

**ACADEMIE DE PARIS  
UNIVERSITE RENE DESCARTES**

---

**ANNEE 2005-2006**

**HOSPITALISATIONS SANS CONSENTEMENT :  
FAUT-IL EN DEFINIR LES INDICATIONS ?**

**Mémoire  
Du Master d’Ethique Médicale**

Présenté à PARIS le 26 juin 2006,  
Au laboratoire d’Ethique Médicale,  
Université René DESCARTES PARIS 5,

Par  
Benoit TROJAK  
Né le 03/07/1974 à DIJON

Directeur du Mémoire : Monsieur J.C. COFFIN  
Co-Directeur : Monsieur le Professeur P. DELAMILLIEURE

# SOMMAIRE

<b>I - INTRODUCTION</b>	<b>4</b>
<b>II - LA LOI DU 27 JUIN 1990 ET SES RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE</b>	<b>7</b>
<b>II.1 Hospitalisations sous contrainte : particularités du modèle français</b>	<b>8</b>
II.1.1 Historique et modalités des hospitalisations psychiatriques en France	8
II.1.2 Différences entre les principales législations européennes	15
II.1.3 Etat des lieux des hospitalisations sous contrainte en Europe : la place de la France	20
<b>II.3 Les recommandations de la Haute Autorité de Santé de 2005 sur les indications en urgence des hospitalisations sans consentement</b>	<b>27</b>
II.3.1 Rôle de la Haute Autorité de Santé	27
II.3.2 Origine des recommandations	27
II.3.3 Motifs évoqués pour justifier la mise en application des recommandations	28
II.3.4 Elaboration des recommandations	29
II.3.5 Recommandations – texte -	29
<b>III - INDICATIONS DE 325 MESURES D'HOSPITALISATIONS SUR DEMANDE D'UN TIERS</b>	<b>32</b>
<b>III.1 Objectifs de l'étude</b>	<b>33</b>
III.1.1 Objectif principal	33
III.1.2 Objectifs secondaires	33
<b>III.2 Matériel et méthode</b>	<b>34</b>
III.2.1 Population : hospitalisations sur demande d'un tiers de 2001 à 2004	34
III.2.2 Source de données : les certificats médicaux et le registre de la loi	34
III.2.3 Lecture des certificats d'HDT	35
III.2.4 Enregistrement des données	36
III.2.5 Remarques	36
<b>III.4 Résultats</b>	<b>37</b>
III.4.1 Données démographiques concernant la population étudiée	37
III.4.2 HDT dont les indications correspondent à celles des recommandations	38
III.4.3 HDT dont on ne retrouve pas les indications de la HAS	39
III.4.4 autres troubles mentionnés	41
<b>III.5 Les limites de l'étude</b>	<b>42</b>
III.5.1 Limites méthodologiques	42
III.5.2 Limites géographiques	43
<b>IV - DISCUSSION</b>	<b>46</b>
<b>IV.1 Recommandations pour la pratique clinique : entre théorie et pratique</b>	<b>47</b>
IV.1.1 Intérêt des recommandations pour la pratique clinique	47
IV.1.2 Elaboration des recommandations : la « médecine fondée sur la preuve »	47
IV.1.3 Les limites des recommandations sur le modèle de l'evidence-based medicine	48
IV.1.4 La Haute Autorité de Santé élargit la définition des recommandations	49
<b>IV.2 Indication des hospitalisations sans consentement : les recommandations de la HAS sont-elles décalées du « bon sens clinique » ?</b>	<b>50</b>
IV.2.1 Les recommandations semblent pertinentes sur le plan pratique, mais...	50
IV.2.2 Comment expliquer la « réussite » des recommandations	51
IV.2.3 Pourquoi des recommandations sur les hospitalisations sans consentement ?	51
<b>IV.3 Les limites d'une approche normative concernant les indications des hospitalisations sans consentement</b>	<b>54</b>
IV.3.1 Le manque de données scientifiques	54
IV.3.2 Les hospitalisations sans consentement prennent en compte des dimensions complexes	55

<b>IV.4 Désormais, comment intégrer les recommandations dans la pratique de la loi de 90 ?</b>	<b>58</b>
IV.4.1 Les recommandations : un outil pédagogique ? un refuge ?	58
IV.4.2 Les recommandations : un piège ?	59
IV.4.3 Les recommandations : perte d'autonomie pour les médecins ?	59
IV.4.4 Les recommandations : des garanties pour les patients et la société ?	60
<b>V - CONCLUSION</b>	<b>61</b>
<b>VI - BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>63</b>
<b>VII - ANNEXE</b>	<b>70</b>

# **I - INTRODUCTION**

La loi du 27 juin 1990, intitulée « *les droits et la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et leurs conditions d'hospitalisation* », régleme les modalités d'hospitalisations sous contrainte en France. Elle définit deux procédures, d'une part l'hospitalisation d'office (HO), et d'autre part l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT).

L'HO, prononcée par arrêté Préfectoral, est destinée aux « *personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public* », [article L.3213-1 du CSP].<sup>11</sup>

L'HDT, beaucoup plus couramment utilisée en pratique, s'applique à un patient dont les troubles mentaux « *rendent impossible son consentement* » et dont l'état « *impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier* » [article L.3212-1 du CSP].<sup>11</sup> Cette mesure est prononcée par le directeur de l'établissement hospitalier d'accueil du patient sur la demande d'un tiers, c'est-à-dire d'un membre de la famille ou d'une personne qui porte de l'intérêt au le patient, et à la condition que des médecins certifient que la personne concernée soit « *atteinte de troubles mentaux ... qui rendent impossible son consentement* » [article L.3212-1 du CSP].<sup>11</sup>

La loi du 27 juin 1990 ne donne aucune précision sur les troubles mentaux qui empêchent de consentir aux soins et, de ce fait, n'écarte *a priori* aucun diagnostic psychiatrique.<sup>30</sup> Les fiches d'information du 13 mai 1991, relatives à l'application de la loi du 27 juin 1990, restent également muettes sur les troubles mentaux qui rendent impossible tout consentement : « *L'impossibilité pour une personne de consentir à son hospitalisation du fait de sa maladie mentale est un des éléments consécutifs de l'hospitalisation sur demande. Il revient au médecin de l'apprécier* ». <sup>44</sup> Les médecins sont alors les seuls juges des troubles mentaux qui entraînent une altération suffisamment sévère de la faculté à consentir à ses soins pour justifier de restrictions à l'exercice des libertés individuelles.

Or, en avril 2005, la Haute Autorité de Santé (HAS) publie des recommandations pour la pratique clinique (RPC) sur la loi du 27 juin 1990. Le document est titré « *Modalité de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux* ». <sup>30</sup> Dans son chapitre intitulé « *Indication d'une hospitalisation sans consentement* », six vignettes cliniques sont alors proposées comme pouvant, de part leur sévérité, justifier d'une mesure d'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 à tonalité maniaque, et enfin l'incurie.

Sans remettre en cause la pertinence de ces indications dans le cadre des hospitalisations sans consentement, ces recommandations soulèvent deux problématiques :

- d'une part sur leur origine : pourquoi a-t-on été amené à proposer des recommandations pour la pratique des hospitalisations sans consentement et comment les a-t-on définies ?
- d'autre part sur leur applicabilité : les six indications de la HAS sont-elles suffisantes pour répondre à la complexité des hospitalisations sans consentement ?

A partir d'une relecture de certificats médicaux ayant été à l'origine de mesures d'HDT, l'auteur recherche s'il existe un décalage entre les recommandations de l'HAS et la pratique des hospitalisations sans consentement. Puis, à partir du résultat, l'auteur discute de l'intérêt de l'apport de ces nouvelles exigences dans la prise de décision d'hospitalisation qui, jusqu'alors, reposait sur le bon sens clinique.

**II - LA LOI DU 27 JUIIN 1990 ET SES  
RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE  
CLINIQUE**

## ***II.1 Hospitalisations sous contrainte : particularités du modèle français***

### **II.1.1 Historique et modalités des hospitalisations psychiatriques en France**

#### II.1.1.1 La loi du 30 juin 1838<sup>40</sup>

Avant la Révolution Française de 1789, on ne distinguait pas les forçats des malades mentaux. En 1790, les lettres de cachet, qui permettaient à l'administration royale de séquestrer les correctionnaires comme les insensés, sont abrogées.

A l'origine de la médicalisation de la folie, les premiers aliénistes Philippe Pinel et Etienne Esquirol génèrent un courant d'idées favorables à la mise en place d'une législation spécifique concernant les soins des malades mentaux.<sup>59</sup> Le code pénal dit « Code Napoléon », qui voit le jour en 1810, reconnaît alors l'irresponsabilité pénale des malades mentaux en état de démence : « *Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou lorsqu'il a été craint par la force à laquelle il n'a pu résister* ». <sup>10</sup>

Après un demi-siècle de vide législatif sur l'enfermement des insensés, la loi du 30 juin 1838 définit les modalités d'internement « *des aliénés* », c'est-à-dire des personnes sujettes « *à des actes ou des accès de démence plus ou moins fréquents* ». <sup>4</sup> Cette législation se donne pour objectifs d'une part, d'assurer la sûreté et d'autre part, de développer et d'organiser l'assistance aux aliénés. En obligeant chaque département à se doter d'un établissement public d'aliénés, la loi du 30 juin 1838 est à l'origine du développement du système asilaire qui remplace les hospices, les dépôts de mendicité et surtout, sépare les aliénés des délinquants. « *La loi du 30 juin 1838 sort ainsi le fou –le dément- des prisons et du grand renfermement de l'hôpital du siècle précédent, où se côtoyaient, dans une même relégation, les marginaux de toutes sortes, correctionnaires, prostituées, malades vénériens, vagabonds et insensés* ». <sup>4</sup>

La loi du 30 juin 1838 confie à l'Administration le soin de décider des internements psychiatriques. Deux modalités d'internement sont proposées :

- Le « *Placement Volontaire* » (PV), appelé ainsi puisque le placement du patient est la volonté de son l'entourage. L'objectif est de soigner, à la demande de leur entourage, les aliénés refusant les soins psychiatriques mais non dangereux pour l'ordre public. Ce placement nécessite la demande manuscrite sur papier libre de la famille, et un

certificat médical par un docteur en médecine qui ne doit pas être attaché à l'établissement. En cas d'urgence, ce certificat n'est pas exigé.

- Le « *Placement d'Office* » (PO), décidé par le préfet du département concerné. L'objectif du PO est de sauvegarder l'ordre public ou la sûreté des personnes. La demande d'admission est un arrêté préfectoral d'internement d'office. Le certificat médical est facultatif et non prévu par la loi.

Mais, la loi du 30 juin 1838 est l'objet de nombreuses critiques : le législateur n'ayant pas prévu l'hospitalisation dite « libre », les modalités d'internement dérogent au principe de la liberté individuelle et des enfermements sont jugés arbitraires. Elle reste cependant en vigueur pendant plus d'un siècle et demi jusqu'en 1990.<sup>31</sup> Elle sert également de modèle à de nombreux pays européens et fut exportée dans les pays du Tiers-Monde appartenant à l'ancien empire colonial français, pays qui l'ont généralement conservée inchangée.<sup>4</sup>

#### II.1.1.2 La loi du 27 juin 1990 du code de la santé publique (CSP)<sup>11,41</sup>

Même si la loi du 30 juin 1838 convient en pratique à la majorité des professionnels, les libertés individuelles des patients hospitalisés pour des troubles mentaux sont jugées insuffisantes.<sup>61</sup>

La loi du 27 juin 1990 s'efforce alors, outre de promouvoir les droits des patients hospitalisés librement, de garantir les droits des patients hospitalisés sans leur consentement. Ainsi, la loi du 27 juin 1990 définit :

- Les règles de l'hospitalisation en psychiatrie : hospitalisation libre (HL), hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT), hospitalisation d'office (HO).
- Les libertés du malade mental hospitalisé : informations concernant leurs droits, choix des soignants et structures de soins, droits de visite et de mouvement, possibilité de communication à tout moment avec les autorités (préfet, procureur de la République, juge du tribunal de grande instance, commission départementale des hospitalisations psychiatriques), droit de vote.<sup>20</sup>
- Les fonctions de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP), dont l'objectif est de veiller au respect des dispositions de la loi du 27 juin 1990 et du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes. La CDHP visite les établissements psychiatriques et examine la situation des malades hospitalisés en raison de troubles mentaux. Elle reçoit les réclamations et engage des procédures de révision si nécessaire.

L'esprit de la loi du 27 juin 1990 est donc de garantir les droits et la protection des personnes hospitalisées pour des troubles mentaux. Les principales avancées sont l'inscription dans la loi de l'hospitalisation libre permettant aux malades hospitalisés sous ce régime de bénéficier « *des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause* » [article L.3211-2 du CSP], et de voir les restrictions des libertés individuelles des patients hospitalisés sans leur consentement limitées uniquement à celles nécessaires par leur état de santé et par la mise en œuvre de leur traitement [article L.3212-2 du CSP].<sup>11,23</sup>

### II.1.1.3 Dispositions de la loi du 27 juin 1990, modifiées par la loi du 4 mars 2002<sup>11,41,42</sup>

La loi du 27 juin 1990 définit le champ et les modalités d'application des hospitalisations des patients souffrant de troubles mentaux. Cette loi suit les principes énoncés à l'article 16-3 du code civil, qui stipule que « *le consentement de l'intéressé 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* ». <sup>9,11,36</sup>

#### *II.1.1.3.1 L'hospitalisation libre*

En France, tout citoyen peut solliciter une admission dans un service de psychiatrie afin de recevoir les soins appropriés. Par l'article L.3211-2 du CSP, une personne consentante hospitalisée pour des troubles mentaux est dite « *en hospitalisation libre* », et « *dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause* ». <sup>11</sup> L'article L.3211-1 du CSP précise que le patient ou sa famille ont le choix de l'équipe de soins, publique ou privée. Le patient peut choisir une équipe dont le secteur psychiatrique ne correspond pas à son lieu de résidence. En effet, la fiche 0 du 13 mai 1991 précise que « *la sectorisation a été mise en place afin que le malade dispose toujours d'une possibilité de prise en charge au plus près de son domicile. Elle n'est pas un argument pour refuser la prise en charge d'un malade situé dans le ressort d'un autre secteur. Le malade garde la liberté de s'adresser à l'équipe de son choix dans les limites de l'habilitation de l'établissement et des possibilités d'accueil* ». <sup>44</sup>

L'admission en hospitalisation libre requiert deux documents : un certificat médical d'admission du médecin traitant ne précisant pas de diagnostic mais indiquant la discipline dans laquelle doit être admis l'intéressé (certificat communément appelé « prière d'admettre »), et une lettre confidentielle destinée au médecin hospitalier décrivant les renseignements médicaux utiles pour le diagnostic et le traitement du patient.<sup>12</sup> Le directeur de l'établissement prononce l'admission « *sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'établissement (...) attestant la nécessité du traitement hospitalier* ». En cas d'urgence, le décret N° 74-27 du 14 janvier 1974 précise que « *si l'état d'un malade ou d'un blessé réclame des soins urgents, le directeur général (ou le directeur) doit prononcer l'admission, même en l'absence de toute pièce d'état civil et de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'établissement ; plus généralement, il prend toutes les mesures pour que ces soins urgents soient assurés* ».<sup>12</sup>

#### *II.1.1.3.2 L'hospitalisation sur demande d'un tiers*

L'article L.3212-1 du Code de la Santé Publique stipule qu'une personne atteinte de troubles mentaux peut être hospitalisée sur demande d'un tiers si ses troubles rendent impossible son consentement, et que son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier.<sup>11</sup>

La **demande d'admission**, nécessairement manuscrite et signée par la personne qui la formule, est présentée soit par un membre de la famille, soit par une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade. Si cette personne 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.

