 25 to 44 | Single | 7.83 (5.79–10.60) | 2.29 (1.62–3.24) |
| 45 to 64 | Single | 4.04 (2.83–5.67) | 1.17 (.70–1.97) |
| 65+ | Single | 2.38 (1.58–3.6) | .25 (.09–.71) |
| 15 to 24 | Widowed | – | – |
| 25 to 44 | Widowed | 10.73 (4.58–23.74) | 2.41 (.96–6.06) |
| 45 to 64 | Widowed | 6.25 (3.73–10.49) | 1.45 (.84–2.51) |
| 65+ | Widowed | 8.16 (5.77–11.55) | .85 (.56–1.29) |

Fonctions exécutives et risque de passage à l'acte

- Capacité de décision et passage à l'acte suicidaire adulte (Jollant *Am J Psych* 2005; 162: 304-310)

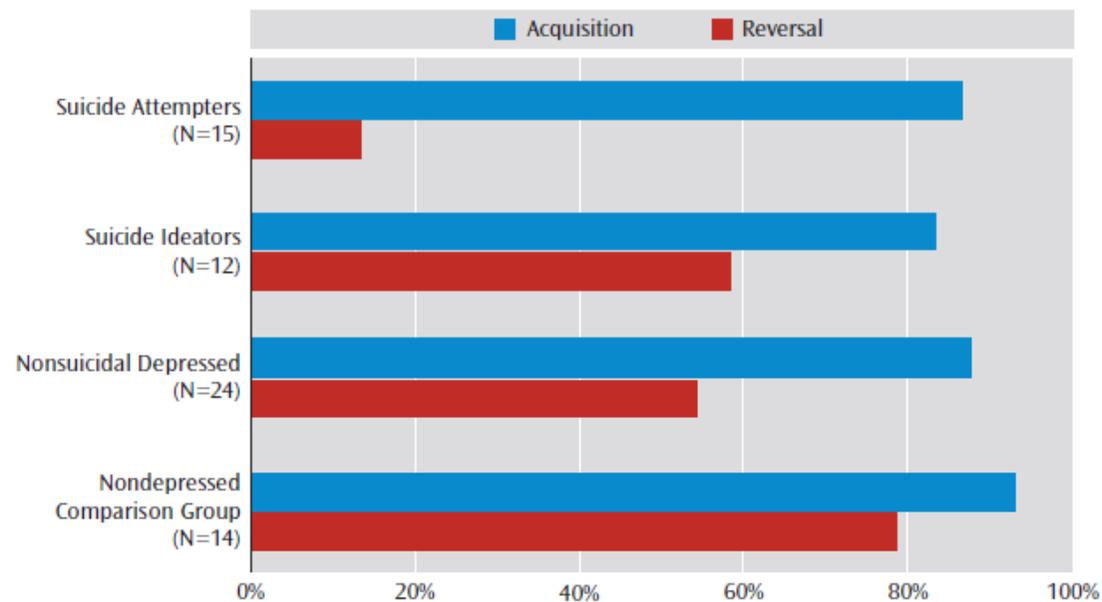
FIGURE 1. Performance on the Iowa Gambling Task for Violent and Nonviolent Suicide Attempters, Affective Control Subjects, and Healthy Comparison Subjects (Net Scores)^a



Fonctions exécutives et risque de passage à l'acte

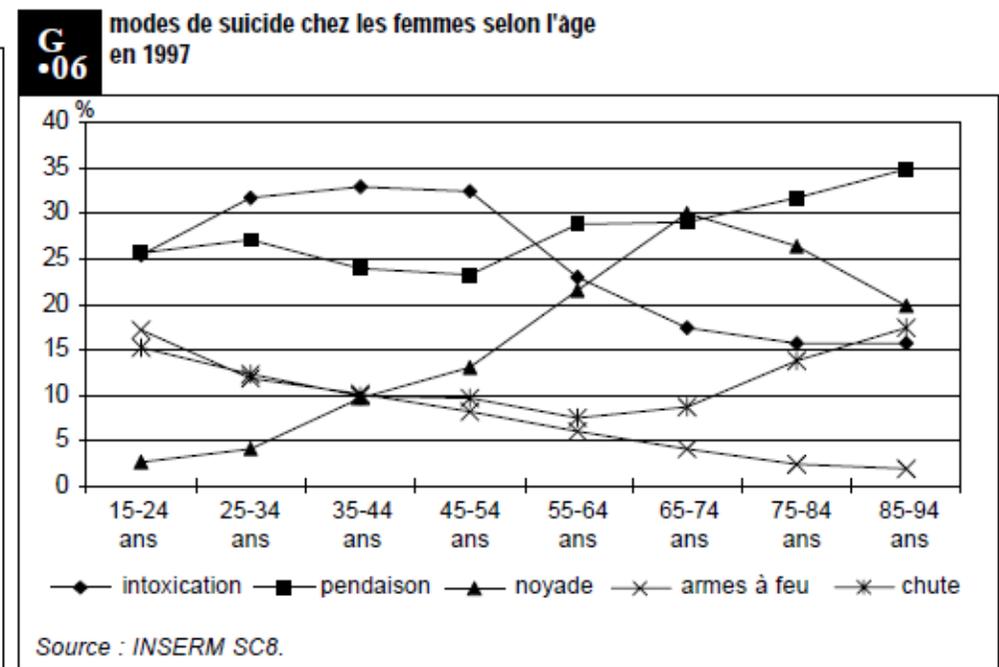
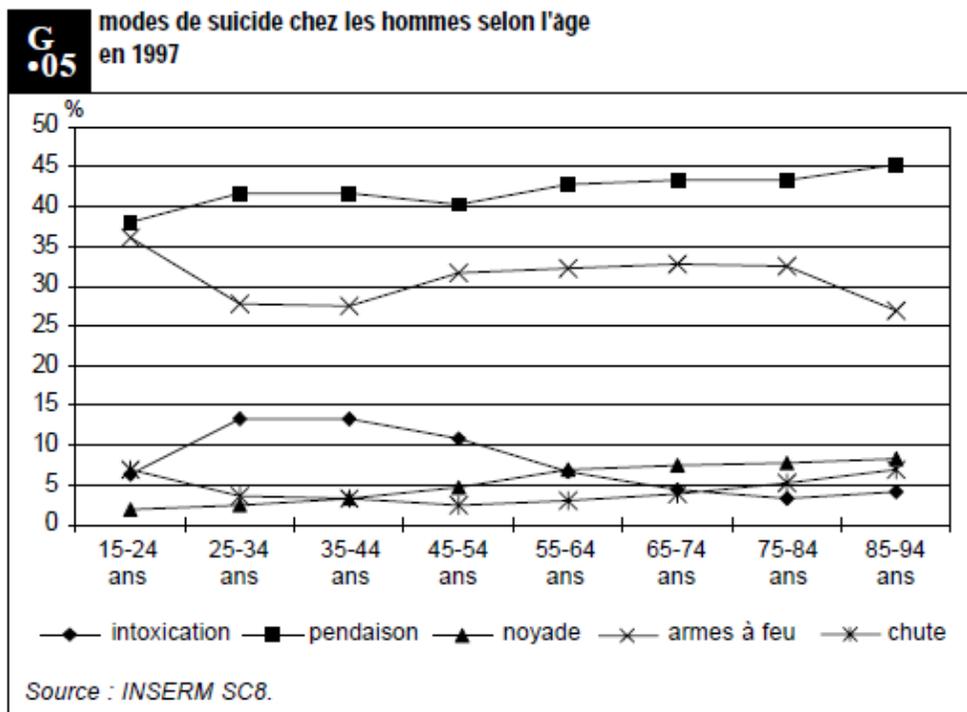
- Echec d'une tâche d'inhibition cognitive chez l'âgé ayant fait un passage à l'acte suicidaire (Dombrowsky *Am J Psych* 2010; 167: 699-707)

FIGURE 2. Overall Probabilistic Reversal Learning Performance: Proportion of Participants Reaching the Learning Criterion in Each Stage^a



Les conduites autodestructives directes

- Tout acte intentionnel visant à mettre fin à ses jours



Les conduites autodestructrices indirectes

- Indirect Self Destructive Behaviours
 - Caractère aventurier
 - Caractère impulsif
- Classification des décès non intentionnels
 - Décès hasardeux (une seule prise de risque)
 - Décès prématuré (conséquence d'une exposition répétée au risque / santé)
 - Décès expérimental (altération volontaire de la conscience / abus substance)
 - Décès par capitulation (désinvestissement, abandon...)

Formes cliniques

- Refus de soins chez l' âgé
 - Formes
 - Refus d' investigation
 - Refus de traitement
 - Invasif /Non invasif
 - Refus d' orientation dans le système de soin
 - Hospitalisation /Institutionnalisation
 - Refus alimentaire
 - Fréquence?
 - Le "syndrome de glissement" gériatrique

Self injurious behaviours & nursing homes

| | Study type | Objectives | Sample size | SIB measures | Results | Limitations |
|--|-----------------|--|-------------|-------------------------|---|--|
| Draper B <i>et al.</i> , 2002b | Cross-sectional | To determine the prevalence of SIB and its correlates. | 610 | Harmful behaviors scale | 14% of subjects were reported to exhibit a variety of SIBs. The study also found that SIB is as common in men as in women and negatively correlated with age. It is mostly related to dementia. <u>There was no significant association between depression and SIB.</u> | Lack of observational data. |
| Draper B <i>et al.</i> , 2002a | Cross-sectional | To investigate the type of SIB identified by the harmful behaviors scale. | 647 | Harmful behaviors scale | 26.8% subjects were found <u>engaged in indirect SIB such as refusal to eat.</u> Food refusal was found more frequently in less cognitively impaired subjects and showed no correlation with measures of depression. | Lack of observational data. |
| Low <i>et al.</i> , 2004 | Cross-sectional | To explore the relationship between the SIB and nursing home environment. | 647 | Harmful behavior scale | SIB is associated with poor quality of care, low staff to patient ratio and few resident activities. | Lack of observational data. |
| de Jonghe-Rouleau <i>et al.</i> , 2005 | Cross-sectional | To explore the phenomenology and prevalence of SIB in nursing home patients with dementia. | 110 | Overt aggression scale | 22% subjects were found to engage in SIB. There was no significant difference in rates of SIB based on type or severity of dementia. | <ol style="list-style-type: none"> 1. A major problem concerns reliability of the scale used to measure SIB. 2. Inter-rater reliability was not evaluated. 3. Small sample sized. |

Refus de soins chez l' âgé

- Contexte:
 - Différentier Refus soins âge / refus de soins fin de vie
 - Lieu / théâtre d' expression (hôpital? Institution? Domicile?...)
- Refus de soins et risque létal
- Représentation du malade
 - Eggar (2002)
 - Refus de réanimation passe de 30 % à 5 % après amélioration de l'état dépressif
- Représentations des soignants
 - Uncapher (2000):
 - enquête auprès de 342 médecins généralistes.
 - 2 vignettes cliniques dont seul l' âge diffère
 - Taux de diagnostic idem dans les deux groupes d' âge
 - Propension à traiter plus faible dans le groupe âgé

Mieux caractériser l'intentionnalité de mourir

| Intentionnalité | Temporalité courte | Temporalité longue |
|------------------|--|---|
| Explicite | Crise suicidaire / DSIB Axis I disorder MDD, SCZ... | End of life issues / DSIB adulte/âgé cancer ou autre maladie terminale Suicide assisté /euthanasia |
| Implicite | Suicidal crisis / DSIB Axis II diagnosis, Psychosocial component | ISIB (Agé Axell/ syndrome de "glissement"...)) |

DSIB: Direct Self Injurious Behaviour/Conduite AutoDestructrice Directe (CADD)

ISIB: Indirect Self Injurious Behaviour/Conduite AutoDestructrice Indirecte (CADI)

Lois du 4 mars 2002 et du 22 avril 2005

- Art L1111-4 du code de la SP
 - Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.
 - 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 tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical.
 - 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.

Refus de soin et capacité à consentir

- Capacité à consentir (*Appelbaum et Roth, 1982*)
 - Compréhension de l'information
 - Appréciation de cette information
 - Raisonnement face à l'information
 - Expression d'un choix
- Evaluation
 - Pas de niveau-seuil pour déterminer une compétence
 - Compétence pour une tâche ou une autre
 - Mesurée à un instant t donné
 - Troubles mentaux ≠ incapacité !
 - Présomption de compétence
 - Capacité décisionnelle ≠ capacité juridique

Accompagner le refus de soin

- Toute intentionnalité de mort n'est pas l'expression d'un état psychopathologique curable/améliorable
- Intentionnalité de mourir ou refus d'obstination déraisonnable?
 - "Actes qui apparaissent inutiles, disproportionnés, ou n'ayant d'autre effet que le maintien artificiel de la vie"

Refus de soin: lecture psychopathologique

- Le caractère potentiellement aggravant d' une seule lecture médicale
 - Assymétrie de la relation
 - Passage à l' acte / violence du soin
 - "Conflictualisation" de la relation
- L'intérêt d'une approche "systémique"
 - Rarement critères de troubles dépressifs / plus fréquemment troubles de l' adaptation
 - Discussion avec le patients, les proches, l'équipe médicale
 - Recherche du plus petit commun dénominateur en matière de risque

Principes éthiques

| Principe éthique | Attitudes du soignant |
|---|---|
| Principe de <u>responsabilité</u> Offrir les soins les plus appropriés au regard de l'état de l'art Pas d'obligation de résultats | Acquérir/maintenir les meilleures compétences -Connaissances, compétences techniques -Compétences relationnelles (Respect/Sincérité/ Empathie) |
| Principe de <u>justice</u> (accès aux meilleurs soins indépendamment de son statut social, économique, âge..) | Universalité de la fonction du médecin |
| Principe de <u>bienfaisance/non nuisance</u> (Définir ce qui est le mieux, meilleur rapport bénéfice risque..) | Désintéressement |
| Principe d' <u>autonomie</u> Droit de choisir en toute liberté / en dehors de toute contrainte | Neutralité affective |
| Principe de <u>confidentialité</u> | Spécificité fonctionnelle Explore/accède à intimité du sujet |

Principes de la délibération éthique

- Confrontation des valeurs et représentations
- Conflit entre principes éthiques
 - Bienfaisance
 - Autonomie
- L'importance de la parole du patient
 - Par delà ses limites y compris cognitives
 - Le risque des collusions / rapports de force
- Maîtrise nécessaire de la technique d'entretien

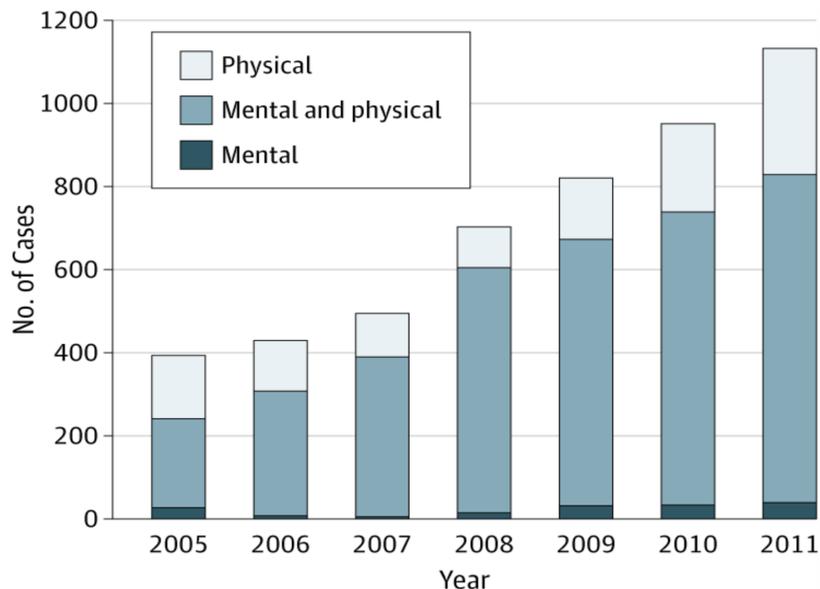
Rapport "Penser solidairement la fin de vie"

- "La médecine désarmée"
 - Une médecine qui ne prête plus attention à la parole
 - D'une médecine curative à une médecine palliative
- Justification du changement de cadre légal?
 - "Si le législateur prend la responsabilité de légiférer sur l'assistance au suicide, les éléments suivants devraient être pris en compte:
 - S'assurer que la personne **demande de manière explicite et répétée sa volonté de finir sa vie** par une telle assistance
 - Reconnaître par **une collégialité médicale** l'existence d'une situation de fin de vie de la personne malade

Rapport "Penser solidairement la fin de vie"

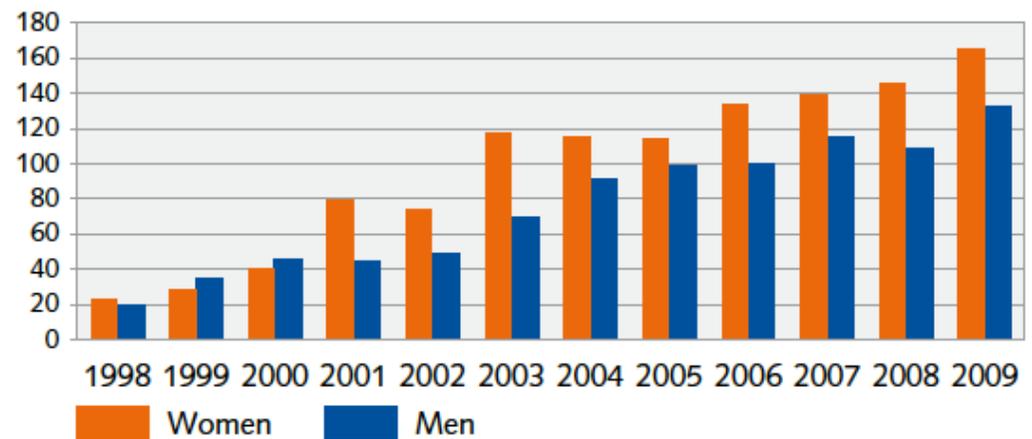
- Si le législateur prend la responsabilité de légiférer sur l'assistance au suicide, les éléments suivants devraient être pris en compte
 - S'assurer que la décision de la personne sera prise
 - Dans la mesure où celle-ci est en capacité d'un geste autonome
 - Dans la mesure où celle-ci est **informée et libre de son choix**
 - Dans la mesure où celle-ci a un réel accès à toutes les solutions alternatives d'accompagnement et de soulagement de la douleur physique et psychique
 - Dans la mesure où celle-ci est informée des conditions concrètes du suicide assisté
 - Dans le cadre d'un échange collégial pluridisciplinaire associant le malade, ses proches, le médecin traitant, un médecin non engagé dans les traitements en cours, et un soignant accompagnant le malade

Quelle réalité dans les pays ayant légalisé?



