

# Hospitalisation sous contrainte de la personne âgée en psychiatrie

Dr JM Talon

Association Hospitalière de Bourgogne Franche  
Comté

# Pourquoi

- Interrogations quant à l'application (utilisation?) de la loi relative aux soins sans consentement pour les personnes âgées
- La loi est-elle adaptée aux troubles psycho-comportementaux de la démence?
- Un épisode psychiatrique aigu fait-il l'objet de la même orientation pour un patient de 80 ans que pour un autre de 40 ans?

# SPPI....

- Patient de 78 ans
- Hospitalisé en médecine polyvalente gériatrique
- Le médecin appelle pour informer d'une orientation en SPPI, pour démence vasculaire, agitation et agressivité
- L'interne de garde a voulu faire une HDT la veille au soir... refus de la famille

# SPPI...

- Le médecin a prévenu la famille qu'il faisait un PI, cette dernière ne s'y est pas opposée
- Pas d'ATCD psychiatrique. Syndrome démentiel d'aggravation progressive, difficultés réelles de maintien à domicile
- Anosognosie complète

# Versant psychiatrique

- Nombre de situations purement psychiatriques, notamment thymiques, devant lesquelles on évite les soins sans consentement
- Mais en imposant des soins « consentis »...

# Versant psychiatrique

- Patiente de 73 ans
- Emmenée aux urgences par un voisin après un début d'incendie dans son logement
- Délire de persécution
- Hallucinations acoustico-verbales
- ATCD d'épisodes dépressifs
- Aucun trouble cognitif connu

# Versant psychiatrique

- Refus de soins
- Appel du psychiatre des urgences pour prévenir d'une hospitalisation sans consentement
- Réponse de l'unité intersectorielle...

# Versant psychiatrique

- qui appelle l'unité de psychiatrie du sujet âgé en proposant que cette patiente orientée par les urgences en SPDT arrive directement en HL dans l'unité de PSA

# Admissions en soins psychiatriques sans consentement

- Trois conditions doivent être réunies :
  - La présence de troubles mentaux
  - L'impossibilité pour le patient de consentir aux soins
  - La nécessité de soins immédiats et d'une surveillance constante ou régulière

# Loi du 5 juillet 2011 et du 27 septembre 2013

- Depuis 2011 il n'y a plus 2 modalités d'hospitalisation sans consentement, mais 3, et la loi élargi ces modalités aux soins extra-hospitaliers au-delà d'une période de 72 heures en établissement

# Loi du 5 juillet 2011 et du 27 septembre 2013

- Soins à la demande d'un tiers :
  - troubles mentaux rendant impossible le consentement
  - ET imposant des soins immédiats
  - assortis soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière (32.12.1)

# Loi du 5 juillet 2011 et du 27 septembre 2013

- Tiers :
  - famille ou personne agissant dans son intérêt et justifiant de l'existence de relations antérieures
  - sauf personnel soignant de l'établissement
  - 2 certificats de moins de 15j dont le premier n'est pas médecin dans l'établissement d'accueil

# Loi du 5 juillet 2011 et du 27 septembre 2013

- En cas d'urgence (risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade) : un seul certificat (y compris médecin de l'établissement)

# Loi du 5 juillet 2011 et du 27 septembre 2013

- Soins pour péril imminent :
  - péril imminent pour la santé de la personne
  - ET impossibilité d'obtenir la demande d'un tiers
  - Un seul certificat d'un médecin extérieur. (les certificats de 24 et 72h devront être rédigés par 2 psychiatres différents)

# Loi du 5 juillet 2011 et du 27 septembre 2013

- Soins sur décision d'un représentant de l'état :
  - les troubles mentaux nécessitent des soins
  - et compromettent la sureté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public (32.13.1)
  - Un certificat d'un médecin extérieur (précis, motivé, dactylographié)

# Requête DIM

- Unité intersectorielle de SSC : environ 300 hospitalisations par an
- 2016 : 301 hospitalisations, 268 patients, dont 34 de 65 ans et plus, pour 36 hospitalisations : 12 % des hospitalisations en SSC, 13 % des patients en SSC (14-15% en HL)
- 6 % des patients âgés sont réhospitalisés en SSC dans l'année versus 15 % des patients plus jeunes

