

Recommandations pour la pratique clinique

**Modalités de prise de décision concernant
l'indication en urgence
d'une hospitalisation sans consentement
d'une personne présentant des troubles
mentaux**

AVRIL 2005

La Haute Autorité de santé diffuse un document réalisé par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé et validé par son Conseil scientifique en novembre 2004

Service des recommandations professionnelles

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de la HAS est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été finalisé en avril 2005.

Haute Autorité de santé (HAS)

Service communication

2, avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex – Tél. : 01 55 93 70 00 – Fax : 01 55 93 74 00

© 2005. Haute Autorité de santé (HAS)

Les recommandations sur le thème « Modalités de prise de décision en urgence concernant l'indication éventuelle d'une hospitalisation sans consentement d'un patient présentant des troubles mentaux » ont été élaborées à la demande de la Direction générale de la santé (DGS) et de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS).

Les sociétés savantes et associations suivantes ont été sollicitées pour participer à leur élaboration :

- Société française d'alcoologie
- Fédération française de psychiatrie
- Société française de thérapeutique du généraliste
- Centre de recherche et de documentation en médecine générale
- Collège national des généralistes enseignants
- Société française de médecine générale
- Société francophone de médecine d'urgence.

Elles ont été réalisées selon la méthode décrite dans le guide « Recommandations pour la pratique clinique – Base méthodologique pour leur réalisation en France », publié en 1999 par l'Anaes.

L'ensemble du travail a été coordonné par le D^r Christine GEFFRIER-D'ACREMONT, chef de projet, avec l'aide de M^{lle} Laetitia GOURBAIL et M^{lle} Sladana PRAIZOVIC, assistantes, sous la direction du D^r Patrice DOSQUET, responsable du service des recommandations professionnelles.

La recherche documentaire a été réalisée par M^{me} Emmanuelle BLONDET, documentaliste, sous la direction de M^{me} Rabia BAZI puis de M^{me} Frédérique PAGES, responsables du service documentation.

Les relecteurs tiennent à remercier les membres du comité d'organisation, du groupe de travail, du groupe de lecture et du Conseil scientifique de l'Anaes qui ont collaboré à ce travail.

COMITÉ D'ORGANISATION

M^{me} Évelyne BONNAFOUS, DHOS, Paris
M. Jean-Claude CHASTANET, DGS, Paris
D^r Carole DUPUY, psychiatre, Eaubonne
P^r Jean-Dominique FAVRE, psychiatre, Clamart
D^r Isabelle FERRAND, psychiatre, Paris
D^r Guy GOZLAN, psychiatre, association CDHP
France, Aulnay-sous-Bois

M^{me} Anne-Noëlle MACHU, DGS, Paris
D^r Jean-Marc PHILIPPE, réanimateur,
urgentiste, Aurillac
D^r Marc WEIL, psychiatre, Paris.

GROUPE DE TRAVAIL

D^r Guy GOZLAN, président du groupe de travail, psychiatre, association CDHP France, Aulnay-sous-Bois
D^r Carole DUPUY, chargée de projet, psychiatre, Eaubonne
D^r Marc WEIL, chargé de projet, psychiatre, Paris
D^r Christine GEFFRIER-D'ACREMONT, chef de projet, HAS, Saint-Denis.

M^{me} Aude CARIA, psychologue, Paris
M. David CAUSSE, directeur d'hôpital,
Fédération hospitalière de France, Paris
D^r Éric CHOMETTE, médecin de santé
publique, Paris
D^r Jacques DEROUET, psychiatre, Rennes
M^{me} Élisabeth GORIOT, cadre supérieur de
santé, Paris
D^r Yves HEMERY, psychiatre, Morlaix

D^r Patrick HERTGEN, urgentiste, brigade des
sapeurs pompiers, Paris
D^r Gilbert LECLERCQ, médecin urgentiste,
Bobigny
D^r Yves LE NOC, médecin généraliste,
Nantes
D^r Michael ROBIN, psychiatre, Plaisir
D^r Guillaume VAIVA, psychiatre, Lille.

GROUPE DE LECTURE

M^{me} Laurence AUTÉ, attachée d'administration hospitalière, Saint-Maurice
D^r Charles ALEZRAH, psychiatre, Thuir
M. Daniel BENAMOUZIG, sociologue, Paris, membre du Conseil scientifique de l'Anaes
M. Jean CANNEVA, représentant d'usagers, UNAFAM, Paris
D^r Hélène CARDOT, psychiatre, Colombes
D^r Jean-Raoul CHAIX, psychiatre, Bourges
M^{me} Katherine CORMIER, magistrat, Nanterre
D^r Olivier COTTENCIN, psychiatre, Lille
D^r Nicolas DANTCHEV, psychiatre, Paris
M. Jean-Louis DESCHAMPS, directeur d'hôpital adjoint, Avignon-Montfavet
D^r Sébastien DUFRAISE, urgentiste, Aurillac
M^{me} Marie-Françoise DUMAY, infirmière, Paris, membre du Conseil scientifique de l'Anaes
M^{me} Martine DUTOIT, représentante d'usagers, Advocacy France, Paris
D^r Francis EUDIER, psychiatre, Rennes
P^r Anne FAGOT-LARGEAULT, philosophe, psychiatre, Paris
P^r Jean-Dominique FAVRE, psychiatre, Clamart
D^r Francis FELLINGER, cardiologue, président de la conférence des présidents de CME des centres hospitaliers, Haguenau
M^{me} Claude FINKELSTEIN, représentante d'usagers, FNAPSY, Paris
D^r Christian GAY, psychiatre, Garches
D^r Jacques GLIKMAN, psychiatre, Épinay-sur-Seine
P^r Michel GOUDEMAND, psychiatre, Lille
D^r Marie-Jeanne GUEDJ, psychiatre, Paris
D^r Brigitte HABABOU, psychiatre, Grenoble
D^r Yvan HALIMI, pédopsychiatre, La Roche-sur-Yon

P^r Patrick HARDY, psychiatre, Le Kremlin-Bicêtre
D^r Michel HORASSIUS, psychiatre, Aix-en-Provence
D^r Louis JEHEL, psychiatre, Paris
D^r Carol JONAS, psychiatre, médecin légiste, Tours
D^r Serge KANNAS, psychiatre, Paris
M. Yann LE GOFF, commissaire de police, Paris
D^r Christian LE NGOC HUE, médecin urgentiste, brigade des sapeurs pompiers, Paris
P^r Jean-Louis LEJONC, médecine interne, gériatre, Créteil
P^r Michel LEJOYEUX, psychiatre, Paris
M^{me} Marie-Agnès LETROUIT, représentante d'usagers, association Schizo ? Oui ! présidente d'association de patients, Paris
D^r Michel LEVEQUE, médecin généraliste, Thann
D^r Pierre NOËL, psychiatre retraité, Paris
D^r Jean-Loup PECQUEUX, médecin généraliste, Épinal
D^r Jean-Marc PHILIPPE, réanimateur, médecin urgentiste, Aurillac
D^r Frédéric POCHARD, psychiatre, Paris
M^{me} Hélène STROHL, inspectrice générale des affaires sociales, Paris
D^r Jean-Paul TACHON, psychiatre, Neuilly-sur-Marne
D^r Jean-Pierre VALLÉE, médecin généraliste, Colleville-Montgomery
D^r Emmanuelle WOLLMAN, chargée de mission CNRS, Paris, membre du Conseil scientifique de l'Anaes
M^{me} Stéphanie WOOLEY, représentante d'usagers, France Dépression, Paris.

SOMMAIRE

RECOMMANDATIONS	9
MÉTHODE DE TRAVAIL.....	22
ARGUMENTAIRE.....	26
I. INTRODUCTION	26
I.1. Thème des recommandations	26
I.2. Hospitalisation sans consentement : une dérogation au principe général du consentement.....	27
II. QUELS SONT LES PATIENTS POTENTIELLEMENT CONCERNÉS ?	27
II.1. Cadre légal.....	27
II.2. Données épidémiologiques	28
II.3. Cas particuliers	32
II.4. Conclusion	33
III. QUEL EST L'IMPACT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT SUR LE PATIENT ET SUR SON ENTOURAGE ?.....	33
III.1. Impact de l'hospitalisation sans consentement sur le patient.....	33
III.2. Impact de l'hospitalisation sans consentement sur l'entourage du patient	36
III.3. Conclusion	36
IV. QUELS SONT LES INTERVENANTS CONCERNÉS (EN PRÉHOSPITALIER) ?	37
IV.1. Services d'urgences	37
IV.2. Médecine libérale	38
V. COMMENT FAIRE L'ÉVALUATION CLINIQUE, SOMATIQUE ET PSYCHIATRIQUE, INITIALE ?	41
V.1. Évaluation somatique (clinique et paraclinique).....	41
V.2. Examen psychiatrique.....	43
V.3. Prise en charge de l'agitation	44
VI. COMMENT ÉVALUER L'ENVIRONNEMENT FAMILIAL ET SOCIAL ET COMMENT FAVORISER L'IMPLICATION DE L'ENTOURAGE DANS LES SOINS ?	51
VI.1. Évaluation de l'environnement familial et social	51
VI.2. Favoriser l'implication de l'entourage	51
VI.3. Conclusion	51
VII. PEUT-ON FAVORISER L'OBTENTION DU CONSENTEMENT ?	51
VII.1. Rappels sur le consentement	51
VII.2. Nature du consentement.....	53
VII.3. Consentement au traitement.....	55

VII.4. Capacité à consentir	57
VII.5. Consentement des personnes âgées.....	66
VII.6. Consentement des incapables majeurs.....	67
VII.7. Consentement des patients sous l'emprise de toxiques ou de sédatifs.....	67
VII.8. Comment améliorer l'obtention du consentement ?	68
VIII. QUELLES SONT LES INDICATIONS D'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT ?.....	69
VIII.1. Textes réglementaires.....	69
VIII.2. Critères généraux à prendre en compte pour poser une indication d'hospitalisation sans consentement.....	69
VIII.3. Critères spécifiques à prendre en compte pour poser une indication d'hospitalisation sans consentement	70
VIII.4. Conclusion	73
IX. QUELLES SONT LES MODALITÉS D'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT ?.....	73
IX.1. Hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT).....	73
IX.2. Hospitalisation d'office	77
IX.3. Conclusion	78
IX.4. Information du patient et de son entourage sur les modalités d'hospitalisation sans consentement.....	79
IX.5. Hospitalisation des détenus	81
IX.6. Modalités de transport	81
IX.7. Accueil aux urgences	82
X. EXISTE-T-IL DES STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES QUI PERMETTRAIENT D'ÉVITER UNE HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT OU SA RÉCIDIVE ?	83
X.1. Centres médico-psychologiques (CMP).....	83
X.2. Intervention de crise et orientation vers une prise en charge dans une structure de soins de proximité (<i>assertive community treatment</i>).....	84
X.3. Centres de crise	84
X.4. Équipes mobiles d'intervention.....	85
X.5. Coordination de soins personnalisée (<i>case management</i>)	87
X.6. Hôpitaux de jour.....	87
X.7. Obligation de soins.....	88
X.8. Services téléphoniques.....	88
X.9. Réseaux de santé.....	88
X.10. Conclusion	88
XI. CONCLUSION ET PROPOSITIONS D' ACTIONS FUTURES	88
ANNEXE 1. MODÈLE DE CERTIFICAT : HOSPITALISATION SUR DEMANDE D'UN TIERS (PROCÉDURE NORMALE)	90

ANNEXE 1 (SUITE). MODÈLE DE CERTIFICAT : HOSPITALISATION SUR DEMANDE D'UN TIERS (PÉRIL IMMINENT).....	91
ANNEXE 2. MODÈLE DE CERTIFICAT : HOSPITALISATION D'OFFICE (PROCÉDURE NORMALE)	92
ANNEXE 2 (SUITE). MODÈLE DE CERTIFICAT : HOSPITALISATION D'OFFICE (PROCÉDURE D'URGENCE)	93
TEXTES RÉGLEMENTAIRES	94
RÉFÉRENCES.....	95

RECOMMANDATIONS

I. INTRODUCTION

I.1. Thème des recommandations

Les recommandations proposées sont destinées à tous les professionnels impliqués dans la mise en œuvre de l'hospitalisation sans consentement d'une personne majeure. Elles ont été élaborées à la demande de la Direction générale de la santé et de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Les mineurs ne sont pas concernés par ces recommandations.

I.2. Gradation des recommandations

Compte tenu du faible niveau de preuve apporté par la littérature disponible sur le thème, la totalité des recommandations ci-dessous relève d'un accord professionnel.

I.3. Hospitalisation sans consentement : une dérogation au principe général du consentement

La législation française, depuis la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, pose le consentement aux soins comme l'indispensable condition à toute prise en charge thérapeutique.

Le consentement aux soins s'inscrit de façon dynamique dans le développement d'une relation thérapeutique. Il n'a pas de caractère définitif et peut varier dans des intervalles de temps très courts chez les patients atteints de troubles mentaux, car leur conscience des troubles peut fluctuer au cours du temps, en particulier s'ils sont psychotiques.

La loi n° 90-527 du 27 juin 1990, relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, modifiée par la loi du 4 mars 2002, conserve donc toute son actualité et sa pertinence. Elle considère que c'est l'absence de soins qui crée préjudice au patient remplissant les conditions prévues par cette loi et non pas leur mise en œuvre autoritaire. Elle ne distingue pas l'obligation de soins de la contrainte par l'institution hospitalière (hospitalisation à temps plein ou sorties d'essai).

Son préambule rappelle que le consentement aux soins demeure la règle et que le recours à la contrainte doit rester l'exception.

L'impact négatif de l'hospitalisation sans consentement n'est pas bien étudié, mais ne serait pas à négliger. Il est donc utile de rappeler que la décision d'hospitalisation sans consentement doit être limitée au strict nécessaire.

La commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) et le procureur de la République veillent à ce que le patient bénéficie effectivement de soins et que le maintien à l'hôpital ne relève pas de la rétention arbitraire.

La participation de l'environnement familial et social à la mise en œuvre d'une hospitalisation sans consentement et sa nécessaire implication dans les soins sont peu évoquées dans la littérature. En particulier, les difficultés pouvant résulter d'une demande d'hospitalisation sans consentement rédigée par un tiers directement impliqué dans la relation avec la personne du fait de certaines pathologies (paranoïa) ou situations (conflit

conjugal ou familial) ne sont pas mentionnées. Ces difficultés semblent pourtant fréquentes.

I.4. Cadre légal

La loi du 27 juin 1990, modifiée par la loi du 4 mars 2002, est reprise dans les articles L. 3212-1 et suivants, L. 3213-1 et suivants du Code de la santé publique (www.ordmed.org) qui définissent le champ et les modalités d'application des mesures d'hospitalisation sans consentement.

Il existe 2 types d'hospitalisation sans consentement : l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) et l'hospitalisation d'office (HO).

Pour l'HDT, la loi se réfère à :

- la présence de troubles mentaux ;
- l'impossibilité de consentir à l'hospitalisation ;
- la nécessité de soins immédiats et d'une surveillance constante en milieu hospitalier.

Pour l'HDT d'urgence, elle introduit la notion de péril imminent, c'est-à-dire de risque de dégradation grave de l'état de la personne en l'absence d'hospitalisation.

Pour l'HO, elle se réfère à :

- la présence de troubles mentaux ;
- la nécessité de soins ;
- l'atteinte à la sûreté des personnes ou, de façon grave, à l'ordre public.

Dans la loi, il n'existe pas de critères pour définir la nécessité de soins. Il est donc recommandé de se référer aux critères cliniques et de recourir à l'hospitalisation sans consentement si le refus d'hospitalisation peut entraîner une détérioration de l'état du patient ou l'empêcher de recevoir un traitement approprié.

Contrairement à d'autres pays, la loi n'écarte *a priori* aucun diagnostic psychiatrique.

I.5. Données épidémiologiques

L'évaluation de la population concernée par l'hospitalisation sans consentement reste imprécise. Quelques grandes tendances sont décrites sur un plan épidémiologique :

- une tendance globale depuis 1992 à l'augmentation du nombre de mesures d'hospitalisations sans consentement, sans qu'il soit possible de savoir si le nombre de patients concernés est également en augmentation, les hospitalisations itératives d'un même patient étant comptabilisées comme des hospitalisations distinctes ;
- une stabilisation de la part relative des hospitalisations sans consentement dans le nombre total des hospitalisations en service de psychiatrie qui est passée de 11 % en 1992 à 13 % en 2001 ;
- une stabilisation du nombre d'HDT de plus de 3 mois depuis 1997 et du nombre d'HO de plus de 4 mois depuis 1992 ;
- des inégalités départementales sans explication démographique ou épidémiologique.

En Europe, la France et le Portugal sont les pays qui recourent le moins à l'hospitalisation sans consentement. Le taux d'hospitalisations sans consentement en France est 2,4 fois inférieur à celui de la Suède.

II. PRINCIPES GÉNÉRAUX DE PRISE EN CHARGE

Il est recommandé de prendre en charge sans délai tout patient relevant potentiellement d'une hospitalisation sans consentement.

Quand une décision d'hospitalisation sans consentement est envisagée pour un patient connu et/ou suivi, il est recommandé, pour une aide à la décision, de faire appel systématiquement à ses référents habituels :

- services hospitaliers de secteur ;
- centre médico-psychologique (CMP) ;
- psychiatre libéral ou médecin généraliste.

En l'absence de référent habituel ou en cas d'impossibilité à les joindre, il est recommandé de s'adresser, soit directement, soit par l'intermédiaire du Centre 15 (SAMU), à un psychiatre du service d'accueil des urgences ou du CMP le plus proche.

Une fois la décision d'hospitalisation sans consentement prise, sa réalisation concrète peut mobiliser de nombreux intervenants préhospitaliers et hospitaliers (intervenants médicaux et paramédicaux, forces de l'ordre, pompiers). Le recours à un coordonnateur (Centre15-SAMU, psychiatre du service d'accueil des urgences ou de l'établissement psychiatrique d'accueil ou du CMP) est recommandé afin de limiter la perte d'information, les erreurs ou les retards d'orientation.

Il est recommandé que soit raccourci autant que possible le circuit du patient en pré-hospitalier comme dans le service d'accueil des urgences.

Il est recommandé que soient mises en place des actions de formation initiale et continue des intervenants hospitaliers et préhospitaliers concernant :

- la loi du 27 juin 1990 modifiée par la loi du 4 mars 2002 ;
- les modalités de mise en œuvre d'une hospitalisation sans consentement ;
- la prise en charge immédiate d'un patient atteint de troubles psychiatriques.

III. ÉVALUATION DU PATIENT ET DE SON ENTOURAGE

Cette évaluation initiale se fait selon les cas, en amont de l'admission en milieu hospitalier ou lors de cette admission.

III.1. Évaluation clinique initiale (somatique et psychiatrique) du patient

Des particularités culturelles et/ou l'absence de maîtrise de la langue française chez le patient et/ou son entourage peuvent rendre cette évaluation particulièrement difficile. Elles sont à prendre en compte pour éviter des erreurs diagnostiques.

III.1.1. Examen somatique

L'examen somatique doit être réalisé dès que possible. Celui-ci doit comporter au minimum la mesure des paramètres suivants :

- vigilance ;
- pression artérielle ;
- pouls ;
- température ;
- fréquence respiratoire ;
- glycémie capillaire.

En cas d'agitation, la mesure de la SpO₂ (oxymétrie de pouls) est recommandée dès que possible.

La moindre anomalie significative doit conduire à une exploration plus approfondie en milieu hospitalier.

III.1.2. Place de la sédation

En cas de troubles du comportement avec réticence ou opposition du patient, une sédation peut être indiquée afin de faciliter la réalisation de l'examen somatique. Son administration vient toujours, sans s'y substituer, en complément d'une approche relationnelle pour laquelle une formation spécifique est utile. La sédation peut s'avérer d'emblée indispensable, au cas par cas.

Les classes thérapeutiques proposées pour la sédation sont :

- les neuroleptiques, efficaces en cas d'agitation, notamment psychotique, bien que le diagnostic ne soit pas toujours évident au moment où la sédation est appliquée (les neuroleptiques atypiques sont contre-indiqués en cas de démence) ;
- les benzodiazépines, utilisées sans méconnaître le risque de réactions paradoxales.

L'association benzodiazépine-neuroleptique semble renforcer la sédation, mais aussi la fréquence d'incidents iatrogènes.

Le choix de la molécule est modulé par l'anamnèse et le contexte. La voie intramusculaire est la plus habituelle en cas de refus de prise *per os*.

L'intervention de tiers peut être nécessaire pour :

- la réalisation concrète d'une injection ;
- la gestion de l'agitation ;
- voire une immobilisation.

L'immobilisation relève de la prescription médicale et doit être aussi bien codifiée que la contention physique prolongée tant en termes de mise en pratique (personnel compétent en nombre) que de surveillance (protocole, fiche de surveillance spécifique). Relativement aisée en milieu hospitalier, elle est plus complexe à mettre en œuvre au domicile et peut demander l'intervention des forces de l'ordre ou, par nécessité, des témoins présents (pompiers, proches, etc.). La sécurité du patient et des intervenants reste centrale et conditionne le mode d'intervention immédiat ou différé en attente de renfort.

Il est recommandé que les prescriptions préhospitalières (molécule, posologie, voie et lieu d'administration) soient notées sur le dossier du patient et/ou sur une fiche de liaison qui l'accompagnera. S'ils sont connus, le traitement habituel du patient et les coordonnées de son médecin traitant sont également notés.

III.1.3. Examen psychiatrique

L'examen psychiatrique doit être réalisé le plus tôt possible, dans un lieu calme et sécurisé. L'urgence à hospitaliser n'implique pas que le temps nécessaire à cet examen soit raccourci.

Il est recommandé que l'examen psychiatrique :

- évalue le risque suicidaire ;
- recherche :
 - les antécédents auto ou hétéro-agressifs,
 - les troubles du comportement et/ou de l'adaptation ;
- explore systématiquement :
 - la sphère cognitive (mémoire, orientation),
 - le contenu (idées délirantes, hallucinations) et le cours de la pensée (désorganisation, incohérence, tachy ou bradypsychie, c'est-à-dire accélération ou ralentissement du cours de la pensée).

III.2. Évaluation de l'environnement social et familial

Avant de prendre une décision d'hospitalisation sans consentement, il est recommandé d'évaluer la qualité et les capacités de compréhension et de soutien de l'entourage familial et social, en tenant compte de son possible épuisement physique et psychique. Même si une telle démarche peut prendre du temps, la dynamique collaborative mise en place avec l'entourage peut faciliter l'hospitalisation sans consentement.

Pour évaluer au mieux l'environnement familial et social, il est proposé :

- de développer les formations à la relation avec le patient atteint de troubles psychiatriques aigus et sa famille ;
- de favoriser le recours aux équipes d'intervention à domicile spécialisées en psychiatrie ;
- de développer des moyens d'accueil facilitant l'attente et l'identification de l'entourage ;
- d'encourager la présence d'assistants sociaux dans les services d'accueil des urgences.

IV. ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ À CONSENTIR

Il est recommandé d'évaluer la capacité à consentir à partir des 5 dimensions suivantes :

- capacité à recevoir une information adaptée ;
- capacité à comprendre et à écouter ;
- capacité à raisonner ;
- capacité à exprimer librement sa décision ;
- capacité à maintenir sa décision dans le temps.

Il est donc recommandé d'informer le patient :

- du caractère pathologique des troubles qu'il présente ;
- de leur retentissement possible ;
- des modalités et des conditions d'application du traitement nécessaire.

Dans le cas particulier des incapables majeurs, il est rappelé que :

- le consentement du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision ;
- ces patients ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée à leurs facultés ;
- comme l'étendue des pouvoirs du représentant légal en matière de consentement aux soins est peu claire dans les textes législatifs et la jurisprudence, le consentement d'un tuteur n'est pas un préalable obligatoire à la décision d'une hospitalisation sans consentement. Cependant, son information et son implication dans la mise en œuvre d'une hospitalisation sans consentement sont recommandées, au même titre que celles de l'entourage.

V. INDICATIONS D'UNE HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT

Pour apprécier la sévérité des troubles mentaux et la nécessité de soins immédiats, il est proposé de rechercher :

- un risque suicidaire ;
- un risque d'atteinte potentielle à autrui ;
- une prise d'alcool ou de toxiques associée ;
- un délire ou des hallucinations ;
- des troubles de l'humeur ;
- le degré d'incurie.

V.1. Risque suicidaire

Une hospitalisation sans consentement la plus rapide possible peut être indiquée devant une crise suicidaire « d'urgence élevée », c'est-à-dire pour un patient :

- décidé ; dont le passage à l'acte est planifié et prévu pour les jours qui viennent ;
- coupé de ses émotions, rationalisant sa décision ou très émotif, agité, troublé ;
- complètement immobilisé par la dépression ou dans un état de grande agitation ;
- dont la douleur et la souffrance psychique sont omniprésentes ou complètement tues ;
- ayant un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider (médicaments, arme à feu, etc.) ;
- ayant le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé ;
- très isolé.

Il faut également tenir compte de l'élément de dangerosité lié à l'accumulation de facteurs de risque, notamment l'âge (> 75 ans).

V.2. Atteinte potentielle à autrui

Le risque d'atteinte potentielle à autrui ne justifie pas à lui seul une mesure d'hospitalisation sans consentement. Selon la loi du 27 juin 1990, modifiée par la loi du 4

mars 2002, l'hospitalisation sans consentement doit être motivée par des troubles mentaux.

V.3. Prise d'alcool ou de toxiques

La prise d'alcool ou de toxiques, aiguë ou chronique, peut justifier une hospitalisation sans consentement à condition qu'elle soit associée à :

- des troubles psychiatriques ;
- et/ou des antécédents de passage à l'acte ;
- et/ ou un risque prévisible pour le patient et/ou pour autrui.

En cas d'intoxication aiguë nécessitant une hospitalisation, il est recommandé une prise en charge en première intention dans un service d'accueil des urgences, car le risque somatique est prédominant.

Il est recommandé d'évaluer l'indication d'hospitalisation sans consentement au décours de la prise en charge somatique de l'intoxication aiguë.

V.4. Délire

Le délire ne justifie pas à lui seul une mesure d'hospitalisation sans consentement mais il importe de tenir compte des critères de gravité suivants liés :

- au degré d'adhésion et de participation émotionnelle au délire (avec notion de passage à l'acte antérieur) ;
- au thème du délire : délire à thème de ruine ou culpabilité, de persécution avec persécuteur désigné, syndrome de Cottard (négarion d'un organe ou plus souvent négation de fonctionnement d'un organe voire négation de la personne), délire mégalomane, délire passionnel à thème de jalousie ou érotomanie (conviction délirante d'être aimé) ;
- au mécanisme du délire : automatisme mental avec idées et/ou actes imposés qui peuvent être à risque pour le patient ou pour autrui ;
- à l'association du délire avec un trouble du cours de la pensée (cf. § III.1.3) et/ou un état maniaque et/ou une prise d'alcool ou de toxiques.

V.5. Troubles de l'humeur

L'existence de troubles de l'humeur (en dehors des troubles dépressifs avec risque suicidaire déjà cités) comme l'exaltation maniaque avec tachypsychie, surtout si elle est associée à un délire mégalomane, peut justifier une hospitalisation sans consentement.

V.6. Incurie

L'incurie peut justifier une hospitalisation sans consentement à condition qu'elle soit associée à :

- des troubles cognitifs ;
- et/ou des troubles de l'humeur ;
- et/ou un délire et/ou des hallucinations.

VI. MODALITÉS D'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT

VI.1. Modalités d'hospitalisation sur demande d'un tiers

VI.1.1. Définition du tiers

Le tiers peut être toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient, c'est-à-dire :

- un membre de sa famille ou de son entourage ;
- une autre personne pouvant justifier de l'existence de relations antérieures à la demande, à l'exclusion des personnels soignants dès lors qu'ils exercent dans l'établissement d'accueil.

Selon les dernières données de la jurisprudence, le tiers demandeur doit être en mesure de justifier de l'existence de relations antérieures à la demande, lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt du patient. Ces relations peuvent être de nature personnelle ou professionnelle.

VI.1.2. Formulation de la demande du tiers

La demande du tiers doit être manuscrite, effectuée sur papier libre et signée par la personne qui la formule. Si cette dernière ne sait pas écrire, la demande est reçue par le maire, le commissaire de police ou le directeur de l'établissement qui en donne acte. Elle comporte les nom, prénoms, profession, âge et domicile tant de la personne qui demande l'hospitalisation que de celle dont l'hospitalisation est demandée et l'indication de la nature des relations qui existent entre elles ainsi que, s'il y a lieu, de leur degré de parenté.

