



Questions éthiques soulevées par l'alimentation d'un sujet âgé au cours d'un évènement de vie brutal

Faim de vie, oui ! Pour qui et à quel prix ?

Dr G. Pinganaud, H. ABBADI, IDE

Pôle de gériatrie clinique, hôpital Xavier Arnoz, Pessac, CHU
Bordeaux



Récit clinique (1)

- Patient âgé de 85 ans, admis aux urgences pour accident de la voie publique (vélo/auto)
 - Polytraumatisme grave (membres, thorax, crâne)
 - Prise en charge en réanimation :
 - Sédation de courte durée
 - Pneumopathie acquise sous ventilation mécanique
 - État pauci relationnel, absence de déficit moteur
 - Transféré en gériatrie à J 30
 - Limitations thérapeutiques posées : informations données aux proches ?
- Absence d'antécédent, pas de traitement, totalement autonome
- Mode de vie : domicile avec sa compagne et un fils




Récit clinique (2)

- A l'admission en médecine gériatrique :
 - Patient conscient, suit du regard, répond parfois aux ordres simples
 - Encombrement respiratoire modéré : kinésithérapie, oxygénothérapie
 - Sonde nasogastrique pour alimentation assistée (troubles de la déglutition)
 - Sonde vésicale
 - Relativement confortable
 - Proches très présents, discours « très médicalisé », fortes attentes
- Évolution :
 - Pneumopathie d'inhalation à J 2 : suspension de l'alimentation par SNG en fonction de l'encombrement, plusieurs antibiothérapies
 - Escarre sacrum
 - Baisse du niveau de vigilance, dégradation de l'état général
 - J 10 : détresse respiratoire



Récit clinique (3)

- Situation problématique :
 - Hypovigilance quasi continue, inconfort physique
 - État infectieux persistant, extension de l'escarre
 - Mauvaise tolérance de la SNG (ablation), voie veineuse précaire (voie SC)
 - Évaluation MPR défavorable
 - Famille en attente d'une médicalisation optimale, souffrance explicite
- Questions :
 - Faut-il poursuivre l'alimentation et sous quelles modalités?
 - Jusqu'où prendre en compte les besoins et attentes de la famille ?
- J 12: espace de réflexion éthique sollicité  préconisations
 - Pose d'une voie veineuse profonde pour antibiothérapie et alimentation
 - Perspective de gastrostomie (GPE) en fonction de l'évolution de la situation
 - Argument principal : accident récent → pronostic neurologique incertain



Récit clinique (4)

- **Évolution :**
 - **Le patient et la pathologie :**
 - Douleur à la mobilisation et lors des soins, peu réactif, encombré
 - Episodes infectieux à répétition : pneumopathie, abcès du psoas, colite à CD
 - Voie veineuse profonde en place
 - GPE posée 1 mois plus tard en contexte de régression des signes infectieux : reprise de l'encombrement respiratoire → suspension de l'alimentation (J 15)
 - **La famille : rencontrée à plusieurs reprises**
 - Déni de situation
 - Demande d'informations techniques
 - Souhait d'une médicalisation maximale
- **2^{ème} présentation de la situation en espace éthique**
 - Suspension de l'alimentation entérale
 - Accompagnement de la famille vers une démarche palliative
 - Arguments : état neurologique fixé, obstination déraisonnable



Récit clinique (5)

- La famille est revue après la 2^{ème} réunion de l'espace éthique :
 - Parcours de la maladie
 - Caractère délétère des soins pour le patient
 - Vécu des soignants
 - Proposition d'une prise en soin centrée sur le confort
 - Reconnaissance de la souffrance familiale
- Le patient est transféré en lit identifié de soin palliatif où il décèdera au bout d'une semaine
 - À presque 3 mois de son hospitalisation en gériatrie
 - Sans symptôme d'inconfort
 - Famille apaisée



Analyse du récit clinique

- Le patient :
 - Dans l'incapacité d'exprimer sa volonté, de donner son consentement ou de refuser
 - Absence de personne de confiance désignée
 - Pas de directives anticipées
- Les proches :
 - État de sidération psychique : refus de la situation
 - Vécu d'injustice occultant l'état clinique du patient
 - Pari à priori positif, sur la vie : exigence d'une médicalisation maximale
- L'équipe soignante :
 - Vécu de maltraitance : soin devenant de l'obstination déraisonnable
 - Ressenti d'instrumentalisation
 - Pari à priori négatif : fin de vie à court terme



Approche éthique de la situation

- Le questionnement éthique naît d'un malaise
RESSENTI DE DÉCALAGE ENTRE LES BESOINS DU MALADE ET LES ATTENTES DES PROCHES
- Tension entre plusieurs principes éthiques :
 - Bienfaisance / Non malfaisance
 - Bienfaisance / justice
- La meilleure réponse éthique émerge de la discussion :
 - En équipe : cohérence dans le discours
 - En collégialité : prise de distance face à la situation, légitimité de la décision
 - Avec les proches : accompagnement vers un consensus à défaut d'une acceptation



Mise en perspective

- Démarche éthique : pluridisciplinaire
 - Dans un groupe de réflexion
 - Dans un service
 - De façon formalisée
 - Au quotidien
- Approche conceptuelle du questionnement éthique :
 - Passer d'une pensée procédurale à une pensée réflexive :
 - Idées, émotions, intuitions
 - Temporalité, violence de la vie / violence de la mort
 - Réflexion rétrospective post décisionnelle