Assisted suicide cases, by sex 1998–2009

G 2



From: **Requests for Euthanasia/Physician-Assisted Suicide on the Basis of Mental Suffering: Vulnerable Patients or Vulnerable Physicians?**

JAMA Psychiatry. 2014;():. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.185

Federal Department of Home Affairs FDHA
Federal Statistical Office FSO

Neuchâtel, 03.2012

Le suicide assisté

Medical Care • Volume 48, Number 7, July 2010

TABLE 1. Incidence of Requests for Euthanasia Preceding the Deaths of People Whose Death was Expected and Reasons Why Requests did or did not Result in Euthanasia by Specialty of the Attending Physician*

| | Medical Specialists (n = 1022) (%) | General Practitioners (n = 1725) (%) | Nursing Home Physicians (n = 952) (%) | Total† (n = 3739) (%) |
|---|---------------------------------------|---|--|--------------------------|
| No euthanasia request | 97.0 | 86.5 | 96.4 | 93.0 |
| Request for euthanasia | 3.0 | 13.5 | 3.6 | 7.0 |
| Resulted in euthanasia | 0.6 | 5.7 | 0.3 | 2.4 |
| Did not result in euthanasia | 2.4 | 7.8 | 3.3 | 4.6 |
| Reasons for the physician <i>to grant</i> the request and perform euthanasia‡ | n = 18 | n = 237 | n = 11 | n = 266 |
| No prospect of improvement | 83 | 84 | 94 | 84 |
| Autonomy of the patient | 77 | 82 | 100 | 83 |
| (Severe) symptoms other than pain | 48 | 61 | 82 | 60 |
| Loss of dignity | 32 | 61 | 67 | 60 |
| (Severe) pain | 64 | 46 | 36 | 47 |
| Expected suffering of the patient | 44 | 48 | 22 | 46 |
| Further treatment would be too burdensome | 24 | 11 | 7 | 12 |
| Wish of the family | 49 | 9 | 0 | 11 |
| Other | 0 | 2 | 0 | 2 |
| Reason for the request <i>not</i> resulting in euthanasia | n = 28 | n = 149 | n = 44 | n = 222 |
| Patient died before the request could be granted | 32 | 47 | 22 | 39 |
| The criteria for due care were not met‡ | 27 | 35 | 55 | 38 |
| No well-considered request | 16 | 17 | 32 | 21 |
| No unbearable suffering | 11 | 22 | 15 | 19 |
| No hopeless suffering | 11 | 10 | 8 | 10 |
| No voluntary request | 3 | 1 | 16 | 5 |
| Alternatives for treatment available | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Patient withdrew the request | 6 | 4 | 10 | 6 |
| Patient (sub)comatose during decision-making process | 7 | 1 | 12 | 4 |
| Physician never willing to perform euthanasia | 3 | 4 | 2 | 3 |
| Other | 25 | 9 | 0 | 9 |

Vers un "tourisme du suicide"

PAPER

Suicide tourism: a pilot study on the Swiss phenomenon

Saskia Gauthier,¹ Julian Mausbach,² Thomas Reisch,³ Christine Bartsch¹

Table 2 All cases per year and country

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | Total |
|---------|------|------|------|------|------|-------|
| Germany | 59 | 37 | 28 | 67 | 77 | 268 |
| UK | 23 | 27 | 24 | 23 | 29 | 126 |
| France | 19 | 7 | 8 | 13 | 19 | 66 |
| Italy | 2 | 4 | 4 | 12 | 22 | 44 |
| USA | 0 | 0 | 5 | 9 | 7 | 21 |
| Austria | 4 | 3 | 1 | 2 | 4 | 14 |
| Canada | 5 | 0 | 5 | 0 | 2 | 12 |

Journal of Medical Ethics 2014, 102091

Conclusions

- Refus de soins comme expression de l'intention de mourir
- Intentionnalité de mourir = intentionnalité suicidaire?
- Revisiter nos critères d'évaluation clinique de l'intentionnalité de mourir
- Sommes nous prêts à l'évolution du cadre légal?
- Son évolution ne nous fera pas faire l'économie de l'amélioration des pratiques

«Il ne peut plus rentrer à domicile mais il ne veut pas aller en maison de retraite, docteur»

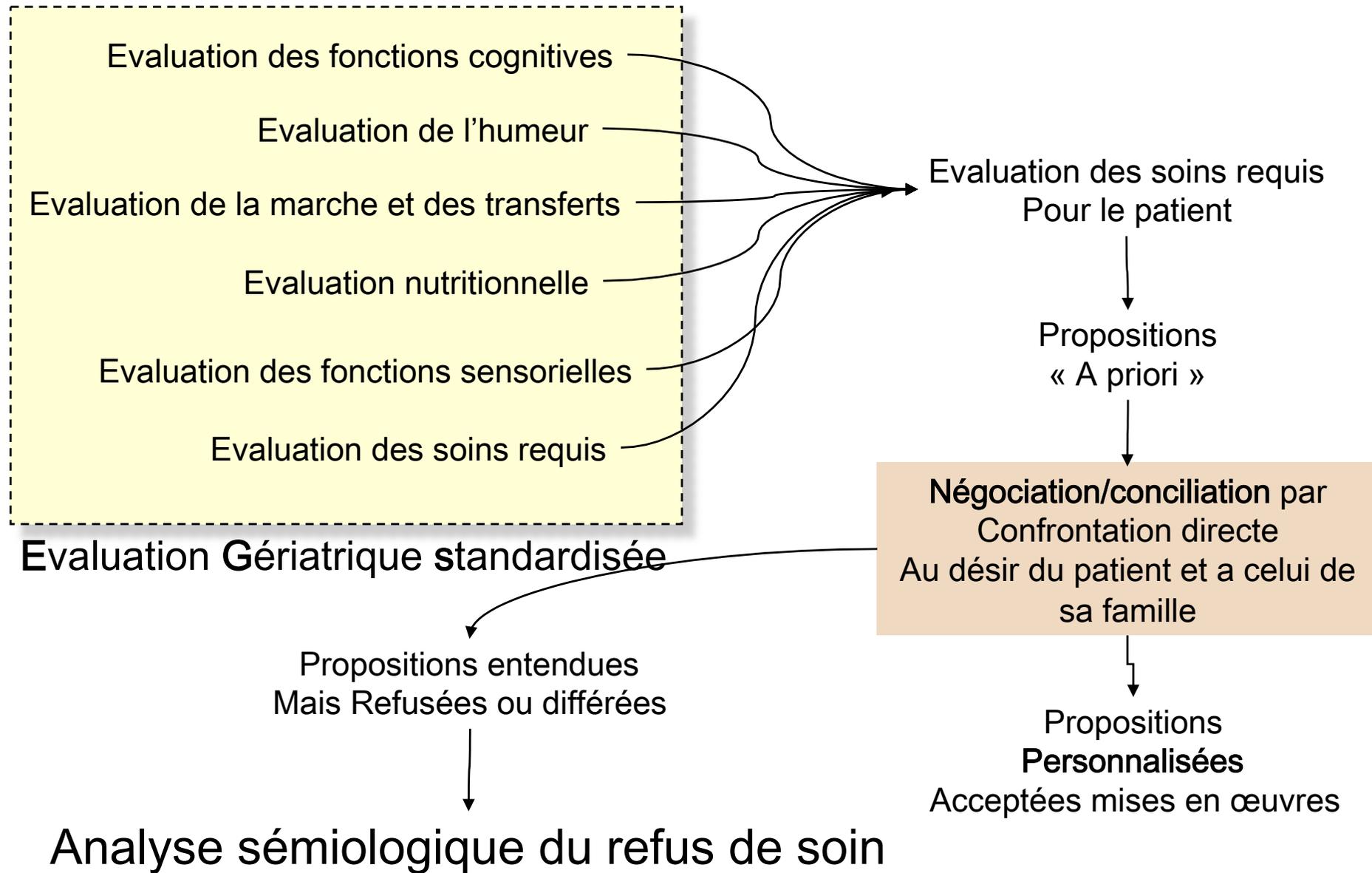
*L'évaluation gériatrique standardisée
répond-elle à l'attente des Familles ?*

Docteur Jean Barré Médecin Gériatre CHU Angers. Le 20 Novembre 2014

Plan

- I) de l'évaluation gériatrique a la mise en place du plan de soin personnalisé.
- II) cas cliniques. Ma journée du 17 octobre 2014
- III) conclusion

I) mise en place
d'un plan de soin personnalisé
à partir d'une évaluation gériatrique
nous impose un positionnement éthique

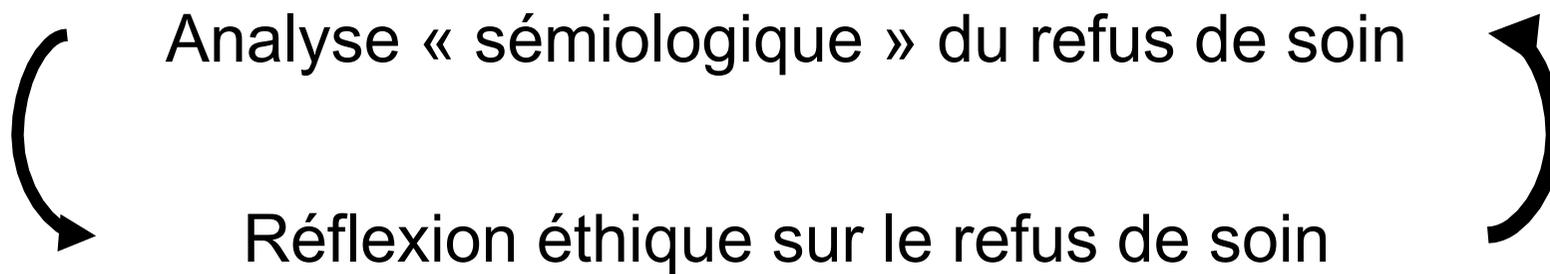


Analyse « sémiologique » du refus de soin

Entre dans le cadre d'une approche sémiologique gériatrique du patient « en action », le patient qui mange ou refuse de le faire, qui s'habille, s'oppose à la pose d'une perfusion, s'anime quand il reçoit de la visite...

Ex : En consultation mémoire,

- la réaction d'une patiente à ce que dit son conjoint à la troisième minute d'une consultation :
- MR « Elle a pris le rond point en sens inverse »,
- MME « C'est honteux d'entendre des choses pareilles, si c'est comme ça je m'en vais, on me prend vraiment pour une folle, arrête de dire n'importe quoi au docteur. Vous êtes tous de mèches contre moi.... »
- MR « il faut dire la vérité au docteur », « c'est pour t'aider ».
- Nous dit beaucoup de chose. Sur le caractère pathologique du trouble, montre la peur, l'anosognosie, le sentiment de persécution. Permet de concevoir, la souffrance de l'aidant principal. De cerner les rapport de force d'autorité, au sein de couple, d'anticiper sur l'attente réelle de la consultation. « docteur expliquez lui qu'elle ne doit plus conduite ». Sur ce point au moins, empêchez la d'exercer librement ses choix . Faites valoir votre autorité.



Respect
du principe
d'autonomie

Degrés de capacité du patient
A gouverner ses choix ?

Obligation
d'assistance
Ethique paternaliste

Désir du patient ?



Risques encourus par
Le patient ?

1) Gestion des comptes et papiers

2) Conduite et déplacements

3) Observance des traitements

4) Réalisation des course et repas

5) Accidents domestiques

6) Capacité a assurer le suivi médical

7) Risque Epuisement des aidants

8) Risque institutionnel

évaluation ou mise en œuvre de mesures Compensatoires.

Présentation a la réunion de concertation du jeudi des demandes de prise en charge adressées par les médecins traitants et les autres services, au service de gérontologie :

- *« Vit dans l'incurie domicile depuis 2 ans, troubles de mémoire non étiquetés, refuse les aides, problème de maintien a domicile ».*
- *« Troubles cognitifs et/ou dépressifs, téléphone 15 fois par jour au Médecin traitant et a la famille, sollicitation anxieuses, oubli a mesure, chutes fréquentes. Refuse d'aller en maison de retraite ».*
- *« Amaigrissement de 6 kilos en 3 mois, refuse les aides, un diagnostic de maladie d'Alzheimer aurait été posé par un neurologie il y a 3 ans, veuve, pas d'enfant. »*
- *« Entrée en Foyer logement non médicalisé, depuis 1 mois troubles de l'adaptation avec déambulations sollicitations inappropriés, hallucinations, a fugué la semaine dernière, retrouvé a 2 km. dDmande d'hospitalisation urgente. Problème de maintien dans le foyer logement. »*
- *« Patient sortie du CHU hospitalisée pour chutes a répétition/ problème de maintien a domicile. Est sortie a sa demande, a refusé les aides, troubles cognitifs (MMS 16/30 a réévaluer a distance. »*

Beaucoup de « non dit » dans les demandes d'évaluation gériatrique, ou de consultation mémoire, les « hospitalisation pour chutes et problème de maintien a domicile », les demandes de convalescences.

Que signifie , L'expression « **Problème de maintien a domicile** ». Omniprésente sur les courriers. Traduire j'ai un problème avec le maintien a domicile de ce patient

Dès la lecture des dossier, ou durant la consultation qui lui succède on comprend que la confrontation entre le refus d'aide du patient et sa mise en danger sont souvent à l'origine de la demande ou de l'urgence ressentie :

sentiment croissante que ce qui ce joue, presque toujours, c'est une l'éthique libérale qui appelle l'éthique paternaliste à son secours ;

Pour les patients ayant perdu leur autonomie cognitive

Médecine libérale

Application a priori du principe d'autonomie chez la personne âgées vulnérable,



Médecine hospitalière

Hospitalisation en catastrophe
Pour maintien a domicile impossible :

- Retour a domicile au nom Du principe d'autonomie
- Placement sans respect des capacités restantes
- Tentation du soins de suite
No mans Land
- Tentative d'exercice d'une éthique de la vulnérabilité

RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

**Maladie d'Alzheimer et maladies
apparentées : annonce et
accompagnement du diagnostic**

ARGUMENTAIRE

Septembre 2009

| | |
|---|---|
| | connaître leur diagnostic si elles avaient des signes évocateurs. |
| Hanson 2008 « Les enjeux éthiques de l'annonce d'un diagnostic inattendu » (7) | L'annonce d'un diagnostic suit habituellement une démarche où une plainte est suivie d'une mise au point, et débouche sur un diagnostic. Dans cette démarche, le patient s'attend à recevoir un diagnostic. Une autre situation est le diagnostic qui apparaît suite à une démarche de dépistage chez un patient qui se croit normal. Si un patient se soumet à un dépistage, c'est qu'il a intégré la possibilité d'une maladie paucisymptomatique, dont le diagnostic précoce entraîne de meilleures chances pour lui. Tout autre est la situation où le patient se trouve confronté à un diagnostic qu'il n'envisageait pas et qui n'est pas lié à la plainte qui l'a amené chez le médecin. |
| van Hout 2000 Interview de 38 médecins (questionnaires) sur leur pratique concernant les démences (8) | Crainces principales exprimées par les médecins par rapport à l'annonce du diagnostic dans le cadre de la maladie d'Alzheimer : <ul style="list-style-type: none"> ● incertitude diagnostique ; ● sentiment de ne pas avoir grand-chose à proposer ; ● dire la vérité au patient lui serait plus néfaste que positif ; ● la difficulté de coordonner les services de soins à domicile. |

Les craintes d'aggraver l'état du patient par une annonce diagnostique sont le plus souvent infondées.

Les arguments avancés dans ces articles vont plutôt dans le sens d'un bénéfice à informer le patient. Les craintes exprimées par les médecins ou les proches peuvent expliquer le décalage entre l'information donnée aux aidants et celle donnée aux patients. Les proches sont quasi toujours informés du diagnostic, les patients moins fréquemment.

Antérieurement, on retrouvait ce décalage dans l'annonce diagnostique des cancers. La sensibilisation et la formation des médecins à l'annonce du diagnostic ont permis de redonner toute sa place au patient.

