

« Les limites du consentement en pratique »

Atelier : Les patients gériatriques avec troubles cognitif

Animateur : Bernard PRADINES, médecin gériatre, Albi

Présentation du cas clinique :

Nous sommes en février 2010. Madame O, 92 ans, veuve depuis 15 ans, présente une maladie d'Alzheimer dont le diagnostic, non documenté, est daté de 2007. Le début de la pathologie a été progressif vers 2005. La patiente est entrée en établissement en 2008 car vivant seule à domicile et chutant de manière répétitive. Elle a une fille unique. A noter que la patiente ne bénéficie d'aucune protection juridique. Peu après l'entrée, le médecin est saisi par la fille d'une demande de certificat attestant que la résidente ne regagnerait jamais son domicile, ceci afin de le mettre en vente pour honorer l'institution d'hébergement et de soins.

Elle souffre désormais d'une démence sévère ou très sévère (selon classification). Le MMS est infaisable. Elle est dépendante pour tous les actes de la vie quotidienne (GIR = 1 – ADL = 0). Elle est déplacée passivement du lit au fauteuil mais la position assise est de plus en plus mal supportée. Quand elle s'exprime verbalement, son langage est incompréhensible, même avec une approche patiente : il s'agit plutôt de vocalisations non-verbales.

Elle est calme et présente un trouble du comportement majeur sous la forme d'une apathie avec somnolence quasi-constante. La seule comorbidité significative consiste dans des infections respiratoires basses hivernales fréquentes chez cette ancienne fumeuse (30 paquets année). Une hypertension artérielle connue depuis l'âge de 55 ans est bien contrôlée. Il fut même indispensable de baisser les doses d'antihypertenseurs du fait d'épisodes d'hypotension orthostatique.

Le traitement actuel est le suivant :

ARICEPT 10 mg par jour le soir,

PRETERAX 1/2 cp par jour le matin

Elle ne montre actuellement aucun des symptômes souvent présents lors de cette phase de la maladie : douleurs aux mobilisations, peur, anxiété, agitation ou opposition au traitement. Aucune escarre n'est constatée. Elle a des difficultés pour avaler les comprimés qui sont écrasés. Elle est dénutrie : son poids est de 45 kg pour un poids habituel de 72 kg. La perte pondérale s'est accentuée au cours des derniers mois.

Désormais, dans cette période hivernale, les épisodes d'infection respiratoire basse se répètent environ toutes les semaines. Ils répondent médiocrement au traitement curatif classique consistant éventuellement en antibiothérapie, corticothérapie, oxygène, traitement antipyrétique, hydratation, nursing adapté.

Elle présente des fausses routes responsables de l'aggravation de la symptomatologie respiratoire dont les épisodes aigus laissent soupçonner une dyspnée. Pour la fille de cette patiente, il est difficile d'admettre cette situation, ce qui se traduit à la fois par une demande de non-acharnement thérapeutique et paradoxalement par une incitation à manger et à donner à manger, stimulation qui peut être considérée comme une contrainte quand le refus alimentaire (solide et liquide), intermittent, est total chez cette résidente.

Commentaires relatifs à cette situation ?

Quelles démarches peut-on attendre de la part du médecin et de l'équipe soignante?