**Deux certificats médicaux** doivent accompagner la demande d'admission. Ces certificats doivent décrire les signes et symptômes retrouvés par l'observation médicale.<sup>25</sup> Ils doivent être circonstanciés. Mais surtout, ils doivent permettre de s'assurer d'une part, que les troubles de la personne rendent impossible son consentement et d'autre part, que son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier. Le 1<sup>er</sup> certificat est nécessairement établi par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil. Le 2<sup>ème</sup> certificat peut émaner d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil. Aucun lien de parenté, jusqu'au 4<sup>ème</sup> degré ne doit exister entre le médecin rédigeant le 1<sup>er</sup> certificat, et les autres intervenants dans la procédure (médecin du 2<sup>ème</sup> certificat, directeur de l'établissement, tiers ayant formulé la demande).

La décision d'admission est administrative : la mesure d'HDT est censée être prononcée oralement par le **directeur de l'établissement** après qu'il se soit assuré de la régularité des documents.<sup>4</sup> Le directeur de l'établissement doit ensuite envoyer l'ensemble des documents au préfet ainsi qu'à la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques. Notons qu'en cas de « *péril imminent pour la santé du malade* », l'article L.3212-3 du CSP permet au directeur de l'établissement de prononcer l'admission au vu d'**un seul certificat** (J1), ce certificat pouvant émaner d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil.<sup>11</sup>

L'article L.3212-4 du CSP impose la rédaction du « certificat de 24 heures » (à rédiger dans les 24 heures suivant l'admission) par un psychiatre de l'établissement d'accueil, qui ne peut être le même que celui ayant rédigé un des deux certificats d'entrée ; ce certificat doit constater l'état mental du patient et confirmer ou infirmer la nécessité de maintenir l'HDT. D'autres certificats médicaux précisant la nature des troubles, leur évolution, et si les conditions de l'hospitalisation sont toujours réunies, sont nécessaires pour la poursuite de l'hospitalisation sous contrainte : certificats de quinzaine (J13 à J15) puis mensuel (J41 à J46 = 1 mois après le certificat de quinzaine).<sup>20</sup>

#### *II.1.1.3.3 L'hospitalisation d'office*

Le préfet peut prendre un arrêté d'hospitalisation d'office pour les personnes dont les troubles mentaux compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Le préfet est, dans cette modalité d'hospitalisation, le seul détenteur de l'autorité d'admission.

Deux procédures sont possibles suivant l'urgence de la situation :

- Une procédure habituelle : conformément à l'article de loi L.3213-1 du CSP, le préfet peut directement prononcer par un **arrêté préfectoral**, une hospitalisation d'office au vu d'un **certificat médical circonstancié** émanant de tout médecin extérieur à l'établissement d'accueil ou d'un médecin de l'établissement d'accueil si celui-ci n'est pas psychiatre.<sup>11</sup> Ce certificat atteste que le patient présente des troubles mentaux qui compromettent la sûreté des personnes et/ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Dans les 24 heures qui suivent l'admission, un psychiatre ayant un lien juridique avec l'établissement d'accueil, rédige, après examen de l'état mental du patient, un certificat qui confirme ou infirme la nécessité de maintenir la procédure d'HO.

- Une procédure d'urgence en cas « *de danger imminent pour la sûreté des personnes* » par l'article L.3213-2 du CSP : sur un simple avis médical écrit ou à défaut, la notoriété publique, le **maire** (ou le commissaire de police à Paris) signe un arrêté qui affirme que l'intéressé, présente des troubles mentaux entraînant un danger imminent pour la sûreté des personnes, et qu'il nécessite des soins spécialisés.<sup>11,61</sup> Le représentant de l'état doit être informé de la procédure dans les 24 heures et doit (ou non) prononcer par un **arrêté préfectoral** une HO [article L.3212.1 du CSP].<sup>11</sup> Faute de décision du préfet dans les 48 heures, ces mesures provisoires sont caduques.

L'article L.3213-1 du CSP impose la rédaction d'un « certificat de 24 heures » (dans les 24 heures suivant l'admission : J1 ou J2), sans en préciser le contenu. Ce certificat paraît être assimilable au certificat de 24 heures de l'HDT : il constate l'état mental et confirme ou infirme la nécessité de l'HO.<sup>11,59</sup>

Des certificats médicaux circonstanciés précisant l'évolution des troubles et confirmant ou infirmant les observations contenues dans le précédent certificat, sont nécessaires à la poursuite de l'hospitalisation sous contrainte : certificats de quinzaine (J13 à J15) puis mensuels (J26 à J31 = 1 mois après la mise en place de la procédure).

Dans l'HO comme dans l'HDT, le directeur de l'établissement a un rôle de régulateur des pièces administratives : il doit s'assurer de la régularité et de la recevabilité de tous les certificats qu'il a acceptés et enregistrés avant de les envoyer aux autorités administratives.<sup>59</sup>

Il faut remarquer que la problématique du consentement n'est pas évoquée dans le texte de loi réglementant l'HO : il n'est pas exigé que le certificat médical destiné au préfet fasse état de troubles mentaux qui rendent impossible le consentement du patient à ses soins. L'HO n'aurait alors que pour seule fonction de contraindre un patient souffrant de troubles mentaux et dont le comportement qui en découle compromet l'ordre public ou la sûreté des personnes (Tableau 1).

#### *II.1.1.3.4 Les dispositions introduites par la loi du 4 mars 2002*<sup>11,42</sup>

La loi du 4 mars 2002 « *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé* » définit les droits de la personne malade (droit fondamental à la protection de la santé, droit au respect de la dignité, droit au respect de la vie privée et au secret...). En reprenant des dispositions éparpillées des textes antérieurs, elle en formalise de nouvelles.

La loi du 4 mars 2002 introduit les dispositions suivantes dans la loi du 27 juin 1990 :

- Concernant l'hospitalisation d'office, la procédure devient plus restrictive : par l'article L.3213-1 du CSP, l'HO est destinée aux patients dont les troubles mentaux « *nécessitent des soins* » et dont les troubles doivent compromettre la sûreté des personnes ou désormais porter atteinte « *de façon grave* » à l'ordre public.<sup>11,42</sup> La nécessité de soins, dont l'évaluation n'est pas de la compétence du maire, du commissaire ou du préfet, rappelle qu'un avis médical doit motiver la procédure d'hospitalisation d'office. Des modifications sont également apportées sur l'article L.3212-9 du même code : l'HO est une modalité d'hospitalisation pour les patients en raison de leurs troubles mentaux « *qui compromettent* » et non plus « *qui pourraient compromettre* » la sûreté des personnes.<sup>11,42</sup>
- La CDHP voit son rôle dans le contrôle des hospitalisations en psychiatrie renforcé par les articles L.3223-1 et L.3223-2 du CSP.<sup>11,42</sup> La composition de la commission est modifiée par le rajout d'un médecin généraliste et d'un représentant d'une association agréée de malades [art. L.3222-5 du même code].<sup>11,42</sup>
- Enfin l'article L.3211-11-1 du CSP est inséré afin de permettre aux personnes hospitalisées sans leur consentement de bénéficier « *d'autorisations de sorties (...) n'excédant pas douze heures* », pour « *motif thérapeutique* » ou si des « *démarches extérieures s'avèrent nécessaires* ». <sup>11,42</sup> Ces sorties sont accompagnées d'un membre du personnel de l'établissement. L'autorisation est accordée par le directeur en cas d'hospitalisation à la demande d'un tiers et par le préfet en cas d'hospitalisation d'office, après avis favorable du psychiatre responsable de la structure médicale concernée (qui n'est pas obligatoirement celui du chef de service).<sup>55</sup>

**Tableau 1. Hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT) et hospitalisation d'office (HO) : interprétation littérale des articles L.3212-1 (HDT), L.3213-1 (HO) du Code de la santé publique.**

	HDT	HO
« <i>Troubles mentaux</i> »	OUI	OUI
Nécessité « <i>de soins</i> » :	OUI	OUI
Les troubles « <i>rendent impossible son consentement</i> »	OUI	NON
Les troubles qui « <i>compromettent la sûreté des personnes, ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public</i> ».	NON	OUI

## II.1.2 Différences entre les principales législations européennes

### II.1.2.1 Le système administratif français

Héritier de la loi du 30 juin 1838, le modèle français repose sur le schéma suivant : « *le médecin conseille, l'Administration décide et le juge contrôle* ». <sup>4</sup> Reposant sur le postulat de l'impossible consentement du malade mental à ses soins, l'HDT représente la majorité des hospitalisations sous contrainte en France. <sup>39</sup> La décision d'une telle mesure est strictement administrative puisque l'HDT est prononcée par le chef de l'établissement hospitalier au vu d'une demande écrite et signée par un tiers et de deux certificats médicaux, dont l'un doit être établi par un médecin non rattaché à l'établissement d'accueil. En cas de péril imminent, un seul certificat, établi par le médecin d'accueil, peut suffire.

Or, le pouvoir administratif de décider d'un internement psychiatrique est une particularité française, car l'aptitude à décider d'un internement psychiatrique dans les autres pays de la communauté repose sur des systèmes soit judiciaires, soit mixtes (associant décisions administratives et judiciaires). <sup>4</sup>

### II.1.2.2 Le système judiciaire belge

Le système belge est à l'opposé du système français puisqu'il est purement judiciaire. Il est issu de la loi du 26 juin 1990 (votée une journée avant la loi française sur le sujet!). Il appartient au juge de paix de décider du placement psychiatrique. L'esprit de la loi belge est que le placement doit répondre à une « mesure de protection » : « *Les mesures de protection ne peuvent être prises, à défaut de tout autre traitement approprié, à l'égard d'un malade mental, que si son état le requiert, soit qu'il mette gravement en péril sa santé, soit qu'il constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui* » [article 2].<sup>4</sup>

Le juge de paix peut être saisi par toute personne concernée, afin qu'il ordonne une mesure d'observation à l'égard d'un tiers. La requête doit être accompagnée d'un rapport médical constatant que les conditions de l'article 2 sont réunies. Si tel est le cas, le juge de paix demande au bâtonnier de l'ordre des avocats de désigner, d'office et sans délai, un membre du barreau pour assister l'intéressé. Néanmoins, cette mesure reste dans la pratique de portée limitée, l'avocat, jouant au civil, plus un rôle de représentation que de simple assistance.

Mais, en cas d'urgence, le juge de paix peut être saisi par le procureur du roi. Car ce dernier, au vu d'éléments généralement fournis par la police (rapport de police, certificat médical), peut décider, à titre provisoire, dans l'attente que le juge de paix se saisisse du dossier, de l'hospitalisation et du début du traitement. Dans ces conditions, l'audition de la personne par le juge a lieu à l'hôpital, alors que l'intéressé est déjà sous l'effet des traitements. En pratique, plus de 70 % des admissions sous contrainte seraient décidées, en urgence, par le procureur du roi.

### II.1.2.3 Les systèmes mixtes (décisions administratives et judiciaires) des systèmes italien, espagnol et britannique

Le système italien est fondé sur la notion de « *traitement sanitaire obligatoire* » (TSO).<sup>4</sup> Définie par la loi 180 du 13 mai 1978, l'hospitalisation sous contrainte ne peut être ici possible qu'à deux conditions : la nature du trouble mental en question nécessite des interventions thérapeutiques et le malade refuse de se soumettre au traitement. En effet, la loi donne des pouvoirs à l'administration sanitaire d'ordonner des traitements (mais également des examens médicaux) dans « *le cas de personnes atteintes de maladies mentales* » [article 2].<sup>4</sup> Le législateur n'a pas défini ce qu'il entendait par maladie, et la question du

consentement n'est pas posée. La gestion des soins est autoritaire puisqu'elle n'envisage pas que le patient puisse refuser les soins. En pratique, il est confié aux maires de décider des TSO, non pas en qualité de premier magistrat, mais en tant qu'autorité sanitaire locale. Le maire ne peut agir que sur la proposition motivée de deux médecins. Contrairement au système français qui demande aux médecins d'attester de l'imminence d'un danger quelconque, le système italien demande simplement aux médecins de faire la proposition d'un traitement sanitaire, en précisant que ce traitement ne peut être envisagé en dehors de l'hôpital et qu'il y a urgence à intervenir malgré le refus du patient. Le juge des tutelles contrôle automatiquement la décision du maire dans les 48 heures, et valide, s'il y a lieu, la mesure (elle est alors prolongée d'une semaine, avant d'être renouvelée périodiquement sur avis médical). En cas d'invalidation, il est mis fin immédiatement à la mesure.

Issue de la réforme du 24 octobre 1983, la législation espagnole repose sur la notion d'incapacité, pour le patient, de se gouverner lui-même (article 200 du Code civil espagnol : « *Les maladies ou déficiences persistantes de caractère physique ou psychique qui empêchent la personne de se gouverner elle-même* »).<sup>4</sup> Pour abolir toute ségrégation, la loi issue de cette réforme ne se réfère plus à la notion de malade mental comme auparavant. La loi organique 1/96 du 15 janvier 1996 en a néanmoins modifié le paragraphe, en substituant à la présomption d'incapacité, « *l'internement pour raison de traitement psychiatrique d'une personne qui n'est pas en condition de décider pour elle-même* ». <sup>4</sup> Précisons également que le Code civil espagnol envisage la primauté de la santé sur la liberté : « *Pour jouir de sa liberté, le citoyen doit avoir les moyens physiques et mentaux. S'il n'en dispose pas, c'est le droit à la santé qui doit primer sur le droit à la liberté* ». <sup>4</sup> Dans le cas de l'internement, le juge autorise ou non (autorisation et non décision) la mesure : « *L'internement d'un présumé incapable requiert au préalable l'autorisation judiciaire, à moins que des raisons d'urgence rendent nécessaire l'adoption immédiate de cette mesure. Il en sera rendu compte au juge au plus vite, et, en tout cas, dans les 24 heures* ». <sup>4</sup> La procédure se déroule de la façon suivante : Après une demande d'un tiers accompagnée d'un certificat médical, le juge, pour autoriser la procédure, doit désigner un médecin qualifié afin d'en recueillir l'avis et doit rencontrer la personne concernée. Il a alors pour mission de statuer (autorisation) dans les 72 heures de sa saisine. Dans le cas où la mesure se prolonge au-delà de 6 mois, seul le juge sera habilité à décider de la poursuite de la mesure. Si la loi espagnole paraît juste dans sa forme, des dysfonctionnements majeurs doivent néanmoins être évoqués. D'abord, elle n'impose pas de débat contradictoire. L'audition du juge se limite alors à révéler au patient les éléments du

dossier. Une autre difficulté concerne les déplacements des juges et leur surcharge de travail, qui les conduisent généralement à donner l'autorisation sans audition de la personne et sans examen du dossier, et donc finalement au seul vu d'un certificat médical. Enfin, il reste à déterminer qui est habilité à se saisir du patient avant l'autorisation du juge.