Il est préférable que le tiers se rende, en même temps que le patient, dans l'établissement d'accueil afin d'attester de son identité et faciliter l'admission du patient.

VI.1.3. Certificats médicaux

Deux certificats médicaux datant de moins de 15 jours sont nécessaires. Pour chaque certificat, le médecin doit être thésé¹, inscrit au Conseil de l'Ordre des médecins ou être étudiant en médecine ayant obtenu une licence de remplacement.

Les médecins qui établissent les certificats ne doivent être ni parents (jusqu'au 4^{ème} degré) ni alliés entre eux, ni avec le directeur de l'établissement habilité à recevoir des patients hospitalisés sans leur consentement, ni avec le tiers demandeur ni avec le patient.

Le premier certificat ne peut pas être établi par un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil du patient. Le deuxième certificat n'est en rien lié par les constatations et les conclusions du premier.

Chaque certificat doit être rédigé de façon lisible et en langue française, sur papier libre (par exemple ordonnance en libéral ou ordonnance de l'hôpital avec nom, prénom et fonction du médecin et adresse de l'hôpital). Le certificat doit indiquer le nom, la date de naissance et la domiciliation du patient. Comme il n'est pas couvert par le secret médical, il doit être rédigé en termes simples, en évitant les termes techniques et les hypothèses diagnostiques.

¹ Sauf pour les médecins militaires qui ne sont pas inscrits à l'Ordre des médecins et peuvent prononcer une mesure d'hospitalisation sans consentement.

Pour rédiger le certificat, il est nécessaire :

- que le médecin examine et constate par lui-même les troubles mentaux présentés : il est donc nécessaire qu'il s'entretienne avec le patient ou au moins tente de le faire ;
- que lorsque le patient ne peut être abordé ou approché et ce de façon exceptionnelle, le certificat le mentionne et précise l'origine des faits rapportés, sans identification des personnes rapportant les faits ;
- que les faits soient circonstanciés : le médecin doit décrire les symptômes évoquant l'existence de troubles mentaux et les attitudes susceptibles de mettre le patient en péril ;
- que le médecin précise que les troubles du patient rendent impossible son consentement.

Les certificats doivent être adressés au directeur de l'établissement d'accueil. Il est possible de les adresser par fax, à condition que les originaux lui parviennent dans les 24 heures.

VI.1.4. En cas de péril imminent

À titre exceptionnel et uniquement en cas de péril imminent pour le patient, le directeur de l'établissement peut prononcer l'admission au vu d'un seul certificat médical émanant d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil. La demande du tiers reste bien sûr indispensable. Dans ce cas, le certificat doit faire apparaître les risques de péril imminent, c'est-à-dire l'immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient.

VI.2. Modalités d'hospitalisation d'office

VI.2.1. En dehors de l'urgence

L'HO est prononcée par arrêté par le préfet de police à Paris ou le préfet dans les autres départements, au vu d'un certificat médical circonstancié.

Les modalités de rédaction du certificat médical pour l'HO sont identiques à celles préconisées pour les certificats nécessaires à l'HDT en précisant que les troubles mentaux du patient nécessitent des soins immédiats et compromettent de façon grave la sûreté des personnes et l'ordre public.

Le certificat ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil du patient.

VI.2.2. En urgence

En cas de danger immédiat pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique, le maire ou à Paris le commissaire de police peuvent ordonner en urgence des mesures provisoires, qui dans la pratique prennent le plus souvent la forme d'une HO.

Il est recommandé que la décision s'appuie sur un certificat médical, même si la loi ne l'impose pas, plutôt que sur un simple avis. Un médecin peut être mandaté par le maire ou le commissaire de police pour le rédiger, dès que la situation le permet. Le certificat doit mentionner que le patient, par son comportement, constitue un danger imminent pour la sûreté des personnes ou pour l'ordre public.

VI.3. Information du patient et de sa famille sur les modalités de l'hospitalisation sans consentement

Il est recommandé de donner aux familles et à l'entourage des patients hospitalisés sans leur consentement une information sur la loi du 27 juin 1990 modifiée par la loi du 4 mars 2002 et sur ses modalités d'application.

En cas d'HDT, si le patient souhaite connaître l'identité ou l'adresse du tiers, il est recommandé que ce soit le psychiatre qui suit le patient pendant son hospitalisation qui apprécie au cas par cas le rapport bénéfices/risques de cette divulgation. En cas de doute, il est recommandé de solliciter l'avis de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques. Cette divulgation s'insère dans le cadre de l'accompagnement du patient.

En cas d'HO, il est rappelé que la décision administrative doit être notifiée au patient. En cas de risque pour la sécurité du médecin certificateur, il est recommandé de le signaler au préfet pour qu'il en tienne compte dans la rédaction de l'arrêté préfectoral.

Il est recommandé que tout médecin connaisse les modalités, définies par la loi du 4 mars 2002 et son décret d'application du 21 mai 2003, qui permettent au patient d'accéder à son dossier médical. Le patient peut avoir accès à son dossier médical soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin de son choix, après en avoir fait la demande auprès :

- du responsable de l'établissement ;
- d'un professionnel de santé de l'établissement ;
- de l'hébergeur de son dossier.

À titre exceptionnel, en cas de risque d'une gravité particulière, la consultation des informations recueillies dans le cadre d'une HDT ou d'une HO peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le patient demandeur. En cas de refus du patient demandeur, la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie. Son avis s'impose aux détenteurs des informations comme au patient demandeur.

VI.4. Choix de l'établissement et du service d'accueil

Il est recommandé que les patients ayant des troubles somatiques aigus associés à des troubles mentaux, en particulier dans le cadre des intoxications aiguës, fassent l'objet, pour le temps de résolution de leur problème somatique, d'une prise en charge initiale dans un service d'accueil et d'urgences.

L'hospitalisation directe d'un patient en service de psychiatrie depuis son domicile n'est possible qu'en cas de pathologie psychiatrique identifiée et d'un examen somatique sans anomalie significative.

VI.5. Modalités de transport

Selon l'article L. 3222-1-1 du Code de la santé publique, les personnes relevant d'une HO ou d'une HDT peuvent être transportées à l'établissement d'accueil sans leur consentement et lorsque cela est strictement nécessaire par des moyens adaptés à l'état de la personne. Ce transport doit être assuré par un transporteur sanitaire agréé. Selon l'article L. 3211-3 du même code, les restrictions aux libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par l'état de la personne et la mise en œuvre du traitement prescrit.

En cas d'HDT, le transport ne peut avoir lieu qu'après établissement d'au moins un certificat médical et la demande du tiers.

Il est recommandé que la régulation du transport se fasse à partir du Centre 15 (SAMU) qui coordonne les modalités de transport avec les intervenants pré et post-hospitaliers, les transporteurs sanitaires et le médecin présent dans l'établissement d'accueil.

VI.6. Modalités d'accueil en milieu hospitalier

Les modalités préconisées au § III. 1 s'appliquent également à cet accueil.

Afin de ne pas retarder l'examen psychiatrique, il est proposé que soient facilitées :

- l'orientation au sein des services d'accueil des urgences ;
- la présence dans ces structures d'infirmiers ayant des compétences en psychiatrie.

Il est recommandé de développer dans les services qui accueillent des patients relevant potentiellement d'une hospitalisation sans consentement des protocoles de prise en charge de ces patients afin de mieux assurer :

- la coordination d'amont et d'aval avec les services de secteurs existants ;
- l'examen somatique et le bilan paraclinique ;
- l'évaluation de l'état psychiatrique du patient ;
- l'évaluation de l'entourage et son information ;
- les mesures de surveillance, d'immobilisation ou de contention ;
- la formation du personnel soignant ;
- la promotion de la diffusion de dépliants d'informations relatives à l'hospitalisation psychiatrique.

VII. CONCLUSION ET PROPOSITIONS D' ACTIONS FUTURES

Il est nécessaire d'engager rapidement la réalisation d'études et d'analyses épidémiologiques sur l'hospitalisation sans consentement afin de compenser le manque de données exploitables.

Compte tenu des difficultés actuelles de mise en œuvre d'une hospitalisation sans consentement, il est proposé :

- de réfléchir aux moyens facilitant la demande par un tiers ;
- de clarifier la notion de trouble grave à l'ordre public pour une HO ;
- de promouvoir une réflexion et des expériences « pilotes » sur le bénéfice d'une période d'observation, dont la durée reste à déterminer, avant de statuer définitivement sur une indication d'hospitalisation sans consentement ;
- d'évaluer le rôle que pourraient jouer des équipes d'intervention à domicile (équipe mobile d'intervention) ou des dispositifs d'accueil en cas de crise dans la prévention des récurrences d'hospitalisation sans consentement ;
- de réfléchir sur les évolutions sociales et en particulier sur la place des élus locaux dans la politique de santé mentale ;
- d'associer les professionnels de santé à toute réflexion concernant une éventuelle modification législative dans le domaine de l'hospitalisation sans consentement ;

- de faciliter la diffusion de ces recommandations et de documents d'information sur l'hospitalisation sans consentement ;
- de promouvoir la collaboration avec les associations d'usagers et les représentants des familles des patients ;
- de faciliter le traitement des plaintes adressées aux CDHP et au procureur de la République par les patients hospitalisés sans leur consentement et par leur famille.

Textes réglementaires

Loi n° 68-5 du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs.

Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

Circulaire n° 39-92 DH.PE/DGS.3C du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques.

Charte du patient hospitalisé. Annexée à la circulaire ministérielle n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Décret n° 2003-462 du 21 mai 2003 abrogeant le décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du Code de la santé publique.

Circulaire DHOS/O1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

Circulaire DGS/6C n° 2004/237 du 24 mai 2004 relative au rapport d'activité de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques pour l'année 2003.

Circulaire DGS/SD6C n° 2005-88 du 14 février 2005 relative à la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).

MÉTHODE DE TRAVAIL

I. MÉTHODE GÉNÉRALE DE RÉALISATION DES RPC

Ces recommandations professionnelles ont été élaborées selon la méthode des recommandations pour la pratique clinique, publiée par l'Anaes. Les sociétés savantes concernées par le thème, réunies au sein du comité d'organisation, ont été consultées pour délimiter le thème de travail, connaître les travaux réalisés antérieurement sur le sujet et proposer des professionnels susceptibles de participer aux groupes de travail et de lecture. Les recommandations ont été rédigées par le groupe de travail, au terme d'une analyse de la littérature scientifique et d'une synthèse de l'avis des professionnels consultés.

L'Anaes a constitué un groupe de travail en réunissant des professionnels multidisciplinaires, ayant un mode d'exercice public ou privé, et d'origine géographique variée. Ce groupe de travail comprenait un président, qui en a coordonné les travaux, et 2 chargés de projet, qui ont, avec le chef de projet de l'Anaes, identifié, sélectionné, analysé et synthétisé la littérature scientifique utilisée pour rédiger l'argumentaire et les recommandations, discutées et élaborées avec le groupe de travail.

Un groupe de lecture, composé selon les mêmes critères que le groupe de travail, a été consulté par courrier et a donné un avis sur le fond et la forme des recommandations, en particulier sur leur lisibilité et leur applicabilité. Les commentaires du groupe de lecture ont été analysés par le groupe de travail et pris en compte chaque fois que possible dans la rédaction des recommandations.

Les recommandations ont été discutées par le Conseil scientifique, section évaluation, de l'Anaes, et finalisées par le groupe de travail.

Un chef de projet de l'Anaes a coordonné l'ensemble du travail et en a assuré l'encadrement méthodologique.

Une recherche documentaire approfondie a été effectuée par interrogation systématique des banques de données bibliographiques médicales et scientifiques sur une période adaptée à chaque thème. En fonction du thème traité, elle a été complétée par l'interrogation d'autres bases de données spécifiques et/ou économiques si besoin. Une étape commune à toutes les études consiste à rechercher systématiquement les recommandations pour la pratique clinique, conférences de consensus, articles de décision médicale, revues systématiques, méta-analyses et autres travaux d'évaluation déjà publiés au plan national et international. Tous les sites Internet utiles (agences gouvernementales, sociétés savantes, etc.) ont été explorés. Les documents non accessibles par les circuits conventionnels de diffusion de l'information (littérature grise) ont été recherchés par tous les moyens disponibles. Par ailleurs, les textes législatifs et réglementaires pouvant avoir un rapport avec le thème ont été consultés. Les recherches initiales ont été mises à jour jusqu'au terme du projet. L'examen des références citées dans les articles analysés a permis de sélectionner des articles non identifiés lors de l'interrogation des différentes sources d'information. Enfin, les membres des groupes de travail et de lecture ont transmis des articles de leur propre fonds bibliographique. Les langues retenues sont le français et l'anglais.

Le paragraphe « Recherche documentaire » présente le détail des sources consultées ainsi que la stratégie de recherche.

Chaque article sélectionné a été analysé selon les principes de lecture critique de la littérature à l'aide de grilles de lecture, ce qui a permis d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique. Sur la base de cette analyse de la littérature, le groupe de travail a proposé, chaque fois que possible, des recommandations. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par l'Anaes (voir *tableau*). En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel.

Tableau : Grade des recommandations.

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)	Grade des recommandations
--	----------------------------------

Niveau 1	A
-----------------	---

Essais comparatifs randomisés de forte puissance Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés Analyse de décision basée sur des études bien menées	Preuve scientifique établie
--	-----------------------------

Niveau 2	B
-----------------	---

Essais comparatifs randomisés de faible puissance Études comparatives non randomisées bien menées Études de cohorte	Présomption scientifique
---	--------------------------

Niveau 3	C
-----------------	---

Études cas-témoins	Faible niveau de preuve
--------------------	-------------------------

Niveau 4	
-----------------	--

Études comparatives comportant des biais importants Études rétrospectives Séries de cas	
---	--

II. RECHERCHE DOCUMENTAIRE

II.1. Sources d'informations

Bases de données bibliographiques automatisées :

- Medline (*National library of medicine*, États-Unis)
- Embase (Elsevier, Pays-Bas)
- PsycINFO
- Pascal (CNRS-INIST, France).

Autres sources :

- *Cochrane Library* (Grande-Bretagne),
- *National guideline clearinghouse* (États-Unis)
- HTA Database (*International network of agencies for health technology assessment - INAHTA*)
- sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié

- BDSP (Banque de données en santé publique, Rennes)
- Internet : moteurs de recherche.

II.2. Stratégie de recherche

La stratégie d'interrogation de Medline, Embase et Pascal précise les termes de recherche utilisés pour chaque sujet ou type d'étude et la période de recherche.

Les termes de recherche sont soit des termes issus d'un thesaurus (descripteurs du MESH pour Medline), soit des termes du titre ou du résumé (mots libres).

Ils sont combinés en autant d'étapes que nécessaire à l'aide des opérateurs « ET » « OU » « SAUF ».

Une présentation synthétique sous forme de tableau reprend les étapes successives et souligne les résultats en termes de :

- nombre total de références obtenues ;
- nombre d'articles analysés ;
- nombre d'articles cités dans la bibliographie finale.

Tableau : Stratégie de recherche documentaire.

Type d'étude/sujet	Termes utilisés	Période de recherche
Recommandations		
Étape 1	<i>Mental emergency</i> (dans le titre) OU <i>Psychiatric emergency</i> (dans le titre) OU <i>Emergency services, psychiatric</i> OU [(<i>Emergency nursing</i> OU <i>Emergency medical services</i> OU <i>Emergency services</i> OU <i>forced hospitalisation</i> OU <i>Restraint</i>) ET <i>Psychiatry!</i> OU <i>Mental disorders</i> OU <i>Mental health services</i>]	1993-2003
ET		
Étape 2	<i>Guideline*</i> OU <i>Practice guideline</i> OU <i>Health planning guideline</i> OU <i>Recommendation</i> [titre] OU <i>Consensus development conference</i> OU <i>Consensus development conference, NIH</i> OU <i>Consensus conference</i> [titre] OU <i>Consensus statement</i> [titre]	
Méta-analyses, revues de littérature		
Étape 1		
ET		
Étape 3	<i>Meta analysis</i> OU <i>Review literature</i> OU <i>Literature review</i> OU <i>Systematic review</i>	
L'hospitalisation volontaire ou involontaire		
		Sans limite
Étape 4	<i>Involuntary hospitalization</i> (dans le titre) OU <i>Voluntary hospitalization</i> (dans le titre)	
La capacité à consentir		
		Sans limite
Étape 5	<i>Mental competency</i> ET <i>Psychiatry</i>	
La littérature française sur le sujet (BDSP, Pascal)		
		Sans limite
Étape 6	Hospitalisation forcée OU Urgence psychiatrique OU Contrainte OU Hospitalisation sous contrainte OU HO OU HDT OU Hospitalisation sans consentement	
Nombre total de références obtenues		790
Nombre total d'articles analysés		410
Nombre d'articles cités		96

ARGUMENTAIRE

I. INTRODUCTION

I.1. Thème des recommandations

Ces recommandations pour la pratique clinique ont été élaborées à la demande de la Direction générale de la santé (DGS) et de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS).

Les questions auxquelles ces recommandations répondent sont les suivantes :

- Quels sont les patients potentiellement concernés par l'hospitalisation sans consentement ?
- Quels sont les intervenants concernés en préhospitalier ?
- Comment apprécier la capacité à consentir aux soins ?
- Comment favoriser l'obtention du consentement ?
- Comment évaluer l'environnement familial et social et comment favoriser l'implication de l'entourage à la décision de soins ?
- Quelles sont les indications de l'hospitalisation sans consentement, hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) ou hospitalisation d'office (HO) ?
- Peut-on proposer des alternatives à l'hospitalisation sans consentement ?
- Quelles sont les modalités de mise en œuvre d'une hospitalisation sans consentement (rédaction des certificats, modalités de transport, modalités d'accueil hospitalier) ?

Les membres du groupe de travail tiennent à souligner la nécessité d'élaborer des recommandations sur l'hospitalisation sans consentement malgré la complexité du cadre législatif existant. Les difficultés d'application de la loi du 27 juin 1990 modifiée par la loi du 4 mars 2002 ont été notées dans le texte et reprises dans la conclusion de l'argumentaire.

Compte tenu de ces difficultés d'application, le groupe de travail recommande que cette loi soit largement expliquée. Mais il ne souhaite pas émettre de propositions concrètes de révision car cela ne relève pas de sa mission.

Cependant, une proposition émise dans le rapport issu de la mission confiée en 2003 aux D^{rs} Cléry-Melin, Pascal et Kovess par le ministre de la Santé a paru intéressante au groupe de travail (1). Ce rapport préconise, à régime juridique constant, la mise en place d'une période d'observation de 72 heures maximum, dans des unités intersectorielles d'accueil, unités à créer, distinctes des services d'accueil des urgences.

Cette proposition reprend une des propositions émises en 1997 par le groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990 présidé par M^{me} Strohl (2). Le groupe avait proposé de faciliter un accès aux soins par l'instauration d'une période d'orientation et d'observation de 72 heures pour les malades relevant potentiellement d'une hospitalisation sans consentement, « afin que l'urgence ne soit pas l'occasion d'instaurer un régime hors droit mais que l'accès au système de soins soit rapide et le moins traumatisant possible pour le malade ».

Le rapport des D^{rs} Piel et Røelandt avait conclu en 2001 à l'intérêt d'une période d'observation et de soins de 72 heures, afin d'évaluer la nécessité de soins. Mais cette période a été prévue pour s'insérer dans le cadre d'une loi déspecifiée pour l'obligation de

soins psychiatriques, loi qui s'appliquerait à toute personne dont les troubles nécessitent des soins immédiats et qui constitue un danger sanitaire pour elle-même et/ou pour autrui et qui refuse ou est empêchée de consentir à ces soins (3).

I.2. Hospitalisation sans consentement : une dérogation au principe général du consentement

La législation française, depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, pose le consentement aux soins comme l'indispensable condition à toute prise en charge thérapeutique.

Toutefois, la loi du 27 juin 1990 modifiée par la loi du 4 mars 2002 conserve toute son actualité et sa pertinence en matière de traitement des troubles mentaux. Son préambule rappelle que le consentement aux soins demeure la règle et que le recours à la contrainte doit rester l'exception, compte tenu de la dimension particulière de l'abolition du discernement qui prévaut au cours de maintes décompensations psychiatriques. Dès lors, la législation française fait du soin la priorité, quand bien même il doit se voir appliqué sans le consentement du patient et/ou sous la pression de l'urgence.

La question de l'impact négatif de l'hospitalisation sans consentement a été posée. Il paraît utile de rappeler que les indications de cette hospitalisation doivent être limitées au strict nécessaire, même si l'hospitalisation sans consentement ne peut dans certains cas être dissociée du traitement car elle en fait intégralement partie.

Dans un article sur l'éthique de la contrainte en psychiatrie, Barthélémy (4) a repris deux citations d'Henri Hey :

- « la maladie mentale est une pathologie de la liberté »,
- « le but de la psychiatrie est la désaliénation du sujet ».

C'est donc l'absence de soins qui crée préjudice au patient dans les conditions pré-requises, et non pas leur mise en œuvre autoritaire.

La loi du 27 juin 1990 modifiée par la loi du 4 mars 2002 ne distingue pas, au contraire des pays de droit anglo-saxon, l'obligation de soins de l'hospitalisation sans consentement (hospitalisation à temps plein ou sorties d'essai).

L'instance de contrôle, commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP), ou le tribunal veillent à ce que le maintien à l'hôpital du patient ne relève ni de l'arbitraire ni de la rétention, dans le respect de sa dignité. La composition des CDHP et leur rôle dans l'accès aux informations personnelles recueillies dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement ont été précisés par la circulaire DGS/SD6C n° 2005-88 du 14 février 2005.

La question de l'évaluation de l'environnement social et familial et de sa participation aux soins est peu évoquée dans la littérature. En particulier, il n'est pas fait référence aux difficultés relationnelles qui peuvent résulter d'une demande d'hospitalisation sans consentement impliquant un tiers de l'entourage proche du patient, par exemple en cas de paranoïa du patient ou en cas de conflit conjugal ou familial.

II. QUELS SONT LES PATIENTS POTENTIELLEMENT CONCERNÉS ?

II.1. Cadre légal

La loi du 27 juin 1990 modifiée par la loi du 4 mars 2002 est reprise dans les articles L. 3212-1 et suivants, L. 3213-1 et suivants du Code de la santé publique.

Elle définit de manière restrictive le champ d'application des mesures d'hospitalisation sans consentement.

Pour l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT), la loi se réfère à :

- la présence de troubles mentaux ;
- l'impossibilité de consentir à l'hospitalisation ;
- la nécessité de soins immédiats et d'une surveillance constante en milieu hospitalier.

Pour l'HDT d'urgence, elle introduit la notion de péril imminent, c'est-à-dire de risque de dégradation grave de l'état de la personne, en cas de non-hospitalisation.

Pour l'hospitalisation d'office (HO), elle se réfère à :

- la présence de troubles mentaux ;
- la nécessité de soins ;
- l'atteinte à la sûreté des personnes, ou de façon grave, à l'ordre public.

Il n'existe pas, dans les termes de la loi, de critère pour définir au mieux la nécessité de soins. Il est donc recommandé de se référer aux critères cliniques et de recourir à l'hospitalisation sans consentement si l'absence d'hospitalisation peut entraîner une détérioration de l'état du patient ou l'empêcher de recevoir un traitement approprié. Contrairement à d'autres pays, la loi n'écarte *a priori* aucun diagnostic psychiatrique.

II.2. Données épidémiologiques

II.2.1. Données internationales

Une étude rétrospective sur un registre national a été réalisée en Israël (5). Ce registre comprend des données démographiques, cliniques et administratives détaillées pour toutes les hospitalisations psychiatriques. Pour la période allant de 1983 à 1988, la moyenne annuelle d'hospitalisations en milieu psychiatrique a été de 11 800 dont 17 % d'hospitalisations sans consentement. Les patients de sexe masculin étaient majoritaires parmi les patients hospitalisés en psychiatrie et représentaient 88 % des patients hospitalisés sans leur consentement. Les indications d'hospitalisation sans consentement ne s'appuyaient pas sur des critères diagnostiques mais sur des critères symptomatiques. Les 2 critères les plus fréquents pour justifier une hospitalisation sans consentement étaient le caractère dangereux du patient et/ou la consommations de drogues. Une comparaison directe avec le système français est aléatoire car il existe 6 procédures d'hospitalisation sans consentement en Israël.

Le rapport de la Commission européenne sur les législations comparées sur l'hospitalisation sans consentement en psychiatrie de 2002 (6) permet quelques comparaisons au niveau des pays de la Communauté européenne.

Le nombre moyen d'hospitalisations sans consentement montre une grande variabilité selon les pays. Toutefois, la grande diversité des législations, du mode de recueil des données et des années étudiées (entre 1997 et 2000 selon les pays) ne permet pas de comparaisons directes.

Les chiffres vont de 6 hospitalisations sans consentement pour 100 000 habitants qui représentent 3,2 % du total des hospitalisations psychiatriques au Portugal à 218 pour 100 000 habitants qui représentent 21,6 % du total des hospitalisations psychiatriques en Finlande. En termes de pourcentage des hospitalisations psychiatriques, seul le pourcentage des hospitalisations sans consentement en Suède (30 %) est supérieur à

celui de la Finlande. En France, le taux est de 11 hospitalisations sans consentement pour 100 000 habitants, ce qui représente 12,5 % des hospitalisations psychiatriques.

Dans tous les pays de la Communauté européenne, il a été noté une prédominance masculine parmi les patients hospitalisés sans leur consentement (en Belgique, en France et aux Pays-Bas, il y a 69 % d'hommes parmi les patients hospitalisés sans leur consentement), sauf dans les pays nordiques et au Royaume-Uni et en Suède où le *sex-ratio* est proche de 1 (égal à 1 en Suède).

Sur le plan diagnostique et avec les mêmes réserves que pour le nombre d'hospitalisations sans consentement, les critères et les chiffres étaient plus cohérents entre les États de la Communauté européenne. Les diagnostics justifiant une hospitalisation sans consentement étaient les suivants :

- psychoses en premier lieu (de 30 % environ en Belgique, au Danemark, en Irlande et aux Pays-Bas à 50 % environ en France et en Finlande) ;
- troubles de l'humeur (12 % à 25 %) et de la personnalité (7 % à 10 %) ;
- addictions (environ 12 % à 15 %), sauf en Belgique où les toxicomanies sont au second rang (25 %) et en Finlande où les troubles de l'humeur n'apparaissent pas et ceux de la personnalité sont très minoritaires (2,8 %).

II.2.2. Données françaises

Le rapport de la Communauté européenne sus-cité (6) a consacré un chapitre aux particularités françaises. En 1999, le pourcentage de ce type d'hospitalisation comparé au total du nombre d'hospitalisations psychiatriques était de 12,5 %, soit 55 740 HDT et 8 508 HO, en légère augmentation par rapport à 1998. L'augmentation globale du nombre d'hospitalisations sans consentement a été beaucoup plus importante entre 1988 et 1998, puisque leur nombre s'est accru de 57 % (+ 77 % pour les HDT, + 33 % pour les HO). Selon ce rapport, la durée moyenne d'hospitalisation en HDT est en apparence décroissance.

Des données plus récentes, issues de la circulaire DGS/6C n° 2004/237 du 24 mai 2004 relative au rapport d'activité de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques pour l'année 2003 (transmission du rapport d'activité pour les années 2000 et 2001 avec le bilan national), ont confirmé cette augmentation.

Il a été prononcé sur la France entière :

- en 2000, 71 697 mesures d'hospitalisations sans consentement, sur 100 départements, dont 62 560 mesures d'HDT et 9 171 mesures d'HO ;
- en 2001, 72 519 hospitalisations sans consentement, sur 99 départements, dont 62 894 mesures d'HDT et 9 625 mesures d'HO.

Pour les mesures d'HDT, les HDT effectuées selon la procédure d'urgence en raison d'un péril imminent représentaient :

- en 2000, 37,4 % des HDT totales (sur 90 départements) ;
- en 2001, 40 % des HDT totales (sur 90 départements également).

Le pourcentage des HDT prononcées en urgence était très variable selon les départements :

- 56 % des départements avaient un taux d'HDT d'urgence inférieur à 40 % des HDT totales. Ces départements représentaient 51 % des mesures d'HDT totales prononcées en France ;

- 33 % des départements avaient un taux d'HDT d'urgence inférieur à 20 % des HDT totales ;
- 30 % des départements avaient un taux d'HDT d'urgence supérieur ou égal à 40 % des HDT totales Ces départements représentaient 40 % des mesures d'HDT totales prononcées en France.

Les HDT supérieures à 3 mois représentaient, en 2000, 15,4 % des mesures d'HDT (sur 83 départements), et en 2001, 16,6 % des mesures d'HDT (sur 80 départements).

