

1.1. Les soins sans consentement en psychiatrie : une nécessité médicale

Codifiée dans le Code de la santé publique, la loi du 5 juillet 2011 est une loi sanitaire. Les soins sans consentement y ont place comme une modalité des soins qui correspond à un moment particulier d'une prise en charge psychiatrique. Elle peut être un moyen d'entrer dans le soin pour des nouveaux patients ou constituer une étape suite à une rechute ou une aggravation des troubles. Elle concerne certains patients qui, soit constamment, soit de façon plus épisodique, ne consentent pas à des soins que l'équipe médicale juge nécessaires ou qui, expressément, les refusent. Dans un certain nombre de cas, leur attitude résulte d'un déni de leur maladie⁵ : les malades souffrant de pathologies psychiatriques ne sont pas toujours dans une logique de sollicitation ; il n'est pas rare qu'ils récuse l'existence de leurs troubles et expriment une opposition à tout suivi⁶.

Selon le cas, les obligations de soins et les restrictions apportées à la liberté d'aller et venir seront plus ou moins importantes. Les modalités du traitement pourront être discutées, adaptées et en somme négociées avec le patient. Il pourra s'agir de l'interdiction d'accès à certains espaces de l'hôpital, par exemple à certains moments de la journée, qui sera soit obtenue dans une sorte de contrat thérapeutique avec le patient, soit imposée en fonction de l'état de santé du patient et notamment de sa capacité à maîtriser son comportement.

Avant même de réfléchir aux modalités administratives et juridiques de mise en œuvre de ces soins, il faut rappeler qu'ils procèdent d'un avis médical.

5. Thierry Hanouët, président du tribunal de grande instance (TGI) de Béthune, décrit ainsi les patients dont la situation est examinée en audience : « En dehors des situations de déni, pur et simple (“je ne suis pas fou, ce sont les médicaments qui me rendent malades”), de nombreux requérants critiquent les soins dont ils font l'objet, au moins sous l'angle des effets indésirables (sommolence, ralentissement psychique, perte de libido, impossibilité de travailler). Ils sont en demande d'arrêt du traitement ou, pour le moins d'aménagement des soins. On peut percevoir une forme de lassitude ; ils peuvent recevoir des soins depuis plusieurs années et ils en ont assez ! Souvent, ils souhaitent simplement rentrer chez eux, d'autres expriment l'ennui : “on n'a rien à faire !” » (« La loi du 5 juillet 2011 : le point de vue d'un juge des libertés et de la détention », *Cahiers de la recherche sur les droits fondamentaux*, n° 12, « Droit et psychiatrie », 2014, p. 49).

6. D. Robiliard, *Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie*, Assemblée nationale, n° 1662, 2013, p. 20.

Nécessité des soins

La nécessité de soigner un patient contre son gré pour ses troubles mentaux correspond au plan médical à différentes situations cliniques⁷, observées dans plusieurs catégories de troubles parmi les plus importantes en nombre de malades⁸. L'expression de ces pathologies renvoie à de multiples comportements types, dont certains inspirent directement les deux dispositifs principaux prévus par la législation psychiatrique.

– Le soin contraint peut procéder du constat, posé médicalement, que le patient gravement affecté par ses troubles mentaux, souvent ambivalent, ne prend pas ou est dans l'incapacité de prendre l'initiative de les soigner. Il en est ainsi chaque fois que le patient est, à des degrés divers, inconscient de sa pathologie, de la réalité ou de la gravité de son trouble, et des conséquences qui en résultent pour lui-même ou pour autrui. Ceci peut résulter d'une déficience intellectuelle, d'une psychose, de troubles graves de la personnalité, par exemple. Le patient peut aussi avoir la conscience d'un trouble, mais ne pas parvenir à décider de se plier à un traitement. Il peut en être ainsi, dès lors que les troubles mentaux sont avérés, dans le cas de conduites alimentaires désordonnées ou de pratiques addictives (consommation d'alcool, de drogues...).