La question posée : **Droit du patient Dément a être informé de sa maladie**

La question non posée ; **Capacité du patient souffrant de démence a comprendre retenir et tenir compte réellement du diagnostic qui lui est annoncé**

La question non posée ; **qu'est-ce qu'une annonce diagnostic dans le cadre d'une démence. « de quelle vérité parle t'on »**

Une après midi de travail en gérontologie.

Ma journée du 17 octobre 2014.

- Pouvoir parler, s'exprimer être entendu, un besoin, un privilège.
- Partir du réel mais surtout du Quotidien et du répétitif, pour rendre compte
- Construire une réflexion a partir de sa pratique
- Éthique du soin. Légitimité de témoigner de son expérience face au patient (Emmanuel Hirsch).
- S'intéresser au moments au cette pratique semble contredire des principes théoriques fondamentaux, les idéologies
- Ne pas chercher à faire plaisir, à être consensuel, ne pas avoir la prétention d'avoir raison, mais donner a réfléchir.



VENDREDI

MATIN

Visite du service

APRES MIDI

3 Rencontres familles
Médico-sociale

Accueil des entrées

La rencontre famille de 14 heure 30

La rencontre famille de 15 heure 30

La rencontre famille de 16 heure 30

Appel Appel téléphonique 17 heure 30

Une des entrées 18 heure 30

Le rendez-vous famille de 14 h 30

A propos de madame P. née en 1932 adressé par son médecin traitant pour troubles du comportement.

En présence des Trois enfants 1 fils qui passe presque tout les jours, célibataire. Une fille qui habite à 50 km. Un fils qui revient de l'étranger ou il réside de passage dans la région pour 15 jours.

Le motif d'hospitalisation ; « Confusion, troubles du comportement. Problème à maintien a domicile. »

Ce qu'on constate dans le service :

- MMS 12/30 (Syndrome démentiel sévère)
- Poids 38,5 kg contre un poids de 45 kilos le 03 septembre.
- Désorientation, marche indépendante mais précaire, Comportement oppositionnels méfiance, réticence vis-à-vis des soignants avec un sentiment de persécution clairement exprimé au moment des repas.

Le rendez-vous famille de 14 h 30

Rencontre famille :
ce que l'on apprend.

- 1) Troubles de la mémoire oubli a mesure d'aggravation progressive depuis 3 ans.
- 2) Perte d'autonomie pour la gestion des comptes et des papiers par un fils depuis plus d'un ans.
- 3) Accélération des problèmes depuis Août avec amaigrissement rapide
- 4) Devient agressive, a tapé sur son fils qu'elle accuse d'avoir volé des draps, appelle les voisins par le Balcon se plaignant d'avoir été enfermées chez elle, ce perd dans son immeuble.
- 5) Pas d'assistance pour les repas et les médicaments « parce qu'elle refuse »
- 6) les trois enfants rencontrés nous informent de l'absence d'inscription de précaution et de l'absence de consensus familial concernant la nécessité d'en faire. (l'un des trois s'y oppose)

Ce que demande la famille : LA FAMILLE VEUT UNE
CONVALESCENCE

Le rendez-vous famille de 14 h 30

- 1) Diagnostic de maladie D'Alzheimer évoluant depuis 2 a 3 ans MMS 12/30. (Il serait malhonnête de conclure a une confusion mentale alors que l'interrogatoire permet de dater le syndrome démentiel a au moins 2 ans.
- 2) compliquée d'une dénutrition sévère par carence d'apport.
- 3) Avec des Idées délirantes compliquant l'évolution du syndrome démentiel le fils principal aidant désigné comme persécuteur est en souffrance.
- 4) Nous initions un traitements antipsychotiques à faible dose (3 gouttes le soir)/ en proposant que le fils aidant passe revoir la patiente avant la sortie et évalue la qualité relation hostilité agressivité.

Le rendez-vous famille de 14 h 30

- 1) Nous REFUSONS LA CONVALESCENCE , l'hôpital et les services de soins de suite ne constituant pas une solution intermédiaire ou d'attente adaptée dans l'attente d'une décision de la famille ou d'une place en EHPAD.
- 2) Retour a domicile organisé en 72 heures le temps de mise en place d'un plan d'aide par l'assistante sociale du service. Infirmière le matin, aide soignante : Doublement du nombre d'heure par semaine. Le plan d'Aide est IMPOSE à la patiente mais personnalisé (prise en compte du fils qui vient manger avec sa mère le midi 3 fois par semaine. passage aide manager passe de 1 a deux fois par semaine.
- 3) Nous rappelons que la démence multiplie par vingt le risque d'orientation institutionnelle a 2 ans, quel que soit le désir de la patiente et de sa famille. Compte tenu des délais d'attente sur Angers d'environ deux ans, nous leur conseillons d'élargir d'emblée les inscription en secteur fermé à tout le département.
- 4) Relais Clic par l'assistante sociale.
- 5) Suites A 48 heures, 20 dossiers d'EHPAD déposés par la famille. Les trois enfants divergent encore quand a l'urgence a institutionnaliser. Retour a domicile effectif 3 jours plus tard. Le 19 Novembre patiente toujours a domicile. Fils principal aidant épuisé mais toujours ambivalent par rapport a l'orientation institutionnelle de sa mère. Sollicite l'aide du réseau

Le rendez-vous famille de 15 h 30

- **Madame R**, née en 1924, ***Institutrice retraitée veuve depuis deux ans***, à été adressée dans le service par son gendre (médecin) et ses filles le 15/10/2014 pour suspicion de pneumopathie, chutes à répétition et altération de l'état général, problème de maintien a domicile.
- ***Deux cancers évolutifs en situation « palliative » depuis 8 mois***
Lymphome pris en charge depuis 2011. actuellement en récive ganglionnaire. arrêt des traitements depuis février 2014. Tumeur coliques avec métastases abdominales et pulmonaires depuis juin 2014. plus de suivi spécialisé ou oncologique depuis l'orientation palliative.
- Ce qu'on constate durant l'hospitalisation :
- L'Insuffisance respiratoire aigue traité par Oxygène?, la fièvre initiale T°39, perte d'indépendance aigue. Regressent rapidement, ce qui confirme le Diagnostic de pneumopathie aigue bacterienne guerie sous antibiotique.
- 4 jours après l'admission. sevrage en Oxygène. GIR 5 . Fonctions rénale hépatiques, vardiaques correctes, . Peut marcher seule avec une canne sur 20 metre sans difficulté. MMS 24/30 mais la patient croit vivre encore chez elle alors que ce n'est plus le cas. Ne se souvient pas qu'elle est atteinte de deux cancers. Croit continuer a s'occuper elle même de sa cuisine de ses comptes.

Le rendez-vous famille de 15 h 30

- **Madame R**, née en 1924, ***Institutrice retraitée veuve depuis deux ans***, à été adressée dans le service par son gendre (médecin) et ses filles le 15/10/2014 pour suspicion de pneumopathie, chutes à répétition et altération de l'état général, problème de maintien a domicile.
- ***Deux cancers évolutifs en situation « palliative » depuis 8 mois***
Lymphome pris en charge depuis 2011. actuellement en récive ganglionnaire. arrêt des traitements depuis février 2014. Tumeur coliques avec métastases abdominales et pulmonaires depuis juin 2014. plus de suivi spécialisé ou oncologique depuis l'orientation palliative.
- La rencontre se fait avec une de ses deux filles.
- Le Pronostic vital annoncé a a la famille. Était de 6 semaine en février 2014.
- Décision depuis des deux filles d'heberger leur mère a domicile jusqu'à la fin. Mais c'est très dur et beaucoup plus long que prévu. Par ailleurs la patiente a des troubles de mémoire importants, Faits des chutes a répétition.
- Interrogée la patient affirme habiter chez elle, faire sa cuisine et ses courses, gerer ses comptes et ses médicaments, ce qui n'est plus le cas depuis 6 mois.

Le rendez-vous famille de 15 h 30

- **Ce que souhaite la famille.**
 - *Refus de continuer comme avant.*
 - *demande de convalescence.*
 - *Aucun dossier déposé en EHPAD mais va en déposer un sur Angers la semaine prochaine.*
 - *Ne souhaite pas faire plus d'une inscription ni élargir les inscriptions au delà d'Angers. Pour pouvoir rester près de sa mère.*
- **Réponse proposée :**
 - *Les troubles cognitifs constatés évoquent une probable maladie démentielle masquée par un effet de niveau. A confirmer idéalement par des test plus approfondis. Mais pas d'enjeu thérapeutique.*
 - *REFUS De Convalescence car évolution fonctionnelle déjà favorable de la pneumopathie aigue bactérienne et retour a l'autonomie antérieure.*
 - *malgré les deux cancer , pas de signe de défaillance viscérale engageant le pronostic vital a court terme.*
 - *Proposition d'élargir les demandes sur les 3 longs séjours Angers.*
- **Attente de la réponse du long séjour demandé par la famille avant sortie.**

Le rendez-vous famille de 16 h 30

- **Madame C** , née en 1933, a été adressée dans le service par son médecin traitant le 10/10/2014 pour une majoration des troubles cognitifs avec hallucinations, agitation et propos délirant.
- **Comorbidités** : Syndrome démentiel. depuis 2012. MMS 14/30 suivi consultation /6 mois depuis. Hallucinations sous Requip / 2 ans de stabilité des conditions de vie malgré déclin progressif des fonctions cognitives. Depuis 15 jours rechutes des idées délirantes ++ hallucinations. Neuroleptiques traditionnels mal tolérés aggravant syndrome jambes sans repos.
- Hallucinations auditives +++ envahissantes thématique sexuelles.
- Majoration syndrome délirant n'est pas lié a une majoration syndrome démentiel. MMS 13/30 vs 14/30 6 mois plus tôt;
- Médical LEPONEX
- Social rencontre famille.

Le rendez-vous famille de 16 h 30

rencontre famille.

- Une fille prête à assumer institutionnalisation. Mais sœur formellement opposée. Motivation en parti financières.
- Mari épuisé mais ambivalent.
- Demande de convalescence.
- Conduite a tenir proposée ;
- Refus de convalescence.
- Arguments ; légère amélioration des symptômes depuis
- l'introduction du traitement anti délirant.
- Amélioration des nuits
- La convalescence Entretien l'ambivalence décisionnelle. Tentative de retour a domicile. Avec consultation a 15 jours.
- Augmentation du Passage IDE de 1 a 2 fois par jours.
- Evolution sortie 4 jours plus tard ; revue en consultation a J15 ; Echec thérapeutique, ré hospitalisation mais positionnement renforcé fille, qui assume l'institutionnalisation a laquelle sa mère s'oppose.

L'appel d'un sous Préfet de 17 h 30

Madame L, née 1929, agricultrice. Vit avec un de ses fils célibataire, aucun contact avec ses autres enfants.

Hospitalisé pour « Placement ». Depuis une semaine.

L'histoire ; Deux ans plus tôt, en décembre 2012, la patiente a fait un accident vasculaire cérébral. Dec 2012 : retour a domicile. Note évaluation des fonctions cognitives, inévaluable (MMS 0 a cause des troubles du langage. Evaluation sociale / note vit avec son fils condition de vie précaire et un logement insalubre et vétuste. Pas de mutuelle. ALD faite pour séquelle AVC depuis 2012.

Histoire de la maladie : Adressée ce jour aux urgences par la gendarmerie pour "placement" car son fils est en garde à vue. Aux urgences : examen clinique sans particularité. Pas de biologie réalisée aux urgence en l'absence de problématique médicale aigue. Transfert en gériatrie pour prise en charge sociale. En hospitalisation libre.

L'appel d'un sous Préfet de 17 h 30

une hygiène précaire, une mycose sous mammaire, un asthme chronique traité par Ventoline. Aucune trace de coup ou de chute. Pas de dénutrition, patiente en surpoids, réclame son fils, veut rentrer chez elle s'ennuie a hôpital. Son fils sortie de « garde a vue » passe tout les jours les interactions entre fils /mère semblent appropriées et rassurantes.

Pas d'argument pour 1) prolonger l'hospitalisation (la patiente n'a pas de mutuelle et va payer des frais d'hospitalisation, 2) faire un signalement au procureur 3) faire une hospitalisation sous contrainte.

Appel du Sous Préfet; La patiente et son fils vont être expulsés de leur domicile dans 15 jours. Pas de mesure du tutelle ou de curatelle en cours. Demande de convalescence.

-CAT Refus de convalescence. pas d'indication médicale.

- L'Inconfort relatif du domicile sans mise en danger de la patiente ne justifie pas d'un « placement » sans l'accord de la patiente. Risque élevé de SSR No mans land juridique avec lit bloqué. Patiente en hospitalisation Libre, forfaits d'hospitalisation a sa charge.

-Négociation avec fils pour passage IDE a domicile.

- Relai de L'assistante sociale mise en place d'un gestionnaire de cas. Annulation temporaire de l'expulsion prévue.

Une des deux entrées de soir

- **Madame B 1931**, a été adressée dans le service par le service des admissions et urgences le 17/10/2014 pour menace de passage à l'acte suicidaire.
- Historique des hospitalisations depuis le 26 mars 2014.
 - Du 26 mars au 4 avril pour vertige vomissements. D'après le médecin traitant : confusion depuis quelques mois, accentuation d'un syndrome dépressif chronique avec idéations suicidaires, appelle tout les jours. Le médecin traitant a réalisé à la demande de la patiente une inscription en EHPAD à saint Nicolas. La patiente refuse de rester hospitalisée : relais CLIC.
 - DU 10 au 17 avril 2014 pour douleur thoracique, anxiété +++.
 - Le 19 avril aux urgences pour douleur thoracique
 - Le 21 Avril aux urgences céphalée occipitale, rien de somatique retour à domicile.
 - Le 22 avril vertige avec céphalées, rien de somatique mais troisième passage aux urgence en quatre jours : hospitalisation jusqu'au 29 avril. (conclusion, chute iatrogène, arrêt des psychotropes).
 - Le 13 juin hospitalisation pour douleur thoracique, scanner normal, crise d'angoisse, sortie le 17 juin.

Une des deux entrées de soir

- Le 24 juin douleur thoracique, maintien à domicile jugé impossible, diagnostic de maladie d'Alzheimer surajouté à des troubles anxiodépressifs chroniques anciens, orientation en EHPAD après l'accord négocié avec la patiente.
- Début Aout ; Hospitalisation pour vertige, angoisse quelques jours après la sortie de la patiente de l'EHPAD saint Nicolas à la demande de celle-ci, retour à domicile.
- Le 28 Août appelle le samu "ou suis-je ? qui suis je ?" hospitalisée pour confusion, l'EHPAD ne veut pas reprendre la patiente, un projet d'hébergement chez sa fille serait prévu : retour a domicile le 1/09.
- Le 18 septembre hospitalisation pour vertiges et vomissements.
- Le 1er octobre hospitalisation pour anxiété et idées suicidaires.
- Le 11 octobre hospitalisation pour idéations suicidaires, menace de défenestration.
- Le 15 octobre consultation mémoire, MMS 16/30 on rappelle le diagnostic de maladie d'Alzheimer posé en juin, la patient est incohérente, dit "qu'elle ne veut plus vivre seule, qu'elle veut retourner à la maison de retraite saint Nicolas dans une chambre à deux, veut rentrer chez elle...«
- Hospitalisation le 17 octobre pour menace de passage à l'acte suicidaire. ne veut plus rester seule à domicile, dit qu'on a mal interprété ses propos, veut aller en maison de retraite à Saint Nicolas, dit qu'elle se jettera par la fenêtre si on la renvoie a domicile..

Respect
du principe
d'autonomie

Capacité du patient
A gouverner ses choix ?

Obligation
d'assistance
Ethique paternaliste

Désir du patient ?



Risques encourus par
Le patient ?

Pour beaucoup de patients hospitalisés en gériatrie.

