



Groupement Hospitalier de Territoire Paris

GHT PARIS

PSYCHIATRIE & NEUROSCIENCES



Exercer la responsabilité de décisions difficiles : le refus de soins somatiques en psychiatrie

*Dr Cédric Bornes, praticien hospitalier pôle somatique de l'EPS Maison Blanche,
Vice-président ANP3SM et Collège des Généralistes Enseignants de Paris Diderot*



ASSOCIATION NATIONALE POUR
LA PROMOTION DES SOINS
SOMATIQUES EN SANTÉ MENTALE



Université
Paris
Diderot

COLLÈGE DES GÉNÉRALISTES ENSEIGNANTS

La notion de complexité

- Selon la **Haute Autorité de Santé (HAS)**, une situation complexe peut être définie comme « une situation dans laquelle la présence simultanée d'une multitude de facteurs, médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux et/ou économiques sont susceptibles de perturber ou de remettre en cause la prise en charge d'un patient, voire d'aggraver son état de santé. »
- D'autre part, la **DGOS** définit les situations complexes comme « des situations appelant une diversité d'intervenants et auxquelles le médecin traitant ne peut répondre avec ses propres moyens. Il s'agit essentiellement de patients atteints d'affections chroniques sévères, avec comorbidités, et problèmes sociaux ou problèmes de dépendance surajoutés. »

La notion de complexité

- Enfin, **la loi de modernisation de notre système de santé** du 26 janvier 2016 (article L. 6327-1) définit un parcours de santé comme complexe « lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé sociaux ou médico-sociaux. »

Situations complexes et psychiatrie

- **En psychiatrie, les situations rencontrées sont souvent des situations complexes**
 - du fait de la symptomatologie de la maladie : symptômes productifs ou au contraire déficitaires, troubles cognitifs, déni, etc.
 - souvent plusieurs comorbidités associées, et problèmes d'addiction fréquents
 - parcours de soins chaotiques avec défaut de dépistage et de suivi somatique
 - problème de la stigmatisation qui rend l'accès aux soins inégal
 - difficultés sur le plan social, et aussi familial

Les soins somatiques en psychiatrie

- **Véritable enjeu de santé publique**

Selon une étude récente de l' **Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES)**,

« La réduction de l'espérance de vie des individus suivis pour des troubles psychiques atteint en moyenne **16 ans chez les hommes**, et **13 ans chez les femmes**, avec des variations en fonction des troubles considérés. »

« Ces individus ont des taux de mortalité **deux à cinq fois supérieurs à ceux de la population générale**, quelle que soit la cause de décès, et un **taux de mortalité prématurée quadruplé**. »

L'enquête conclut à la nécessité de mettre en place des **actions ciblées pour réduire les inégalités de santé** dont sont victimes les personnes vivant avec un trouble psychique.

Les soins sans consentement

- Il existe des procédures légales permettant la mise en place de soins psychiatriques sans le consentement du patient
 - soins à la demande d'un tiers, en urgence ou non (**SDT ou SDTU**)
 - soins en cas de péril imminent sans tiers (**SPI**)
 - soins sur décision du représentant de l'Etat (**SDRE**)

Les soins sans consentement

- **Qu'en est-il des soins somatiques en psychiatrie ?**
 - Les patients ne peuvent pas refuser l'administration des traitements psychotropes mais peuvent refuser l'administration des traitements somatiques, dans la mesure où cela n'engage pas immédiatement leur pronostic vital...
 - Seule situation où des soins somatiques peuvent être imposés est le **péril infectieux grave** (exemple d'une tuberculose résistante avec refus de traitement).
 - D'où **une situation paradoxale** car le patient peut refuser les soins somatiques, au risque d'engager son pronostic vital, mais ne peut pas refuser l'injection intramusculaire d'un traitement psychotrope !

Cas clinique n° 1

- **Patiente de 26 ans hospitalisée pour état d'agitation. Sa psychiatre lui propose l'instauration d'une contraception car elle présente un comportement sexuel à risque.**
 - Patiente très exaltée, refusant toute forme de contraception malgré les nombreuses explications données. Elle met en échec toutes les consultations de gynécologie qui sont programmées.
 - Quelques mois plus tard, alors qu'elle est toujours hospitalisée, elle tombe enceinte suite à une relation entretenue avec un autre patient. Elle décide de mener la grossesse à terme, mais se sépare finalement de son partenaire. A sa naissance, l'enfant est placé en famille d'accueil.

Aurait-il été licite d'imposer à cette patiente une contraception de type implant contraceptif contre sa volonté ?

Cas clinique n° 2

- **Patient de 45 ans qui vit dans un contexte de grande précarité. Hospitalisations régulières pour une schizophrénie résistante. Il présente une co-infection VIH et hépatite C.**
 - A chacune de ses hospitalisations en psychiatrie, on réintroduit le traitement VIH antirétroviral. Malheureusement, à sa sortie le patient n'est pas observant et arrête de prendre ses traitements.
 - Finalement, la décision est prise en concertation pluridisciplinaire avec les infectiologues d'arrêter les traitements antirétroviraux car le risque de sélectionner des résistances est bien supérieur au bénéfice attendu.

Comment faire face à ce sentiment de mise en échec, quand il existe un traitement que l'on sait efficace pour soigner le patient ?