– Le soin contraint concerne par ailleurs les cas où le patient constitue un risque pour les tiers. Est souvent en jeu ici une impossibilité à comprendre et à vouloir : le patient est incapable de consentir à ses soins parce qu'il n'en reconnaît pas l'intérêt ou l'efficacité. Mais le soin contraint peut aussi être dispensé pour traiter un comportement d'agitation ou d'agressivité dangereux pour autrui ou pour le patient lui-même, indépendamment de sa capacité à comprendre. Il peut viser à réduire une dangerosité résultant d'actes inconsidérés liés à une altération du discernement, engageant la sécurité de l'environnement et de tiers, à commencer par les soignants ; ou encore, à permettre une vie collective minimale à l'hôpital, dépourvue de violences évitables et de perturbations anormales du séjour des autres patients.

Dans les multiples facettes de ces situations, où domine le « déni de soins », l'attitude du patient est souvent ambivalente :

« Un certain nombre de patients, en dehors des situations où la privation de liberté a aussi pour objet immédiat de protéger la société, ont besoin

7. « Il s'agit d'une altération, voire d'une abolition de la capacité de discernement. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, cela ne provient pas obligatoirement d'un trouble des fonctions intellectuelles, mais cela peut également être en rapport avec des perturbations émotionnelles ou affectives » (C. Jonas, « Quelles sont les raisons invoquées pour justifier les restrictions au principe fondamental d'aller et venir ? Lesquelles peut-on retenir ? Les principales raisons d'ordre individuel », in FHF/ANAES, *Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité*, actes de la conférence de consensus des 24 et 25 novembre 2004, Éditions ENSP, 2006.

8. L'OMS identifie cinq maladies mentales parmi les 10 pathologies les plus préoccupantes du XXI^e siècle, qui peuvent justifier pour certains patients une prise en charge non volontaire : schizophrénie, trouble bipolaire, addiction, dépression et trouble obsessionnel compulsif. Voir OMS, *The global burden of disease : 2004 (update 2008)*, www.who.int.

de l'internement, voire le demandent inconsciemment, en rapport avec une souffrance psychique intense⁹. »

Typologie psychiatrique

Carol Jonas, tout en soulignant que la pathologie ne constituait pas en soi un critère déterminant¹⁰, a proposé une liste non exhaustive de maladies psychiatriques qui peuvent, à un moment ou à un autre, justifier un isolement ou une restriction de la liberté d'aller et venir.

Les indications d'hospitalisation, suivant cette approche catégorielle fondée sur la pathologie du patient, sont principalement les suivantes. Elles donnent lieu à des expressions spécifiques :

– les épisodes dépressifs majeurs, isolés ou s'inscrivant dans le cadre d'un trouble bipolaire ou d'un trouble dépressif récurrent : intensité des symptômes (souffrance morale, apragmatisme, insomnie, angoisse...) avec retentissement pouvant mettre en danger la sécurité de la personne (par exemple, par dénutrition du fait d'une anorexie), présence d'idées suicidaires ou passage à l'acte suicidaire, présence d'une symptomatologie délirante du fait du risque auto- ou hétéro-agressif éventuel (exemple des suicides altruistes dans des contextes d'idées délirantes de culpabilité), existence d'une comorbidité addictologique ;

– les épisodes maniaques : intensité des symptômes du fait de leur retentissement (agitation avec le risque de porter atteinte à soi-même ou à autrui, mises en danger, déshydratation et dénutrition résultant de la perte du ressenti des besoins vitaux et à l'hyperactivité), agressivité, présence d'idées délirantes (défenestration alors que le patient pensait avoir le don de voler, risque hétéro-agressif dans un contexte d'idées délirantes de thématique persécutive...), prises de toxiques ;

– la schizophrénie¹¹ : intensité des symptômes déficitaires ou dissociatifs avec troubles du comportement éventuels pouvant mettre la personne en danger (par exemple, arrêt de l'alimentation et de l'hydratation dans une catatonie), présence d'idées délirantes envahissantes, non critiquées avec une adhésion forte, voire totale, injonctions hallucinatoires, agressivité, comorbidité addictive ;

9. P. Bantman, « La liberté d'aller et venir en psychiatrie : entre l'exigence de la loi, l'éthique et la réalité des pratiques », in FHF/ANAES, *Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité*, op. cit., p. 124. P. Bantman poursuit ainsi : « Ces patients se plaindront souvent beaucoup de la privation de liberté, demanderont la levée de leur placement. Mais souvent ils s'apaisent, leur délire tombe parfois automatiquement. Un travail de parole peut se mettre en place avec eux, pas à pas se tissent des liens. Il est banal de constater que la demande de sortie subsiste d'une manière véhémente, mais que rien n'est fait pour partir. Les premières sorties peuvent être l'occasion de voir se manifester l'angoisse. Tel patient qui veut sortir confiera en même temps qu'il est terrible d'être dehors vis-à-vis de ses persécuteurs. »

