

# Directives anticipées et personne de confiance en gériatrie

B. Pradines, gériatre, praticien hospitalier. Service de Soins de Longue Durée du Centre Hospitalier d'Albi. 81013 ALBI Cedex. Tel : 05 63 47 44 60. Courriel : [bpradines@aol.com](mailto:bpradines@aol.com)

V. Pradines Rouzeirol, gériatre, médecin assistant généraliste. Centre Hospitalier Inter-Communal Castelsarrasin Moissac. Service de Soins de Suite et Réadaptation Gériatrique. 72 rue de la Mouline. 82100 CASTELSARRASIN. Courriel : [vpradines@hotmail.com](mailto:vpradines@hotmail.com)

## Introduction

L'information du patient et son consentement aux soins se sont traduits récemment en France par l'émergence juridique de la notion de personne de confiance<sup>1</sup> désignée par le malade ainsi que par la définition des directives anticipées<sup>2</sup>.

Lorsque la personne est en état de s'exprimer, le refus de soins est reconnu comme l'expression de sa volonté. Pourtant, la frontière est floue en gériatrie entre expression pertinente et troubles cognitifs et/ou affectifs rendant difficile l'interprétation des propos ou du langage non verbal du patient.

Quand la personne est inconsciente ou incapable de s'exprimer, le recours à une personne de confiance ou à des directives anticipées est possible.

## Personne de confiance

Figure 1 : « toute personne majeure peut désigner une personne de confiance... »

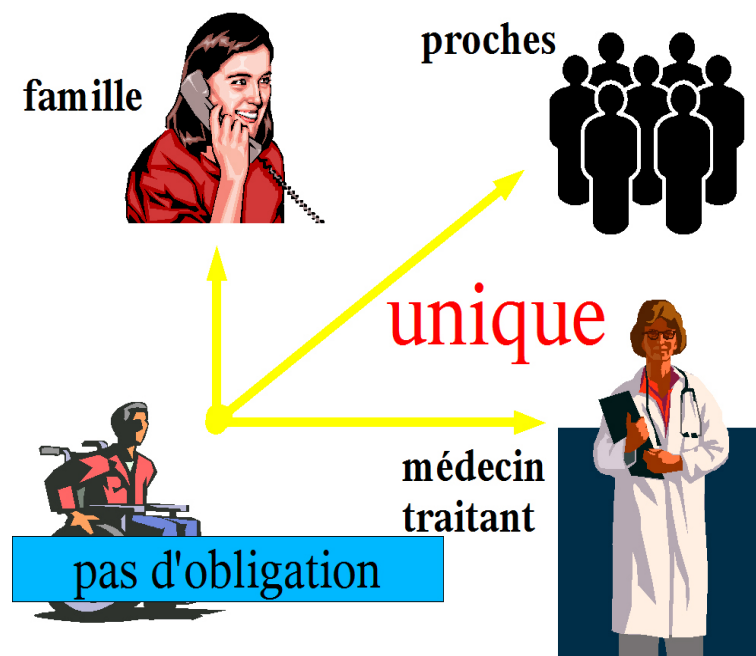


Tableau 1 : La personne de confiance : caractéristiques, avantages et inconvénients

Personne de confiance	
<b>Caractéristiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pas d'obligation, personne unique, révocable : membre de la famille, proche, médecin traitant.</li> <li>Préciser la permanence de la personne de confiance au-delà d'une simple hospitalisation.</li> <li>Accord écrit de la personne désignée. Pas d'auto-désignation. Interruption si tutelle.</li> </ul>
<b>Avantages</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Accompagnement et représentation consultative en cas d'inconscience ou d'impossibilité de s'exprimer.</li> <li>Personne interlocutrice privilégiée des soignants, au mieux relais des informations à l'ensemble des proches et porte-parole de ces derniers.</li> </ul>
<b>Inconvénients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nouveautés : Lois mal connues, sujettes à des interprétations abusives.</li> <li>Pression possible pour sa désignation.</li> <li>Substitution trop précoce à la parole du patient décrété « non communicant »<sup>3</sup>.</li> <li>Investissement d'une prérogative supplémentaire par rapport à la distribution habituelle des rôles dans les familles ou chez les proches.</li> <li>Pour le patient, crainte de choisir une personne toujours unique au détriment symbolique d'une autre, volonté d'autonomie vécue comme un manque de confiance dans les personnes non désignées.</li> <li>Possibilité accrue de conflit.</li> </ul>

<sup>1</sup> loi n° 2002-303 de 2002, publication au Journal Officiel de la République Française (JORF) du 5 mars 2002.

<sup>2</sup> loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique et décret n° 2006-119 du 6 février 2006.

<sup>3</sup> Hervy MP, Moulias R, Blanchard F. Application en gériatrie de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. La Revue de Gériatrie, 2008 ; 33(4) : 313-19

## Directives anticipées

« Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées. »

Tableau 2 : Les directives anticipées : caractéristiques, avantages et inconvénients.

