



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Communication

Les réintégrations en urgence lors de programme de soins : à propos d'une étude descriptive

Emergency rehospitalization during compulsory outpatient treatment: A descriptive survey



Hélène K'ourio*, Anne-Kristelle Trebalag, Olivier Gay, Raphaël Gourevitch

CPOA, 1, rue Cabanis, 75014 Paris, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Disponible sur Internet le 21 mars 2018

Mots clés :

Étude descriptive
Réintégration
Soins ambulatoires
Soins psychiatriques sous contrainte
Urgence

Keywords:

Descriptive survey
Emergency
Outpatient care
Psychiatric compulsory care
Rehospitalization

R É S U M É

Le programme de soins ambulatoires contraints introduit par la loi de 2011 relative aux soins psychiatriques est le symbole des tensions entre des exigences contradictoires adressées par la société à l'institution psychiatrique, qui doit à la fois assumer la désinstitutionnalisation et rester responsable de l'état de santé et des comportements des patients à l'extérieur de l'hôpital. La réintégration en hospitalisation complète continue est en principe une modalité offerte à l'équipe en charge, en fonction de l'adhésion à ce programme par le patient concerné et de son état clinique. Toutefois, cette réintégration peut aussi survenir à l'issue d'une consultation non programmée dans un service d'urgence non impliqué dans la prise en charge. Nous avons réalisé une étude au CPOA (Centre psychiatrique d'Orientation et d'Accueil) de l'Hôpital Sainte-Anne à Paris sur les dossiers de 52 patients suivis en programme de soins qui ont ainsi été réintégrés en urgence, dans le but de décrire la population concernée et de préciser les circonstances aboutissant à cette décision. Les réintégrations concernent en majorité des patients souffrant de psychose chronique, sous contrainte depuis plusieurs mois, peu insérés professionnellement. La mesure de contrainte majoritaire est à la demande d'un tiers, cependant les patients ne sont généralement pas accompagnés lors de leur consultation en urgence. Les dossiers sont lacunaires, il semble difficile de retracer précisément la biographie du patient et l'histoire de la maladie. Les arguments pour réintégrer sont cliniques, situationnels et en rapport avec le respect du programme de soins. Il semble qu'une majorité des réintégrations se passe dans les premiers six mois du programme de soin, cela pourrait être une durée charnière pour valider un bénéfice du programme de soins. Ces résultats sont discutés à la lumière des données de la littérature et de considérations éthiques.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Compulsory Outpatient Treatments (COT) refer to compulsory care for outpatients as created in French Law six years ago. They highlight contradictory expectations between mental health and society. Psychiatry departments are charged with managing outpatient care, and regulating patient behaviour outside of the hospital. Sometime rehospitalizations occur in emergency, and the psychiatrist doesn't know the patient.

Objectives. – Studying this particular population and précising how the decision is taken.

Materials and methods. – We completed a descriptive survey of 52 outpatient rehospitalizations through the emergency room of Sainte-Anne Paris Psychiatry hospital.

Results. – Most of them are psychotic patients, on commitment for several month, and unemployed. The majority of that care without consent is carried out at the request of relatives, however outpatients often consult alone in emergency. Reports are incomplete probably due to the fact that history and course of illness are difficult to clarify in emergency.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : kourio@ch-sainte-anne.fr (H. K'ourio).

Conclusions. – The arguments in favour of rehospitalization are clinical, situational and linked to the care contract. It seems that most of rehospitalizations occur within the first six months of COT. Therefore six months may be the target duration to confirm the benefit of these practices.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction et objectifs

Le terme de « programme de soins » apparaît dans la loi du 5 juillet 2011 qui régit les hospitalisations sous contrainte. Ce style de pratique est néanmoins depuis longtemps admis dans d'autres pays et même en France au travers des sorties d'essais, depuis 1838. Les sorties d'essais ne précisaient pas les modalités du soin et le contrat passé avec le patient. Elles étaient définies comme un aménagement des conditions de traitement des personnes hospitalisées sans consentement, dans l'objectif de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale. Elles étaient initiées essentiellement par les médecins en charge du suivi du patient [11]. Plusieurs auteurs soulignent que les sorties d'essais ont fait l'objet de dérives, qu'en l'absence de contrôle systématique elles pouvaient durer indéfiniment, sans motivation clinique à fournir [1].

Outre la France, de nombreux pays ont recours aux soins ambulatoires sans consentement [5,10]. Selon les pays, ils relèvent d'un juge, d'un psychiatre ou d'un professionnel de santé [15].

La contrainte en ambulatoire fait débat mais certains auteurs s'accordent à dire que l'absence de contrainte ambulatoire équivaldrait sans doute à une hospitalisation contrainte à vie pour une part des patients souffrant de troubles psychiatriques sévères [14]. C'est donc l'éternelle question de la balance bénéfice/risque qui est en jeu, en particulier sur le plan éthique.