10. « Les critères les plus déterminants sont en rapport avec le comportement immédiat du patient. Ce sont essentiellement l'agitation, l'opposition massive et la perturbation du milieu thérapeutique, l'agression des autres patients et du personnel soignant ou encore les conduites suicidaires » (C. Jonas, « Quelles sont les raisons invoquées pour justifier les restrictions au principe fondamental d'aller et venir ? Lesquelles peut-on retenir ? Les principales raisons d'ordre individuel », *ibid.*).

11. Voir M. Coldefy, C. Nestrigue (IRDES), « La variabilité de la prise en charge de la schizophrénie dans les établissements de santé en 2011 », *Questions d'économie de la santé*, n° 206, février 2015.

- la psychose puerpérale, avec un risque de suicide et d’infanticide ;
- les délires chroniques non schizophréniques (par exemple, des délires paranoïaques) avec risques de passages à l’acte auto-agressifs lors d’effondrements dépressifs ou hétéro-agressifs, ces risques étant majorés par les consommations de substances.

L’approche catégorielle n’est cependant pas d’un grand apport dans la décision d’admission, puisque, *in fine*, ce sont les symptômes présents et leur intensité qui conditionneront le plus souvent l’indication d’hospitalisation¹². L’approche dimensionnelle et symptomatique des troubles psychiques doit pour cette raison être privilégiée¹³, en s’appuyant sur l’intensité et le retentissement des troubles, notamment sur la vie courante et la sécurité du patient.

Ainsi, les troubles psychotiques semblent particulièrement représentés dans les indications d’hospitalisation sous contrainte. Mais de façon plus générale, une faible capacité d’*insight*, à percevoir sa maladie et à pouvoir ainsi reconnaître la nécessité de soins, l’intensité du retentissement des troubles, et enfin le risque encouru par l’absence de soins, sont des facteurs déterminants dans l’indication de soins sous contrainte¹⁴.

La Haute autorité de santé (HAS)¹⁵ a préconisé l’évaluation de six dimensions dans l’indication d’une hospitalisation sans consentement :

- le risque suicidaire ;
- l’atteinte potentielle à autrui ;
- la prise d’alcool ou de toxique ;
- le délire ;
- les troubles de l’humeur ;
- l’incurie.

Elles doivent être prises en compte en présence de troubles mentaux avérés et dans une approche transnosographique¹⁶.

Ces recommandations de la HAS, publiées en 2005 et fondées sur une appréciation médicale, s’intègrent sans difficulté dans le dispositif de la réforme de la loi du 5 juillet 2011. Reconnaître la dangerosité psychiatrique et la prévenir fait partie notamment des enjeux majeurs de la prise en charge médicale des patients, et les soins sous contrainte s’inscrivent bien dans ce cadre de prévention.

12. L'article L.3211-2-2, CSP, prévoit ainsi que la proposition de programme de soins imposé au patient est motivée au regard de l'état de santé du patient « et de l'expression de ses troubles mentaux ». L'article R.3211-24 retient la notion de « manifestations des troubles mentaux » pour la rédaction de l'avis motivé du psychiatre requis pour la poursuite de l'hospitalisation complète.

13. Ceci sous la réserve que l'admission doit être fondée sur le constat d'une maladie mentale, conformément aux exigences de la jurisprudence de la CEDH (arrêt *Winterwerp c. Pays-Bas*, 24 octobre 1979, n° 6301/73). Un tel diagnostic n'est pas toujours aisé lors d'une première hospitalisation. À minima le praticien doit-il détecter une maladie mentale fortement suspectée.

14. Braitman A. *et al.*, « La décision d'hospitalisation sans consentement aux urgences : approche dimensionnelle ou catégorielle ? », *L'Encéphale*, n° 40(3), 2014, p. 247-254.

15. HAS, *Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux*, HAS, 2005.

16. Transnosographie : approche non classique de la compréhension des maladies, réalisée indépendamment d'une catégorisation diagnostique.