Epuisement des aidants : **très important.**

Risque institutionnel : **très important**

Capacité des patients à gouverner leur choix : **altérée ou très altérée**

Désir d'orientation institutionnel par le patient ; **non**

Possibilité de respecter le principe d'autonomie, le désir du patient ; **faible**

avis de la famille ou des institutions concernant un retour a domicile ; **ferme opposition**

Anticipation du risque institutionnel par la famille; **depuis 48 heures**

Délai d'attente pour la structure adapté et souhaitée par la famille : **2 à 3 ans.**

Délai d'attente pour la structure, éloignée du désir familial ou ira le patient ; **6 mois**

Demande de convalescence par les familles : **très fréquent**

Demande de convalescence justifiée médicalement ; **très rare.**

Demande de convalescence acceptée ; **rare**

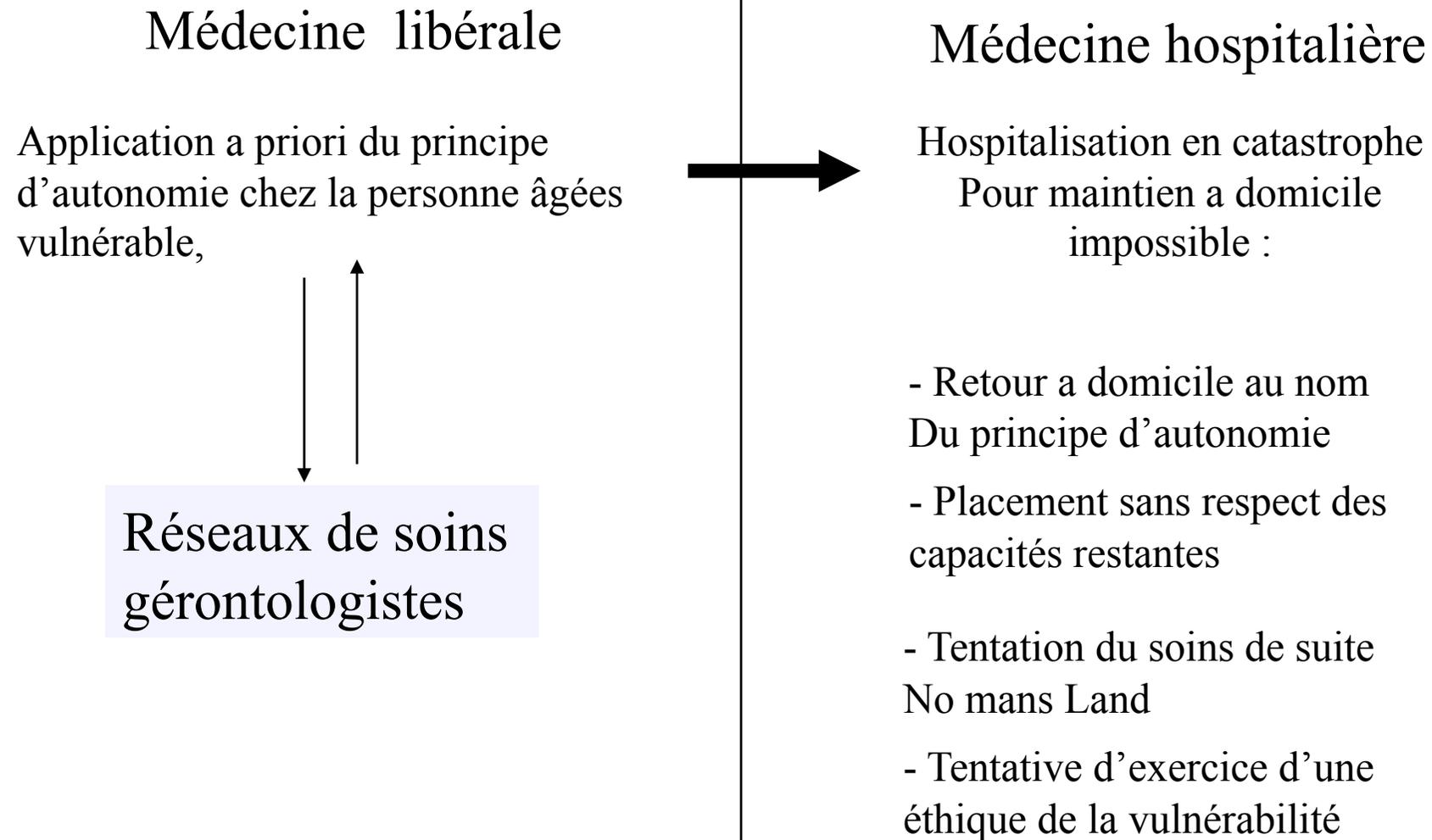
Délai moyen pour obtenir une convalescence : **2 à 3 semaine si acceptée.**

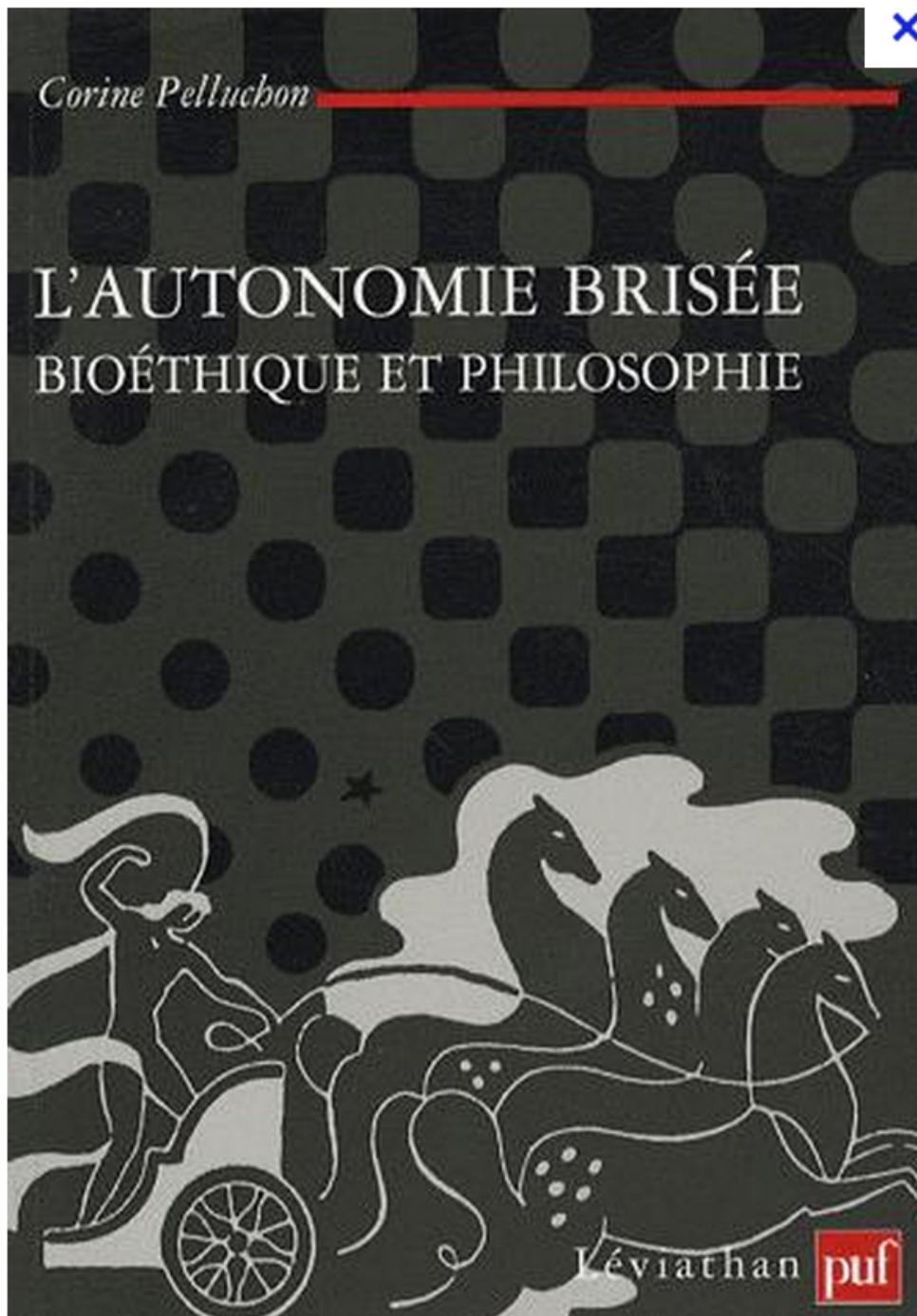
Durée moyenne de séjour en gériatrie **10 jours.**

Pression sur l'activité du service : **Très forte.**

Degré d'information des familles sur ce qui les attend a hôpital : **très faible.**

Pour les patients ayant perdu leur autonomie cognitive





« Ce travail passe par la déconstruction de l'éthique de l'autonomie qui subordonne la dignité à la possession de la raison, à la maîtrise de soi et à la compétitivité et colporte des représentations négatives de la vieillesse et du handicap qui s'opposent à l'idéal de solidarité affiché par certaines institutions. A cette éthique de l'autonomie s'oppose une éthique de la vulnérabilité adaptée à l'accompagnement des personnes en fin de vie et des malades atteints d'affections dégénératives du système nerveux. Cette réflexion sur les fondements de l'éthique et du droit conduit à reconfigurer les notions d'autonomie et de dignité et à enrichir l'anthropologie sous-jacente à la philosophie des droits de l'homme. »

Titre de ma présentation

Face au refus de soin, une éthique de la
vulnérabilité

« Il importe au plus haut point de savoir si l'on n'est pas dupe de la morale » Emmanuel Levinas

« Les déments nous rendent confus » Louis Ploton

- Merci de votre attention.



11^{ème} RENCONTRE DE GÉRONTO-PSYCHIATRIE ET DE PSYCHO-GÉRIATRIE EN ANJOU

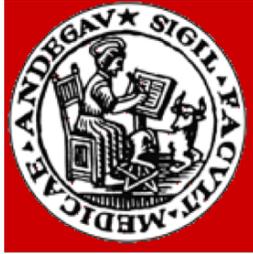


Le refus de soins : un droit, un symptôme ?

Jeudi 20 novembre 2014

RENCONTRES DE GÉRONTO-PSYCHIATRIE ET DE PSYCHO- GÉRIATRIE EN ANJOU

| | |
|-------------|--|
| 2004 | <i>1ère Rencontre</i> |
| 2005 | <i>Regards sur la dépression du sujet âgé</i> |
| 2006 | <i>Troubles psychotiques et sujet vieillissant</i> |
| 2007 | <i>Inhibition, apragmatisme et vieillissement</i> |
| 2008 | <i>Etre parent de ses parents</i> |
| 2009 | <i>Le sommeil du sujet vieillissant</i> |
| 2010 | <i>S'alimenter, se nourrir, avancer en âge</i> |
| 2011 | <i>Les violences à l'âge avancé</i> |
| 2012 | <i>Le couple et l'avancée en âge</i> |
| 2013 | <i>Les mémoires</i> |



OUI ou NON OUI et NON

**Pr JB Garré
Université d'Angers
Service de Psychiatrie et d'Addictologie
CHU Angers**

**Site Internet : « Portail de la Psychiatrie Angevine »
<http://www.med2.univ-angers.fr/services/AARP/>**

Le refus de soins : un droit, un symptôme ?

- **Un droit**
- **qui est devenu un symptôme**
- **de quoi ?**

- **Valorisation contemporaine du non**
- **assimilé à une rébellion légitime**



LES REBELLES
17^E RENDEZ-VOUS DE L'HISTOIRE
BLOIS - 9/12 OCT. 2014
SALON DU LIVRE - DÉBATS - CINÉMA - EXPOSITIONS



- **La figure du rebelle est devenue une figure positive et célébrée, consacrée par de nouveaux conformismes**
- **Devoirs (de désobéissance, de résistance, de révolte, de refus...)**

Oui

- **Incidemment, deux romans, deux grands textes qui se terminent sur un oui renouvelé et jubilatoire**
- **Oui oui oui oui**
- **Les dernières lignes de l'essai de 1938 de Gertrude Stein *Picasso* (et ce sont les seules émouvantes) se terminent ainsi : "Alors Picasso a sa splendeur. Merci. Oui."**
- **Et la fin d'*Ulysses* de Joyce, avec la fin du monologue de Molly Bloom : "... et je l'ai attiré sur moi pour qu'il sente mes seins tout parfumés oui et son cœur battait comme un fou et oui j'ai dit oui je veux bien Oui."**

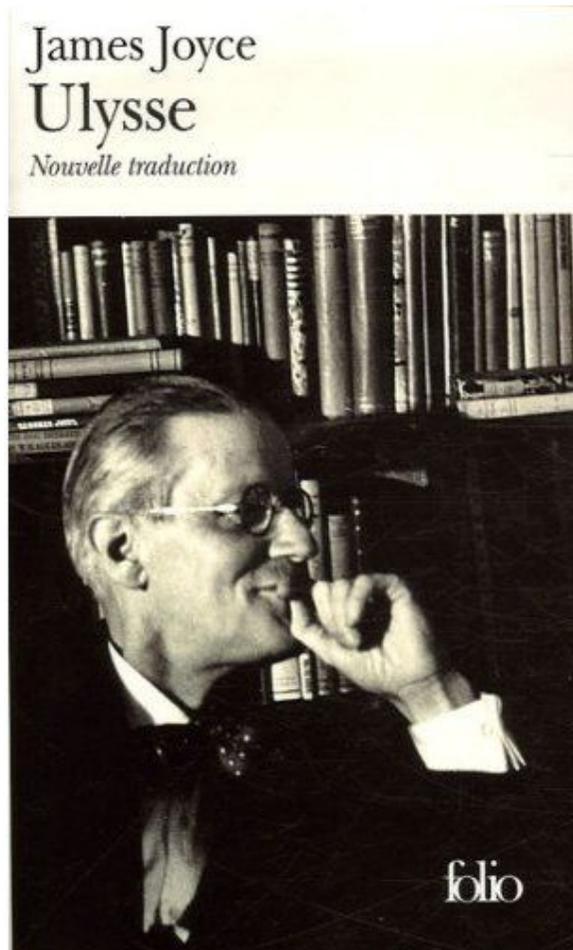


**« Alors Picasso a sa
splendeur. Merci.
Oui. »**

**G. Stein
Picasso
[1938]**

“...yes and drew him down to me so he could feel my breasts all perfume yes and his heart was going like mad and yes I said yes I will Yes.

“... et je l'ai attiré sur moi pour qu'il sente mes seins tout parfumés oui et son cœur battait comme un fou et oui j'ai dit oui je veux bien Oui.”



yes when I put the rose in my hair like the Andalusian girls used or shall I wear a red yes and how he kissed me under the Moorish wall and I thought well as well him as another and then I asked him with my eyes to ask again yes and then he asked me would I yes to say yes my mountain flower and first I put my arms around him yes and drew him down to me so he could feel my breasts all perfume yes and his heart was going like mad and yes I said yes I will Yes.

Trieste-Zurich-Paris 1914-1921

–Dans la pratique quotidienne auprès des patients suicidaires / suicidants, déprimés, anxieux...

– Dans la pratique quotidienne auprès des patients suicidaires/suicidants, déprimés, anxieux...

– l'absence de demande

- Dans la pratique quotidienne auprès des patients suicidaires/suicidants, déprimés, anxieux...**
- l'absence de demande**
- ou plus précisément celle d'une sortie simple**

- **Dans la pratique quotidienne auprès des patients suicidaires/suicidants, déprimés, anxieux...**
- **l'absence de demande**
- **ou plus précisément celle d'une sortie simple :**
 - **“Donnez-moi mes affaires, je signe ma pancarte...”**

- Dans la pratique quotidienne auprès des patients suicidaires/suicidants, déprimés, anxieux...**

- l’absence de demande**

- ou plus précisément celle d’une sortie simple :**
 - “Donnez-moi mes affaires, je signe ma pancarte...”**
 - “De toute manière, vous ne pouvez pas me garder contre mon gré...”**

– Dans la pratique quotidienne auprès des patients suicidaires/suicidants, déprimés, anxieux...

– l’absence de demande

– ou plus précisément celle d’une sortie simple :

– “Donnez-moi mes affaires, je signe ma pancarte...”

– “De toute manière, vous ne pouvez pas me garder contre mon gré...”

– “Et vous n’avez pas le droit de m’envoyer à Sainte-Gemmes...”

– Dans la pratique quotidienne auprès des patients suicidaires/suicidants, déprimés, anxieux...

– l'absence de demande

– ou plus précisément celle d'une sortie simple :

–sinon les expressions cliniques d'un négativisme (contact, parole, alimentation, motricité, soins...)

Le refus de soins : un droit, un symptôme ?

- **Double refus**
 - Refus de soin (en général) \neq refus de traitements (en particulier)
 - Refus de la vie (certes + ou – moins ambivalent)
- **Compliance, observance**
- **Problématique**
 - du lien thérapeutique
 - de l'alliance
 - de la relation médecin-patient

Le refus de soins : un droit, un symptôme ?

- **Tout le monde a droit au refus**

Les droits des patients

DANS LES ÉTABLISSEMENTS
DE SOIN

Le Défenseur
des droits **veille**
au respect des
droits des patients

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**LE DÉFENSEUR
DES DROITS**
defenseurdesdroits.fr



VOS DROITS

Le droit aux soins

Toute personne dispose d'un **droit d'accès aux soins** nécessités par son état de santé. Toute discrimination, de quelque nature que ce soit, en raison du sexe, de l'origine, de la religion, etc. est prohibée. ■

Le droit à l'information

- L'information délivrée par votre médecin sur votre état de santé doit être accessible, loyale et compréhensible. La question liée aux risques médicaux doit être clairement abordée.
- Vous disposez d'un **droit d'accès direct à votre dossier médical**. Après votre décès et sous certaines conditions, des informations médicales peuvent être transmises à vos ayant droits.
- Les professionnels de santé sont tenus au **secret médical**. ■

Le droit au consentement

Tout acte médical et tout traitement nécessitent un **consentement libre et éclairé** de votre part.