D'après une étude de l'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé), depuis la mise en place de cette mesure dans la loi, la proportion des programmes de soins tend à croître chaque année, elle est plus importante chez les patients en SPDRE (Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'État) [6]. En effet, la pratique du programme de soins est bien entrée dans les mœurs, elle serait utilisée par plus de 90 % des services en Île-de-France. Il ne semble pas y avoir de corrélation entre l'utilisation d'un programme de soins avec la « richesse » des secteurs, mais plutôt avec la familiarité des secteurs à cette pratique [16].

La réintégration en hospitalisation complète continue est une des mesures prévues en cas de manquement au programme de soins. En quoi répond-elle aux objectifs implicitement fixés par la loi, c'est-à-dire donner un cadre, sécuriser les soins, accompagner le patient ? Les réflexions qui gouvernent la décision pratique de réintégration sont dépendantes de ces enjeux.

2. Les objectifs visés initialement par la loi de 2011

2.1. Donner un cadre

Le patient et l'équipe de soin discutent des modalités du soin en ambulatoire après le passage en hospitalisation complète. La nature et la fréquence des rencontres avec l'équipe y sont stipulées. Les situations pouvant conduire à une nouvelle hospitalisation sont censées être débattues avec le patient. On peut imaginer que des conseils sur la gestion du traitement et des symptômes soient précisés, en envisageant ce qu'il pourrait se passer dans telle ou telle situation. Il peut aussi s'agir d'un compromis trouvé avec le patient qui supporte mal l'hospitalisation complète. Le psychiatre cherche alors l'alliance avec le patient. Mais porter ce cadre ne va pas de soi. Par exemple, d'un point de vue éthique, la menace de

ré-hospitalisation par la force en cas de manquement au programme est considérée comme une atteinte à la liberté. La révision en septembre 2013 de la loi stipule clairement que « aucune contrainte ne peut être mise en œuvre à l'égard d'un patient pris en charge sous la forme d'un programme de soins ». Il s'agit là d'une double injonction avec laquelle le psychiatre doit composer dans sa décision de réintégration.

2.2. Sécuriser

Un autre objectif, celui-ci plutôt guidé par le regard de la société sur la maladie mentale, serait de sécuriser la présence dans la cité de patients psychiatriques réputés sévèrement touchés. En effet le processus de « désinstitutionnalisation » a conduit à la fermeture de certains lieux « asilaires », visant par là une diminution de l'ostracisme des patients, une vision paternaliste du soin et de la durée des hospitalisations. La désinstitutionnalisation visait à réintégrer les patients au cœur de la cité. Cependant, il semble que la société soit restée défiante à l'égard des maladies mentales et rapidement apeurée par les conséquences possibles en termes de violence. Les passages à l'acte sont souvent médiatisés en raison de leur caractère parfois spectaculaire. Le programme de soins est une tentative de réponse à cette inquiétude sociale, affichant que la psychiatrie maîtrise les patients en dehors de l'hôpital. La question de la réintégration est donc dépendante en toile de fond des questions de responsabilité médicale. C'était sans doute déjà le cas pour les sorties d'essai, comme en témoigne l'étude de Couhet et al. de 2008 : les symptômes les plus pris en compte par les psychiatres dans leur décision de demander une sortie d'essai d'hospitalisation d'office plutôt qu'une levée correspondent aux critères de dangerosité décrits dans la littérature [7]. Les psychiatres prennent également en compte l'interruption répétée des soins et des traitements qui serait un facteur prédictif de violence chez les patients souffrant de schizophrénie [2]. On peut imaginer que des décisions similaires entrent en jeu dans la décision de réintégration. Ces aspects posent la question de la limite du pouvoir et de la responsabilité médicale dans la sécurisation de la société. L'injonction sociale ou politique du rôle sécuritaire de la psychiatrie est à considérer avec circonspection, comme d'ailleurs dans le cas emblématique des questions de radicalisation.

2.3. Accompagner

Un autre pendant de la désinstitutionnalisation, envisagée cette fois-ci du côté du patient, est l'exposition d'une vulnérabilité humaine aux aléas de la vie en société avec ce qu'elle implique de tension (pression de normalité ou de réussite) et de violence. Les malades, même une fois stabilisés, sont souvent peu armés et peu protégés pour y faire face. Et malgré les tentatives de déstigmatisation, on peut supposer une exportation de l'exclusion et de l'isolement, de l'institution psychiatrique vers la cité [1]. Légiférer sur la façon dont on prend soin des malades psychiatriques serait alors une façon de les accompagner. En effet, entre le fréquent sentiment de persécution et la lassitude de la maladie chronique, la relation de soin est rapidement mise à mal. Un programme écrit et que l'on doit respecter, au-delà de contraindre, montre une présence inconditionnelle de l'équipe de soins. Il peut permettre d'éviter d'un côté une dépendance

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/6785348>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/6785348>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)