



HAL
open science

Protection juridique et soins sans consentement chez le majeur hospitalisé en psychiatrie

Emmanuelle Bougon

► **To cite this version:**

Emmanuelle Bougon. Protection juridique et soins sans consentement chez le majeur hospitalisé en psychiatrie. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01212392

HAL Id: dumas-01212392

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01212392>

Submitted on 6 Oct 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE BORDEAUX 2 - VICTOR SEGALEN
UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2015

Thèse n° 3045

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
Qualification en psychiatrie

Présentée et soutenue publiquement

Le 8 Juillet 2015

Par **Emmanuelle BOUGON**

Née le 9 septembre 1986 à Toulon (83)

**Protection juridique et soins sans consentement
chez le majeur hospitalisé en psychiatrie**

Directeur de thèse

Madame le Professeur Hélène VERDOUX

Jury

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD.....Président
Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON.....Juge
Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT.....Juge
Monsieur le Docteur Kévin ROSSINI.....Rapporteur

REMERCIEMENTS

A mes parents pour votre amour. Pour m'avoir encouragée, soutenue et toujours laissée libre. Merci de m'avoir passionnée pour la musique, la peinture, le théâtre et les voyages.

A mes frères, Jean-Baptiste qui veille, et Jean-Xavier.

A ma sœur Gabrielle, son mari Vincent et mon petit Guillaume.

A Guillaume, pour ton amour, ton soutien, ta patience et ce sommaire 1000 fois recommencé. A ta famille qui m'a si bien accueillie.

A Maité, ma sœur de cœur, mon amie, ma cooloc, ma première co-interne et la gardienne culinaire du 232. J'ai eu l'immense chance de passer ces années d'internat à tes côtés (et c'est pas fini!). Merci pour ton inconditionnelle amitié, toujours bienveillante. A ton Pilou, pour ne pas avoir « rangé » mon ordi et supporté les séances « Roi Lion ».

A mes amis de toujours : Mélo, Aude, Jeannot, Guigui et Chouchou qui n'ont pas toujours compris ce que je faisais mais ont toujours encouragé leur binoclarde de copine.

Aux poulets : Claire Dr Quinn mon binôme de P1, Nissou, Autofagus, Odaïle, Juliaïe le pâté, l'Opossum Maoui Laouis et Leire qui ont ponctué ces années de médecine de fêtes, de rires, de voyages et de quelques séances de révisions.

A Kevin pour ton soutien de l'ombre, ta bienveillance, ta confiance et les « staff karaoké ». A Nico pour avoir supporté mes appels tardifs et pour tes « respirations culturelles ».

A Mathieu qui m'a offert son amitié et mes plus belles prises en charges pédopsychiatriques en garde (spéciale dédicace au peignoir léopard). A Isa que tu nous as fait découvrir et qui ne saurait tarder à repeupler les soirées bordelaises.

Aux « experts » co-internes émérites de DIU : Julie R. redécouverte avec joie à C6, Olivia qui partage cet après-midi de soutenance dans l'allégresse, Andy et ses chorés et JB « le papa ».

Aux internes et jeunes médecins qui m'ont accompagnée : Queen B et son King, Eléonore, Deborah F., Didier « Le président », Jounette, Julian, Alex, Etienne, Alice, Laurie, Camille V., Lucie, Marie L., Camille A., Aurélie P. Marie B, Agathe M.

A Anne-Laure M. et Camille D. pour les Buffalo Grill Ircadiens et les (trop) longues aprem' de supervision.

Aux Drs DROULOUT et CHEVRIER. A l'humanité dont vous avez fait preuve dans la prise en charge de M. N. Je vous remercie pour votre bienveillance, votre gentillesse, votre confiance et pour les « staffs jingle ». Je suis fière de compter parmi « les internes de Tiphaine et François ».

Aux chefs que j'ai eu la chance de côtoyer et qui m'ont beaucoup appris : Dr Glenisson, Dr Doumy, Dr Hostache, Dr Donon, Pr Auriacombe, Dr Gelot, Dr Gazel, Dr Dubernet, Dr Sarram, Dr Fatseas, Dr Jezequel, Dr Bouzgarrou, Dr Bergey, Dr Martin, Dr Charvy, Dr Ramanoel, Dr Miknius, Dr Glon, Dr Coularis, Dr Plarier, Dr Bachollet, Dr Thoumy.

A Madame Rolland, juge des tutelles. Pour votre accueil, votre disponibilité et l'aide précieuse que vous m'avez apportée au cours de ce travail.

Aux infirmiers : Claire, Sophie, Alex, Nico, Yohan, Brigitte, Morgane, Emilie, Labille, Adri « le bro », Hervé, Julie, Julien B, Sylvian, Julien G, Mag, Elise, Benji, Jerem, Dany, Fafa, Maylis, Caro, Anne Marie, Fred, Olivier, Gauthier, Sam, Denis, Sonia, Max, Jean Luc, Elisabeth, Mathieu, Nico, Cédric et Mathieu.

Aux AS sans qui rien n'est possible en psychiatrie : Sabiiiiine, Cécile et Eliane.

Aux cadres de santé : Madame Laffont, Madame Nardi, Monsieur Faux et Madame Valadié.

Aux ASH : Pascale, Malika, Fabrice, Victor et Didier.

Aux Secrétaires : Anne, Jojo, Adeline, Elodie, Sandrine.

A Henri Ey pour cette phrase qui résume bien ce travail de thèse : « *La maladie mentale est une pathologie de la liberté* ».

A Nietzsche pour ces propos : « *Il est difficile de vivre avec des humains, parce qu'il est difficile de se taire* ».

A NOTRE RAPPORTEUR

Monsieur le Docteur Kévin ROSSINI

Docteur en Médecine, Psychiatre,
Assistant Spécialiste,
Centre Hospitalier Charles PERRENS, Bordeaux.

Je te remercie d'avoir accepté d'être rapporteur de ce travail. Tu as, dès le début, montré un grand intérêt pour mon sujet et m'a fait partager tes connaissances et tes recherches. J'ai eu la chance de travailler à tes côtés durant mon stage au SECOP. J'y ai pu apprécier tes qualités professionnelles et humaines. Je te remercie pour ton soutien et ta disponibilité.

AUX MEMBRES DU JURY

Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT

Professeur des Universités en Psychiatrie,
Praticien Hospitalier,
Chef de Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte,
Nouvel hôpital de psychiatrie, Toulouse.

Je vous suis très reconnaissante de me faire l'honneur de juger ce travail. J'ai la chance de pouvoir travailler au sein de votre pôle et d'y bénéficier de la qualité de l'enseignement qui y est délivré. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail lors des entretiens que vous avez eu la gentillesse de m'accorder. Je vous prie de bien vouloir accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON

Professeur des Universités en Psychiatrie,

Praticien Hospitalier,

Chef de Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte,

Co-directeur du Master 2 Professionnel de Criminologie et Victimologie

Co-directeur du Diplôme Inter Universitaire de Psychiatrie Criminelle et Médico-Légale

Centre Hospitalier de la Milétrie, Poitiers.

C'est pour moi un réel honneur que vous ayez bien voulu juger ce travail de thèse. J'ai eu la chance de pouvoir bénéficier de la qualité de votre enseignement au cours du DIU de Psychiatrie Criminelle et Médico-Légale. Veuillez trouver ici le témoignage de tout mon respect, de mon admiration et de ma profonde reconnaissance.

A NOTRE DIRECTRICE DE THESE

Madame le Professeur Hélène VERDOUX

Professeur des Universités en Psychiatrie,
Praticien Hospitalier,
Docteur en Epidémiologie,
Chef de Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte,
Coordinateur régional du DES de Psychiatrie,
Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

Je vous remercie de la confiance que vous m'avez accordée en acceptant de diriger ce travail de thèse. J'ai eu la chance de bénéficier de la richesse et de la qualité de votre enseignement au cours des trois stages d'interne effectués au sein de votre p  le. Je vous remercie pour votre implication, votre disponibilité et vos conseils avisés tout au long de la rédaction de ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon admiration.

A NOTRE PRESIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD

Professeur des Universités en Psychiatrie,
Praticien Hospitalier,
Chef de Pôle Universitaire de Pédopsychiatrie,
Coordonnateur inter-régional du D.E.S de Psychiatrie,
Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Lors du stage effectué dans votre pôle, j'ai pu apprécier l'étendue de vos connaissances et de vos qualités humaines. Je vous prie de bien vouloir accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

INTRODUCTION.....	12
--------------------------	-----------

PARTIE 1 : VULNERABILITE DU PATIENT EN PSYCHIATRIE, ASPECTS SOCIAUX ET MEDICAUX	14
--	-----------

1. Le patient souffrant de schizophrénie : un patient vulnérable.....	14
1.1. Vulnérabilité sociale	14
1.1.1. Logement	14
1.1.1.1. La pathologie mentale comme facteur de risque d’être Sans Domicile Fixe	14
1.1.1.2. Facteurs associés au risque de devenir SDF chez le patient souffrant de schizophrénie	15
1.1.1.3. Prévention du risque de devenir SDF chez les patients en santé mentale....	16
1.1.2. Emploi	17
1.1.3. Violence	20
1.2. Vulnérabilité médicale : la santé mentale comme un frein à la santé physique ?	20
1.2.1. La pathologie mentale : facteur de risque d’altération qualitative et quantitative des soins somatiques	20
1.2.2. Les raisons de la difficulté d’accès aux soins somatiques	23
1.2.2.1. Facteurs liés au patient	24
1.2.2.2. Facteurs liés aux soignants et à l’organisation des soins	24
1.2.2.2.1. Des soignants réticents ?.....	24
1.2.2.2.2. Un parcours de soin mal adapté à la pathologie psychiatrique.....	26
2. Schizophrénie et cancer : aspects épidémiologiques	28
2.1. Incidence des pathologies néoplasiques chez les patients souffrant de schizophrénie	29
2.1.1. Incidence accrue.....	29
2.1.2. Incidence diminuée	31
3. Particularités de la prise en charge du cancer chez les patients souffrant de schizophrénie	33
3.1. Prévention	33
3.2. Soins somatiques curatifs.....	35
3.2.1. Les difficultés rencontrées par le patient souffrant de schizophrénie confronté à un cancer	35
3.2.2. La prise en charge oncologique des patients souffrant de schizophrénie	36
3.2.2.1. Annonce du diagnostic.....	36
3.2.2.2. Prise en charge initiale et suivi en oncologie du patient souffrant de schizophrénie	37
3.2.2.3. Traitements psychiatriques et oncologiques	38
3.3. Soins palliatifs : le cas particulier de la douleur	39
3.3.1. La douleur chez les patients souffrant de schizophrénie : une perception controversée	39
3.3.2. Propositions de prise en charge de la douleur chez les patients souffrant de schizophrénie	42
3.3.2.1. Evaluation de la douleur	42
3.3.2.2. Traitement de la douleur chez les patients souffrant de schizophrénie atteints de cancer	44

3.3.2.2.1.	Le traitement pharmacologique de la douleur	44
3.3.2.2.2.	Les traitements non pharmacologiques de la douleur	46

PARTIE 2 : LE CAS DE M. N. 47

1. Biographie.....	47
2. Antécédents.....	48
2.1. Personnels	48
2.1.1. Psychiatriques	48
2.1.2. Médico-chirurgicaux	53
2.2. Familiaux	53
3. Histoire de la maladie	53
4. Evolution de la maladie	56
4.1. Evolution de la symptomatologie psychiatrique	56
4.2. Evolution de la symptomatologie somatique	57
5. Analyse clinique.....	58
5.1. Notion de schizophrénie résistante	58
5.2. Symptômes psychotiques et maladie somatique.....	59
5.2.1. Aspect historique.....	59
5.2.2. Constatations cliniques actuelles	60

PARTIE 3 : PROTECTION JURIDIQUE ET SOINS SANS CONSENTEMENT 61

1. La protection juridique du patient majeur hospitalisé en psychiatrie.....	61
1.1. Principes généraux	61
1.2. Les différents régimes de protection	62
1.2.1. La mesure d'accompagnement social personnalisé	62
1.2.2. La mesure d'accompagnement judiciaire.....	63
1.2.3. Le mandat de protection future (MPF)	63
1.2.4. Sauvegarde de justice.....	64
1.2.5. Curatelle	65
1.2.6. Tutelle d'une personne majeure	66
2. Droits du patient en psychiatrie.....	68
2.1. Principes généraux	68
2.2. Information et consentement du patient.....	69
2.2.1. Information du patient.....	69
2.2.2. Consentement du patient.....	70
2.2.2.1. Dimension juridique.....	70
2.2.2.1.1. La notion juridique du consentement	70
2.2.2.1.2. Les textes de lois.....	71
2.2.2.2. Dimension médicale.....	72
2.2.2.2.1. La notion médicale du consentement	72
2.2.2.2.2. La capacité à consentir	72

2.2.2.2.2.1.	Définition de la capacité à consentir	72
2.2.2.2.2.2.	Evaluation de la capacité à consentir	73
2.2.2.2.2.3.	Amélioration de la capacité à consentir	73
3.	Les soins psychiatriques sans consentement.....	73
3.1.	Les soins sans consentement avant la loi du 5 juillet 2011.....	74
3.2.	La loi du 5 juillet 2011 : du soin sous contrainte sur autorité administrative au soin sans consentement judiciairisé.....	76
3.2.1.	Les soins sans consentement selon la loi du 5 juillet 2011 modifiée par la loi du 27 septembre 2013	76
3.2.1.1.	L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers	76
3.2.1.1.1.	La procédure « classique »	76
3.2.1.1.1.1.	La procédure d'urgence.....	78
3.2.1.1.1.2.	La procédure sans tiers en cas de « péril imminent ».....	78
3.2.1.2.	L'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat	78
3.2.1.3.	Les soins ambulatoires sans consentement	79
3.2.2.	Les nouvelles mesures mises en place avec la loi du 5 juillet 2011	79
4.	Les soins somatiques sans consentement.....	80
4.1.	Cadre juridique général	80
4.1.1.	Les articles en faveur de l'acte médical sans consentement	80
4.1.2.	Les articles en faveur du respect du refus de soin.....	81
4.1.3.	La définition de l'urgence : concept médical et dispositions légales.....	81
4.1.4.	L'incapacité à consentir : quelles dimensions ?.....	83
4.2.	Cas particulier des patients sous mesure de protection juridique	83
5.	Cas pratique : le cas de M. N.	84
6.	Une proposition de conduite à tenir	87
6.1.	Evaluation initiale	87
6.1.1.	Evaluation de la maladie somatique.....	87
6.1.2.	Evaluation des délais thérapeutiques	88
6.1.3.	Les outils du changement.....	88
6.2.	Conduite à tenir	88
	CONCLUSION.....	91
	BIBLIOGRAPHIE.....	93
	ANNEXES.....	104

INTRODUCTION

Le 8 décembre 2000 est signée la charte de l'utilisateur en santé mentale par Dominique Gillot, secrétaire d'Etat à la Santé et aux Handicapés, Claude Finkelstein, présidente de la F.N.A.Psy (Fédération Nationale des Associations d'(ex) Patients en Psychiatrie), le Docteur Alain Pidolle, président de la conférence nationale des présidents des commissions médicales d'établissements des centres hospitaliers spécialisés, Jacques Lombard, président d'honneur de la F.N.A.Psy et le Docteur Yvan Halimi président de la conférence des relations avec les usagers et les familles (1). Dans ce texte, plusieurs notions fondamentales concernant le patient souffrant de pathologie mentale sont rappelées. Tout d'abord, le fait que le patient en santé mentale est une personne à part entière qui a droit au respect de son intimité et ne doit pas être infantilisée. Puis, la charte insiste sur le fait qu'il s'agit de personnes non pas seulement atteintes mais souffrant d'une maladie, cette souffrance étant physique et psychologique et devant être prise en compte par les soignants et les acteurs sociaux grâce à un travail en réseau. Ensuite, il est rappelé que le patient en santé mentale est souvent une personne isolée qu'il faut accompagner dans ses démarches de reprise de lien social. Enfin, il est souligné que ces patients sont avant tout des citoyens, acteurs de la politique de santé, dont la parole doit influencer l'évolution des dispositifs de soins et de prévention.

Si les soignants en santé mentale s'accordent sur la vulnérabilité de leurs patients et sur la nécessité de défendre leurs droits, leur positionnement est parfois complexe, que ce soit du fait de la symptomatologie du patient ou de l'encadrement légal des soins. Dans ce travail, au travers du cas d'un patient souffrant de schizophrénie et atteint d'un cancer nous nous sommes intéressés aux problématiques posées par les patients souffrant de trouble psychiatrique, qu'elles soient sociales, médicales ou légales. En effet, les soignants en santé mentale sont confrontés à des patients vulnérables tant du point de vue social que médical, somatique ou psychiatrique et les mesures permettant l'accompagnement de ces patients à travers le soin sont souvent dépendantes d'un cadre légal complexe. Il s'agit donc là de développer les problématiques sociales et médicales devant être prises en compte au cours des soins et également de renseigner le cadre légal actuel dans lequel s'exerce ce soin.

Dans la première partie de ce travail, et à travers une revue de la littérature, nous nous sommes d'abord intéressés aux vulnérabilités sociale et médicale des patients souffrant de pathologie mentale. Puis, nous avons approfondi notre recherche sur leur vulnérabilité vis à

vis des pathologies somatiques en prenant l'exemple du cancer chez les patients souffrant de schizophrénie et en traitant les aspects épidémiologiques puis les caractéristiques de la prise en charge oncologique dans cette population.

Dans la seconde partie de notre travail, nous présentons le cas de M. N., patient souffrant de schizophrénie, hospitalisé en ASPDRE (Admission en Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat) dans l'unité Carreire 6, au centre hospitalier Charles Perrens et atteint d'un cancer de la glande lacrymale droite. Nous retraçons donc, d'une part, l'histoire de la pathologie mentale de ce patient et les différentes prises en charges dont il a pu bénéficier et, d'autre part, l'histoire de sa pathologie somatique dont la prise en charge fut complexe, le patient refusant les soins qui lui étaient proposés, du fait des troubles présentés.

Enfin, au regard du cas de M. N., nous nous sommes intéressés aux aspects légaux encadrant les prises en charge en psychiatrie. Dans un premier temps, nous avons listé les mesures de protection dont bénéficient souvent nos patients. Puis, nous avons rappelé les modalités de soins sans consentement au regard de la loi du 5 juillet 2011 (2) modifiée par la loi du 27 septembre 2013 (3). Enfin, nous avons cherché à définir les cadres légaux encadrant les soins somatiques sans consentement, le cas de M. N., patient refusant le traitement d'un cancer, ayant soulevé une réelle question éthique pour l'ensemble de l'équipe soignante responsable de sa prise en charge.

PARTIE 1 : VULNERABILITE DU PATIENT EN PSYCHIATRIE, ASPECTS SOCIAUX ET MEDICAUX

1. Le patient souffrant de schizophrénie : un patient vulnérable

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme un état de complet bien être, physique mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Les patients souffrant de pathologie mentale et notamment de schizophrénie sont, de fait, des personnes considérées comme « malades ». Si la présence de maladie n'est pas suffisante pour définir un mauvais état de santé, comme précisé par l'OMS, on constate cependant que ces patients présentent, du fait de leur pathologie, des difficultés à obtenir cet état de bien être physique, mental et social évoqué par l'OMS. Nous allons développer ici les différents aspects de la vulnérabilité des patients souffrant de schizophrénie. S'il est aisé de comprendre que l'état de bien être mental est difficilement obtenu chez ces patients, on oublie trop souvent que ce sont des personnes présentant une vulnérabilité sociale et somatique. Nous évoquerons donc ici ces deux derniers points, trop souvent occultés.