Ainsi, toutes les pathologies psychiatriques, qu'elles s'intègrent dans le cadre des troubles de l'axe I du *DSM*¹⁷ (schizophrénie, épisode dépressif majeur, trouble bipolaire, trouble dépressif récurrent, pour ne citer que les troubles les plus importants et les plus fréquemment représentés) ou de l'axe II (troubles de la personnalité) sont susceptibles à un moment donné de leur évolution de nécessiter le recours à des soins psychiatriques non consentis.

Adhésion aux soins et contrainte

Certaines pathologies chroniques nécessitent toutefois davantage que d'autres une adhésion aux soins et relèvent principalement de prises en charge ambulatoires. Une indication de soins sous contrainte sous la forme d'une hospitalisation sera dans ce cas plus rare. Elle pourra même être néfaste dans la prise en charge et devra être évitée autant que possible. L'approche dimensionnelle devra, là aussi, être privilégiée.

L'anorexie mentale en est un bon exemple¹⁸. Dans cette pathologie, l'indication d'hospitalisation ne se conçoit qu'en cas d'urgence vitale somatique (importance et cinétique de l'amaigrissement, conséquences cardiologiques, neurologiques, hépatiques, rénales de la dénutrition...), psychique (risque suicidaire, comorbidité anxieuse ou dépressive, échec de la prise en charge ambulatoire...) ou encore en cas de « crise environnementale » (épuisement familial, conflits, isolement social sévère...) ¹⁹. Les hospitalisations s'effectuent dans ce cas en dehors des structures de secteur psychiatrique et principalement au sein des structures spécialisées dans les troubles des comportements alimentaires (TCA). La contrainte n'y sera mise en œuvre qu'en cas de risque vital et d'absence d'adhésion aux soins. Les patients seront alors orientés sur le service psychiatrique de secteur, sauf si une prise en charge somatique initiale est nécessaire : dans ce cas, il conviendra de mettre en *subsistance* le patient avant son transfert vers un service de soins somatiques spécialisé. Le lien entre le service de secteur et le service de soins somatiques est alors primordial : l'établissement habilité « d'accueil » demeure en effet responsable au plan juridique de la bonne mise en œuvre des soins sans consentement du patient et par conséquent de la rédaction des avis médicaux légalement requis (→ 3.2.) aux différents temps du maintien de la contrainte.

De même, la prise en charge des patients éthyliques chroniques (ou présentant d'autres conduites addictives) relève d'une prise en charge préférentiellement ambulatoire et d'une demande de soins de la personne. En effet, les soins contraints

17. Le manuel désigné par le sigle « DSM », abréviation de l'anglais *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, est un ouvrage de référence publié par la Société américaine de psychiatrie (APA), classifiant et catégorisant des critères diagnostiques et des recherches statistiques de troubles mentaux spécifiques. Il comprend cinq axes de classification (trad. fr., Elsevier-Masson, 2015).

18. Ce trouble du comportement alimentaire, à début précoce, dès l'âge pré-pubertaire parfois, avec une prévalence inférieure à 1 % de la population générale, et atteignant principalement les femmes, est caractérisé par une restriction des apports alimentaires et énergétiques menant à un poids inférieur au poids normal pour le sexe, l'âge et la taille, une peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, malgré une insuffisance pondérale, une altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps et une influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou un déni de la gravité de la maigreur actuelle (→ 3.3. et note 21).

19. HAS/AFDAS-TCA/INSERM, *Anorexie mentale : prise en charge*, HAS, 2010.

ont le plus souvent dans ce cas un faible impact sur l'évolution de la pathologie et ne permettent pas une prise de conscience de la dépendance, souvent déniée par les personnes. L'injonction de soins pour les alcooliques²⁰ est pareillement peu efficace. L'expérience montre que ces patients, bien que se rendant régulièrement à leur consultation et se soumettant donc à l'injonction, ne répondent qu'aux mesures coercitives immédiates et s'investissent rarement dans une réelle prise en charge efficace, faute de prise de conscience de leur pathologie.