- Si vous mettez votre vie en danger en refusant les soins, le médecin doit tout mettre en œuvre pour vous convaincre d'accepter les soins indispensables.
- Si vous êtes hors d'état de manifester votre volonté, le médecin ne peut intervenir sans que l'un de vos proches ait été informé, sauf cas d'urgence ou d'impossibilité. ■

Le droit et la fin de vie

Vous pouvez rédiger par avance vos souhaits quant à votre fin de vie par des « directives anticipées » qui seront portées à la connaissance des professionnels de santé. Elles sont modifiables à tout moment. ■

Vous pouvez désigner parmi votre entourage une personne de confiance qui exprimera vos volontés à l'équipe médicale dans l'hypothèse où vous seriez hors d'état de le faire.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**LE DÉFENSEUR
DES DROITS**

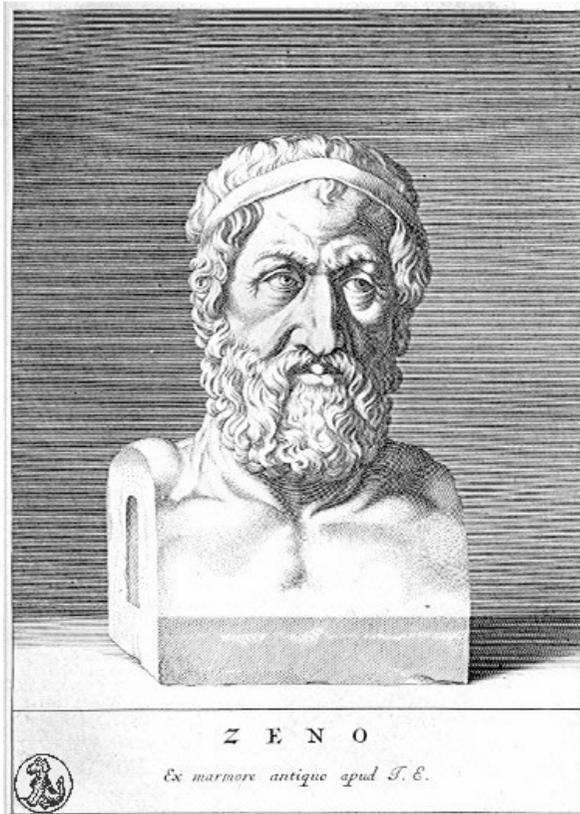
defenseurdesdroits.fr



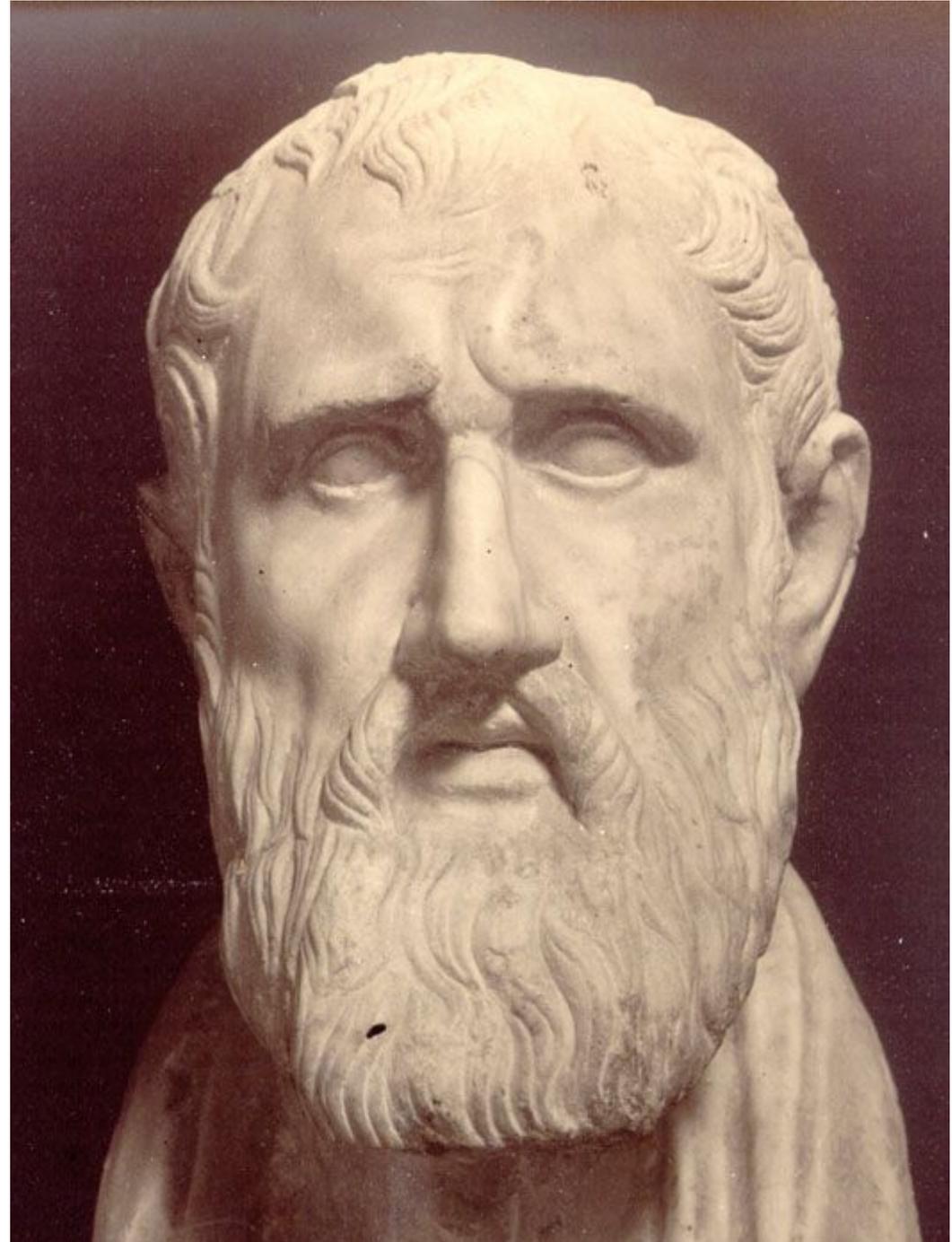
Le refus de soins : un droit, un symptôme ?

- **Changement de paradigme : de l'acharnement à l'autorisation**
- **Une nouvelle demande des réanimateurs**

**Un homme qui dit oui à
tout (presque) jusqu'au
bout**



Zénon de Citium
(Fondateur du
Portique au IVème
siècle av. J.-C.)



Fondateur du stoïcisme.

Selon Diogène Laërce, il se pend à 98 ans.

**« Il ne s'agit pas de vivre autant qu'on le peut, mais
autant qu'on le doit. »**

Sénèque, *Lettres à Lucilius*

Un homme qui dit non



Bruno Bettelheim
(1903-13 mars 1990)



Bruno Bettelheim
(1903-13 mars 1990)

D.J. Fisher – Vous, que pensez-vous de la vieillesse ?

B. Bettelheim – N’y arrivez pas !

**Entretien avec David James Fisher,
Nouvelle Revue de Psychanalyse, 43,
1991**

**Des couples qui disent
non**



**Karl Marx en
compagnie de ses
filles (Jenny, Laura,
Eleanor) et de
Friedrich Engels**

(1864)



Paul et Laura Lafargue (1870)

Socialiste français, auteur du *Droit à la paresse* (1880), il se suicida avec sa femme, septuagénaire en 1911 en se justifiant dans une courte lettre :

« Sain de corps et d'esprit, je me tue avant que l'impitoyable vieillesse qui m'enlève un à un les plaisirs et les joies de l'existence et qui me dépouille de mes forces physiques et intellectuelles ne paralyse mon énergie, ne brise ma volonté et ne fasse de moi une charge à moi et aux autres ».

Paul Lafargue et Laura Marx sont enterrés face au Mur des Fédérés.



Lotte et Stefan Zweig

" Avant de quitter la vie de ma propre volonté et avec ma lucidité, j'éprouve le besoin de remplir un dernier devoir : adresser de profonds remerciements au Brésil, ce merveilleux pays qui m'a procuré, ainsi qu'à mon travail, un repos si amical et si hospitalier. De jour en jour, j'ai appris à l'aimer davantage et nulle part ailleurs je n'aurais préféré édifier une nouvelle existence, maintenant que le monde de mon langage a disparu pour moi et que ma patrie spirituelle, l'Europe, s'est détruite elle-même.

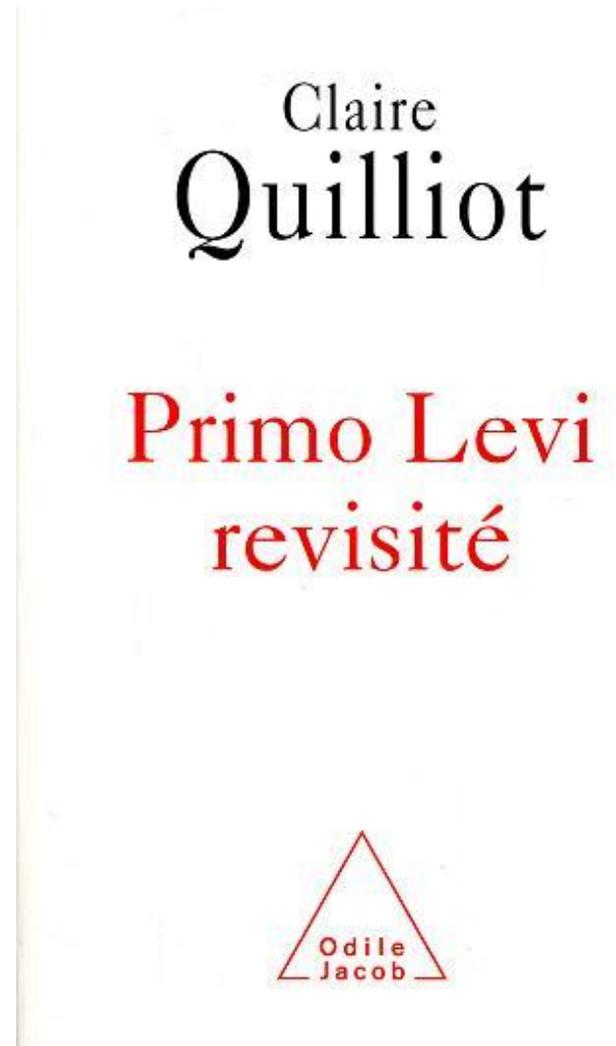
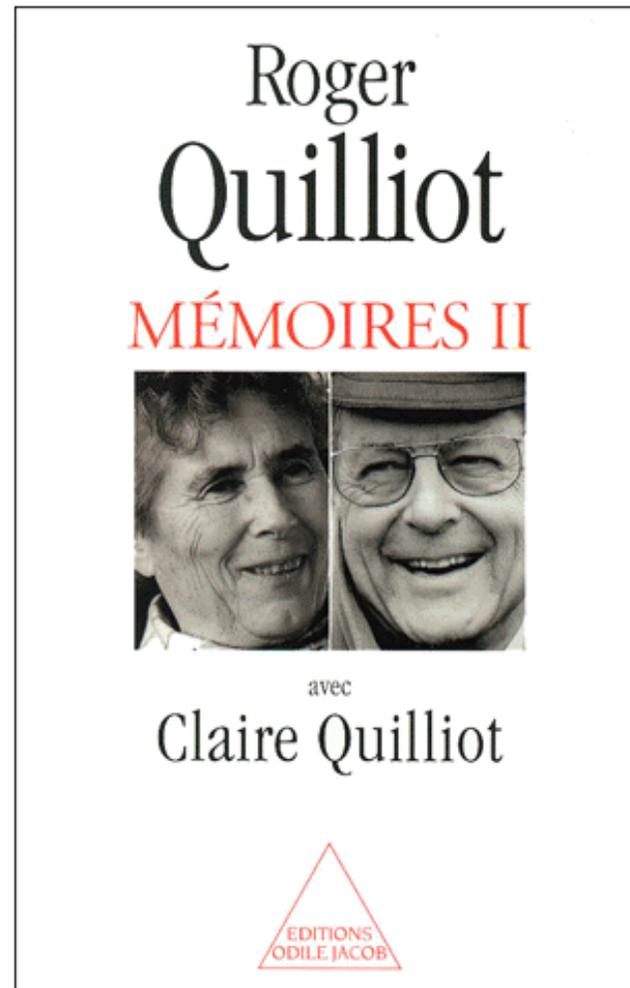
Mais à soixante ans passés il faudrait avoir des forces particulières pour recommencer sa vie de fond en comble.

Et les miennes sont épuisées par les longues années d'errance. Aussi, je pense qu'il vaut mieux mettre fin à temps, et la tête haute, à une existence où le travail intellectuel a toujours été la joie la plus pure et la liberté individuelle le bien suprême de ce monde.

Je salue tous mes amis. Puissent-ils voir encore l'aurore après la longue nuit ! Moi je suis trop impatient, je pars avant eux. "

Stefan Zweig, Pétropolis, 22 février 1942
1881-1942

**Un couple qui dit
(inégalement) non**



**« Notre choix de la mort est un acte de liberté »
Roger (1925-1998) et Claire (1926-2005) Quilliot**

OUI **ou** **NON**

OUI

OUI

- Et la question de la compétence à consentir ne sera jamais posée...
- **Mais** il existe
 - des consentements pathologiques
 - des compliances pathologiques

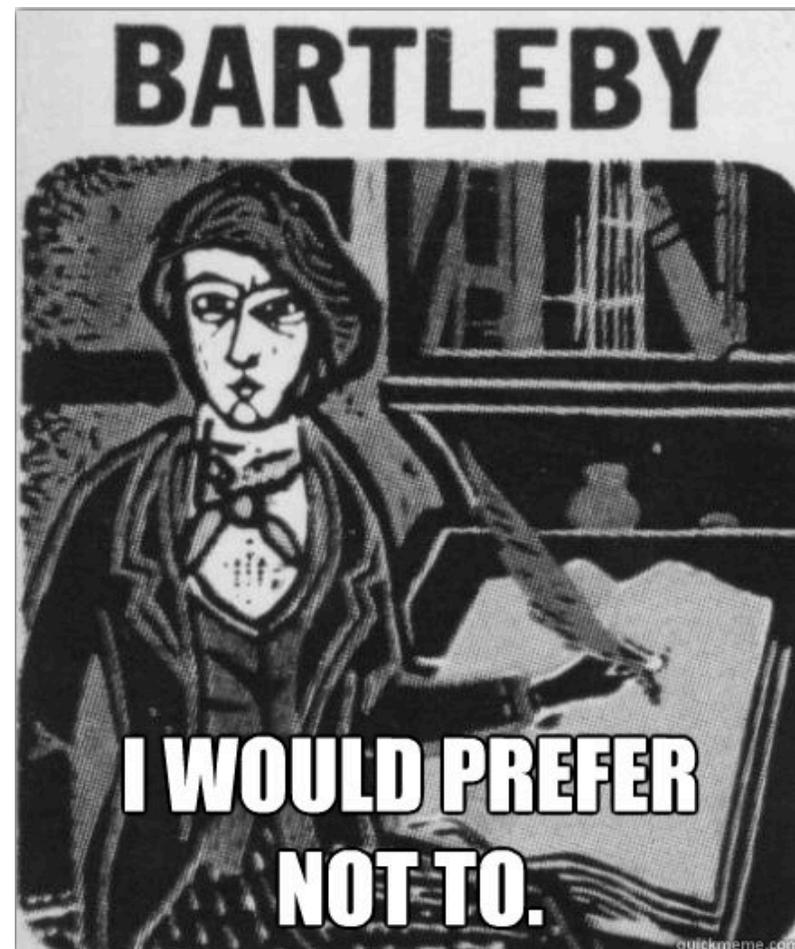
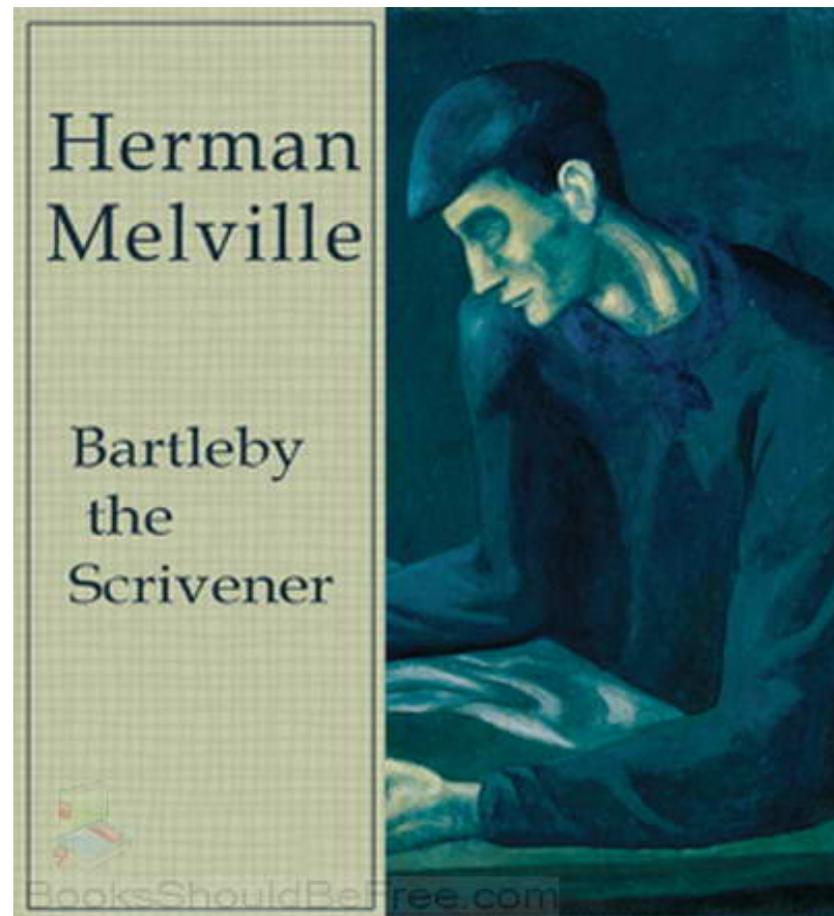
NON

NON

- **Et la question se pose rapidement de l'imputabilité à une (psycho) pathologie**
 - **Mais nous allons faire de la pédagogie persuasive...auprès d'un présumé incompetent par maladie**
- **Ainsi que celle de la possibilité d'un NON non-pathologique**
 - **Mise en tension**
 - **Principe d'autonomie vs devoir de bienfaisance**

NON

- **Un refus valorisé par notre modernité ?**
 - Sans la réserve d'un NON, que signifie le OUI ?
 - Prendre à revers l'omnipotence des biopouvoirs
 - Choisir de s'absenter, Mourir dans la dignité
 - Face à la norme hygiéniste, élever la voix fragile d'un refus
 - De nouvelles stratégies de lutte dans la fuite
 - *I would prefer not to* (H. Melville, *Bartleby the Scrivener*, 1853)



Bartleby (titre original : *Bartleby, the Scrivener - A Story of Wall Street*) est une nouvelle de Herman Melville (l'auteur de *Moby Dick*) parue une première fois en 1853 dans le Putnam's Monthly Magazine¹ et reprise en 1856 dans le recueil *Les Contes de la véranda*. Elle a été publiée en français sous de nombreux titres différents : *Bartleby l'écrivain*, *Bartleby le scribe*, *Bartleby : une histoire de Wall Street*, et plus simplement *Bartleby*.