1.1. Vulnérabilité sociale

1.1.1. Logement

1.1.1.1. La pathologie mentale comme facteur de risque d'être Sans Domicile Fixe

Dans un rapport publié en 2007 (4), la Cour des Comptes rappelait qu'en 2001, en France, 63 500 adultes et 16 000 enfants, vivaient sans disposer d'un domicile. Durant l'hiver 2011/2012, l'association Médecins du Monde réalisait une enquête concernant les personnes sans abri, rencontrées dans sept villes de France (Montpellier, Marseille, Toulouse, Strasbourg, Saint-Denis, Lyon et Grenoble) et pour lesquelles un appel au 115 avait été effectué dans le cadre d'une demande d'hébergement d'urgence (5). Sur les 213 personnes pour lesquelles un signalement avait été fait par les équipes de Médecins du Monde, 123

(58%) n'ont pu être hébergées. Parmi ces 123 personnes restées sans abri, 43% étaient des personnes malades dont 12,5% présentaient une pathologie psychiatrique. Nous nous sommes donc intéressés aux facteurs de risque de devenir SDF pour les patients souffrant de schizophrénie ainsi qu'aux conséquences d'une absence de logement chez ces patients et aux interventions pouvant leur être proposées afin de les maintenir dans un logement stable.

1.1.1.2. Facteurs associés au risque de devenir SDF chez le patient souffrant de schizophrénie

La pathologie mentale et le fait d'être SDF sont deux facteurs pourvoyeurs de marginalisation et d'exclusion sociale. On peut alors aisément imaginer que ces deux facteurs se potentialisent lorsqu'ils sont associés. Afin de mener des politiques de prévention auprès de nos patients en santé mentale, il convient de connaître les facteurs de risque associés au fait de devenir SDF chez ces patients. En 1994, Caton et collaborateurs publient dans l'*American Journal of Public Health*, une étude portant sur cette question (6). Il s'agissait d'une étude cas-témoins, incluant 200 patients souffrant de schizophrénie, diagnostiquée selon les critères du DSM III-R (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3^{ème} version Révisée) dont 100 étaient SDF et 100 étaient non SDF et n'avaient jamais expérimenté « la rue ». Des cliniciens entraînés faisaient passer les échelles suivantes aux patients : la *Los Angeles Social Attainment Scale* (échelle explorant le fonctionnement antérieur à la pathologie) ; la *Positive and Negative Syndrome Scale* (échelle explorant les symptômes positifs et négatifs de la pathologie) ; la *SCID (Structure Clinical Interview for Disorders)* pour l'évaluation des consommations de substances psychoactives et la *SCID II* pour celle des comportements antisociaux ; la *Community Care Schedule* pour l'évaluation de la viabilité et de la sécurité de l'environnement familial dans l'enfance ; une échelle de compétence familiale et enfin, une évaluation de l'utilisation des services de santé. Les auteurs comparaient, entre les deux groupes, la maladie, l'environnement familial, et l'utilisation des services de santé. Les résultats montraient que par rapport aux patients non SDF, les patients SDF étaient plus susceptibles d'abuser de substances psychoactives autres que l'alcool, présentaient plus de symptômes positifs et souffraient davantage de troubles graves de la personnalité de type antisocial. Au niveau familial, les auteurs notaient un index de désorganisation familiale plus élevé chez les SDF avec un support familial moins étayant. Concernant l'utilisation des services de santé, l'adhésion au traitement était identique entre les deux groupes mais le

temps passé avec le même thérapeute était significativement moins long chez les patients SDF en comparaison aux non SDF. Etant donnés ces résultats, les auteurs concluent qu'une meilleure identification des populations les plus à risque pourrait contribuer à des stratégies de prévention efficaces.

1.1.1.3. Prévention du risque de devenir SDF chez les patients en santé mentale

En 1998, Herman et collaborateurs publient une étude dans l'*American Journal of Psychiatry* rendant compte du taux de SDF chez les patients hospitalisés pour un premier épisode psychotique (7). Dans cette étude, les auteurs recrutaient des patients primo-hospitalisés dans un hôpital psychiatrique à New-York aux Etats-Unis, et les suivaient pendant 2 ans. Parmi eux, 15% avaient déjà été SDF avant l'inclusion et 7% le sont devenus durant le suivi. Les auteurs concluaient alors à la nécessité d'une prise en charge adaptée pour les patients SDF.

En 2004, une étude Australo-néo-zélandaise (8) menée par Herrman et collaborateurs retrouvait une prévalence élevée de patients souffrant de trouble psychotique parmi les SDF avec une prévalence vie entière de 42%, la plupart des patients ayant déjà des contacts avec les services de santé. Il semble alors primordial d'améliorer l'aide proposée aux patients.

En février 1997, Susser et collaborateurs publient, dans l'*American Journal Public Health* (9), un essai contrôlé randomisé, mené aux Etats-Unis, dans la ville de New-York, comparant le programme de prise en charge sociale usuelle et un programme de prise en charge intensive pour la prévention du risque de rester SDF chez des patients sortant de structures d'hébergements. Les auteurs rappelant qu'aux Etats-Unis, les patients souffrant de schizophrénie ont 25 à 50% plus de risque d'être SDF que la population générale, la nécessité de mise au point d'une prise en charge efficace s'avère un enjeu de santé publique. Les auteurs ont réalisé un essai contrôlé randomisé incluant 96 patients hommes souffrant de troubles psychotiques ou de trouble bipolaire de l'humeur, sortant d'institution psychiatrique et orientés dans une structure d'hébergement d'urgence et dont l'objectif étaient d'intégrer un foyer. L'objectif de l'étude était de comparer un nouveau programme de réinsertion appelé CTI (*Critical Time Intervention*) et le programme habituel ou USO (*Usual Services Only*). Les patients ont été recrutés entre 1991 et 1993, chaque groupe comportant 48 patients. Le temps total d'intervention pour les deux programmes était de 18 mois. Le programme CTI était réparti en 4 phases. La première phase, du premier au troisième mois, consistait en une

phase d'accommodation où les patients et leurs proches bénéficiaient d'une prise en charge intensive, tant au niveau administratif que relationnel. La seconde phase, du quatrième au septième mois était dévolue à l'observation de la mise en place des règles sociales de base. La troisième phase, les huit et neuvième mois, servait à reprendre les règles de vie sociale et clôturer la fin de la période de prise en charge intensive. Durant la quatrième phase, les neuf derniers mois, les patients bénéficiaient du programme d'intervention habituel. Le programme d'intervention habituel (USO) était composé dans les trois premiers mois de réunions avec le personnel du lieu d'hébergement où les patients et leurs proches étaient assistés dans leur demande de foyer puis, du quatrième au septième mois, d'une aide téléphonique. Après que les patients aient été logés en hébergement d'urgence, ils étaient répartis entre les deux groupes à savoir le groupe CTI ou le groupe USO. Les résultats montraient que le nombre de nuits passées dans la rue sur les 18 mois de suivi était de 30 pour les patients du groupe CTI et 91 pour les patients du groupe USO ($p = 0,003$; IC 95% -110 – -19). Dans le groupe CTI, 21% des patients avaient passés plus de 54 nuits dans la rue contre 40% du groupe USO ($p = 0,045$; IC 95% 0,27 – 1,01). Enfin, le risque d'être SDF était plus bas pour le groupe CTI que pour le groupe USO ($p = 0,03$). Ainsi, on constate qu'il est possible de mener des programmes, réalisables facilement et peu couteux, permettant de limiter l'absence de logement des patients souffrant de pathologie mentale.

Enfin, l'obtention d'un logement participant à l'amélioration de la qualité de vie qui elle-même est un facteur d'amélioration de la symptomatologie psychiatrique, comme précisé par Browne dans une méta analyse publiée en 2007 (10), il semble primordial d'accompagner de façon intensive nos patients dans leurs démarches sociales.

1.1.2. Emploi

Des estimations européennes rapportent un taux d'emploi de l'ordre de 8 à 35% chez les patients souffrant de schizophrénie, taux qui serait associé à des facteurs individuels tels que le fait d'avoir déjà eu un emploi et des facteurs liés à la maladie telle que la sévérité du trouble. En 2007, Marwaha et collaborateurs publient dans le *British Journal of Psychiatry*, une étude de cohorte européenne menée sur deux ans, en France (Lille, Lyon, Clermont-Ferrand, Marseille, Toulon), en Allemagne (Leipzig, Altenburg, Hemer, Werdhol, Epingen) et au Royaume-Uni (comté de Leicestershire, Londres), incluant des patients âgés de 18 à 24 ans souffrant de schizophrénie diagnostiquée selon les critères DSM-IV (*Diagnostic and*

Statistical Manual of Mental Disorder, 4^{ème} édition) (11). Étaient exclus de l'étude, les patients Sans Domicile Fixe (SDF) et les patients ayant été hospitalisés dans les 12 mois précédant l'inclusion. Les données concernant l'emploi étaient obtenues à partir de la *Lehman Quality of Life Interview* (12), qui renseignait les auteurs sur l'existence d'un emploi et la nature de celui-ci. Au total 1208 patients ont été inclus, 288 en France, 302 au Royaume-Uni et 618 en Allemagne. Parmi eux, 64,6% étaient des hommes, âgés en moyenne de 40 ans. Le statut marital et les conditions de vie différaient entre les trois pays. Les patients recrutés en France étaient parmi les plus symptomatiques avec un score à la *Positive And Negative Syndrome Scale for Schizophrenia* (PANSS) de 71 contre 56 en Allemagne et 48 au Royaume-Uni. Sur les 1208 patients inclus, 21,5% avaient un emploi. Ce taux était variable entre les sites et les auteurs retrouvaient un emploi pour 11,5% des patients français (contre 62,2% de la population générale), 12,9% des patients au Royaume-Uni (contre 71% de la population générale) et 30,3% des patients Allemands (contre 65,4% de la population générale). La proportion de patients pouvant subvenir seuls à leurs besoins grâce à leur emploi, c'est-à-dire sans bénéficier d'aide sociale, était de 7,6% en France, 8,9% au Royaume-Uni et 11,8% en Allemagne. Les emplois les plus fréquents étaient les emplois dits « peu qualifiés » tel que technicien de surface (24% en France, 28 au Royaume-Uni et 22% en Allemagne) et les métiers d'artisans spécialisés (15% en France, 18% au Royaume-Uni et 8% en Allemagne). La proportion de patients ayant des postes à hautes responsabilités comme manager ou cadre supérieur était faible avec 0% parmi les patients français et allemands et 3% pour les patients anglais. Les auteurs remarquaient également que le taux d'emploi chez les patients souffrant de schizophrénie était significativement associé au lieu de résidence, au fait d'avoir ou non un diplôme, aux conditions de vie, à l'existence d'un mésusage d'alcool, au taux d'emploi de la population générale dans le secteur de résidence, à la sévérité des symptômes psychotiques positifs ou négatifs et à l'évolution de la maladie.

Ainsi les auteurs mettent en évidence, à l'échelle européenne, que les patients souffrant de schizophrénie présentent une inégalité face à l'emploi, par rapport à la population générale. Ils sont en effet moins souvent employés et ont des emplois le plus souvent peu rémunérés les empêchant de subvenir seuls à leurs besoins.

En France, les patients souffrant de pathologie mentale peuvent bénéficier du Statut d'Adulte Handicapé (SAH) donnant droit à l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) mais également à la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH). On peut alors penser que ce statut particulier permet une meilleure insertion des patients en milieu professionnel.

En 2010, Verdoux et collaborateurs publient dans la revue *l'Encéphale* une étude de cohorte prospective s'intéressant au devenir professionnel de patients souffrant de schizophrénie, dans les deux ans suivant l'obtention du statut d'adulte handicapé (13). Ce travail portait sur 121 patients, recrutés de janvier à novembre 2006, souffrant de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif et pour lesquels était effectuée une première demande de SAH. Le recueil d'information avait lieu lors de la visite d'évaluation médicale avec le médecin psychiatre de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) qui posait le diagnostic psychiatrique. A l'issue de cette visite, une psychologue recueillait de manière standardisée, des informations sur les données socio-démographiques, cliniques, et sur le parcours professionnel des patients. A deux ans de l'inclusion, les auteurs évaluaient, d'une part le devenir socio-professionnel des patients et, d'autre part, les aides techniques et institutionnelles visant à favoriser l'insertion professionnelle comme par exemple, l'aide apportée par l'Agence Nationale Pour l'Emploi (ANPE), le réseau de placement spécialisé Cap Emploi, les foyers de réadaptation, les aides émanant de l'entourage ou de l'équipe soignante ainsi que les démarches effectuées par le patient lui-même. Parmi les 108 patients pour lesquels le devenir professionnel était documenté, 41,7% avaient eu au moins une activité professionnelle et les sujets bénéficiant d'une RQTH étaient quatre fois plus susceptibles d'avoir eu une activité professionnelle en comparaison à ceux qui n'en bénéficiaient pas (66,7% vs 33,3% ; OR ajusté – 3,9 ; IC 95% 1,3 – 11,3 ; $p < 0,01$). Pour 83 patients, les auteurs avaient pu recueillir des informations détaillées sur l'activité professionnelle et les aides reçues afin de favoriser leur accès à l'emploi. En ce qui concerne l'activité professionnelle, la plupart des emplois exercés correspondaient à des emplois peu ou pas qualifiés, 23,6% des patients avaient un emploi en intérim et seuls six patients bénéficiaient d'un Contrat à Durée Indéterminée (CDI). En ce qui concerne les aides reçues pour l'insertion professionnelle, seuls 44,6% des patients rapportaient avoir reçu de l'aide, quelle qu'en soit l'origine, et les patients bénéficiant d'une RQTH étaient plus susceptibles de recevoir de l'aide dans la recherche d'emploi que ceux qui n'en bénéficiaient pas (68,8% vs 38,8% ; OR ajusté – 3,3 ; IC 95% 1,02 – 10,8 ; $p = 0,05$). Les auteurs constatent donc, comme attendu, que l'insertion professionnelle reste difficile pour les patients souffrant de schizophrénie. Cependant, et contrairement aux idées reçues, l'attribution du SAH chez les patients souffrant de schizophrénie n'a pas, au regard de cette étude, d'effet dissuasif en ce qui concerne la recherche d'emploi. Par ailleurs, les personnes bénéficiant d'une RQTH ont un meilleur niveau d'insertion que celles qui n'en bénéficient pas. Il semblerait donc que cette aide ait un effet bénéfique sur l'insertion professionnelle des

patients souffrant de schizophrénie. Cependant, les auteurs précisent que les emplois auxquels ces patients ont accès sont peu qualifiés et souvent peu stables. Se pose alors la question du bénéfice réel de cette insertion professionnelle, qui reste précaire.

Ainsi, par rapport à la population générale, les patients souffrant de schizophrénie présentent une vulnérabilité face à l'emploi, tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif. En France, les aides mises en place semblent améliorer l'accès à l'emploi, mais seulement d'un point de vue quantitatif. Si la réinsertion sociale peut passer par l'obtention d'un emploi, la trop fréquente instabilité et précarité des emplois obtenus par nos patients peuvent s'avérer un réel facteur de stress, qu'il faudrait alors peut être réduire en accompagnant le patient vers un abandon de sa recherche d'emploi.

1.1.3. Violence

Les patients souffrant de schizophrénie sont reconnus comme étant une population à risque de comportements violents. Il est en effet rapporté un risque de violence multiplié par 2 à 7 par rapport à la population générale (14). Cette augmentation du risque de violence, souvent médiatisée, entraîne une stigmatisation de ces patients qui risquent cependant moins d'être auteurs que victimes de violences. En effet, les patients souffrant de schizophrénie sont plus susceptibles d'être victimes de violence par rapport à la population générale, et ce, indépendamment de leur propre violence (15). Ce risque est par ailleurs augmenté en cas de comorbidités addictives, de trouble grave de la personnalité associé, d'antécédent de violence subie, d'âge jeune, de précarité et d'isolement social et dans les premières années suivant le diagnostic (16). Ainsi, on constate que si la dangerosité du patient souffrant de schizophrénie est connue et même surmédiatisée, la vulnérabilité de ces patients, quant au risque d'être victimes d'agression semble oubliée voire négligée.

1.2. Vulnérabilité médicale : la santé mentale comme un frein à la santé physique ?

1.2.1. La pathologie mentale : facteur de risque d'altération qualitative et quantitative des soins somatiques

Une méta-analyse publiée en 2007 concernant la mortalité des patients souffrant de schizophrénie rapportait un ratio standardisé de mortalité de 2,5, toutes causes de mortalité

confondues, par rapport à la population générale. Elle regroupait 37 études de 25 pays différents, publiées entre le 1^{er} janvier 1980 et le 31 janvier 2006. Les ratios standardisés de mortalité étaient identiques, que les patients soient des hommes ou des femmes (17). Si l'on constate que le ratio standardisé de mortalité est plus élevé chez les patients souffrant de schizophrénie, il semble indispensable d'en connaître les raisons.

Crump et collaborateurs ont publié en 2013 une étude de cohorte concernant les comorbidités et la mortalité des patients souffrant de schizophrénie (18). Cette étude, conduite à partir de données des registres nationaux suédois, portait sur une cohorte de 6 097 834 adultes de plus de 25 ans, dont 8277 souffraient de schizophrénie. Cette cohorte a été suivie pendant 7 ans, de 2003 à 2009. Les comorbidités étudiées étaient l'hypertension artérielle, les pathologies cardiaques ischémiques, les cancers, les accidents vasculaires cérébraux (AVC), le diabète de type 2, les dyslipidémies, les pneumopathies, les broncho-pneumopathies obstructives et les pathologies hépatiques. Les auteurs comparaient les résultats pour les patients souffrant de schizophrénie à ceux obtenus pour le reste de la population d'étude. Les variables d'ajustement étaient d'une part les caractéristiques sociodémographiques des populations étudiées à savoir l'âge, le statut marital, le niveau d'étude, l'existence ou non d'une activité professionnelle et les revenus et, d'autre part, l'usage de substances psychoactives. Concernant l'étude des comorbidités, les auteurs notaient que les patients souffrant de schizophrénie avaient, par rapport aux personnes indemnes de ce trouble, un risque de diabète 2,2 fois plus élevé pour les femmes (IC 95% 2,05 - 2,48) et 1,8 fois plus élevé pour les hommes (IC 95% 1,7 - 2,02). En revanche, on ne retrouvait pas un risque plus élevé de pathologies cardiaques ischémiques, d'hypertension artérielle, de dyslipidémie, de pathologies hépatiques ou de cancer chez les patients souffrant de schizophrénie.

