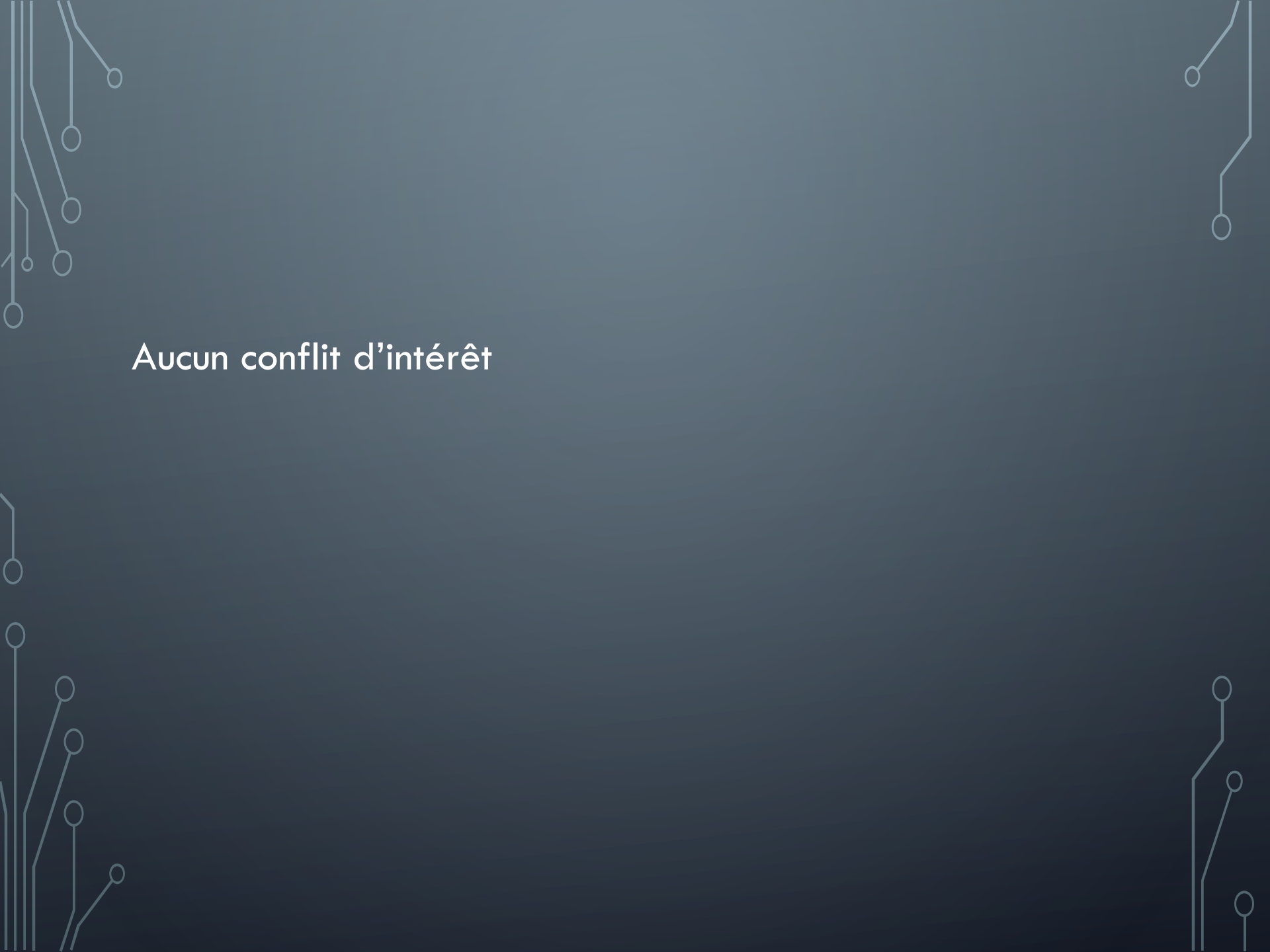


PATIENTS COMPLEXES EN RUPTURE DE SOIN: ENTRE CONSTRUCTION D'UN CONSENTEMENT ET GESTION DE L'URGENCE

Hélène NOEL



The background is a dark blue gradient. In the four corners, there are decorative white line art elements resembling electronic circuit boards. These elements consist of thin lines that branch out and terminate in small circles, mimicking the look of solder points or vias on a PCB.