Les levées d'HDT représentaient, en 2000 comme en 2001, environ 92 % des HDT prononcées.

Pour les mesures d'HO, l'augmentation observée entre 2000 et 2001 est probablement sous-estimée. En effet, les données fournies par la CDHP de Paris pour l'année 2001 sont des données partielles : seules 41 mesures d'HO ont été comptabilisées, alors que 222 mesures d'HO l'avaient été en 2000. Selon la circulaire de la Direction générale de la santé déjà citée, les données concernant la situation des hospitalisations sans consentement, et plus particulièrement des HO, sont difficiles à interpréter pour les raisons suivantes :

- la spécificité de la compétence du préfet de police et des commissaires de police ;
- l'hospitalisation de la plupart des patients domiciliés à Paris dans d'autres départements de la région Ile-de-France ;
- et enfin la compétence territoriale des CDHP.

Les mesures d'HO prises en raison d'un danger imminent après une mesure provisoire du maire, ou, à Paris, des commissaires de police, représentaient 65,8 % des mesures d'HO totales en 2000 et 68,8 % en 2001.

Les mesures d'HO renouvelées au quatrième mois représentaient, en 2001, 31,8 % des mesures d'HO totales (sur 83 départements).

Les levées d'HO représentaient 93,5 % du nombre total des mesures d'HO en 2000 et étaient supérieures au nombre total d'HO en 2001.

Ces estimations ne soulignent pas les fortes disparités interdépartementales pour le nombre total de mesures d'hospitalisations sans consentement (1 à 4,6 en 2000 et 1 à 4,7 en 2001 pour les HDT, 1 à 14 en 2000 et de 1 à 11,8 en 2001) dont les raisons restent inexplicables (cf. annexe 1).

Selon le rapport de la Communauté européenne sus-cité (6), en France, sur le plan diagnostique, seuls sont disponibles des chiffres partiels provenant d'études de faisabilité préliminaires. Il a été retrouvé en 1997/1998, sur un échantillon de patients (dont les modalités de constitution ne sont pas précisées), les motifs d'hospitalisation sans consentement suivants selon la classification CIM-10 :

- 50 % de psychoses (F2x) ;
- 12,5 % de troubles de l'humeur (F3x) ;
- 12 % d'abus de substances (F1x) ;
- 10,6 % de troubles de la personnalité et du comportement (F4x) ;
- et 2,9 % de retard mental (F7x).

Sur le même échantillon, on retrouve un pourcentage de 69 % environ d'hommes, proportion encore plus importante si l'on ne considère que les HO.

II.2.3. Évolution des hospitalisations sans consentement depuis 1992 en France

Ces données sont issues de la circulaire DGS/6C n° 2004/237 du 24 mai 2004 déjà citée.

— *Évolution sur 5 ans (1997-2001)*

Entre 1997 et 2001, il a été observé une augmentation du nombre :

- d'hospitalisations sans consentement : + 19,4 % ;
- d'HDT : + 20,8 % (les HDT d'urgence ont augmenté dans une proportion plus forte : + 53 %, et même si la part des HDT d'urgence fluctue d'une année sur l'autre, on constate que depuis 1999, les HDT d'urgence représentent une part de plus en plus importante des HDT totales) ;
- et d'HO: + 28,8 % (le nombre d'HO d'urgence qui fluctue selon les années entre 60 et 70 % des HO totales depuis 1997 a crû de manière moins importante : + 8 %).

Les disparités départementales des taux d'HDT et d'HO n'ont pas varié depuis 1997, voire ont diminué, pour l'HO. Pour l'HDT les disparités concernent toujours les mêmes départements.

— *Évolution sur 10 ans (1992-2001)*

Le nombre d'hospitalisations sans consentement (HDT et HO) a augmenté de près de 86 % entre 1992 et 2001 sur la France entière. Cependant, on constate que cette augmentation (+ 55 %) est beaucoup plus importante sur la période de 1992 à 1997 que sur la suivante de 1997 à 2001 (+20 %), en sachant que le nombre d'hospitalisations sans consentement a été probablement sous-estimé, compte tenu de la mise en place progressive de la loi du 27 juin 1990 et des CDHP. L'augmentation est surtout importante pour le nombre de mesures d'HDT qui a crû de 60 % entre 1992 et 2001, passant de 39 084 à 62 894, avec une croissance moindre du nombre de mesures d'HO (+ 37 %) passant de 7 026 à 9 625.

Parmi les mesures d'HDT, les HDT prononcées en situation d'urgence représentent une part de plus en plus importante des HDT totales (13 % en 1992, 23 % en 1993 et 40 % en 2001). Cette progression a été la plus forte pendant la période allant de 1997 à 2001. En revanche, les mesures d'HO prises en urgence se maintiennent depuis 10 ans autour de 60 à 70 % des mesures d'HO.

Le pourcentage d'HDT de plus de 3 mois par rapport au nombre total de mesures d'HDT a diminué depuis 1992 mais cette diminution se stabilise depuis 1997. Le pourcentage des HDT de plus de 3 mois se situe actuellement à 16-18 % des HDT totales. Le nombre d'HO de plus de 4 mois représente en moyenne 31 % des HO totales depuis 1992.

Les disparités territoriales du taux d'HDT et d'HO pour 100 000 habitants de 20 ans et plus persistent depuis 10 ans.

La part relative des hospitalisations sans consentement dans le nombre total des hospitalisations en psychiatrie est passée de 11 % en 1992 à 13 % en 2001. Cette proportion est stable depuis 1997 alors que le nombre de mesures d'HDT et d'HO ne cesse de progresser. Cette évolution signifie donc que la progression des hospitalisations sans consentement se situe également dans le contexte de croissance du nombre d'admissions en hospitalisation complète en psychiatrie.

La part de l'hospitalisation sans consentement au sein de l'hospitalisation complète en psychiatrie est variable selon les départements. Dans certains d'entre eux, le nombre d'HDT dans la population est élevé mais l'hospitalisation sans consentement ne représente qu'une faible part de l'hospitalisation en psychiatrie. La situation inverse existe également.

— *Hypothèses sur la progression des mesures d'hospitalisations sans consentement en France*

Selon la Direction générale de la santé (circulaire DGS/6C n° 2004/237 du 24 mai 2004 déjà citée), les facteurs qui pourraient expliquer cette progression sont les suivants :

- Le recours plus fréquent à des soins psychiatriques, dont témoigne la croissance de la file active des secteurs de psychiatrie, a un impact sur le nombre d'admissions potentielles en hospitalisation complète, quel qu'en soit le mode, y compris sous forme d'hospitalisations sans consentement.
- Les données disponibles concernent des mesures et non des patients : une croissance du nombre de mesures ne signifie donc pas que le nombre de patients concernés a crû dans les mêmes proportions, une personne pouvant être hospitalisée plusieurs fois au cours d'une année. Par conséquent, une part de l'augmentation des hospitalisations sans consentement pourrait être liée à des réadmissions des même patients selon ce mode de prise en charge. Cette hypothèse est à prouver et pourrait être contredite par le fait que la part des HDT de moins de 3,5 mois n'augmente plus depuis 1997.
- Les caractéristiques des patients peuvent jouer un rôle dans le recours à une hospitalisation sans consentement. De nombreuses CDHP ont fait état de patients davantage désocialisés et précarisés qu'auparavant, avec un soutien familial et social moindre et des conditions de vie précaires. Ces paramètres influeraient sur la demande de soins, le recours aux soins et la qualité du suivi.
- Les représentations sociales de la psychiatrie, jointes aux facteurs précédents, pourraient elles aussi expliquer le moindre recours aux soins volontaires en psychiatrie.
- La part de l'évolution de l'offre de soins dans le recours croissant à l'hospitalisation sans consentement n'est pas facile à apprécier. L'hypothèse est parfois avancée du recours à une hospitalisation sans consentement afin de favoriser une hospitalisation en service de psychiatrie. Cependant il ne semble pas exister de relation directe entre un recours élevé à l'HDT et une faiblesse de l'offre de soins psychiatriques. Mais la répartition départementale des HDT par rapport à la population mériterait d'être croisée avec des données de morbidité psychiatrique.
- Le rôle des services d'accueil des urgences (SAU).

Mais il ne s'agit que d'hypothèses, non étayées par des enquêtes épidémiologiques.

II.3. Cas particuliers

II.3.1. Enfants et adolescents

Le sujet a été limité aux personnes majeures par le comité d'organisation.

Il n'a pas été retrouvé de référence bibliographique concernant des adolescents majeurs en croisant les mots clés « sujet adolescent » et « contrainte ».

II.3.2. Personnes âgées

Les références bibliographiques concernent essentiellement le consentement aux soins. Ce point est développé plus loin (cf. § VII.5).

II.3.3. Détenus

Il n'a pas été retrouvé de référence bibliographique sur les spécificités cliniques de l'hospitalisation sans consentement des détenus. L'arbre décisionnel proposé par le rapport de mission sur la prévention du suicide des personnes détenues est similaire à celui utilisé dans un contexte non carcéral. Cependant, comme les détenus ne peuvent être soumis à la double contrainte de l'incarcération et de l'hospitalisation sans leur consentement, seule la procédure d'HO est possible. Des recommandations sur la possibilité d'appliquer au détenu le bénéfice de l'HDT ont été faites dans ce rapport (7).

II.3.4. Milieu rural

À partir de 2 cas cliniques, un syndrome confusionnel après stress post-traumatique (*post traumatic stress disorder* ou PTSD) et un délire paranoïaque, un auteur français (8) se propose de définir des caractéristiques cliniques propres aux patients issus de milieu rural, particulièrement en termes de dangerosité. L'auteur souligne une pseudo-tolérance susceptible de retarder le dépistage des problèmes psychiatriques et une faible capacité de verbalisation favorisant le risque de passage à l'acte et rappelle la faiblesse globale de l'offre de soins en milieu rural.

II.4. Conclusion

L'évaluation de la population concernée par l'hospitalisation sans consentement reste imprécise. Les chiffres publiés sont incomplets et parfois contradictoires. Quelques grandes tendances sont décrites sur un plan épidémiologique :

- une tendance globale depuis 1992 à l'augmentation du nombre de mesures d'hospitalisations sans consentement, sans qu'il soit possible de savoir si le nombre de patients concernés est également en augmentation (ré-hospitalisations itératives d'un même patient comptabilisées comme des hospitalisations distinctes) ;
- une stabilisation du nombre d'HDT de plus de 3,5 mois depuis 1997 et du nombre d'HO de plus de 4 mois depuis 1992 ;
- des inégalités départementales sans explication clinique ou démographique.

Parmi les pays européens, la France et le Portugal sont les pays qui ont le moins recours à l'hospitalisation sans consentement. Le taux d'hospitalisations sans consentement en France est 2,4 fois inférieur à celui de la Suède. En Europe, les patients concernés par l'hospitalisation sans consentement sont majoritairement de sexe masculin (69 %) et le diagnostic de psychose comme motif d'hospitalisation est retrouvé dans la moitié des cas.

III. QUEL EST L'IMPACT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT SUR LE PATIENT ET SUR SON ENTOURAGE ?

III.1. Impact de l'hospitalisation sans consentement sur le patient

Une enquête qualitative canadienne (9) a cherché à recueillir, à travers des entretiens semi-directifs rétrospectifs, comment avait été vécue l'hospitalisation sans consentement par 13 personnes de la province de Montérégie au Québec, 7 femmes et 6 hommes, âgés

de 29 à 60 ans. Les personnes interrogées ont été réparties en 2 groupes, l'un de 9 personnes ayant vécu l'hospitalisation sans consentement comme une expérience négative et l'autre de 4 personnes l'ayant vécu de manière positive. L'intention initiale des auteurs était de recruter 16 personnes, avec 8 personnes dans chaque groupe, mais ils ont dû y renoncer, devant « des difficultés considérables dans le recrutement de personnes ayant vécu cette expérience de manière positive ».

La conclusion générale est qu'une majorité de patients est insatisfaite de l'hospitalisation et que très peu changent d'avis au cours ou à distance de l'hospitalisation. De plus 77 % des patients décrivent de manière négative leurs relations avec le psychiatre. Un certain nombre de réserves viennent cependant limiter la portée de ces conclusions. La taille de l'échantillon tout d'abord (13 patients) ne donne que peu de valeur représentative à ces résultats. Ensuite, la procédure rétrospective est toujours sujette à critique. Enfin, c'est tout le processus d'hospitalisation depuis la procédure initiale jusqu'à la sortie qui est analysé et la mesure d'insatisfaction ne reflète qu'un sentiment global dont la part respective des événements en cause dans les critiques entre l'initiation et le maintien de l'hospitalisation est indiscernable. Comme le soulignent d'ailleurs les auteurs, le sentiment de coercition supposé « traumatogène » n'est pas uniquement lié au statut légal de l'hospitalisation (avec ou sans consentement), mais surtout au vécu du patient vis-à-vis des moyens de pression éventuellement utilisés (menaces, force, persuasion) et au sentiment d'avoir reçu ou non un traitement adapté.

Une enquête transversale suédoise chez 100 patients admis dans un service d'urgences psychiatriques, représentant 63 % des personnes interrogées, a porté sur leur satisfaction quant à l'information donnée aux urgences sur leur maladie, leurs symptômes, les modalités et les médicaments utilisés pour le traitement et les résultats thérapeutiques escomptés, 3 mois après leur passage dans ce service. Parmi ces patients, âgés en moyenne de 49 ans, 59 % étaient de sexe féminin, 30 % avaient un diagnostic de psychose, 30 % un diagnostic de troubles bipolaires, 30 % des troubles anxieux et 87 % étaient hospitalisés avec leur consentement. Les patients étaient le plus satisfaits de l'environnement du service et de l'interaction entre leur entourage et l'équipe soignante. Environ 80 % étaient satisfaits de leurs relations avec l'équipe soignante.

En revanche, la satisfaction de la majorité des patients vis-à-vis de l'information reçue était inférieure à la satisfaction vis-à-vis des soins reçus. Les scores de satisfaction les plus bas étaient obtenus pour l'information sur les modalités de traitement et la réponse thérapeutique escomptée. Aucun patient n'avait été informé de son droit d'accès à son dossier médical, ni de son droit à porter plainte. Les différences de satisfaction vis-à-vis de l'information n'étaient pas liées au sexe ou à l'âge des patients. Les patients non psychotiques et nés en Suède étaient significativement plus satisfaits de leur influence sur les choix thérapeutiques ($p < 0,05$) que les autres. Les patients non psychotiques étaient significativement plus satisfaits de l'information sur leurs symptômes, les choix thérapeutiques et les traitements que les patients psychotiques. Enfin les patients hospitalisés avec leur consentement (87 %) étaient significativement plus satisfaits de l'information sur les effets du traitement ($p < 0,05$) que les patients hospitalisés contre leur gré (10).

Une étude cas-témoins a été réalisée aux États-Unis chez 46 patients schizophrènes et délirants admis pour un épisode aigu (hospitalisés avec ou sans leur consentement) à la recherche d'un stress post-traumatique (PTSD) et de son origine (11).

Les évaluations ont été réalisées à 1 et 8 semaines à l'aide des échelles suivantes : PAN-SS (évaluation de la symptomatologie positive et négative), CAPS (échelle de PTSD) et IES-R (échelle d'impact de l'événement). Il n'a pas été trouvé de différence dans la

fréquence du PTSD entre les deux groupes. 69 % des PTSD étaient consécutifs à la psychose et à ses complications, 24 % à l'hospitalisation. Au total, pour ces patients schizophrènes, la maladie paraissait donc plus traumatisante que l'hospitalisation, même sans consentement.

Une étude finlandaise (12) s'est attachée à rechercher une relation entre certaines caractéristiques du patient ainsi que son type de prise en charge et l'existence d'hospitalisations sans consentement sur une cohorte historique de 838 patients totalisant 1 536 épisodes d'hospitalisation dont 13,6 % épisodes d'hospitalisation sans consentement. L'analyse multivariée a pris en compte 14 variables incluant des caractéristiques démographiques, diagnostiques, le mode de prise en charge et l'engagement dans les soins et a montré une augmentation du risque relatif d'hospitalisation sans consentement chez les patients psychotiques, quel que soit le type de psychose.

Si les données épidémiologiques sont pas extrapolables à la France en raison du contexte médico-légal local (indications des hospitalisations sans consentement limitées au diagnostic de psychose), les auteurs concluent que leurs résultats suggèrent que l'hospitalisation sans consentement n'est pas nécessairement une expérience traumatisante qui influencerait négativement sur le traitement ultérieur d'autres épisodes psychotiques. L'impact positif d'une hospitalisation sans consentement serait lié au modèle de prise en charge au cours de l'hospitalisation utilisé par les auteurs, modèle qui comprend de nombreux temps institutionnels incluant des réunions de type « soignants-soignés » qui seraient propices à dédramatiser le mode d'hospitalisation et à encourager une participation active aux soins. La prévention d'un retentissement négatif reposerait donc sur la période d'hospitalisation et non sur celle de son initiation, du moins chez les psychotiques (mais s'agit-il encore de prévention ?).

Une étude cas-témoins prospective de suivi sur 1 à 2 ans de patients hospitalisés sans leur consentement a été réalisée en Suisse (13). Elle a inclus tous les patients reçus dans une unité de crise pendant 2 mois, soit 78 patients, 30 hospitalisés sans leur consentement et 48 hospitalisés avec leur consentement. Il existait chez les patients hospitalisés sans leur consentement un profil clinique dit de « barrière au traitement » (troubles graves de la pensée, pensée magique, méfiance, rigidité). Malgré ce profil, une bonne réponse au traitement de la crise et une bonne compliance ultérieure au suivi ont été obtenues. Toutefois, le pronostic à 1 ou 2 ans des patients hospitalisés sans leur consentement était moins bon que celui des patients ayant consenti à l'hospitalisation, en termes d'évolution globale des troubles psychiatriques, de diagnostic de psychose, de taux de suicides et de réhospitalisations.

Une enquête française (14) a évalué l'impact de l'hospitalisation sans consentement par autoquestionnaire anonyme chez 142 patients d'une même région, dont 138 ont répondu au questionnaire (taux de participation de 97 %). Les patients inclus étaient dans 60 % des cas des hommes et leur âge moyen, pour les 2 sexes confondus, était de 38 ans. Les résultats de l'enquête étaient les suivants :

- 70 % des patients ont exprimé une souffrance antérieure à l'hospitalisation ;
- la décision était vécue comme injustice par 41 % des patients et 18 % ont ressenti une violence incontrôlable lors de l'annonce de l'hospitalisation sans consentement ;
- 91 % des patients ont répondu que leur état clinique s'était amélioré pendant leur séjour ;

- 64 % des patients ont considéré que le tiers s'inquiétait pour eux quand il a demandé l'hospitalisation, et 77 % d'entre eux ne gardaient pas de ressentiment à l'égard du tiers demandeur de l'hospitalisation à l'issue de celle-ci.

Mais seuls 61 % des patients évaluaient l'hospitalisation sans consentement comme globalement positive à son terme.

III.2. Impact de l'hospitalisation sans consentement sur l'entourage du patient

Une étude citée dans une revue systématique de la littérature sur les urgences en psychiatrie réalisée par Munizza (15) a souligné le caractère globalement traumatisant du contexte de l'urgence du point de vue des familles. Elles expriment en particulier la sensation que l'équipe soignante ne comprend pas l'épreuve que représente pour eux l'hospitalisation d'un proche, *a fortiori* contre son gré.

Une enquête a été réalisée à Hawaii chez trois mères d'adultes schizophrènes ayant été hospitalisés sans consentement, à l'aide d'un questionnaire qualitatif et phénoménologique (16).

Ces 3 mères ont évoqué avoir ressenti :

- un sentiment d'avilissement ;
- un sentiment d'injustice ;
- le jugement des autres à leur égard comme blessant ;
- un sentiment de victimisation ;
- un manque de soutien par l'équipe soignante.

Même s'il s'agit d'une étude qualitative sur un petit échantillon, ne précisant ni les critères de recrutement des mères ni s'il s'agit d'un questionnaire validé, cet article met en lumière l'importance de la gestion de l'entourage dans la prise en charge du patient. Cette remarque paraît intuitivement encore plus pertinente dans le cadre français, en particulier pour l'HDT.

III.3. Conclusion

Il semble donc que l'impact négatif des hospitalisations sans consentement sur le patient soit diversement apprécié selon les études. Pour certains cette éventualité est compensée par la reconnaissance du patient, une fois traité, du bien-fondé des mesures prises à son égard, pour d'autres elle est au contraire généralement considérée comme susceptible de retentir négativement sur la coopération future d'un patient au projet de soins. Au-delà des considérations théoriques, peu d'études viennent soutenir l'un ou l'autre point de vue.

La question de l'impact négatif de l'hospitalisation sans consentement sur le patient et sur son entourage reste ouverte.

Aussi le souci de minimiser les conséquences d'une telle hospitalisation doit-il rester présent.

IV. QUELS SONT LES INTERVENANTS CONCERNÉS (EN PRÉHOSPITALIER) ?

IV.1. Services d'urgences

IV.1.1. Services d'urgences non médicalisés

— *Pompiers*

Ce sont *a priori* des intervenants fréquemment impliqués. Mais aucune référence bibliographique les concernant n'a été identifiée.

— *Police*

Une étude d'impact sur 3 ans d'un programme de formation spécialisée des agents de police à l'intervention en urgence auprès de patients présentant des troubles psychiatriques a été réalisée dans le sud des États-Unis (17). Ce programme communautaire, initié à Memphis et étendu à 7 villes comprenait 40 heures de formation (moyenne nationale 4h30), avec des *scenarii* commentés par des membres de la police, des psychiatres, des addictologues et des avocats. L'apprentissage était basé sur la désescalade.

Il a été noté à la suite de la mise en place de ce programme :

- une diminution du nombre d'interventions de la « police tactique », équivalent du Groupe d'intervention de la police nationale (GIPN) en France ;
- une diminution du nombre de blessures des policiers en intervention (de 0,035 ‰ à 0,007 ‰) malgré une augmentation du nombre des interventions ;
- une diminution de la criminalité commise par les patients ;
- une amélioration de la compétence ressentie par les policiers.

— *Croix-Rouge/Prévention civile*

Aucune référence bibliographique n'a été identifiée.

IV.1.2. Services d'urgences médicalisés

— *Centres de crise*

Aucune référence bibliographique n'a été identifiée.

— *Groupes d'intervention spécifique*

Le groupe ÉRIC (équipe rapide d'intervention de crise) a publié son rapport d'activité en 1998 (18). Ce groupe est un dispositif de réponse d'urgence et de suivi de posturgence limité dans le temps. Son activité est déclenchée par le SAMU des Yvelines. L'intervention est réalisée en binôme « infirmier/médecin ».

À l'issue de la première intervention, 22,5 % d'hospitalisations ont été réalisées et 30 % à l'issue de la période de suivi (les 2 modalités d'hospitalisation, avec ou sans consentement, sont confondues). Ce dispositif est considéré comme pilote (19).

— *Régulation par le service d'aide médicale urgente (SAMU)*

Aucune référence bibliographique n'a été identifiée.

IV.1.3. Autres services publics

— *Psychiatrie de secteur*

Aucune référence bibliographique n'a été identifiée.

La loi du 27 juin 1990, modifiée par la loi du 4 mars 2002, ne paraît pas favoriser une hospitalisation sans consentement à la demande d'un tiers à l'initiative du secteur puisque le premier certificat ne peut émaner d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil, sauf en cas de péril imminent (article L. 3212-13 du CSP).

Selon le groupe de travail, peu de secteurs disposent des moyens nécessaires à assurer des soins d'urgence, surtout en milieu rural.

Il est cependant logique de penser qu'une intervention menée par les services de secteurs présente plusieurs avantages :

- les patients et l'entourage sont souvent déjà connus ;
- les visites à domicile sont facilitées par la proximité.

Une action préventive et des alternatives à l'hospitalisation sans consentement sont donc envisageables au niveau de la psychiatrie de secteur (cf. § X).

IV.2. Médecine libérale

IV.2.1. SOS Psychiatrie et services équivalents

Aucune référence bibliographique n'a été identifiée. Ces services sont cités par Jousselin (20) dans l'article détaillé ci-dessous.

IV.2.2. Psychiatres libéraux installés en cabinet

Dans un article français d'opinion sur la pratique libérale et les urgences psychiatriques, Jousselin (20) a noté que l'intervention d'un psychiatre libéral a un intérêt pour le conseil téléphonique, le conseil par consultation, et l'orientation. Il a souligné cependant les difficultés matérielles pour assurer l'urgence en cabinet et l'intérêt des dispositifs spécialisés (type « SOS PSY ») pour les visites à domicile. Il considère que si l'urgence doit néanmoins être assumée par un psychiatre libéral, il lui faut privilégier la consultation en cabinet sur la visite à domicile et rechercher la présence d'un tiers pour faciliter une hospitalisation éventuelle et assurer sa sécurité. Selon Jousselin, l'intervention en urgence du psychiatre libéral est rarement indispensable en raison de la possibilité d'intervention du médecin généraliste, de la police ou des pompiers.

IV.2.3. Médecin généraliste (y compris services d'urgences, médecin de garde, maisons médicales et médecine générale en milieu pénitentiaire)

Aucune référence bibliographique n'a été identifiée. Selon le groupe de travail, l'acteur médical extra-hospitalier central reste le médecin généraliste. Le manque de références bibliographiques est un paradoxe.

IV.2.4. Autres spécialistes de pratique libérale

Bien qu'ils soient tous potentiellement concernés, aucune référence bibliographique n'a été retrouvée.

IV.2.5. Travailleurs sociaux

Une étude rétrospective sur les facteurs décisionnels d'une hospitalisation sans consentement décidée par un travailleur social a été réalisée aux États-Unis. Cinquante-

six « examinateurs habilités » ont été interrogés, à qui il a été demandé de se remémorer 2 cas, au choix, l'un avec décision d'hospitalisation sans consentement, l'autre non. L'indication principale d'une hospitalisation sans consentement était la dangerosité du patient avec ou sans précisions d'un danger pour autrui ou pour le patient lui-même. Les raisons principales pour éviter la contrainte étaient l'absence de dangerosité pour le patient ou pour autrui et l'existence d'une alternative à l'hospitalisation (21).

Cette étude a été réalisée dans un contexte américain où des travailleurs sociaux habilités peuvent rédiger des certificats dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement.

IV.2.6. Autres intervenants

— *Élus locaux*

Aucune référence bibliographique n'a été identifiée. Un maire peut être conduit à prendre un arrêté provisoire de HO en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique (article L. 3213-2 du Code de la santé publique).

— *Magistrats*

Aucune référence bibliographique n'a été identifiée. Les magistrats du siège (juges) et du parquet (procureurs) sont autorisés à requérir une HO.

— *Psychiatres de liaison*

Un article d'opinion français s'est intéressé à l'hospitalisation sans consentement et la psychiatrie de liaison, à l'hôpital général de Pontivy (22). Il comprend un rappel historique de la psychiatrie de liaison et une analyse succincte des résistances des somaticiens à la procédure d'hospitalisation sans consentement (pas d'obligation de soins chez un majeur souffrant d'un problème organique, sentiment d'incompétence par rapport à la situation) entraînant des demandes inadéquates. L'auteur insiste sur la nécessité de la coordination entre les différents intervenants.

Le contexte de l'article est malheureusement très localisé et difficile à généraliser. Aucune référence épidémiologique sur l'activité, ni en termes diagnostiques, ni en termes de type d'hospitalisation, n'est mentionnée.

— *Psychiatre aux urgences*

Une étude longitudinale sur 5 mois a été réalisée dans un service d'urgences psychiatriques auprès de 15 internes de première année et 577 patients afin d'évaluer, de façon mensuelle, l'influence de l'apprentissage sur la décision d'hospitalisation prise par ces internes (23). Il a été constaté une diminution du taux d'hospitalisations de 33 % à 19 % en moyenne, avec une restriction progressive des critères de décision fondés sur le risque potentiel pour autrui.

Cette étude concerne plutôt la question de l'examen en urgence, mais elle est citée ici pour souligner que le critère dangerosité des patients hospitalisés est quasi unanimement signalé dans toutes les études épidémiologiques sur les patients hospitalisés sans consentement. Cependant, ici, il n'y a pas de référence explicite aux pourcentages respectifs d'hospitalisations avec ou sans consentement. Il est seulement question d'hospitalisations en urgence. Si cette étude souligne l'influence de l'apprentissage sur la prise de décision en urgence, le choix d'internes débutants a certainement influencé les résultats car on peut supposer un impact moins net sur des praticiens plus aguerris. L'absence d'évaluation qualitative de la décision est à noter.