En ce qui concerne l'étude de la mortalité, les résultats montraient que les hommes souffrant de schizophrénie avaient une espérance de vie réduite de 15 ans (âge moyen de décès de 62,6 ans contre 77,6 ans en population générale) et les femmes de 12 ans (âge moyen de décès de 70,5 ans contre 82,5 ans en population générale) par rapport à la population générale. Cette diminution de l'espérance de vie ne pouvait s'expliquer exclusivement par les causes de décès « non naturelles » à savoir les accidents et les suicides. En effet, si l'on s'intéressait uniquement aux causes « naturelles » de décès, on retrouvait une espérance de vie diminuée de 10,5 ans pour les femmes souffrant de schizophrénie, et de 13,1 ans pour les hommes souffrant de schizophrénie, en comparaison à la population générale. En ce qui concerne les causes dites naturelles de décès, les patients souffrant de schizophrénie avaient un risque plus élevé de décès lié à une pathologie cardiaque ischémique, un AVC, un diabète,

une pathologie pulmonaire ou un cancer que la population générale. Les deux principales causes de décès retrouvées étaient les cardiopathies ischémiques et les pathologies cancéreuses en particulier les cancers du poumon, du sein et du colon. Parmi les personnes décédées des suites d'une pathologie cardiaque ischémique ou d'un cancer, les patients souffrant de schizophrénie étaient moins susceptibles de bénéficier d'un diagnostic précoce, défini par un diagnostic posé plus de 30 jours avant le décès du patient. En effet, concernant les pathologies ischémiques cardiaques seuls 26,3% des patients souffrant de schizophrénie étaient diagnostiqués précocement contre 43,7% de la population générale ($p < 0,001$). Pour les pathologies cancéreuses on retrouvait un diagnostic précoce pour 73,9% des patients souffrant de schizophrénie contre 82,3% pour la population générale ($p = 0,005$). Les auteurs ne rapportaient pas de différences sociodémographiques entre les patients souffrant de schizophrénie ayant bénéficié d'un diagnostic précoce et ceux qui n'en avaient pas bénéficié. Ainsi, à travers cette étude, on constate que l'augmentation de la mortalité des patients souffrant de schizophrénie par rapport à la population générale serait davantage liée à un « défaut de soins » somatiques qu'à de plus fréquentes comorbidités somatiques.

Ce constat était également fait par Kisely et collaborateurs qui publiaient en 2009 une étude de cohorte rétrospective dans le *British Journal of Psychiatry* dans laquelle ils s'intéressaient au traitement des pathologies ischémiques cardiaques et neurologiques chez les patients souffrant de schizophrénie (19). Cette étude incluait les données administratives de 65 039 patients canadiens, sur une période de 6 ans, de 1995 à 2001, hospitalisés pour la prise en charge d'une ischémie cardiaque ou d'un AVC. Pour ces patients, les auteurs recherchaient l'existence d'un diagnostic de trouble psychotique posé par un psychiatre, dans l'année précédant l'admission pour un accident vasculaire cardiaque ou neurologique. Pour les patients admis pour un accident vasculaire cardiaque, les procédures étudiées étaient la cathétérisation droite ou gauche, l'angioplastie coronaire avec ou sans pose de stent et le pontage aorto-coronarien. Pour les patients de plus de 65 ans, les auteurs s'intéressaient également aux prescriptions médicamenteuses dans les 90 jours suivant la sortie de l'hôpital et notamment aux traitements permettant de réduire la morbidité et la mortalité suivant un accident vasculaire cardiaque à savoir les bêta bloquants, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, les statines, les antagonistes des récepteurs à l'angiotensine et les anti agrégants plaquettaires. Pour les patients admis pour un AVC, les auteurs s'intéressaient à deux procédures à savoir l'artériographie cérébro-vasculaire et l'endartériectomie carotidienne. En ce qui concerne les patients de plus de 65 ans, les auteurs relevaient les traitements prescrits dans les 90 jours suivant l'hospitalisation tels que les antiagrégants plaquettaires et les

coumariniques. Ils comparaient ensuite, pour les pathologies ischémiques cardiaques et neurologiques, les traitements administrés entre le groupe « trouble psychotique » et le groupe « absence de trouble psychotique » incluant les autres troubles psychiatriques, puis, entre le groupe « trouble psychotique » et le groupe « absence de trouble psychiatrique ». Dans cette étude, 49 248 patients avaient été admis pour une pathologie ischémique cardiaque. Le taux de mortalité totale était de 8% à 28 jours et 12% à 1 an. 20% des patients avaient bénéficié d'une cathétérisation à un an, 7% d'une angioplastie coronaire percutanée et 9% d'un pontage aorto-coronarien. Parmi ces patients, 11 139, soit 23%, avaient eu un contact avec les services de psychiatrie et un diagnostic de trouble psychotique avait été porté pour 3% d'entre eux. Les patients ayant un antécédent de trouble psychotique avaient des taux de mortalité à 28 jours et à un an supérieurs à ceux ne souffrant pas de troubles psychotiques (OR respectivement 1,56 (IC 95% 1,32-1,86) et OR = 1,27 (IC 95% 1,09-1,48) ; p = 0,002). Ils étaient également moins susceptibles de bénéficier d'une des trois procédures de revascularisation par rapport aux patients ne souffrant pas de trouble psychotique (OR = 0,46 (IC 95% 0,38-0,58) pour les cathétérisations cardiaques ; OR = 0,41 (IC 95% 0,29-0,59) pour l'angioplastie et OR = 0,35 (IC 95% 0,25-0,49) pour le pontage aorto-coronarien ; p<0,0001). Les données concernant les traitements médicamenteux de l'ordonnance de sortie ont été recueillies pour 27 629 patients âgés de plus de 65 ans. Les patients souffrant de troubles psychotiques (n=893) étaient moins susceptibles de se voir prescrire des bêta bloquants ou des statines que la population générale ou les patients souffrant d'autres troubles psychiatriques.

En ce qui concerne les AVC ischémiques, ils ont conduit à l'hospitalisation de 15 791 patients. Les taux de mortalité tous patients confondus étaient de 5% à 28 jours et 10% à un an. Parmi ces patients, 23% avaient des antécédents psychiatriques et pour 4% d'entre eux, il s'agissait de troubles psychotiques. Les patients souffrant de trouble psychotique avaient des taux de mortalité plus élevés à 28 jours et à 1 an (OR respectivement de 1,41 (IC 95% 1,00-1,98) et 1,49 (IC 95% 1,17-1,98) ; p = 0,001). Par ailleurs, ils étaient moins susceptibles de bénéficier de procédures de revascularisation et de traitements médicamenteux comme des antiagrégants plaquettaires et des coumariniques.

Ainsi, dans cette étude, on retrouve également une inégalité d'accès aux soins pour les patients souffrant de troubles psychotiques. Se pose alors la question des obstacles rencontrés par les patients souffrant de troubles mentaux dans leur parcours de soins somatiques.

1.2.2. Les raisons de la difficulté d'accès aux soins somatiques

1.2.2.1. Facteurs liés au patient

Au travers de la littérature, on s'aperçoit que la persistance de symptômes psychiatriques, liée par exemple à une mauvaise observance des traitements, peut être un facteur de risque de difficulté d'accès aux soins somatiques. En 2006, une étude de cohorte publiée dans *l'American Heart Journal* s'intéressait à l'observance d'un traitement médicamenteux par aspirine après un diagnostic de syndrome coronarien aigu selon que les patients présentent ou non des symptômes dépressifs (20). Parmi les 165 patients recrutés, 42,1% présentaient une symptomatologie dépressive persistante et sur les 3 mois de l'étude, le pourcentage de jours où le traitement était correctement pris était de 76,1% pour les patients ayant des symptômes dépressifs contre 89,5% pour les patients ne présentant pas de symptômes dépressifs ($p < 0,01$).

Selon Phelan, chez les patients souffrant de trouble psychotique, les troubles cognitifs, l'isolement social ou l'existence d'idées délirantes de persécution sont également des freins à l'adhésion aux soins et ce, d'autant plus que ces patients seraient moins susceptibles de rapporter spontanément des symptômes somatiques (21).

Le symptôme psychiatrique est donc doublement pourvoyeur de défaut de soins somatiques du fait, d'une part, d'un défaut d'observance et, d'autre part, du risque de retard diagnostique chez un patient qui n'exprimerait pas spontanément une plainte.

1.2.2.2. Facteurs liés aux soignants et à l'organisation des soins

1.2.2.2.1. Des soignants réticents ?

Dans un article publié en 2006 dans la revue *Health Affairs* les auteurs rapportaient que dans les établissements de santé mentale, les soignants semblent peu sensibilisés à la nécessité de rechercher une pathologie somatique chez leurs patients (22). Nous nous demandons alors si les patients perçoivent une négligence de leur santé physique de la part des soignants et, si ce phénomène est objectivé, les raisons de cette apparente négligence.

En juin 2014, *l'International Journal of Social Psychiatry* publie une étude sur la stigmatisation et les discriminations perçues par les patients souffrant de schizophrénie, dans le cadre des soins de santé mentale et physique (23). Dans cette étude transversale, on comptait 777 patients atteints de schizophrénie, recrutés dans 27 pays affiliés au réseau de recherche INDIGO (24). La discrimination était mesurée à l'aide de la *Discrimination and*

Stigma Scale (DISC), échelle comprenant 36 items et trois sous échelles à savoir l'expérience de discrimination positive, l'expérience de discrimination négative et la discrimination anticipée. Les résultats montraient que plus de 17% des patients rapportaient une discrimination dans le cadre de soins somatiques et plus de 38% d'entre eux ressentaient un manque de respect de la part du personnel de soins en santé mentale. Si les patients ressentent une discrimination de la part des soignants, on peut se demander s'il s'agit là uniquement d'une interprétation du patient ou s'il existe des réticences de la part de soignants face aux patients souffrant de pathologies mentales.

Dans un étude américaine publiée dans le *Psychiatric Rehabilitation Journal* en août 2014, les auteurs se sont intéressés aux attitudes des soignants vis-à-vis des patients souffrant de schizophrénie (25). Pour ce faire, ils recrutaient entre août 2011 et avril 2012, 541 soignants (67 infirmiers en psychiatrie, 62 psychiatres, 76 psychologues, 91 infirmiers de soins généraux et 55 médecins de soins généraux) dans 5 hôpitaux accueillant des vétérans. Les soignants étaient répartis en deux groupes, avec d'une part les « soignants en santé mentale » et, d'autre part, les « soignants en soins généraux ». Chaque participant devait remplir un questionnaire à partir de vignettes cliniques décrivant un patient avec ses caractéristiques démographiques et les attitudes qu'il pouvait adopter. Les vignettes cliniques étaient identiques sauf une qui représentait un patient souffrant de schizophrénie. Chaque participant ne répondait qu'à un seul questionnaire correspondant à un seul patient hypothétique avec ou sans diagnostic de schizophrénie. Les auteurs mesuraient les attitudes et les croyances stigmatisantes à l'aide de « l'échelle des caractéristiques stéréotypées » dans laquelle les soignants évaluaient les qualités qu'ils attribuaient au patient hypothétique. Des scores élevés indiquaient des attitudes plus négatives. Pour évaluer si les soignants étaient capables d'attribuer leur ressenti vis-à-vis du patient à des symptômes psychiatriques, les auteurs ont utilisé un questionnaire d'attribution. Six questions étaient posées aux répondants et cotaient de 1 (pas du tout) à 9 (beaucoup). Enfin, pour évaluer la distance sociale des soignants vis-à-vis des patients, les auteurs utilisaient des items issus de la *Bogardus Social Distance Scale*. Cette échelle comporte 6 items de situations de rapprochement social comme par exemple venir à côté de la personne ou passer une soirée avec elle. Les questions posées supposaient toutes que ce patient n'était pas soigné par le répondeur, chaque item commençant par : « en supposant que ce patient n'est pas le vôtre ». Chaque item de cette échelle était coté de 1 (« tout à fait prêt ») à 4 (« pas du tout prêt »).

Les résultats montraient que les soignants en soins généraux avaient plus d'attitudes stigmatisantes que les soignants en santé mentale, avec une différence moyenne de 5 points à

l'échelle des « caractéristiques stéréotypées » ($p < 0,001$). En revanche, dans les deux groupes, les auteurs retrouvaient une tendance à l'évitement d'un rapprochement social pour les vignettes de patients souffrant de schizophrénie. Pour expliquer cette stigmatisation des patients souffrant de schizophrénie par les soignants en soins généraux, on peut principalement évoquer leur manque de formation dans le domaine de la pathologie mentale et la rareté de leurs contacts avec ces patients, ce qui serait un facteur d'ancrage d'idées préconçues et donc de stigmatisation de la pathologie mentale.

Cette étude fait écho à une publication de juin 2012 dans la revue *l'Encéphale*, rapportant les premiers résultats français de l'étude internationale INDIGO dont l'objectif est d'évaluer l'impact d'un diagnostic de trouble schizophrénique sur la vie personnelle, sociale et professionnelle des patients en termes de discrimination (24). Dans cette étude participaient 732 patients issus de 28 pays et ayant rempli la DISC (*Discrimination and Stigma Scale*), échelle d'évaluation de la discrimination et de la stigmatisation. Les résultats montraient que 46% des patients ressentaient « *un sentiment de non-respect, d'humiliation et/ou d'injustice à cause de leurs contacts avec les équipes de santé mentale* ». Par ailleurs, 88% des patients avaient un vécu d'évitement et d'exclusion par les personnes connaissant leur diagnostic et 76% des patients ressentaient le besoin de cacher leur diagnostic.

1.2.2.2.2. Un parcours de soin mal adapté à la pathologie psychiatrique

En 2003, Levinson et collaborateurs publient une étude de cohorte prospective, menée de 2000 à 2001, évaluant la qualité du parcours de soins somatiques perçue par les patients en santé mentale, grâce à une échelle d'auto-évaluation des soins, la *Primary Care Assessment Tool* (PCAT) (26). A l'aide de la PCAT, les auteurs évaluaient quatre dimensions des soins à savoir, les soins au premier contact c'est-à-dire la capacité du praticien à orienter le patient dans le système de santé à chaque nouveau problème somatique, la continuité des soins reflétant la qualité de la relation médecin-malade au cours du temps, la qualité perçue de l'intégralité des soins et la coordination des soins. Plus le score à la PCAT était élevé, plus la qualité des soins reçus était perçue comme bonne par le patient. Les scores obtenus par les patients à la PCAT étaient ensuite comparés à ceux de la population générale. Sur les 59 patients retenus pour l'étude, 8 (14%) rapportaient ne pas avoir de source habituelle de soins somatiques. Parmi les 51 patients rapportant avoir une source de soins somatiques, 14% utilisaient les services d'urgence des centres hospitaliers et non un médecin traitant référent dont 32 patients n'étaient pas capables de donner le nom. En ce qui concerne la coordination

des soins, 40% des patients rapportaient une mauvaise communication entre les services de santé mentale et de médecine somatique et 39% rapportaient que les psychiatres ne les interrogeaient pas sur leur état de santé physique. Dans cette étude, les scores retrouvés à la PCAT étaient significativement plus bas qu'en population générale. Les auteurs ne trouvaient pas d'arguments pour affirmer que cette différence entre les patients en santé mentale et la population générale pouvait être en lien avec une réticence des patients quant aux soins somatiques. Les patients en santé mentale considèrent donc que le parcours de soin qui leur est proposé ne leur est pas adapté. Nous avons cherché à savoir s'il s'agissait là d'un simple ressenti de leur part ou si cela traduisait une réalité dans l'organisation du parcours de soin.

En 2008, et devant les résultats contradictoires de précédents travaux, Bradford et ses collaborateurs publiaient une étude explorant les difficultés rencontrées par les patients concernant leurs soins somatiques (27). Les auteurs suggérant que les résultats contradictoires des études précédentes étaient liés aux trop grandes disparités entre les populations étudiées, choisissaient de limiter ce biais en réalisant une étude comparative à partir des données des *National Health Interview Survey* (NHIS) et *National Health Interview Survey of Disability* (NHIS-D) (28). Le NHIS est une enquête nationale menée aux Etats-Unis, parrainée par les *Centers for Disease and Prevention*. Les enquêtes menées en 1994 et 1995 comportaient une section détaillée sur l'accès aux soins et sur le handicap (*disability*) incluant des questions centrées sur la recherche de diagnostics et de symptômes psychiatriques. A partir des données combinées de la NHIS et de la NHIS-D les auteurs constituaient un échantillon de 156 475 personnes de plus de 18 ans. Les variables dépendantes étudiées étaient : la présence ou non de soins médicaux dits primaires, la capacité à obtenir des soins médicaux en cas de besoin, l'arrêt des soins du fait de leur coût et l'incapacité à obtenir une ordonnance. Les variables indépendantes étaient : l'existence ou non d'un trouble psychiatrique, l'âge, le sexe, le groupe ethnique, le niveau d'éducation, le revenu et la présence d'une assurance maladie. Les troubles psychiatriques étaient regroupés en trois catégories : les troubles psychotiques incluant la schizophrénie et tous les autres troubles psychotiques non thymiques, le trouble bipolaire et le trouble dépressif majeur. Le groupe de référence était défini par les personnes ayant répondu par la négative à toutes les questions concernant les troubles mentaux. Les comorbidités addictives apparaissaient comme co-variables. En définitive, il existait quatre groupes d'étude : le groupe dit de référence, exempt de trouble mental ; le groupe « trouble psychotique » ; le groupe « trouble bipolaire » et le groupe « trouble dépressif majeur ». Les auteurs retrouvaient que les patients souffrant de trouble bipolaire et de troubles psychotiques étaient moins susceptibles de déclarer une source de soins médicaux primaire. Les patients

souffrant d'une pathologie mentale, quelle qu'elle soit, étaient également plus susceptibles de rencontrer des difficultés à mener leur parcours de soin par rapport aux personnes indemnes de trouble psychiatrique. En effet, même après ajustement sur les facteurs démographiques, les auteurs retrouvaient une augmentation du risque variant de 2,5 à 5 concernant l'arrêt des soins pour motifs financiers, l'incapacité à obtenir une ordonnance et l'incapacité à obtenir des soins. Ces résultats rendent compte du fait que les patients souffrant de troubles psychiatriques ont un défaut d'accès aux soins primaires et que le parcours de soin, tel qu'il est proposé à l'ensemble de la population, ne leur est pas adapté.

Ainsi, dans un rapport consacré au suivi du patient en santé mentale et adopté lors de la session nationale du Conseil national de l'Ordre des médecins de juillet 2001 (29), le Dr Bernard Monier, rapportait que « *dans la filière du patient présentant un trouble psychiatrique, rien n'est programmé pour articuler les deux disciplines de la psychiatrie et de la médecine somatique* ». En effet, l'initiative est laissée à chaque psychiatre de demander des consultations de médecine générale, de gynécologie ou de cardiologie. Le Dr Monier proposait donc de formaliser des articulations entre les acteurs de soins afin de créer un véritable réseau, cette formalisation devant passer, selon lui, par un contrat définissant le rôle et la responsabilité de chacun.

Les patients souffrant de pathologie mentale présentent une espérance de vie diminuée par rapport à la population générale. Les causes, nous l'avons vu, en sont multifactorielles. En effet, il existe des facteurs intrinsèques au patient tels l'existence de facteur de risque cardiovasculaire ou le défaut d'adhésion aux soins, mais également et surtout, des facteurs extrinsèques telle la stigmatisation de ces patients notamment dans les services de soins somatiques du fait de la mauvaise articulation entre les services de soins généraux et de santé mentale. Dans ce travail, nous avons choisi de nous intéresser plus spécifiquement à la prise en charge de la pathologie cancéreuse chez les patients souffrant de schizophrénie.