Le système britannique diffère sous bien des aspects du système français.<sup>4</sup> Il limite l'hospitalisation sous contrainte aux troubles mentaux les plus graves caractérisés par des conduites agressives et particulièrement irresponsables, et uniquement dans la mesure où il peut être établi que le traitement est à même d'alléger ou de prévenir la détérioration du patient. La législation britannique définit précisément les troubles mentaux justifiant la mesure de contrainte. Le *Mental Health Act* de 1983 distingue le « trouble mental » (*mental disorder*) de l'« altération mentale » (*mental impairment*), de l'« altération mentale sévère » (*severe mental impairment*), et du « trouble psychopathique » (*psychopathic disorder*).<sup>4</sup> Remarquons à ce sujet qu'il s'agit d'une classification juridique qui ne doit pas être confondues avec la nosographie médicale. L'altération mentale, l'altération mentale grave et le trouble psychopathique ne servent qu'à distinguer diverses mesures dans le champ de la contrainte, et notamment dans le cadre de la prise en charge des médico-légaux, c'est-à-dire du placement des délinquants et criminels considérés comme malades mentaux. Sur le plan pratique, le législateur britannique a placé, au centre du dispositif, des travailleurs sociaux spécialement formés et habilités. Ces travailleurs sociaux sont placés sous l'autorité locale de l'organisation des soins dans la communauté. Maillon central du dispositif, ils doivent déterminer ce que la communauté peut apporter au patient en matière de soins. Ils sont alors habilités à demander une admission sans consentement, et personnellement responsables des décisions qu'ils prennent dans le cadre de cette législation. La responsabilité personnelle des assistants sociaux agréés serait, à elle seule, la garantie de l'indépendance de leurs actions et de leurs décisions. Le rôle de l'assistant social ne se limite pas à provoquer des admissions sous contrainte. Non seulement il doit s'enquérir des alternatives possibles, mais il doit encore suivre la personne internée et maintenir le contact avec l'entourage afin de faciliter, à sa sortie, sa réinsertion. Par ailleurs, le *Mental Health Act* de 1983 définit plusieurs mesures d'admission selon le motif d'admission (observation, traitement) et enfin la qualité de délinquant ou non de l'intéressé et sa situation de prévenu, d'inculpé ou de condamné.<sup>4</sup> De façon simple, retenons :

- celle qui prévoit la rétention d'une personne contre son gré pendant 72 heures malgré son admission en hospitalisation libre, dès lors que sa sortie pourrait comporter un danger pour

elle-même ou pour autrui (décidé initialement par le médecin chef, sa poursuite nécessitera la décision de l'administration de l'hôpital) ;

- celle à fin d'observation, dont la durée maximale est de 28 jours (décidée, par l'administration de l'hôpital, au vu d'avis médicaux concordants de deux médecins et d'une demande d'admission formulée par le plus proche parent ou par un assistant social agréé).

- celle pour traitement, qui ne peut intervenir qu'à la suite des deux précédentes, et dont la durée est limitée à 6 mois (renouvelables), dont les formalités quelques peu similaires à celles requises pour l'admission en observation. Pour cette mesure, des critères sont indispensables comme la présence d'une maladie mentale, la nécessité de traitements qui soient de nature à améliorer le trouble, et que la détention ne se justifie que si les traitements visent à assurer la santé et la sécurité de l'intéressé ou celle d'autrui.

- et celle en urgence, en lieu de sûreté, sur décision d'un agent de police, dès lors que l'intéressé est interpellé dans un lieu public, après examen médical et entretien avec un assistant social agréé.

En définitive, le système britannique est un système mixte qui répartit les pouvoirs de décision en matière d'admission sous contrainte entre divers corps de la société : médecins, police, administration de l'hôpital, services du ministère de l'Intérieur et les juridictions pénales. Mais il faut retenir la place prépondérante de l'assistant social qui met en route la procédure de contrainte dans 90 % des cas, et qui se voit également confier la charge d'organiser la réinsertion du patient, l'hospitalisation étant elle-même conçue comme partie intégrante de son processus de socialisation. Enfin, dans le britannique, précisons que le juge n'intervient de façon systématique qu'en cas d'admission pour traitement de 6 mois.

#### II.1.2.4 L'esprit européen

Il ressort à travers les législations des principaux pays européens une tendance à renforcer le rôle des juges dans l'appréciation des mesures de contrainte. D'ailleurs, le 12 avril 1994, l'Assemblée parlementaire du conseil de l'Europe a recommandé que toute décision de placement non volontaire en hôpital psychiatrique relève d'un organe judiciaire car, s'agissant d'une mesure privative de liberté, elle ne peut être administrative.<sup>5</sup> La situation de la France, à ce sujet, est donc tout à fait particulière.

## **II.1.3 Etat des lieux des hospitalisations sous contrainte en Europe : la place de la France**

### II.1.3.1 Les hospitalisations sous contrainte en France

#### *II.1.3.1.1 Avant la loi du 27 juin 1990*

En France, le nombre des internements psychiatriques ne cessa de croître de 1850 à 1970. La médicalisation de la psychiatrie conduira même à plus de 150 000 le nombre d'internements avant le second conflit mondial.<sup>4</sup>

Puis, des années 1970 aux années 1990, le nombre des internements officiellement enregistrés est en chute puisqu'il passe de 80 000 à 30 000.<sup>4</sup> En 1970, près de 80 % des personnes traitées l'étaient officiellement sous la forme de l'internement, et 20 % sous la forme de l'hospitalisation libre. La démocratisation de l'hospitalisation libre inversera rapidement le rapport.

#### *II.1.3.1.2 Données depuis l'application de la loi du 27 juin 1990*

Le nombre des hospitalisations sous contrainte augmente de façon continue depuis 1992. Cette augmentation concerne principalement les HDT qui s'élèvent à 62 894 en 2001 (contre 31 057 en 1992). Les HDT en procédure d'urgence, qui ont déjà fait l'objet d'inquiétudes, sont également en augmentation.<sup>5,22</sup> L'augmentation des HO est plus limitée. (Tableau 2)

Toutefois, il faut relativiser ces chiffres par rapport à l'ensemble des hospitalisations. Le nombre global des hospitalisations en psychiatrie ayant lui-même beaucoup augmenté, le taux d'hospitalisation sans consentement représentait en fait en 1997, 13 % du total des hospitalisations en psychiatrie, contre 11 % en 1988.<sup>51</sup>

**Tableau 2. Evolution du nombre de décisions d'hospitalisation sous contrainte en France de 1992 à 2001.**

	1992	1997	1998	1999	2000	2001
<b>Nombre d'HDT</b>	<b>31 057</b>	<b>49 112</b>	<b>55 033</b>	<b>57 277</b>	<b>62 560</b>	<b>62 894</b>
Dont HDT > 3 mois	25	17,5	14,35	14,5	12,14	11,9
<b>Nombre d'HO</b>	<b>6 631</b>	<b>7 475</b>	<b>8 817</b>	<b>8 931</b>	<b>9 171</b>	<b>9 625</b>
Dont HDT > 3 mois	30	33,9	30,2	26,1	30	23,7
<b>Total des HSC</b>	<b>37 688</b>	<b>56 787</b>	<b>63 850</b>	<b>66 208</b>	<b>71 731</b>	<b>72 519</b>

Source : Direction Générale de la Santé (DGS) – Rapport d'activités des Commissions départementales des hospitalisations psychiatriques.<sup>5</sup>

L'augmentation des hospitalisations sous contrainte, qui pourrait paraître alarmante au simple constat que ces mesures ont doublé en 10 ans, doit toutefois être analysée avec circonspection. En effet, comme le rappelle C. Briot dans son rapport, il est nécessaire de préciser :<sup>5,62</sup>

- que ces chiffres prennent en compte le nombre de mesures d'HSC et non le nombre de personnes hospitalisées. Il est donc difficile de savoir si les chiffres reflètent une augmentation du nombre de patients hospitalisés sous contrainte. En effet, grâce aux traitements modernes, les durées d'hospitalisation sont considérablement plus courtes (37,5 jours en 2001, 40 jours en 1995, 5 mois et demi en 1975), mais probablement plus fréquentes,
- que dans l'ensemble des hospitalisations psychiatriques, la proportion des HSC reste limitée et relativement stable (14 % en 2001 et 13 % en 2002, contre 11 % en 1992),
- que les chiffres de 1992 pourraient être sous-estimés (parution tardive de la loi du 27 juin 1990),
- et enfin, qu'une d'hospitalisation sans consentement ne signifie pas forcément hospitalisation *intra muros* (certains patients font l'objet de sorties d'essai et se retrouve, de ce fait, à leur domicile).

### *II.1.3.1. 3 Augmentation des hospitalisations sous contrainte : les réactions politiques*

G. Hages, député à l'assemblée nationale, dépose le 25 février 2004 une proposition de résolution tendant à la création d'une commission d'enquête sur la progression du nombre d'internements psychiatriques en France.<sup>27</sup> Pour justifier sa demande, G. Hages rappelle que depuis 1992, « *les chiffres officiels concernant le nombre des internements montrent sans contestation possible une très forte augmentation de la contrainte depuis cette date, en particulier des hospitalisations à la demande d'un tiers* ». Estimant que « *la représentation parlementaire se trouve ainsi manifestement aujourd'hui face à une situation de menace pour les droits de l'homme, sans avoir la moindre explication de ce phénomène par l'administration et sans se voir proposer de véritables solutions par le gouvernement pour inverser cette tendance et pallier le risque d'arbitraire* », G. Hages avise que « *l'Assemblée Nationale ne peut rester insensible à cette évolution alarmante ...* » et ce d'autant qu'il estime que l'augmentation des hospitalisations sans consentement se traduit par « *une régression de la qualité des soins* ». <sup>27</sup>

M. Briot, rapporteur chargé d'examiner sa proposition de résolution, conclura en mai 2004 au rejet de la proposition de G. Hages aux motifs que la recevabilité juridique de la proposition de résolution n'apparaît pas formellement établie, que l'augmentation du nombre des hospitalisations sans consentement pour troubles mentaux doit être nuancée, et qu'il existe de nombreuses dispositions visant à prévenir le risque d'une hospitalisation abusive.<sup>5</sup> Enfin, pour terminer son argumentation, M. Briot se veut rassurante en rappelant que « *à la demande de la DGS, l'Agence nationale de l'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) est actuellement chargée d'établir des recommandations de bonnes pratiques concernant les « modalités de prise de décision en urgence concernant l'indication éventuelle d'une hospitalisation sans consentement d'un patient présentant des troubles mentaux* ». <sup>5</sup>

### *II.1.3.1.4 L'opinion publique face à l'augmentation des hospitalisations sous contrainte*

La presse s'inquiète de l'augmentation du nombre d'hospitalisations sous contrainte et critique assez durement cette inflation.

C. Prieur, journaliste au journal *Le Monde*, parle, dans son article du 28 octobre 2004, de « *phénomène inquiétant* », de « *dérive du phénomène* » (figure 1).<sup>52</sup> Les trois causes évoquées sont « *le détournement des règles, le manque de suivi psychiatrique, l'évolution de la société* » : <sup>52</sup>

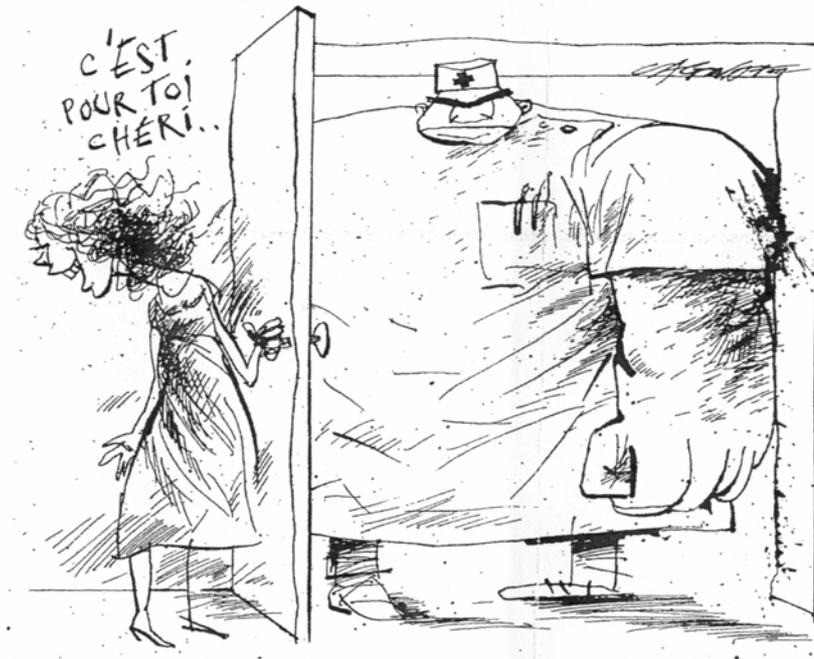
- En reprenant les propos de M. Caire, président de la Société des psychiatres des hôpitaux de secteur de Paris, « *on accepte de plus en plus d'hospitalisations à la demande de personnes ne connaissant pas les patients* », C. Lepileur en déduit que les précautions posées par la loi de 1990 sont « *aujourd'hui détournées* ». De même, en passant de 13 % à 40 % pour les HDT et de 60 à 70 % pour les HO, le recours aux procédures d'urgence serait un autre signe alarmant, puisqu'il permettrait « *d'interner plus facilement une personne sous contrainte* ».
- La diminution considérable du nombre de lits en psychiatrie depuis les années 1970 conduirait à des sorties plus rapides, source « *d'hospitalisations à répétition* ».
- Enfin, la responsabilité de la société est évoqué parce que moins tolérante à l'égard de la maladie mentale, comme l'explique F. Caroli, chef du service de Saint Anne à Paris : « *les gens supportent beaucoup moins la maladie de leurs proches, la pression des familles pour l'hospitalisation est devenue très forte* ». D'autres motifs sont également évoqués comme la moins bonne tolérance des troubles sur la voie publique, le « *fait que les gens disjonctent plus vite* » étant donné le contexte social, ou encore par le manque de prévention et de repérage des troubles psychiatriques par les médecins traitants.

E. Favereau, journaliste au journal *Libération*, titre son article du 6 juillet 2004 « *la folle explosion des internements* ». <sup>18</sup> Cet auteur argue qu' « *aujourd'hui, la confusion s'est installée : la situation économique désastreuse de bon nombre de secteurs de psychiatrie conduit à des abus d'hospitalisations sous contrainte, faute d'alternatives* ». Autre argument évoqué, l'élargissement des profils des personnes relevant d'une hospitalisation sous contrainte comme les « *personnes dépendantes aux toxiques, victimes de troubles du comportement, malades perturbateurs* ». <sup>18</sup>

L'aspect délétère des hospitalisations sans consentement est également décrit en les propos de C. Finkelstein, présidente de la Fédération nationale des patients et anciens patients de la psychiatrie (FNAP-psy) : « *Pour quelqu'un qui est en souffrance psychique, qui est dans le déni de sa maladie, l'hospitalisation est une violence extrême* », « *Moi, je vois des gens massacrés, qui perdent leur travail, leurs enfants... Il est très difficile de se relever après la stigmatisation de l'internement* ». <sup>52</sup>

Enfin, C. Prieur, termine le dernier paragraphe de son article d'octobre 2004, en écrivant « *L'Agence d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) devrait éditer, dans les mois qui viennent, une recommandation des bonnes pratiques cliniques dans la procédure de placement sous contrainte. Afin de s'approcher du difficile équilibre entre respect des libertés et nécessité de soulager la souffrance psychique* ». <sup>52</sup>

**FIGURE 1.** "Le nombre d'internements psychiatriques a fortement augmenté", caricature du journal *Le Monde* du 28 octobre 2004. <sup>52</sup>



### II.1.3.2 Les hospitalisations sous contrainte en Europe

Les données sur la pratique des hospitalisations sous contraintes à l'échelle européenne sont rares. Le manque de fiabilité des données, leur disponibilité réduite, et les définitions et méthodes variables des instituts statistiques d'un pays à l'autre, expliquent en partie qu'il est difficile de réunir et de comparer les différentes données européennes entre elles. <sup>53</sup>

D'après la HAS, la France et le Portugal seraient les 2 pays européens qui recourent le moins à l'hospitalisation sans consentement. La HAS précise également que le taux d'hospitalisation

sans consentement en France serait 2,4 fois inférieur à celui de la Suède.<sup>30</sup> La HAS ne donne pas les références bibliographiques de ses données.