— *Infirmiers et infirmiers psychiatriques aux urgences*

Une étude australienne a évalué l'amélioration de la compétence infirmière lors de l'évaluation initiale des patients admis dans un service d'urgences psychiatriques (24) grâce à l'utilisation d'une échelle à 5 niveaux conçue par le *South Eastern Sydney Area Mental Service*.

Cette échelle (*Mental Health Triage Scale* ou MHTS) qui évalue les problèmes de santé mentale, d'addiction et de risque suicidaire peut être utilisée par des non-psychiatres et des soignants. Elle a été conçue pour aider l'infirmière d'accueil et d'orientation à reconnaître :

- les patients dangereux (possession d'une arme, auto-agressivité) qui nécessitent un traitement immédiat, une observation aux urgences, une surveillance visuelle permanente, un environnement sécurisé pour eux et autrui, du personnel en nombre, voire une équipe de sécurité ;
- les patients à risque probable (comportement perturbé), qui sont à voir dans les 10 minutes qui suivent leur admission, nécessitent une observation aux urgences pour surveiller leur agitation, leur agressivité, leur degré de confusion et de coopération ;
- les patients présentant un danger possible (comportement modérément perturbé) qui sont à voir dans les 30 minutes, nécessitent une surveillance identique aux précédentes avec en plus l'observation des idées suicidaires et des troubles psychotiques ;
- les patients en détresse modérée qui représentent une semi-urgence, à voir dans les 60 minutes, et qui ne nécessitent qu'une surveillance intermittente, une information et une réévaluation ultérieure ;
- les patients ne présentant pas de danger, pas de détresse, pas de comportement perturbé, qui sont à voir dans les 120 minutes et peuvent être évalués par l'équipe de travailleurs sociaux.

En comparant les résultats des 2 audits, l'un pré, l'autre post-implémentation de l'échelle MHTS, l'introduction de celle-ci a entraîné (24) une amélioration :

- de la confiance des infirmiers en leur capacité à bien évaluer et orienter les patients (pas d'analyse statistique sur ce critère) ;
- de l'évaluation des troubles psychiatriques et du degré d'urgence à intervenir (différence statistiquement significative, mais sur un petit échantillon d'infirmiers interrogés avant et après l'introduction de l'échelle).

De plus l'ensemble des soignants ont mentionné :

- une meilleure compréhension générale des problèmes psychiatriques ;
- un changement positif dans l'orientation des patients et dans leur attitude vis-à-vis des patients atteints de troubles mentaux ;
- une meilleure hiérarchisation des priorités et donc de l'organisation générale du service et de la gestion du temps ;
- une meilleure satisfaction des usagers ;
- une amélioration des relations entre urgentistes somaticiens et psychiatres.

Le contexte est cependant différent du contexte français et l'échelle a été bâtie autour de critères de « bonnes pratiques » locales.

Si le rôle des infirmiers compétents en psychiatrie n'est pas spécifiquement évoqué dans la littérature, les rôles de négociation, de liaison avec leurs collègues non spécialisés et de régulation des admissions ont été soulignés par le groupe de travail. Leur présence dans un service d'urgence permet le maintien pour soins ou observation de patients non compliant en milieu non psychiatrique.

IV.2.7. Conclusion

Quand une décision d'hospitalisation sans consentement est envisagée, si le patient est connu ou suivi, il est recommandé de faire appel à ses référents habituels : services hospitaliers de secteur, centre médico-psychologique (CMP) ou psychiatre libéral, pour une aide à la décision. En l'absence de référents habituels ou s'il est impossible de les joindre, il est recommandé de s'adresser soit directement, soit par l'intermédiaire du SAMU à un psychiatre du service d'accueil et d'urgences ou du centre médico-psychologique le plus proche.

Une fois la décision prise, sa réalisation concrète peut mobiliser de nombreux intervenants préhospitaliers et hospitaliers (intervenants médicaux et paramédicaux, forces de l'ordre, pompiers, etc.) dont l'action nécessite d'être harmonisée. L'organisation autour d'un coordinateur (SAMU, psychiatre du service d'accueil et d'urgences ou de l'établissement psychiatrique d'accueil ou du CMP) est recommandée afin de limiter les erreurs ou les retards d'orientation et la perte d'information.

Il est également proposé que soit raccourci autant que possible le circuit du patient en préhospitalier comme au service d'accueil des urgences.

Il est recommandé que soient mises en place des actions de formation initiale et continue des intervenants hospitaliers et préhospitaliers, tels que médecins généralistes, médecins urgentistes, psychiatres, etc. :

- à la loi du 27 juin 1990 modifiée par la loi du 4 mars 2002 ;
- aux modalités de mise en œuvre d'une hospitalisation sans consentement ;
- à la prise en charge de « premier recours » d'un patient atteint de troubles psychiatriques aigus.

V. COMMENT FAIRE L'ÉVALUATION CLINIQUE, SOMATIQUE ET PSYCHIATRIQUE, INITIALE ?

V.1. Évaluation somatique (clinique et paraclinique)

V.1.1. Au domicile

Il n'a pas été identifié de références bibliographiques précisant les modalités spécifiques de l'examen clinique au domicile du patient.

V.1.2. À l'hôpital

Dans un article d'opinion d'un auteur américain, il a été proposé un arbre décisionnel pour orienter l'examen clinique d'un patient supposé présenter un trouble psychiatrique (25).

Dans tous les cas, il est proposé en premier lieu :

- un recueil des signes physiques vitaux [pouls, pression artérielle (PA), fréquence respiratoire] et une glycémie ;
- un interrogatoire portant sur les antécédents et prises médicamenteuses éventuelles.

Ce travail préalable est réalisable par l'infirmier d'accueil et d'orientation aux urgences.

Il est proposé ensuite un examen clinique approfondi :

- s'il existe une anomalie des signes vitaux ;
- s'il existe un doute sur un diagnostic de confusion mentale ;
- s'il s'agit d'un sujet âgé avec des modifications symptomatiques brutales ;
- devant toute situation de doute clinique.

Les examens complémentaires sont prescrits en fonction du contexte clinique.

En l'absence d'anomalie à ce bilan, l'examen psychiatrique et l'hospitalisation en milieu psychiatrique si besoin sont possibles.

Bien que cet article se réfère aux services d'accueil des urgences d'un hôpital, ses conclusions sont *a priori* extrapolables à la situation d'un médecin généraliste examinant un patient au domicile de celui-ci.

Dans le cas particulier d'un patient agité, selon les recommandations issues de la conférence de consensus réalisée par la Société francophone de médecine d'urgence (SFMU), avec la méthodologie de l'Anaes en 2002 (26), il est recommandé de toujours réaliser un examen clinique somatique et au moins une glycémie capillaire et une mesure de la SpO₂ (oxymétrie de pouls) :

- si ce bilan est normal et qu'il s'agit d'un patient psychiatrique connu, au passé documenté, les autres investigations ne sont pas nécessaires et le patient peut être confié au psychiatre pour la poursuite de l'évaluation ;
- dans tous les autres cas, le patient doit être considéré comme suspect de souffrir d'une pathologie organique ou toxique. Il n'existe alors pas de stratégie de prescription validée et le reste de l'exploration dépendra du contexte clinique (âge, anamnèse, etc.).

Un étude prospective réalisée aux États-Unis sur un mois sur 212 patients présentant des troubles psychotiques soumis à un dosage urinaire systématique d'amphétamines, de benzodiazépines, de cannabis, de barbituriques, de cocaïne, de phencyclidine, de méthadone et d'autres opiacés a retrouvé 24 cas positifs (27). Les auteurs de l'article soulignent le peu de fiabilité des critères cliniques pour dépister une prise de psychotropes et proposent un dépistage systématique afin de faciliter les soins et la prise de décision d'une éventuelle hospitalisation.

Selon les conclusions d'une expertise collective de l'Inserm sur les effets du cannabis sur le comportement et la santé (28), la recherche de toxiques devrait être plus systématique dans le cadre des pathologies délirantes en raison en particulier de la fréquence de la prise de toxiques chez les patients schizophrènes.

V.1.3. Conclusion

Selon le consensus du groupe de travail et du groupe de lecture, il est recommandé de réaliser dès que possible :

- un examen clinique somatique comportant au minimum une évaluation de la vigilance, une mesure de la pression artérielle, du pouls, de la température et de la fréquence respiratoire ;
- les examens complémentaires suivants : une glycémie capillaire et en cas d'agitation, une mesure de la saturation artérielle en oxygène (SpO₂) par oxymétrie de pouls (d'autres examens complémentaires peuvent être réalisés en fonction du contexte clinique).

La moindre anomalie significative clinique ou paraclinique doit conduire à une exploration plus approfondie en établissement de santé, afin de rechercher une pathologie organique coexistante ou susceptible d'expliquer les troubles mentaux.

L'hospitalisation directe sans son consentement d'un patient en service de psychiatrie depuis son domicile n'est possible qu'en cas de pathologie psychiatrique identifiée et en l'absence de pathologie organique nécessitant une prise en charge préalable.

Il est donc recommandé que les patients ayant des troubles somatiques aigus associés à des troubles mentaux, en particulier dans le cadre des intoxications aiguës, fassent l'objet

d'une prise en charge initiale, pour le temps de résolution de leur problème somatique, dans un service d'accueil des urgences.

V.2. Examen psychiatrique

V.2.1. Données de la littérature

Les auteurs d'un article d'opinion (29) ont tenté de définir les points essentiels de l'entretien psychiatrique en urgence et recommandent :

- un entretien individuel, au calme ;
- en assurant la sécurité tant du patient que du praticien ;
- un entretien systématique avec les accompagnants éventuels ;
- un entretien ouvert au début, puis de plus en plus structuré ;
- une poursuite de l'entretien jusqu'à l'obtention d'une histoire cohérente ;
- un interrogatoire systématique sur l'existence d'éventuelles addictions, hallucinations, idées suicidaires, antécédents de tentative de suicide, antécédents de violence et/ou de problèmes avec la justice ;
- une évaluation des fonctions cognitives (orientation, mémoire, écriture, etc.) ;
- en conclusion de l'entretien, une information du patient sur la conduite à tenir proposée.

Dans le cas particulier du patient suicidant, le groupe de travail a proposé de se reporter aux conclusions de la conférence de consensus de l'Anaes sur la prise en charge de la crise suicidaire (30). La demande explicite faite aux patients concernant l'existence d'antécédents, d'idées ou d'idéations suicidaires est quoi qu'il en soit à recommander.

V.2.2. Conclusion

En l'absence d'autres données dans la littérature, les éléments à rechercher lors de l'examen psychiatrique ont été définis par un consensus du groupe de travail et du groupe de lecture.

L'examen psychiatrique doit être réalisé le plus tôt possible, dans un lieu calme et sécurisé. L'urgence à hospitaliser n'implique pas que le temps nécessaire à cet examen soit raccourci.

Il est recommandé que l'examen psychiatrique :

- évalue le risque suicidaire ;
- recherche :
 - les antécédents auto ou hétéro-agressifs,
 - les troubles du comportement et/ou de l'adaptation ;
- explore systématiquement :
 - la sphère cognitive (mémoire, orientation),
 - le contenu (idées délirantes, hallucinations) et le cours de la pensée (désorganisation, incohérence, tachy ou bradypsychie, c'est-à-dire accélération ou ralentissement du cours de la pensée).

Pour ne pas retarder la réalisation de cet examen psychiatrique, il est proposé que soient facilitées :

- l'orientation dans les services d'accueil et d'urgences ;

- la présence dans ces structures d'infirmiers ayant des compétences en psychiatrie.

V.3. Prise en charge de l'agitation

V.3.1. Facteurs prédictifs d'agitation ou de violence

La revue systématique de Munizza (15) a identifié 3 groupes de facteurs influençant la survenue d'actes de violence :

- les caractéristiques du patient :
 - sujets jeunes de sexe masculin,
 - diagnostic de schizophrénie, désordres de la pensée,
 - résistance au traitement,
 - absence de consentement à l'hospitalisation ;
- le taux d'admissions et d'occupation des lits d'où un plus grand nombre de passages à l'acte violents le matin et le lundi ;
- la qualité de l'environnement, conditionnée par les caractéristiques de l'équipe soignante (conflits au sein de l'équipe, pauvreté de la communication professionnelle dans l'équipe, démoralisation et incompétence, manque de formation, *turn over* rapide au sein de l'équipe).

Les principaux facteurs de risque seraient :

- les antécédents de violence (le meilleur indicateur selon les auteurs) ;
- l'existence d'une hostilité envers autrui ou d'une anxiété ;
- un diagnostic de schizophrénie ou d'accès maniaque.

Trois études postérieures à cette revue systématique générale ont été identifiées dans la littérature. Elles sont détaillées dans le *tableau 1* ci-après. Leurs résultats confirment les conclusions de cette revue systématique.

Tableau 1. Facteurs prédictifs de violence ou de dangerosité, études postérieures à 1993.

Auteur, année, pays référence	Type d'étude	Taille de l'échantillon	Caractéristiques des patients inclus	Critères de jugement	Résultats	Commentaires
Owen 1998 Australie (31)	Étude prospective	1 289 cas d'incidents violents dont 58 % sévères, perpétrés par 174 patients pendant 7 mois	Patients auto ou hétéro-agressifs (incidents violents classés selon la hiérarchie de Morisson)	Échelles spécifiquement développées pour l'étude (<i>Violence and aggression check-list, Ward activity Index et Staff Level Index</i>)	Facteurs liés aux soignants : équipe infirmière, féminine, peu expérimentée et peu entraînée Facteurs liés au patient : antécédents de violence, hospitalisation sans consentement	
Steinert 1999 Allemagne (32)	Étude cas-contrôle rétrospective	138 patients schizophrènes ou avec un trouble schizo-affectif	138 patients (77 hommes, 61 femmes) versus 83 patients hospitalisés dans les 2 ans précédents	<i>Modified Aggression Scale, CIM-10</i>	<i>Overt</i> 75 % hommes et 53 % femmes ont eu un comportement violent (auto ou hétéro-agressif) à la 1 ^{re} hospitalisation ou lors des hospitalisations ultérieures Les facteurs prédictifs de violence étaient le sexe masculin, le nombre d'hospitalisations et l'intoxication alcoolique (chez les hommes uniquement). L'auto-agressivité était significativement liée au nombre de jours d'hospitalisation mais pas au nombre de ré-hospitalisations	Étude rétrospective, patients violents peu coopératifs pour répondre
Soliman 1999 Égypte (33)	Étude rétrospective sur 1 an (de 1997 à 1998) sur l'incidence de la violence	49 patients violents versus 140 patients non violents		CIM-10 DSM-4	Pas de corrélation positive entre violence et schizophrénie Les facteurs prédictifs de violence à 90 % étaient les fortes doses de sédatifs, des antécédents de violence, une personnalité antisociale et/ou <i>borderline</i> , une hospitalisation longue, une hospitalisation sans consentement, des comorbidités, un passé d'automutilation	Étude rétrospective, petit échantillon, mais qui a l'intérêt de détailler des facteurs de risque facile à repérer

V.3.2. Gestion de l'agitation

Un article d'opinion (34) a proposé un certain nombre de recommandations destinées à améliorer l'évaluation de l'hétéro-agressivité potentielle des patients souffrant de troubles psychiatriques. La tâche est d'autant plus ardue que de précédents travaux tendent à montrer que le seul facteur prédictif efficace serait l'existence d'antécédents de violence.

Les recommandations des auteurs sont les suivantes :

- assurer sa propre sécurité ;
- rechercher des antécédents de violence ;
- évaluer le contexte subjectif du patient, en particulier concernant une possible sensation d'humiliation et/ou d'absence d'alternative ;
- évaluer la symptomatologie associée (hallucinations, délire, syndrome d'influence) et la structure (psychose, psychopathie) ;
- évaluer parallèlement le risque suicidaire qui paraît statistiquement associé à une plus grande capacité de passage à l'acte ;
- évaluer l'existence d'éventuelles « barrières liées au surmoi » (opinion sur ou relation avec la religion, la justice, etc.) ;
- ne pas laisser sortir un patient encore intoxiqué.

Les études détaillées dans le *tableau 2* ci-après semblent montrer que l'entraînement et l'expérience de l'équipe soignante peuvent aider à mieux contenir les comportements violents. Mais les résultats sont obtenus chez un petit nombre de soignants, il n'est pas précisé si les résultats obtenus se maintiennent dans le temps et les instruments de formation utilisés ne sont pas tous transposables dans le contexte français.

Tableau 2. Formation des équipes soignantes à la gestion de l'agitation et de la violence.

Auteur, année, pays référence	Type d'étude	Taille de l'échantillon	Caractéristiques des soignants	Critères de jugement	Résultats	Commentaires
Whittington 1996 Angleterre (35)	Étude cas-contrôle	43 infirmières formées versus 108 infirmières « contrôles » formées	Hypothèse : l'entraînement de l'équipe réduit le risque d'agression	Formation au <i>training</i> basé sur la théorie cognitive du stress et le <i>coping</i> développée par Lazarus et Folkman afin de prévenir la violence, les conséquences psychologiques d'une agression (session d'une journée sur l'évaluation des risques, les techniques de désamorçage, les problèmes légaux et la prévention du stress post-traumatique)	Diminution de 15 % des agressions après formation mais le soignant plus expérimenté se met plus en avant et est donc plus exposé au risque	Résultats préliminaires, dont on ne sait pas s'ils se maintiennent dans le temps Petit échantillon
Phillips 1995 États-Unis (36)	Série de cas	24 soignants de sexe masculin, divisés en trois groupes : - 8 avec matériel didactique, - 8 avec entraînement didactique et entraînement physique, - 8 non formés (groupe contrôle)		<i>Buss Durckee Inventory</i> mesurant 7 catégories d'hostilité et de culpabilité, échelle d'évaluation de la peur, auto questionnaire de suivi	Réduction des comportements de peur après formation du groupe 2 (entraînement didactique et entraînement physique) Développement des compétences dans les techniques de non-violence et d'autodéfense	Petit échantillon

V.3.3. Traitement de l'agitation

Pour le traitement à proprement parler de l'agitation, les recommandations issues de la conférence de consensus réalisée par la SFMU, avec la méthodologie de l'Anaes en 2002 (26) sont les suivantes :

- avant tout un traitement étiologique s'il est possible, toujours recommandé (traitement qui peut lui-même nécessiter une sédation pour pouvoir être administré) ;
- une approche relationnelle obligatoire tant sur le plan pratique que sur le plan médico-légal ;
- en cas d'échec (ou d'emblée si l'agitation est extrême), une sédation médicamenteuse ;
- un traitement médicamenteux par benzodiazépines soit seules en cas d'intoxication par l'alcool ou la cocaïne, soit en association avec un neuroleptique atypique en cas d'étiologie psychiatrique ou chez le sujet âgé ;
- puis une surveillance clinique rapprochée dans un endroit calme ;
- et dans certains cas, la contention si cela est nécessaire (voir ci-dessous).

— *Approche psychothérapeutique de l'agitation*

Selon les recommandations de la SFMU, l'approche relationnelle doit permettre de prévenir l'escalade vers la violence et le passage à l'acte auto ou hétéro-agressif. Elle est constante tout au long du traitement (26).

— *Traitement médicamenteux*

Une revue générale réalisée aux États-Unis sur 20 ans a fait le point sur les techniques chimiothérapeutiques à mettre en œuvre en urgence dans le traitement des psychoses aiguës (37).

Le traitement n'a pas pour but d'obtenir la sédation, mais vise à réduire la tension, l'hyperexcitabilité et l'anxiété. Les neuroleptiques (halopéridol) peuvent être associés à une benzodiazépine à demi-vie courte (lorazépam, clonazépam).

Selon la revue systématique de Munizza déjà citée (15), les neuroleptiques sont à utiliser en première intention pour traiter l'agitation chez les patients schizophrènes. Si une association est nécessaire, les benzodiazépines sont à ajouter.

D'après une revue systématique de la littérature réalisée en 2001 (38), les études sont peu nombreuses (seuls 39 essais ont été retenus par l'auteur de la revue) et les études comparatives sont rares. Selon les conclusions de cette revue, il n'est pas possible de conclure à un bénéfice d'une classe de neuroleptiques sur une autre, ni sur un bénéfice des neuroleptiques sur les benzodiazépines, ni même sur l'intérêt d'une association neuroleptiques-benzodiazépines par rapport à une monothérapie.

La conférence de consensus réalisée par la SFMU (26) a conclu :

- que les benzodiazépines type midazolam ou lorazépam sont les molécules qui montrent le meilleur rapport bénéfice/risque pour répondre aux critères de titrabilité, demi-vie d'élimination courte, voies d'administration différentes, effets secondaires réduits, action anticonvulsivante, caractère antagonisable ;
- que l'utilisation de neuroleptiques atypiques type loxapine, rispéridone, olanzapine, ziprasidone semble avoir une sécurité d'emploi suffisante, avec des effets secondaires moindres pour cette classe (niveau de preuve faible) ;

- que la place de l'association benzodiazépine-neuroleptique ne peut être précisée (elle diminue les effets secondaires des neuroleptiques, mais le risque iatrogène est accru par augmentation des effets combinés inconstamment prédictibles).

Selon une revue systématique réalisée par la revue *Prescrire* en 2003 sur les médicaments injectables à utiliser en cas d'agitation aiguë chez un patient adulte présentant des troubles psychiatriques et non coopérant (psychotique violent, confusion due au sevrage ou à l'abus d'une substance toxique, patients violents dans un service d'urgences), le choix s'opère en première ligne entre l'halopéridol et une benzodiazépine (39).

Le lorazépam est la benzodiazépine dont l'utilisation est la mieux évaluée en traitement d'urgence de l'agitation.

En France où les formes injectables de lorazépam ne sont pas commercialisées, la revue *Prescrire* propose le diazépam ou le clorazépate dipotassique, moins efficaces.

Cette revue rappelle que l'absorption du méprobamate par voie intramusculaire est mal connue. Il n'a pas été mis en évidence d'évaluation comparative de bon niveau de preuve du méprobamate injectable en traitement de l'agitation. Les risques de dépendance, de syndrome de sevrage et les conséquences d'un surdosage sont similaires à ceux des barbituriques.

Pour les sujet âgés, un article d'opinion (40) recommande :

- les neuroleptiques à faibles doses ;
- les bêtabloquants ;
- la buspirone.

V.3.4. Contention physique, isolement

Une revue systématique a été réalisée par la *Cochrane Collaboration* sur l'isolement et la contrainte physique des sujets atteints de troubles psychiatriques graves (41). Vingt-quatre études ont été sélectionnées à partir de la recherche bibliographique, aucune n'a été retenue. L'absence d'étude contrôlée ne permet donc pas d'émettre des recommandations avec un niveau de preuve suffisant. Le problème est considéré comme à la frontière de l'éthique et de la clinique par les auteurs. Ils ont cependant conclu que :

- la contention doit rester une procédure exceptionnelle ;
- il existe de nombreuses complications physiques dont certaines potentiellement létales.

Une revue générale sur les données des années 1980 à 2002 a évalué la sécurité des moyens de contention utilisés par les forces de l'ordre ou aux urgences pour contrôler un individu présentant un trouble aigu du comportement (42). Deux cent dix-huit articles de langue anglaise ont été sélectionnés, concernant soit des patients soit des volontaires sains. Treize articles ont été retenus (après exclusion des personnes âgées, des comédications sédatives, des séries de cas de moins de 10 patients, des articles d'opinion). La conclusion de cette revue souligne l'absence de savoir objectif et les risques de complications, comme la revue systématique de la *Cochrane Collaboration* précédemment citée (41), ainsi que l'impossibilité dans la majorité des cas de faire la part entre les différents facteurs de risque associés à l'agitation (alcool, drogues).

De plus l'exclusion des traitements sédatifs dans les études incluses dans cette revue ne permet pas d'utiliser ses conclusions en pratique réelle où une contention n'est jamais appliquée sans sédation, du moins en milieu médicalisé.

Une revue des pratiques de contraintes physiques et d'isolement en Ontario a été réalisée à l'initiative du Bureau de l'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques (43). Il s'agit de la synthèse de questionnaires structurés adressés à 44 patients concernés, au staff hospitalier (1 médecin, 15 infirmiers et 1 indéterminé) et aux avocats des patients.

Malgré une méthodologie très discutable, les auteurs proposent un « guide de bonnes pratiques » centré sur l'écoute et les soins donnés aux patients, la nécessité d'un entraînement spécifique du staff hospitalier et la réalisation d'une supervision externe si la contention doit durer plus de vingt-quatre heures. Ces bonnes pratiques ne concernent pas que le moment de l'hospitalisation, mais aussi les épisodes survenant au cours d'une hospitalisation.

Les protocoles de contention sécurisée dans les services d'urgences ont fait l'objet de recommandations par l'Anaes (44) reprises dans les recommandations de la SFMU déjà citées (26).

V.3.5. Conclusion

Une sédation peut être indiquée en cas de réticence ou d'opposition afin de faciliter la réalisation de l'examen clinique. Dans certains cas, elle peut s'avérer d'emblée indispensable.

Son administration vient toujours en complément d'une approche relationnelle pour laquelle une formation spécifique (désescalade) est utile, sans s'y substituer.

Les classes thérapeutiques proposées pour la sédation sont :

- les neuroleptiques : ils sont efficaces en cas d'agitation, notamment psychotique, mais le diagnostic n'est pas toujours évident au moment où la sédation doit être appliquée (les neuroleptiques atypiques sont contre-indiqués en cas de démence) ;
- les benzodiazépines seules, utilisées sans méconnaître le risque de réactions paradoxales.

L'association benzodiazépine-neuroleptique semble renforcer la sédation mais aussi la fréquence d'incidents iatrogènes.

Le choix de la molécule sera modulé en fonction de l'anamnèse et du contexte. La voie intramusculaire est la plus habituelle en cas de refus de prise *per os*.

La réalisation concrète d'une injection et plus généralement la gestion de l'agitation peuvent nécessiter l'intervention de tiers voire même une immobilisation préalable. L'immobilisation relève de la prescription médicale et doit être aussi bien codifiée que la contention physique prolongée tant en termes de mise en pratique (personnel en nombre) que de surveillance (protocole, fiche de surveillance spécifique). Relativement aisée en milieu hospitalier, elle est plus complexe au domicile du patient et peut nécessiter l'intervention des forces de l'ordre ou des témoins présents (pompiers, proches, etc.) s'il en existe.

La sécurité des intervenants et du patient reste centrale et conditionnera le mode d'intervention immédiat ou différé en attente de renfort.

Il est recommandé que les prescriptions préhospitalières (molécule, posologie, voie et lieu d'administration) soient notées sur le dossier du patient ou sur une fiche de liaison qui accompagne le patient. S'il est connu, le traitement habituel du patient est également noté.

VI. COMMENT ÉVALUER L'ENVIRONNEMENT FAMILIAL ET SOCIAL ET COMMENT FAVORISER L'IMPLICATION DE L'ENTOURAGE DANS LES SOINS ?

VI.1. Évaluation de l'environnement familial et social

Dans un article français (45) l'intérêt de l'évaluation de l'environnement est mentionné par un médecin généraliste dans l'arbre décisionnel qu'il a élaboré pour les indications d'une hospitalisation sans consentement (voir § VIII).

L'article de Dworkin (21) déjà cité sur les travailleurs sociaux « certificateurs » en cas d'hospitalisation sans consentement est la seule référence concernant les travailleurs sociaux. Ceux-ci sont *a priori* pourtant tout désignés pour évaluer l'environnement social. Il n'y a pas de référence dans la littérature française sur le rôle spécifique des assistants sociaux aux urgences dans le cadre de l'hospitalisation sans consentement.

VI.2. Favoriser l'implication de l'entourage

Il existe 2 articles français évoquant l'entourage et son implication. L'un traite de l'évolution de la jurisprudence autour des personnes autorisées à jouer le rôle de tiers (46). L'autre, déjà cité, relate l'expérience du groupe ERIC (19) dont la pratique de post-urgence et d'alternative à l'hospitalisation permet une meilleure évaluation de l'environnement et une meilleure implication de celui-ci.

VI.3. Conclusion

Globalement, la question de l'évaluation de l'environnement et de sa participation aux soins est peu évoquée dans la littérature. La négligence vis-à-vis de l'environnement est par ailleurs probablement liée à la persistance de représentations contre-transférentielles chez certains praticiens à propos des familles (modèle de la « mère de psychotique » pathogène, etc.) et d'habitudes de travail « hospitalo-centriques » prenant peu en compte l'environnement.

Le groupe de travail a souligné :

- l'intérêt de la présence d'infirmiers dans les services d'accueil des urgences, spécialement formés à la psychiatrie ;
- l'importance de la communication tant envers le patient qu'envers sa famille.