2. Schizophrénie et cancer : aspects épidémiologiques

Les cancers figurent parmi les principales causes de mortalité et de morbidité dans le monde. Le nombre de nouveaux cas devrait augmenter de 70% au cours des prochaines décennies. Environ 30% des décès par cancer sont dus à des facteurs de risque cardiovasculaires à savoir un Indice de Masse Corporelle (IMC) élevé, un manque d'activité

physique, une mauvaise hygiène alimentaire, un tabagisme actif et une consommation d'alcool (30). Le tabagisme est le facteur de risque le plus important entraînant 22% de la mortalité par cancer, le cancer du poumon représentant en 2012, 1,59 millions de décès. Les facteurs de risque de cancer les plus importants rapportés par l'OMS sont l'ensemble des facteurs de risque cardiovasculaires fréquemment retrouvés chez les patients souffrant de pathologie mentale et notamment de schizophrénie. On peut alors faire l'hypothèse que les patients souffrant de schizophrénie sont plus à risque de cancer que la population générale. Cependant, les études semblent controversées concernant l'incidence des pathologies néoplasiques dans cette population.

2.1. Incidence des pathologies néoplasiques chez les patients souffrant de schizophrénie

2.1.1. Incidence accrue

En 2009, Tran et collaborateurs publient une étude de cohorte dans *l'American Cancer Society*, s'intéressant à la mortalité par cancer chez les patients souffrant de schizophrénie (31). Dans cette étude, étaient suivis durant 11 ans, 3470 patients souffrant de schizophrénie issus de 122 établissements de psychiatrie en France. Les auteurs cherchaient à calculer le taux standardisé de mortalité par cancer, en comparaison à la population générale française. Durant les 11 ans de l'étude, 476 patients sont morts, dont 74 (46 hommes et 28 femmes) des suites d'une pathologie néoplasique, soit 2,2%. Si l'on considérait tous les types de cancer, le taux de mortalité était plus élevé chez les patients souffrant de schizophrénie, par rapport à la population générale. Le cancer du poumon était la localisation la plus fréquente chez les hommes souffrant de schizophrénie avec 23 morts (50%) par cancer du poumon sur les 46 hommes décédés durant l'étude. Les variables significativement associées au risque de mortalité par cancer du poumon étaient : être un homme ($p = 0,007$) ; être âgé de plus de 38 ans au moment de l'inclusion ($p = 0,0002$) ; être malade depuis plus de 10 ans ($p = 0,013$) ; être fumeur ($p = 0,0002$) ; fumer plus de dix cigarettes par jour ($p < 0,0001$) et fumer depuis plus de 5 ans ($p < 0,0001$). Pour les hommes souffrant de schizophrénie, les taux de mortalité par cancer, en comparaison à la population générale, étaient plus élevés pour les localisations pulmonaires (*Standardized Mortality Ratio* (SMR) = 2,2 ; IC 95% (1,6-3,3)), de la sphère oropharyngée (SMR = 5, IC 95% (2,1-12,0)), testiculaires (SM = 10 ; IC 95% (2,1-49,0)) et digestive (SMR = 10 ; IC 95% (3,3-30,6)). Selon cette étude, le risque de mortalité par cancer

du poumon est plus élevé chez les hommes souffrant de schizophrénie que dans la population générale.

En ce qui concerne les femmes souffrant de schizophrénie, le cancer le plus fréquent était le cancer du sein. Les variables significativement associées au risque de mortalité par cancer du sein étaient : être âgée de plus de 38 ans ($p = 0,005$) et fumer plus de 10 cigarettes par jour ($p = 0,02$). Les auteurs observaient également un taux de mortalité plus élevé pour les cancers du sein (SMR = 2,8 ; IC 95% (1,6-4,9)), du colon (SMR = 5,0 ; IC 95% (2,1-12,0)) et de l'estomac (SMR = 6,7 ; IC 95% (2,0-22,0)), en comparaison avec la population générale. Ils retrouvaient également un taux standardisé de mortalité par cancer une fois et demi supérieur chez les patientes souffrant de schizophrénie, par rapport à la population générale. Enfin, le taux standardisé de mortalité par cancer, tous cancers confondus, était significativement plus élevé chez les femmes souffrant de schizophrénie que chez les hommes, en comparaison avec la population générale. L'augmentation du risque de cancer du sein chez les patientes souffrant de schizophrénie est également retrouvée dans la méta-analyse de Catts et al (32) (Ratio Standardisé d'Incidence de 1,12 ; IC 95%, 1,02-1,23). Les auteurs émettent plusieurs hypothèses pour expliquer ce résultat. Tout d'abord, le retard diagnostique qui pourrait s'expliquer par une moindre attention portée par les patientes aux symptômes somatiques. D'autre part, les patientes souffrant de schizophrénie présenteraient plus volontiers des facteurs de risque de cancer du sein à savoir une nulliparité, une obésité, une mauvaise hygiène alimentaire et une hyperprolactinémie iatrogène en lien avec la prescription de neuroleptiques.

Concernant le risque de cancer du sein lié à une hyperprolactinémie induite par les neuroleptiques, on trouve peu d'informations dans la littérature. Une étude de Wang et collaborateurs, publiée en 2002 dans les *Archives of General Psychiatry* recherchait l'existence d'une corrélation entre l'exposition à des antagonistes dopaminergiques et le développement de cancer du sein (33). Les auteurs rappellent que les expériences menées chez l'animal montrent qu'un taux de prolactine accru peut provoquer une transformation maligne du tissu mammaire. Ils ont donc réalisé une étude de cohorte rétrospective cas-témoin incluant des femmes bénéficiant d'un traitement par antagoniste dopaminergique et n'ayant aucun antécédent de cancer du sein. Les témoins étaient des femmes bénéficiant d'un traitement autre qu'un antagoniste dopaminergique. Les 52 819 patientes utilisatrices d'un antagoniste dopaminergique étaient plus susceptibles, par rapport aux non utilisatrices, de présenter certains facteurs de risque de cancer du sein, comme par exemple l'obésité ; elles présentaient par contre moins de tumeurs mammaires bénignes par rapport aux groupe des

55289 patientes non utilisatrices d'antagoniste dopaminergique. Après ajustement sur les facteurs de confusion potentiels, les auteurs retrouvaient que l'utilisation d'antipsychotiques antagonistes dopaminergiques était associée à un risque modeste, mais significativement accru de développer un cancer du sein avec un risque relatif ajusté à 1,16 (IC 95% 1,07-1,26). Les auteurs pondèrent cependant leurs résultats, expliquant qu'ils pourraient être en lien soit avec un retard diagnostique (manque d'accès aux soins) soit par la méconnaissance d'un risque plus élevé de développer un cancer du sein (manque d'information concernant d'éventuels antécédents familiaux). Ils concluent en rappelant que si les implications cliniques de ces résultats restent limitées, ils doivent encourager les praticiens à proposer un dépistage systématique du cancer du sein à leurs patientes traitées par antagonistes dopaminergiques.

Comparés à la population générale, les patients souffrant de schizophrénie seraient donc plus susceptibles de développer des pathologies cancéreuses. Ce risque accru serait à mettre en lien avec une augmentation des facteurs de risque de cancer pour cette population. La réduction de la mortalité par cancer chez nos patients est donc un enjeu de santé publique. Elle passerait par la mise en place de politiques de santé adaptées (campagnes nationales de prévention) mais, aussi, par une pratique médicale quotidienne guidée par l'information, l'éducation et le dépistage, qu'ils soient délivrés par le médecin généraliste ou le psychiatre. C'est le sens des recommandations qu'a publiées le Dr Saravane en 2009 dans la revue *l'Encéphale*, concernant le suivi somatique des patients souffrant de pathologies mentales sévères. Il préconise en effet une surveillance des facteurs de risque cardiovasculaire, en particulier en cas de prescriptions d'antipsychotiques (34).

2.1.2. Incidence diminuée

L'hypothèse d'une diminution du risque de pathologie cancéreuse chez les patients souffrant de schizophrénie est apparue pour la première fois en 1909 lors de la *Commission of Lunacy for England et Wales* (35). Cohen et al (36) se sont intéressés à cette question et ont publié une étude comparative en 2002. Au travers des données de la *National Mortality Followback Survey* (NMFS), base de données permettant d'étudier, entre autres, la cause du décès ainsi que les tendances démographiques de la mortalité (37), ils ont cherché à déterminer le risque d'apparition de pathologies cancéreuses chez les patients souffrant de schizophrénie (n=130), par rapport à la population générale (n=18 603). Le critère de

jugement principal était le diagnostic de cancer, qui devait être établi, soit grâce à un certificat médical émanant d'un hôpital, soit à partir du certificat de décès. Les résultats montraient que le risque de diagnostic de cancer chez les patients atteints de schizophrénie était de 0,62 avec un intervalle de confiance à 95% compris entre 0,40 et 0,96. Après ajustement sur l'âge, le groupe ethnique, le sexe, l'état matrimonial, l'éducation, le tabagisme et l'hospitalisation dans l'année précédant la mort, les auteurs obtenaient un risque de 0,59 avec un intervalle de confiance à 95% compris entre 0,38 et 0,93. Ainsi, ils concluaient que les patients atteints de schizophrénie avaient un risque moindre de développer un cancer par rapport à la population générale. De plus, la force de cette association était augmentée après contrôle des différences entre les groupes à savoir l'âge, le statut socio-économique et le tabagisme. Plus étonnant encore, les auteurs mettaient en évidence une plus faible probabilité de diagnostic de cancer chez les patients souffrant de schizophrénie par rapport à la population générale, y compris en cas de tabagisme actif.

Pour expliquer ce phénomène, plusieurs hypothèses sont avancées dans la littérature. Tout d'abord, l'hypothèse environnementale, évoquée dans une étude de Mortensen et collaborateurs (38) menée de 1970 à 1987 sur l'incidence des cancers parmi une population de 9156 patients Danois souffrant de schizophrénie. Les auteurs retrouvaient une diminution de l'incidence des cancers chez les patients présentant un trouble psychiatrique, par rapport à la population générale. Cependant, ces patients ayant tous été recrutés alors qu'ils étaient hospitalisés, on peut supposer que ces résultats sont dus à l'environnement protégé dans lequel ils évoluaient. En effet, le milieu hospitalier leur garantissait une meilleure hygiène alimentaire, des soins somatiques plus accessibles, et une diminution d'exposition à d'éventuelles consommations de substances addictives.

La deuxième hypothèse proposée est celle de l'implication de facteurs génétiques qui seraient des facteurs de risque pour la schizophrénie mais protecteurs pour le développement de pathologies tumorales. Deux principaux axes de recherche illustrent cette théorie. Tout d'abord, le point de vue épigénétique (39) qui est celui d'une erreur de méthylation de l'Acide Désoxyribonucléique (ADN) en lien avec des anomalies innées du métabolisme de la méthionine. Selon certains auteurs, cette erreur de méthylation pourrait être à l'origine d'anomalies dans l'expression de certains gènes, responsables de l'apparition de la schizophrénie mais protectrices vis à vis du développement de tumeurs (40). L'autre axe de recherche est celui d'une anomalie de l'expression des gènes dits gènes suppresseurs de tumeurs. Ceux-ci codent pour des protéines permettant, telle la protéine P 53, de contrôler la croissance cellulaire via l'apoptose, afin d'éviter l'accumulation des mutations d'ADN (41).

Des travaux ont mis en évidence une augmentation de l'expression de cette protéine chez les patients souffrant de schizophrénie et leurs auteurs émettent donc l'hypothèse que c'est par ce biais qu'ils seraient davantage protégés vis-à-vis du risque de développer des tumeurs.

Si les données de la littérature semblent contradictoires en ce qui concerne l'incidence des pathologies cancéreuses chez les patients souffrant de pathologie mentale, force est de constater que ces patients présentent plus de facteurs de risque de cancer que la population générale. Nous avons donc choisi de développer les caractéristiques de leur prise en charge oncologique et, plus particulièrement, de celle des patients souffrant de schizophrénie.

3. Particularités de la prise en charge du cancer chez les patients souffrant de schizophrénie

3.1. Prévention

La prévention des pathologies cancéreuses est un enjeu de santé publique. Elle concerne donc l'ensemble de la population. La Haute Autorité de Santé (HAS) publie régulièrement des recommandations concernant le dépistage de ces pathologies. Certains dépistages comme par exemple celui du cancer du sein, sont organisés par les pouvoirs publics. Ainsi, sur l'ensemble du territoire français, et ce depuis 2004, les femmes âgées de 50 à 74 ans sont invitées à réaliser tous des deux ans et sans avance de frais, une mammographie avec une double lecture et un examen clinique des seins (42). Par ailleurs, les premiers acteurs du soin étant les médecins généralistes, l'Agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie met à disposition des praticiens des outils de bonnes pratiques afin de les orienter dans le dépistage de ces pathologies (43).

En ce qui concerne les patients souffrant de schizophrénie, si les données de la littérature restent controversées quant à l'incidence des pathologies cancéreuses, il est admis qu'ils sont plus à même de présenter des facteurs de risque de pathologies cancéreuses que le reste de la population. Ces facteurs de risque sont, pour la plupart, également des facteurs de risque cardio-vasculaire, première cause de mortalité chez les patients souffrant de schizophrénie, comme vu précédemment. Il est intéressant de constater que ces patients présentent plus de facteurs de risque que la population générale alors qu'ils sont censés bénéficier des mêmes politiques de prévention que le reste de la population. Cela suggère donc que les politiques de prévention actuelles ne seraient pas adaptées aux patients pris en charge en santé mentale.

Il n'existe actuellement aucune recommandation pour un dépistage adapté des pathologies cancéreuses chez les patients souffrant de schizophrénie. Nous nous demandons alors si les professionnels de santé mentale jouent un rôle dans le dépistage des cancers chez leurs patients.

Dans un article publié en 2011 dans *l'Information psychiatrique*, Thierry Danel et son équipe se sont intéressés à l'implication du dispositif de soins psychiatriques dans la santé physique des personnes souffrant de schizophrénie (44). Pour ce faire, ils se sont appuyés sur la documentation somatique des dossiers de patients hospitalisés en psychiatrie et atteints de schizophrénie. Cette étude a été menée dans 31 établissements de soins du Nord-Pas-de-Calais, par la Fédération régionale de recherche en santé mentale. Elle reposait sur l'organisation d'une consultation visant à repérer si la santé somatique était documentée dans les dossiers des patients souffrant de schizophrénie. Pour la réaliser, un groupe de travail composé de cadres de santé et d'usagers du dispositif de santé mentale avait élaboré une grille de recueil de données concernant la santé physique des patients souffrant de schizophrénie. L'objectif était de repérer, à partir de cette grille, dans les dix derniers dossiers d'hospitalisation des services audités, si la santé physique des patients était documentée. Ce questionnaire portait sur les données générales de prise en compte de l'aspect somatique de la santé, le repérage de facteurs de risque cardiovasculaires, la surveillance des traitements psychotropes, le repérage des cancers et la prise en compte des comorbidités addictives. Dix-huit établissements ont participé à cet audit croisé inter-hospitalier en 2009, audit incluant 171 femmes et 294 hommes dont 46% avaient moins de 40 ans. Parmi les services audités, 82,2% bénéficiaient de la présence d'un médecin somaticien. Les résultats d'un examen clinique somatique étaient consignés dans 72,7% des dossiers avec un bilan biologique présent dans 63,3% d'entre eux.

En ce qui concerne les pathologies cancéreuses, pour les 171 dossiers concernant des femmes, quel que soit l'âge, le repérage du cancer du col de l'utérus manquait dans 82,5% des dossiers et les antécédents familiaux de cancers du sein manquaient dans 89,5% des cas. Le dépistage du cancer du sein chez les 51 femmes âgées de plus de 50 ans n'apparaissait pas dans 74,5% des dossiers. Pour les 60 dossiers d'hommes âgés de plus de 50 ans, le dépistage du cancer de la prostate manquait dans 73,3% des dossiers. Pour 97% des dossiers des 382 patients fumeurs, aucun repérage de pathologies cancéreuses telles que le cancer du poumon et les cancers des voies aérodigestives n'était répertorié. Enfin, en ce qui concerne le cancer colorectal, les antécédents familiaux n'étaient pas documentés dans 94% des 465 dossiers et le repérage des patients de plus de 50 ans n'était pas mentionné dans 93,7% des cas. Pour ce

qui est de l'évaluation des habitudes de consommation, les conduites d'alcoolisation étaient mentionnées dans 25% des cas, une aide spécifique était proposée dans 20% des cas et les outils standardisés d'évaluation étaient employés dans 3,4% des cas (AUDIT et CAGE/DETA, Annexes 1 et 2). L'existence d'un tabagisme actif était recherchée dans 49% des cas avec une évaluation à l'aide d'outils standardisé dans 5,3% des cas (échelle de Fagerström, Annexe 3) et une aide était proposée au patient dans 37,3% des cas. Pour le cannabis, une évaluation était faite dans 22% des cas à l'aide d'outils standardisés d'évaluation dans 2,9% des cas (CAGE, Annexe 4) et une aide était proposée dans 25% des cas. Enfin, en ce qui concerne les habitudes alimentaires, 30% des dossiers contenaient une évaluation à l'aide d'outils standardisés dans 25% des cas et une aide était proposée dans 60% des cas. Ainsi, les auteurs concluaient à une insuffisance des dépistages des facteurs de risque de pathologies cardiovasculaires et cancéreuses et, également, à des manquements dans le dépistage des pathologies cancéreuses.

Si l'on peut invoquer la faible implication des patients souffrant de schizophrénie dans leur santé physique, il faut garder à l'esprit qu'ils présentent fréquemment des troubles cognitifs à l'origine de difficultés à initier, programmer et conduire les démarches de santé et notamment les dépistages recommandés. Les auteurs rappellent donc le rôle primordial des professionnels de santé mentale dans le dépistage et la prévention des pathologies somatiques et notamment cancéreuses. Enfin, ils insistent sur l'importance capitale d'une meilleure articulation entre psychiatres et somaticiens, et ce, dans l'intérêt des patients.

3.2. Soins somatiques curatifs

3.2.1. Les difficultés rencontrées par le patient souffrant de schizophrénie confronté à un cancer

Dans un article portant sur les caractéristiques et la prise en charge du patient psychotique en cancérologie et publié dans le *Bulletin du Cancer* en 2009, Reich et ses collaborateurs se sont intéressés aux difficultés éprouvées par ces patients face à une pathologie cancéreuse (45). Les auteurs relèvent quatre problèmes principaux.

Tout d'abord, ils évoquent la problématique en lien avec un retard diagnostique. En effet, les patients souffrant de schizophrénie peuvent différer la prise en charge de symptômes

somatiques, par déni ou défaut de perception des symptômes. Ce retard diagnostique peut également être en lien avec une négligence des soignants ou de l'entourage.

La seconde difficulté est celle de l'acceptation du soin par le patient. Les équipes peuvent ainsi être confrontées à un refus de soins, qu'il soit en lien avec un défaut de compréhension de la maladie par le patient ou à un déni du trouble. Dans le cadre de la prise en charge, les auteurs rapportent que les patients souffrant de schizophrénie, du fait d'une perception parfois modifiée de leurs symptômes somatiques, peuvent ne pas présenter les mêmes plaintes que les autres patients. Ainsi, pour cette population, les soignants seraient plus à risque de sous diagnostiquer des complications susceptibles d'engager le pronostic vital.