Aucun conflit d'intérêt

SOMMAIRE

- Vignette clinique: M.C
- Orientation dans la filière de soin
- Consentement et contrainte
- Epilogue

INTRODUCTION

- **Entrée dans le soin**: moment crucial qui influence considérablement le parcours de soin ultérieur et le devenir
- Evaluation globale de la situation pour une **orientation la plus adéquate** possible et une anticipation des complications potentielles (comorbidités en particulier)
- Qualité de l'**adhésion** au soin de la part du patient mais aussi de sa famille
- Hospitalisation la moins traumatique possible = programmée (sans passage par les urgences) et dans la bonne temporalité.

The background is a dark blue gradient. In the corners, there are white line art illustrations of circuit boards or neural networks, with lines and small circles representing components.

VIGNETTE CLINIQUE

MONSIEUR C.

DEMANDE INITIALE

- Patient de 74 ans vivant en appartement avec son épouse. Deux enfants.
- Trouble schizo-affectif ancien, plusieurs hospitalisations en clinique pour décompensations maniaques et dépressive. Suivi libéral de 15 ans arrêté depuis 2016.
- Antécédents somatiques:
 - Epilepsie non suivie, dernière crise convulsive en janvier 2016. Le traitement par GARDENAL est actuellement non pris.
 - Angioplastie + stent de l'IVA proximale en janvier 2016, sur découverte fortuite dans les suites de la crise convulsive de troubles de repolarisation à l'ECG avec dysfonction VG à l'échographie.
 - Rétention aigüe d'urines en décembre 2015, avec hydronéphrose bilatérale sondée jusqu'au 26/01/2016

DEMANDE INITIALE

- Installation progressive de troubles cognitifs chez son épouse, avec déclin fonctionnel important depuis 2 ans.
- **Rupture dans l'équilibre du couple**, Mme C ayant toujours étayé son mari, aux prises avec un apragmatisme invalidant
- Inquiétude actuelle en lien avec les **prises en échec successives** de
 - Suivi médical de Mme C, chez son MT et en consultation mémoire
 - Prise en charge IDEL de Mme C
 - Gestion de cas MAIA pour Mme C
 - Curatelle renforcée pour Mme C rendue inopérante par l'impossible accès aux comptes joints
 - Rupture de suivi médical chez M.C sur le plan psychiatrique, cardio et neuro

DEMANDE INITIALE

- Refus des interventions extérieures porté par M.C, avec description de comportements de plus en plus désorganisés, et d'une AEG progressive touchant le couple
- Discours paradoxal de la fille, teinté d'angoisses de mort: elle appelle à l'aide mais refuse d'emblée que ses parents soient séparés (donc hospitalisés): « ils en mourraient ».

PREMIÈRE VISITE CONJOINTE 21/12

- Psychiatre + Gériatre + un infirmier de chaque équipe
- En présence de l'épouse et de la fille de M.C
- Sur le plan psychiatrique: **tableau mélancolique** avec pessimisme marqué, apragmatisme, angoisses envahissantes, idées suicidaires scénarisées sans intentionnalité immédiate. **Refus de soin** persistant.
- Sur le plan gériatrique: perte de poids non quantifiable, état somatique précaire mais compatible avec une hospitalisation en psychiatrie

PREMIÈRE VISITE CONJOINTE LE 21 /12

- Epouse de bon contact, mais présentant des troubles neurocognitifs majeurs incompatibles avec un maintien à domicile sans présence permanente d'un tiers
- Fille désemparée, accepte finalement l'idée d'une hospitalisation en SPDT, mais après les fêtes de Noël qu'elle souhaite passer en famille

DANS LES SUITES

- On réserve d'emblée deux lits pour le 4/01 (un en psychiatrie, un en gériatrie).
- Fille injoignable à partir du 2/01.
- Se pose la question de la **légitimité** de notre intervention, de l'équilibre entre « **lâcher** » et « **contraindre** »
- Deux volets: **éthique** mais aussi **fonctionnel** (vis-à-vis de l'équipe d'aval et de l'impact de nos décisions sur l'adhésion au soin ultérieur).