Salize et Dressing font partie des rares auteurs à avoir publié des données épidémiologiques sur les hospitalisations sous contrainte en Europe (Tableau 3). Leurs recherches montrent de grandes disparités dans la fréquence et le taux de placement sous contrainte d'un pays européen à l'autre.<sup>16,30</sup> Leur travail est précieux car il donne des informations récentes sur le sujet. Malheureusement, on doit regretter qu'une erreur ait été commise concernant le nombre annuel de placement en France pour 100 000 habitants. Une lettre adressée à l'éditeur a néanmoins permis de la corriger, donnant le chiffre de 103 placements annuels pour 100 000 habitants en France (population de 59,3 millions d'habitants).<sup>1</sup> Cette nouvelle donnée ne correspond pas aux informations communiquées par la HAS.

Les variations observées dans les taux d'hospitalisations sous contrainte peuvent s'expliquer par les différentes législations et les différents choix politiques en santé mentale des pays européens. Néanmoins, ces chiffres sont étonnants car la morbidité psychiatrique est relativement identique dans chacun de ces pays.<sup>48</sup>

**Tableau 3. Taux d'hospitalisations sous contrainte pour les patients souffrant de troubles mentaux selon les différents pays européens, d'après Salize et al.<sup>53</sup>**

Pays	Année	Placements involontaires		
		Nombre	% des hospitalisations psychiatriques	Pour 100 000 habitants
Finlande	2000	11 270	21,6	218
Allemagne	2000	163 551	17,7	175
Autriche	1999	14 122	18	175
Suède	1998	10 104	30	114
Luxembourg	2000	396	Non disponible	93
Irlande	1999	2 729	10,9	74
Grande Bretagne	1999	23 822	13,5	48
Belgique	1998	4 799	5,8	47
Pays Bas	1999	7 000	13,2	44
Danemark	2000	1 792	4,6	34
France	1999	61 063	12,5	11*
Portugal	2000	618	3,2	6

Données indisponibles pour l'Italie, la Grèce et l'Espagne.

\* *Erreur signalée par Barbato et D'Avanzo : le chiffre de 103 placements pour 100 000 habitants semble plus juste.*<sup>1</sup>

## ***II.3 Les recommandations de la Haute Autorité de Santé de 2005 sur les indications en urgence des hospitalisations sans consentement***

### **II.3.1 Rôle de la Haute Autorité de Santé**

Mise en place depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, la HAS se voit confier l'évaluation scientifique des pratiques médicales et des processus de diagnostics et de thérapeutiques.<sup>14,28,44</sup> Autorité publique indépendante, elle succède à l'ANAES et coordonne le travail de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). Sur le site Internet de l'ANAES, l'HAS se présente comme « *un organisme d'expertise scientifique, consultatif, public et indépendant, chargé* ».<sup>28</sup>

- *d'évaluer l'utilité médicale de l'ensemble des actes, prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie ;*
- *de mettre en œuvre la certification des établissements de santé ;*
- *de promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des professionnels de santé et du grand public.*

*La HAS formule des recommandations et rend des avis indépendants, impartiaux et faisant autorité* ».<sup>28</sup>

Destinée à améliorer la qualité des soins, elle élabore des protocoles qui doivent être utilisés comme référence par les professionnels de santé. L'évaluation des pratiques médicales doit permettre de diffuser ces protocoles et, plus largement, les bonnes pratiques auprès des professionnels.

### **II.3.2 Origine des recommandations**

Disponibles sur le site Internet de la HAS, les recommandations pour la pratique clinique de la HAS intitulées « *modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux* » ont été publiées en avril 2005.<sup>30</sup> Elles 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).<sup>28,30</sup>

La DGS, par sa sous-direction de la qualité du système de santé, participe au suivi et à l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale et des conventions d'objectifs et de gestion avec les organismes d'assurance maladie.<sup>45</sup> La DGS veut assurer la promotion de la qualité des soins au travers de normes ou de recommandations de bonnes pratiques professionnelles, de l'initiation de démarches d'évaluation et en participant, aux côtés de la DHOS, à la définition des principes de l'accréditation des établissements de santé. La DGS suit l'activité économique de la HAS, dont elle assure, avec la DHOS, la tutelle technique.<sup>15</sup>

### **II.3.3 Motifs évoqués pour justifier la mise en application des recommandations**

Pour quelles raisons la DGS et la DHOS ont-elles demandé à la HAS d'éditer des recommandations sur la prise de décision concernant les indications des hospitalisations sans consentement ? Aucune réponse franche n'est donnée dans l'argumentaire qui accompagne les recommandations.

Nous pouvons néanmoins retrouver des éléments de réponse dans le guide de la HAS intitulé « *Recommandations pour la pratique – Base méthodologique pour leur réalisation en France* ». <sup>29</sup> Car, d'après le guide, les thèmes sont retenus :

- lorsqu'ils répondent à une préoccupation et à un enjeu important de santé publique,
- lorsqu'ils répondent à l'intérêt d'un grand nombre de professionnels,
- lorsqu'il existe un état des connaissances suffisant sur le thème choisi,
- lorsqu'il existe un décalage entre l'état des connaissances et l'état des pratiques, ou des divergences pratiques.

Si les deux premiers critères ne font aucun doute, les suivants interrogent quant à l'état des connaissances sur le sujet. En effet, la HAS précise d'emblée dans l'introduction de ses recommandations sur les indications des hospitalisations sans consentement que les données de la littérature ne permettent pas de préciser les indications d'une hospitalisation sans consentement.<sup>30,36</sup>

### II.3.4 Elaboration des recommandations

La HAS précise que les recommandations sur l'indication en urgence d'une HSC ont été réalisées selon la méthode décrite dans le guide « *Recommandations pour la pratique – Base méthodologique pour leur réalisation en France* ». <sup>29,30</sup>

Différentes sociétés savantes et associations sont sollicitées pour participer à ce travail :

- Société française d'alcoologie,
- Fédération française de psychiatrie,
- Société française de thérapeutique de 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.

Le comité de rédaction et le groupe de travail réunit majoritairement des médecins (18 dont 12 psychiatres), des membres de la DGS et de la DHOS (3), un psychologue, et un directeur d'hôpital.

Le groupe de relecture est constitué de 44 membres, dont 31 médecins (dont 23 psychiatres), 5 représentants d'usagers, 1 magistrat, 1 sociologue, 2 membres du conseil scientifique de l'ANAES, 1 commissaire de police, 1 inspectrice des affaires sociales, et 2 administratifs hospitaliers.

### II.3.5 Recommandations – texte -

Le chapitre V des recommandations est intitulé : « *Indications d'une hospitalisation sans consentement* ». <sup>30</sup> Les auteurs proposent alors d'évaluer la sévérité des troubles mentaux en recherchant les 6 situations cliniques suivantes :

« *Il est proposé de rechercher :*

#### **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 tuées ;*
- *ayant un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider (médicaments, armes 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).*

## **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.*

## **3. Prise d'alcool ou de toxique**

*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 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.*

## **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 (négation d'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 autrui ;*
- *à l'association du délire avec un trouble du cours de la pensée et/ou un état maniaque et/ou une prise d'alcool ou de toxiques.*

### **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.*

### **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. »*

Les auteurs des recommandations montrent bien qu'aucune de ces six indications n'impose l'hospitalisation sans consentement. Elles n'en relèvent qu'en présence des critères de gravité.

**III - INDICATIONS DE 325 MESURES  
D'HOSPITALISATIONS SUR DEMANDE D'UN TIERS**

## ***III.1 Objectifs de l'étude***

### **III.1.1 Objectif principal**

Les RCP sont, en principe, un outil destiné à guider le praticien dans son activité quotidienne. Or, l'élément clé souvent négligé est leur mise en application sur le terrain.<sup>33</sup>

L'objectif de l'étude est alors de savoir s'il existe un décalage entre les indications des hospitalisations sans consentement décrites dans les recommandations de la HAS et le « bon sens clinique » qui, jusque là, guidait les médecins dans la pratique de la loi du 27 juin 1990. Pour répondre à l'objectif principal de l'étude, il est nécessaire d'étudier rétrospectivement les circonstances qui ont conduit des médecins à demander des hospitalisations sans consentement, et de voir si ces circonstances rentrent dans le champ des 6 indications proposées par la HAS comme pouvant relever d'une hospitalisation sans consentement.

### **III.1.2 Objectifs secondaires**

Compléter la recherche de critères démographiques, car certains d'entre eux pourraient influencer la prise de décision d'une hospitalisation sans consentement. En effet, il est retrouvé, à l'échelle européenne, que les hommes sont plus souvent hospitalisés sous contrainte que les femmes.<sup>54</sup> Les personnes âgées figureraient également parmi les groupes vulnérables.<sup>4</sup>

Afin de se donner une représentation des acteurs en jeu dans la prise de décision des hospitalisations sans consentement, les qualités des tiers (parents, enfants...) et des médecins à l'origine de la rédaction des certificats sont également recherchées.

## ***III.2 Matériel et méthode***

### **III.2.1 Population : hospitalisations sur demande d'un tiers de 2001 à 2004**

L'étude est réalisée au Centre Esquirol du CHU de Caen, établissement répondant au secteur psychiatrique Caen nord du département du Calvados.

Les procédures enregistrées dans l'étude rassemblent l'ensemble des mesures d'HDT du Centre Esquirol de 2001 à 2004. Rappelons que les statistiques ne comptent pas le nombre de *personnes* hospitalisées sans leur consentement pendant ces 4 années, mais le nombre de *mesures* d'hospitalisation. De ce fait, plusieurs mesures d'hospitalisation sans consentement peuvent être enregistrées pour une même personne dès lors que celle-ci a bénéficié de plusieurs mesures d'hospitalisations sous contrainte entre 2001 et 2004.

Seules les HDT, mesures destinées aux patients dont les troubles mentaux rendent impossible le consentement aux soins, sont intégrées dans l'étude. Les mesures d'HO, ne faisant pas référence au problème de l'altération de consentement, sont donc exclues. Rappelons qu'au sens strict de la loi, l'HO n'est destinée qu'aux patients dont les troubles mentaux compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

### **III.2.2 Source de données : les certificats médicaux et le registre de la loi**

Les indications des HDT sont recueillies à partir des certificats médicaux circonstanciés d'admission qui ont motivé le placement. Rappelons que ces certificats médicaux sont communiqués au directeur de l'établissement d'accueil, au préfet et à la CDHP. La rédaction de ces certificats est particulière car il s'agit d'un des rares cas de dérogation au secret professionnel.<sup>25,35</sup>

L'intérêt de relire les certificats médicaux d'admission, plutôt que d'étudier les dossiers médicaux, est de prendre en compte précisément les documents qui ont permis au directeur de l'hôpital de prononcer les HDT.

Ces certificats sont recueillis à partir des registres de loi présents dans l'hôpital. En effet, l'article L.3212-11 du CSP stipule que « *dans chaque établissement est tenu un registre sur lequel sont transcrits dans les vingt-quatre heures* :<sup>11</sup>

1. *Les nom, prénoms, profession, âge et domicile des personnes hospitalisées ;*
2. *La date de l'hospitalisation ;*

3. *Les noms, prénoms, profession et domicile de la personne ayant demandé l'hospitalisation ;*
4. *Les certificats médicaux joints à la demande d'admission ;*
5. *Le cas échéant, la mention de la décision de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice ;*
6. *Les certificats que le directeur de l'établissement doit adresser aux autorités administratives en application des articles L.3212-4, L.3212-7 et L.3212-8 ;*
7. *Les dates, durées et modalités des sorties d'essai prévues à l'article L.3211-11 ;*
8. *Les levées d'hospitalisation ;*
9. *Les décès. ».*

Enfin, précisons que les registres sont l'objet de contrôles réguliers tel que le définit l'article L.3222-4 du CSP : « *Les établissements accueillant des malades atteints de troubles mentaux sont visités sans publicité préalable une fois par semestre par le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, le juge du tribunal d'instance, le président du tribunal de grande instance ou son délégué, le maire de la commune ou son représentant et, au moins une fois par trimestre, par le procureur de la République dans le ressort duquel est situé l'établissement. Ces autorités ... contrôlent notamment la bonne application des dispositions de l'article L.3211-1, L.3211-2 et L.3211-3 et signent le registre de l'établissement dans les conditions prévues à l'article L.3212-11 ».*<sup>11</sup>

### **III.2.3 Lecture des certificats d'HDT**

La lecture des certificats d'HDT permet de rechercher les mots-clés correspondant aux indications de la HAS, comme les « idées ou projets suicidaires », l'« intoxication alcoolique ou d'autres toxiques », les « idées délirantes ou hallucinations », les « troubles de l'humeur de type maniaque » et l'« incurie ». Etant donné que l'atteinte à la sûreté des personnes relève d'une hospitalisation d'office, l'« agressivité », fréquemment évoquée dans les motifs des HDT, est interprétée comme une « *atteinte potentielle à autrui* ». <sup>30</sup>

Lorsque ces mots clés ne sont pas retrouvés, l'analyse sémiologique de la description des symptômes doit permettre de retrouver le trouble évoqué. Si ce trouble ne rentre pas dans le champ des 6 indications décrites par la HAS, une analyse plus approfondie doit permettre de conclure si une autre indication a été identifiée comme pouvant relever d'une hospitalisation sans consentement.

La lecture est simple lorsque l'HDT répond à un « *péril imminent* », puisque qu'un seul certificat médical est utilisé. En procédure habituelle, la lecture s'effectue en additionnant les circonstances décrites dans les 2 certificats.

### **III.2.4 Enregistrement des données**

Pour faciliter le recueil et l'analyse des informations, les données sont enregistrées dans un tableau EXCEL.

Afin de garantir l'anonymat des patients, chaque procédure d'HDT est enregistrée avec comme identifiant les numéros du registre de la loi, suivi du n° d'enregistrement au sein de ce tome (par exemple, procédure XVII 15, pour 15<sup>ème</sup> procédure enregistrée dans le tome XVII). Les données concernant les tiers sont également enregistrées de façon anonyme : seul leur degré de parenté avec le patient (parents, enfants, fratrie) ou leur fonction (directeur d'établissement, infirmier...) est pris en compte dans l'étude et consigné dans le tableau EXCEL.

### **III.2.5 Remarques**

En aucun cas l'étude ne se donne pour objectif de vérifier la conformité des procédures. Les procédures exploitées pour l'étude sont enregistrées dans les registres de la loi. Il s'agit donc de procédures qui ont été prononcées par le directeur de l'établissement qui, au préalable, a dû s'assurer de la conformité des documents.