***Bartleby* est une œuvre éminemment atypique, qui a marqué au XXe siècle les écrivains de l'absurde, entre autres.**

Le narrateur est un homme de loi de Wall Street, qui engage dans son étude un dénommé Bartleby pour un travail de « scribe », c'est-à-dire qu'il recopie des textes. Un avoué balzacien.

Au fil du temps cet être qui s'est d'abord montré travailleur, consciencieux, lisse, ne parlant à personne, révèle une autre part de sa personnalité : il refuse certains travaux que lui demande son patron. Il ne les refuse pas ouvertement, il dit simplement qu'il « préférerait ne pas » les faire, et ne les fait pas. Et cette phrase revient alors systématiquement dans sa bouche : « I would prefer not to », traduite en français par « je ne préférerais pas », ou « je préférerais ne pas » ou encore « j'aimerais mieux pas ». Peu à peu, Bartleby cesse complètement de travailler, mais aussi de sortir de l'étude où il dort. Il ne mange rien d'autre que des biscuits au gingembre, et refuse même son renvoi par son employeur.

Le personnage de Melville a inspiré de nombreux théoriciens de ce qu'on a appelé les théories de l'« antipouvoir ». Ainsi Bartleby et sa fameuse phrase "Je préférerais ne pas" (qui conduit son employeur à ne plus rien lui demander) constituent-ils l'illustration de la stratégie de la fuite qui, selon certains théoriciens actuels (Toni Negri, notamment), doit remplacer la lutte directe. Ces penseurs s'approprient souvent la célèbre phrase de Gilles Deleuze : "Fuir, mais en fuyant, chercher une arme ». Il s'agit de combattre l'appareil d'État à distance plutôt que de l'affronter directement. La fuite s'impose non plus comme simple défection mais comme une nouvelle stratégie de lutte.

NON

- **Un refus valorisé par notre modernité ?**
- **Un leurre probable**
 - Le refus a son logement anticipé dans l'ordre du souverain bien médical
 - Refus autorisé, attendu, prévu, préparé, déjà pris en charge avant même que d'être exprimé (ex : le principe de vérification de la compliance au suivi proposé)
 - Le respect mécanique de tout refus tue le refus et le dévitalise
 - Laissez faire, laissez aller
- **Savons-nous encore dire non ?**
- **Et dire non au non ?**

OUI et NON

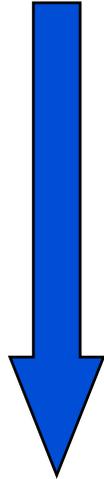
OUI et NON

- **Clinique du refus : expertise de la capacité à consentir**
- **Poly ou ambivalence : un nuancier des consentements**
 - Opposition franche
 - Réticence simple
 - Compromis
 - Incertain, probable, instable, variable...
- **Refus de soin (en général) ≠ Refus de traitements (en particulier)**
 - **Version optimiste du dilemme** : respect, maintien d'une alliance et accompagnement
 - **Version pessimiste** : *Donnez-moi mes affaires...Je signe ma pancarte...De toute manière, vous n'avez pas le droit de me garder sans mon consentement ou de m'envoyer à Ste Gemmes...*
 - Calcul des risques
 - Navigation à l'estime
 - Rester comptable de son patient

INFORMATION

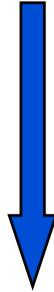
OBSERVANCE

INFORMATION

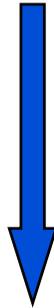


OBSERVANCE

INFORMATION

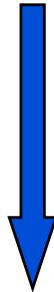


CONSENTEMENT

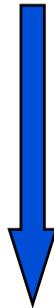


OBSERVANCE

INFORMATION



CONSENTEMENT



OBSERVANCE

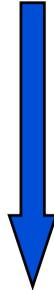
•Renouvelée

•Continue

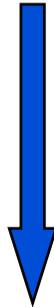
•Non
ponctuelle

(JA Cramer,
JAMA, 1989)

INFORMATION



CONSENTEMENT



OBSERVANCE

•Renouvelée

•Continue

•Non
ponctuelle

(JA Cramer,
JAMA, 1989)

•Obtenu

•Renouvelé

•Maintenu

Pourquoi informer ?

- **Relation paternaliste**  **relation contractuelle**
- **Patient = partenaire actif (ou consommateur)**
 - **Co-gestion**
 - **Co-responsabilité**
 - **Co-décision**
 - **« Décision médicale partagée »**
 - **Éducation thérapeutique**
- **Relecture de la prescription**
 - **Ordonnance = négociation**

Pourquoi informer ?

- **Nouvelle alliance ?**
- **Formes transactionnelles inédites**
- **Compétences propres du patient**
 - **Dialogue**
 - moins dissymétrique
 - moins vertical
 - moins inégalitaire
 - ***Insight* sous traitement**
 - **Expertise clinique personnelle de la balance efficacité / risque**
 - **Refus**

**« Les malades sont devenus savants
et les maladies chroniques »**

Jean-Michel Chabot

**LA REVUE DU PRATICIEN VOL. 59
20 septembre 2009**

**VM Montori, Guyatt GH « Progress in evidence-
based medicine » *JAMA* 2008 ; 300 : 1814-6**

- **Modèle de la recherche biomédicale encadrée**
- **Une prescription est une expérimentation**
 - « Soigner, c'est toujours, à quelque degré, décider d'entreprendre, au profit de la vie, quelque expérience. »

G. Canguilhem « Thérapeutique, expérimentation, responsabilité », *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, Vrin, 1968, 391

- **Paradoxe neuropsychopharmacologique : le chercheur s'adresse à la *psychè* même qui fait l'objet de sa recherche**

- **Information et compliance ne sont pas des données acquises une fois pour toutes**
- **Le but : l'adhésion, non l'adhérence**
- **Transparence totale et exhaustivité sont des mythes**
- **Trop d'informations peut tuer l'information**
- **L'information peut aveugler ou sidérer**

- **Informer : former, ie donner une forme**
- **Assimiler une information**
 - **≠ transfert de données**
 - **construction d'un savoir**
 - **co-construction dans une relation**
 - **travail et perlaboration**
- **Partage d'un savoir et d'une extériorité**

Médecin

```
graph TD; A[Médecin] --- B[Patient]; A --- C[Maladie];
```

The diagram consists of three light blue rectangular boxes. The top box contains the word 'Médecin' in red. A vertical line descends from the bottom center of this box, meeting a horizontal line that branches to the left and right. From the left end of this horizontal line, a vertical line goes down to the top center of the 'Patient' box. From the right end, a vertical line goes down to the top center of the 'Maladie' box. Two red arrows point downwards from the horizontal line, one positioned between the vertical lines leading to 'Patient' and 'Maladie'.

Patient

Maladie

Maladie

```
graph TD; Patient[Patient] --- Maladie[Maladie]; Medecin[Médecin] --- Maladie; Patient --> Maladie; Medecin --> Maladie;
```

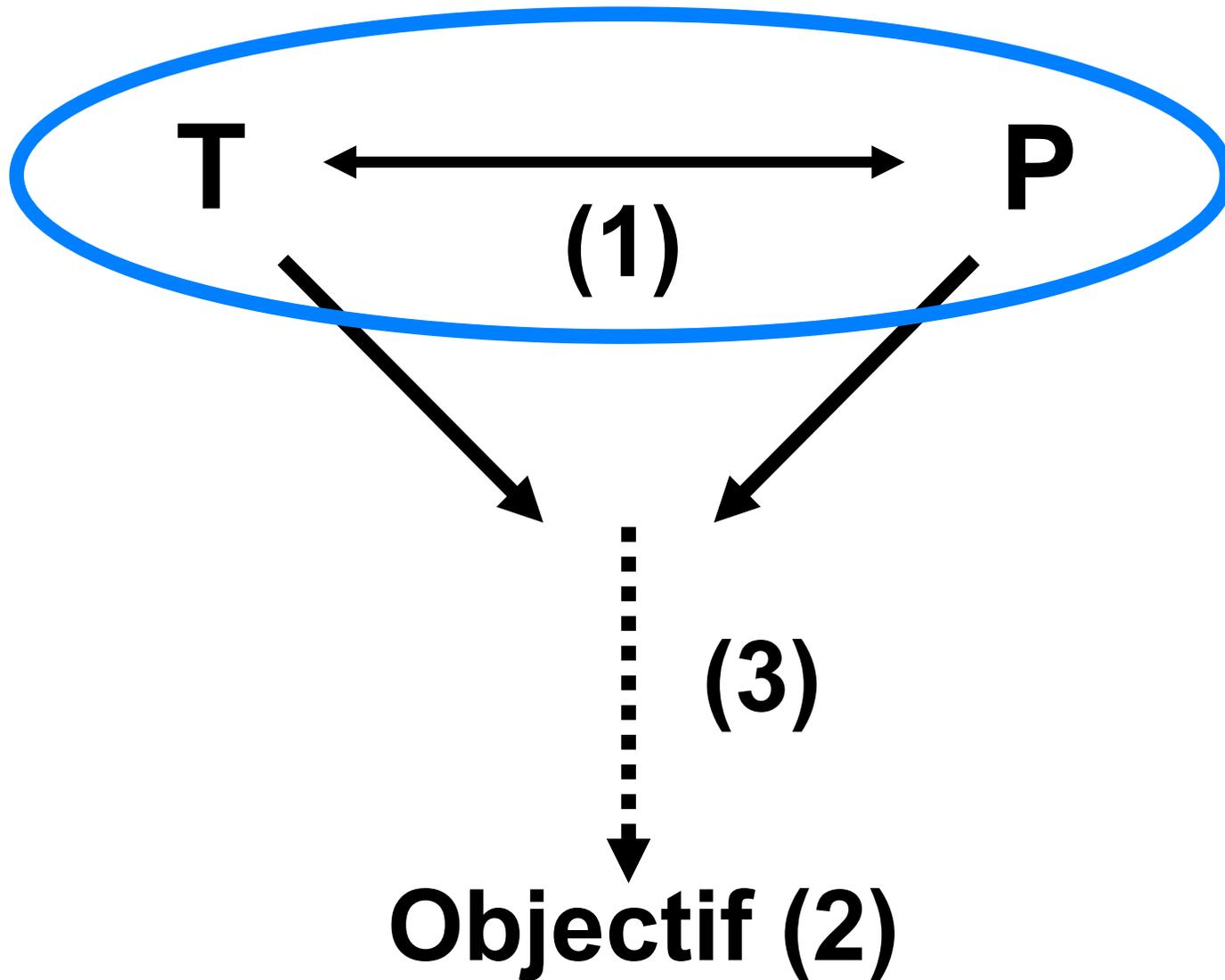
Patient

Médecin

Composantes de l'alliance thérapeutique (Bordin, 1979)

1. **Lien** thérapeutique
2. Entente sur le but de la thérapie : **objectif(s)**
3. **Moyens** à utiliser

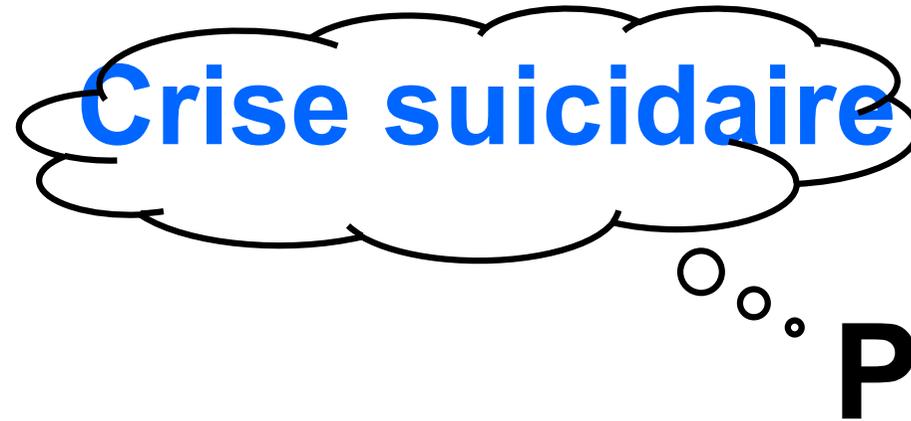
Modèle de l'alliance thérapeutique



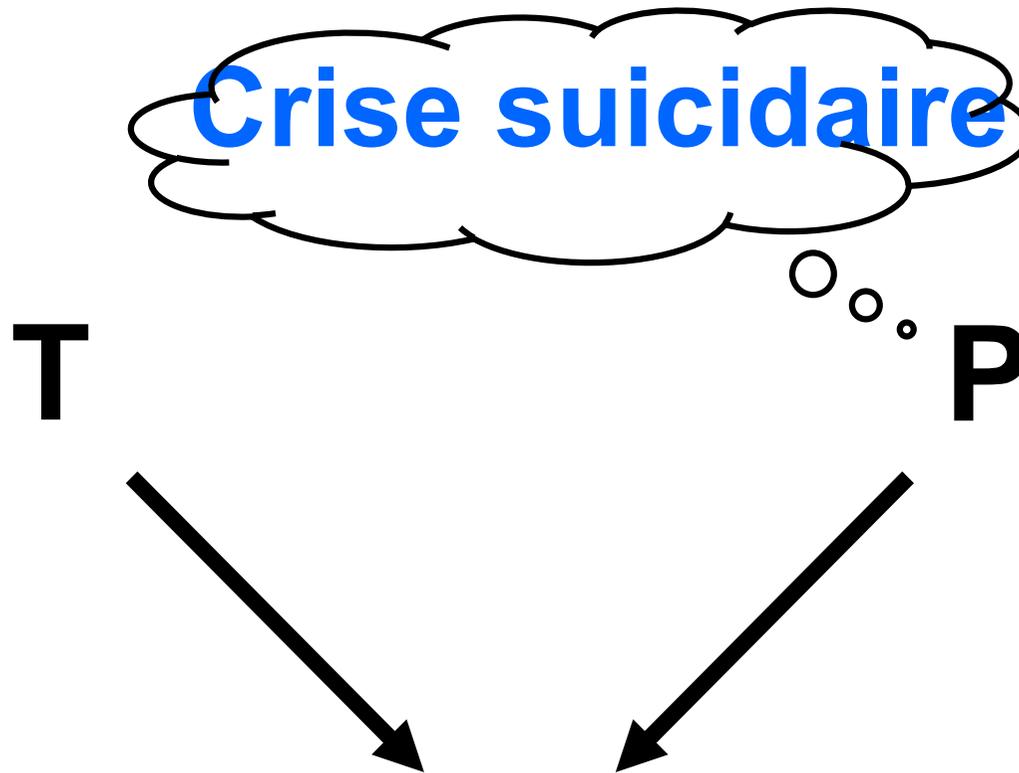
ABORD DU PROBLÈME

- **Passage progressif d'une relation à deux**
- **...à une relation centrée sur le problème.**
- **Le but est d'arriver à une décentration progressive du patient : contemplation du problème.**