Enfin, les auteurs soulèvent le problème du suivi de ces patients qui, lorsqu'ils présentent une ambivalence voire une mauvaise adhésion vis-à-vis des soins, sont plus à risque de mauvaise observance thérapeutique ce qui limite alors l'efficacité des traitements instaurés pour lutter contre la pathologie cancéreuse. Les auteurs citent comme exemple l'interruption d'une chimiothérapie avant la fin du protocole préconisé. Il paraît donc primordial de proposer au patient souffrant de schizophrénie et atteint d'une pathologie cancéreuse, une prise en charge adaptée. Nous avons donc cherché à savoir s'il existait des recommandations quant à la prise en charge oncologique du patient souffrant de schizophrénie.

3.2.2. La prise en charge oncologique des patients souffrant de schizophrénie

3.2.2.1. Annonce du diagnostic

Il existe actuellement des recommandations concernant l'annonce diagnostique de cancer. Elles concernent l'ensemble de la population et sont intégrées dans le plan cancer (46). Le dispositif d'annonce se construit autour de quatre temps. Tout d'abord, le temps médical correspondant à une ou plusieurs consultations dédiées à l'annonce du diagnostic et aux propositions de stratégies thérapeutiques. De ce temps médical doit résulter la mise en place d'une stratégie thérapeutique sous forme d'un programme personnalisé de soin, proposé après une réunion de concertation pluridisciplinaire, que le patient est invité à signer s'il l'accepte. Le second temps consiste en un accompagnement soignant. Il concerne le patient et son entourage et est réalisé par tous les acteurs de la prise en charge, qui peuvent informer,

reformuler et orienter le patient vers un psychiatre ou un psychologue. Le troisième temps est celui de la proposition d'accès à une équipe impliquée dans les soins de support, si le patient le souhaite. Enfin, le quatrième temps est celui de la coordination des soins avec la médecine de ville.

La mise en œuvre de ce dispositif d'annonce fait partie intégrante des soins et donne lieu à une évaluation annuelle dans chaque établissement. Dans ce dispositif national, il n'est pas prévu de mise en place de stratégies spécifiques pour les patients souffrant de pathologie psychiatrique et notamment, de schizophrénie. En février 2014, l'Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support (AFSOS) publie un référentiel sur les troubles psychotiques en cancérologie (47). Concernant l'annonce du diagnostic de cancer chez les patients souffrant de trouble psychotique, les auteurs conseillent conjointement à celle-ci, de réaliser, en concertation avec les équipes de psychiatrie, une évaluation des troubles cognitifs présentés par le patient et de sa capacité à décider et à identifier les personnes ressources (infirmiers de secteur, psychiatre, psychologue).

3.2.2.2. Prise en charge initiale et suivi en oncologie du patient souffrant de schizophrénie

En Février 2014, l'AFSOS publie un référentiel interrégional concernant la prise en charge des patients souffrant de troubles psychotiques en cancérologie (47). Ce référentiel s'adressant en premier lieu aux oncologues, les auteurs rappellent tout d'abord ce qu'est la pathologie psychotique, le diagnostic positif et les diagnostics différentiels à évoquer systématiquement. Ils abordent ensuite la prise en charge des patients souffrant de trouble psychotique en cancérologie.

En début de prise en charge, les auteurs recommandent que soit pratiquée une évaluation psychiatrique de façon systématique et ce même en l'absence de décompensation de la pathologie psychiatrique. Ils insistent sur la nécessité, dès le début de la prise en charge, de convier le psychiatre aux Réunions de Concertations Pluridisciplinaires (RCP) afin que l'équipe de santé mentale soit d'emblée associée à l'équipe somatique. Le but de ce travail collégial est, entre autres, d'établir une relation de confiance avec le patient et de pouvoir évaluer sa compréhension et adapter le cas échéant le discours soignant afin de lui assurer des soins adaptés et d'obtenir pour ce faire, son consentement éclairé. Enfin, il incombe aux soignants en santé mentale d'informer et de sensibiliser les équipes de cancérologie sur le

trouble psychiatrique présenté par le patient, l'objectif étant toujours de lui garantir les mêmes soins qu'à la population générale.

En ce qui concerne le suivi du patient psychotique en oncologie, les auteurs préconisent des réunions régulières avec l'équipe soignante afin d'évoquer les difficultés rencontrées dans la prise en charge et les éventuelles réticences de l'équipe vis à vis de ce patient. Reich et collaborateurs, dans leur article publié en 2009 sur les caractéristiques et la prise en charge du patients psychotique en cancérologie évoquent cette réticence ainsi (45) : « *L'intrusion de la « folie » au sein d'une structure supposée rationnelle dans son mode opératoire et parfois pourvue d'une haute technicité (...) suscite de multiples interrogations au sein des équipes soignantes (...) De même, les médecins rapportent éprouver un sentiment d'impuissance face à l'éventuel hermétisme, voire au mutisme de cet « étrange » patient, et de l'inquiétude pour leurs équipes* ». En ce qui concerne les intervenants auprès du patient, les auteurs préconisent, autant que faire se peut, de désigner un médecin et un infirmier référents pour les examens cliniques et les soins somatiques quotidiens. Ces référents permettront également de garantir une information de qualité au patient tout au long de sa prise en charge somatique.

3.2.2.3. Traitements psychiatriques et oncologiques

Dans son référentiel, l'AFSOS (47) évoque les prescriptions d'antipsychotiques en oncologie. Pour eux, dans le cas d'un patient souffrant d'un trouble psychotique bien stabilisé, il n'y a pas lieu de modifier ou d'arrêter le traitement s'il est efficace et bien toléré. Les auteurs, qui rappellent les surveillances recommandées pour tout traitement antipsychotique comme la surveillance hématologique, cardiaque et métabolique, apportent également des précisions sur les interactions entre antipsychotiques et agents anticancéreux. Ainsi, dans le cas de co-prescription d'agent anticancéreux et d'antipsychotiques, ils précisent qu'il existe une majoration des toxicités et effets secondaires hématologiques, cutanés et cardiaques, ainsi qu'une interaction médicamenteuse liée à des phénomènes d'induction ou d'inhibition au travers des voies métaboliques médiées par le cytochrome P 450. Par exemple, une association clozapine et antinéoplasiques myélosuppresseurs (taxanes, méthotrexate, cyclophosphamide, melphalan, procarbazine, sels de platine, inhibiteurs de la topoisomérase, trastuzumab) est à risque majeur d'agranulocytose par addition de l'effet myélosuppresseur de ces deux traitements (48).

Dans un article publié en 2002 dans le *Postgrad Medical Journal*, Thami et collaborateurs rapportaient une majoration de la photosensibilisation et du risque de torsade de pointe par allongement de l'espace QT sur l'électrocardiogramme chez des patients traités conjointement par halopéridol et méthotrexate (49).

Dans une revue de la littérature publiée en 2011 dans *l'European Journal of Cancer Care*, Yap et collaborateurs se sont intéressés aux interactions entre les traitements anticancéreux et les psychotropes (50). Au vu des résultats trouvés dans plusieurs bases de données concernant ces interactions, les auteurs, qui précisent que la liste obtenue est non exhaustive, concluent que les praticiens doivent être toujours plus vigilants quant à la co-utilisation de ces traitements. Les auteurs, s'ils conseillent de limiter ces co-prescriptions, invitent les praticiens à effectuer des dosages plasmatiques réguliers des traitements psychotropes et des anti-cancéreux, le but étant de vérifier que le patient bénéficie d'une dose suffisante mais non toxique. Enfin, la littérature étant pauvre sur ce sujet, il est préconisé de signaler toute interaction psychotropes/anti-cancéreux par le biais de rapports de cas.

3.3. Soins palliatifs : le cas particulier de la douleur

3.3.1. La douleur chez les patients souffrant de schizophrénie : une perception controversée

Dans son référentiel de février 2014, l'AFSOS (47) aborde largement la prise en charge de la douleur chez le patient souffrant de schizophrénie et atteint de pathologie cancéreuse. Dans le cadre d'une pathologie cancéreuse, le traitement de la douleur, en soins curatifs ou palliatifs, est primordial.

Chez le patient souffrant de schizophrénie, l'expression et l'évaluation de la douleur semblent plus complexes que chez les autres patients. Certains auteurs ont pu suggérer que ces difficultés seraient en lien avec une altération de la perception douloureuse chez les patients souffrant de schizophrénie. Notons que, si la prise en charge de la douleur est primordiale en cancérologie, elle est également un enjeu en santé mentale, la charte de l'utilisateur en santé mentale stipulant que « *la prise en compte de la dimension douloureuse, physique et psychologique des usagers en santé mentale doit être une préoccupation constante de tous les intervenants* » (1).

Selon la définition officielle de l'*International Association for the Study of Pain* (IASP) « la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes » (51). La douleur est donc un phénomène multidimensionnel complexe associant des facteurs psychologiques, relationnels et sociaux. Le processus douloureux comporterait quatre composantes à savoir, une composante sensori-discriminative (décodage de la qualité de la source nociceptive), une composante motivo-affective donnant à la douleur sa tonalité désagréable et pouvant se compliquer d'états d'anxiété et de dépression, une composante cognitive correspondant aux processus mentaux capables d'influencer la perception de la douleur (diversion de l'attention, interprétation, anticipation) et une composante comportementale (manifestations verbales et non verbales de l'existence d'un processus douloureux) (52).

Certaines observations cliniques, et notamment de Bleuler et Kraepelin (53), ont montré que les patients souffrant de schizophrénie et atteints de pathologie somatiques graves n'avaient pas exprimé de douleur. Pour l'expliquer, deux hypothèses sont avancées dans la littérature. Tout d'abord l'hypothèse de l'insensibilité à la douleur. En 2002, Kudoh et collaborateurs réalisent une étude de cohorte cas/témoins portant sur les seuils de perception de la douleur en post-opératoire chez des patients souffrant de schizophrénie (54). Dans cette étude étaient inclus 50 patients souffrant de schizophrénie depuis plus de 10 ans et traités par des dérivés de la phénothiazine, et 25 témoins. Les auteurs mesuraient le seuil de perception du courant électrique (*current perception treshhold* ou *CPT*) et l'intensité de la douleur post-opératoire qu'ils évaluaient grâce à l'Echelle Visuelle Analogique (EVA). En ce qui concerne les CPT, les auteurs retrouvaient des seuils significativement plus élevés que chez les témoins. Pour ce qui est des scores EVA en post opératoire, les scores chez les patients souffrant de schizophrénie étaient de 4,0 +/- 1,7 à 2 heures de l'intervention et 3,8 +/- 1,5 à 5 heures de l'intervention. Ces scores étaient significativement inférieurs ($p < 0,05$) aux scores retrouvés chez les témoins (5,0 +/- 1,6 à 2 heures et 5,1 +/- 1,9 à 5 heures). Ainsi, les auteurs concluaient que le seuil de perception douloureuse est plus élevé chez les patients souffrant de schizophrénie, qui sont également moins douloureux en post opératoire, en comparaison au groupe témoin. Les patients souffrant de schizophrénie auraient donc un seuil de douleur et de tolérance à la douleur supérieur à la population générale.

On retrouve des résultats similaires dans une étude de cohorte cas-témoins de Blumensonh et al, publiée en 2002 (55) et menée sur 25 patients souffrant de schizophrénie appariés à 29 patients indemnes de pathologie psychiatrique. Dans cette étude, chaque participant était soumis à une stimulation électrique à l'aide d'un dispositif couramment

utilisé par les dentistes pour tester la vitalité de la dent, placé sur la couronne d'une incisive centrale maxillaire saine. Les auteurs déterminaient ainsi le seuil de sensation initiale, le seuil de perception de la douleur et le seuil de tolérance à la douleur. La douleur était évaluée grâce à l'EVA. Les résultats montraient de façon significative que pour les trois paramètres étudiés, les patients souffrant de schizophrénie avaient un seuil plus élevé que les témoins.

Ces travaux suggèrent donc également que les patients souffrant de schizophrénie présenteraient une moindre sensibilité à la douleur. Plusieurs hypothèses pourraient expliquer ces résultats. Pour certains, cela serait lié à un excès d'endorphine (56). Pour d'autres, cette diminution de perception douloureuse serait due à une dysfonction endogène de la neurotransmission médiée par le NMDA (N-Méthyl-D-Aspartate) dont on sait que les antagonistes ont des propriétés analgésiques (57). Enfin, si le rôle analgésique des neuroleptiques a été évoqué, cette hypothèse a rapidement été abandonnée, le phénomène de trouble de la perception douloureuse ayant été décrit bien avant l'avènement de ces traitements.

Cependant, les auteurs modèrent leurs résultats en rappelant qu'il est possible que cette apparente moindre sensibilité à la douleur soit en fait liée à un défaut de communication des patients souffrant de schizophrénie. C'est cette deuxième hypothèse qui est retrouvée dans la littérature. Dans une étude sur les seuils douloureux menée par Guieu et al (58) et publiée en 1993 dans le *Schizophrenia Bulletin*, les auteurs évaluaient les seuils de la douleur de dix patients atteints de schizophrénie et les comparaient à ceux de dix patients témoins, indemnes de pathologie psychiatrique. L'étude des seuils douloureux était réalisée en mesurant la flexion réflexe de la jambe lors d'un stimulus douloureux, le seuil de déclenchement du réflexe étant corrélé au seuil de la douleur. Les auteurs ne retrouvaient pas de différence de seuil entre les deux groupes de patients et concluaient à l'absence de différence de seuil de perception douloureuse entre les patients souffrant de schizophrénie et le groupe témoin. Pour ces auteurs, l'apparente insensibilité à la douleur chez ces patients serait plutôt en lien avec une attitude dite de déni face à un stimulus douloureux et non à l'absence de sensibilité à la douleur.

Dans une thèse de neurosciences publiée en 2007 (59), Olivier Bonnot réalisait une étude portant sur la perception nociceptive chez les patients souffrant de schizophrénie à début précoce et ceux souffrant d'autisme. Cette étude était réalisée sur 10 adolescents présentant une schizophrénie à début précoce, à savoir un début des troubles avant l'âge de 18 ans. Le protocole expérimental comprenait, d'une part l'étude de la réponse nociceptive (réflexe nociceptif R III dont le seuil d'apparition correspond au seuil de sensation

douloureuse (60)). D'autre part, un test à la capsaïcine ou substance P administrée à la face interne de l'avant-bras, sans effraction cutanée. Cette substance, provoquant une inflammation locale neurogène se traduisant par une rougeur cutanée, permettait l'étude des fibres amyéliniques ou fibres C qui véhiculent les sensations thermiques et la douleur lente. Enfin, était réalisée une étude du système nerveux périphérique au moyen d'un électromyogramme (EMG). La fréquence cardiaque des patients était recueillie avant et après chaque phase d'expérimentation. Les scores à l'EVA-douleur et à l'EVA-Anxiété étaient également recueillis, après chaque séquence, au moment de la période la plus douloureuse. Les expérimentateurs relevaient également les réactions comportementales à la douleur durant les différentes phases. Concernant les patients souffrant de schizophrénie à début précoce, plusieurs résultats principaux étaient retrouvés. D'une part, tous les patients souffrant de schizophrénie à début précoce présentaient une réponse R III et les valeurs ne différaient pas significativement de celle des témoins ou des patients autistes. D'autre part, lors de l'épreuve nociceptive, les patients souffrant de schizophrénie présentaient une réponse comportementale émoussée. Enfin, à l'EMG, la vitesse de conduction du nerf médian sensitif était plus rapide chez les patients souffrant de schizophrénie précoce que chez les témoins et les patients souffrant d'autisme. Il existe donc une dissociation entre la réactivité comportementale et la réponse neurovégétative ou électro-physiologique à la douleur chez les patients souffrant de schizophrénie à début précoce mais en aucun cas il n'existe une analgésie endogène à la douleur chez ces patients. Ces anomalies dans la réponse comportementale à la douleur pourraient être en lien avec la perturbation de processus cognitifs complexes chez les sujets souffrant de schizophrénie à savoir la théorie de l'esprit ou l'empathie (52) comme suggéré par Autié qui rapporte qu'à ce jour, il n'existe pas de consensus dans la littérature sur le phénomène douloureux dans la schizophrénie. Une meilleure connaissance du phénomène douloureux chez les patients souffrant de schizophrénie permettrait donc une meilleure prise en charge des troubles somatiques de cette population.

3.3.2. Propositions de prise en charge de la douleur chez les patients souffrant de schizophrénie

3.3.2.1. Evaluation de la douleur

La douleur peut être évaluée quantitativement, qualitativement et également en étudiant le comportement du patient. Actuellement, pour faire une évaluation quantitative de la douleur, le « combien j'ai mal », on peut utiliser plusieurs échelles à savoir l'échelle visuelle simple (EVS) (61) (Annexe 5), l'EVA (61) (Annexe 6) et l'échelle des six visages (*Faces Pain Scale*) (62) (Annexe 7), volontiers utilisée en pédiatrie. L'évaluation qualitative de la douleur, le « comment j'ai mal », peut être réalisée à partir d'échelles multidimensionnelles mesurant les composantes sensori-discriminatives et affectives de la douleur.

Les échelles d'évaluation qualitatives et quantitatives de la douleur sont des outils d'auto-évaluation qui supposent leur bonne compréhension par le patient, et donc de bonnes capacités cognitives permettant leur utilisation par le patient. C'est pour pallier à ces éventuelles difficultés de compréhension et/ou d'expression de la douleur, que des échelles d'évaluation comportementales ont été créées. Ces échelles, mises en oeuvre par les soignants, constituent donc une hétéro-évaluation de la douleur.

L'évaluation comportementale de la douleur est réalisée à l'aide d'échelles adaptées aux différentes populations étudiées. Par exemple, pour les personnes âgées souffrant de troubles cognitifs, les échelles ECPA (Echelle Comportementale pour Personnes Agées) (63) (Annexe 8) et DOLOPLUS 2 (64) (Annexe 9) ont été proposées. L'échelle DOLOPLUS 2 se présente sous la forme d'une fiche d'observations comportant dix items répartis en trois sous-groupes proportionnellement à la fréquence rencontrée (cinq items somatiques, deux items psychomoteurs et trois items psychosociaux). Chaque item est coté de 0 à 3, ce qui amène à un score global compris entre 0 et 30. Un score supérieur ou égal à 5 sur 30 affirme la présence d'une perception douloureuse. L'échelle ECPA est utilisée en gériatrie pour des personnes présentant des troubles phasiques. Elle comporte huit items comprenant chacun cinq possibilités cotées de 0 à 4. Le score total est compris entre 0 et 32. L'observateur qui réalise la cotation le fait en deux temps, cinq minutes avant, puis après le soin. Pour les personnes adultes polyhandicapées, il existe actuellement une échelle construite à partir de l'échelle de San Salvador (65), échelle utilisée en pédiatrie pour l'évaluation de la douleur de l'enfant polyhandicapé et de l'échelle DOLOPLUS 2. Cette échelle, appelée EDAAP (Echelle Douleur Adolescent Adulte Polyhandicapé) (65) (Annexe 10) est en cours d'évaluation chez les patients souffrant de schizophrénie (66). Elle comporterait douze items répartis en trois sous-groupes correspondant aux retentissements somatique, psychomoteur et psychosocial. Il s'agirait d'une échelle qualitative d'évaluation comportementale de la douleur, à laquelle il serait nécessaire de sensibiliser le personnel soignant.