En ne s'intéressant qu'aux certificats initiaux, c'est-à-dire les certificats médicaux circonstanciés qui accompagnent la demande d'admission du tiers, l'étude n'a pas d'autre objectif que de s'intéresser aux circonstances qui ont conduit à la décision d'HDT. Puisque le travail s'intéresse aux « *modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux* », les diagnostics psychiatriques ne sont pas recherchés dans les dossiers médicaux. En effet, les diagnostics ne sont pas indispensables au travail dans le sens où ils ne constituent pas un critère conduisant à poser une indication d'une hospitalisation sans consentement.

### **III.4 Résultats**

L'analyse des registres permet d'effectuer une lecture des certificats médicaux à l'origine des demandes d'HDT. Sur les 326 procédures enregistrées de 2001 à 2004, une donnée est manquante. Elle concerne un patient qui, dans un premier temps, a été hospitalisé en HDT dans un autre département que son lieu de résidence. Ce patient a été transféré quelques jours plus tard sur le Centre Esquirol, établissement correspondant à son secteur psychiatrique. Les certificats médicaux initiaux de la mesure de soins sous contrainte n'ont pas été communiqués au Centre Esquirol. De ce fait, ces certificats médicaux n'ont pas été enregistrés dans le registre de loi du service. Seuls les certificats suivants (quinzaine, mensuel et de fin de procédure) sont présents dans le registre.

#### **III.4.1 Données démographiques concernant la population étudiée**

↳ Répartition selon les années et le sexe des patients (Tableau 4)

En France, 69 % des hospitalisations sans consentement concerneraient les hommes.<sup>62</sup> L'explication viendrait du fait que les hommes souffrant de maladie mentale sont considérés comme plus dangereux que les femmes. Nous ne retrouvons pas ce déséquilibre dans la population de notre étude.

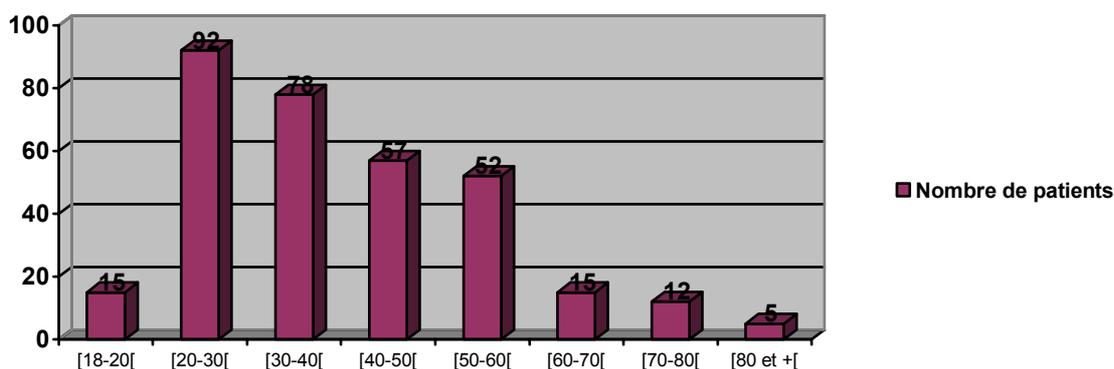
**Tableau 2. Patients hospitalisés en HDT sur le centre Esquirol de 2001 à 2004 : répartition selon les années et selon le sexe des patients.**

	2001	2002	2003	2004	Total
Homme	45	34	48	41	168 (51,5 %)
Femme	40	34	42	42	158 (48,5 %)
Total	85	68	90	83	326

↳ Répartition selon l'âge des patients (Figure 2)

Le nombre d'HDT est inversement proportionnel à l'âge des patients de l'étude. Donc, les mesures d'HDT prises en compte concernent principalement des sujets jeunes.

Figure 2. Patients hospitalisés en HDT sur le centre Esquirol de 2001 à 2004 : répartition selon leur âge.



### III.4.2 HDT dont les indications correspondent à celles des recommandations

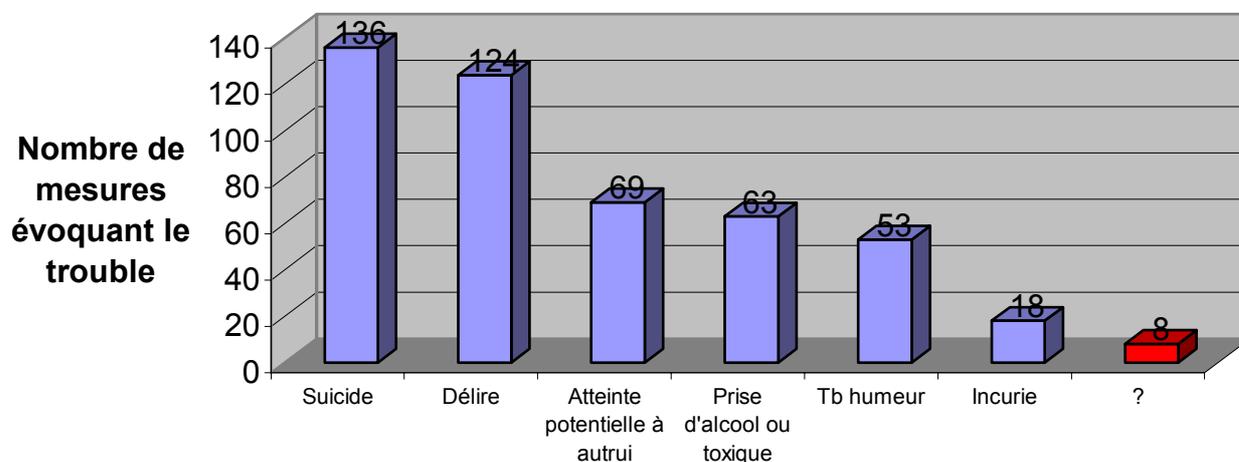
La relecture des certificats médicaux initiaux des 325 procédures d'HDT de l'étude, permet de rechercher les indications psychiatriques et médicales qui ont conduit des praticiens à demander la mesure de soins.

Les indications décrites par la HAS sont très souvent retrouvées sur les certificats médicaux initiaux (Figure 3) : 317 des 325 mesures évoquent au moins une des indications décrites par la HAS (soit plus de 97,5 %).

Les conduites suicidaires et les troubles délirants sont les manifestations cliniques les plus fréquemment à l'origine des mesures. Précisons que de nombreuses mesures comportent 2 voire 3 indications (exemples : troubles délirants et atteinte potentielle à autrui, prise d'alcool et risque suicidaire...)

Figure 3. Indications des hospitalisations sur demande d'un tiers de l'étude.

### Indications retrouvées sur les certificats initiaux de 325 mesures d'HDT



#### III.4.3 HDT dont on ne retrouve pas les indications de la HAS

Sur les 325 HDT de l'étude, la lecture des certificats médicaux de 8 procédures ne permet pas de retrouver de façon évidente les six indications d'hospitalisation sans consentement décrites par la HAS. Précisons que ces 8 procédures font référence à l'article L.3212-3, et n'ont donc été prononcées qu'au vu d'un seul certificat.

Sur ces 8 procédures, nous retrouvons que :

Trois d'entre elles ont des certificats qui ne sont pas suffisamment circonstanciés et descriptifs pour retrouver une des indications de la HAS :

- « Je soussigné ... certifie avoir examiné ... Après une période d'observation, Mme ... devient à nouveau sthénique, agressive verbalement. Il y a un déni complet de son état et un trouble du jugement ne lui permet pas de donner son consentement aux soins toujours indispensables. Elle réclame sa sortie du service avec insistance. Son état représente un péril imminent et ne lui permet pas de donner son consentement aux soins ... ».
- « Je soussigné ... certifie avoir examiné ... et avoir constaté : symptomatologie psychotique aiguë. Refus de soins pourtant nécessaires. Dans ces conditions, cette

*personne doit être hospitalisée sur demande d'un tiers ...selon les termes de l'article L.3212.3 du Code de la Santé Publique ».*

- *« Je viens de recevoir en urgence Mme ..., sur la demande de ses parents qui l'avaient trouvée recluse dans sa chambre. La patiente est réticente, voire hostile. La communication est difficile, car perturbée par de longs temps de latence. Ces signes ont pour moi valeur de rechute. Ils imposent des soins spécialisés en urgence absolue. La patiente n'est pas capable de donner son consentement aux soins. L'hospitalisation doit se faire sous le régime de l'hospitalisation sur demande d'un tiers en urgence absolue ... ».*

L'une de ces procédures comporte un certificat pourtant riche dans la description clinique, mais qui interroge sur l'indication motivant l'hospitalisation sans consentement :

- *« Je soussigné ... certifie avoir examiné ... Cette personne présente un état de détresse que l'on peut mettre en lien avec sa séparation en novembre dernier d'avec son mari et qui s'exprime par une perplexité angoissée, des idées de référence et de concernement (on parle d'elle, tout tend à faire sens pour elle), une conscience aiguë, douloureuse de ce qu'elle vit ; impression d'étrangeté, climat de bouleversement intérieur. Elle est par ailleurs très ambivalente extrêmement suggestible. Son état représente un péril imminent et ne lui permet pas de donner son consentement aux soins cependant indispensables ... ».*

Rappelons néanmoins que ce certificat, dont la valeur est administrative, est destiné au directeur de l'établissement d'accueil du patient. Il n'est pas demandé aux directeurs de juger de la pertinence clinique décrite, ce qui ne relève pas de leur fonction.

Une autre des procédures comporte un certificat qui suggère des troubles relevant d'une hospitalisation sans consentement mais celui-ci reste insuffisamment explicite :

- *« Je soussigné ... certifie avoir examiné ...et avoir constaté un état d'hyperexcitation psychomoteur, accompagné d'une angoisse de dépersonnalisation importante s'aggravant dans un contexte de pathologie psychiatrique connue. Cette patiente refuse actuellement l'hospitalisation et les soins qui lui sont proposés tout n'en étant pas en mesure de donner son consentement éclairé. Dans ces conditions, une hospitalisation à la demande d'un tiers selon les modalités de l'article L3212-3 de Code de la Santé Publique s'impose ... ».*

Bien que non retrouvée dans les indications proposées par la HAS, une des procédures nous permet de retrouver une situation psychiatrique qui, de part sa sévérité, semble relever d'une hospitalisation sans consentement :

- *« Je soussigné ... certifie avoir examiné ... Cette personne présente des troubles du comportement alimentaire importants avec anorexie et amaigrissement important. Son poids actuel est de 30 Kg pour 1m60, ce qui témoigne d'une insuffisance pondérale majeure. Il existe une humeur triste, des troubles anxieux liés à l'inquiétude devant son comportement qu'elle ne peut stopper. Ses troubles du comportement alimentaire mettent en jeu le pronostic vital tant sur le plan alimentaire que psychologique. Son état représente un péril imminent et ne lui permet pas de donner son consentement aux soins cependant indispensables ... ».*

Enfin, les deux dernières mesures sont difficilement compréhensibles :

- *« Je soussigné ... certifie avoir examiné ... cette personne présente une instabilité psychomotrice, un comportement et des propos inadaptés, répond mal aux questions, dans un contexte de dispute familiale. Son état représente un péril imminent et ne lui permet pas de donner son consentement... ».*
- *« Je soussigné ... certifie avoir examiné ... et avoir constaté les éléments suivants : crises d'angoisse ; hallucinations ou fabulations : dit être enceinte de 1 mois et ½ mais βHCG négatives et finalement c'est quelqu'un qui lui a dit mais qui ?? ; refus de parler ; foyer où elle habite non joignable. J'atteste que ses troubles rendent impossible son consentement à l'hospitalisation et constitue un péril imminent ... ».*

#### **III.4.4 autres troubles mentionnés**

D'autres troubles sont fréquemment retrouvés : l'« agitation » est retrouvée dans 86 des 326 procédures (soit plus de 26 % des HDT). Les « troubles du comportement » sont notifiés dans 17 procédures (soit plus de 5 % des HDT). Même si ces troubles relèvent de manifestations symptomatiques et qu'ils ne peuvent justifier, à eux seuls, une indication d'hospitalisation sans consentement, il est important d'indiquer qu'ils pourraient occuper une part importante dans prise de décision d'une hospitalisation sans consentement.

## ***III.5 Les limites de l'étude***

### **III.5.1 Limites méthodologiques**

#### III.5.1.1 La recherche de mots clés

Ce travail, qui repose sur la recherche de mots clés, permet de retrouver de façon thématique les six indications décrites par la HAS. Bien que nécessaire pour justifier d'une hospitalisation sans consentement, la sévérité des six troubles décrits par la HAS ne peut être évaluée par cette approche méthodologique.

#### III.5.1.2 Pas de prise en compte de la durée des procédures (Figure 4)

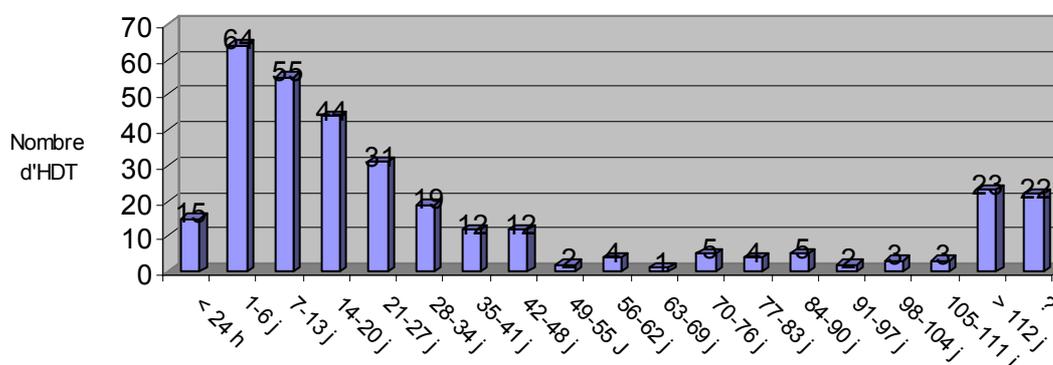
Il est retrouvé dans la littérature que la durée moyenne des hospitalisations sans consentement diminue de manière globale.<sup>63</sup> Dans la mesure où ce travail repose sur une analyse des indications d'hospitalisation sans consentement, il serait intéressant de savoir si la diminution de la durée des hospitalisations touche toutes les indications ou seulement certaines d'entre elles.

Or, sans référence à des durées d'hospitalisations antérieures, ce travail ne permet pas d'apprécier une modification récente dans la pratique de la loi du 27 juin 1990.

Il serait encore plus intéressant, dans un travail prospectif, de savoir si les recommandations de la HAS vont induire chez les praticiens, une modification dans la prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement.

**Figure 4. Durée des hospitalisations sur demande d'un tiers de l'étude.**

HDT de 2001 à 2004 : durée des procédures enregistrées dans l'étude



### III.5.2 Limites géographiques

#### III.5.2.1 Disparité des mesures selon les départements

Les données de notre étude n'émanent que d'un seul département. Or, les chiffres des hospitalisations sans consentement varient d'un département à l'autre sans qu'aucune explication sérieuse ne puisse être avancée.<sup>5,15</sup> Les disparités concernent principalement le taux d'HDT d'urgence (1 seul certificat) par rapport au taux d'HDT en procédure dite « habituelle » (2 certificats). Les mesures d'HDT de 1998, enregistrées par la CDHP, attestent de cette disparité (Tableau 5).