The background is a dark blue gradient. In the corners, there are white line art illustrations of circuit boards or neural networks, with lines and small circles representing components.

ORIENTATION DANS LA FILIÈRE DE SOIN

TROUVER LE DISPOSITIF ADÉQUAT DANS LA TEMPORALITÉ ADAPTÉE

PLACE DE L'EM Ψ PA DANS LE RÉSEAU DE SOIN

- Au carrefour d'une conception sociale et médicale de la **dépendance** et du **handicap**
- A l'**interface** entre
 - Médecine hospitalière et médecine de ville
 - Soins somatiques et soins psychiatriques
 - Acteurs sanitaires et médico-sociaux
- **Objectif** = prise en charge précoce des situations les plus complexes, les plus à risque de recours inapproprié aux urgences et aux hospitalisations prolongées (recours au soin inadapté/recours au soin iatrogène et coûteux).

COLLABORATION AVEC LES ÉQUIPES MOBILES DE GÉRIATRIE

- Territoires communs avec 2 filières gériatriques, soit 3 équipes mobiles de gériatrie
- Liens étroits avec réunions bi-hebdomadaires et mise en place d'une RCP pour les situations ayant fait l'objet d'une évaluation conjointe

COLLABORATION AVEC LES ÉQUIPES MOBILES DE GÉRIATRIE

- L'équipe mobile **multidisciplinaire**: lorsqu'il y a **intrication** de
 - Symptômes psychiatriques
 - Comorbidités somatiques
 - Situation sociale précaire
- Approche la plus **exhaustive** possible de situations au niveau de **complexité** tel qu'une seule spécialité ne saurait répondre à la totalité des besoins. *Kohn et al. American Journal of Geriatric Psychiatry 2002*
- Complémentarité plus efficace que si l'on avait organisé deux consultations successives. Confrontation des points de vue plus concrète et immédiate.
- **Optimisation de la trajectoire de soin** du patient avec hiérarchisation des problématiques.

COLLABORATION AVEC LES ÉQUIPES MOBILES DE GÉRIATRIE

- En ce qui concerne M.C, cette collaboration a permis:
 - Un **examen** préalable par le gériatre,
 - le recueil d'un maximum d'**antécédents somatiques** en prévision de l'hospitalisation en psy, compte tenu de la comorbidité cardiaque connue
 - La prise en compte de la **vulnérabilité de Mme C** et son hospitalisation concomitante dans de bonnes conditions

The background is a dark blue gradient. In the corners, there are white line art illustrations of circuit boards or neural networks, with lines and small circles representing components.

CONSENTEMENT ET CONTRAINTE

LE CONSENTEMENT EN DROIT

- **Loi du 4 mars 2002**: promeut une « démocratie en santé » visant à rééquilibrer la relation de soin.
- Relation médicale = relation contractuelle, soumise au consentement éclairé du malade

LE CONSENTEMENT

EN DROIT

- Individu « indépendant »
- Jugement intact, raisonnement fiable et univoque
- Engagement recueilli une fois pour toutes
- Accord consigné par écrit

EN VRAI

- Multiples liens d'attachement
- Jugement altéré, ambivalences et paradoxes
- Processus à construire dans la relation de soin
- Accord muet, volatile, discontinu, fragmenté

LE PARADOXE CHEZ M.C

- M.C nous demande de partir mais continue de répondre aux questions qui lui sont posées.
- Dans l'incapacité à adhérer au soin de manière fiable et durable. Pensée sidérée tant par la gravité de la décompensation mélancolique (apragmatisme massif) que par le caractère anxiogène et inextricable de la situation vécue.