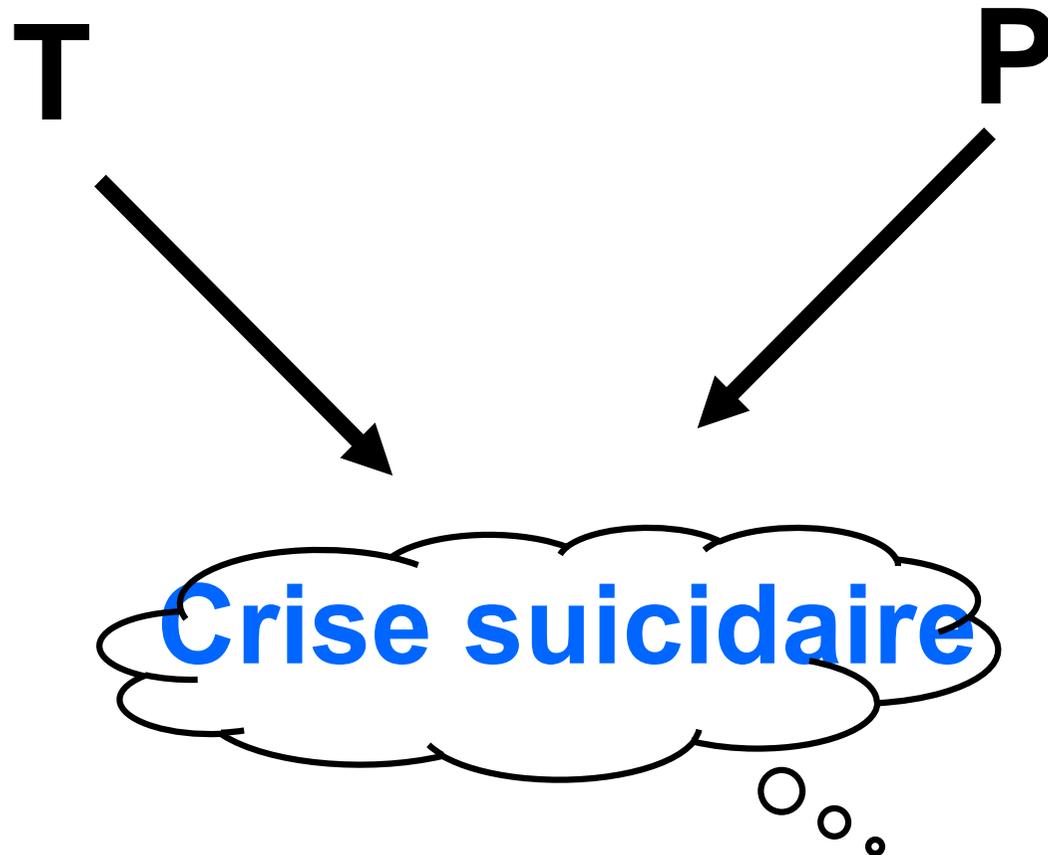
Relation thérapeutique établie

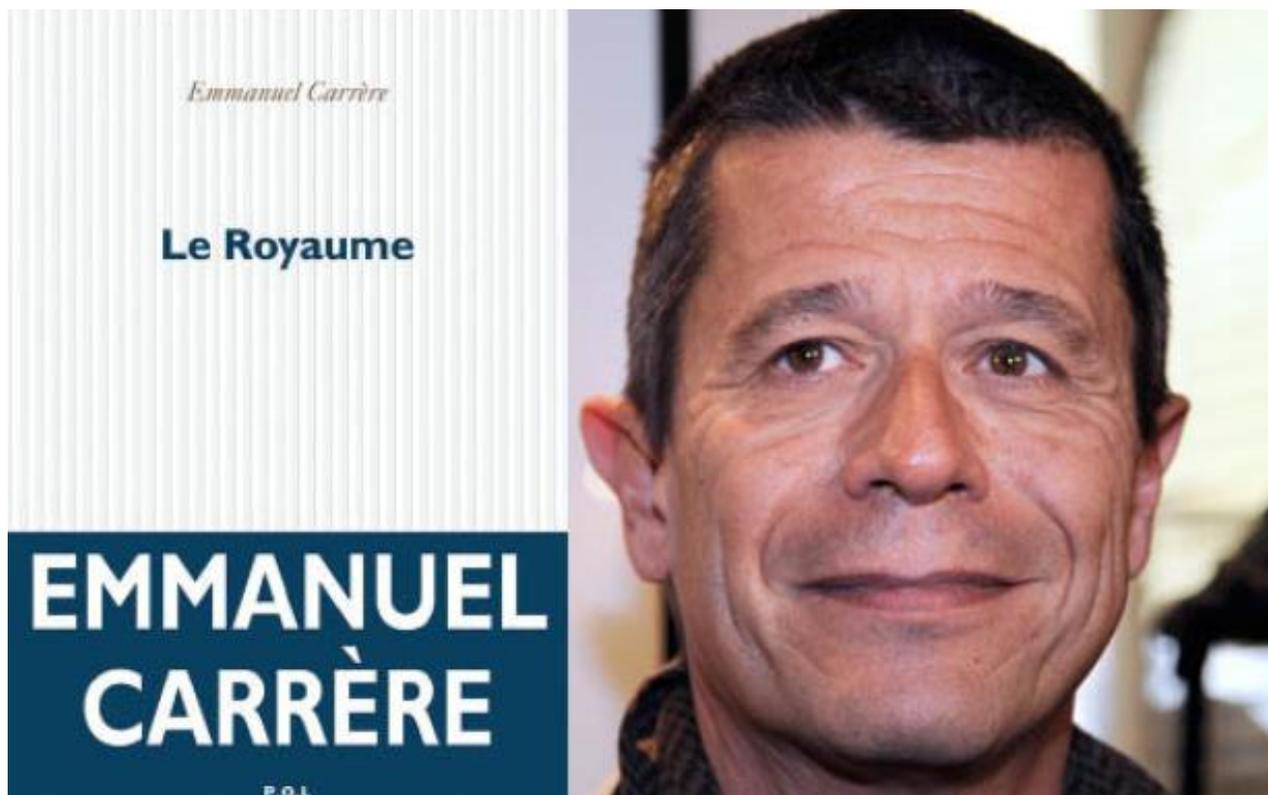


Relation thérapeutique établie



Relation thérapeutique établie





F Roustang – « Si j'étais vous, je passerais à autre chose. »

E Carrère – « A quoi ? »

F Roustang – « Eh bien, vous avez parlé du suicide. Il n'a pas bonne presse de nos jours, mais quelquefois c'est une solution. »

Ayant dit cela, il est resté silencieux. Moi aussi. Puis il a repris : « Sinon, vous pouvez vivre. »

TROIS CONCLUSIONS (OPTIMISTES)

CONCLUSION

1

CONCLUSION

1

AMBIVALENCE

CONCLUSION

1

AMBIVALENCE

OUI OU NON

CONCLUSION

1

AMBIVALENCE

OUI OU NON

OUI ET NON



Hypnos
Bronze, vers 350 av J.-C.
British Museum

S'il peut endormir les mortels comme les dieux de l'Olympe, en les éventant de ses ailes, Hypnos, lui, ne dort jamais.

C'est le modèle du Veilleur, du Guetteur, de la Vigie, de la Sentinelle.

Cf. René Char, *Feuillets d'Hypnos (1943-1944)*





***Hypnos et Thanatos portant le cadavre
de Sarpédon tué par Patrocle, sous le
regard d'Hermès psychopompe***

Cratère à figures rouges

(vers 515 av. J.-C.)

New York, Metropolitan Museum of Art

Hypnos first appears in mythology in the works of one of the earliest Greek poets, Hesiod (lived around 700 BC), where Hypnos (Sleep) and Thanatos (Death) were the terrible sons of Nyx (Night).

Hypnos was, however, generally viewed as benevolent to mankind. The god was frequently mentioned in literary sources, and associated with poppies and sleep-inducing herbs. Hypnos' wings allowed him to move swiftly over land and sea, and to fan the foreheads of the weary until they fell asleep.

His son was Morpheus, the personification of dreams.

« Le prototype même de la situation suicidaire est celle d'un individu qui se tranche la gorge tout en criant au secours, et est authentiquement honnête vis-à-vis de lui-même dans un acte comme dans l'autre. L'ambivalence est l'état commun du suicide : c'est le sentiment qu'il faut le commettre et simultanément, l'espoir d'une intervention qui l'empêchera. »

Edwin S. Shneidman

Le tempérament suicidaire

De Boeck & Belin, 1999, 126

CONCLUSION

1

AMBIVALENCE

OUI OU NON

OUI ET NON

TANT QU'IL Y A DE
L'AMBIVALENCE IL Y A DE LA VIE

CONCLUSION

2

CONCLUSION

2

**NOUS POUVONS INITIER ET
MAINTENIR UN LIEN**

Refus

Que faire ?

- ***Case management et connectiveness***
- **Dispositifs de veille**
 - Principe : maintien d'un lien avec le suicidant
 - Etude pionnière JA Motto (2001)
 - Courriers manuscrits

A Randomized Controlled Trial of Postcrisis Suicide Prevention

Jerome A. Motto, M.D.
Alan G. Bostrom, Ph.D.

Objective: This study tested the hypothesis that professionals' maintenance of long-term contact with persons who are at risk of suicide can exert a suicide-prevention influence. This influence was hypothesized to result from the development of a feeling of connectedness and to be most pertinent to high-risk individuals who refuse to remain in the health care system. **Methods:** A total of 3,005 persons hospitalized because of a depressive or suicidal state, populations known to be at risk of subsequent suicide, were contacted 30 days after discharge about follow-up treatment. A total of 843 patients who had refused ongoing care were randomly divided into two groups; persons in one group were contacted by letter at least four times a year for five years. The other group—the control group—received no further contact. A follow-up procedure identified patients who died during the five-year contact period and during the subsequent ten years. Suicide rates in the contact and no-contact groups were compared. **Results:** Patients in the contact group had a lower suicide rate in all five years of the study. Formal survival analyses revealed a significantly lower rate in the contact group ($p=.04$) for the first two years; differences in the rates gradually diminished, and by year 14 no differences between groups were observed. **Conclusions:** A systematic program of contact with persons who are at risk of suicide and who refuse to remain in the health care system appears to exert a significant preventive influence for at least two years. Diminution of the frequency of contact and discontinuation of contact appear to reduce and eventually eliminate this preventive influence. (*Psychiatric Services* 52:828-833, 2001)

Suicide continues to be a leading cause of death in the developed world, and despite numerous efforts to improve physicians' skills in recognizing and assessing suicide risk, no specific treatment or management techniques have yet been shown by a randomized controlled study to have a significant preventive impact.

One major concern in suicide prevention efforts is how to provide ongoing assistance to high-risk patients af-

ter they are discharged from a psychiatric inpatient setting. A variety of resources are usually available for compliant patients, but a special challenge to mental health care is presented by high-risk persons who decline continued outpatient treatment or, having accepted such treatment, quickly discontinue the planned program.

The problem of patients' refusing follow-up care is widespread, ranging from 11 percent to 50 percent of pa-

tients in various studies (1). Van Heeringen and colleagues (2) used a program of home visits to provide "additional motivation" for 318 non-compliant patients who had attempted suicide to accept outpatient treatment after discharge from the hospital. This program was associated with an increase in compliance from 43 percent to 53 percent, although the difference in the rate of repeated suicidal behaviors in one year was not significantly different from that of a control group. Similar findings were reported by Torhorst and colleagues in a sample of 226 patients (3).

The use of personal contact was also tried by Litman (4), who had volunteers maintain a continuing relationship with 200 patients in a two-year aftercare program. The patients' personal relationships and depression improved, but the rate of suicide was not lower than that in a control group. Chronic alcohol abuse was seen to prevent the potential effectiveness of this method.

Bronisch and Hecht (5) reported that 40 percent of the 72 patients in their sample who attempted suicide did not accept any treatment program after discharge. De Vanna and coworkers (6) found that 57 percent of 60 patients in their study had no contact with the medical staff after leaving the hospital. This finding was attributed to the patients' resistance to any program of regular and frequent meetings with a care provider, to the focus on somatic treatment during hospitalization, and to the patients' resistance to being considered "psychiatric cases." Kreitman (7) reported comparable results, finding that among patients who attempted suicide and were referred to day hospi-

Dr. Motto is professor of psychiatry emeritus in the department of psychiatry at the University of California, San Francisco, School of Medicine, 401 Parnassus Avenue, San Francisco, California 94143 (e-mail, jerrymotto@aol.com). Dr. Bostrom is senior statistician in the department of social and behavioral science at the University of California, San Francisco, School of Nursing.

Phénomène suicidaire et lien

Que faire ?

- ***Case management et connectiveness***
- **Dispositifs de veille**
 - Principe : maintien d'un lien avec le suicidant
 - Etude pionnière JA Motto (2001)
 - Courriers manuscrits
 - VAD
 - Contacts et recontacts téléphoniques (G Vaiva, *BMJ*, 2006)
 - Cartes postales (GL Carter, 2005)
 - Carte ressource, *crisis card* (GL Carter, *BJP*, 2005)
 - SMS (Etude d'efficacité 2014 en cours)
 - Recréation du lien et « Ethique de l'inquiétude »

CONCLUSION

3

CONCLUSION

3

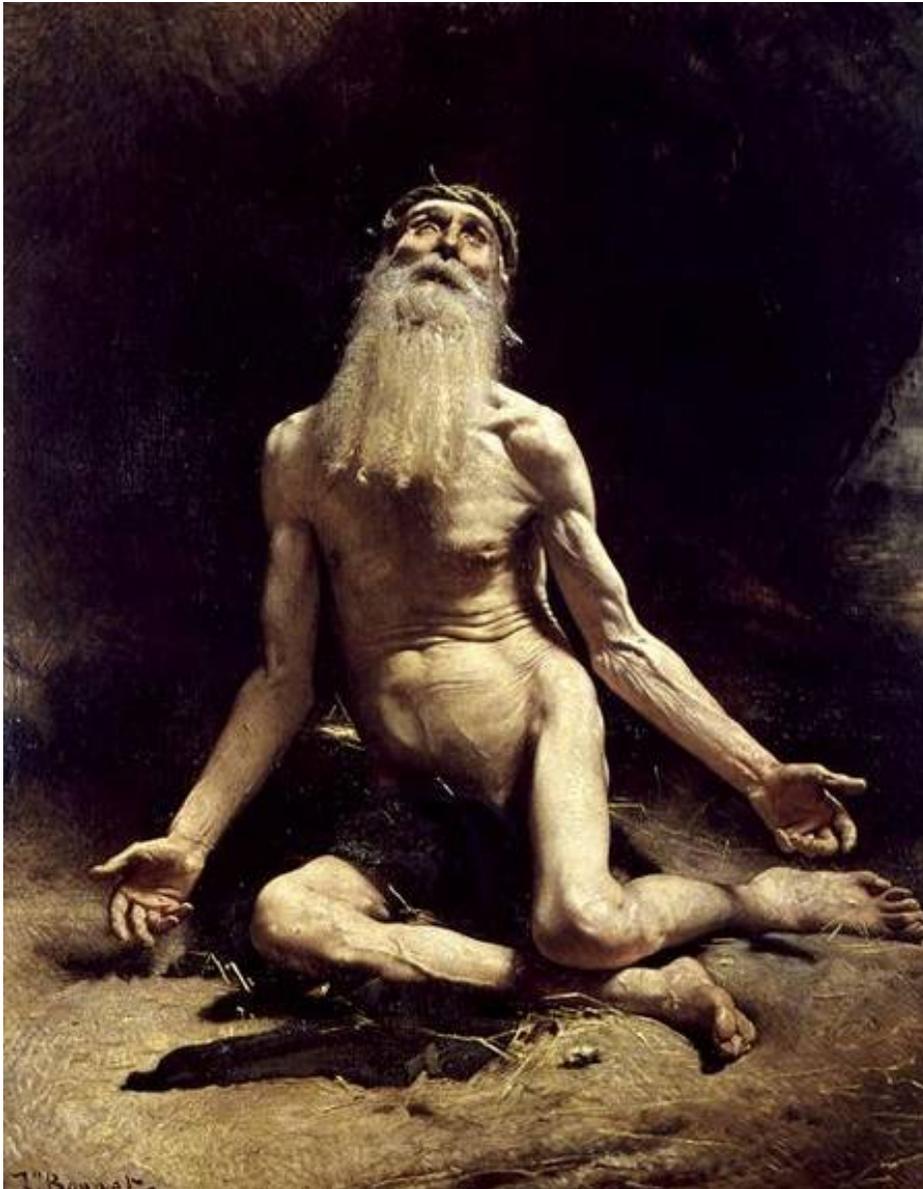
LA PAROLE EST UN LIEN



**Saint Grégoire
dicte son
commentaire du
Livre de Job (en
bas)**

**Job et ses
compagnons (en
haut)**

***Codex Engelbert*
XII^e siècle, Cleveland,
The Cleveland
Museum of Art**



Léon Bonnat
Job

(1880)

**Paris, Musée
d'Orsay**

**Un homme qui ne dit
jamais non, mais
« oui, Seigneur »**



**Les rouleaux vierges
d'inscriptions
matérialisent la
communication orale.**

**Saint Grégoire et le scribe
tiennent chacun un bout
de la communication.**

**« La parole est moitié à
celui qui parle, moitié à
celui qui l'écoute. »**

Montaigne
Essais
III, 13

Refus et découragement

- **Donner des raisons de vivre...**
 - aussi fructueux que « la distribution, en période de famine, de menus à des affamés » (Freud) ?
 - *Cura animarum*, direction de conscience, traitement moral
 - Une « rude tâche »...



Ferdinand Hodler (1853-1918)

***Fatigués de la vie* (1892)**

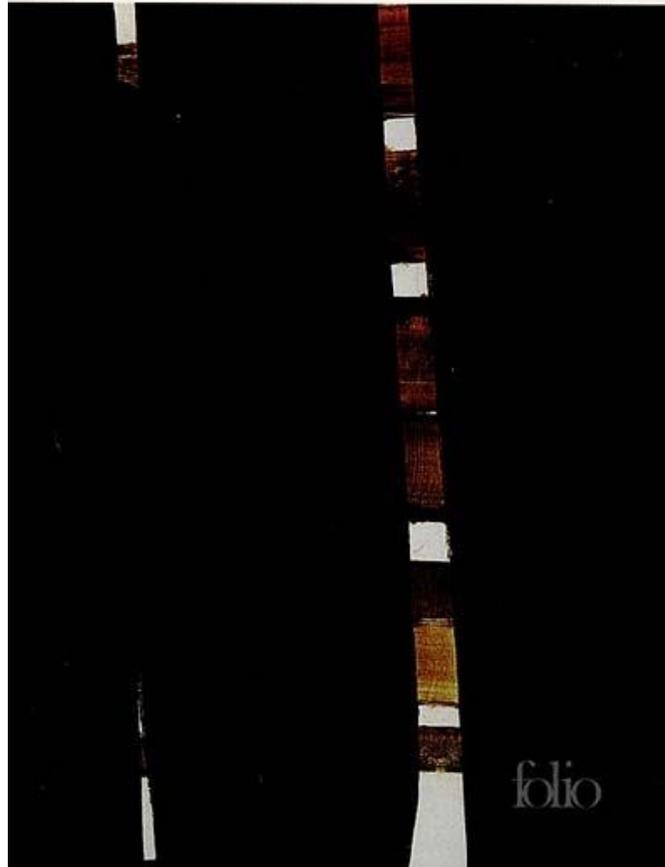
Nouvelle Pinacothèque de Munich

« En les peignant dans des tons blancs, je les ai déjà situés dans l'autre monde. »

William Styron

Face aux ténèbres

Chronique d'une folie



« Une rude tâche que de lancer : « Courage ! » quand on est sur le rivage à quelqu'un qui se noie, ce qui équivaut à une insulte, mais, et la preuve en a été faite à d'innombrables reprises, si l'encouragement est suffisamment opiniâtre – et le soutien également fervent et impliqué – la personne en péril peut dans la grande majorité des cas être sauvée. (...)