VII. PEUT-ON FAVORISER L'OBTENTION DU CONSENTEMENT ?

VII.1. Rappels sur le consentement

VII.1.1. Données de la littérature, textes législatifs et réglementaires

D'après l'analyse de 3 revues générales du droit médical en matière de consentement, (47-49), le consentement trouve son fondement au plan juridique dans les préceptes d'*habeas corpus* et d'intangibilité du corps humain, relayés par les déclarations des droits de l'homme successives.

Une mise au point sur le consentement aux soins de Jonas (50) a repris dès son préambule les termes d'un traité de droit médical rédigé par Savatier, Auby et Pequignot qui ont écrit que « le premier attribut juridique de chaque personne est l'intangibilité de son intégrité corporelle et des principes de sa vie. Il n'y peut être touché même par le médecin qu'avec son consentement. »

Selon les principes de l'ONU (élaborés en 1990) : il n'y a comme exception au consentement que le traitement urgent et nécessaire à la protection du patient ou d'autrui (51).

Selon l'article 36 du Code de déontologie de 1995, « le consentement doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade en état d'exprimer sa volonté refuse des investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. »

Selon la charte du patient hospitalisé annexée à la circulaire ministérielle n° 95-22 du 6 mai 1995 (titre IV) : « Aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement du patient, hors le cas où son état rend nécessaire cet acte auquel il n'est pas à même de consentir. Ce consentement doit être libre et renouvelé pour tout acte ultérieur. Tout patient / ... peut refuser un acte..... »

Selon la Déclaration de Lisbonne amendée en 1995 de l'Association médicale mondiale sur les droits du patient, « tout adulte compétent a le droit de donner ou de refuser de donner son consentement à une méthode diagnostique ou thérapeutique. Il a droit à l'information nécessaire pour prendre ces décisions. Il doit pouvoir clairement comprendre l'objet d'un examen ou d'un traitement, les effets de leurs résultats et les conséquences d'un refus de consentement. » (article 3) « Les méthodes diagnostiques ou de traitements contraires à la volonté du patient ne peuvent être employées qu'à titre exceptionnel, si elles sont expressément autorisées par la loi et si elles sont conformes aux principes d'éthique médicale. » (51)

Selon la Convention pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine du Conseil de l'Europe (1997) : « Une intervention dans le domaine de la santé ne peut être effectuée qu'après que la personne concernée y a donné son consentement libre et éclairé... / La personne concernée peut à tout moment librement retirer son consentement. » (article 2) « La personne qui souffre d'un trouble mental grave ne peut être soumise, sans son consentement, à une intervention (article 7) ayant pour objet de traiter ce trouble que lorsque l'absence d'un tel traitement risque d'être gravement préjudiciable à sa santé et sous réserve des conditions de protection prévues par la loi comprenant des procédures de surveillance et de contrôle ainsi que des voies de recours. » (51)

Selon la loi n° 2002-203 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : « Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment... Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté. »

En France, selon la revue générale de Léger (47) : « Les tribunaux civils définissent, dans le cadre général du contrat médical, le consentement aux soins. Trois conditions sont nécessaires :

- l'aptitude du sujet à posséder ou exercer des droits subjectifs : la capacité civile, avec, éventuellement, l'application de la loi du 3 janvier 1968 en cas d'incapacité ;
- le respect des mécanismes de protection du consentement ;

- la léïcité de la cause : le consentement est une condition nécessaire à l'acte médical mais non suffisante. La finalité thérapeutique de l'acte doit le justifier par l'intérêt pour la santé du patient. »

VII.1.2. Conclusion

Ainsi la nécessité d'obtenir le consentement d'un patient aux soins à lui prodiguer et/ou à tout acte médical est la règle générale.

Les conditions nécessaires pour la validité du contrat passé entre le patient et son médecin sont les suivantes :

- un consentement de la partie qui s'oblige ;
- une capacité à contracter ;
- un objet certain formant la matière de l'engagement ;
- une cause licite dans l'engagement.

VII.2. Nature du consentement

Selon la revue générale de Léger (47), en droit public comme en droit privé, la jurisprudence s'accorde sur la nécessité d'obtenir « un consentement libre et éclairé du malade ».

VII.2.1. Notion de consentement libre

Selon Léger, cette idée implique 3 types de capacités :

- le libre arbitre qui implique que le sujet soit capable de discerner ce qu'il souhaite sans être induit éventuellement par une pression extérieure ;
- la capacité juridique qui implique qu'en cas d'incapacité juridique la loi du 3 janvier 1968 s'applique ;
- la capacité physique qui peut dans certaines circonstances être atteinte (sujet inconscient ou comateux).

VII.2.2. Notion de consentement éclairé, information du patient

— *Textes législatifs et réglementaires*

Selon l'article 35 du Code de déontologie de 1995 le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose.

Selon la charte du patient hospitalisé annexée à la circulaire ministérielle n° 95-22 du 6 mai 1995 :

- « Il (le consentement) doit être éclairé, c'est-à-dire que le patient doit avoir été préalablement informé des actes qu'il va subir et des risques normalement prévisibles... » (titre IV) ;
- « Le médecin doit donner une information simple accessible, intelligible et loyale à tous les patients. Il répond avec tact et de façon adaptée aux questions de ceux-ci. Afin que le patient puisse participer pleinement, notamment aux choix thérapeutiques qui le concernent et à leur mise en œuvre quotidienne, les médecins et le personnel paramédical participent à l'information du malade, chacun dans son domaine de compétences. » (titre III)

Selon la loi n° 2002-203 du 4 mars 2002 : « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différents investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. »

— *Données de la littérature*

Une étude réalisée aux États-Unis a étudié les problèmes de distorsion de la communication entre médecins et patients qui peuvent compromettre la notion de consentement réellement éclairé (cf. *tableau 3* ci-après). Les distorsions observées sont liées à l'anxiété du patient, anxiété qui n'est pas toujours reconnue par le médecin. Cette étude n'ayant pas été réalisée dans un contexte psychiatrique, ses conclusions sont difficilement applicables au contexte des troubles mentaux.

Tableau 3. Distorsion de la communication entre médecins et patients d'après Golden, 1970 (52).

Type d'étude	Nombre de patients et de soignants	Caractéristiques des patients	Critères de jugement	Résultats	Commentaires
Série de cas	25 patients, vus par 12 médecins, non psychiatres, randomisés parmi les médecins d'un hôpital général	8 hommes, 17 femmes, de 6 ans (une fillette dont la mère a été interrogée) à 69 ans	Enregistrement audio d'un colloque médecin-malade quand une information « importante » est communiquée au malade immédiatement suivi par une <i>interview</i> du patient sur sa compréhension du message reçu	Sur les 25 patients, 10 ont été considérés comme ayant une distorsion importante, 4 une distorsion minimale et 11 sans distorsion	Petit échantillon qui interdit toute étude statistique Étude réalisée hors du contexte psychiatrique Les distorsions sont liées essentiellement à l'anxiété du patient, anxiété non reconnue par le médecin

Une étude cas-contrôle réalisée aux États-Unis chez 79 patients schizophrènes, 82 patients déprimés et 80 sujets en bonne santé utilisés comme « contrôles » (53) a montré que la compréhension des informations nécessaires à l'obtention d'un consentement éclairé pour participer à une recherche était améliorée par l'usage de *feed-backs* répétés, alors que l'usage d'un formulaire graphique ou la participation d'un médiateur à l'entretien médecin-malade n'améliorait pas la compréhension. Il n'a pas été retrouvé de différence de compréhension entre les patients souffrant de schizophrénie et les patients déprimés. L'extrapolation de ces résultats au consentement à une hospitalisation en milieu psychiatrique reste à évaluer.

Une mise au point sur les droits des malades d'Horassius *et al.* (54) a précisé les qualités de l'information due au patient selon le Code de déontologie sus-cité. Une information est :

- claire, si elle est susceptible d'être entendue et comprise par un patient, peu familiarisé avec le langage médical et dont les qualités de compréhension sont diminuées par l'angoisse ;
- loyale, si elle est la plus proche possible de la réalité constatée ;
- appropriée, si elle est adaptée en fonction de la pathologie et de la personnalité de chaque patient et surtout propre à l'aider à mobiliser l'ensemble des ressources psychiques et physiques dont il dispose.

Léger a repris dans sa revue générale un avis de la Cour de cassation en chambre civile du 21 février 1961 selon lequel « peu importe que l'information soit approximative, ce qui compte c'est que l'essentiel soit perçu par le patient et que, de ce fait, elle soit rendue intelligible ».

Cependant, selon la mise au point d'Horassius *et al.* précédemment citée, il est difficile de savoir dans l'information donnée ce que le patient en retient et ce qui l'aide à formuler sa décision. Ainsi, il faut tenir compte dans cette notion de consentement de la dimension psychologique et affective sur laquelle se fonde l'alliance thérapeutique (54).

VII.2.3. Conclusion

Le consentement se doit d'être libre et éclairé, bien qu'en psychiatrie, le psychisme soit à la fois objet du soin et le support du consentement, ce qui traduit la complexité des questions sur l'information, son entendement et le consentement lui-même, mais n'exonère pas les soignants de leur devoir d'information.

VII.3. Consentement au traitement

VII.3.1. Textes réglementaires et professionnels internationaux

Dans les recommandations du comité des ministres du Conseil de l'Europe (55) sur la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires, l'hospitalisation involontaire pour soins n'est pas distinguée d'un placement nécessaire pour dispenser un traitement approprié : « Le placement involontaire consiste à faire admettre et retenir, aux fins de traitement, une personne atteinte de troubles mentaux dans un hôpital ou établissement de soins ou autre endroit approprié sans que ce patient en ait fait lui-même la demande. » Elles ne différencient donc pas l'hospitalisation d'un traitement sans consentement.

C'est la forme que prennent les troubles mentaux du déni et du refus des soins, quand l'état pathologique du patient ne lui permet pas d'accéder en plein discernement aux soins que son état requiert, qui amène à la contrainte des soins.

VII.3.2. Textes réglementaires et professionnels français

— *Textes en faveur du respect de la volonté du patient*

Selon l'article 36 du Code de déontologie et la charte du patient hospitalisé (circulaire DGS-DH n° 95-22 du 6 mai 1995), un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient sauf lorsque son état lui ôte son discernement.

L'article 16-3 alinéa 2 du Code civil, inspiré de la loi dite « bioéthique » de juillet 1994, stipule que « le consentement de l'intéressé (le patient) doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir ».

Selon une mise au point de Fontrouge (56), la jurisprudence en faveur du respect de la volonté du patient est la suivante :

- l'arrêt de la Cour de cassation du 3 janvier 1973 (D1974, 591 - note Levasseur- ou Bull. n° 2 p. 4) a conclu que « le médecin ne commet pas l'infraction de non-assistance dès lors que la thérapeutique préconisée n'avait pu être appliquée en raison du refus obstiné et même agressif de la malade » et que « si le malade capable et conscient refuse l'acte envisagé, le médecin ne peut que s'incliner » ;
- selon l'arrêt de la chambre d'accusation du 15 février 1961, le médecin cependant ne doit pas le faire trop facilement et sans avoir insisté auprès du malade ;
- selon l'arrêt de la Cour de cassation du 7 novembre 1973 (Bull. n° 2 p. 4), le médecin peut, en ce cas, à la condition d'assurer la continuité des soins, cesser de soigner le malade ; il peut faire constater par écrit l'attitude du patient ; un tel certificat a une valeur contestable, mais la chambre d'accusation de la cour d'appel de Paris a rendu un avis favorable en sa faveur le 25 mai 1971.

Plus récemment, dans le cadre d'une transfusion contre son gré d'un témoin de Jehovah atteint d'un syndrome de Goodpasture, le Conseil d'État a annulé le 12 octobre 2001 le jugement de la cour administrative d'appel de Paris. Il a estimé que la cour administrative d'appel de Paris avait commis une erreur de droit en entendant faire prévaloir de façon générale l'obligation pour le médecin de sauver la vie sur celle de la volonté du malade (Conseil d'État statuant au contentieux, sur le rapport de la 5^e sous-section – n° 198546 – séance du 12 octobre 2001, lecture du 26 octobre 2001).

La loi n° 2002-203 du 4 mars 2002 a bien rappelé qu'aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Depuis cette loi, le tribunal administratif de Lille a ordonné le 25 août 2002 l'injonction de ne pas procéder à des transfusions contre la volonté d'une patiente (transfusée alors qu'elle venait d'accoucher) car il ne disposait d'aucun élément tendant à montrer qu'il existait un danger pour sa vie (tribunal administratif de Lille, référé, 25 août 2002, n° 02-3138, M. Jérôme G. et Mme Carole G.).

— *Textes en faveur de l'acte médical*

Selon l'article 9 du Code de déontologie médicale : « Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril (...) doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires. »

Selon l'article 223-5 du nouveau Code pénal : « Sera puni (...) quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance (...) qu'il pouvait lui prêter. » Selon l'article 223-3 du même code : « Le délaissement, en un lieu quelconque, d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, est puni (...) de cinq ans d'emprisonnement. » Et selon l'article 223-4, le délaissement qui a entraîné une mutilation ou une infirmité permanente est puni de 15 ans de réclusion criminelle.

En cas de suicide, deux décisions judiciaires ont précisé qu'il importait peu que le péril soit volontaire et soit la conséquence par exemple d'une tentative de suicide, le péril où se trouve la personne ne faisant pas disparaître l'obligation de secours (arrêt des

chambres d'accusation de Douai, le 20 décembre 1951, et de Limoges, le 20 février 1958).

Depuis la promulgation de la loi du 4 mars 2002, un arrêt du Conseil d'État en date du 16 août 2002 a réformé la décision d'un jugement du tribunal administratif du 9 août 2002 relative à un refus de transfusion (chez une patiente témoin de Jehovah, transfusée contre son gré après une intervention orthopédique) et a conclu qu'il incombe aux médecins de tout mettre en œuvre pour convaincre les patients d'accepter un traitement indispensable, mais qu'en cas d'absence d'alternative thérapeutique un traitement refusé peut être mis en œuvre s'il est indispensable à la survie du patient et proportionné à son état. Face à la contradiction entre deux devoirs (le respect de la vie et celui du refus de soins), le Conseil d'État insiste sur l'impossibilité de faire prévaloir le principe de l'un sur l'autre.

VII.3.3. Conclusion

Sur le plan juridique, dans l'acceptation ou non du droit du patient à refuser un traitement sont mis en balance : l'autonomie individuelle, la protection et les besoins propres du sujet et la protection du public. Or, en psychiatrie, se pose la question de la capacité du patient à consentir ou à refuser le traitement.

VII.4. Capacité à consentir

VII.4.1. Textes généraux

Selon les recommandations du Comité consultatif national d'éthique, on distingue « la capacité de droit (juridique) et la capacité de fait (mentale) ou « compétence ». L'acte de consentir suppose une double compétence ou (capacité ou aptitude) : il faut pouvoir comprendre (clarté de l'entendement ou intellect), et pouvoir se déterminer librement (autonomie de la volonté). Sont tenues pour inaptes à pouvoir donner un consentement de bonne qualité les personnes dont la capacité de compréhension est faible ou troublée (exemple : sujet confus ou obnubilé), et celles dont la liberté de choix n'est pas entière (exemple : sujet en état de dépendance, comme les pensionnaires des asiles ou des prisons). Établir l'incompétence relative d'une personne, c'est établir son inaptitude à comprendre une information ou son inaptitude à prendre une décision rationnelle touchant son propre bien ou les deux. Tester la compétence suppose des critères permettant de tester la capacité de compréhension et des critères permettant de tester la rationalité du vouloir. » (57)

Le rapport Koch (58) constate « qu'il y a du flou en Europe sur les critères et les psychiatres européens souvent consultés comme « experts » sur ce terrain ont fait en réalité peu de recherches visant à mettre au point des procédures d'évaluation bien validées.../... nombre de cas faisant difficulté viennent de la non-coïncidence entre capacité réelle et capacité légale ».

VII.4.2. Données de la littérature sur consentement et troubles mentaux

— Conscience des troubles en psychiatrie et capacité à consentir

Selon la revue générale de Bourgeois sur la conscience du trouble en psychiatrie (59) l'*insight* comprend le processus de conscience des troubles proprement dit et celui d'attribution causale. Pour les auteurs des études reprises par Bourgeois, le processus de conscience des troubles correspond à la reconnaissance de signes ou symptômes de la maladie. L'attribution correspond aux explications quant à la cause ou l'origine de ces signes ou symptômes.

Selon Bourgeois, 4 modèles d'explication du déficit d'*insight* sont possibles dans la maladie mentale :

- le modèle psychodynamique (mécanisme de défense ou de *coping* : déni de la maladie) ;
- le modèle neuropsychologique (déficit de la conscience du trouble, comparable à l'anosognosie neurologique) ;
- le modèle clinique : le déficit d'*insight* comme symptôme primaire lié directement à la maladie mentale ;
- le modèle cognitif (ensemble d'attributions et croyances concernant les troubles).

Les conclusions de cette revue étaient que l'absence d'*insight* serait l'élément clinique le plus constant dans les diverses présentations de la schizophrénie, observable chez 50 à 75 % des patients. Associée à d'autres éléments, elle pourrait définir un sous-type de cette maladie.

Parmi les 3 échelles d'évaluation de l'*insight* proposées par Bourgeois, l'échelle SUMD (*Scale To Assess Unawareness of Mental Disorder*) décrite dans l'étude d'Amador en 1994 (60) serait, selon lui, la plus pertinente. Il n'en existe pas de traduction française validée.

Tableau 4. Niveau d'*insight* et sévérité symptomatique d'après Amador, 1994 (60).

Type d'étude Pays	Nombre de patients	Caractéristique des patients	Critères de jugement	Résultats	Commentaires
Étude transversale États-Unis	412 dont 348 pour lesquels le diagnostic selon le DSM-III-R est précisé	- 221 patients schizophrènes (âge moyen 34,4 ans) - 49 patients atteints de troubles schizo-affectifs (âge moyen 33,6 ans) - 40 patients atteints de troubles bipolaires (âge moyen 32,4 ans) - 24 patients atteints d'épisodes dépressifs majeurs psychotiques (âge moyen 30,1 ans), - 14 patients atteints d'épisodes dépressifs majeurs non psychotiques (âge moyen 35,4 ans)	- Échelle SUMD (version abrégée) - DSM-III-R, - SAPS, - SANS, - SUMD, - PANSS	Corrélation significative entre l'item <i>insight</i> de la PANSS et la SUMD chez les patients psychotiques	Pas de données sur la profession, le statut psychosocial, le traitement Pas d'élément renseignant sur la validité de l'échelle SUMD

Dans cette étude, il a été constaté chez les patients schizophrènes une absence de conscience :

- des troubles (dans 57,4 % des cas) ;
- des conséquences sociales (dans 31,5 % des cas) ;
- de l'efficacité des médicaments (dans 21,7 % des cas).

Les symptômes négatifs n'étaient pas corrélés au score de la SUMD. Les patients en phase maniaque ont obtenu les mêmes scores à la SUMD que les patients schizophrènes mais étaient plus conscients de leurs idées délirantes. En revanche, la dimension dépressive était corrélée avec une plus grande conscience du trouble.

Une étude israélienne a montré une relation significative entre la capacité à consentir et le niveau d'*insight* (cf. *tableau 5* ci-après).

Tableau 5. Niveau d'*insight* et capacité à consentir d'après Melamed, 1997 (61).

Type d'étude Pays	Nombre de patients	Caractéristiques des patients	Critères de jugement	Résultats	Commentaires
Série de cas Israël	113	Patients psychotiques 62 hommes, 51 femmes d'âge moyen 47,6 ans dont 83 % déjà hospitalisés en psychiatrie	Mal précisés : questionnaire d'Appelbaum (1981) pour évaluer la compétence (cf. § VII.3.3) questionnaires d' <i>insight</i> d'Amador (1991)	Relation significative ($r = 0,61$, $p < 0,001$) entre les questionnaires d' <i>insight</i> et de compétence à consentir	Méthodologie peu explicite : les questionnaires utilisés ne sont pas décrits, juste référencés 1/3 des patients hospitalisés avec leur consentement n'avaient pas la compétence requise

— *Mode de coping et capacité à consentir*

Une étude suisse a évalué les caractéristiques susceptibles d'influencer le mode de traitement d'un patient atteint de troubles psychiatrique (en externe ou en hospitalisation). Elle montre que la prise en compte de la qualité de la stratégie de *coping* permettrait de prédire le mode de traitement, mais ne renseigne pas sur le type d'hospitalisation (avec ou sans consentement) du patient (cf. *tableau 6* ci-après).

Tableau 6. Coping et capacité à consentir d'après Schnyder, 1999 (62).

Type d'étude Pays	Nombre et caractéristiques des patients	Critères de jugement	Résultats	Commentaires
Série de cas Suisse	56, 28 patients hospitalisés et 28 patients « externes » sur une cohorte de 1 439 patients dont 1 011 pour lesquels un traitement a été prescrit (481 hospitalisés et 530 « externes »)	Questionnaire de <i>coping</i> de Burnese adapté (1991) et caractéristiques du patient (caractéristiques socio-économiques, traitement psychiatrique antérieur, modalités d'envoi à l'hôpital, diagnostic psychiatrique actuel) comme facteur prédictif du mode de traitement (externe ou hospitalisation)	Les caractéristiques du patient ont permis de prédire correctement le mode de traitement dans 69,3 % des cas Le mode de <i>coping</i> était un facteur prédictif comparable : il a permis de prédire correctement le mode de traitement dans 75 à 84,9 % des cas, selon le modèle statistique utilisé	Pas de renseignement sur les facteurs prédictifs d'une hospitalisation sans consentement

VII.4.3.Évaluation de la capacité à consentir

— Données de la littérature

Les données de la littérature anglo-saxonne sont à interpréter en fonction du contexte juridique actuel aux États-Unis depuis le jugement de la Cour suprême sur le cas *Zinernon versus Burch* (494 US 113) en 1990. Ce jugement a enjoint aux cliniciens d'évaluer la compétence des patients atteints d'une maladie psychiatrique, sans préciser quel moyen utiliser.

Un modèle, l'échelle MUD-VH (*Measuring Understanding of Disclosure-Voluntary hospitalisation*), a été proposé en 1993 par une *task force* de l'*American Psychiatric Association* (63) qui a proposé de considérer qu'un patient pouvait être admis en hospitalisation volontaire s'il est capable de comprendre les 2 données suivantes :

- qu'il est admis dans un hôpital ou une unité psychiatrique pour y être traité ;
- que l'autorisation de sortir ne lui sera pas automatiquement accordée.

L'échelle MUD-VH est constituée de 2 brefs paragraphes :

- un sur les motifs d'hospitalisation : diagnostic, traitement, prévention de l'auto ou hétéro-agressivité) ;
- un expliquant que les médecins peuvent s'opposer à une demande de sortie du patient.

Cette échelle a été testée dans 2 études (63,64), détaillées dans le *tableau 7*.

Ces questions sont à replacer dans le contexte réglementaire des États-Unis, et seraient à adapter pour une éventuelle utilisation française. Pour le groupe de travail, ce mode d'évaluation de la capacité à consentir reste très dichotomique.

Parallèlement, il existe une autre conception de la capacité à consentir, à partir d'un questionnaire à 15 items développé par Appelbaum (65) ou de l'échelle Mac CAT-T (*Mac Arthur Treatment Competence Research Instrument*).

Le questionnaire d'Appelbaum évalue les éléments suivants :

- le patient apprécie-t-il la nature de sa condition, reconnaît-il qu'il est atteint d'une maladie mentale, pense-t-il qu'il a besoin d'un traitement, connaît-il une alternative à l'hospitalisation ?
- peut-il comprendre la nature de l'hospitalisation, comprend-il le rôle du médecin durant l'hospitalisation, le rôle du traitement si indiqué, et ce que représente une hospitalisation ?
- est-il capable d'appréhender les raisons du médecin pour préconiser une hospitalisation ?
- est-il capable de décider d'adhérer à la décision du médecin ?
- est-il capable d'agir pour sa protection dans l'environnement hospitalier ;
- est-il au courant des droits qu'il a en tant que patient libre :
 - de quitter l'hôpital contre l'avis de son médecin,
 - de refuser le traitement,
 - d'avoir un représentant légal ?
- est-il conscient des conséquences négatives qui peuvent résulter de son hospitalisation :
 - connaît-il les inconvénients potentiels de son hospitalisation ?
 - connaît-il l'éventualité d'une hospitalisation sans consentement même s'il demande à sortir ?

Ces questions sont à replacer dans le contexte réglementaire des États-Unis, et seraient à adapter pour une éventuelle utilisation française.

Plusieurs études réalisées aux États-Unis ont évalué la capacité à consentir, soit d'après l'échelle MUD-VH, soit d'après le questionnaire d'Appelbaum ou l'échelle Mac CAT-T (cf. *tableau 7* ci-après). Les tests utilisés n'ont malheureusement pas de traduction validée en français et ne seraient pas non plus applicables au contexte juridique et réglementaire français. Les conclusions de ces études doivent être pondérées d'un biais de sélection des patients.

En France, Lachaux (66) a défini une charte de compétence à consentir en 5 dimensions :

- capacité à recevoir une information adaptée ;
- capacité de compréhension et d'écoute ;
- capacité de raisonner ;
- capacité d'expression libre de décision ;
- capacité de maintien de la décision dans le temps.

Cette charte a été élaborée dans un service d'évaluation et de recherche sur les thérapeutiques médicamenteuses.

VII.4.4. Conclusion

L'ensemble de la littérature reconnaît une capacité d'*insight* et de conscience des troubles altérée chez les patients atteints de troubles psychiatriques, y compris quand il s'agit de psychotiques. Néanmoins, il existe des degrés de compétence à consentir. Il est possible que les patients comprennent une partie de leur pathologie. Leurs troubles peuvent être fluctuants et intermittents.

L'évaluation de la capacité à consentir dans l'ensemble de la revue de la littérature surtout anglo-saxonne est centrée sur la conscience du trouble, de l'hospitalisation et de ses modalités, soit de façon détaillée, soit de façon plus schématique. Ces modalités d'évaluation sont difficilement transposables à la France.

Selon le consensus du groupe de travail et du groupe de lecture, la charte élaborée par Lachaux pour évaluer la capacité à consentir serait applicable au contexte de l'hospitalisation sans consentement.

Tableau 7. Évaluation de la capacité à consentir selon l'échelle MUD-VH.

Auteur, année, pays, référence	Type d'étude	Taille de l'échantillon	Caractéristiques des patients inclus	Critères de jugement	Résultats	Commentaires
Poythress 1996 États-Unis (63)	Étude cas-contrôle	120 patients psychiatriques, dont 60 en hospitalisation libre (vol), 60 en hospitalisation sans consentement involontaire (invol)	Patients âgés de plus de 16 ans (âge moyen 35,2 pour les patients vol et 36, 8 pour les invol, environ 2/3 sans emploi et 3/4 divorcés ou célibataires, sans différence significatives entre les 2 groupes	Modèle « faible » de l'évaluation à consentir : MUD-VH* : 2 brefs paragraphes, un sur les motifs d'hospitalisation : (diagnostic, traitement, prévention de l'auto ou hétéro-agressivité) et un expliquant que les médecins peuvent s'opposer à une demande de sortie du patient (score de 1 à 4, plus le score est faible, moins le patient est apte à consentir).	Tendance presque significative à une moindre capacité à consentir chez les patients invol. Le paramètre le plus prédictif d'un score faible au MUD-VH était la faible capacité à consentir à l'étude. Un score faible au MUD-VH était également lié à la schizophrénie et aux troubles schizo-affectifs, les symptômes psychotiques ou dépressifs.	Biais de sélection lié au consentement nécessaire pour entrer dans l'étude (30 % de patients exclus). Selon cette étude le niveau de compréhension est mieux évalué par des instruments de mesure qui utilisent la « reconnaissance » (vrai-faux) plutôt que le « rappel »
Appelbaum 1998 États-Unis (64)	Série de cas	100 patients psychiatriques en hospitalisation volontaire	59 femmes et 41 hommes, âge moyen 38,2 ans, dont 81 Caucasiens, ayant en moyenne 8,06 hospitalisations antérieures	Modèle « faible » de l'évaluation à consentir : MUD-VH*	Diminution significative du score avec l'augmentation de l'âge, le nombre d'hospitalisations antérieures (plus de 12)	Biais de sélection de la population (les patients considérés comme trop agressifs ou instables ont été exclus) Meilleur résultat en « reconnaissance » qu'en « rappel »

*Measuring Understanding of Disclosure-Voluntary hospitalisation

Tableau 7 (suite). Modalités d'évaluation de la compétence à consentir selon le questionnaire d'Appelbaum ou l'échelle Mac CAT-T.