Cas clinique n° 3

- **Patient de 50 ans, schizophrène hospitalisé en SDRE, présente une poussée hypertensive sévère. Antécédent d'HTA sur cardiomyopathie hypertrophique difficile à équilibrer sous quadrithérapie.**
 - Le patient est très délirant et refuse de prendre son traitement anti-hypertenseur. Il refuse aussi que sa tension soit prise.
 - Temporisation dans l'espoir d'une amélioration sur le plan psychiatrique, mais on ne constate aucune amélioration et il persiste dans son refus de soins.
 - Situation très angoissante pour toute l'équipe, avec la crainte permanente de la survenue d'une complication cardiovasculaire grave.

Cas clinique n° 3

- Après plusieurs jours de négociation, il accepte finalement de revoir son cardiologue en consultation. L'alliance thérapeutique est réinstaurée et le patient reprend son traitement antihypertenseur habituel.

Comment accompagner l'angoisse de l'équipe soignante, et son sentiment d'incompétence ?

Cas clinique n° 4

- Patient de 60 ans, hospitalisé pour un accès dépressif sévère. Lors de sa précédente hospitalisation 2 ans auparavant, un scanner thoracique avait révélé une lésion pulmonaire suspecte à reconstrôler dans 6 mois mais le patient n'avait effectué aucun suivi à sa sortie.

Nouveau contrôle en faveur d'une lésion évolutive donc patient adressé en HDJ de pneumologie pour bilan. Il fugue peu après son arrivée, puis est finalement réadmis en psychiatrie après avoir été retrouvé errant dans les rues.

- Devant un risque élevé de fugue, le psychiatre décide de faire réaliser séparément tous les examens prévus en HDJ (EFR, échographie cardiaque, pet-scan, etc.), et fait accompagner le patient à chaque rendez-vous par plusieurs soignants.

Cas clinique n° 4

- Le patient est ensuite orienté en consultation d'oncologie thoracique avec les résultats de tous les examens réalisés.

On lui propose alors une biopsie de la lésion pulmonaire suspecte, ce qu'il refuse.

Quand considérer que le refus de soins est lié à la maladie psychiatrique, ou qu'il résulte d'une décision éclairée du patient ?

Cas clinique n° 5

- **Patiente de 60 ans, hospitalisée pour un accès mélancolique sévère avec refus d'alimentation. Mise en place d'une perfusion intraveineuse dans un premier temps, mais devant l'absence d'amélioration sur le plan psychiatrique, on finit par poser l'indication d'une alimentation entérale par sonde nasogastrique.**
 - Après de longues négociations, la patiente est adressée au SAU pour pose de la sonde nasogastrique mais elle l'arrache quelques jours après.
 - Elle est alors réadressée au SAU où le repositionnement de la sonde n'est pas possible devant son refus.

Où situer la limite entre acharnement thérapeutique et non assistance à personne en danger ?

Cas clinique n° 6

- **Patient hospitalisé pour comportement hétéro-agressif violent, plusieurs séjours en UMD. Il est placé en chambre d'isolement sous contention mécanique et avec de fortes doses de neuroleptiques.**

Survenue d'une constipation opiniâtre non résolutive malgré le traitement laxatif instauré. Se pose la question d'un transfert au SAU pour un scanner abdominal afin d'éliminer une occlusion intestinale.

- Faut-il décontenionner le patient et l'accompagner aux urgences en prenant le risque de mettre en danger l'équipe soignante, ou adopter une attitude attentiste au risque d'une perte de chance réelle pour le patient ?

Cas clinique n° 6

- Finalement, la décision est prise d'accompagner le patient au SAU en présence de 10 soignants.

Pas d'occlusion sur le scanner abdominopelvien, et réalisation d'un grand lavement qui permettra de régler le problème.

Evaluation du rapport bénéfice/risque toujours difficile quand il y a intrication entre urgence somatique et urgence psychiatrique !

EN CONCLUSION

Il ressort de ces différentes situations que pour garantir le respect des droits des malades, il est nécessaire...

- d'établir une **concertation pluridisciplinaire** pour permettre la synergie des compétences psychiatriques et somatiques.
- de **repositionner le soin dans une réflexion éthique**, prenant en compte la spécificité de chaque situation, et solliciter si besoin l'avis du comité d'éthique.
- de choisir à chaque fois la **structure de soins la plus appropriée**.

EN CONCLUSION

Il ressort de ces différentes situations que pour garantir le respect des droits des malades, il est nécessaire...

- **de ne pas assimiler le refus de soins à un refus de tous soins.**
- **de toujours chercher à évaluer si le refus de soin est lié à la maladie psychiatrique ou à une décision éclairée du patient**
- **d'accompagner les équipes de psychiatrie dans leur angoisse et leur sentiment d'incompétence.**

EN CONCLUSION

Nécessaire alliance entre prise en soins somatique et psychiatrique

- « **Charte de partenariat médecine générale et psychiatrie de secteur** » signée par la Conférence nationale des présidents de Commission médicale d'établissement (CME) des centres hospitaliers spécialisés (CHS) et le Collège de la médecine générale (CMG)
- Recommandations du Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP) sur les « **Courriers échangés entre médecins généralistes et psychiatres lors d'une première demande de consultation en psychiatrie par le médecin généraliste** »

EN CONCLUSION

Nécessaire alliance entre prise en soins somatique et psychiatrique

- Recommandation de la Fédération française de psychiatrie-Conseil national professionnel de psychiatrie (FFP-CNPP) « **Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique** »
- Guide de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur la « **Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux** »

Références

- Magali Coldefy, Coralie Gandré (Irdes), ***Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée***, Questions d'économie de la santé, septembre 2018
- Catherine Lamouille-Chevalier et al., ***Refus de soins somatiques et troubles délirants : comment concilier devoir médical et droit du malade ?***, Presse Med. 2018; 47: 363-367