**Tableau 5 Rapport d'activité des Commissions Départementales des Hospitalisations Psychiatriques : Nombre d'hospitalisations sans consentement mises en oeuvre en 1998.<sup>15</sup>**

Départements	HDT « habituelles » (2 certificats)	HDT d'urgence (1 certificat)	Nombre total HDT dans le département
Hautes-Alpes	<b>67</b>	0	67
Ardèche	<b>312</b>	0	312
Calvados	252	206	458
Doubs	71	<b>318</b>	389
Gironde	<b>1005</b>	2	1007
Indre-et-Loire	56	<b>222</b>	278
Nièvre	33	<b>160</b>	193
Haut-Rhin	<b>455</b>	1	456

Dans la population de notre étude (HDT de 2001 à 2004), nous remarquons la forte proportion d'HDT en procédure d'urgence (Tableau 6). Notre population correspond à un 1 des 9 secteurs psychiatriques du département du Calvados. Si elle reflétait l'ensemble des secteurs du département, les chiffres enregistrés attesteraient alors d'une évolution de la pratique par rapport à 1998 où les mesures en procédures d'urgence n'étaient pas majoritaires (Tableau 5).

Réunir deux certificats pour effectuer une HDT est unanimement dénoncée comme étant une formalité lourde et n'assurant pas une meilleure protection des droits de l'homme.<sup>57</sup> Cet aspect pourrait expliquer une augmentation du nombre des mesures en péril imminent.

**Tableau 6. Qualifications des médecins à l'origine des mesures d'hospitalisation sur demande s'un tiers de l'étude.**

	<b>HDT normale</b> = 2 certificats (1 certificat/1 certificat)	<b>HDT d'urgence</b> « péril imminent » = 1 seul certificat	?
Discipline des médecins à l'origine des certificats : MED = non psychiatre* Ψ = psychiatre	MED / MED = 11	MED = 54	? = 1 (mutation d'un autre centre hospitalier)
	MED / Ψ = 36		
	Ψ / Ψ = 3	Ψ = 213	
	MED / ? = 5		
	Ψ / ? = 3		
Sur les 326 HDT =	58	267	1

\* = médecins traitants, urgentistes principalement

### III.5.2.2 Disparité des mesures selon la qualification des médecins à l'origine des certificats d'HDT

Une hypothèse peut être donnée pour tenter d'expliquer ces disparités. La présence de psychiatres « seniors » aux urgences n'est pas constante dans toutes les régions et tous les services d'urgence. Cet aspect pourrait expliquer la forte proportion des procédures d'urgence qui, d'après nos résultats, émanent principalement des psychiatres. Les disparités observées dans les mesures d'HDT peuvent-elles avoir une influence sur les indications des mesures d'HDT ?

L'absence de consensualisme dans la pratique des HDT doit être prise en compte dans l'interprétation des résultats. Il serait nécessaire de déterminer si ce facteur influe sur les indications de ces mesures.

## **IV - DISCUSSION**

## ***IV.1 Recommandations pour la pratique clinique : entre théorie et pratique***

### **IV.1.1 Intérêt des recommandations pour la pratique clinique**

Habituellement, les cliniciens développent des stratégies de routine dont l'origine est multiple : formations médicales continues, articles, congrès, Internet...<sup>33</sup> Le problème de cette attitude, outre le fait que les informations récupérées ne sont pas toujours fiables, est que les données acquises deviennent rapidement obsolètes, et qu'il est devenu difficile d'intégrer, de façon individuelle, des connaissances nouvelles avec exhaustivité.<sup>29</sup> En effet, compte tenu du volume de données diffusées par les nouvelles sources d'information, leur synthèse devient extrêmement difficile. Par exemple, la recherche des mots clés « indication hospitalisation sans consentement » sur le moteur de recherche Google<sup>TM</sup>, permet de retrouver 125 000 réponses !

Dans de nombreux pays, il s'est alors développé l'idée de mettre en place une source d'information actualisée sur les conduites à tenir dans diverses circonstances cliniques. L'objectif est d'aider les praticiens dans leur prise de décision, et ce afin de garantir les soins les plus appropriés dans l'état actuel des connaissances. Ces exposés sont appelés « *recommandations pour la pratique clinique* » (RPC), ou « *clinical practice guidelines* » pour les anglophones.<sup>33</sup>

### **IV.1.2 Elaboration des recommandations : la « médecine fondée sur la preuve »**

Les RPC sont élaborées en suivant le modèle de l'Evidence-Based Medicine (EBM) ou « médecine fondée sur la preuve ». L'EBM constitue une approche d'enseignement et de la pratique de la médecine développée à la fin des années 70 au Canada.<sup>24,33</sup> L'objectif de l'EBM est de réunir, à partir d'une revue systématique de la littérature, le meilleur niveau de preuve scientifique concernant une pratique et ce afin d'en définir la conduite médicale la plus appropriée.<sup>24</sup>

En effet, pour être utiles, les RPC doivent être élaborées avec rigueur en utilisant des informations statistiquement et scientifiquement valables. Si ce n'était pas le cas, leur intérêt serait limité, voire néfaste car elles entraîneraient une insuffisance dans la prise en charge des

patients.<sup>33</sup> La solidité d'une RPC dépend donc avant tout de la qualité de la littérature lors de son élaboration. L'EBM adopte alors une approche hiérarchique à la détermination des niveaux de preuves.<sup>24</sup> Donc chaque RPC est reliée à un niveau de preuve qui permet à son utilisateur d'en juger la solidité (Tableau 7). Les variations observées dans les RPC émanant de pays et de sociétés différentes seraient, en partie, expliquées par la rigueur plus ou moins importante de leur élaboration.

Remarquons que les avis d'experts ne sont à considérer qu'en l'absence de preuves scientifiques, ce qui a été le cas des recommandations sur les indications en urgence des hospitalisations sans consentement.<sup>36</sup>

**Tableau 7 Les différents niveaux de preuve d'une recommandation pour la pratique clinique, d'après Irani.<sup>33</sup>**

Niveau de preuve	Signification
I	Revue systématique d'études contrôlées randomisées.
II	Au moins une étude contrôlée randomisée de bonne qualité.
III.1	Essais prospectifs contrôlés, de qualité, non randomisés. Etude de cohorte ou cas témoin de méthodologie satisfaisante provenant de plus d'un centre. Etudes de patients consécutifs avec ou sans intervention. Egalement des résultats spectaculaires d'études non contrôlées (type pénicilline en 1940).
III.2	
III.3	
IV.1	Etudes descriptives rétrospectives comprenant cas cliniques, séries de cas et études transversales.
IV.2	Recommandations publiées d'experts reconnus, organisations savantes.
IV.3	Consensus de groupes de travail non reconnus formellement par des institutions officielles.

#### **IV.1.3 Les limites des recommandations sur le modèle de l'evidence-based medicine**

A ce jour, nous ne disposons de données qui permettent de prouver que l'EBM améliore l'état de santé des populations.<sup>46,47</sup> Les recommandations proposées devraient être concrètement applicables en pratique quotidienne, et non pas seulement séduisantes en théorie.

L'un des principaux écueils des RPC est qu'elles s'appliquent d'une manière identique à tous les patients. Or, le polymorphisme des individus limite leur champ d'application.<sup>26</sup> L'autre écueil des RPC est qu'elles codifient et valident des connaissances scientifiques à un moment donné.<sup>46</sup>

La qualité des RPC varie également selon leur origine. Irani, en analysant diverses RPC sur la prise en charge de l'hypertrophie bénigne de la prostate, a remarqué d'importantes variations dans la rigueur apportée au développement des RPC.<sup>33</sup> En particulier, l'auteur a constaté que le nombre et le coût des examens diagnostiques recommandés variaient d'une recommandation à l'autre, ces différences étant ni proportionnels à la richesse du pays dont les RPC étaient originaires, ni proportionnels à l'année de leurs publications.

#### **IV.1.4 La Haute Autorité de Santé élargit la définition des recommandations**

Sur le sujet, la HAS donne la définition suivante : « *Les recommandations médicales et professionnelles sont définies, dans un domaine de la santé, comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données* ». <sup>29</sup> L'esprit d'un outil pragmatique destiné aux acteurs de santé est respecté.

Mais la HAS va également plus loin : elle propose d'utiliser les recommandations « *pour établir des références médicales, c'est-à-dire des standards de pratique déterminant ce qu'il est approprié et/ou inapproprié de faire, lors de la mise en œuvre de stratégies préventives, diagnostiques et/ou thérapeutiques dans des situations cliniques données. Ces standards pourront, par exemple, être utilisés pour :*

- *améliorer la qualité des pratiques professionnelles ;*
- *établir le référentiel d'un audit clinique ;*
- *être à l'origine d'outils de régulation dans un cadre conventionnel. »* <sup>29</sup>

Il est précisé sur ce dernier point, qu' « *en France, des références médicales ont été utilisées par des partenaires de la Convention médicale (caisses nationales d'assurance maladie et organisations syndicales représentatives des médecins libéraux) pour être rendues opposables à la pratique des médecins, dans le cadre de la maîtrise des dépenses de santé* ». <sup>29</sup>

En intégrant les notions d'évaluations cliniques et économiques, le modèle français des RCP dépasse donc l'objectif de l'amélioration de la qualité des soins.

## ***IV.2 Indication des hospitalisations sans consentement : les recommandations de la HAS sont-elles décalées du « bon sens clinique » ?***

### **IV.2.1 Les recommandations semblent pertinentes sur le plan pratique, mais...**

Dans notre étude, 317 des 325 mesures d'HDT évoquent au moins une des indications décrites par la HAS (soit plus de 97,5 %). Quant aux 8 mesures ne rentrant pas dans le champ des indications de la HAS, elles s'en détachent, le plus souvent, à cause de certificats insuffisamment ou mal rédigés. On est donc rapidement amené à conclure que les recommandations de la HAS sont proches de l'expérience pratique que l'on a de la loi du 27 juin 1990. Le choix du groupe de travail de prendre dans les indications à la fois des facteurs comportementaux, des pathologies associées, des éléments relatifs à l'autonomie des patients, des symptômes et des syndromes, a permis une grande hétérogénéité en faveur du pragmatisme.

Néanmoins, le cas de la patiente souffrant de troubles alimentaires pose problème. Parmi les troubles psychiatriques, il est reconnu que l'anorexie mentale a un des taux de mortalité les plus élevés.<sup>50</sup> Le pourcentage de mortalité varie de 4 à 15 % selon les études.<sup>7,49</sup> Le principe même de l'hospitalisation systématique en vue d'une reprise de poids forcée, même s'il a parfois été discuté, reste encore une méthode largement pratiquée. Car, outre la prise en charge somatique en cas d'urgence vitale, de nombreux auteurs pensent que la reprise de poids est le premier objectif qui produira des effets psychologiques bénéfiques, celle-ci devant être obtenue par la contrainte directe ou indirecte.<sup>7</sup> Or, il n'est pas possible de rattacher l'anorexie mentale dans les indications de la HAS. La gravité du trouble alimentaire décrit dans l'étude rendait apparemment l'hospitalisation incontournable.

On ne peut alors que regretter que la HAS n'ait pas envisagé que d'autres indications puissent relever d'une hospitalisation sans consentement. Fallait-il limiter les indications des hospitalisations sans consentement ? Ce point souligne l'un des principaux inconvénients de la médecine normative : aucune recommandation ne peut prétendre résoudre la multitude des circonstances qui se posent dans le champ de la pratique médicale.

## **IV.2.2 Comment expliquer la « réussite » des recommandations**

La réussite des recommandations, bien que partielle puisque le cas de l'anorexie mentale pose problème, vient peut-être de la méthode qui a été utilisée pour leur élaboration. En effet, faute de données scientifiques suffisantes sur le sujet, les recommandations de la HAS sur les indications d'une hospitalisation sans consentement résultent « *d'un accord professionnel* ». <sup>30</sup> En d'autres termes, elles résulteraient de la réunion d'expériences individuelles acquises qui, synthétisées, obtiendraient la qualité de connaissance consensuelle. De ce fait, il n'est pas étonnant que les résultats de l'étude soient proches des recommandations puisque le groupe de travail a conçu les recommandations à partir de l'avis même de professionnels de terrain.

Le « succès » des recommandations ne peut que raviver l'une des deux problématiques du travail : pourquoi la HAS s'est saisie du dossier ?

## **IV.2.3 Pourquoi des recommandations sur les hospitalisations sans consentement ?**

### IV.2.3.1 Soupçons à l'égard du rôle médical : la crainte d'hospitalisations abusives ?

Les hospitalisations sous contrainte portent atteinte aux libertés individuelles des patients. Pour expliquer l'augmentation des hospitalisations sous contrainte en France, les médias et certains politiques ont évoqué la possibilité d'internements abusifs. <sup>18,27,52,53</sup> Les recommandations auraient-elles pour objectif d'intégrer des valeurs humaines comme la défense des droits des malades ? Le principe de précaution, qui consiste à ne pas retarder l'adoption des mesures visant à prévenir un risque en l'absence de certitudes scientifiques, serait-il alors à l'origine des recommandations de la HAS ?

La crainte d'hospitalisations sous contrainte abusives semble pourtant peu justifiée au vu de certains chiffres plutôt rassurants sur la pratique de la loi du 27 juin 1990. Pour se donner un aperçu des contestations faites à l'encontre de la pratique des hospitalisations sous contrainte, nous pouvons regarder les déclarations de dommages corporels faites au Groupe des Assurances Mutuelles Médicales (GAMM) au cours de l'année 2000. <sup>21</sup> Sur les 95 déclarations adressées par les sociétaires psychiatres, seulement 2 s'appuyaient sur un problème d'internement abusif. La majorité des plaintes faisaient état, soit de rédactions de certificats conduisant à une immixtion dans la vie privée et/ou violation du secret

professionnel, soit d'accidents médicamenteux (iatrogènes ou par défaut de surveillance). Le risque médico-légal lié aux décisions médicales d'hospitalisations sous contrainte est donc d'une sinistralité faible.

De même, comme le fait remarquer M. Briot dans son rapport à l'Assemblée Nationale, une hospitalisation sous contrainte fait l'objet d'une succession de décisions, faisant intervenir en plus des demandes médicales d'admission, la famille ou les proches, les personnels soignants, les psychiatres, le procureur de la République ou encore les CDHP.<sup>5</sup> Il semble dès lors difficilement envisageable que chacun des maillons de cette chaîne décide de maintenir arbitrairement une personne en hospitalisation sous contrainte. Et que dire des professionnels de santé et des psychiatres qui, si des mesures n'étaient pas justifiées, chercheraient à maintenir sans raison des patients en ignorant les répercussions familiales, professionnelles, ou sociales des patients. Dans quel intérêt ?