Auteur, année, pays, référence	Type d'étude	Taille de l'échantillon	Caractéristiques des patients inclus	Critères de jugement	Résultats	Commentaire
Norko 1990 États-Unis (67)	Série de cas	100 patients psychiatriques en hospitalisation libre	Âge moyen : 44 ans, ayant en moyenne 3,18 hospitalisations antérieures	Modèle « fort » de l'évaluation à consentir : questionnaire à 15 questions d'Appelbaum (1981) et relation avec le diagnostic évalué par le DSM-III	Environ 85 % de patients reconnaissent leur problème psychiatrique et leur besoin de traitement, et 65 % reconnaissent la nécessité d'être hospitalisé, mais seulement 18 % pouvaient être considérés comme compétents à consentir sur des critères légaux	Biais de sélection de la population (patients ayant tous consenti à l'hospitalisation)
Billick 1996 États-Unis (68)	Série de cas	37 patients sélectionnés, 24 inclus	Patients de plus de 18 ans atteints de troubles psychiatriques et hospitalisés	Relation entre un examen psychiatrique « en aveugle » utilisant le DSM- III-R et testant la capacité à consentir et le questionnaire de compétence à 15 questions d'Appelbaum, le BPRS*, le MMSE*, WAIS-R* (<i>vocabulary subtest</i>)	Corrélation statistiquement significative entre l'évaluation en aveugle de la compétence lors de l'examen psychiatrique et le score au questionnaire de compétence d'Appelbaum CQ, au BPRS*, au MMSE* et au WAIS-R	Petit échantillon

BPRS : *Brief Psychiatric Rating Scale*, MMSE: *Mini Mental State Examination*, WAIS-R: *Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised*.

Tableau 7 (suite et fin). Modalités d'évaluation de la compétence à consentir selon le questionnaire d'Appelbaum ou l'échelle Mac CAT-C.

Auteur, année, Pays, référence	Type d'étude	Taille de l'échantillon	Caractéristiques des patients inclus	Critères de jugement	Résultats	Commentaires
Grisso 1995 États-Unis (69)	Étude cas-contrôle pour évaluer les propriétés psychométriques du <i>Mac Arthur Treatment Competence Research Instrument</i> (Mac CAT-T)	- 249 patients répartis en 3 groupes (2 groupes de patients atteints de troubles psychiatriques, 1 groupe de patients ne présentant pas de troubles psychiatriques) - 249 patients contrôles	75 patients schizophrènes, 92 patients présentant un épisode dépressif majeur, 82 patients souffrant d'angine de poitrine, chacun apparié avec un sujet contrôlé sur l'âge, le sexe, l'origine ethnique et le statut socio-économique	Mac CAT-T (incluant 3 questionnaires UTD*, POD*, TRAT-TRAT ₂ *) et BDI*, 3 sous-tests du WAIS-R*, BPRS*	Corrélation inter-observateurs statistiquement significative pour les 3 questionnaires du Mac CAT-T Résultats variables selon les questionnaires en fonction du trouble psychiatrique des patients, des compétences cognitives Par exemple, 34,7 % des schizophrènes ont un niveau très faible de compréhension contre 4,4 % des patients dépressifs et 9,8 % des patients avec une angine de poitrine	Instruments de recherche difficiles à utiliser en pratique clinique

* UTD : *Understanding Treatment Disclosures*, POD : *Perception Of Disorder*, TRAT-TRAT₂: *Thinking Rationally About Treatment*, BDI: *Beck Depression Inventory*, WAIS-R: *Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised*, BPRS : *Brief Psychiatric Rating Scale*

VII.5. Consentement des personnes âgées

Une étude réalisée aux États-Unis a étudié la capacité à consentir des personnes âgées de plus de 60 ans, à partir d'un questionnaire à 8 items élaboré par les auteurs de l'étude (cf. *tableau 8* ci-dessous).

Tableau 8. Évaluation de la capacité à consentir des personnes âgées.

Auteur, année, pays, référence, type d'étude	Taille de l'échantillon et caractéristiques des patients inclus	Critères de jugement	Résultats	Commentaires
Levine 1994 États-Unis (New York) (70) étude cas-contrôle	68 répartis en 2 groupes 33 > 60 ans 35 < 60 ans (sujets « contrôles » hospitalisés en psychiatrie)	Questionnaire de compétence (QC) en 8 questions, dont le score a été corrélé à l'âge, au sexe, à l'origine ethnique, au niveau d'études, au score aux BPRS, MMSE et à certains items du DSM-III-R	Le score au MMSE était le meilleur prédicteur du score au QC ($p \leq 0,0001$) Les autres facteurs significativement associés à un score élevé de QC étaient un niveau élevé de dépression, d'anxiété, et d'hostilité Le score au QC était moins élevé chez les sujets de plus de 60 ans, moins concernés par les problèmes médico-légaux, plus compliant aux décisions du médecin	Les biais potentiels de l'étude sont les suivants : petit échantillon, patients en hospitalisation libre, questionnaire non validé, inclusion de 2 patients ayant des troubles cognitifs organiques parmi les sujets « contrôles » et de 4 sujets atteints de démence parmi les sujets de plus de 60 ans.

BPRS : *Brief Psychiatric Rating Scale*, MMSE: *Mini Mental State Examination*, WAIS-R : *Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised*

Une équipe française, à partir d'un cas clinique d'hospitalisation à la demande d'un tiers d'une personne âgée vivant seule, dans un contexte d'incurie et de refus de soins et présentant un délire à tendance paranoïaque, a repris 30 dossiers et donné son interprétation pour l'application en géro-psycho-geriatrie de la loi du 27 juin 1990 (71). Sur les 27 hospitalisations sans consentement dans leur service :

- 11 étaient liées à une psychose ;
- 11 à une détérioration (sans plus de précisions) ;
- 3 à un problème organique ;
- 2 à l'alcoolisme.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 27 jours et 18 des 27 hospitalisations se sont terminées par un retour du patient dans son milieu d'origine. Dans cette série, l'hospitalisation sans consentement n'a pas été le prétexte de l'exclusion d'un domicile ou d'une institution. De même, le soin à la personne semble l'avoir largement emporté sur sa mise à l'écart de tout risque vital. Les conclusions des auteurs étaient les suivantes :

- l'hospitalisation sans consentement s'avère parfois nécessaire dans le champ géro-psycho-geriatrique ;
- l'application de la loi du 27 juin 1990 (par défaut ou par excès) peut entraîner des risques de dérapage qui sont spécifiques aux personnes âgées ;
- il appartient au praticien comme au magistrat de prendre en compte la vulnérabilité particulière des sujets âgés dans le cadre législatif actuel, à cette réserve près que l'élaboration d'un nouveau texte spécifique pouvant être générateur d'un nouveau « ghetto législatif » ne semble pas nécessaire.

Il n'a pas été retrouvé de données dans la littérature sur les hospitalisations sans consentement des patients atteints de démence.

VII.6. Consentement des incapables majeurs

La loi du 3 janvier 1968 définit le cadre légal de la protection de l'incapable majeur. Les modalités d'application de cette loi figurent au Code civil au titre XI dans les articles 488 à 514. L'article 490-1 dissocie mesures de traitement, hospitalisation et protection de l'incapable majeur : « Les modalités du traitement médical, notamment quant au choix entre hospitalisation et soins à domicile, sont indépendantes du régime de protection. »

Depuis 1989, la Cour de cassation a rappelé que le majeur sous tutelle est protégé par son tuteur lequel doit prendre les décisions éventuelles concernant sa santé. Cependant, pour ce faire, il doit être autorisé par le conseil de famille lorsqu'il en existe un ou par le juge des tutelles. Le majeur sous sauvegarde de justice ou curatelle garde sur ce point son autonomie.

Selon le groupe de travail du rapport Strohl (2), il est nécessaire de prendre en compte leur avis sinon celui de leur représentant.

Selon l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique issu de la loi du 4 mars 2002 : « Le consentement ... du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Il existe une échelle des degrés de discernement qui est indépendante de l'incapacité civile. »
« Les droits des majeurs sont exercés ... par le tuteur... mais les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant d'une manière adaptée à leurs facultés. »

VII.7. Consentement des patients sous l'emprise de toxiques ou de sédatifs

Selon une mise au point publiée par Lapostolle *et al.* (45) détaillée au § X, le consentement peut être différé ; en particulier dans les situations d'urgence médicale comme par exemple chez les patients comateux nécessitant des soins médicaux urgents. Ces situations sont prévues dans l'article 16-3 alinéa 2 du Code civil (voir ci-dessous) qui stipule que « le consentement de l'intéressé (le patient) doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir ».

Selon un article d'opinion sur le refus de soins ou d'hospitalisation exprimé par le patient, pour pouvoir accepter un refus de soins il faut s'être assuré que le patient est majeur, « conscient et capable » ou sain d'esprit, ce qui exclut, entre autres, les patients traumatisés crâniens, les patients présentant une intoxication médicamenteuse et les patients sous l'emprise de l'alcool (56).

Il n'a pas été identifié de données dans la littérature concernant le recueil du consentement de patients ayant reçu un traitement sédatif et ne pouvant être cliniquement évalués.

Selon le groupe de travail :

- soit le patient est surveillé aux urgences et est revu lorsque son état lui permet de participer à un entretien (on se retrouve dans le cas des patients ayant pris de l'alcool ou des toxiques) ;
- soit le patient fait l'objet d'une mesure d'HDT et le deuxième certificat médical mentionnera la nécessité d'une évaluation ultérieure.

VII.8. Comment améliorer l'obtention du consentement ?

VII.8.1. Données de la littérature

Il n'a été retrouvé que peu d'études, essentiellement des réponses individuelles basées sur l'opinion de l'auteur.

Selon les conclusions d'une analyse faite aux États-Unis du cas Zinernon *versus* Burch, rechercher le consentement du patient à son hospitalisation aiderait à forger une alliance thérapeutique avec lui (72).

À partir d'un cas clinique, selon un auteur français, l'information adaptée favoriserait l'alliance thérapeutique, même si le recours à l'hospitalisation sans consentement s'avère nécessaire en faisant appel à la dimension symbolique de la loi (73).

Selon l'opinion de Walter (74), si la loi du 27 juin 1990 permet d'outrepasser le consentement du patient atteint d'une pathologie mentale le rendant incapable d'adhérer à un soin, elle ne peut être un outil médico-légal satisfaisant face à des troubles psychopathologiques rapidement résolutifs tels que ceux rencontrés dans les situations de crise, c'est-à-dire toutes les situations caractérisées par :

- leur allure aiguë et dramatique ;
- leur implication relationnelle quasi constante ;
- la fréquence du passage à l'acte notamment suicidaire, mais aussi hétéro-agressif ;
- et leur résolution généralement rapide.

De tels tableaux conduisent le praticien à intervenir comme garant et dépositaire d'un consentement du patient qui s'exprimera au sortir de la crise et légitimera rétroactivement son engagement. Selon Walter, il paraît préférable de resituer ces décisions dans le cadre d'une éthique générale des soins plutôt que de les figer dans des dispositions légales, évoquant alors une sorte de « garde à vue » médicale.

La nécessité d'une période d'observation avant de décider d'une mesure d'hospitalisation pourrait, selon le groupe de travail, être utilisée pour favoriser l'obtention d'un consentement. Sa nécessité a été reconnue par certains pays européens (75) qui acceptent en cas d'urgence des décisions provisoires et souples de privation de liberté afin d'effectuer les examens nécessaires.

Une proposition émise dans le rapport issu de la mission confiée en 2003 aux D^{rs} Cléry-Melin, Pascal et Kovess par le ministre de la Santé va dans le même sens (1). Ce rapport préconise, à régime juridique constant, la mise en place d'une période d'observation de 72 heures maximum, dans des unités intersectorielles d'accueil, unités à créer, distinctes des services d'accueil des urgences (1).

Cette proposition (proposition n° II-30) reprend une des propositions émises en 1997 par le groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990 présidé par M^{me} Strohl (2). Le groupe avait proposé de faciliter un accès aux soins par l'instauration d'une période d'orientation et d'observation de 72 heures pour les malades relevant potentiellement d'une hospitalisation sans consentement, « afin que l'urgence ne soit pas l'occasion d'instaurer un régime hors droit mais que l'accès au système de soins soit rapide et le moins traumatisant possible pour le malade ».

En 2001, le rapport Piel et Røelandt avait conclu à la nécessité de l'instauration d'une telle période d'observation, mais dans le cadre d'une loi désignée pour l'obligation de soins psychiatriques (3).

VII.8.2. Conclusion

Aucun moyen permettant d'améliorer l'obtention du consentement n'a été identifié dans la littérature.

Pour le groupe de travail, la question n'est pas tant l'amélioration de l'obtention du consentement qui risque d'induire des hospitalisations libres inappropriées que l'évaluation de la capacité à consentir et la valeur thérapeutique de l'information et de l'implication du patient.

Dans un certain nombre de cas, il paraît plus opérant et plus adapté aux nécessités de la clinique de mettre en place un délai d'observation, dont la durée reste à déterminer, avant toute prise de décision.

VIII. QUELLES SONT LES INDICATIONS D'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT ?

VIII.1. Textes réglementaires

Selon les recommandations du comité des ministres du Conseil de l'Europe (55), l'hospitalisation sans consentement s'impose quand :

- il existe un désordre mental sévère qui entraîne un risque sérieux d'atteinte à l'intégrité physique, à la santé du sujet, la vie de sa famille ou à l'intérêt général d'une personne réelle ;
- dans la situation décrite, l'état mental du patient le rend incapable de prendre une décision responsable, convenant à ses intérêts propres ;
- selon notre connaissance actuelle, la mesure d'hospitalisation est raisonnablement plus efficace et bénéfique au patient qu'aucune autre alternative thérapeutique moins restrictive.

Ces recommandations ont limité la contention et l'isolement au temps nécessaire au traitement.

VIII.2. Critères généraux à prendre en compte pour poser une indication d'hospitalisation sans consentement

Les critères d'admission d'un patient contre sa volonté, définis par l'*American Psychiatric Association*, repris dans une revue de la littérature sur les urgences en psychiatrie réalisée par Munizza (15), sont les suivants :

- le patient souffre d'un trouble mental ;
- le trouble peut être traité dans les structures d'hospitalisation ;
- le sujet refuse ou est incapable de donner son consentement ;
- le sujet n'a pas la capacité de prendre une décision éclairée par rapport au traitement ;

- le sujet, en raison de son trouble, peut se blesser ou souffrir d'une détérioration physique ou mentale ou blesser quelqu'un.

VIII.3. Critères spécifiques à prendre en compte pour poser une indication d'hospitalisation sans consentement

Une échelle anglo-saxonne, l'échelle SPI (*Severity of Psychiatric Illness*) (76), permet d'évaluer le risque suicidaire, le danger pour autrui, la sévérité des troubles de l'axe 1 du DSM-III, la capacité de prendre soin de soi, le déficit professionnel, la prise de toxiques, les complications médicales, le traitement (résistance, motivation), l'instabilité résidentielle, les dysfonctionnements prémorbides, l'absence de lits dans l'établissement d'accueil et la décision médicale. Pour chaque item, le score est de 0 à 3. Elle pourrait être utile pour poser l'indication d'une hospitalisation sans consentement, mais il n'en existe pas de traduction française validée.

VIII.3.1. Risque suicidaire

Selon les recommandations de la conférence de consensus sur la prise en charge de la crise suicidaire (30) et les conclusions de l'audit clinique sur la prise en charge aux urgences des adolescents suicidants (77), les facteurs suivants sont à prendre en compte : la détermination, l'intentionnalité, les facteurs d'urgence du passage à l'acte, les antécédents de tentatives de suicide, l'impulsivité, le tableau psychiatrique et son intensité.

Pour cette prise en compte, les 6 éléments suivants sont à apprécier :

- le niveau de souffrance : désarroi, désespoir, isolement relationnel ;
- le degré d'intentionnalité ; ruminations, recherche d'aide ou non, dispositions envisagées (l'échelle d'intentionnalité suicidaire de Beck peut être utilisée) ;
- les éléments d'impulsivité : tension psychique, instabilité comportementale, agitation motrice, antécédents de passage à l'acte ;
- la présence d'éventuels éléments précipitants ;
- la présence de moyens létaux à disposition ;
- la qualité du soutien de l'entourage proche.

Selon les recommandations de la conférence de consensus sur la prise en charge de la crise suicidaire (30), est considéré comme présentant un risque suicidaire d'urgence élevée un patient :

- décidé, dont le passage à l'acte est planifié et prévu pour les jours qui viennent ;
- coupé de ses émotions, rationalisant sa décision ou très émotif, agité, troublé, complètement immobilisé par la dépression ou dans un état de grande agitation ;
- dont la douleur et la souffrance sont omniprésentes ou complètement tuées ;
- ayant accès direct et immédiat à un moyen de se suicider ;
- ayant le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé ;
- très isolé (il faut également tenir compte de l'élément de dangerosité lié à l'accumulation de facteurs de risque, notamment l'âge > 75 ans).

Il n'a pas été retrouvé dans la littérature de données sur la prise en charge des patients avec des idées suicidaires sous l'emprise de l'alcool, de toxiques ou de médicaments psychotropes.

VIII.3.2. Agitation, risque potentiel d'atteinte à autrui

Selon les recommandations issues de la conférence de consensus réalisée par la SFMU sur l'agitation en urgence (26), dans les cas où il n'y a pas de pathologie psychiatrique avérée, il n'y a pas de support juridique permettant de garder un patient contre son gré le temps nécessaire aux soins.

Un avis d'expert anglo-saxon (78) reprend la même position en cas de dangerosité pour soi-même et/ou pour autrui : elle ne justifie pas une mesure d'hospitalisation sans consentement si elle n'est pas liée à un trouble psychiatrique.

VIII.3.3. Délire

Selon les données du rapport de la Communauté européenne déjà cité (6), le diagnostic de psychose est retrouvé chez 50 % des patients hospitalisés sans leur consentement dans les pays de la Communauté.

Cependant, une hospitalisation sans consentement ne se justifie pas pour tout patient délirant. Comme il a été dit plus haut l'*insight* et l'état de conscience des troubles peuvent fluctuer et ne sont pas corrélés à la sévérité de la maladie.

Selon le groupe de travail, il importe de tenir compte des critères de gravité suivants liés :

- en premier lieu au degré d'engagement émotionnel et affectif du patient au délire : degré d'adhésion au délire et participation émotionnelle avec notion de passage à l'acte antérieur ;
- au thème du délire : délire à thème de ruine ou culpabilité, de persécution avec persécuteur désigné, syndrome de Cottard (négation d'un organe ou plus souvent négation de fonctionnement d'un organe voire négation de la personne), délire mégalomane, délire passionnel à thème de jalousie ou érotomanie (conviction délirante d'être aimé) ;
- au mécanisme du délire : automatisme mental avec idées et actes imposés ;
- à l'association du délire avec un trouble du cours de la pensée (cf. § III.1.3) et/ou un état maniaque et/ou une prise d'alcool ou de toxiques.

Le groupe de travail rappelle qu'un délire peut être difficile à distinguer d'un syndrome confusionnel, d'où l'intérêt d'un examen somatique clinique et paraclinique. Les éléments suivants tels que la fluctuation nyctémérale des troubles, les troubles de la vigilance, les troubles mnésiques, l'activité oniroïde et l'existence d'un délire hallucinatoire, en particulier visuel (l'hallucination visuelle reste le plus fréquemment d'origine organique), sont en faveur d'un syndrome confusionnel.

VIII.3.4. Troubles de l'humeur

Selon le groupe de travail, l'existence de troubles de l'humeur (en dehors des troubles dépressifs avec risque suicidaire déjà cités) comme un état maniaque avec thymie exaltée et tachypsychie (accélération de la pensée), surtout si elle est associée à un délire mégalomane, peut justifier une hospitalisation sans consentement.

VIII.3.5. Incurie

Selon le groupe de travail, l'incurie peut justifier une hospitalisation sans consentement à condition qu'elle soit associée à :

- des troubles cognitifs ;
- et/ou des troubles de l'humeur ;
- et/ou un délire.

VIII.3.6. Prise d'alcool

Selon les recommandations de l'Anaes sur les orientations diagnostiques et la prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins (79), l'ivresse pathologique peut entraîner une hospitalisation sans consentement dans certaines situations qui ne sont pas clairement définies. Il est rappelé qu'il est nécessaire qu'une évaluation psychiatrique soit effectuée quand il existe un état délirant (hors *delirium tremens*), des troubles du comportement, un risque suicidaire, des antécédents de suivi psychiatrique ou un suivi psychiatrique en cours (79).

Dans une série de 5 cas (80) d'hospitalisations sans consentement initiées en psychiatrie de liaison, il est décrit un cas de patient alcoolique dépendant qui refuse la poursuite des soins. Selon l'auteur, le patient doit avoir des troubles du comportement et représenter un danger pour lui-même ou pour autrui afin de justifier d'une hospitalisation sans consentement.

Il n'y a pas dans la littérature d'autres données sur les hospitalisations sans consentement des patients sous l'emprise de l'alcool.

Selon le consensus du groupe de travail et du groupe de lecture, la prise d'alcool, aiguë ou chronique, peut justifier une hospitalisation sans consentement à condition de tenir compte :

- des troubles psychiatriques associés ;
- et/ou des antécédents de passage à l'acte ;
- et/ ou du risque prévisible pour le patient et/ou pour autrui.

En cas d'intoxication aiguë nécessitant une hospitalisation, il est recommandé une prise en charge en première intention dans un service d'accueil et d'urgences, car le risque somatique est prédominant. Il est recommandé de ne proposer une indication d'hospitalisation sans consentement qu'au décours de la prise en charge de l'intoxication aiguë.

VIII.3.7. Prise de toxiques

À propos d'un cas clinique (intoxication par une vingtaine de comprimés de benzodiazépines, patient somnolent mais capable de s'exprimer, sans antécédent médico-chirurgical, vu au domicile quelques heures après l'ingestion et refusant l'hospitalisation), une mise au point sur la conduite à tenir a été proposée par 4 praticiens français (généraliste, psychiatre, médecin juriste, représentant du Conseil de l'Ordre) (45). Le médecin généraliste a proposé un arbre décisionnel intégrant le patient et son environnement :

- patient connu, entourage fiable : hospitalisation non obligatoire ;
- patient connu, pas d'entourage : danger potentiel, hospitalisation sans consentement éventuelle ;

- patient inconnu, entourage inconnu : danger accru, tentative d'évaluation de l'entourage, clinique au premier plan décisionnel ;
- patient inconnu, pas d'entourage : privilégier l'hospitalisation.

Pour le psychiatre, il faut :

- rester dans l'esprit de la loi du 27 juin 1990 et évaluer la capacité à consentir ;
- se centrer sur la clinique (indications d'hospitalisation en cas de projet élaboré de suicide, de dépression grave, de psychose).

Pour le médecin juriste (analyse médico-légale) :

- il faut apprécier les risques de non-assistance à personne en danger et ceux d'une hospitalisation sans consentement abusive ;
- le cas présenté est incompatible avec l'hospitalisation sans consentement, puisque le consentement du patient est possible ;
- il faut obtenir du patient une décharge écrite en cas de refus d'hospitalisation persistant.

Selon le consensus du groupe de travail et du groupe de lecture, comme pour la prise d'alcool, la prise de toxiques, aiguë ou chronique, peut justifier une hospitalisation sans consentement à condition de tenir compte :

- des troubles psychiatriques associés ;
- et/ou des antécédents de passage à l'acte ;
- et/ou du risque prévisible pour le patient et/ou pour autrui.

VIII.4. Conclusion

Il n'y a pas de données dans la littérature permettant de préciser les indications d'une hospitalisation sans consentement.

Selon le groupe de travail :

- l'indication d'une hospitalisation sans consentement doit se poser après s'être assuré de l'absence de problèmes organiques aigus justifiant une prise en charge spécialisée médicale préalable ;
- les différents éléments qui motivent l'indication d'une hospitalisation sans consentement sont au mieux définis par les termes de loi (la présence de troubles mentaux et la nécessité de soins).

La décision est finalement la résultante du respect de l'autonomie et de la prévention du risque. Elle prend en compte différents facteurs à la fois somatiques, psychiatriques et environnementaux.

IX. QUELLES SONT LES MODALITÉS D'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT ?

Sauf mention de références particulières, ces modalités ont été rédigées à partir de 3 mises au point publiées par des auteurs français (81-83) et à partir des données d'un ouvrage de 2004 rédigé par Dupont pour l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (Direction des affaires juridiques et des droits du patient) (84).

IX.1. Hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT)

Pour l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT), la loi du 27 juin 1990 modifiée par la loi du 4 mars 2002, reprise dans les articles L. 3212-1 et suivants du Code de la santé publique, se réfère à :

- la présence de troubles mentaux ;
- l'impossibilité de consentir à l'hospitalisation ;

- la nécessité de soins immédiats et d'une surveillance constante en milieu hospitalier.

IX.1.1. Certificats

— Hospitalisation sur demande d'un tiers (hors péril imminent)

Deux certificats médicaux, datant de moins de 15 jours, sont nécessaires.

Pour chaque certificat, le médecin doit être thésé², inscrit au Conseil de l'Ordre des médecins ou être étudiant en médecine ayant obtenu une licence de remplacement.

Les 2 médecins qui établissent les certificats ne doivent être ni parents³ (jusqu'au 4^{ème} degré) ni alliés entre eux, ni avec le directeur de l'hôpital, ni avec le demandeur ni avec le patient.

Le premier certificat ne peut pas être établi par un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil du patient. Le deuxième certificat n'est en rien lié par les constatations et les conclusions du premier.

Chaque certificat doit être rédigé de façon lisible en langue française, sur papier libre (par exemple ordonnance en libéral ou ordonnance de l'hôpital avec nom, prénom et fonction du médecin et adresse de l'hôpital). Le certificat doit indiquer le nom, la date de naissance et la domiciliation du patient. Comme il n'est pas couvert par le secret médical, il doit être rédigé en termes simples, en évitant les termes techniques et les hypothèses diagnostiques.

Pour rédiger le certificat, il est nécessaire :

- que le médecin examine et constate par lui-même les troubles mentaux présentés : il est donc nécessaire qu'il s'entretienne avec le patient ou au moins tente de le faire ;
- que lorsque le patient ne peut être abordé ou approché et ce de façon exceptionnelle, le certificat le mentionne et précise l'origine des faits rapportés, sans identification des personnes rapportant les faits ;
- que les faits soient circonsciés : le médecin doit donc décrire les symptômes (par exemple : patient délirant, incohérent) qui évoquent l'existence de troubles mentaux, préciser l'incapacité à consentir et les attitudes susceptibles de mettre le patient en péril.

Les certificats doivent être adressés au directeur de l'établissement. Il est possible de les lui adresser par télécopie, à condition que les originaux lui parviennent dans les 24 heures qui suivent.

Un modèle de certificat repris de l'ouvrage de Dupont (84) et modifié par le groupe de travail est proposé en *annexe 1*.

Le rapport Strohl (2) mais aussi une analyse du premier bilan fait 2 ans après la promulgation la loi du 27 juin 1990 (75,85) ont suggéré la suppression du deuxième certificat. En effet, dans un nombre non négligeable de situations pratiques, l'obtention du deuxième certificat s'avère impossible (par exemple dans les centres hospitaliers généraux avec secteurs de psychiatrie) et amène les psychiatres d'urgence à effectuer des HDT d'urgence sans que la notion de péril imminent soit clairement établie.

² Sauf pour les médecins militaires qui ne sont pas inscrits au Conseil de l'Ordre des médecins et peuvent prononcer une mesure d'hospitalisation sans consentement.

³ Le 4^{ème} degré de parenté correspond aux cousins issus de germains.

— *Hospitalisation sur demande d'un tiers en cas de péril imminent*

Selon l'article L. 3212-3 du Code de la santé publique, à titre exceptionnel et uniquement en cas de péril imminent pour le patient, le directeur de l'établissement peut prononcer l'admission au vu d'un seul certificat médical (émanant éventuellement d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil), la demande du tiers restant indispensable. Dans ce cas, le certificat doit faire apparaître les risques de péril imminent, c'est-à-dire l'immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient en cas de refus de soins.

Le rapport de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale avait précisé qu'il s'agissait de cas où « la santé du malade ou sa vie sont en danger ». En théorie, ce serait l'immédiateté du danger qui devrait être retenue. Ce sont souvent en pratique les circonstances et la situation qui amènent les médecins à utiliser cette procédure selon des critères variables, en particulier selon la démographie médicale (75,85).

Selon le groupe de travail, pour définir le péril imminent, il faut prendre en compte l'aggravation rapide des troubles en l'absence de soins immédiats, le mode de vie dans lequel le patient ne saurait retourner sous peine d'aggravation (accès à des toxiques, moyens suicidogènes, situation familiale, etc.). Mais cette notion de péril imminent reste floue et sans définition juridique.