L'évaluation de la douleur est une préoccupation princeps dans les soins somatiques ayant conduit à créer des outils permettant de pallier au manque de communication et/ou de compréhension de certaines populations (enfants, patients âgés ou polyhandicapés). Si la difficulté d'évaluation de la douleur est ancienne et reconnue chez le patient souffrant de schizophrénie, l'évaluation préalable à la validation de toute échelle est une préoccupation bien plus récente.

3.3.2.2. Traitement de la douleur chez les patients souffrant de schizophrénie atteints de cancer

3.3.2.2.1. Le traitement pharmacologique de la douleur

La stratégie de traitement pharmacologique de la douleur est basée, comme proposé par l'OMS, sur l'efficacité antalgique (67). Dans une communication d'octobre 2012, le Dr Saravane, président de l'Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé mentale, reprend les recommandations de l'OMS concernant le traitement pharmacologique de la douleur et les complète afin qu'elles soient adaptées au mieux aux patients souffrant de pathologie mentale (68). Nous présenterons donc ci-après les recommandations de l'OMS concernant la prise en charge de la douleur, en y associant les adaptations et recommandations proposées par le Dr Saravane.

Les recommandations de l'OMS préconisent, en premier lieu, l'utilisation des antalgiques périphériques à savoir le paracétamol et les Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS). Dans le cadre du traitement des patients atteints de pathologie mentale, il conviendra d'adapter la posologie d'AINS en cas de co-prescription de sels de lithium. En effet, les AINS entraînent une diminution de l'élimination rénale des sels de lithium ce qui peut conduire à un surdosage en lithium.

En seconde intention, on peut avoir recours aux opioïdes faibles, à savoir la codéine et le tramadol. Est à noter que la codéine ralentissant le transit, cela peut conduire à la survenue de syndrome occlusif, notamment si ce traitement est associé à une prescription de neuroleptiques. Concernant le tramadol, il doit être utilisé avec prudence s'il est associé à des médicaments entraînant une diminution du seuil épiléptogène, comme c'est le cas des neuroleptiques. En effet, le tramadol, comme précisé par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (69), doit être utilisé uniquement en cas de nécessité

absolue chez les patients susceptibles de présenter des convulsions, ce risque pouvant être accru en cas de co-prescription de traitements abaissant le seuil épileptogène, ce qui est le cas des antipsychotiques.

En dernière ligne de traitement antalgique pharmacologique, on retrouve les opioïdes forts telle la morphine. Leurs potentiels addictif et déprimeur respiratoire rendent compte de la réticence à les administrer à des patients souffrant de troubles psychiatriques. Cependant, leur utilisation contrôlée et adaptée permet de soulager les patients sans craindre une inversion de la balance bénéfique/risque. Par exemple, chez les patients présentant des comorbidités addictives, l'utilisation des morphiniques sous forme de patch, permet une libération prolongée évitant un pic plasmatique de morphinique.

Concernant les traitements pharmacologiques permettant de traiter la douleur liée aux soins, on pourra citer par exemple les patchs EMLA (anesthésique local comprenant de la lidocaïne et de la prilocaïne) pour les prélèvements sanguins, ou encore le MEOPA (Mélange Equi Molaire d'Oxygène et de Peroxyde d'Azote) pour toutes les douleurs induites par les soins.

Enfin, en ce qui concerne l'éventuel rôle analgésique attribué aux neuroleptiques, les données actuelles restent controversées. Une revue Cochrane de la littérature (70) publiée en 2008 et révisée en 2013, a porté sur l'évaluation de l'efficacité analgésique et des effets indésirables des neuroleptiques dans le traitement des douleurs aiguës et chroniques. Les auteurs ont réalisé une méta-analyse incluant les essais contrôlés randomisés portant sur des adultes pour lesquels avait été prescrit un antipsychotique, quelle que soit la posologie, afin de traiter une douleur aiguë ou chronique et où la douleur, évaluée de façon subjective, apparaissait comme critère de jugement principal ou secondaire. Les essais contrôlés randomisés émanaient des bases de données CENTRAL, MEDLINE, EMBASE et PsycINFO. Onze études ont été incluses, pour un total de 770 participants. En ce qui concerne l'analyse quantitative de ces études, il a été retrouvé une réduction significative de l'intensité de la douleur moyenne après l'administration de l'antipsychotique par rapport à un placebo ou à un autre composé actif avec une différence moyenne pondérée de $-1,78$ (IC 95% de $-2,71$ à $-0,85$). Ils concluent donc que les neuroleptiques peuvent être utilisés comme traitement d'appoint des états douloureux, en tenant évidemment compte des effets secondaires extrapyramidaux et sédatifs qu'ils induisent. Cependant, ils précisent, au regard de la significativité du test d'hétérogénéité, que l'utilisation des neuroleptiques à visée antalgique reste controversée. Certains auteurs retrouvent un rôle positif des antipsychotiques atypiques sur la perception douloureuse (71), alors que d'autres rapportent que les effets analgésiques

des neuroleptiques ne sont pas démontrés (72). Tous s'accordent à dire que les études actuelles manquent de puissance et que, compte tenu des données de la littérature, on ne peut à ce jour pas conclure concernant le potentiel rôle analgésique des neuroleptiques.

3.3.2.2.2. Les traitements non pharmacologiques de la douleur

Dans une communication d'octobre 2012, lors des 7^{ème} journées du Centre National de Ressource de lutte contre la Douleur (CNRD), le Dr Saravane évoquait la nécessité d'employer des moyens non pharmacologiques dans le traitement de la douleur chez les patients en santé mentale. Il recommandait ainsi l'emploi de toutes les techniques d'approche psychocorporelles (thérapies cognitivo-comportementales, relaxation, massages, soins de kinésithérapie, stimulations thermiques et musicothérapie) afin de limiter la douleur liée aux soins curatifs et palliatifs. Selon lui, leur utilisation doit être systématiquement envisagée, notamment chez les patients souffrant de pathologie mentale, souvent polymédiqués. Ainsi, limiter la quantité de traitements administrés permettrait de réduire le risque d'interactions médicamenteuses et donc la survenue d'éventuels effets secondaires (68).

PARTIE 2 : LE CAS DE M. N.

1. Biographie

Monsieur N. est né en 1971. D'origine Camerounaise, il est célibataire, sans enfants. Il est l'aîné d'une fratrie de quatre et a deux demi-frères et une demi-sœur du côté maternel. Ses parents se sont séparés à sa naissance alors qu'ils vivaient en France, à Paris. Sa mère exerçait la profession d'infirmière puéricultrice ; il n'a jamais connu son père.

M. N. vit en France jusqu'à l'âge de 5 ans, il est alors scolarisé en maternelle. Puis, il part au Cameroun avec sa mère qui se remariera avec un homme dont elle aura trois enfants, des jumeaux et une fille. Il effectuera au Cameroun ses classes primaires, du CP (qu'il redoublera), au CM2. A 11 ans, il quitte le Cameroun dans un contexte de conflit avec son beau-père et part à Paris où il est confié à son oncle maternel, qui deviendra son tuteur. Il effectue à Paris ses classes de la 6^{ème} à la 3^{ème}. Il est alors décrit comme un élève qui n'exploite pas ses capacités avec des difficultés concernant le respect de l'autorité professorale. Il arrête sa scolarité en 3^{ème}, refusant de passer le Brevet d'Etudes du Premier Cycle (BEPC).

Agé alors de 17 ans, il entre dans la vie active comme manœuvre dans le bâtiment. La même année, il fugue du domicile de son oncle qu'il accuse de violences à son encontre. Il reste Sans Domicile Fixe (SDF) pendant quelques mois avant d'être pris en charge en foyer jeune travailleur durant un an. Au bout d'un an, M. N. quitte ce foyer et est de nouveau SDF. Il est alors reçu par l'association « les orphelins d'Auteuil ». Il rompt ensuite avec cette association, alléguant ne pas souhaiter en être dépendant, et vit en pillant des machines à sous à Roissy. Puis il part à l'île de Ré, sur les conseils d'un ami rencontré dans la rue. Ses relations sociales restent pauvres.

En 1991, à l'âge de 20 ans, il déménage à Bordeaux pour suivre une compagne. Il travaillera dans le bâtiment de façon itérative. Il reçoit alors l'aide d'une assistante sociale de l'Association Pour la Réadaptation et Réinsertion Educative et Sociale (L'A.P.R.R.E.S). Il commence à se sédentariser. M. N. rapportera par la suite que c'est à cette époque qu'apparaîtront les premières idées délirantes de persécution dans des contextes d'alcoolisations aiguës associées à une consommation quotidienne de cannabis. M. N. présentera alors progressivement des symptômes négatifs à type de repli et d'isolement social. Il restera sans emploi à partir de 1992, date de sa première hospitalisation, et bénéficiera par

la suite de l'Allocation Adulte Handicapé. Il sera également pris en charge par l'AOGPE (Association des Œuvres Girondines de Protection de l'Enfance) dans le cadre de la mise en place d'une mesure de protection des biens (curatelle).

2. Antécédents

2.1. Personnels

2.1.1. Psychiatriques

M. N. souffre d'une schizophrénie paranoïde diagnostiquée en 1992, au cours d'une hospitalisation au Centre hospitalier de Cadillac. M. N. a, dès l'âge de 12 ans, bénéficié d'un suivi pédopsychiatrique à Paris, pour prise en charge d'un trouble oppositionnel. La première hospitalisation en psychiatrie a lieu de mars à mai 1992 au Centre hospitalier de Cadillac, le patient présentant des idées délirantes de persécution de mécanismes intuitif et interprétatif. Un traitement antipsychotique par pipotiazine en injection retard est alors mis en place. Le patient interrompra traitement et suivi dès la sortie d'hospitalisation.

En juillet 1992, le patient est à nouveau hospitalisé au centre hospitalier de Cadillac suite à une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) dans un contexte d'idées délirantes poly thématiques (mystique, mégalomaniacale, persécution), de mécanisme hallucinatoire. Le traitement antipsychotique par pipotiazine en injection retard est réinstauré et associé à un antidépresseur inhibiteur de la recapture de la sérotonine (IRS), la fluoxétine. La prise en charge psychosociale est assurée par l' « A.P.R.R.E.S ».

En février 1993, il arrête toute médication mais poursuit le suivi psychothérapeutique et social. En juillet 1994, le traitement par antipsychotique est réintroduit, per os (pipotiazine gouttes) devant l'apparition de plaintes somatiques, probablement en lien avec une recrudescence de la symptomatologie délirante, le patient se plaignant de boiter en présence de tiers. M. N. présente alors une prise anarchique du traitement.

En août 1994, M. N. bénéficie d'une hospitalisation d'une semaine au Centre Hospitalier Charles Perrens (CHCP), en hospitalisation libre (HL), adressé par son psychiatre traitant devant la recrudescence des symptômes psychotiques. A l'admission, il présente des idées délirantes de persécution de mécanisme interprétatif et des hallucinations cénesthésiques à type de sensation de décharges électriques dorsales et dans les membres inférieurs. Le

patient demandera sa sortie définitive au 3^{ème} jour d'hospitalisation, alléguant un amendement des symptômes psychotiques. Devant l'absence d'argument pour la mise en place d'une mesure d'hospitalisation sans consentement (HSC), il sort de l'unité sous pipotiazine per os avec reprise du suivi par son psychiatre traitant et l'association « L'A.P.R.R.E.S ».

En octobre 1995, M. N. est hospitalisé au CHCP en Hospitalisation à la demande d'un Tiers (HDT), suite à une crise clastique dans un contexte de recrudescence des idées délirantes de persécution, le patient ayant interrompu son traitement et consommant quotidiennement du cannabis. A l'admission, il est euthymique et présente une désorganisation du discours et des idées délirantes de persécution de mécanismes interprétatif et hallucinatoire avec hallucinations comminatoires. Un traitement par antipsychotique retard (halopéridol décanoas) est alors instauré à 3 puis augmenté à 4 ampoules toutes les 3 semaines, en intramusculaire, permettant un amendement de la symptomatologie. A sa sortie d'hospitalisation en février 1996, il est pris en charge par le Centre Médico Psychologique (CMP) d'Eysines. Le suivi psychosocial est poursuivi par l'association « L'A.P.R.R.E.S ».

En mai 1996, il est à nouveau hospitalisé au CHCP, en HL, devant l'apparition d'idées délirantes de thème mystique de mécanismes intuitif et hallucinatoire. On ne retrouve pas d'élément déclenchant cette recrudescence de la symptomatologie délirante et en particulier on ne note pas de rupture de suivi ou de traitement. Il bénéficie alors de l'adjonction d'halopéridol per os et d'une augmentation du traitement antipsychotique retard de 4 à 5 ampoules d'halopéridol décanoas toutes les 3 semaines, permettant un amendement de la symptomatologie. Le patient reprendra son suivi psychiatrique au CMP, et psychosocial via l'association « L'A.P.R.R.E.S ».

En juillet 1996, le patient est hospitalisé en HL au CHCP suite à une IMV, sans vellétés suicidaires, dans un contexte d'anxiété en lien avec le départ en vacances de ses référents de l'association « L'A.P.R.R.E.S ». Au cours de cette hospitalisation, aucune modification thérapeutique n'est effectuée, M. N. se présentant calme, cohérent et adapté. Il refusera cependant d'évoquer sa prise médicamenteuse, qu'il n'expliquera donc pas. Il ne rentrera pas de sa sortie permission au 5^{ème} jour d'hospitalisation. La suite de la prise en charge se poursuit donc en ambulatoire, le patient bénéficiant toujours d'un traitement par halopéridol décanoas à raison de 5 ampoules toutes les 3 semaines.

En mars 1998, il est hospitalisé au CHCP, en HL, devant l'apparition d'une élation de l'humeur suite à l'introduction d'un antidépresseur IRS à savoir la paroxétine, prescrit en ambulatoire dans le cadre du traitement d'un épisode dépressif majeur. A l'admission dans l'unité, le patient présentait une symptomatologie hypomaniaque apparue après 4 semaines de

traitement antidépresseur. Un traitement thymorégulateur par valpromide est donc mis en place au cours de l'hospitalisation, permettant l'obtention de l'euthymie. Il n'est pas rapporté de recrudescence des symptômes psychotiques au cours de cette hospitalisation. Le traitement de sortie comprend donc halopéridol décanoas et valpromide.

En juillet 1998, M. N. se plaint d'effets secondaires du traitement par antipsychotique retard et notamment d'une prise de poids. Il est donc décidé, dans un souci de maintien de l'alliance thérapeutique, d'arrêter l'halopéridol et de mettre en place de la risperidone. M. N. ne prendra jamais ce traitement ce qui conduira à une recrudescence des idées délirantes, l'amenant à être de nouveau hospitalisé au CHCP, de décembre 1998 à février 1999, en HL. A l'admission, il présente une symptomatologie positive au premier plan avec des idées délirantes de thème mystique, de mécanismes hallucinatoires et interprétatifs et d'adhésion totale. On note également la présence d'une désorganisation du discours avec de nombreux barrages chez ce patient présentant un mauvais contact. En début d'hospitalisation, il présente un discours hermétique, un déni des troubles et une intolérance à la frustration donnant lieu à de nombreuses crises clastiques. L'amélioration de la symptomatologie est obtenue par reprise du traitement par halopéridol décanoas, traitement auparavant accepté par le patient. Le traitement de sortie comprend donc de l'halopéridol décanoas à raison de 3 ampoules toutes les 3 semaines.

A la fin du mois de février 1999, il est hospitalisé en Hospitalisation d'Office (HO) devant la recrudescence de la symptomatologie délirante dans un contexte de rupture de traitement et de suivi. A l'admission, M. N. présente des idées délirantes de thème mystique, le patient étant convaincu de l'imminence de l'apocalypse. Il entamait alors une période de jeûne afin de « sauver l'Humanité ». Il rapporte également des idées délirantes de persécution avec comme persécuteurs désignés, les soignants. Le patient se montre de mauvais contact et très sthénique. Après réintroduction du traitement antipsychotique par halopéridol décanoas, M. N. se montre plus compliant aux soins et il est constaté une abrasion sans amendement, de la symptomatologie délirante. La mesure d'HSC est levée en avril 1999. Le traitement de sortie comporte de l'halopéridol décanoas, 3 ampoules toutes les 3 semaines.

En octobre 1999, le patient, de nouveau en rupture de traitement et de suivi, est hospitalisé en HO devant la recrudescence des idées délirantes de persécution avec comme persécuteur désigné, son tuteur, à l'encontre duquel il proférera des menaces de mort. A l'admission, il présente une tension interne importante en lien avec ses idées délirantes de persécution et se montre agressif envers les soignants. Au cours de l'hospitalisation, le patient est retrouvé au sol. Réveillable, il présente à l'examen clinique une douleur au mollet gauche

et de la fièvre. Il est rapidement transféré à l'hôpital Pellegrin où le diagnostic de rhabdomyolyse compliquée d'une insuffisance rénale aigüe sera posé. Le patient bénéficiera d'une prise en charge somatique au Centre Hospitalier Universitaire Pellegrin à Bordeaux, avec notamment mise en place de dialyse, du 28 octobre 1999 au 11 novembre 1999. Lors de sa réintégration dans le service, on note une abrasion de la symptomatologie délirante sans qu'il y ait eu une quelconque modification thérapeutique. Le patient montre alors une bonne adhésion à la prise en charge et participe même à l'organisation des soins externes. Il sort de l'unité en janvier 2000, en sortie d'essai d'HO, avec comme traitement, de l'halopéridol décanoas, à raison de 3 ampoules toutes les 4 semaines. Il bénéficie toujours d'une prise en charge de secteur associant des entretiens avec un psychiatre au CMP d'Eysines et des visites à domicile assurées par les infirmiers de secteur.

En mars 2000, le patient est hospitalisé, à sa demande, devant la présence d'une anxiété secondaire à la recrudescence des idées délirantes de thème mystique. Le patient, rassuré au 4^{ème} jour d'hospitalisation, demande sa sortie définitive, acceptée par l'équipe soignante. En octobre 2000, le patient est hospitalisé au CHCP, en réintégration d'HO, devant la recrudescence de la symptomatologie anxio-délirante avec des idées délirantes de thème mystique et de mécanisme hallucinatoire. Un traitement anxiolytique est mis en place en début d'hospitalisation permettant un amendement de la symptomatologie anxieuse, le patient présentant toujours une symptomatologie psychotique positive. Le traitement par neuroleptique retard n'est pas modifié. Le traitement de sortie comprend donc de l'halopéridol décanoas à raison de 3 ampoules toutes les 4 semaines. Le patient sort en programme de soins et le suivi psychiatrique et social reste inchangé.