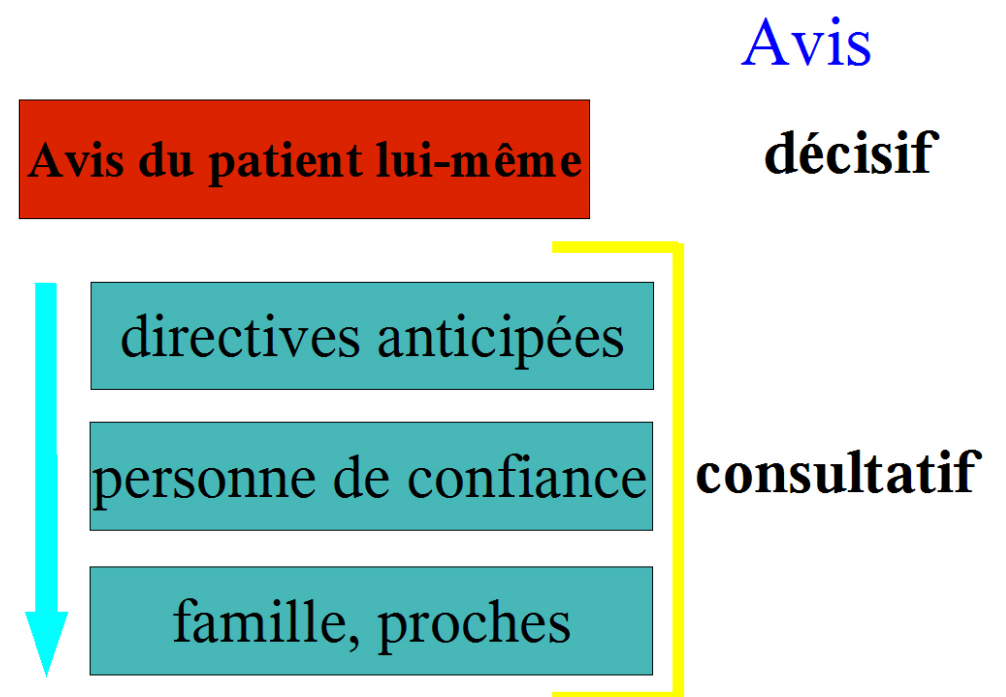
Directives anticipées	
<b>Caractéristiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Écrites de la main du patient</li> </ul>
<b>Avantages</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Meilleure expression potentielle des volontés par rapport à la personne de confiance.</li> </ul>
<b>Inconvénients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fixité de l'écrit par rapport à des situations évolutives.</li> <li>Pressions possibles pour leur rédaction</li> <li>Imprécision sur le contenu quant à leur application concrète en l'absence d'évocation de perspectives thérapeutiques : nutrition artificielle, hémodialyse, intervention chirurgicale (amputation ...), ventilation artificielle, dispositifs visant à corriger les anomalies du rythme ou de la conduction cardiaques, transfert en réanimation ...<sup>4</sup></li> <li>Possible contradiction avec la personne de confiance, la famille ou les proches.</li> </ul>

<sup>4</sup> Pradines B, Pradines-Rouzeirol V, Poli P, Cassaigne P, Hamié W, Manteau R, Vellas B. Directives anticipées et personne de confiance en gériatrie. La Revue de Gériatrie, 2007 ; 32(8) : 595-600.

## Personne de confiance et directives anticipées

L'existence d'une personne de confiance et de directives anticipées doit être systématiquement recherchée

Figure 2 : rôles respectifs dans les décisions relatives aux soins.



D'une façon générale, les directives anticipées prévalent sur l'avis de la personne de confiance.

Ces outils juridiques s'inscrivent désormais dans une évolution de la pensée médicale ouvrant sur un modèle autonome du malade. Ils n'en restent pas moins difficiles à utiliser dans la pratique de terrain, en particulier dans les situations de plus en plus fréquentes de déficience cognitive. Il convient de comprendre pourquoi ces progrès législatifs tardent à se concrétiser en gériatrie.

Par exemple : comment expliquer au patient souffrant de démence évoluée ce qu'est une personne de confiance ? Quand les troubles cognitifs sont très sévères, le rôle traditionnel de la famille est celui de représenter implicitement le patient. Cette prérogative habituelle ne risque-t-elle pas d'être remise en question par la prise en compte de directives anticipées ou encore par la présence d'une personne de confiance désignée par le patient ? La valeur accordée aux directives anticipées ne tient-elle pas compte de la représentation mentale que nous nous faisons de la maladie, de notre conception de l'homme, de notre approche du concept d'autonomie ?

## Conclusion

En matière de décision médicale, le prisme juridique ne peut constituer qu'un élément, certes essentiel mais loin d'être suffisant, s'inscrivant dans une démarche plus globale et obligatoirement pluridisciplinaire de réflexion éthique clinique.