Un modèle de certificat pour cette procédure adaptée au péril imminent a été proposé par Dupont (84) et modifié par le groupe de travail (cf. *annexe 1*).

IX.1.2. Demande du tiers

La demande du tiers est le document fondamental de cette procédure d'hospitalisation sans consentement.

Le tiers demandeur peut être toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient, c'est-à-dire :

- soit un membre de la famille ou de l'entourage du patient ;
- soit une autre personne pouvant justifier de l'existence de relations antérieures à la demande, à l'exclusion des personnels soignants dès lors qu'ils exercent dans l'établissement d'accueil.

La demande du tiers doit être manuscrite, effectuée sur papier libre et signée par la personne qui la formule. Si cette dernière ne sait pas écrire, la demande est reçue par le maire, le commissaire de police ou le directeur de l'établissement qui en donne acte. Elle comporte les nom, prénoms, profession, âge et domicile tant de la personne qui demande l'hospitalisation que de celle dont l'hospitalisation est demandée et l'indication de la nature des relations qui existent entre elles ainsi que, s'il y a lieu, de leur degré de parenté.

Dans l'actualité juridique, le critère de lien parental ou de relation personnelle préexistante (notion d'antériorité) est l'élément fondamental de la procédure et garantit un minimum de légitimité à une procédure attentatoire de liberté de l'individu qui en fait l'objet.

En effet :

- un arrêt du 30 décembre 1999 de la cour administrative d'appel de Nantes (req. n° 97NT01930), confirmant un jugement du 25 juin 1997 du tribunal

administratif de Caen (M.P. req. n° 97-733), a estimé, au sujet d'une secrétaire médicale, que la fonction d'agent « non soignant » de l'établissement d'accueil ne pouvait permettre de conférer la qualité de personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient, même dans le cas où la famille du patient ainsi que l'assistante sociale auraient été défaillantes ;

- un arrêt du 7 février 2002 de la même cour administrative d'appel de Nantes (req. n° 01NT00836), confirmant un jugement du tribunal administratif de Caen du 13 mars 2001, a précisé ultérieurement que le fait que la demande ait été présentée par un infirmier général extérieur à l'établissement d'accueil, pourtant professionnellement compétent pour apprécier les mesures à prendre dans l'intérêt du patient, ne saurait permettre par lui-même une dérogation aux exigences légales (indication du degré de parenté ou, à défaut, de la nature des relations existantes entre l'intéressé et l'auteur de la demande) ;
- un arrêt du Conseil d'État du 3 décembre 2003 (CHS de Caen, n° 244867) a confirmé l'arrêt sus-cité et a précisé que le demandeur doit être « en mesure de justifier de l'existence de relations antérieures à la demande, lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt » du patient.

Le groupe de travail a proposé que le tiers se rende, en même temps que le patient, dans l'établissement d'accueil afin de faciliter l'admission du patient. Cependant, si le tiers est dans l'impossibilité de se déplacer, il est possible que sa demande, ainsi qu'une copie de sa pièce d'identité, puisse être envoyée par télécopie au directeur de l'établissement d'accueil habilité à hospitaliser des patients sans leur consentement. Dans ce cas, il est recommandé que le directeur prenne contact par téléphone avec le tiers pour lui faire confirmer sa demande et son identité, en sachant que le tiers peut, à tout moment, revenir sur sa décision de demander l'hospitalisation du patient.

Il existe peu d'éléments dans la littérature pour la conduite à tenir en cas de refus d'un tiers. En l'attente d'éventuelles dispositions réglementaires ou par voie de circulaire ministérielle précisant la conduite à tenir, une procédure a été proposée par l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (Direction des affaires juridiques et des droits du patient, notes des 23 mars 2003 et 27 février 2004) (84). Elle propose de procéder de la manière suivante :

- « le directeur, l'administrateur de garde ou toute personne habilitée par eux doit tenter par tous moyens de prendre contact avec les membres de la famille du patient, ses proches ou une personne qui connaissait le patient et susceptible d'agir pour sa protection. Il doit au besoin réitérer cette démarche (cas des parents indifférents ou opposés à l'hospitalisation) et délivrer aux intéressés, lorsque c'est possible, une information complète sur la situation du patient ;
- tout doit être effectué, en usant de toutes les voies de dialogue et de persuasion possibles, pour que le patient reçoive au moins partiellement avec son accord les soins qui lui sont immédiatement nécessaires et qui, en particulier, limiteront sa souffrance ;
- si le patient se trouve dans un établissement non habilité aux soins sans consentement, le directeur de l'établissement habilité le plus proche doit être parallèlement tenu informé afin qu'il puisse organiser la prise en charge ultérieure du patient. L'établissement de secteur du patient sera également informé le cas échéant ;

- en dernière extrémité, et dans les seuls cas prévus par la loi (notamment ceux où le patient est susceptible de se porter atteinte à lui-même ou porte gravement atteinte à l'ordre public), une procédure d'hospitalisation d'office peut être engagée ;
- en dernière extrémité encore, et sans que cette procédure puisse avoir un quelconque aspect systématique ou durable, lorsque est manifestement en jeu l'assistance devant être portée à une personne en péril (Code pénal, art. 223-6 ; Code de déontologie médicale, article 9, décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières, article 16) :
 - l'administrateur de garde pourra prendre l'initiative de demander à titre personnel l'hospitalisation de la personne contre son gré. Il devra avant cela avoir rencontré le patient et avoir constaté personnellement son état,
 - de même, le médecin ou tout autre membre de l'équipe soignante pourra pratiquer les actes de soins qui s'avèrent indispensables et que refuse le patient,
 - étant bien précisé qu'ils devront pouvoir justifier ultérieurement de leur décision et de leurs actes, qui seront susceptibles d'engager la responsabilité de leur établissement ;
- toutes les démarches effectuées (prise de contact avec les membres de la famille du patient ou ses proches, information éventuelle de ces derniers, constat d'une absence de famille ou de proches, du désintérêt manifeste de ceux-ci ou encore d'un refus de se déplacer, entretien personnel avec le patient, demande d'hospitalisation) doivent impérativement figurer dans le dossier médical du patient, être datées et signées. Le formulaire type de demande d'hospitalisation doit, le cas échéant, mentionner précisément le contexte de la demande.

IX.2. Hospitalisation d'office

Pour l'hospitalisation d'office (HO), la loi du 27 juin 1990, modifiée par la loi du 4 mars 2002, est reprise dans les articles L. 3213-1 et suivants du Code de la santé publique et se réfère à :

- la présence de troubles mentaux ;
- la nécessité de soins ;
- l'atteinte à la sûreté des personnes, ou de façon grave, à l'ordre public.

En cas de danger immédiat pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique, le maire ou à Paris le commissaire de police, peut, selon l'article L. 3213-2 du Code de la santé publique, prononcer des mesures provisoires qui dans la pratique prendront le plus souvent la forme d'une HO en urgence. Un arrêt du Conseil d'État daté du 25 mai 1994, se référant à l'article L. 343 du même code (ancienne dénomination de l'article L. 3213-2), a rappelé que l'arrêté du maire n'a pas pour objet d'ordonner une hospitalisation d'office, mais que le maire avait à charge d'en référer dans les 24 heures au préfet qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'hospitalisation d'office.

Il est recommandé que la décision s'appuie sur un certificat médical plutôt que sur un simple avis. Un médecin peut être mandaté par le maire ou le commissaire de police pour le rédiger, dès que la situation le permet. Le certificat doit mentionner que le patient, par son comportement, constitue un danger imminent pour la sûreté des personnes.

En dehors d'une situation de danger immédiat, l'hospitalisation d'office est prononcée par arrêté par le préfet de police à Paris ou le préfet dans les départements, au vu d'un certificat médical circonstancié.

Les modalités de rédaction du certificat médical pour l'HO sont identiques à celles préconisées pour les certificats nécessaires à l'HDT (cf. § VIII.1.1), sauf que le certificat précise que les troubles mentaux du patient compromettent de façon grave la sûreté des personnes et l'ordre public.

Le certificat ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil du patient.

Un modèle de certificat proposé par Dupont (84) et modifié par le groupe de travail est proposé en *annexe 2*, pour la procédure habituelle mais également pour la procédure d'urgence.

L'hospitalisation d'office a donc deux objectifs : un objectif sanitaire en vue de proposer des soins immédiats au patient et un objectif sécuritaire, afin d'empêcher le patient de nuire.

Le groupe de travail présidé par M^{me} Strohl en 1997 (2) a proposé que la référence au trouble de l'ordre public soit supprimée et remplacée par la notion de danger pour autrui.

IX.3. Conclusion

L'hospitalisation sur demande d'un tiers requiert :

- une demande pouvant émaner de toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient, c'est-à-dire un membre de sa famille ou de son entourage, ou une autre personne pouvant justifier de l'existence de relations antérieures à la demande, à l'exclusion des personnels soignants dès lors qu'ils exercent dans l'établissement d'accueil ;
- 2 certificats médicaux datant de moins de 15 jours :
 - les médecins qui établissent les certificats ne doivent être ni parents ((jusqu'au 4^{ème} degré) ni alliés entre eux, ni avec le directeur de l'établissement habilité à recevoir des patients hospitalisés sans leur consentement, ni avec le tiers demandeur ni avec le patient,
 - le premier certificat ne peut pas être établi par un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil du patient. Le deuxième certificat n'est en rien lié par les constatations et les conclusions du premier.

Pour rédiger chaque certificat, il est nécessaire :

- que le médecin examine et constate par lui-même les troubles mentaux présentés ;
- que lorsque le patient ne peut être abordé ou approché et ce de façon exceptionnelle, le certificat le mentionne ;
- que les faits soient circonstanciés : que le médecin précise que les troubles du patient rendent impossible son consentement.

Il est préférable que le tiers se rende, en même temps que le patient, dans l'établissement d'accueil afin d'attester de son identité et faciliter l'admission du patient.

L'hospitalisation d'office est prononcée par arrêté par le préfet de police à Paris ou le préfet dans les départements, au vu d'un certificat médical circonstancié.

Les modalités de rédaction du certificat médical pour l'HO sont identiques à celles préconisées pour les certificats nécessaires à l'HDT, sauf que le certificat précise que les troubles mentaux du patient compromettent de façon grave la sûreté des personnes et l'ordre public.

Le certificat ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil du patient.

En cas de danger immédiat pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique, le maire, ou à Paris le commissaire de police, peut prononcer une hospitalisation d'office en urgence. Il est recommandé que la décision s'appuie sur un certificat médical plutôt que sur un simple avis. Le certificat doit mentionner que le patient, par son comportement, constitue un danger imminent pour la sûreté des personnes.

IX.4. Information du patient et de son entourage sur les modalités d'hospitalisation sans consentement

IX.4.1. Information du patient

Selon la loi du 4 mars 2002 n° 2002-203 « toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par les professionnels de santé et établissements de santé ». Les modalités d'application de cette loi ont été précisées par le décret n° 2003-462 du 21 mai 2003.

Selon ces nouvelles modalités législatives, le patient peut avoir accès à son dossier après en avoir fait la demande écrite auprès de l'administration, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin de son choix. Cependant, à titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies dans le cadre d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une demande d'une hospitalisation d'office peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risque d'une gravité particulière. En cas de refus du demandeur, la CDHP est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur (article 1111-7 du Code de la santé publique). Le rôle des CDHP dans l'accès aux informations personnelles recueillies dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement a été précisé par la circulaire DGS/SD6C n° 2005-88 du 14 février 2005.

Selon l'ouvrage rédigé par Dupont pour l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (84), le patient ne peut avoir accès à la demande du tiers, ni connaître son identité. Cet ouvrage s'est fondé sur les derniers avis de la Commission d'accès aux documents administratifs (Cada). De même, tout ce qui fait mention de propos rapportés par des tiers ne peut être transmis au patient (Dictionnaire Dalloz, 2001, n° 3 275, 18/01/01 accès au document administratif).

Cependant, cette position doit être nuancée. En effet, en réponse à une demande de conseil sur la communicabilité de la demande d'hospitalisation formulée par un tiers à la personne concernée, l'avis n° 20002123 de la Cada, daté du 25 mai 2000, a précisé que « si, comme dans l'espèce, le document est manuscrit et permet d'identifier son auteur, même après occultation de l'identité du signataire et des mentions identifiantes, c'est alors l'intégralité du document qui ne doit pas être communiquée ». Mais il a été ajouté la phrase suivante : « Le conseil de la commission ne préjuge pas de la communicabilité de ce document en application des dispositions de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées, sur lesquelles il n'appartient pas à la commission de se prononcer... »

La Cada considère donc que la demande du tiers et son identité ne sont pas à révéler au patient hospitalisé, sauf si cela doit l'empêcher de faire valoir les droits qui lui sont reconnus par la loi du 27 juin 1990 modifiée par la loi du 4 mars 2002.

Par conséquent, selon le consensus du groupe de travail et du groupe de lecture, en cas d'HDT, si le patient souhaite connaître l'identité ou l'adresse du tiers, il est recommandé

que ce soit le psychiatre qui suit le patient pendant son hospitalisation qui apprécie au cas par cas le rapport bénéfices/risques de cette divulgation. En cas de doute, il est recommandé de solliciter l'avis de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques. Cette divulgation s'insère dans le cadre de l'accompagnement du patient.

En matière d'HO, la communication de l'identité du médecin certificateur au patient, communication qui peut potentiellement présenter des risques pour le médecin certificateur, est discutée. Dans son avis n° 19992764, daté du 26 août 1999, la Cada a précisé que « s'agissant d'une personne susceptible de se montrer agressive à l'encontre des médecins ou responsables qui se sont prononcés en faveur de son HO, il est possible et souhaitable d'occulter les noms, qualité et signatures de ces médecins ou responsables sur les pièces du dossier qui sera communiqué (certificats médicaux, décisions relatives au placement et à son suivi) ».

Un arrêt de 2001 du Conseil d'État et une décision de 2003 de la cour administrative d'appel de Nancy ont depuis considéré que l'autorité administrative ne peut motiver le prononcé d'une HO ou son maintien qu'en joignant le certificat médical à sa décision (Conseil d'État, 9 novembre 2001, n° 235247, M.D.) (cour administrative d'appel de Nancy, 24 novembre 2003, n° 98NC01616). L'arrêt du Conseil d'État stipule également qu'un patient peut avoir accès à ce certificat puisqu'il est destiné à des autorités non médicales.

En réponse à une demande ministérielle de conseil du 9 septembre 2002, la Cada « a estimé que le préfet ne pouvant prendre son arrêté d'hospitalisation d'office qu'au vu d'un certificat médical circonstancié préalablement établi et joint à l'arrêté préfectoral, le nom du médecin signataire du certificat ne peut être occulté ».

Par conséquent, selon le consensus du groupe de travail et du groupe de lecture, il est recommandé qu'en cas de risque pour la sécurité du médecin certificateur, cela soit signalé au préfet pour qu'il en tienne compte dans la rédaction de l'arrêté préfectoral.

IX.4.2. Information à l'entourage

Une information portant sur les indications, les modalités d'hospitalisation sans consentement, leur réalisation, et leur évolution possible doit être transmise à l'entourage proche du patient.

Le Livre blanc des partenaires de la santé mentale a émis des propositions en ce sens en juin 2001 afin de faire reconnaître le handicap psychique et de trouver des solutions pour les personnes concernées dans la cité (86). L'information doit porter sur la loi, son contenu et ses implications. Seul le patient est destinataire des informations concernant sa pathologie et le projet de soins.

IX.4.3. Conclusion

Selon le consensus du groupe de travail et du groupe de lecture, il est recommandé que tout médecin connaisse les modalités, définies par la loi du 4 mars 2002, qui permettent au patient d'accéder à son dossier.

Le patient peut avoir accès à son dossier soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin de son choix, après en avoir fait la demande écrite auprès :

- du responsable de l'établissement ;
- d'un professionnel de santé de l'établissement ;
- de l'hébergeur de son dossier.

À titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies dans le cadre d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le patient demandeur en cas de

risques d'une gravité particulière. En cas de refus du patient demandeur, la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie. Son avis s'impose aux détenteurs des informations comme au patient demandeur.

En cas d'hospitalisation d'office, il est rappelé qu'un patient peut avoir accès au certificat ayant motivé son hospitalisation puisqu'il est destiné à des autorités non médicales. En revanche, dans le cadre de l'hospitalisation sur demande d'un tiers, le patient ne peut avoir accès à la demande du tiers.

Il est recommandé que l'information sur la loi du 27 juin 1990 modifiée par la loi du 4 mars 2002, son contenu et ses implications soit transmise à la famille ou à l'entourage du patient hospitalisé sans son consentement. Il est également recommandé de mettre à la disposition de l'entourage un document d'information sur les modalités d'hospitalisation sans consentement.

IX.5. Hospitalisation des détenus

Selon le décret n° 2003-462 du 21 mai 2003, les détenus malades ou blessés peuvent être admis sur autorisation du ministre de la Justice, et à la diligence du préfet sont admis dans un établissement hospitalier habilité à accueillir des patients hospitalisés sans leur consentement. Dans cet établissement, il doit être possible de satisfaire à la restriction de liberté, conséquence de la condition de détenu. L'hospitalisation dans ce cadre se fait selon la procédure d'HO.

Selon le rapport Terra, les détenus souffrant de troubles mentaux peuvent être soignés en « ambulatoire » ou en hospitalisation à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire dans les SMPR et les UHSA (unités hospitalières spécialement aménagées) (7).

IX.6. Modalités de transport

IX.6.1. Textes législatifs et réglementaires

La loi du 27 juin 1990 modifiée par la loi du 4 mars 2002 ne mentionne pas de condition ou de modalités spécifiques de transport pour les patients hospitalisés sans consentement. Cette loi ne mentionne pas non plus la responsabilité du directeur de l'établissement de santé à faire intervenir les moyens de transport de son établissement pour transporter un patient qui refuserait les soins. Le statut du patient n'est pas précisé. Les rôles des ambulanciers et des pompiers ne sont pas mentionnés dans cette loi.

Il est fait mention de l'organisation des transports sanitaires préhospitaliers et inter établissements dans la circulaire DHOS/O1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences : il s'agirait de faire intervenir plus souvent des ambulances privées mais il n'est pas fait mention de modalités de transport concernant les patients hospitalisés sans consentement.

Aucun élément concernant la surveillance pendant le transport d'un patient qui a reçu un traitement n'est mentionné dans les textes législatifs ou réglementaires. Il est mentionné dans la circulaire DHOS/O1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences qu'un comité de pilotage réfléchit sur la place des infirmiers dans les transports sanitaires.

L'article 120 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, a rappelé ces difficultés et a ajouté 1 nouvel article au Code de la santé publique :

- l'article L. 3222-1-1 qui stipule que les personnes relevant d'une HO ou d'une HDT peuvent être transportées à l'établissement d'accueil sans leur consentement et lorsque cela est strictement nécessaire par des moyens adaptés à l'état de la personne. Ce transport doit être assuré par un transporteur sanitaire agréé dans les conditions prévues aux articles L. 6312-1 à 6312-5 du Code de la santé publique.

En cas d'HDT, le transport ne peut avoir lieu qu'après établissement d'au moins un certificat médical et la demande du tiers.

Selon un avis d'expert (56), dans les cas particuliers des patients sous l'emprise de toxiques refusant le transport, c'est l'urgence médicale qui prime avant tout (cf. § VII.3.2).

Quant aux modalités de transport elles-mêmes, il n'a pas été retrouvé de données dans la littérature sur :

- la sécurité des services des ambulances (sécurité des portes, etc.) ;
- les mesures de contention : la décision doit être médicale mais sans précisions concernant le transport.

IX.6.2. Conclusion

L'article 120 de la loi relative à la politique de santé publique pour 2004 a tenté de combler le vide juridique concernant les modalités de transport des patients hospitalisés sans leur consentement. Mais il reste très théorique et les difficultés pratiques sont toujours au premier plan en fonction des situations régionales et locales. Le transport ne pourra avoir lieu qu'après l'établissement d'un certificat médical et la rédaction de la demande du tiers en cas d'hospitalisation à la demande d'un tiers.

Selon le consensus du groupe de travail et du groupe de lecture, dans ce cadre, les intervenants et les transporteurs sanitaires doivent être synchronisés. Il pourrait être recommandé que la régulation du transport se fasse à partir d'un contact avec le centre 15 qui prévoirait les modalités du transport avec le médecin présent dans l'établissement d'accueil.

IX.7. Accueil aux urgences

IX.7.1. Textes législatifs et réglementaires

Les textes réglementaires qui régissent cet accueil sont :

- la circulaire n° 39-92 DH.PE /DGS.3C du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques ;
- le décret n° 97-616 du 30 mai 1997 relatif aux conditions de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins « accueil et traitement des urgences ».

La loi du 27 juin 1990, modifiée par la loi du 4 mars 2002 (article L. 3222-2 du Code de la santé publique), prévoit un délai procédural de 48 heures avant la mise en œuvre d'une hospitalisation sans consentement : « Lorsqu'un malade est atteint de troubles mentaux... le directeur doit prendre dans les 48 heures toutes les mesures nécessaires à la mise en œuvre de l'une de ces procédures. » Ce délai reste donc un délai administratif.

La circulaire DHOS/O1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences mentionne l'intérêt de protocoles pour une prise en charge coordonnée des malades dans les services d'accueil et d'urgences.

Les modalités d'accueil et l'évaluation de la prise en charge aux urgences ont été traitées auparavant (cf. § V).

IX.7.2. Conclusion

Selon le consensus du groupe de travail et du groupe de lecture, les services d'accueil de secteurs et les centres de crise permettent, durant la journée, une prise en charge par un psychiatre permettant une observation et une évaluation de l'indication des mesures d'hospitalisation sans consentement.

Dans un service d'accueil des urgences, la présence d'un psychiatre et/ou d'un infirmier formés aux soins psychiatriques permet la prise du charge du patient en collaboration avec les équipes des urgences somatiques.

Il est recommandé de développer dans les services d'accueil et d'urgences, en particulier dans les établissements qui n'ont pas de présence de soignants des services de psychiatrie, des protocoles de prise en charge des patients relevant potentiellement d'une hospitalisation sans consentement pour mieux assurer :

- la coordination avec les services de secteurs existants ;
- la formation du personnel soignant ;
- l'examen somatique et le bilan paraclinique ;
- l'évaluation de l'état psychiatrique du patient ;
- l'évaluation de l'entourage et les entretiens avec celui-ci ;
- la mise en place de mesures de surveillance, d'immobilisation ou de contention, si elles sont réalisables.

Les modalités préconisées au § V pour l'évaluation somatique et psychiatrique du patient s'appliquent également à l'accueil en milieu hospitalier.

X. EXISTE-T-IL DES STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES QUI PERMETTRAIENT D'ÉVITER UNE HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT OU SA RÉCIDIVE ?

Selon un rapport rédigé en 1998 à la demande de l'Inserm, il est difficile de comparer les différentes structures ou types d'interventions préhospitalières existantes car elles sont complexes et diversifiées. Dans ce type d'intervention, l'accent est mis sur le développement des compétences sociales de base du patient. Les indications ne sont pas clairement établies et sont limitées dans les cas de schizophrénie, de dépression grave et de troubles maniaques. Cependant, de nombreux patients psychotiques sont pris en charge dans ce cadre (18).

X.1. Centres médico-psychologiques (CMP)

Il n'existe pas dans la littérature de données sur le rôle d'alternative à l'hospitalisation sans consentement que pourraient jouer les CMP.

Selon le groupe de travail et le groupe de lecture, il semble cependant qu'une prise en charge en amont de la crise puisse limiter le risque de survenue ou la gravité de celle-ci, compte tenu du rôle pivot que jouent les CMP du fait de leur implication auprès des différents intervenants dans les soins psychiatriques, leur place dans la cité et leurs relations avec les réseaux sociaux.

Les structures étudiées dans la littérature qui seraient les plus proches dans leur fonctionnement des CMP sont les *community mental health teams*. Elles ont fait l'objet d'une revue systématique de la *Cochrane Collaboration* (87), qui a repris 5 études contrôlées randomisées (ou presque randomisées). Selon les résultats de cette revue, la prise en charge par ce type de structure pourrait réduire, de manière non significative, le taux de suicides et de morts suspectes dans la population prise en charge (OR : 0,32-IC 95 % : 0,092-1,12). Elle diminuerait également le taux de patients mécontents de leur prise en charge (OR : 0,34-IC 95 % : 0,2-0,59) et le taux de patients perdus de vue (OR : 0,61-IC 95 % : 0,45-0,83).

X.2. Intervention de crise et orientation vers une prise en charge dans une structure de soins de proximité (*assertive community treatment*)

Une revue systématique de la littérature, réalisée par la *Cochrane Collaboration* à partir de 5 essais contrôlés randomisés, a comparé l'intervention de crise selon des modalités proches de l'orientation vers une prise en charge dans une structure de soins de proximité à l'hospitalisation psychiatrique pour des patients nécessitant des soins immédiats. Cette revue a montré que, malgré cette intervention, 45 % des patients étaient hospitalisés (88). Cependant, pour les patients bénéficiant d'une intervention de crise avec une prise en charge de proximité, le risque de réhospitalisations itératives était légèrement mais significativement inférieur à celui des patients du groupe contrôle (OR : 0,62-IC 95 % : 0,42-0,91). Ces résultats sont à pondérer du fait de l'hétérogénéité des études. Ce type d'intervention réduit également significativement le taux de patients perdus de vue à 6 et 12 mois, ainsi que l'épuisement des familles.

Par ailleurs, pour les patients qui sont à haut risque de réhospitalisation en milieu psychiatrique mais qui n'ont pas besoin d'une hospitalisation en urgence, une autre revue systématique réalisée par la *Cochrane Collaboration* (89) a repris les études randomisées contrôlées comparant l'orientation vers une prise en charge dans une structure de soins de proximité au suivi habituel en ambulatoire, à la réinsertion faite par l'hôpital ou à la coordination de soins personnalisée. Selon les conclusions de cette revue, cette approche, ciblée sur les patients fréquemment hospitalisés, permettrait de réduire le nombre et la durée des hospitalisations et d'améliorer le devenir et la satisfaction des patients.

Rien ne prouve l'efficacité de l'intervention de crise ou de l'orientation vers une prise en charge dans une structure de soins de proximité pour les patients relevant potentiellement d'une hospitalisation sans consentement.

X.3. Centres de crise

Selon une revue générale des services d'urgences psychiatriques de premier recours aux États-Unis (90), l'impact des centres de crise (*crisis residential services*) est difficile à évaluer.

Une enquête, reprise dans cette revue générale, a montré que l'implantation de centres de crise dans le Massachusetts a permis de réduire de 16 % le nombre d'admissions dans les services d'urgences aboutissant à une hospitalisation complète en milieu psychiatrique, avec une augmentation dans les mêmes proportions du nombre d'admissions dans les différents types de centres de crise.

Une autre enquête, citée par cette revue générale, a cependant montré que 40 % des patients admis dans un service d'urgences étaient exclus de ce type de prise en charge du fait d'une mesure d'hospitalisation sans consentement.

Le centre d'accueil et de crise du CHU de Lille a réalisé une évaluation interne en 2002 qui a montré une réduction du nombre d'hospitalisations sans consentement chez les patients présentant des idées suicidaires, mais les données ne sont pas publiées.

Le rôle de ces centres comme alternative à une hospitalisation sans consentement est difficile à montrer, puisque actuellement, ils n'accueillent que des patients consentant aux soins.

X.4. Équipes mobiles d'intervention

Il existe peu de données sur les équipes mobiles d'intervention. Les données de la littérature sont exposées dans le *tableau 9* ci-après.

Un exemple d'équipe mobile d'intervention existe dans les Yvelines (équipe ERIC) (18,19). Elle intervient à la demande des familles et des médecins généralistes. L'intervention précoce, l'évaluation du support familial et social ainsi que le travail en réseau semblent apporter un bénéfice, toutefois, il est à noter que malgré l'intervention au domicile d'une équipe structurée, 1/3 des patients sont hospitalisés.

Tableau 9 . Évaluation des équipes mobiles d'intervention.