Par la suite il sera hospitalisé de juillet à octobre 2001, en réintégration d'HO devant la recrudescence des idées délirantes de thèmes mystique et de persécution, dans un contexte de rupture thérapeutique que le patient justifie en rapportant des effets secondaires du traitement par antipsychotique retard à savoir des vertiges et un ralentissement idéo-moteur. En début d'hospitalisation, on notera la présence d'idées délirantes de thèmes mystique et de persécution associées à une désorganisation du comportement et du discours, le patient présentant des paralogismes et des néologismes. Il reste incurique dans l'unité et n'a aucune conscience des troubles. D'un point de vue social, il aura des contacts téléphoniques avec son oncle au cours de son hospitalisation, toujours pour des demandes utilitaires. Au cours de l'hospitalisation, le traitement par halopéridol décanoas est réinstauré puis augmenté avec adjonction d'une prise per os de 50 gouttes d'halopéridol au coucher. Devant l'absence d'amélioration de la symptomatologie psychotique malgré la reprise et l'augmentation de

l'halopéridol, une modification thérapeutique est proposée et acceptée par le patient. L'halopéridol est arrêté au profit de la clozapine. On constate alors une amélioration de la symptomatologie permettant une sortie d'hospitalisation en octobre 2001, le traitement de sortie comprenant de la clozapine à la posologie de 450 milligrammes (mg).

De février à juin 2002, M. N. est hospitalisé au CHCP, en réintégration d'HO, devant la recrudescence des symptômes psychotiques dans un contexte de rupture de suivi et de traitement. A l'admission, il présente une thymie basse et des idées délirantes de ruine, de culpabilité, de transformation corporelle et de persécution. M. N. allègue également des idées suicidaires se traduisant par une demande d'euthanasie formulée auprès de l'équipe soignante. Au cours de l'hospitalisation, le traitement par clozapine est repris aux posologies antérieures puis augmenté à 550 mg par jour devant l'absence d'amélioration de la symptomatologie psychotique marquée par une perte de l'intimité psychique avec devinement, vol de pensée et syndrome d'influence. Progressivement, il parvient à critiquer ses idées délirantes et l'humeur se stabilise. Le traitement de sortie comporte donc de la clozapine à la posologie de 550 mg. Le patient bénéficie également d'un suivi de secteur et sort de l'unité en sortie d'essai d'hospitalisation d'office le 6 juin 2002.

De 2002 à 2004, M. N. est suivi au CMP d'Eysines. Il présentera une mauvaise observance thérapeutique à l'origine de multiples réintégrations en HO. Le traitement par clozapine est donc abandonné au profit d'un traitement neuroleptique retard par halopéridol décanoas. En juillet 2004, le patient est de nouveau hospitalisé en réintégration d'HO, sur une recrudescence des idées délirantes associées à une symptomatologie maniaque, dans un contexte de rupture thérapeutique. L'augmentation du traitement antipsychotique retard (dose et fréquence des injections) et l'introduction d'un traitement thymorégulateur par divalproate de sodium permettront une amélioration de la symptomatologie. Est à noter que les toxiques urinaires étaient négatifs. Le traitement de sortie du patient comportait alors de l'halopéridol décanoas (4 ampoules toutes les 3 semaines), du divalproate de sodium 1500 mg par jour et 25 mg de lévomépromazine au coucher, le suivi étant toujours assuré par le CMP d'Eysines.

En 2007, M. N. est hospitalisé à trois reprises en réintégration d'HO. Une première fois en mai suite à une recrudescence des idées délirantes de persécution avec risque de passage à l'acte hétéro-agressif dans un contexte de rupture de traitement et de suivi ; et une seconde fois en août, suite à l'apparition d'idées délirantes de thématique érotomaniaque portant sur son psychiatre traitant. Le traitement restera inchangé à 4 ampoules d'halopéridol décanoas toutes les 3 semaines. La troisième hospitalisation, de décembre 2007 à mars 2008, se fera en réintégration d'hospitalisation d'office dans un contexte de rupture thérapeutique ayant

entraîné une recrudescence de la symptomatologie psychotique. L'amendement de la symptomatologie est obtenu grâce à la reprise du traitement par halopéridol décanoas en association avec de la clozapine à la posologie de 550 mg par jour.

M. N. reste stable du point de vue de la pathologie psychotique, pendant deux ans durant lesquels on constate une nette amélioration des idées délirantes avec une ébauche de critique et une amélioration du contact, le patient acceptant, de façon passive, le traitement et le suivi proposés.

En octobre 2011, il présente une recrudescence des idées délirantes de persécution concomitamment à l'apparition d'une tumeur de la glande lacrymale droite, provoquant une exophtalmie douloureuse. Une réintégration en Admission en Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat (ASPDRE) est alors demandée afin de stabiliser la symptomatologie psychotique et d'investiguer la pathologie somatique.

2.1.2. Médico-chirurgicaux

Monsieur N. souffre d'une hypertension artérielle traitée. Par ailleurs, il a présenté, en octobre 1999, un épisode de rhabdomyolyse compliquée d'une insuffisance rénale aiguë.

En octobre 2011, on diagnostique au patient un cylindrome de la glande lacrymale droite suite à une consultation ophtalmologique devant l'apparition d'une exophtalmie douloureuse.

2.2. Familiaux

Les antécédents familiaux de M. N. ne sont pas connus. En effet, il présente des idées délirantes de filiation, anciennes, l'ayant conduit à rompre tout contact avec ses proches. De ce fait, il refuse que l'équipe soignante soit en lien avec sa famille.

3. Histoire de la maladie

M. N. est un patient souffrant de schizophrénie, suivi depuis de nombreuses années au CHCP. En octobre 2011, il est hospitalisé en ASPDRE au CHCP (unité Carreire 6) pour recrudescence d'idées délirantes dans un contexte de découverte d'une tumeur orbitaire droite

rapidement évolutive se manifestant par une exophtalmie douloureuse. Il présente alors des idées délirantes de thématiques persécutive et mégalomaniaque et une désorganisation du discours et du comportement. Au cours de son hospitalisation, un scanner cérébral est réalisé, mettant en évidence une tumeur orbitale droite. Le patient refusera de signer le consentement pour que soit pratiquée une biopsie afin de déterminer la nature de cette tumeur, permettant alors de lui proposer une prise en charge adaptée. Son refus s'intègre dans un vécu persécutif délirant, le patient expliquant, lors des entretiens médicaux, que la survenue de cette tumeur s'intègre dans un « complot médical ». Par ailleurs, apaisé par la prise en charge antalgique, il est persuadé d'être guéri car ne ressentant plus de douleurs. Les médecins de l'unité font alors appel au procureur de la République afin que soit réalisée une biopsie de la tumeur orbitaire, sans le consentement de M. N. Le vice procureur de la République répondra par la négative, faisant appel à l'article L1111-4 alinéa 3 du Code de la Santé Publique (CSP) affirmant la nécessité de la recherche du consentement éclairé du majeur protégé dans tous les actes le concernant. Au niveau psychiatrique, on observe progressivement une abrasion des idées délirantes, en dehors de toute modification thérapeutique.

En mars 2012, il est hospitalisé dans l'unité Carreire 6, en ASPDRE, devant la recrudescence des idées délirantes dans un contexte de rupture thérapeutique, le patient ayant refusé à deux reprises le traitement par neuroleptique retard (5 ampoules d'halopéridol décanoas). A l'admission, il est de mauvais contact et présente des idées délirantes de thèmes multiples (persécution, mystique, mégalomaniaque), de mécanismes imaginatif et interprétatif. Après un bilan radiologique de la tumeur orbitaire, l'enjeu de l'hospitalisation s'avère double. Il s'agit de faire accepter au patient les traitements somatiques indispensables, compte tenu du risque d'engagement du pronostic vital lié à l'extension de la tumeur et d'abraser les éléments délirants mettant en péril l'adhésion aux soins somatiques. A cet effet, le traitement par halopéridol décanoas est réinstauré et les injections seront rapprochées à 2 semaines. En effet, le patient, du fait d'une symptomatologie délirante en lien avec sa pathologie oculaire, présente une très mauvaise compliance aux soins somatiques proposés.

Concernant la pathologie orbitaire, M. N. sera reçu en consultation par le Dr Longueville, ophtalmologue, qui, après présentation du dossier en Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en mai 2012, informe le patient du caractère indispensable d'une biopsie, geste visant à déterminer la nature de la tumeur, information nécessaire à la proposition d'un traitement adapté. Cette biopsie sera annulée et reportée à de nombreuses reprises tantôt du fait du refus du patient, tantôt en lien avec l'apparition d'une infection orbitaire. Elle sera finalement acceptée par le patient et réalisée en juin 2012. Le diagnostic

d'adénocarcinome avec composante basaloïde, facteur de mauvais pronostic, est alors posé. Après une nouvelle RCP en juin 2012, deux types d'interventions sont préconisées : une chirurgie de propreté et une chirurgie à but curatif avec exentération et curage pré-tragien et latéro-cervical droit.

Devant le caractère urgent d'une intervention chirurgicale, le refus de M. N. s'inscrivant toujours dans un contexte délirant, un courrier au juge des tutelles est envoyé par les médecins de l'unité afin d'obtenir que soit réalisée une intervention chirurgicale sans son consentement. Après expertise psychiatrique et rencontre du juge des tutelles par le patient, un avis favorable pour que soit pratiquée cette intervention est donné. Le 27 juillet 2012, M. N. bénéficie donc d'une chirurgie de propreté avec réduction tumorale et section du nerf trijumeau. En post-chirurgical, il est moins algique, de meilleur contact et se dit soulagé. On note une mise à distance des idées délirantes ce qui permet d'espacer les injections d'antipsychotique retard toutes les 3 semaines. A ce stade de la prise en charge, le patient exprime pour la première fois une inquiétude quant à l'engagement du pronostic vital que peut engendrer sa pathologie somatique. Il se montre par ailleurs acteur de sa prise en charge et demande à ce que les soins soient poursuivis en ambulatoire. Est à noter que la conscience du trouble reste partielle.

Le 12 septembre 2012, M. N. sort de l'unité avec un programme de soins comportant un suivi en hôpital de jour dans l'unité Carreire 6 à raison d'une venue par semaine, des consultations psychiatriques mensuelles pour adaptation du traitement psychiatrique et un passage hebdomadaire d'un infirmier de secteur au domicile.

Le 24 septembre 2012, le patient est réintégré dans l'unité Carreire 6 dans un contexte de rupture thérapeutique et de suivi. En effet, il ne se présente pas dans l'unité afin de bénéficier de son injection d'antipsychotique retard le 12 septembre 2012. A l'admission, il présente une tension interne importante en lien avec des idées délirantes de thèmes multiples (persécution, mystique, mégalomaniaque) de mécanismes interprétatif et imaginatif. Il est inaccessible au discours soignant et ne présente aucune conscience des troubles. Une adaptation thérapeutique, à savoir la mise en place d'injections d'halopéridol décanoas toutes les deux semaines et l'introduction d'halopéridol par voie orale, permet une abrasion de la symptomatologie délirante. Concernant la pathologie orbitaire, le patient refusera que soient pratiquées des séances de radiothérapie à visée antalgique. En revanche, et constatant une baisse d'acuité visuelle de l'œil gauche, il demandera à être reçu en consultation ophtalmologique. Parallèlement, et devant l'apparition de douleurs dorsales, une scintigraphie osseuse est réalisée le 5 novembre 2012, à la recherche de métastases osseuses. Celle-ci mettra en évidence l'existence de lésions lacunaires suspectes au niveau du bord médial de

l'omoplate. Le patient sort de l'unité Carreire 6 le 12 novembre 2012, en programme de soins comprenant une venue hebdomadaire dans l'unité Carreire 6 pour délivrance des traitements et consultation médicale et un passage hebdomadaire d'un infirmier de secteur.

Le 20 novembre 2013, le patient ne respectant pas le programme de soins, il est de nouveau réintégré dans l'unité. A l'admission, il présente une tension interne relative sous tendue par l'absence de conscience du trouble et donc du motif de la réintégration dans l'unité. Aucune modification thérapeutique ne sera effectuée durant son hospitalisation. En ce qui concerne la pathologie orbitaire, le patient bénéficie d'une consultation de contrôle de l'œil gauche mettant en évidence un astigmatisme pour lequel aucune proposition thérapeutique n'est effectuée. Par ailleurs, un scanner cérébral de contrôle est réalisé le 23 novembre 2012 mettant en évidence une expansion de la masse orbitaire droite, avec envahissement frontal. Le patient sort de l'unité en programme de soins le 4 décembre 2013. M. N. ne sera ensuite pas réintégré, se rendant dans l'unité de façon hebdomadaire conformément au programme de soins rédigé par l'équipe médicale de l'unité Carreire 6.

4. Evolution de la maladie

4.1. Evolution de la symptomatologie psychiatrique

Lors des entretiens psychiatriques hebdomadaires réalisés par l'équipe médicale de l'unité Carreire 6, M. N. se montre calme, de bon contact et compliant aux soins. Au niveau de la symptomatologie psychiatrique on note, en décembre 2012, la persistance d'idées délirantes de persécution non systématisées, de mécanisme intuitif, d'adhésion totale, de participation affective faible avec comme persécuteur désigné un voisin qu'il accuse d'avoir intentionnellement pointé sur son œil un laser ce qui serait, selon lui, la cause de sa pathologie orbitaire actuelle. M. N. présente, par ailleurs, un discours moins désorganisé. Il pourra, par exemple, lors des entretiens médicaux, exprimer qu'il est dans une phase d'acceptation de sa maladie, expliquant qu'il a compris qu'il souffre d'une pathologie incurable engageant le pronostic vital.

En février 2013, le patient ébauche une critique des idées délirantes de persécution. Il est en effet capable de reconnaître que l'étiologie de sa maladie n'est peut-être pas en lien avec la projection d'un rayon laser sur son œil droit par son voisin. Par ailleurs, il n'évoquera plus l'existence d'un « complot médical » et ira même jusqu'à demander qu'un des médecins

de l'unité soit sa personne de confiance et qu'une infirmière l'aide à la rédaction de directives anticipées pour sa fin de vie. De plus, on constate qu'il sollicite de façon adaptée l'équipe soignante concernant les difficultés rencontrées dans sa vie quotidienne. Il sera en effet capable d'appeler l'équipe soignante pour demander de l'aide, n'ayant plus d'électricité à son domicile. M. N. va également avoir le souci de prévenir lorsqu'il ne peut honorer les rendez-vous avec l'équipe mobile de soins palliatifs du fait d'une asthénie trop importante. On constate donc que, au fur et à mesure de l'évolution de la pathologie somatique, la symptomatologie psychiatrique est abrasée, le patient se présentant de meilleur contact, étant capable de critiquer ses idées délirantes et d'avoir un comportement adapté. Ce constat s'effectue en l'absence de toute modification thérapeutique concernant les traitements psychiatriques.

4.2. Evolution de la symptomatologie somatique

M. N. souffre d'un cylindrome de la glande lacrymale droite avec extension locorégionale et méningée et syndrome de masse frontale. Le pronostic vital étant engagé, une prise en charge en soins palliatifs est proposée et acceptée par le patient. L'équipe médicale de l'unité Carreire 6 sollicite donc l'équipe mobile de soins palliatifs de la maison de santé Marie Galène qui prendra en charge le dossier de M. N. en janvier 2013. L'équipe de soins palliatifs, en collaboration avec l'équipe soignante de l'unité Carreire 6 met donc en place une prise en charge de la douleur, des visites bimensuelles en hôpital de jour de soins palliatifs et la rédaction de directives anticipées par le patient. Par ailleurs, les équipes susceptibles de recevoir le patient en situation d'urgence (équipes d'urgentistes du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux (CHU), SOS médecins, Equipe psychiatrique du Service d'Evaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique (SECOP) et équipe de soins palliatifs du CHU de Bordeaux) sont également informées de sa situation ainsi que de ses desideratas concernant sa fin de vie.

En février 2013, l'équipe de soins palliatifs constate une augmentation très importante du volume tumoral orbitaire droit sans signe d'effraction cutanée. Par ailleurs, les douleurs neuropathiques persistent et ne sont que partiellement soulagées, M. N. étant peu observant concernant son traitement antalgique et diminuant lui-même les posologies. De plus, il présente une hypertension intracrânienne responsable de céphalées et de nausées sans vomissements associés. On constate également une majoration de l'asthénie avec anorexie et

perte de poids. Enfin, M. N. rapporte un retentissement de la maladie sur ses activités quotidiennes avec un abandon de certaines activités réalisées jusqu'alors. Il est alors abordé la question d'une hospitalisation en unité de soins palliatifs avec le patient qui préférera poursuivre la prise en charge ambulatoire.

Le 28 février 2013, et devant l'absence de possibilité de poursuite de la prise en charge ambulatoire, M. N. est hospitalisé dans l'unité de soins palliatifs de l'hôpital Saint André à Bordeaux. Durant cette hospitalisation, il présentera une majoration de l'hypertension intracrânienne en lien avec la progression de la masse tumorale. Il décèdera dans l'unité de soins palliatifs le 23 mars 2013 à 14h35, en présence des soignants.

5. Analyse clinique

5.1. Notion de schizophrénie résistante

M. N. souffre d'une schizophrénie résistante, définie par l'absence de bénéfice thérapeutique après deux séquences de traitement antipsychotique à posologie et durée suffisantes (au moins 6 semaines), selon le guide des affections longue durée portant sur la schizophrénie édité par la Haute Autorité de Santé (HAS) en juin 2007 (73). En effet, si les épisodes de recrudescence des idées délirantes s'intègrent le plus souvent dans un contexte de rupture thérapeutique, on constate que M. N., à deux reprises au cours de l'année 2000, présente une recrudescence des idées délirantes ayant nécessité une hospitalisation sans que l'on ait constaté de rupture thérapeutique, le patient étant traité par antipsychotique retard type halopéridol décanoas et se rendant au CMP pour y faire ses injections. De plus, au cours de ces deux hospitalisations il n'est pas mentionné de conduite addictive, d'interactions médicamenteuses ou de pathologie organique pouvant expliquer la recrudescence de la symptomatologie psychotique.

Par ailleurs, en 2001, le traitement par halopéridol décanoas à raison de 4 ampoules toutes les 3 semaines s'avère inefficace ce qui conduit l'équipe médicale à introduire un traitement par clozapine. Ce traitement, interrompu à plusieurs reprises par le patient est abandonné en 2004 au profit d'un traitement neuroleptique retard par halopéridol décanoas. En 2007, devant l'inefficacité du traitement par halopéridol décanoas seul à posologie et durée efficaces, une bithérapie antipsychotique est donc proposée au patient associant de l'halopéridol décanoas et de la clozapine. Est à noter également que les nombreuses ruptures

thérapeutiques de M. N. sont probablement en lien avec une efficacité relative des antipsychotiques en monothérapie. En effet, on peut présupposer qu'un traitement efficace sur les symptômes psychotiques est en faveur d'une observance thérapeutique et ce d'autant plus que le patient présentera régulièrement des idées délirantes de persécution avec, comme persécuteurs désignés, les soignants.

M. N. est donc un patient souffrant d'une schizophrénie résistante et atteint d'une tumeur de la glande lacrymale droite. Au cours de l'évolution de la pathologie somatique, on observera un amendement de la symptomatologie psychotique et ce, en l'absence de modification thérapeutique concernant les traitements antipsychotiques.