LE « RÉSEAU DE CO-DÉPENDANCE »

- Désigne la famille élargie, les voisins, amis, professionnels présents au quotidien ou de façon plus épisodiques, les « guichets » (CG, CPAM...), chaque « catégorie » en constituant un **segment**.
- Le sujet âgé est le **nœud** entre les différents segments, le «point de capiton » de ce réseau, en ce qu'il lui donne **son unité et son sens**.

*Thomas H. Le sujet âgé peut-il fragiliser le réseau qui le soutient ?
Gérontologie Société. 2004 Jun 1;109(2):165–82.*

IMPACT FAMILIAL DE LA MALADIE CHRONIQUE

- La pathologie psychiatrique chronique **abîme les liens** sur la durée. « En psychiatrie plus qu'ailleurs, soutenir et préserver les liens, c'est soigner. »

Davtian H, Collombet É. Aidant familial en psychiatrie, une place «naturelle»? Empan. 2014 Jun 1;94(2):47–52.

- Famille mise à l'épreuve de longue date:
 - demande d'une mesure de protection pour Mme suivie d'une réaction de rejet de la part de M.C
 - Vécu traumatique des hospitalisations passées
- Comment **soutenir** face à cette responsabilité écrasante sans **déposséder** la famille des décisions qui lui reviennent?
- Quelles **projections** pour la fille de son propre vieillissement?

COMPLEXITÉ DU SOIN INFORMEL

- Complexité propre au **care**
- Il ne suffit pas de déterminer les moyens à mettre en œuvre pour parvenir à un objectif qui irait de soi. Cet objectif même: « **le bien des personne** » est à déterminer et à faire évoluer au fil de l'évolution de la situation.
- Détermination qui repose sur des appréciations très **subjectives**, avec « tiraillements » entre les différents membres du réseau de co-dépendance.

Hennion A, Vidal-Naquet PA. « Enfermer Maman ! » Épreuves et arrangements : le care comme éthique de situation. Sci Soc Santé. 2015;33(3):65–90.

DES REPRÉSENTATIONS INCONCILIABLES?

- Difficulté pour la fille à **infléchir son objectif initial** (garder ses parents ensemble, à domicile), conçu avec bienveillance pour le bonheur de ses parents.
- Sidérée par l'**angoisse de mort**, elle s'efforce d'arrêter le temps à travers le **paradoxe**, source d'une puissante inertie.
- Décalage entre la gestion de l'urgence propre au **cure**, et les enjeux décisionnels inhérents au **care**. Représentations de la situation non superposables.

QUELLE DÉFINITION DU CONSENTEMENT?

- Conception minimale = absence de coercition, pas d'usage de la force
- Conception substantielle = tout consentement implique un **choix**, le degré de réalité d'un choix étant conditionné par l'éventail des **alternatives** disponibles.
- Consentement comme un principe dont la qualité peut être **graduée** : une certaine autonomie décisionnelle peut persister très longtemps dans la maladie, même si elle est affectée et qu'elle doit être accompagnée pour les décisions les plus graves.

Lechevalier Hurard L, Vidal-Naquet PA, Le Goff A, Béliard A, Eyraud B. Construire le consentement. Quand les capacités des personnes âgées sont altérées. Rev Fr Aff Soc. 2017;(1):41–60.

QUELLE DÉFINITION DU CONSENTEMENT?

- Selon **Kant** :le libre choix serait le fait d'un homme purement raisonnable, affranchi de ses désirs et passions
- Quel libre-choix lorsque la raison fait défaut? Sous l'effet des troubles cognitifs, de la maladie psychiatrique, de l'ambivalence de nos désirs...
- « Dans ces ambivalences, le **désir de vie** est à soutenir dans la mesure où en lui s'exprime le plus l'autonomie comme capacité à faire des projets et à exprimer son identité. »
- Il s'agit alors de « mobiliser le goût de vivre et la capacité de le mettre en oeuvre. »

Zielinski A. Le libre choix. De l'autonomie rêvée à l'attention aux capacités. Gériatologie Société. 2009 Dec 1;131(4):11–24.

QUELLE DÉFINITION DU CONSENTEMENT?