Les soins sous contrainte dans ces pathologies doivent ainsi être réservés aux cas extrêmes de mise en danger, de symptomatologie dépressive avec idéation suicidaire, chez des patients évalués après dégrisement. Ils ne seront indiqués qu'en situation aiguë, afin de pouvoir passer une période de crise et de permettre une prise de contact éventuelle avec un service d'addictologie.

Enfin, les troubles anxieux (trouble obsessionnel compulsif, phobie, trouble d'anxiété généralisée) relèvent aussi, le plus souvent, de soins ambulatoires et rarement de soins en hospitalisation, et encore plus rarement de soins sous contrainte. En effet, les bonnes capacités d'*insight* de ces patients les rendent plus compliants aux soins. Les indications d'hospitalisation se restreignent aux cas de décompensation dépressive, d'idées suicidaires ou de difficulté à mettre en place un traitement (par exemple, un patient agoraphobe ne pouvant sortir de chez lui pour se rendre à ses consultations). Dans ces cas, les soins sous contrainte sont plutôt anecdotiques.

Pathologies somatiques et manifestations psychiatriques

Il n'est pas rare, face aux troubles psychiques présentés par ces patients, que ceux-ci soient orientés vers des services de psychiatrie, où le diagnostic de la pathologie somatique est fait secondairement. Là encore, le traitement étiologique est le plus souvent primordial dans la prise en charge.

De nombreuses pathologies somatiques peuvent induire des troubles psychiatriques ou *mimer* des pathologies psychiatriques. Il en est ainsi notamment des troubles neurologiques susceptibles de manifestations psychiatriques (délires, troubles du comportement, dépression...).

Plusieurs catégories de pathologies neurologiques sont concernées :

- les pathologies vasculaires telles que les accidents vasculaires cérébraux ;
- les troubles épileptiques ;
- les troubles inflammatoires, comme la sclérose en plaques ou les encéphalites auto-immunes à anticorps antirécepteurs NMDA ;
- les troubles infectieux (encéphalites bactériennes ou virales) ;
- les pathologies tumorales bénignes ou malignes ;
- les lésions traumatiques cérébrales ;
- les troubles neuro-dégénératifs (des exemples bien connus en sont la maladie d'Alzheimer et la maladie de Parkinson).

Des prises en charge conjointes, associant soins somatiques et soins psychiatriques contraints, peuvent être nécessaires. En tout état de cause, une prise en charge somatique adaptée est essentielle. Elle sera souvent le traitement premier des troubles.

20. Voir note n° 45.

L'adaptation des services de psychiatrie pour la prise en charge de ces patients doit être prise en compte. Les soins en unités psychiatriques seront réservés aux phases de décompensation aiguë avec crise comportementale par exemple ou avec crise suicidaire. Une fois la période aiguë stabilisée, la poursuite des soins somatiques au sein des services neurologiques s'imposera, car seul le traitement étiologique aura une action préventive de réapparition des manifestations psychiatriques.

Les hospitalisations dans les services de secteur psychiatriques ne sont pas dépourvues d'effets délétères pour des personnes atteintes de trouble démentiel (en raison de l'inadéquation des moyens de prise en charge, de la confrontation à des populations aux présentations cliniques hétérogènes pouvant présenter des troubles du comportement par exemple). Aussi, les indications de soins sous contrainte de ces personnes doivent-elles être strictement limitées à des phases de crise dépassant les capacités de prise en charge des structures spécialisées. Dans ses recommandations de 2009 sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées (*op. cit.*, p. 12), la HAS préconise de n'hospitaliser ces patients dans les services de psychiatrie que de façon exceptionnelle, lorsqu'ils sont dangereux pour eux-mêmes ou leur entourage, qu'un autre type de prise en charge n'est pas possible du fait des troubles et qu'ils ne peuvent consentir aux soins.

Le risque est ici de mettre en œuvre des soins sous contrainte pour traiter ou imposer un type de prise en charge en institution à des personnes qui normalement devraient relever d'une tutelle à la personne, et pour lesquelles l'intervention d'un tuteur serait suffisante, si besoin après l'intervention du juge des tutelles (→ 5.6.).

De même, les pathologies endocriniennes peuvent *mimer* des troubles psychiatriques : il en est ainsi des troubles thyroïdiens, du diabète, de l'hypercorticisme, de l'insuffisance surrénale, ainsi que de certains troubles infectieux ou métaboliques (la maladie de Wilson, par exemple).