

Place de l'hospitalisation sans consentement dans le parcours des PA

Dr Marie-Suzanne Leglise-Gendarme

Pôle de gériatrie CHU Montpellier

Congrès de psycho-gériatrie

Vendredi 15 septembre 2017

Aucun conflit d'intérêt pour cette présentation

Plan

- * Introduction : le pourquoi?
- * Étude :
 - * objet,
 - * méthodologie ,
 - * résultats
- * Discussion
- * Conclusion

Introduction

- * Dans le cadre de l'équipe mobile de géronto-psy, intervention dans les EHPADS lors de troubles du comportement chez des PA. Les principaux motifs sont:
 - * 62% pour de l'opposition,
 - * 58% pour de l'agitation ,
 - * 58% pour de l'agressivité ,
 - * 58% pour des troubles du sommeil, 27% lors de délires ,...
- * Mise en place de CREX (Comité de Retour d'Expérience) à partir de cas cliniques, analyse du parcours et des différentes étapes de certains patients:

question de l'hospitalisation sans consentement de PA poly pathologiques dans un secteur recevant des psychotiques parfois violents? Intérêt? Place? Solutions autres?

* Définition

Recommandations HAS 2005

- * Présence de troubles mentaux graves avec nécessité de soins immédiats nécessitant une surveillance en milieu hospitalier et/ou atteinte à la sûreté des personnes
- * Impossibilité de consentir

- * Soins à la Demande d'un Tiers
- * SDT Urgent
- * Péril Imminent

Présentation de l'étude

- * Objet: identifier la place d'une unité HSC pour des PA, conséquences et intérêts dans une approche bio-psycho-sociale
- * Matériel et méthodes : **étude observationnelle de dossiers des patients de plus de 70 ans entrant dans l'unité d'évaluation et d'orientation « Euzières »** entre le 1^{er} avril et le 30 juin 2016
- * Lieu: Euzières unité fermée en psychiatrie recevant des personnes tous âges confondus, 17 places essentiellement des chambres doubles , personnel: pas d'aides soignantes, 3 ou 4 IDE matin, AM ou nuit

Résultats

* La population:

- * 20 PA de 70 ans et plus, soit **6,74%** de la population totale durant cette période,
- * d'âge moyen **79 ans**,
- * **des femmes pour 60%** de notre population.
- * La plupart viennent du **domicile 75%** , 25%d'EHPAD

* Les modalités d'HSC:

- * HDTU essentiellement pour **75%** avec comme tiers la famille (enfants, époux,...)
- * **25% sur le mode de péril imminent** surtout pour hétéro-agressivité et une bouffée délirante

* Les typologies : 4 groupes

- * PA avec une **comorbidité psychiatrique**
- * PA avec des **pathologies démentielles**
- * PA avec des **pathologies somatiques graves**
- * PA avec **décompensation psychiatrique « de novo »**

Résultats selon la typologie	Groupe 1 PA avec comorbidité psychiatrique (9)	Groupe 2 PA avec pathologies démentielles (7)	Groupe 3 pathologies somatiques (3)	Groupe 4 Décompensation psy de novo (2)
Âge moyen	74 ans	87 ans	78 ans	76 ans
Durée HSC	4,5j avec HL en suivi pour 6	2,4j	7,6j	9,5j
Motifs	Délires IMV ou idées suicidaires	auto- ou hétéro-agressivité Délires Cpts aberrants	Hétéro-agressivité délire	Hétéro-agressivité Risque suicidaire
Diagnostics	Troubles de la personnalité Troubles de l'humeur Mésusage Psychoses	DEMENCES non typés	Hthyroïdie Métaboliques cérébrales hématome	Troubles de la personnalité Dépression avec OH
pertinence	tous	Une non pertinente	tous	tous
Habitat	Domicile et retour	3 domicile 4 ehpad	2 domicile 1 ehpad	2 domiciles
comorbidité	2 à 3	Lourde 5 à 6 sans compter les désaff sensorielles	Très lourdes	Lourdes (5)
traitements	Adaptés	Simplification	Adaptés et allégés	adaptés

Discussion (1):

- * Âge: les plus âgées sont ceux qui ont une démence
- * Sexe: les femmes sont les plus nombreuses dans notre population. (vivent plus longtemps?), sauf dans le groupe de personnes avec une démence (même tendance que pour la population toute confondue)
- * Modalités d'hospitalisation:
 - * **SDTU majoritairement** avec comme tiers la famille enfant ou conjoint, jamais un autre tiers même avec la notion de tiers qui a été élargie
 - * **PI pour un quart de nos patients**: la plupart des déments !!!! tendance à une proportion plus importante, pas de recherche de tiers retrouvée, difficulté pour les familles , pas d'anticipation en institution même s'il existait des troubles du comportement . Difficulté pour les familles d'envisager une hospitalisation en psychiatrie (représentation)

Discussion (2)