Rappelons également, que les CDHP, après avoir examiné en 1999 près de 11 200 dossiers d'hospitalisations sans consentement et effectué 305 visites sur 108 centres hospitaliers (1 158 personnes rencontrées), n'ont pas constaté de mesure abusive.<sup>5</sup>

Enfin, sur la question, n'oublions pas que les procédures de contrainte sont avant tout des mesures de soins. M. Bénézech justifiait la perte de liberté qui s'en suit, en expliquant que « *l'intérêt sauvegardé, celui du malade ou d'autrui, paraît en effet supérieur à l'intérêt sacrifié, c'est-à-dire l'illusion de liberté, de libre arbitre, dont croit disposer l'aliéné de son refus de traitement* ». <sup>3</sup> Le médecin ne prive alors un patient de sa liberté, que dans le seul but, de lui rendre une liberté qu'il a perdue. Cette réflexion rappelle les propos d'H. Ey : « *la maladie mentale est une pathologie de la liberté* ». <sup>17</sup>

#### IV.2.3.2 Freiner l'augmentation des hospitalisations psychiatriques ?

J.F. Mattei, à l'époque ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, trouve en les CDHP un argument pour expliquer l'augmentation du nombre des hospitalisations sans consentement : « *d'une manière générale, les CDHP expliquent cette augmentation par l'élargissement du profil des personnes pour lesquelles une mesure d'hospitalisation sous contrainte est ordonnée : personnes dépendantes aux produits toxiques (surtout l'alcool), victimes de troubles du comportement, malades perturbateurs et/ou violents* ». <sup>5</sup>

Cet argument est également évoqué par les médias. Pour eux, le profil des personnes relevant d'une hospitalisation sans consentement est élargi car il concerne désormais les « *personnes dépendantes aux toxiques, victimes de troubles du comportement, malades perturbateurs* ». <sup>18</sup> Que doit-on alors penser des médecins qui ne restent pas indifférents à des patients dont le comportement est, pour certains, à la limite de l'exercice de la médecine ? Le positionnement éthique doit probablement conduire ces « *hommes-médecins* » à se prononcer, pas seulement sur des entités cliniques bien définies, mais globalement par rapport à la vie. <sup>32</sup>

En rappelant que la HAS est un organisme voué à « *évaluer l'utilité médicale de l'ensemble des actes, prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie* », <sup>28</sup> et dont les références médicales qui en découlent peuvent être opposables à la pratique des médecins « *dans le cadre de la maîtrise des dépenses de santé* », <sup>28,50</sup> on est alors amené à penser que la limitation du profil des personnes relevant de la procédure pourrait constituer en soit un objectif socio-économique. En effet, dans un contexte de ralentissement nécessaire de la croissance des dépenses de santé, l'augmentation importante du nombre d'hospitalisations sous contrainte interpelle immédiatement sur le coût qu'elle pourrait représenter. Les recommandations auraient-elles alors pour objectif d'encadrer pour mieux contrôler l'activité des hospitalisations psychiatriques ? L'intégration d'une dimension économique paraîtrait très discutable voir contestable, car elle est très souvent en contradiction avec les intérêts du patient.

### ***IV.3 Les limites d'une approche normative concernant les indications des hospitalisations sans consentement***

#### **IV.3.1 Le manque de données scientifiques**

Après l'indépendance et la transversalité, le troisième principe fondateur de la HAS est la rigueur scientifique : « *Les évaluations et recommandations élaborées par la HAS se fondent sur des arguments scientifiques, particulièrement sur la notion de « niveau de preuve scientifique », ainsi que sur des études relevant des sciences humaines (études sociologiques, démographiques, etc.) et des études économiques.*

*Elles s'appuient sur les données les plus actuelles de la littérature scientifique et reflètent l'état des connaissances à un moment donné. Elles sont réalisées à l'aide d'une méthodologie rigoureuse, explicite, reproductible et sans à priori, c'est-à-dire ne s'appuyant pas sur une opinion déjà constituée. Le doute formulé est le reflet du doute des scientifiques ».*<sup>28</sup>

Or, dans ses recommandations sur les indications des hospitalisations sans consentement, la HAS souligne le faible niveau de preuve apporté par la littérature sur le sujet : « *compte tenu du faible niveau de preuve apporté par la littérature sur le thème, la totalité des recommandations ci-dessous relève d'un accord professionnel* ». <sup>30</sup> C. Jonas, membre du comité de lecture des recommandations de la HAS, regrette alors qu'elles n'aient été que le fruit d'un accord professionnel. <sup>36</sup> D'après lui, cette attitude s'explique par l'insuffisance de la qualité des moteurs de recherche prenant en compte les revues françaises, qui pour la plupart ne sont pas indexées dans les moteurs de recherche internationaux habituellement utilisés par la HAS pour ses études, et par l'absence d'études de qualité sur le sujet en France.

En rencontrant des difficultés à trouver dans le domaine des hospitalisations sans consentement des articles de niveau 1, c'est-à-dire présentant une preuve scientifique établie, <sup>36</sup> la HAS a donc dérogé à son principe de rigueur scientifique.

## **IV.3.2 Les hospitalisations sans consentement prennent en compte des dimensions complexes**

### IV.3.2.1 La pratique du consentement aux soins est particulière en psychiatrie

Il est unanimement reconnu que le consentement du patient est une condition indispensable à la réalisation de tout acte médical quel qu'il soit.<sup>34</sup> Or, décider d'une hospitalisation sans consentement déroge à ce principe fondamental de la relation médecin-malade.

La principale difficulté rencontrée en psychiatrie est que le psychisme est à la fois l'objet du soin et le support du consentement (ou son absence) à celui-ci.<sup>38,39</sup>

Le consentement aux soins et l'information délivrée au patient, piliers de la relation médecin-malade, se retrouvent fragilisés du fait même que la pathologie psychiatrique perturbe gravement le système relationnel. Cette vulnérabilité, qui conduit à une altération des facultés de jugement du malade, est alors très souvent retrouvée à la phase aiguë des troubles psychiatriques.<sup>6</sup> En conséquence, les soins psychiatriques impliquent souvent, au moins au début des soins, une part de contrainte.<sup>38</sup>

Il faut également préciser que les différentes pathologies psychiatriques qui, de façon simple, vont des pathologies névrotiques aux troubles psychotiques, viennent plus ou moins nuancer, selon leur intensité, l'aptitude du patient à consentir à ses soins. Il en résulte un ensemble très hétérogène de situations cliniques. Or, aucun test n'est suffisant pour évaluer la capacité des patients souffrant de troubles mentaux à consentir à leurs soins et ce, en particulier à la phase aiguë de la maladie.<sup>19</sup>

### IV.3.2.2 Il existe une ambiguïté sur la notion de « consentement aux soins » : concept médical ou juridique ?

Bien que le consentement soit un concept de loi, dans la pratique, la capacité à donner son consentement pour un patient résulte d'un jugement médical.<sup>37</sup> Or, il a été démontré que la capacité des patients à consentir à leurs soins est perçue différemment selon qu'elle est évaluée par les juristes ou par les médecins. L'absence de formation médicale ne permettrait pas de percevoir tous les aspects pathologiques de certains comportements.<sup>19</sup> On pourrait alors penser que la logique de la loi du 27 juin 1990, reposant essentiellement sur le consentement aux soins, ne serait pas interprétée de la même manière selon la position juridique ou médicale.

Les recommandations de la HAS permettraient-elles alors un langage commun entre ces deux instances ? Les indications des recommandations correspondraient-elles à une sorte de « consensus médico-juridique » sur les troubles mentaux relevant d'une privation de libertés pour raison de soins ?

Remarquons que les anglophones, pour plus de clarté dans la terminologie du terme « capacité », distinguent le terme « capacity », qui dénote un statut clinique évalué par un professionnel de santé, du terme « competency » (« compétence »), qui désigne un statut juridique déterminé par un professionnel de la justice. Cependant, pour certains auteurs, malgré le fait que la « compétence » relève d'un statut juridique, les médecins et psychiatres seraient fréquemment requis pour faire des « jugements de compétence » au cours de leurs fonctions.<sup>58</sup>

#### IV.3.2.3 Une dimension familiale interagit fréquemment sur les hospitalisations sans consentement

L'environnement social et familial du patient occupe probablement une part importante dans la décision médicale d'une hospitalisation sans consentement. Le groupe de travail à l'origine des recommandations de la HAS n'a, de ce fait, pas oublié d'aborder la question de l'évaluation de l'entourage du patient.<sup>30</sup> Il rappelle qu'il est nécessaire, avant toute prise de décision concernant une HSC, d'évaluer la capacité pour la famille et les proches du patient à comprendre ses troubles. En effet, lorsque la famille se porte tiers dans la procédure, elle prend la responsabilité, au nom du patient, d'accepter les soins hospitaliers en s'appuyant sur le fait qu'il est provisoirement incapable d'y consentir.<sup>25</sup>

Rappelons également que les proches du patient constituent un interlocuteur majeur dans le sens où les faits et symptômes du patient sont très souvent décrits non pas par le patient, mais par son entourage. Ils participent alors pleinement à la prise de décision d'une hospitalisation sans consentement en donnant les arguments nécessaires à l'évaluation des critères de gravité.

Les recommandations de la HAS sur le sujet restent néanmoins très succinctes, et on aurait pu souhaiter une mise au point plus approfondie de la part du groupe de travail sur le rôle de l'entourage. Le manque s'explique peut-être par le nombre insuffisant d'études sur le sujet.<sup>36</sup>

Car, même s'il ne doit exister aucun lien de subordination entre le tiers et le médecin, il faut signaler, qu'en pratique, l'entourage occupe une place essentielle dans la prise de décision d'une HSC, par son soutien ou, au contraire, par son action de contrecarrer les positions médicales.<sup>36</sup>

La population de notre étude illustre la grande représentativité de la famille proche dans la fonction de tiers au sein de la procédure (tableau 8).

**Tableau 8. Qualité des tiers dans les 326 mesures d'HDT de l'étude**

Tiers	Nombre	Total : 326 HDT (2 données manquantes)
Parents	98	248 (76,5 %)
Mari/femme/conjoint/concubin(e)	82	
Enfants	35	
Fratrie	33	
Autres	76	76 (33,5 %)

## ***IV.4 Désormais, comment intégrer les recommandations dans la pratique de la loi de 90 ?***

### **IV.4.1 Les recommandations : un outil pédagogique ? un refuge ?**

Les dispositions de la loi du 27 juin 1990 donnent la possibilité, pour un médecin, de demander une hospitalisation en milieu psychiatrique pour un patient qui ne peut consentir à ses soins en raison de ses troubles mentaux. Or, de nombreuses situations cliniques peuvent interroger sur l'aptitude des patients à consentir à leurs soins dès lors qu'ils s'y opposent.

Reprenons l'exemple d'un toxicomane séropositif qui manifeste de l'irrégularité dans le suivi de son traitement par trithérapie, dans les bilans habituels en lien avec sa séropositivité, et dans l'observance de son traitement de substitution aux opiacés.<sup>2</sup> L'impossibilité de convaincre ce patient des risques inhérents à son comportement, pourrait-elle conduire son médecin traitant à demander des soins sous contrainte, au motifs que des traitements sont indispensables à la santé du patient et que l'absence de prise de conscience par le patient de leurs intérêts ne peut résulter que d'une attitude déraisonnée ?

La loi du 27 juin 1990, telle qu'elle est écrite, laisse place en pratique à de nombreuses situations cliniques ambiguës. Dans ces circonstances, des recommandations peuvent être utilisées comme un outil utile à la décision médicale. Car, même en étant convaincu du bien fondé de la démarche, il est difficile de prendre personnellement la décision d'administrer des soins sous contrainte à un patient qui n'est pas en mesure de donner son consentement. La difficulté vient, en partie, du caractère subjectif de l'appréciation des troubles qui motivent la mesure.

Si les RPC se donnent pour objectif d'être un guide pour le praticien, l'attitude de ne pas indiquer une HSC pour un patient dont les troubles ne remplissent pas tous les critères de la HAS, dégage t-elle pour autant le médecin de toute responsabilité ? En d'autres termes, est-il légitime de ne pas imposer une HSC à un patient psychiatrique risquant d'encourir un dommage, au prétexte que les critères de la HAS ne sont pas réunis ? Aucune réponse n'est donnée dans le document de la HAS. Ce raisonnement reste cependant critique dans la mesure où l'inaction du médecin s'oppose à son obligation déontologique et pénale de porter secours.

#### **IV.4.2 Les recommandations : un piège ?**

La population est de plus en plus revendicatrice vis-à-vis du corps médical, et les patients bénéficiant de mesures de contrainte s'estiment souvent « victime » de leur hospitalisation. Etant donné que l'action en responsabilité est facilitée par les dispositions de la loi du 4 mars 2002,<sup>42</sup> le risque n'est-il pas de voir apparaître, à cause de la limitation des indications d'hospitalisation sans consentement par les recommandations, une multiplication des contestations des décisions d'admissions sous contrainte. Car, comme le souligne C. Jonas, « ce type de recommandations prend une part éminente dans les décisions des tribunaux en matière de responsabilité civile ». <sup>36</sup>

Le non respect des recommandations soulève de nombreuses questions. L'attitude de poser une indication d'hospitalisation sans consentement ne rentrant pas dans le cadre des 6 vignettes cliniques de la HAS doit-elle être considérée comme fautive ? Peut-elle être sujette à réparation au titre de l'aléa thérapeutique ? Doit-elle conduire à des sanctions ?

L'introduction des recommandations dans la pratique médicale ne risque-t-elle pas alors de modifier profondément les rapports entre le médecin et son patient ? Car si le droit s'approprie les RPC, l'individu ne pouvant consentir à ses soins en raison de troubles mentaux, pourrait alors être perçu par le médecin, non plus comme un malade, mais comme un plaignant potentiel.

#### **IV.4.3 Les recommandations : perte d'autonomie pour les médecins ?**

Il faut maintenant se poser la question du degré de liberté dont dispose le médecin face aux patients souffrant de troubles mentaux. Les 6 indications de la HAS sont bien définies et, afin de limiter les interprétations divergentes, sont solidement encadrées de critères propres à chacune d'entre elles. Les conditions d'admission sont, de ce fait, plus restrictives. Les RPC empiètent alors sur la liberté d'action et de décision. En limitant le champ d'intervention de la contrainte, elles conduisent à une perte d'autonomie pour les médecins. Or, sans autonomie, peut-on être éthique ?

L'attitude de limiter les indications des hospitalisations sans consentement est à rapprocher de la logique anglo-saxonne qui a opté pour une stratégie de complexification croissante des critères d'admission en hospitalisation sous contrainte.<sup>4</sup> Espérons que nous ne basculerons pas

dans la position extrême britannique qui, dans l'exemple de la sismothérapie, a complexifié les critères de sa mise en œuvre jusqu'à les rendre impraticables, et ce à défaut de pouvoir les interdire.

#### **IV.4.4 Les recommandations : des garanties pour les patients et la société ?**

La loi du 4 mars 2002 témoigne d'une évolution sociologique manifeste des rapports médecin-malade.<sup>56</sup> Elle introduit un rééquilibrage de la relation médecin-malade, au profit du patient qui devient plus autonome. Elle est donc responsable du passage d'une médecine paternaliste à une pratique médicale consumériste. Le malade agit désormais en tant que consommateur et acteur de soins.

Les RPC sont une source d'information commune au médecin et au patient.<sup>24,28</sup> La société se devait-elle alors de lui donner une information, par l'intermédiaire de ces RCP, sur la pratique des soins psychiatriques ? Elle devait peut-être donner un reflet, une description de pratiques qui jusqu'alors reposaient sur l'expérience du praticien, c'est à dire sur un jugement peu communicable et peu justifiable.<sup>8</sup>

## **V - CONCLUSION**

Les hospitalisations sous contrainte sont à l'intersection de plusieurs dimensions : le soin, le droit, les proches du patient (tiers), et la société. Elles impliquent le problème du consentement aux soins, notion qui garde une grande part de subjectivité. Elles mettent également en jeu une valeur fondamentale bien particulière dans l'exercice de la médecine : les droits de l'homme et les libertés fondamentales.

L'élaboration de recommandations pour la pratique clinique dans le domaine des hospitalisations sans consentement semble donc, de prime abord, non applicable dans le sens où la pratique de ces mesures est complexe et loin des standards scientifiques de la médecine. Et surtout, ces recommandations sont bien différentes d'une pratique qui, jusque-là, conduisait un praticien à prendre position sur la capacité pour un patient psychiatrique de consentir à ses soins sans référentiel, en faisant simplement appel à une attitude médicale résultant de la combinaison de l'expérience, du jugement personnel, et surtout du « bon sens clinique ».