# Requête DIM

- 2012 – 2016 : 156 patients de 65 ans et plus hospitalisés en SSC (172 hospitalisations) : 45 - 31 - 31 - 31 - 34
- Majorité des cas : troubles psychotiques
- 34 patients (36 hospitalisations): troubles psycho-comportementaux de la démence.
- 15 en 2012 : 13 HDT et 2 PI
- 4 en 2013 : 2 et 2

# Requête DIM

- 4 en 2014 : 1 en HDT et 3 en PI
- 7 en 2015 : 3 en HDT, 3 en PI, 1 en SPDRE
- 6 en 2016 : 4 en HDT et 2 en PI
- 36 hospitalisations pour 34 patients : 64 % HDT, 33 % PI

# SPPI...

- 100 % des 12 mesures prises en 5 ans sont des cas de patients très âgés, hospitalisés en CHG
- Dont la prise en soin aboutit à une agressivité ou à une agitation en opposition aux soins
- Parfois malgré l'opposition de la famille...
- Parfois par manque de place dans l'unité dédiée...
- Cas de ce traumatisé crânien adressé en SPPI pour opposition aux soins de rééducation

# La loi est-elle adaptée?

- Troubles mentaux rendant impossible le consentement... quelle valeur lorsque le consentement ne sera plus possible au long cours?
- Nécessitant des soins et une surveillance...
  - Ou prise en charge d'une dépendance?
  - Ou des soins somatiques dans le cas d'une cause aigue d'agitation?...

# Le consentement

- La question du consentement est liée à la question de l'information, liée elle-même à la question du respect de l'autonomie et de la dignité de la personne
- Le consentement aux soins en psychiatrie est tributaire :
  - de la **capacité de compréhension et de mémorisation** du patient
  - de sa capacité à **concevoir**, à **accepter** qu'il est atteint de troubles, capacité à **se représenter** ses troubles
  - à **intégrer un projet thérapeutique** et à être en mesure de prendre une décision à cet égard et à la maintenir au cours du temps.

# Le consentement

- Recommandations de l'HAS, 2005

Evaluation de la capacité à consentir:

- Capacité à recevoir une information adaptée.
- Capacité à comprendre et à écouter.
- Capacité à raisonner.
- Capacité à exprimer librement sa décision.
- Capacité à maintenir sa décision dans le temps.

# Hospitaliser pour contraindre

- Devant la double injonction
  - de respecter la liberté d'aller et venir en institution
  - de prévenir tout danger ou mise en danger d'autrui
- Certains professionnels sont tentés d'orienter en SSC
- considérant que seuls ces SSC permettent de contraindre pour protéger

# Hospitaliser pour contraindre

- Le soignant risque d'oublier pourquoi (pour qui) il est là : protéger ou soigner?
- Il risque d'être tenté de traiter le symptôme plutôt que de prendre en soin le patient dans sa globalité
- L'instauration d'un traitement est-elle justifiée pour le bien-être du patient ou pour rassurer l'institution ou l'entourage du patient?
- Faudrait-il des dispositions spécifiques?

# Judiciarisation des soins

- La loi de 2011 entraîne un fort contrôle des soins psychiatriques par des juges
- Qui méconnaissent les troubles mentaux
- Qui s'assurent du respect des procédures (dans le meilleur des cas)
- Ce qui entraîne une judiciarisation du soin et déplace l'attention des soignants sur la question de la forme au détriment du contenu du soin (certificat de 24 h, 72 h, avis à J8)

# Judiciarisation des soins

- Risque de dérive sécuritaire
- Passage devant le JLD à J12 ; **présence obligatoire d' un avocat**. Procédure contradictoire se tenant à l' hôpital (loi du 30/09/13)

# Conclusion

- Ces pratiques relèvent de l'organisation de notre système de soins (fugue...errance!)
- De la place du sujet âgé dans la société
- De l'image du vieillissement et des troubles mentaux
  - La maladie mentale au grand âge relève-t-elle de soins?
  - Le patient dément a-t-il sa place à l'hôpital général?

**Merci de votre attention**