



Les soins psychiatriques sans consentement

Introduction

À l'origine

Au départ, l'approche était empirique, magique et religieuse en direction d'une approche médiale. L'approche empirique dominait à cause de l'absence de connaissances.

XVII^e siècle

Les « insensés » sont rassemblées dans des institutions pour protéger la société.

Ce mouvement est appelé « Grand renfermement » par Michel Foucault.

Naissance des infirmiers = issu de « enfermier »

Le terme d'insensés : privé de raison

L'instrument légal de placement est la lettre de cachet

XVIII^e siècle :

Création des dépôts de mendicité pour remplacer la lettre de cachet qui a légèrement dérivés car quiconque avait de l'argent pouvait enfermer qui il le souhaitait et il faut avouer qu'au niveau éthique c'est pas génial.

La législation révolutionnaire crée le dépôt de sureté dans lesquels sont placés les insensés.

Juillet 1781 : sanction pénale pour les familles qui laissent divaguer les insensés de leur famille.

XIX^e siècle

Passage du terme d'insensés à celui d'« aliénés ».

Le terme d'aliénés : rendu étranger à la raison, aliéné par la maladie.

Naissance de la médecine aliéniste : affirme que le fou est malade.

Naissance de la psychiatrie (1802) = médecine de l'âme.

Formation infirmière psychiatrique en 1842 inspirée de l'expérience de Florence Nightingale

Philippe Pinel (aliéniste) : développe le traitement moral de la folie. Il humanise les conditions de détention.

Il réalise une nosographie.

Il sépare les aliénés des autres exclus. Spécialisation de certains établissements dans les troubles mentaux (Salpêtrière, Hôtel-Dieu de Paris et de Lyon).

Fin du XIX^e : humanisation des conditions d'internement et des principes d'organisation.

1838 : première loi sur le système asilaire : chaque département a son établissement.

Cas du Vinatier : idée de séparation (homme et femme, et suivant la pathologie) et d'une ville miniature (auto-substitution).

Plus la pathologie est considérée comme grave, plus la personne est éloignée du centre de l'asile.

Le terme asile : lieu où on est accueilli et hébergé mais c'est aussi le lieu où on est enfermé.

Charcot : étudie l'hystérie grâce à l'hypnose.

Jean Etienne Esquirol : nommé médecin surveillant de la Salpêtrière en remplaçant Pinel en 1811.

XX^e siècle

1923 : création du DE d'infirmier

Psychiatrie institutionnelle (1939) : s'oppose à l'exclusion asilaire, théorisée par H. Chaigneau. On ne parle plus d'internement mais d'hospitalisation et on cherche à aider les personnes + ouverture

Puis psychiatrie de secteur : permet de prise en charge selon le secteur d'habitation.

Développement de la psychopharmacologie :

- Théories biologiques : neuroleptiques et antidépresseurs dans les années 50 puis benzodiazépines dans les années 60. Ils doivent être associé à des traitements non médicamenteux.

Premier neuroleptique en 1952

Largactil en 1957

Utilisation des sels de Lithium (1970)

- Modèles imparfaits : explique les troubles mentaux complexes et imparfaits. Le lien entre la structure cérébrale et les symptômes est en cours de modélisation.

La psychiatrie théorique et approche critérielle : les classifications internationales se veulent pratiques et non soumises à une théorie. Elles n'expliquent pas les liens entre les causes, les mécanismes, et les symptômes. Elles permettent l'homogénéisation des diagnostics. Utilisées dans le cadre de la conception biopsychosociale.

1979 : concrétisation de l'activité en santé mentale + mise en place de l'appareil législatif de secteur.

Histoire (juste pour faire beau)