- Conception **idéalisée** de l'autonomie reposant sur les capacités réflexives de l'individu
- Conception **désidéalisée** de l'autonomie comme une injonction normative, un effritement des liens et protections
- Conception **équilibrée** de l'autonomie « fondée sur l'interpellation réciproque d'un sujet capable et d'une norme obligeante ». Engagement de l'institution face à une attente exprimée (même de manière très pathologique)

Eyraud B. Quelle autonomie pour les «incapables» majeurs? Politix. 2006 Mar 1;73(1):109–35.

QUELLE DÉFINITION DU CONSENTEMENT

- *Philip Pettit 2004* : « **liberté comme non-domination** ». Ni absence d'interférence, ni autogouvernement ou auto réalisation.
- Elle recouvre « **l'absence d'interférences arbitraires** » = absence d'interférences ne tenant pas compte des intérêts que les individus sont en mesure d'énoncer.
- L'absence d'interférence arbitraire serait matérialisée par la « **contestabilité** » des décisions. Par exemple en psychiatrie : la loi sur les soins sans consentement et l'intervention du juge des libertés.

L'AMORCE AU SOIN

- L'amorce au soin constitue d'emblée un soin, même si elle se heurte à un refus ferme. Il consiste à ré-inscrire le patient dans une **préoccupation soignante**: celle de l'EM mais surtout celle du demandeur, des professionnels déjà en place.
- Les conclusions de la visite sont transmises au MT, consignées dans le dossier. En cas d'urgence ou de demande de soin, le patient est prêt à être reçu. Il est déjà « connu ».

STRATÉGIES DANS LA CONSTRUCTION DU CONSENTEMENT

- Epaissir le consentement en s'appuyant sur l'**entourage** (technique de l'entonnoir) + renforcer le réseau de vigilance
- Déjouer les refus en proposant un **appariement acceptable**
- Mettre **à l'épreuve de l'expérience**, face à un « non » manquant de consistance
- **Imposer** malgré l'opposition, en dernier recours, sans perdre de vue la nécessaire construction du consentement.

Lechevalier Hurard L, Vidal-Naquet PA, Le Goff A, Béliard A, Eyraud B. Construire le consentement. Quand les capacités des personnes âgées sont altérées. Rev Fr Aff Soc. 2017;(1):41–60.

The background is a dark blue gradient. In the corners, there are decorative white line art elements resembling circuit boards or neural networks, with lines and small circles.

EPILOGUE

ÉPILOGUE

- Avis pris auprès du bureau des soins sans consentement sur la légitimité d'un **SPPI** et les modalités à respecter pour éviter toute levée intempestive.
- Envoi d'une convocation à une 2^e intervention à la fille, en **LRAR** pour le 01/02. Deux lits sont à nouveau réservés.

ÉPILOGUE: NOUVELLE VISITE

- La fille n'est pas présente.
- Nous accédons à l'appartement grâce à des travaux réalisés dans les parties communes.
- Tableau clinique inchangé, consentement toujours inexistant chez M.C, malgré son affirmation « je vous attendais ».
- Accompagnement de M.C en SPPI par l'équipe de psychiatrie, de Mme C en gériatrie par l'équipe de gériatrie.
- A son arrivée dans le service, la tension interne est déjà bien atténuée. M.C nous remercie de ce que nous avons fait et s'excuse pour « les complications ».
- La fille répond immédiatement à notre appel l'informant de l'hospitalisation de son père, se dit soulagée.

CONCLUSION

« Ainsi, en psychiatrie du sujet âgé, accompagner les parcours consiste à procéder en permanence à une double régulation, celle qui concerne les **flux** et celle qui concerne le **degré d'acceptation** des orientations par les patients. Un art de faire qui consiste à trouver en permanence, et sans garantie aucune de légitimité, un double équilibre d'une part entre **lenteur et rapidité**, et d'autre part entre **contraindre et laisser faire**. »

Lechevalier Hurard L, Vidal-Naquet PA, Le Goff A, Béliard A, Eyraud B. Construire le consentement. Quand les capacités des personnes âgées sont altérées. Rev Fr Aff Soc. 2017;(1):41–60.