- * Durée des hospitalisations sans consentement sont très courtes de 4,35j dont un tiers n'ont duré qu'un jour.
 - * Pour les PA avec les pathologies démentielles en institution: rôle de « désamorçage » de situations de crise qui ne peuvent plus être gérées sur place (danger pour les autres résidents), danger pour la personne elle-même (effets secondaires contention et neuroleptisation). Retour envisagé immédiatement en raison de la fragilité des PA. 2 changements d'ehpads
 - * Acceptation plus rapide d'HL ou de consentement aux soins
- * Diagnostics :
 - * les pathologies démentielles représentent un tiers de notre population (problèmes démographiques? Insuffisance de l'offre de soins dans notre région? (pas de gériatrie qui accueille les PA atteints de démence, pas de gériatrie aiguë ayant un secteur sécurisé)

Discussion (3)

- * Groupe 1 et 4 avec une comorbidité psychiatrique ou avec une décompensation psychiatrique « de novo »:
 - * le parcours est identique et classique aux personnes plus jeunes.
 - * Par contre, il n'y a pas d'évaluation gériatrique systématique programmée pour essayer d'anticiper les pertes d'autonomie physique et psychique . Seuls des bilans cognitifs sont prévus.
- * Pour le groupe 3 avec les pathologies somatiques à expression psychiatrique : place dans ce secteur de psychiatrie?
 - * Cas 1 : famille troublée de venir dans ce secteur
 - * Cas 2: équipes psychiatriques « choquées de voir cette personne dans ce secteur, difficultés de la famille
 - * Cas 3: place en gériatrie

Question de la coordination et du suivi: service de départ, service de psychiatrie, service de gériatrie? Place des équipes mobiles?

Discussion (4)

Groupe 2 des pathologies démentielles: plusieurs réflexions

- * **Besoin d'un secteur qui puisse répondre rapidement, sécuritaire, apaisant** par la diminution de stimulations avec un personnel suffisant pour répondre aux angoisses/ et comportements dérangeants. Ici c'est le secteur de psychiatrie avec HSC, permettant un allègement des thérapeutiques
- * **Un suivi ou un soutien défaillant** à la sortie de ces HSC, même lorsqu'il y a un changement d'EHPADS envisagé
- * **Secteur sécurisé des EHPADS:** réponse à un besoin sécuritaire pour les PA aux SCDP supposant la nécessité d'un **diagnostic de démence**, un **personnel formé**, mais **malheureusement insuffisant** surtout la nuit (personne qui se partage entre le secteur sécurisé et l'autre partie de l'EHPAD).
- * **Secteur de l'UCC:** insuffisance de places pour répondre aux besoins
- * Dans leurs PEC de leurs troubles **peu d'éléments de la maladie, de l'histoire de la personne, sur les familles**

* Questionnement éthique

HSC

- * Droits des patients mis en cause mais légiféré
- * Traumatisme pour le patient, la famille et les soignants d'une HSC
- * Représentation de l'hospitalisation en psychiatrie (internement)
- * Pathologies graves
 - * /
- * Désamorçage immédiat stoppant l'escalade neuroleptiques et benzo

Secteur sécurisé

- * Droit des patients dans un « secteur dit protégé », avec une contention chimique et physique
- * Personnel insuffisant pour ces moments de crise surtout la nuit
- * Perte d'autonomie et risques de chutes
- * Diagnostic de TNC fait ?!
 - * /
- * Rester dans un endroit soit disant protégé

Proposition

- * Élargir notre groupe de travail CREX avec les différents acteurs pour améliorer et fluidifier les parcours :
 - * équipes gériatriques avec l'UCC, les services de médecine interne gériatriques, l'EMG, l'EMG géronto psy, les méd co,
 - * les équipes psychiatriques : à « Euzières » pourraient se rajouter des équipes de secteur, l'équipe de la clinique géronto-psychiatrique, l'équipe de liaison de psychiatrie qui se déplace dans le CHU, l'équipe de secteur qui accompagnent les anciens psychiatriques entrant en EHPAD
- * Intérêt de ce secteur HSC avec une nécessité de lien avec la filière gériatrique pour le suivi: EMG psy , lien psychiatrie et ehpad et UCC
- * Penser à l'accompagnement des familles en anticipant, expliquant et se faire aider par l'EMG psy ou consultation spécialistes (neuro, gériatre ou psychiatre) par rapport aux TDC
- * Recommander un bilan gériatrique systématiquement pour ces PA

Conclusion

Tout trouble du comportement exprime une souffrance qui demande une approche bio-psycho-sociale

L'HSC pour les pathologies démentielles et les pathologies somatiques graves invite à penser à des structures plus adaptées

De toute façon, la création de liens et ponts entre les secteurs psychiatriques et gériatriques pour fluidifier le parcours des PA reste l'essentiel pour une meilleure PEC de ces PA

Merci de votre attention