Cela peut exiger de la part des autres un dévouement quasi religieux pour convaincre les victimes que la vie vaut la peine d'être vécue, ce qui souvent est en conflit avec le sentiment qu'elles ont de leur propre inutilité, mais ce genre de dévouement a empêché d'innombrables suicides. »

William Styron

***Face aux ténèbres. Chronique d'une folie*
[*Darkness visible. A memoir of madness*]**

Folio, 2005, 118

Congrès Français de Psychiatrie

Programme

Nantes 2014

26 - 29 novembre

La Cité Nantes
Events Center

Psychiatrie : changer
nos paradigmes

6^{ème}
édition

Validez votre **DPC**
4 programmes disponibles
www.congresfrancaispsychiatrie.org

Information & inscriptions
CARCO • 6, cité Paradis 75010 Paris, France
T +33 (0)1 55 42 18 18 • F +33 (0)1 55 42 18 19
info@congresfrancaispsychiatrie.org



aviesan
alliance nationale
pour les sciences de la vie et de la santé

Psychiatrie du Val de Loire

XXX^{ème} Journée de Fontevraud



« Corps et psychiatrie »

Vendredi 19 juin 2015



CHU ANGERS
Mme Karine STENVOT
Mme Syndie ANGER
Service de Psychiatrie et d'Addictologie
4 rue Larrey
49933 ANGERS CEDEX 9
fontevraudpsy49@gmail.com
Tél. : 02.41.35.32.43

Site : Portail de la Psychiatrie Angevine



113^{ème} Congrès du CPNLF

Tours

16-19 juin 2015

**Faculté de Médecine
Université François RABELAIS**

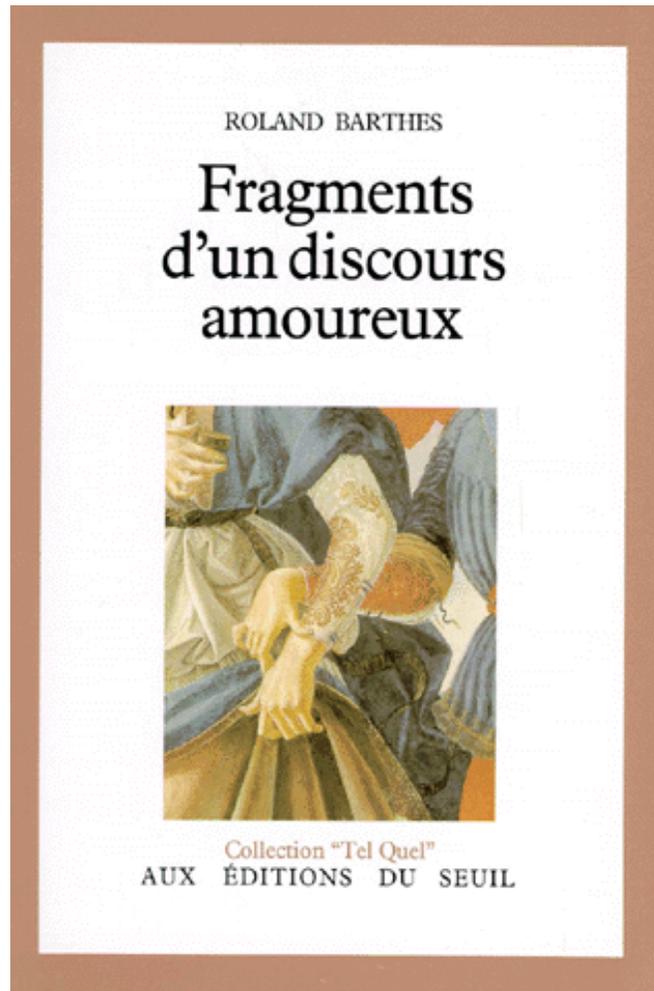


**Conversation entre
un abbé, un roi et un
évêque (en haut)
Moine agenouillé
tenant un rouleau
(en bas)**

**Psautier anglo-
saxon
Winchester
Vers 1050
Londres, British
Library**



**Quand trois
personnages
prennent part à une
conversation, un
rouleau unique
circule entre eux et
réunit les
interlocuteurs**



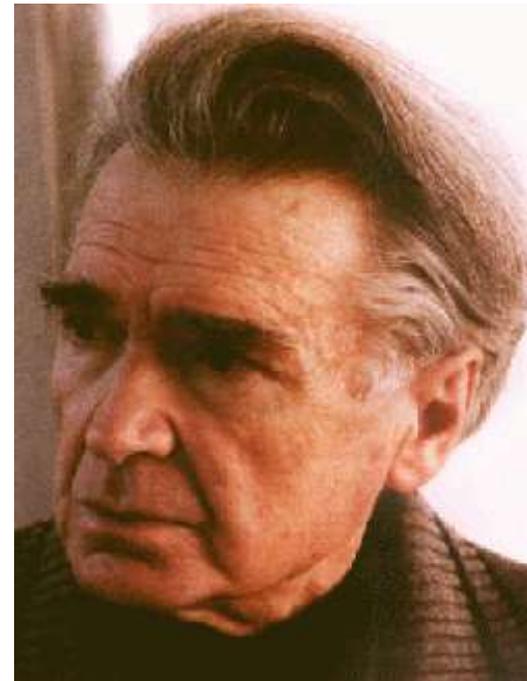
« Parfois vivement éclairé par quelque circonstance futile et emporté par le retentissement qu'elle provoque, je me vois tout d'un coup pris au piège, immobilisé dans une situation (un site) impossible : il n'y a que deux issues (*ou bien...ou bien...*) et elles sont toutes également verrouillées : des deux côtés, je ne peux que me taire.

L'idée de suicide, alors, me sauve, car *je puis la parler* (et je ne m'en prive pas) : je renais et colore cette idée des couleurs de la vie, soit que je la dirige agressivement contre l'objet aimé (chantage bien connu), soit que je m'unisse fantasmatiquement à lui dans la mort (« Je descendrai dans la tombe, pour me blottir contre toi »).

Seuil, 1977, 259-60

“Ce qui m’a sauvé, c’est l’idée de suicide. Sans l’idée de suicide je me serais sûrement tué. Ce qui m’a permis de vivre, c’est que j’avais ce recours, toujours en vue. Vraiment, sans cette idée je n’aurais pas pu supporter la vie. L’impression d’être coincé ici, par je ne sais quoi. Pour moi, l’idée de suicide est toujours liée à l’idée de liberté.”

Emil CIORAN
(1911-1995)
Entretien





Stendhal
Armance
1827, XXV

Octave :

« Pourquoi ne pas en finir? se dit-il enfin; pourquoi cette obstination à lutter contre le destin qui m'accable? J'ai beau faire les plans de conduite les plus raisonnables en apparence, ma vie n'est qu'une suite de malheurs et de sensations amères. Ce mois-ci ne vaut pas mieux que le mois passé; cette année-ci ne vaut pas mieux que l'autre année; d'où vient cette obstination à vivre? Manquerais-je de fermeté? Qu'est-ce que la mort? se dit-il en ouvrant la caisse de ses pistolets et les considérant. Bien peu de chose en vérité; il faut être fou pour s'en passer. »

(...)

« Et l'homme qui pendant trois quarts d'heure venait de songer à terminer sa vie, à l'instant même montait sur une chaise pour chercher dans sa bibliothèque le tarif des glaces de Saint- Gobain. »



Raphaël de Valentin envisageant de se jeter dans la Seine: « Chaque suicide est un poème sublime de mélancolie. Où trouverez-vous, dans l'océan des littératures, un livre surnageant qui puisse lutter de génie avec cet entrefilet : "Hier, à quatre heures, une femme s'est jetée dans la Seine du haut du pont des Arts." »

Le vieux marchand de curiosités :

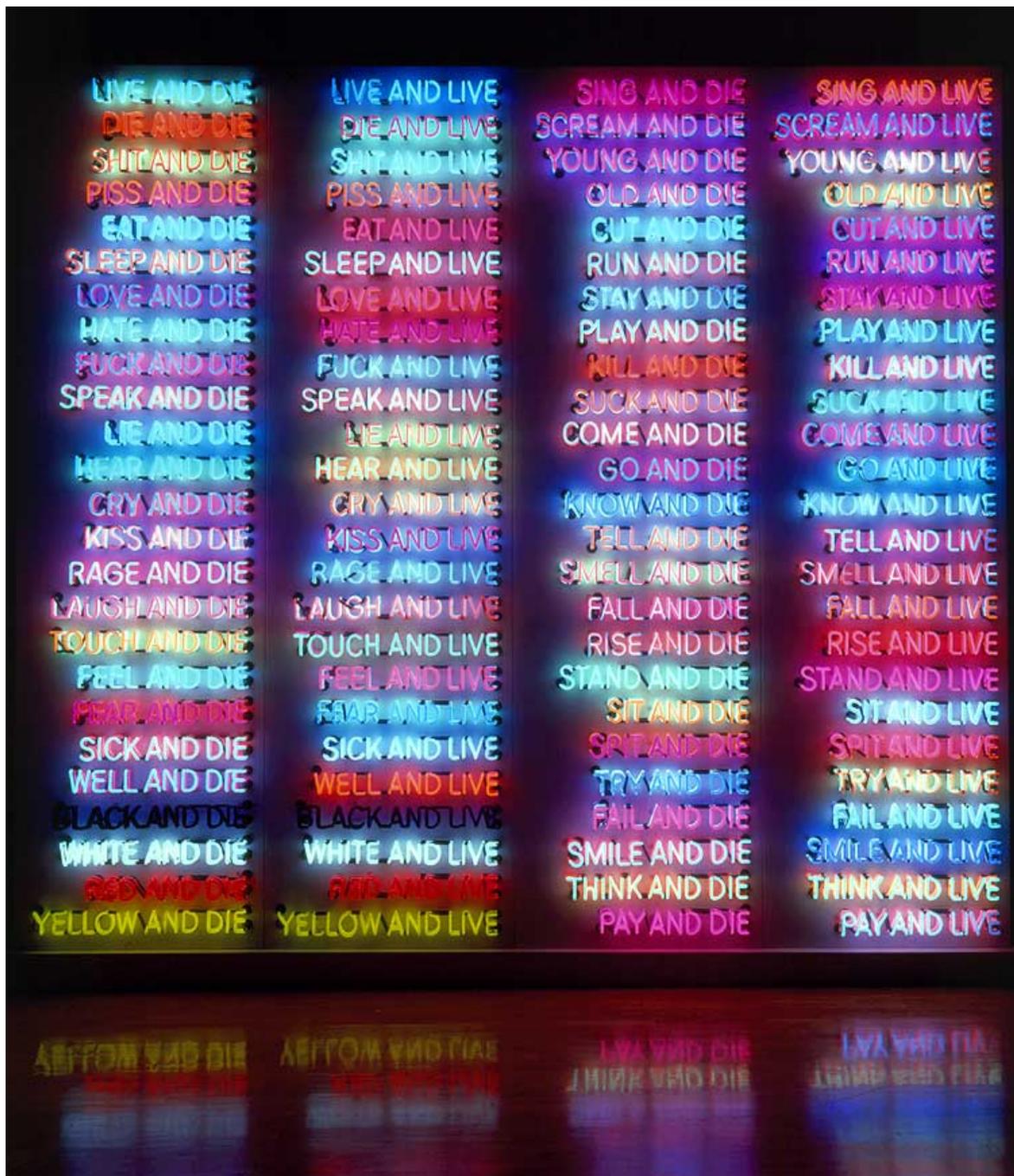
« Avant d'entrer dans ce cabinet, vous aviez résolu de vous suicider; mais tout à coup un secret vous occupe et vous distrait de mourir. Enfant ! »

Balzac
La peau de chagrin
(1831)

**« Je suis content de n'estre pas malade ;
mais, si je le suis, je veux sçavoir que je
le suis ; et, si on me cauterise ou incise,
je le veux sentir. »**

Montaigne

***Essais* (II, XII)**



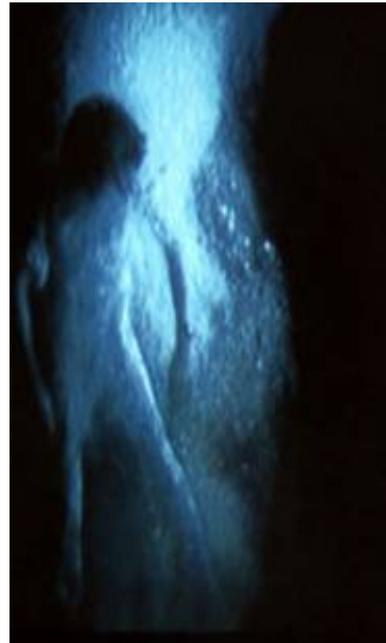
**Un *memento mori*
contemporain,
réinterprété à
coup de lettres de
néons
polychromes.**

***Sleep and Die*
Sleep and Live :
ambivalence et
dualisme de la vie
et de la mort.**

Bruce Nauman

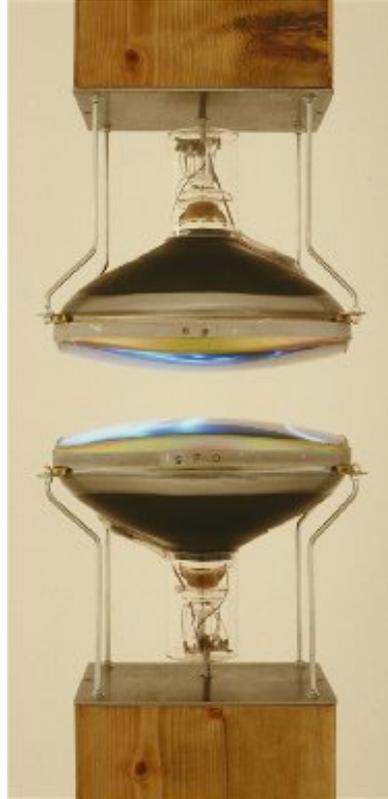
***One Hundred Live
and Die***

**1984, Naoshima,
Contemporary Art Museum**



Bill Viola
The Passing
(vidéo, 1991, 54')

Dans *The Passing* 1991 (54' vidéo) Bill VIOLA évoque le passage de la vie à la mort et les cycles de la vie. L'eau représente la naissance mais aussi la mort. Il filme la vie de façon brutale avec une dimension zen. Des images qui jouent sur le grain, qui font penser aux dessins à la mine de plomb de Seurat. Quatre années marquées d'événements tant personnels qu'universels, amèneront Bill Viola à réaliser cette bande vidéo de 54' en noir et blanc. **La naissance de son fils, la mort de sa mère**, deux événements se situant aux extrémités de la vie, entraîneront l'artiste à s'interroger sur des questions fondamentales sur le sens de la vie, la raison de l'existence de l'être humain dans l'univers ; le rapport entre l'humain, les éléments naturels et la galaxie ; l'origine de l'esprit et du corps en relation avec sa finitude. Fusionnement dans le même grain de l'image vidéo, du corps humain et de la matérialité du monde. L'artiste rejoint ici "cette certitude injustifiable d'un monde sensible qui nous soit commun", comme l'écrira Merleau-Ponty, "elle est en nous l'assise de la vérité". Qu'un enfant perçoive avant de penser, qu'il commence par mettre ses rêves dans les choses, ses pensées dans les autres, formant avec eux comme un bloc de vie commune où les perspectives de chacun ne se distinguent pas encore. Bill Viola traite, en parallèle, le corps humain vivant, naissant et mourant, et le corps spirituel flottant dans la matérialité du monde; des paysages de déserts où traînent des ossements, des cadavres de véhicules, des traces de civilisation, et des paysages urbains traités en négatif que seuls des météores de lumière, des phares de voiture en l'occurrence, viennent perturber. Il se pose lui-même comme lien entre le passé et l'avenir, entre le monde réel et l'univers métaphysique. *The Passing* expose le déclin lent et régulier d'un être jusqu'à sa totale extinction, au fil des prises vidéo qui décrivent l'avancée inexorable de la maladie dans le corps d'une vieille femme. Cette expérience traumatisante est scandée par des séquences où l'artiste est montré respirant difficilement dans son lit, s'éveillant terrorisé, se rendormant, glissant sans fin d'une phrase onirique à une autre.





Bill Viola
Heaven and Earth
Installation vidéo
(1992)