Pourtant, au vu des résultats de l'étude réalisée à partir de 325 mesures d'hospitalisations sur demande d'un tiers, les recommandations pour la pratique clinique de la Haute Autorité de Santé, de faible niveau de preuve, semblent proches de la pratique intuitive de la loi du 27 juin 1990. Les RCP, qui tendent à déshumaniser la relation médecin-malade, ne prétendent pas pour autant répondre à toutes les situations, bien hétérogènes, que nous réservent les troubles mentaux de l'être humain. Cet aspect ravive immédiatement le débat opposant la médecine normative à la médecine individuelle, dont les arguments de chacune des deux parties sont bien défendables.

Mais, il reste à déterminer les enjeux véritables de ces recommandations qui ont été élaborées, semblent-il, pour faire face à l'augmentation du nombre des hospitalisations sans consentement. Auraient-elles pour objectif de rendre transparentes des mesures suspectées d'être détournées ? Ou bien, auraient-elles pour mission de réguler une pratique qui préoccupe sur le plan de la santé publique ?

## **VI - BIBLIOGRAPHIE**

1. BARBATO A, D'AVANZO B.  
Involuntary placement in Italy. [Lettre]  
*Br J Psychiatry* 2005 ; 186 (6) : 542-543.
2. BAUMANN F.  
Un refus de soins difficile à évaluer.  
*Responsabilité* 2003 ; 9 : 32.
3. BENEZECH M.  
Garanties des libertés individuelles du malade mental.  
In : MARUANI G.  
Psychiatrie et éthique.  
Toulouse : Privat, 1979. p. 111-120.
4. BERNARDET P, DOURAKI T, VAILLANT C.  
Psychiatrie, droits de l'homme et défense des usagers en Europe.  
Ramonville Saint-Agne : Erès, 2002.
5. BRIOT M.  
Rapport N°1598 fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur la proposition de résolution (n°1459) de M. Georges HAGE, tendant à la création d'une commission d'enquête sur la progression du nombre d'internements psychiatriques en France. [en ligne]  
<http://assemblee-nationale.fr/12/rapports/r1598.pdf>  
(consulté le 11/04/2006)
6. BROWN J.  
The spectrum of informed consent in emergency psychiatric research.  
*Ann Emerg Med* 2006 ; 47 (1) : 68-74.
7. BRUSSET B.  
Psychopathologie de l'anorexie mentale.  
Paris : Dunod, 1998.
8. CASTRO D, REVEILLERE C.  
Pour une rencontre des pratiques et des recherches en psychologie clinique.  
*Pratiques Psychologiques* 2004 ; 10 : 349-363.
9. DALLOZ.  
Code civil 2002. 101° éd.  
Paris : Editions Dalloz, 2002.
10. DALLOZ.  
Code pénal 2004. 101° éd.  
Paris : Editions Dalloz, 2004.
11. DALLOZ.  
Code de la santé publique 2004. 18° éd.  
Paris : Editions Dalloz, 2004.

12. Décret N° 74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux.
13. Décret N° 91-981 du 25 septembre 1991 pris pour l'application des articles L.332-3 et L.332-4 du code de la santé publique et relatif à l'organisation et au fonctionnement de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques.
14. Décret n°2004-1139 du 26 octobre 2004 relatif à la Haute Autorité de Santé.
15. DIRECTION GENERALE DE LA SANTE.  
Circulaire DGS/6 n° 2000-564 du 20 novembre 2000 relative au rapport d'activité de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques pour l'année 1999.  
Transmission des rapports d'activité pour l'année 1998.
16. DRESSING H, SALIZE HJ.  
Compulsory admission of mentally ill patients in European Union Member States.  
*Soc Psychiatry Epidemiol* 2004 ; 39 : 797-803.
17. EY H.  
Etudes psychiatriques.  
Paris : Desclée de Brouwer, 1952.
18. FAVEREAU E.  
La folle explosion des internements.  
*Libération* mardi 6 juillet 2004.
19. FRANÇOIS I.  
Consent to treatment.  
*Curr Opin Psychiatry* 2000 ; 13 : 549-552.
20. GAUTHE JCl.  
Loi du 27 juin 1990 : mode d'emploi.  
*Actualités Psychiatriques* 1992 ; 2 et 3 : 5-7.
21. GERSON C, SICOT C.  
Le risque médico-légal en psychiatrie.  
*Responsabilité* 2001 ; numéro hors série : 3-17.
22. GISSELMANN A, MILLOT I, LEROUGE C, FRANÇOIS I, SIMON I, TRAPET P.  
Les hospitalisations psychiatriques depuis la loi du 27 juin 1990 dans un département français.  
*Encephale* 1998 ; 24 : 517-521.
23. GODFRYD M.  
Hospitalisation d'office : ce qu'a apporté la loi du 4 mars 2002.  
*Le Quotidien du Médecin* 2003 ; 7331 : 16-17.
24. GOODWIN GM.

L'Evidence Based Medecine (EBM) appliquée à la psychiatrie en général et aux troubles de bipolaires en particulier.  
*Annales Médico Psychologiques* 2005 ; 163 : 753-757.

25. GUILLIBERT E, LOUVILLE P.  
Les problèmes de l'hospitalisation psychiatrique.  
In : DURAND H, BICLET P, HERVE C.  
Ethique et pratique médicale.  
Paris : Doin éditeurs, 1995. p. 51-54.
26. GUIRAUD-CHAUMEIL B.  
La médecine normative : la meilleure ou la pire des choses ?  
*Le Courrier de l'éthique médicale* 2003 ; 3 (2-3) : 20-21.
27. HAGE G.  
Proposition de résolution n° 1459, tendant à la création d'une commission d'enquête sur la progression du nombre d'internements psychiatriques en France. [en ligne]  
<http://www.assemblee-nationale.fr/12/propositions/pion1459.asp>  
(consulté le 15/04/2006)
28. HAUTE AUTORITE DE SANTE.  
Présentation de la Haute Autorité de Santé. [en ligne]  
<http://www.anaes.fr/>  
(consulté le 9 avril 2006)
29. HAUTE AUTORITE DE SANTE.  
Les recommandations pour la pratique clinique. Base méthodologique pour leur réalisation en France -janvier 1999- [en ligne]  
<http://www.anaes.fr/>  
(consulté le 9 avril 2006)
30. HAUTE AUTORITE DE SANTE.  
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- [en ligne]  
<http://www.anaes.fr/>  
(consulté le 9 avril 2006)
31. HERMANN Cl.  
Etude critique de la loi du 27.06.1990.  
*Actualités Psychiatriques* 1990 ; 9 : 38-41.  
Paris : Ellipse, 2001.
32. HERVE C.  
Ethique, politique et santé.  
Paris : Presses Universitaires de France, 2000.
33. IRANI J.  
Recommandations pour la pratique clinique (RCP) : sont-elles utiles ? Exemple de l'hypertrophie bénigne de la prostate.

*Annales d'Urologie* 2004 ; 38 : 519-523.

34. JONAS C.  
La loi du 4 mars 2002 et la pratique médicale quotidienne : apports et incertitudes.  
*Médecine et Droit* 2002 ; tiré à part en prépublication du n° 56 : 2-6.
35. JONAS C.  
Aspects législatifs et médico-légaux.  
In : GRANGER B.  
La Psychiatrie d'aujourd'hui.  
Paris : Odile Jacob, 2003. p. 67-81.
36. JONAS C.  
Réflexions à propos de la recommandation des l'HAS sur l'indication en urgence d'une HSC.  
*Nervure* 2005-2006 ; 23 (9) : 7-9.
37. KITAMURA T, KITAMURA F, ITO A, *et al.*  
Image of psychiatric patients' competency to give informed consent to treatment in Japan.  
*Int J Law Psychiatry* 1999 ; 22 : 133-142.
38. LACHAUX B.  
Psychiatrie et Lois. Les nouveaux repères sur l'information et le consentement : évolution ou révolution ?  
*Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale* 2000 ; 34 : 65-71.
39. LACHAUX B, RICHER S, SIMEON DE BUOCHBERG F, LEIBOVICI AF.  
L'information et le consentement : entre respect de la citoyenneté et prise en compte de la maladie.  
*Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale* 2000 ; 34 : 132-140.
40. Loi N° 7443 du 30 juin 1838 sur les aliénés.
41. 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.
42. Loi N° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.  
Journal Officiel N° 54 du 5 mars 2002.
43. Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.
44. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES.  
Fiches d'information du 13 mai 1991 relatives à l'application de la loi 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 (SANP9110629X).
45. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES.  
Brochure de présentation de l'administration sanitaire et sociale.[en ligne]

<http://www.sante.gouv.fr/>  
(consulté le 9 avril 2006)

46. MOUDEL G.  
EBM : les mirages de la médecine « robotisée ».  
*Le Courrier de l'éthique médicale* 2002 ; 2 (1) : 6-7.
47. MOUDEL G.  
Prise en charge de la douleur et evidence-based medicine : vers un risque de dérive normative de la relation médecin-patient et de la décision médicale ?  
*Le Courrier de l'éthique médicale* 2005 ; 5 : 9-13.
48. MULDER CL.  
Variations in involuntary commitment in the European Union. [Lettre]  
*Br J Psychiatry* 2005 ; 187 (1) : 91-92.
49. PALMER RL.  
Death in anorexia nervosa.  
*Lancet* 2003 ; 361 : 1490..
50. PEREZ-NIDDAM K, MAISONNEUVE H, CHARVET-PROTAT S.  
Evaluation clinique et économique des stratégies diagnostiques et thérapeutiques utilisant des technologies médicales.  
*RBM* 1999 ; 21 : 135-142.
51. PIEL E, ROELAND JL.  
De la Psychiatrie vers la Santé Mentale. Rapport de Mission.  
Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité 2001.
52. PRIEUR C.  
Le nombre d'internements psychiatriques a fortement augmenté.  
*Le Monde* 2004 ; 60, 18586, 8.
53. SALIZE HJ, DRESSING H.  
Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union.  
*Br J Psychiatry* 2004 ; 184 : 163-168.
54. SENON JL, MANZANERA C.  
Comment mieux répondre aux problèmes cliniques et médico-légaux actuels pour préserver une psychiatrie ouverte et dynamique ?  
*Annales Médico Psychologiques* 2005 ; 163 : 870-877.
55. SENON JL, LAFAY C, MANZANERA C, PAPET N.  
Lecture commentée de la loi N° 2002-303 du 4 mars 2002.  
*Forensic*, numéro spécial droits des patients, juin 2002 : 4-12.
56. SENON JL, LAFRAY N, PAPET N, CORDIER B.  
La loi du 4 mars 2002 « relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé » : une loi protéiforme au carrefour de l'évolution sociale et médicale.

*Annales Médico Psychologiques* 2003 ; 161 : 401-403.

57. SPOTICHE S, NICOLAS O.  
Des 48 au 72 heures : vers une réforme de l'hospitalisation en psychiatrie.  
*Nervure* 2005 ; 18 (4) : 3-5.
58. STURMAN ED.  
The capacity to consent to treatment and research : a review of standardized assessment tools.  
*Clin Psychol Rev* 2005 ; 25 (7) : 954-974.
59. TYRODE Y, ALBERNHE T.  
Psychiatrie Légale : sociale, hospitalière, expertale.  
Paris : Ellipses, 1995.
60. TYRODE Y, BOURCET S, BOURICHE D.  
Psychiatrie Légale : la pratique du terrain.  
Paris : Ellipses, 1999.
61. TYRODE Y, BOURCET S, MARGULES P, VICENTINI JP.  
Guide médico-légal du professionnel en psychiatrie.  
Paris : Ellipse, 2001.
62. VIDON G, PLAN F.  
Consentement aux soins en psychiatrie. La contrainte doit rester l'exception.  
*Le Quotidien du Médecin* 2005 ; 7849 : 23.

## VII - ANNEXE

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé ;  
ANAES : Agence Nationale de l'Accréditation et d'Evaluation en Santé ;  
CD : Code de Déontologie ;  
CDHP : Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques ;  
CEDH : Convention Européenne des Droits de l'Homme ;  
CP : Code Pénal ;  
CSP : Code de la Santé Publique ;  
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales ;  
DGS : Direction Générale de la Santé ;  
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins ;  
EBM : Evidence-Based Medecine ;  
FNAP-psy : Fédération Nationale des patients et Anciens Patients de la psychiatrie ;  
GAMM : Groupe des Assurances Mutuelles Médicales ;  
HAS : Haute Autorité de Santé ;  
HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers ;  
HL : Hospitalisation Libre ;  
HO : Hospitalisation d'Office ;  
HSC : Hospitalisation Sans Consentement ;  
PO : Placement d'Office ;  
PV : Placement Volontaire ;  
RPC : Recommandations pour la Pratique Clinique ;  
TSO : Traitement Sanitaire Obligatoire (système juridique italien réglementant les hospitalisations sous contrainte) ;

**TITRE :** Hospitalisations sans consentement : faut-il en définir les indications ?

**AUTEUR :** Benoit TROJAK

**RESUME :**

Plus de 60 000 hospitalisations sous contrainte sont pratiquées chaque année en France pour des patients souffrant de troubles mentaux, alors que la moitié seulement l'était il y a dix ans. Cette augmentation concerne principalement l'hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT), procédure administrative dictée par la loi du 27 juin 1990, qui nécessite, en plus d'une demande d'un proche du patient, des certificats médicaux qui attestent que le patient ne peut consentir à ses soins en raison de ses troubles mentaux. La loi n'écarte *à priori* aucun diagnostic psychiatrique. L'augmentation du nombre de ces mesures est alors rapidement interprétée comme une utilisation abusive de la procédure.

Pour faire face à cette augmentation, la société propose des recommandations pour la pratique clinique (RPC). La Haute Autorité de Santé (HAS) publie alors, en avril 2005, un document intitulé « *Modalité de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement (HSC) d'une personne présentant des troubles mentaux* ». En reprenant les termes de la loi, la HAS propose désormais six indications psychiatriques et médicales pouvant relever d'une HSC : le risque suicidaire, le risque d'atteinte potentielle à autrui, la prise d'alcool ou de toxiques, le délire ou les hallucinations, et enfin le degré d'incurie. Seulement, en suivant les principes de l'Evidence-Based Medicine, les RPC de la HAS ont été élaborées avec un faible niveau de preuve. Le système législatif français, bien différent de celui des autres pays européens, et la difficulté d'intégrer des critères objectifs dans la dimension du consentement aux soins ont probablement limité la littérature nécessaire à l'élaboration du document. Quelle rigueur doit-on alors accorder à ces RPC ? Que penser de la manière dont est proposée la solution au problème de l'augmentation des HSC ?

En examinant les indications de 325 mesures d'HDT de 2001 à 2004, l'auteur recherche s'il existe un décalage entre les RPC de la HAS et le « bon sens clinique » qui, jusqu'alors, guidait la pratique des HSC. Bien que les RPC ne puissent répondre à toutes les situations, bien hétérogènes, des patients souffrant de troubles mentaux, elles semblent finalement assez proches des besoins qui ont dicté notre pratique. Mais, outre l'objectif de savoir si, en pratique, la médecine normative peut aider au processus décisionnel des HSC, des interrogations persistent. Quels sont les enjeux et quelles seront les conséquences de ces recommandations sur la pratique des hospitalisations psychiatriques ?

**MOTS CLES :** Loi du 27 juin 1990, hospitalisation sans consentement, troubles mentaux, indications, recommandations.