Auteur, Année, pays référen ce	Type d'étude	Taille de l'échantillon	Caractéristiques des patients inclus et critères de jugement	Résultats	Commentaires
Geller 1995 États-Unis (91)	Enquête sur 39 États		Non précisé	Réduction des admissions, avantages pour le patient et sa famille, meilleur support familial, intervention plus précoce, assistance sur le plan social	Pas d'étude contrôlée. Les résultats n'ont pas été validés, variation dans la constitution des équipes mobiles d'intervention.
Scott 2000 États-Unis (92)	Enquête rétrospective sur 3 mois en 1995	73 situations d'urgence prises en charge par une équipe mobile de crise et 58 prises en charge par intervention de police	Non précisé	Pas de différence démographique entre les 2 populations Réduction non statistiquement significative du % d'hospitalisations en cas d'intervention de l'équipe mobile (55 % des patients non hospitalisés en cas d'intervention des équipes mobiles, 28 % en cas d'intervention de la police)	Nécessité d'études plus rigoureuses (enquête rétrospective) sur des échantillons plus importants
Noirot 1999 France (19)	Étude de cohorte entre 1994 et 1997	487 interventions d'urgence	Nombre de patients dans la file active : 313 dont 45 % de patients anxieux et/ou dépressifs et/ou suicidaires, 20 % de patients psychotiques, 12 % de patients présentant un abus de substance, 25 % présentant un trouble du comportement ou un autre trouble Âge moyen : 35,4 ans. 43 % Sexe masculin : 43 % Sexe féminin : 57 %	Hospitalisation : 30 % Suivi externe : 39,6 % Sans orientation : 11,5 % Autre : 10,4 % Rejet et refus de suivi : 8,1 %	Pas de données comparatives

X.5. Coordination de soins personnalisée (*case management*)

Selon la définition d'une revue générale de Thornicroft, le *case management* est un terme générique qui englobe coordination, intégration, et dispensation de soins individualisés, en limitant les ressources nécessaires, pour des patients qui ont besoin d'aides multiples (soins et aides sociales). Cette stratégie serait indiquée chez les patients présentant une pathologie chronique grave, peu compliants pour les visites à l'hôpital ou la prise de leur traitement, ayant peu de capacités à se prendre en charge seuls, avec une grande fréquence de crises (93).

Selon une autre revue générale, cette approche a pour but d'optimiser la réinsertion des patients, de réduire leurs difficultés fonctionnelles et de maintenir leur indépendance. Elle vise à rendre les patients proactifs, les préparant à faire face à des événements extérieurs grâce à un traitement individualisé. Elle a un aspect intégratif, prenant en compte le sujet dans sa globalité. Elle a également un aspect rationnel qui suppose un plan de traitement et une discussion bénéfices/risques des options thérapeutiques. Elle suppose une continuité des soins, une accessibilité des différents services impliqués, une relation équipe-patient bien établie et une évaluation préalable des moyens nécessaires. Elle facilite l'indépendance du patient mais elle a un coût non négligeable.

Les pratiques de coordination de soins personnalisée sont très variables et difficilement reproductibles.

Une revue systématique réalisée par la *Cochrane Collaboration* (94) a conclu que la coordination de soins personnalisée, comparée à une prise en charge « standard » en ambulatoire, augmentait de manière statistiquement significative le nombre de patients restant en contact avec les services psychiatriques (OR : 0,70-IC 99 % : 0,50-0,98). En revanche, cette prise en charge multipliait approximativement par 2 le nombre de patients hospitalisés en milieu psychiatrique (OR : 1,84-IC 99 % : 1,33-2,57). Une seule étude retenue par cette revue systématique a montré que la coordination de soins personnalisée augmentait la compliance au traitement. Sinon, aucun avantage significatif sur le plan psychiatrique ou social n'a été démontré.

Cependant ce suivi individualisé n'est pas une alternative de soins pour les patients présentant des troubles aigus sévères nécessitant une hospitalisation sans consentement.

X.6. Hôpitaux de jour

Selon les conclusions d'une revue systématique de la *Cochrane Collaboration* (95) qui a repris 9 études contrôlées randomisées comparant une prise en charge en hôpital de jour à une prise en charge en hospitalisation complète pour des patients présentant des troubles psychiatriques aigus, ce type de prise en charge serait possible pour 23 % des patients hospitalisés en milieu psychiatrique (IC : 21 à 25 %). Le nombre de jours d'hospitalisation n'était pas significativement différent en fonction du type d'hospitalisation, mais les patients traités en hôpital de jour passaient plus de jours dans ce type de structure et moins en hospitalisation complète. Le taux de réhospitalisations n'était pas significativement différent selon le type d'hospitalisation initiale (hospitalisation de jour ou hospitalisation complète). Trois des 9 études de cette revue systématique ont montré une amélioration significativement plus importante des troubles mentaux chez les patients traités en hôpital de jour.

Toutefois, les données concernant les effets indésirables graves liés à l'utilisation de l'hospitalisation de jour pour la prise en charge des troubles mentaux aigus sont limitées.

L'hospitalisation de jour ne peut correspondre à une alternative à l'hospitalisation sans consentement.

X.7. Obligation de soins

Cette modalité de prise en charge a été proposée dans le rapport des D^{rs} Piel et Røelandt (3). Le champ d'application de ce type de soins n'est pas conforme à l'esprit de la loi du 27 juin 1990, modifiée par la loi du 4 mars 2002, et impliquerait sa modification.

X.8. Services téléphoniques

Selon une étude réalisée dans 17 pays (96), leur efficacité serait discutable. Ils seraient surtout utiles en cas de détresse ou de crise émotionnelle.

X.9. Réseaux de santé

Il n'existe aucune donnée dans la littérature permettant de préciser le rôle que pourraient jouer les réseaux de santé dans la prise en charge des patients relevant potentiellement d'une hospitalisation sans consentement.

X.10. Conclusion

Les différentes alternatives à l'hospitalisation psychiatrique ont montré leurs limites quant à leur indication chez les patients nécessitant une hospitalisation sans consentement puisqu'ils sont exclus en général de ces prises en charge.

Les modalités de prise en charge sont très disparates et variables, donc difficilement comparables.

Il semblerait qu'une intervention d'une structure de soins spécialisée avec psychiatres, infirmières, travailleurs sociaux (équipe mobile d'intervention) au domicile du patient permettrait de prendre en charge un certain nombre de situations de crise et pourrait peut-être diminuer l'incidence des hospitalisations sans consentement, voire des ré-hospitalisations.

XI. CONCLUSION ET PROPOSITIONS D' ACTIONS FUTURES

Il est nécessaire d'engager rapidement la réalisation d'études et d'analyses épidémiologiques sur l'hospitalisation sans consentement afin de compenser le manque de données exploitables.

Compte tenu des difficultés actuelles de mise en œuvre d'une hospitalisation sans consentement, il est proposé :

- de réfléchir aux moyens favorisant l'obtention de l'accord du tiers ;
- de clarifier la notion de trouble grave à l'ordre public pour une hospitalisation d'office ;
- de promouvoir une réflexion et des expériences « pilotes » sur le bénéfice d'une période d'observation, dont la durée reste à déterminer, avant de statuer définitivement sur une indication d'hospitalisation sans consentement ;
- d'évaluer le rôle que pourraient jouer des équipes d'intervention à domicile (équipe mobile d'intervention) ou des dispositifs d'accueil en cas de crise dans la prévention des récidives d'hospitalisation sans consentement ;

- de réfléchir sur les évolutions sociales et en particulier sur la place des élus locaux dans la politique de santé mentale ;
- d'associer les professionnels de santé à toute réflexion concernant une éventuelle modification législative dans le domaine de l'hospitalisation sans consentement ;
- de faciliter la diffusion de ces recommandations et de documents d'information sur l'hospitalisation sans consentement ;
- de promouvoir la collaboration avec les associations d'usagers et les représentants des familles des patients ;
- de faciliter le traitement des plaintes adressées aux CDHP et au procureur de la République par les patients hospitalisés sans leur consentement et par leur famille.

ANNEXE 1. MODÈLE DE CERTIFICAT : HOSPITALISATION SUR DEMANDE D'UN TIERS (PROCÉDURE NORMALE)⁴

Je soussigné (*nom, prénom*),

docteur en médecine

certifie avoir examiné ce jour M. (M^{me}, M^{lle})

né(e) le

domicilié(e) à

et avoir constaté les troubles suivants :

(décrire l'état mental du malade et son comportement, agitation, délire, idées de suicide... en insistant sur les éléments cliniques préoccupants qui permettent aussi d'apprécier les raisons de l'absence de consentement et l'urgence des soins appropriés ; ne pas mentionner le diagnostic)

Ces troubles rendent impossible son consentement.

Son état impose des soins immédiats et une surveillance constante en milieu hospitalier.

En conséquence, ceci justifie son hospitalisation sur demande d'un tiers selon les termes de l'article L. 3212-1 du Code de la santé publique dans un établissement mentionné aux articles L. 3222-1 et suivants du même code.

Je certifie n'être ni parent ou allié, au quatrième degré inclusivement, ni avec la personne ayant demandé l'hospitalisation, ni avec la personne dont l'hospitalisation est demandée.

Fait à, le

Signature :

⁴ 1^{er} certificat médical : médecin extérieur à l'établissement d'accueil.

2^e certificat médical : médecin extérieur ou appartenant à l'établissement d'accueil. Pour ce 2^{ème} certificat, mentionner que le médecin certificateur n'est ni parent ni allié, au quatrième degré inclusivement, avec le médecin ayant rédigé le premier certificat.

ANNEXE 1 (SUITE). MODÈLE DE CERTIFICAT : HOSPITALISATION SUR DEMANDE D'UN TIERS (PÉRIL IMMINENT⁵)

Je soussigné (*nom, prénom*),

docteur en médecine

certifie avoir examiné ce jour M. (M^{me}, M^{lle})

né(e) le

domicilié(e) à

et avoir constaté les troubles suivants :

(décrire l'état mental du malade et son comportement, agitation, délire, idées de suicide... en insistant sur les éléments cliniques préoccupants qui permettent aussi d'apprécier les raisons de l'absence de consentement et l'urgence des soins appropriés ; ne pas mentionner le diagnostic)

Il existe un péril imminent pour la santé du malade.

Ces troubles rendent impossible son consentement.

Son état impose des soins immédiats et une surveillance constante en milieu hospitalier.

En conséquence, ceci justifie son hospitalisation sur demande d'un tiers selon les termes de l'article L. 3212-3 du Code de la santé publique dans un établissement mentionné aux articles L. 3222-1 et suivants du même code.

Je certifie n'être ni parent ou allié, au quatrième degré inclusivement, ni avec la personne ayant demandé l'hospitalisation, ni avec la personne dont l'hospitalisation est demandée.

Fait à, le

Signature :

⁵ Certificat unique en cas d'urgence établi par un seul médecin.

ANNEXE 2. MODÈLE DE CERTIFICAT : HOSPITALISATION D'OFFICE (PROCÉDURE NORMALE)

Je soussigné (*nom, prénom*),

docteur en médecine

certifie avoir examiné ce jour M. (M^{me}, M^{lle})

né(e) le

domicilié(e) à

et atteste que son comportement révèle des troubles mentaux manifestes suivants :

(décrire l'état mental du malade et son comportement, agitation, violence, délire, idées de suicide... en insistant sur les éléments cliniques démontrant la nécessité des soins et la dangerosité pour autrui, notamment ses proches, en rappelant l'absence de consentement et l'urgence des soins appropriés ; il n'est pas obligatoire de mentionner le diagnostic)

qui nécessitent des soins.

**Son comportement compromet la sûreté des personnes
et/ou
porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public.**

En conséquence, ceci justifie son hospitalisation d'office selon les termes de l'article L. 3212-1 du Code de la santé publique dans un établissement mentionné aux articles L. 3222-1 et suivants du même code.

Fait à, le

Signature :

ANNEXE 2 (SUITE). MODÈLE DE CERTIFICAT : HOSPITALISATION D'OFFICE (PROCÉDURE D'URGENCE)

Je soussigné (*nom, prénom*),

docteur en médecine

certifie avoir examiné ce jour M. (M^{me}, M^{lle})

né(e) le

domicilié(e) à

et avoir constaté que son comportement révèle des troubles mentaux manifestes suivants :

(décrire l'état mental du patient et son comportement, agitation, violence, délire, idées de suicide... en insistant sur les éléments cliniques démontrant la nécessité des soins et la dangerosité pour autrui notamment ses proches en rappelant l'absence de consentement et l'urgence des soins appropriés ; il n'est pas obligatoire de mentionner le diagnostic)

et constitue par son comportement un danger imminent pour la sûreté des personnes.

Son état justifie son hospitalisation selon les termes de l'article L3213-2 du Code de la santé publique dans un établissement mentionné aux articles L. 3222-1 et suivants du même code.

Date et signature :

TEXTES RÉGLEMENTAIRES

Loi n° 68-5 du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs.

Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

Circulaire n° 39-92 DH.PE/DGS.3C du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques.

Charte du patient hospitalisé. Annexée à la circulaire ministérielle n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Décret n° 2003-462 du 21 mai 2003 abrogeant le décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du Code de la santé publique.

Circulaire DHOS/O1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

Circulaire DGS/6C n°2004/237 du 24 mai 2004 relative au rapport d'activité de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques pour l'année 2003.

Circulaire DGS/SD6 C n° 2005-88 du 14 février 2005 relative à la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).

RÉFÉRENCES

1. Cléry-Melin P, Kovess V, Pascal JC. Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale. Rapport d'étape de la mission Cléry-Melin remis au ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. Paris: ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées ; 2003.
2. Inspection générale des affaires sociales. Strohl H, Clemente M. Rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990. Paris : Igas ; 1997.
3. Piel E, Røelandt JL. Rapport de mission. De la psychiatrie vers la santé mentale. Paris : ministère de la Santé ; 2001.
4. Barthélémy C. Éthique de la contrainte en psychiatrie. Info Psychiatrie 2003 ; 79(7) : 577-82.
5. Popper M. The epidemiology of involuntary psychiatric hospitalization in Israel. Med Law 1990;9(6):1226-34.
6. Central Institute of Mental Health. Salize HJ, Dreßing H, Peitz M. Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients legislation and practice in EU-Member states. Mannheim: CIMH ; 2002.
7. Terra JL. Prévention du suicide des personnes détenues. Rapport de mission. Paris : ministère de la Santé, ministère de la Justice ; 2003.
8. Ferrandi J, Grebert P, Gayda M. Urgence psychiatrique. Dangerosité en milieu rural. Soins Psychiatrie 1991 ; (133) : 17-20.
9. Morin P, Laplante S, Robertson C. Les perceptions des personnes hospitalisées involontairement en Montégérie en vertu de la "loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui" et la théorie du "thank you". Montérégie : DSP ; 2002.
10. Alexius B, Berg K, Aberg-Wistedt A. Patient satisfaction with the information provided at a psychiatric emergency unit. Patient Educ Counseling 2000 ; 40(1):51-7.
11. Meyer H, Taiminen T, Vuori T, Aijala A, Helenius H. Posttraumatic stress disorder symptoms related to psychosis and acute involuntary hospitalization in schizophrenic and delusional patients. J Nerv Mental Dis 1999 ; 187(6) : 343-52.

12. Isohanni M, Nieminen P. Relationship between involuntary admission and the therapeutic process in a closed ward functioning as a therapeutic community. *Acta Psychiatr Scand* 1990;81 : 240-4.
13. Andreoli A, Abensur J, Gognalons-Nicolet M. L'admission non volontaire dans un établissement psychiatrique : une étude de suivi. *Cah Psychiatr Genevois* 1993 ; (14) : 149-75.
14. Pommier C, Salvea, Pagenel J, Gisselman A. Une évaluation de l'hospitalisation sous contrainte par autoquestionnaire. *Rev Fr Psychiatrie Psychol Méd* 2003 ; VII(65) : 59-62.
15. Munizza C, Furlan PM, d'Elia A, D'Onofrio MR, Leggero P, Punzo F, *et al.* Emergency psychiatry : a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1993;88(374) : 1-51.
16. Crisanti AS. Experiences with involuntary hospitalization: a qualitative study of mothers of adult children with schizophrenia. *Schizophrenia Res* 2000;45(1-2) : 79-81.
17. Dupont R, Cochran S. Police response to mental health emergencies - barriers to change. *J Am Acad Psychiatry Law* 2000 ; 28(3) : 338-44.
18. Kannas S, Robin M. Étude d'impact d'un service mobile d'urgence médico-psychologique (ERIC). Paris : Inserm ; 1998.
19. Noirot MN, Kannas S, Robin M, Pochard F, Mauriac F, Devynck C, *et al.* Les urgences psychiatriques préhospitalières et l'intervention à domicile : l'expérience de l'équipe ERIC (équipe rapide d'intervention de crise). *J Eur Urgence* 1999 ; 12(4) : 165-71.
20. Jousselin D. Des urgences en psychiatrie libérale. *Psychiatrie Fr* 1993 ; 24(2) : 27-31, 170, 174.
21. Dworkin J. To certify or not to certify : clinical social work decisions and involuntary hospitalization. *Social Work Health* 1988 ; 13(4) : 81-98.
22. Thefenne D, Doudoux D, Drux A, Robin D, Garre JB. Psychiatrie de liaison et hospitalisation sous contrainte. *Ann Psychiatrie* 1997 ; 12(1) : 55-62.
23. Fichtner CG, Flaherty JA. Emergency psychiatry training and the decision to hospitalize. A longitudinal study of psychiatric residents. *Acad Psychiatry* 1993 ; 17(3) : 130-7.
24. Broadbent M, Jarman H, Berk M. Improving competence in emergency mental health triage. *Accid Emerg Nurs* 2002 ; 10(3) : 155-62.

25. Thienhaus OJ. Rational physical evaluation in the emergency room. *Hosp Comm Psychiatry* 1992 ; 43(4) : 311-2.
26. Société francophone de médecine d'urgence, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. L'agitation en urgence (petit enfant excepté). Conférence de consensus, décembre 2002: recommandations du jury. *J Eur Urg* 2003 ; 16:58-64.
27. Claassen CA, Gilfillan S, Orsulak P, Carmody TJ, Battaglia J, Rush AJ. Substance use among patients with a psychotic disorder in a psychiatric emergency room. *Psychiatric Serv* 1997 ; 48(3) : 353-8.
28. Institut national en santé et recherche médicale. Cannabis: quels effets sur le comportement et la santé. Expertise collective. Paris : Inserm ; 2001.
29. Meyers J, Stein S. The psychiatric interview in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am* 2000 ; 18(2) : 173-83.
30. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus 19 et 20 octobre 2000. Paris : Anaes ; 2001.
31. Owen C, Tarantello C, Jones M, Tennant C. Violence and aggression in psychiatric units. *Psychiatr Serv* 1998 ; 49(11) :1452-7.
32. Steinert T, Wiebe C, Gebhardt RP. Aggressive behavior against self and others among first-admission patients with schizophrenia. *Psychiatric Serv* 1999 ; 50(1) :85-90.
33. Soliman AE, Reza H. Risk factors and correlates of violence among acutely ill adult psychiatric in patients. *Psychiatric Serv* 1999 ; 52(1) : 75-80.
34. Thienhaus OJ, Piasecki M. Assessment of psychiatric patients' risk of violence toward others. *Psychiatr Serv* 1998 ; 49(9) : 1129-47.
35. Whittington R, Wykes T. An evaluation of staff training in psychological techniques for the management of patient aggression. *J Clin Nurs* 1996 ; 5(4) : 257-61.
36. Phillips D, Rudestam KE. Effect of nonviolent self-defense training on male psychiatric staff members' aggression and fear. *Psychiatr Serv* 1995 ; 46(2) : 164-8.
37. Hillard JR. Emergency treatment of acute psychosis. *J Clin Psychiatry* 1998 ; 59 (Suppl 1) : I-60.

38. Broadstock M. The effectiveness and safety of drug treatment for urgent sedation in psychiatric emergencies. A critical appraisal of the literature. Christchurch : NZHTA ; 2001.
39. Les médicaments injectables pour l'agitation aiguë chez un adulte non coopérant. Une évaluation comparative quasi inexistante. *Prescrire* 2003 ; 23(243) : 688-92.
40. Salzman C. Treatment of the agitated demented elderly patient. *Hosp Comm Psychiatry* 1988 ; 39 : 1143-4.
41. Sailas E, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000 ; Issue 1.
42. Day P. What evidence exists about the safety of physical restraint when used by law enforcement and medical staff to control individuals with acute behavioural disturbance? *NZHTA Tech Brief Series* 2002 ; 1(3) : 1-37.
43. Psychiatric Patient Advocate Office. Review of seclusion and restraint practices in Ontario provincial psychiatric hospitals. Perspectives of patients, clinicians and advocates. Toronto : PPAO ; 2001.
44. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. Paris : Anaes ; 2000.
45. Lapostolle F, Sordelet D, Vigne D, Markus C, Questel F, Saury R. Que faire devant un patient intoxiqué qui refuse son transfert à l'hôpital ? *Méd Urgence* 2000 ; 22(2) : 29-35.
46. Papakados V. Le tiers sous contrainte. L'hospitalisation sur demande d'un tiers : évolutions de la jurisprudence, des pratiques à repenser. *Neuropsy news* 2002 ; 1(3) : 150-3.
47. Léger D. L'influence du droit médical sur le consentement à l'hospitalisation et aux soins en psychiatrie : clinique, sémiologie et thérapeutique. *Psychol Méd* 1994 ; 26(13) : 1357-61.
48. Jonas C. Le consentement des malades mentaux à leurs soins. *Nervure* 1990 ; 3:55-8.
49. Lachaux B, Morasz I, Crison-Curinier J. Le consentement : entre légalité et légitimité, ou du consentement formel au consentement informé. *L'Encéphale* 1998 ; 24(6) : 503-16.
50. Jonas C. Le consentement aux soins. *Gérontol Société* 1991 ; 59 : 56-9.

51. Institut national en santé et recherche médicale . Le consentement. Paris : Inserm ; 2000.
52. Golden JS, Johnston GD. Problems of distortion in doctor-patient communications. *Psychiatry Med* 1970 ; 1(2) : 127-49.
53. Stiles PG, Poythress NG, Hall A, Falkenbach D, Williams R. Improving understanding of research consent disclosures among persons with mental illness. *Psychiatric Serv* 2001 ; 52(6) : 780-5.
54. Horassius M, Horassius N. Droits des malades : information, consentement... dignité. *Info Psychiatrique* 2001 ; 77(7) : 674-9.
55. Conseil de l'Europe. Recommandation n° R (83) 2 du comité des ministres aux États membres sur la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires (*adoptée par le comité des ministres le 22 février 1983, lors de la 356^e réunion des délégués des ministres*). Bruxelles : CE ; 1983.
56. Fontrouge JM. Le refus de soins ou d'hospitalisation exprimé par le patient. *Droit Déontol Soins* 2001 ; 1(2) : 180-5.
57. Comité consultatif national d'éthique. Consentement éclairé et information des personnes qui se prêtent à des actes de soin ou de recherche. Paris : CCNE ; 1998.
58. Koch HG, Reiter ST, Helmchaen H. Informed consent in psychiatry. Baden Baden : Nomos verlagsgesellschaft ; 1996.
59. Bourgeois ML. La conscience du trouble en psychiatrie. II. Travaux empiriques actuels. La mesure de l'insight. *Ann Méd Psychol* 2000 ; 158(3) : 209-24.
60. Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, Strauss DH, Yale SC, Gorman JM. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994 ; 51(10) : 826-36.
61. Melamed Y, Kimchi R, Shnit D, Moldavski M, Elizur A. Insight and competence to consent to psychiatric hospitalization. *Med Law* 1997 ; 16(4) : 721-7.
62. Schnyder U, Valach L, Morgeli H, Helm E. Patient-disease characteristics and coping strategies predict hospitalization in emergency psychiatry. *Int J Psychiatry Med* 1999 ; 29(1) : 75-90.
63. Poythress NGC, Cascardi M, Ritterband L. Capacity to consent to voluntary hospitalization: searching for a satisfactory Zinerman screen. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1996 ; 24 (4) : 439-52.

64. Appelbaum BC, Appelbaum PS, Grisso T. Competence to consent to voluntary psychiatric hospitalization: a test of a standard proposed by APA. *Psychiatric Serv* 1998 ; 49(9) : 1193-6.
65. Appelbaum PS, Bateman AL. Competency to consent to voluntary psychiatric hospitalization: a theoretical approach. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1979 ; 7(4) : 390-9.
66. Lachaux B, Cassan I. Le problème de l'information et de l'éthique. L'information et l'éthique entre convenance et convenable. *Ann Med Psychol* 1998 ; 157(4) : 269-76.
67. Norko MA, Billick SB, McCarrick RC, Schwartz MA. A clinical study of competency to consent to voluntary psychiatric hospitalization. *Am J For Psychiatry* 1990 ; 11:3-15.
68. Billick SB, Naylor PW, Majeske MF, Burgert W, Davis GP. A clinical study of competency in psychiatric inpatients. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1996 ; 24(4) : 505-11.
69. Grisso T, Appelbaum PS, Mulvey E, Fletcher K. The MacArthur treatment competence study. II. Measures of abilities related to competence to consent to treatment. *Law Hum Behav* 1995 ; 19 : 127-48.
70. Levine S, Byrne K, Wilets I, Fraser M, Leal D, Kato K. Competency of geropsychiatric patients to consent to voluntary hospitalization. *Am J Geriat Psychiatry* 1994 ; 2(4) : 300-8.
71. Souchaud JL, Hybler M, Mercier V, Vergnolle F. De l'application gérontopsychiatrique d'un texte non spécifique : la loi du 27 juin 1990 et l'hospitalisation sous contrainte des personnes âgées. *Psychol Méd* 1994 ; 26(5) : 457-9.
72. Winik BJ. Competency to consent to voluntary hospitalization: a therapeutic jurisprudence analysis of Zinermon V. Burch. *Int J Law Psychiatry* 1991 ; 14(3) : 169-214.
73. Plouznikoff M. Information, acte et contrainte. *Ann Psychiatrie* 2001;16(3):168-70.
74. Walter M. Urgences psychiatriques et consentement à l'hospitalisation. *Psychiatrie Fr* 1993 ; 24(2) : 14-22, 169, 173.
75. Dubouis L. La loi du 27 juin 1990 et le droit européen. *Info Psychiatrique* 1992;68(9) : 902-7.
76. George L, Durbin J, Sheldon T, Goering P. Patient and contextual factors related to the decision to hospitalize patients from emergency psychiatric services. *Psychiatric Serv* 2002 ; 53(12) : 1586-91.

77. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Paris : Anaes ; 1998.
78. Coleman DI. The love that does justice: an ethic of involuntary psychiatric hospitalization and treatment. Dissert Abstr Int 1995 ; 55(12-B) : 5280.
79. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Orientations diagnostiques et prise en charge au décours d'une intoxication éthylique aiguë des patients admis aux urgences des établissements de soins. St-Denis : Anaes ; 2001.
80. Wise TNB. Involuntary hospitalization: an issue for the consultation-liaison psychiatrist. Gen Hosp 1987 ; 9(1) : 40-4.
81. Senon JL, Lafay N. Hospitalisation à la demande d'un tiers et hospitalisation d'office, tutelle, curatelle, sauvegarde de justice. Rev Prat 2000 ; 50(20) : 2285-94.
82. Quélin A. Le certificat médical en psychiatrie. Des règles précises, comment éviter les erreurs. Med Droit : (Paris) 2001 ; (50) : 11-3.
83. Pichené C. Modalités d'hospitalisation psychiatrique urgente. Rev Prat 2003 ; 53 : 1214-9.
84. Dupont M. Soins sous contrainte en psychiatrie. Paris : Doin ; 2004.
85. Ausseill JJ, Decousser P, Petit-Dandoy MR. Le deuxième certificat : une garantie illusoire. Info Psychiatrique 1992 ; 68(9) : 917-25.
86. Canneva J. Livre blanc des partenaires de santé mentale France. Paris : Unafam ; 2001.
87. Tyrer P, Coid J, Simmonds S, Joseph P, Marriott S. Community mental health teams (CMHTS) for people with severe mental illnesses and disordered personality. The Cochrane Database of Systematic Reviews 1998 ; Issue 4.
88. Joy CB, Adams CE, Rice K. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004 ; Issue 4.
89. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. The Cochrane Database of Systematic Reviews 1998 ; Issue 2.

90. Allen MH. Level 1 psychiatric emergency services. The tools of the crisis sector. *Psychiatr Clin North Am* 1999 ; 22(4) : 713-34.
91. Geller JL, Fisher WH, McDermeit M. A national survey of mobile crisis services and their evaluation. *Psychiatr Serv* 1995 ; 46(9) : 893-7.
92. Scott RL. Evaluation of a mobile crisis program: effectiveness, efficiency, and consumer satisfaction. *Psychiatr Serv* 2000 ; 51(9) : 1153-6.
93. Thornicroft G. The concept of case management for long-term mental illness. *Int Rev Psychiatr* 1991 ; 3 : 125-32.
94. Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Case management for people with severe mental disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998 ; Issue 2.
95. Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, Slege W, Kluiters H, *et al.* Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003 ; Issue 1.
96. Katsching H, Konieczna T, Cooper JE. Emergency psychiatric and crisis intervention service in Europe. A report based on visits to services in seventeen countries. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe ; 1993.