

L'hospitalisation sans consentement présentée par les équipes infirmières de Bégard, Plouguernével et Dinan

Dr Le Manchet Médecin chef du pôle Trégor Goëlo,
Sylviane Auffret, Cadre supérieur de santé,
Philippe Le Guyader, Cadre de santé,
Gilbert Le Blévenec, Directeur des soins et des activités paramédicales,
CH Fondation Bon Sauveur de Bégard

L'hospitalisation psychiatrique contrainte est une situation unique en médecine qui déroge au principe du libre consentement. La question posée est celle du rapport entre soins et contrainte. La récente loi du 5 juillet 2011 offre un nouveau cadre à cette relation. Pour certains, elle permet désormais une meilleure continuité des soins en étendant l'obligation à l'ambulatoire pour limiter les ruptures de suivis et les rechutes. Pour d'autres, elle organise surtout la continuité de la contrainte. Lors d'un récent colloque*, il nous a semblé nécessaire de dépassionner ce débat en permettant aux acteurs de la psychiatrie de partager leurs expériences et leurs points de vue sur cette difficile recherche d'un équilibre entre soin, sécurité et liberté. Cet équilibre incertain a occupé la table ronde de la matinée animée par les soignants des unités fermées des trois hôpitaux du département, et a été repris l'après-midi au travers des regards croisés du psychiatre, du représentant de l'État, du juge puis du philosophe.

L'accueil (CH Unité Ste-Camille Bégard)

Le premier contact avec le patient hospitalisé sans son consentement représente un temps fort qui s'avère généralement déterminant pour la prise en charge ultérieure. Ce temps de l'accueil concentre aussi la difficile conciliation du soin, de la sécurité et de la liberté. Pour le patient, il y a souvent violence à se voir ainsi contraint et limité dans sa liberté d'aller et de venir. Pour les soignants, l'objectif du soin peut-être momentanément retardé par la préoccupation immédiate de sécurité et de gestion de la crise.

Si le protocole d'admission (mise en pyjama, inventaire, retrait du portable, du briquet...) peut-être vécu comme agressif c'est aussi un temps fort de l'hospitalisation qui permet d'informer, de renseigner, de dédramatiser avec la mise en place des entretiens d'aide.

L'existence d'emplois dédiés sur cette unité est un facteur très important dans la cohérence du soin auprès des usagers accueillis. De ce moment, dépend l'adhésion au soin. Les infirmiers de part leur écoute attentive, sécurisante, proposent un accompagnement individualisé adapté, qui permet de débiter progressivement l'alliance thérapeutique.

L'unité fermée, grâce au cadre contenant, facilite l'apaisement des troubles, de la symptomatologie et permet à l'usager de se reconstruire progressivement.

L'articulation de l'unité fermée vers l'unité ouverte (CH Unité Ségal, Plouguernével)

Les hôpitaux du département ont fait le choix d'unités fermées dédiées à l'accueil des patients hospitalisés sans leur consentement. La cohabitation avec les unités ouvertes destinées aux patients en hospitalisation libre n'est pas toujours simple.

L'unité Ségal a ainsi exposé sa propre expérience, son vécu de l'articulation unité fermée / unité ouverte pour des patients accueillis initialement en hospitalisation sous contrainte.

Cette articulation permet aux patients une prise en soin en hospitalisation libre, avant de finaliser une sortie à domicile.

Elle repose sur une organisation basée sur plusieurs paramètres : la symptomatologie, le comportement, l'adhésion au soin ainsi que le projet de soin.

Une prise de contact entre les psychiatres et l'équipe infirmière receveuse est protocolisée afin de poursuivre la prise en soin individualisée du patient. Elle sous-entend pallier, gérer les inquiétudes et incompréhension des uns et des autres (troubles du comportement, fugues, manque de cadre sécurisant...).

L'équipe infirmière de l'unité Ségal rappelle qu'en aucun cas les usagers accueillis sont en HL.

Programmes de soins et sorties (CH Unité Notre Dame et Argoat St Jean de Dieu, Dinan)

Avec l'entrée du juge dans les hôpitaux, les programmes de soins sont l'autre nouveauté de la réforme de la loi du 5 juillet 2011.

En les organisant, l'objectif du législateur a été clairement sécuritaire en autorisant une extension de la contrainte à l'ambulatoire. La finalité était d'éviter les ruptures de suivis et de traitement, et de permettre la poursuite d'un contrôle des soins après la sortie. Pour les soignants, le programme de soin a permis autant aux patients qu'aux soignants d'investir un peu plus le soin et de préparer au mieux des sorties parfois difficiles de patients encore à la limite de l'acceptation de la maladie, du traitement et de l'aide apportée par le milieu soignant.

Toutefois sa mise en place doit être réfléchi, personnalisée et discutée avec le patient dans un souci de maintenir un lien encore fragile, une confiance mutuelle, une adhésion aux soins. La crainte d'une inflation du recours à ces programmes n'est pas confirmée dans la réalité. Les équipes soignantes utilisent cette modalité de suivi de façon adaptée. Le programme de soin n'est pas systématiquement synonyme de sortie définitive mais il est utilisé dans le cadre d'autorisations de sorties de moins de 12 heures accompagnées de la famille, ou de l'entourage.

La préparation de la sortie est un temps fort, du lien tout au long de l'hospitalisation est plus que nécessaire avec l'extra hospitalier (Famille, CMP, Tuteur, Partenaires du réseau...) pour limiter les réhospitalisations.

* De la contrainte au consentement. Obligation de soin et liberté en psychiatrie. Table-ronde - confrontation des pratiques. 25 octobre 2012, organisé par le CH de Bégard, Fondation Bon Sauveur.