Histoire (suite mais toujours inutile...)	Les évolutions des modalités de soins Diminution du nombre de lits d'hospitalisation 170 000 en 1970 à moins de 50 000 de nos jours ; Diminution de la durée de séjour : plus de 250 en 1970 à moins de 29 de nos jours ; Plus de 60% des patients jamais hospitalisés ; Importante proportion de suivis en libéral, seulement 10% des patients en hospitalisation. Évolutions actuelles Pas de santé sans santé mentale : cela passe par la remédiation, la réhabilitation et le rétablissement. Intervention du professionnel de santé en faveur du rétablissement et de l'HAD/ambulatoire.								
En France	Troubles mentaux caractérisés : 25 à 33% de la population (ex : anxieux, dépression...). Troubles mentaux sévères : altérant fortement la qualité de vie et les capacités à s'inclure dans la société : 5% de la population. 1990 : redéfinition des modes d'hospitalisation en psychiatrie + loi sur les hospitalisations sans consentement mettant l'accent sur libertés individuelles. 1992 : création du diplôme d'état polyvalent. Entre 2000 et 2005 : doivent avoir leur accréditation. 2002 : accès sous certaines conditions à son dossier patient. 2011 : loi sur les soins sans consentement (permet en dehors d'une hospitalisation complète) suite aux sanctions de 2010 2013 : modifie et complète la loi de 2011 1,7 millions de personnes traitées en psychiatrie. <table border="0"><tr><td>Addiction : 15-60% ;</td><td>Anxieux : 15% ;</td></tr><tr><td>Troubles de la personnalité : 15% ;</td><td>Dépression : 10% ;</td></tr><tr><td>Troubles bipolaires : 1,5 à 2,5% ;</td><td>Troubles du spectre autistique : 1 à 2% ;</td></tr><tr><td>Schizophrénie et autres troubles psychotiques : 0,5 à 2% ;</td><td>Troubles du comportement alimentaire : 1% ;</td></tr></table>	Addiction : 15-60% ;	Anxieux : 15% ;	Troubles de la personnalité : 15% ;	Dépression : 10% ;	Troubles bipolaires : 1,5 à 2,5% ;	Troubles du spectre autistique : 1 à 2% ;	Schizophrénie et autres troubles psychotiques : 0,5 à 2% ;	Troubles du comportement alimentaire : 1% ;
Addiction : 15-60% ;	Anxieux : 15% ;								
Troubles de la personnalité : 15% ;	Dépression : 10% ;								
Troubles bipolaires : 1,5 à 2,5% ;	Troubles du spectre autistique : 1 à 2% ;								
Schizophrénie et autres troubles psychotiques : 0,5 à 2% ;	Troubles du comportement alimentaire : 1% ;								
Modes d'admission	<table border="1"><thead><tr><th data-bbox="288 920 571 954">SL (soins libres)</th><th data-bbox="571 920 1576 954">Le patient demande des soins et les accepte – représente 80%</th></tr></thead><tbody><tr><td data-bbox="288 954 571 1346" rowspan="3">Soins non consentis</td><td data-bbox="571 954 1576 1099">SDT ou SDTU : soins psy sur demande d'un tiers en urgence ou non - Présence de troubles mentaux ; - Impossibilité pour le patient de consentir aux soins - Nécessité de soins immédiats + surveillance médicale </td></tr><tr><td data-bbox="571 1099 1576 1267">SDRE : soins psy sur décision d'un représentant de l'état - Présence de troubles mentaux ; - Impossibilité pour le patient de consentir aux soins - Nécessité de soins immédiats + surveillance médicale - Atteinte à la sûreté des personnes ou à l'ordre public </td></tr><tr><td data-bbox="571 1267 1576 1346">SPI : soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers - En cas de péril immédiat </td></tr></tbody></table>	SL (soins libres)	Le patient demande des soins et les accepte – représente 80%	Soins non consentis	SDT ou SDTU : soins psy sur demande d'un tiers en urgence ou non - Présence de troubles mentaux ; - Impossibilité pour le patient de consentir aux soins - Nécessité de soins immédiats + surveillance médicale	SDRE : soins psy sur décision d'un représentant de l'état - Présence de troubles mentaux ; - Impossibilité pour le patient de consentir aux soins - Nécessité de soins immédiats + surveillance médicale - Atteinte à la sûreté des personnes ou à l'ordre public	SPI : soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers - En cas de péril immédiat		
SL (soins libres)	Le patient demande des soins et les accepte – représente 80%								
Soins non consentis	SDT ou SDTU : soins psy sur demande d'un tiers en urgence ou non - Présence de troubles mentaux ; - Impossibilité pour le patient de consentir aux soins - Nécessité de soins immédiats + surveillance médicale								
	SDRE : soins psy sur décision d'un représentant de l'état - Présence de troubles mentaux ; - Impossibilité pour le patient de consentir aux soins - Nécessité de soins immédiats + surveillance médicale - Atteinte à la sûreté des personnes ou à l'ordre public								
	SPI : soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers - En cas de péril immédiat								
Soins vs hospitalisation sans consentement	L'audience avec le juge nécessite de définir : - La clinique du discernement - L'éthique du consentement - La notion de liberté ⇒ Comment faire avec un patient dont les fonctions mentales et affectives sont défaillantes à cause de la pathologie								
Consentement	Notion philosophique et juridique dont l'évaluation est clinique Proche de la notion de discernement Nécessite une information préalable, une capacité d'apprendre et de prendre des décisions ainsi qu'un degré d'autonomie								
Impact sur la prise en charge	Aucun acte médical / ttt ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé sauf si pour les maladies mentales qui peuvent limiter / entraver les capacités du patient. Le consentement = décision valide = ne peut lui nuire / constituer une infraction. Si incapacité à s'exprimer alors il faut informer / prévenir les proches. Les soins réalisés sans consentement doivent être « adaptés, nécessaires et proportionnés »								

C'était l'intro du siècle ça





Évolutions législatives

Loi du 5 juillet 2011	Elle instaure les soins psychiatriques sans consentement avec deux principales modalités de soins sans consentement : - Les soins sans consentement en dehors de l'hospitalisation complète, avec un programme de soin - Les soins sans consentement en hospitalisation complète. Elle renforce les droits des patients : - Le patient reste un citoyen à part entière - Il doit être informé des modalités de soins, de ses droits, des voies possibles de recours. - Il doit être le plus possible associé aux décisions et aux soins le concernant.
Loi 2011	Relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?categorieLien=id&cidTexte=JORFTEXT000024312722 Diversification des modalités de soins sans consentement : introduction de la notion de soins ambulatoires sans consentement alternatif à l'hospitalisation complète et remplaçant les sorties d'essai ou séquentielles Période d'observation d'une durée maximum de 72h Suppression des sorties contre avis médical Obligation de réaliser un examen somatique complet par un médecin dans les 24h suivant l'admission prononcée par le directeur ... Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers, en urgence ou non (SDT ou SDTU) →3 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 médicale constante ou régulière Les formalités d'admission - Une demande d'admission manuscrite présentée par un tiers, datée et signée par la personne qui la formule et accompagnée d'une copie de sa carte d'identité - Deux certificats médicaux, datant de moins de 15 jours qui doivent être concordants et circonstanciés. Situation d'urgence →On s'abstient du tiers. Admission en SPI Admission en soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'état (SDRE) - Troubles mentaux - L'impossibilité pour le patient de consentir aux soins - La nécessité de soins et d'une surveillance médicale constante ou régulière L'atteinte à la sûreté des personnes
Loi 2013	https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027996629 Rétablissement des sorties non accompagnées Réduction délai à 12J pour rencontrer le juge : dans l'hôpital dans une salle dédiée.... Période d'observation d'une durée max de 72h Obligation d'un examen somatique complet dans les 24h après admission Juge exerce contrôle systématique