5.2. Symptômes psychotiques et maladie somatique

5.2.1. Aspect historique

Hippocrate (74) remarquait que, chez le maniaque, si des hémorroïdes apparaissaient, elles supprimaient la manie qu'il définissait comme un « *délire inquiet* ». Plus tard, Galien décrit une maladie mentale guérie par une fièvre quarte. Pinel, quant à lui, observera le rétablissement d'un aliéné par la survenue, puis la guérison, d'un abcès de la parotide. Esquirol (75) rapportera le cas d'un étudiant en chirurgie souffrant d'une manie et présentant un amendement de la symptomatologie suite à l'apparition d'une fièvre. En 1917, Wagner Jauregg (76), inoculant le paludisme à des paralytiques généraux, observait une réduction des troubles psychiatriques chez ces patients. En 1933, Sakel (77) développe ce qui est considéré comme le premier traitement biologique de la psychose à savoir la cure de Sakel ou « choc humide », consistant à provoquer un coma hypoglycémique par administration d'insuline, coma, qui, selon l'hypothèse de Sakel, permettrait la régénérescence des cellules dysfonctionnelles à l'origine des états psychotiques. En 1935, Von Meduna (77), pratiquait des injections de camphre, induisant alors des crises d'épilepsie chez des patients schizophrènes, afin de réduire les symptômes psychotiques. Ces pratiques, rendues obsolètes par l'avènement des traitements antipsychotiques, reposaient sur l'hypothèse qu'une modification de l'état somatique d'un patient peut avoir un impact positif sur les symptômes psychiatriques qu'il présente. Freud lui-même (78), dans *Au-delà du principe du plaisir*, écrira : « *C'est également un fait connu, mais qui n'a pas été suffisamment utilisé par la théorie de la libido, que les troubles graves qui affectent la répartition de la libido dans la*

mélancolie, par exemple, disparaissent momentanément par suite d'une affection organique intercurrente, et que même une démence précoce, à sa phase la plus avancée, peut, dans les mêmes conditions, subir une régression momentanée ». Freud suggère par la formule « *c'est également un fait connu* », le caractère empirique de ces constatations. On peut alors se demander ce qu'il en est actuellement des hypothèses de l'impact des pathologies somatiques sur les symptômes psychiatriques.

5.2.2. Constatations cliniques actuelles

Dans la littérature actuelle, on retrouve quelques observations cliniques concernant l'évolution de la symptomatologie psychiatrique chez des patients atteints de pathologies somatiques. Les auteurs rapportent à la fois des cas d'exacerbation de la pathologie psychiatrique et des cas de résolution des symptômes psychiatriques lors de l'apparition d'une maladie somatique. Par exemple Blanquer et Veyrat (79) rapportent, dans « *Le corps malade du psychotique* », la résolution d'un épisode maniaque avec caractéristiques psychotiques lors de l'apparition d'une pneumopathie, et ce chez deux patients. A contrario, Reich et Gaudron (45) dans un article sur les caractéristiques et la prise en charge du patient psychotique en cancérologie publié dans le *Bulletin du Cancer* en février 2009, préconisent une adaptation des traitements antipsychotiques chez des patients souffrant de schizophrénie et atteints de cancer en prévision d'une aggravation de la symptomatologie psychotique du fait de l'apparition de la pathologie cancéreuse, pourvoyeuse d'idées délirantes. Cependant ils précisent également que « *la maladie somatique comme le cancer peut, parfois chez le psychotique, intervenir comme « ambassadeur de la réalité », selon l'expression du psychanalyste Racamier, et l'aider à se restructurer* ».

On ne retrouve actuellement pas d'hypothèse neurophysiologique permettant d'expliquer les modifications des symptômes psychiatriques au décours des pathologies somatiques, et ce, en l'absence de modification thérapeutique concernant les traitements de la pathologie psychiatrique. Il est seulement probable que les désordres somatiques peuvent avoir une incidence sur la symptomatologie psychiatrique, que ce soit dans le sens d'une amélioration ou d'une aggravation des symptômes.

PARTIE 3 : PROTECTION JURIDIQUE ET SOINS SANS CONSENTEMENT

1. La protection juridique du patient majeur hospitalisé en psychiatrie

1.1. Principes généraux

Selon l'article 414 du code de procédure civile (80), modifié par la loi 2007-308 du 5 mars 2007, la majorité est fixée à 18 ans accomplis et, à cet âge, chacun est capable d'exprimer les droits dont il a la jouissance. Par ailleurs, le législateur précise que, pour faire un acte valable, il faut être sain d'esprit (article 414-1 du code civil). Dans certains cas, un patient souffrant de maladie mentale peut, de façon ponctuelle ou pérenne, voir son jugement altéré. Ainsi, l'on peut considérer que les décisions prises par certains patients ne sont pas valables, au sens juridique du terme. Dans un souci de protection de ces personnes, considérées comme vulnérables car présentant une altération de leurs facultés mentales, la loi prévoit des mesures dites de protection.

Ces mesures de protection sont ordonnées par le juge des tutelles, magistrat du tribunal d'instance spécialisé dans la surveillance des administrations légales et de tutelles, selon trois principes. Tout d'abord, le principe de nécessité (article 428 du code civil) (81) qui implique une application de la loi en cas de « nécessité » c'est-à-dire lorsque le majeur n'est plus en mesure de pourvoir seul à ses intérêts. Cela sous-entend que ces mesures sont temporaires et révisées périodiquement pour juger de la nécessité de leur maintien au regard de la situation de la personne. Les décisions du juge des tutelles sont également soumises au principe de subsidiarité, à savoir qu'une mesure de protection est mise en œuvre uniquement si aucun autre moyen de protection n'est suffisant comme la protection d'affaire (article 1371 et suivants du code civil) (82), la procuration, le mandat (tiers mandaté par la personne pour accomplir un acte juridique en sa personne et pour son compte) ou le régime matrimonial conformément au devoir d'assistance entre époux. De même, et selon les termes du législateur, une curatelle est prononcée s'il est établi que la mesure de sauvegarde de justice n'est pas suffisante et une tutelle est prononcée si la curatelle n'apporte pas une protection suffisante. Enfin, le dernier principe qui guide le juge des tutelles est celui de la proportionnalité. En effet, le magistrat doit adapter la mesure à l'état du sujet comme prévu par l'article 471 du code civil (83). Cela implique que, selon les circonstances, le juge des

tutelles peut être amené à modifier les termes du régime de protection, et ce, dans l'intérêt de la personne.

Si la protection juridique est prononcée dans l'intérêt des personnes, elle doit cependant être dûment motivée. L'article 425 du code civil (84) prévoit la mise en place d'une mesure de protection sous plusieurs conditions. La personne doit être dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts du fait d'une altération de ses capacités mentales, ou de ses facultés corporelles. Par ailleurs, ces altérations doivent être médicalement constatées. Cela implique la rédaction d'un certificat médical circonstancié comme prévu par l'article 431 du code civil (85), sans lequel la demande est irrecevable. Dans ce certificat, le médecin doit, selon l'article 1219 du code de procédure civile (86), d'une part décrire avec précision l'altération des facultés du majeur à protéger ou protégé, mais également donner au juge tout élément d'information sur l'évolution prévisible de cette altération. Il doit aussi préciser les conséquences de cette altération sur la nécessité d'une assistance ou d'une représentation du majeur dans les actes de la vie civile, tant patrimoniaux qu'à caractère personnel, ainsi que l'exercice du droit de vote. Enfin il doit indiquer si l'audition du majeur est de nature à porter atteinte à sa santé ou si celui-ci est hors d'état d'exprimer sa volonté. Ce certificat est remis au requérant sous pli cacheté, à l'attention exclusive du procureur de la République ou du juge des tutelles.

Nous avons vu que les mesures de protection sont prononcées dans le cas où un sujet présente une altération de ses facultés mentales ou corporelles impliquant une absence de possibilité d'expression de sa volonté. Il est aisément compréhensible que ces altérations puissent être relatives et évolutives. Il existe donc différents régimes de protection afin d'adapter la mesure en fonction des besoins des personnes.

1.2. Les différents régimes de protection

1.2.1. La mesure d'accompagnement social personnalisé

La mesure d'accompagnement social personnalisé, ou MASP, est une mesure d'accompagnement social global pour l'aide à la gestion des prestations sociales. Celle-ci concerne les personnes en difficulté d'autonomie sociale et dont la santé ou la sécurité est menacée (87). Elle est définie par l'article L.271-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (88) qui stipule que « *toute personne majeure qui perçoit des prestations sociales et*

dont la santé ou la sécurité est menacée par les difficultés qu'elle éprouve à gérer ses ressources peut bénéficier de cette mesure qui comporte une aide à la gestion de ses prestations sociales et un accompagnement social personnalisé ».

Cette mesure est mise en place par la conclusion d'un contrat entre l'intéressé et le Conseil Général, pour une durée de six mois à deux ans renouvelables sur quatre ans maximum. Est à noter que les frais de fonctionnement sont généralement à la charge de l'intéressé. Ce contrat prend fin lorsque l'état de la personne est amélioré ou, au contraire, lorsqu'il s'aggrave, nécessitant alors la mise en place d'une mesure plus contraignante.

1.2.2. La mesure d'accompagnement judiciaire

La mesure d'accompagnement judiciaire (MAJ) (87) est une mesure judiciaire par laquelle un mandataire judiciaire à la protection des majeurs, perçoit et gère tout ou partie des prestations sociales d'une personne majeure. Elle diffère de la MASP car le contrat est imposé au majeur.

Cette mesure n'entraîne pas d'incapacité dans la vie civile et ne nécessite pas la constatation d'une altération des facultés mentales. Elle concerne les majeurs ayant fait l'objet d'une MASP se révélant insuffisante, qui ne bénéficient pas d'une curatelle ou d'une tutelle et pour lesquels toute action moins contraignante s'avère insuffisante (par exemple l'application des règles relatives aux droits et devoirs du conjoint). La MAJ est prononcée à la demande du procureur de la République. Le juge des tutelles, quant à lui, entend le majeur, choisit les prestations sociales concernées, nomme un mandataire et décide de la durée de la mesure qui ne peut excéder deux ans. La MAJ peut être renouvelée pour deux ans, sur décision motivée du juge des tutelles. Enfin, le terme de cette mesure peut être décidé à tout moment par le juge, d'office ou à la demande du majeur protégé, de son mandataire, du procureur de la République ou si une mesure de curatelle ou de tutelle est ouverte.

1.2.3. Le mandat de protection future (MPF)

Il s'agit d'une mesure permettant à une personne (le mandant) de désigner la ou les personnes (mandataires) qu'elle souhaite voir chargées de veiller sur son bien ou sa personne dans le cas où elle serait en incapacité mentale ou physique de le faire seule (89).

Cette mesure peut concerner toute personne majeure ou mineure émancipée ne faisant pas l'objet d'une tutelle, une personne sous curatelle avec l'assistance de son curateur, un parent exerçant l'autorité parentale et ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle ou de curatelle pour son enfant mineur ou un parent qui ne fait pas l'objet d'une mesure de curatelle ou de tutelle et qui assume la charge matérielle et affective de son enfant majeur.

Le mandat est un contrat libre dans lequel le mandant choisit à l'avance quelle sera l'étendue des pouvoirs du ou des mandataire(s). Les actes de protection des biens que le mandataire peut réaliser sans autorisation du juge diffèrent selon que le mandat est notarié ou sous seing privé. Le mandat notarié, établi par acte authentique devant notaire, autorise le mandataire à procéder à des actes de disposition du patrimoine du mandant. Le mandat sous seing privé autorise uniquement la gestion des actes administratifs.

Le mandat prend effet lorsque la personne ne peut plus pourvoir seule à ses intérêts, ce qui doit être médicalement constaté par un médecin inscrit sur une liste établie par le procureur de la République. Il prend fin lorsque la personne recouvre ses capacités ou décède, comme prévu par l'article 483 du code civil (90).

1.2.4. Sauvegarde de justice

Cette mesure est prévue pour toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération médicalement constatée soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles (article 425 du code civil) (84).

Elle est de courte durée et peut éviter de prononcer une tutelle ou une curatelle. La sauvegarde de justice concerne les personnes ayant besoin d'une représentation temporaire, les personnes nécessitant une représentation sur certains actes déterminés ou celles ayant besoin d'une représentation durable et nécessitant une représentation immédiate pendant l'instruction de la demande d'une mesure de tutelle ou de curatelle.

Il existe deux types de sauvegarde de justice : la sauvegarde de justice sur décision du juge des tutelles, nécessitant la rédaction d'un certificat médical et ne pouvant être sujette à recours, et la sauvegarde par déclaration médicale au procureur de la République, qui peut être contestée par le majeur protégé via une lettre adressée au procureur de la République (91).

La personne protégée conserve le droit d'accomplir tous les actes de la vie civile, sauf ceux confiés au mandataire spécial, généralement un proche nommé par le juge. La

sauvegarde permet de contester certains actes contraires aux intérêts du majeur, que celui-ci aurait passés alors que la mesure était prononcée, soit en les annulant, soit en les corrigeant.

La mesure de sauvegarde de justice ne peut dépasser un an renouvelable une fois par le juge des tutelles. Elle prend fin soit à l'expiration du délai pour lequel elle a été prononcée, soit à la levée de la mesure par le juge des tutelles lorsque le majeur recouvre ses facultés mentales ou corporelles ou après accomplissement des actes pour lesquels elle a été ordonnée, soit par ouverture d'une mesure de curatelle ou de tutelle.

1.2.5. Curatelle

La curatelle est une mesure judiciaire permettant de protéger un majeur qui a besoin d'être conseillé ou contrôlé dans certains actes de la vie civile (92). Elle n'est prononcée que s'il est établi que la mise en place d'une mesure de sauvegarde de justice s'avérerait insuffisante ; le juge des tutelles désigne alors un ou plusieurs curateur(s).

Il existe plusieurs degrés de curatelle. D'une part, la curatelle simple, où la personne accomplit seule les actes de la vie courante mais doit être assistée de son curateur pour les actes dits de disposition (engageant les biens de la personne). D'autre part la curatelle renforcée où le curateur perçoit les ressources de la personne et règle ses dépenses. Enfin, la curatelle aménagée dans laquelle le juge énumère les actes que la personne peut faire seule ou non.

La demande de curatelle doit comporter un certificat médical circonstancié établissant l'altération des facultés de la personne, l'identité de la personne à protéger et l'énoncé des faits qui appellent cette protection. Elle est ensuite adressée au juge des tutelles du tribunal d'instance dont dépend le lieu de résidence de la personne à protéger. Puis, le juge auditionne le majeur et la personne ayant fait la demande. Il nomme ensuite un ou plusieurs curateurs. Le curateur est choisi en priorité parmi les proches de la personne à protéger, et si impossibilité, la curatelle est confiée à un professionnel appelé « mandataire judiciaire à la protection des majeurs » inscrit sur une liste dressée par le préfet. Il est également possible pour le juge de désigner un subrogé curateur qui surveillera les actes passés par le curateur ou pourra le remplacer en cas de conflit d'intérêt. En l'absence d'un subrogé curateur, le juge peut, pour certains actes, nommer un curateur *ad hoc*, notamment s'il y a conflit d'intérêt entre le curateur et le majeur protégé.

Le curateur est tenu de rendre compte de son mandat à la personne protégée et au juge. En cas de curatelle renforcée, il doit remettre chaque année au greffier en chef du tribunal d'instance un compte rendu de sa gestion. Le majeur protégé ou toute personne pouvant demander la mise en place de la mesure peut faire appel de la décision d'initiation d'une telle mesure. L'appel s'exerce dans les quinze jours suivant le jugement ou la date de sa notification et il doit être adressé par lettre recommandée avec accusé de réception au greffe du tribunal.

La curatelle donne lieu à une mention en marge de l'acte de naissance. Pour les actes de la vie courante, le majeur protégé prend seul les décisions concernant sa personne si son état le permet, peut accomplir seul les actes d'administration et conserve le droit de vote. Concernant les décisions familiales, la personne bénéficiant d'une curatelle peut accomplir seule les actes strictement personnels mais doit obtenir l'autorisation de son curateur ou à défaut, celle du juge, pour se marier. Pour les actes de vente, le majeur protégé doit être assisté par son curateur. En ce qui concerne la rédaction testamentaire, la personne sous curatelle peut l'effectuer seule.

La durée de la mesure est fixée par le juge, elle ne peut excéder cinq ans mais le juge peut décider un renouvellement au-delà de cette période en cas d'altération pérenne des facultés du majeur protégé, constatées par un médecin inscrit sur la liste établie par le procureur de la République. La mesure prend fin, sur avis du juge ou suite à la requête du majeur ou de toute personne pouvant demander la curatelle, après avis médical ou du fait de l'expiration de la durée fixée, en l'absence de renouvellement ou si une mesure de tutelle remplace la curatelle.

1.2.6. Tutelle d'une personne majeure

La tutelle (93) est une mesure judiciaire destinée à protéger une personne majeure et tout ou partie de son patrimoine, si la personne n'est plus en mesure de veiller à ses propres intérêts.

Cette mesure concerne les personnes majeures nécessitant d'être représentées dans les actes de la vie civile du fait de l'altération de leurs facultés mentales ou lorsque leurs facultés corporelles sont atteintes au point d'empêcher l'expression de leur volonté et pour lesquelles une mesure moins contraignante serait insuffisante.

La demande de tutelle doit comporter un certificat médical circonstancié établissant l'altération des facultés de la personne, l'identité de la personne à protéger et l'énoncé des faits qui appellent cette protection. Elle est ensuite adressée au juge des tutelles du tribunal d'instance dont dépend le lieu de résidence du majeur à protéger. Le juge entend ensuite et si possible, le majeur à protéger, et examine la requête. Il auditionne également le demandeur. Si la mesure est prononcée, le majeur qui en fait l'objet, ou toute personne pouvant faire la demande, peut faire appel de cette décision dans les 15 jours suivant le jugement ou la date de sa notification, par lettre recommandée avec demande d' accusé de réception au greffe du tribunal.

Lorsque la mesure est mise en œuvre, le juge nomme un ou plusieurs tuteur(s). Le tuteur est choisi en priorité parmi les proches de la personne à protéger. Si cela n'est pas possible, il désigne un mandataire judiciaire à la protection des majeurs, inscrit sur une liste dressée par le préfet. Tout comme pour la mesure de curatelle, le juge peut désigner un subrogé tuteur ou, en son absence, un tuteur *ad hoc* à la différence que ceux-ci peuvent être désignés, dans le cas de la mesure de tutelle, par un conseil de famille nommé par le juge. Le tuteur, au même titre que le curateur, est tenu de rendre compte de l'exécution de son mandat au juge et à la personne protégée.

La tutelle donne lieu à une mention portée en marge de l'acte de naissance de la personne protégée. Concernant les actes de la vie courante, le majeur protégé prend seul les décisions relatives à sa personne. Au niveau familial, il accomplit seul les actes dits strictement personnels, conserve l'autorité parentale, mais doit obtenir l'autorisation du juge ou du conseil de famille pour se marier ou signer une convention de pacte civil de solidarité (PACS). Le tuteur intervient pour prendre les mesures de protection nécessaires au bien-être de la personne, il peut par exemple effectuer seul les actes d'administration. Le juge ou le conseil de famille peuvent autoriser les actes de disposition c'est-à-dire engageant le patrimoine de la personne. Le majeur peut faire seul son testament avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille.

La durée de la tutelle est fixée par le juge et ne peut excéder cinq ans, renouvelables si l'altération des facultés de la personne apparaît irrémédiable. Cette altération pérenne des facultés du majeur à protéger doit être confirmée par un médecin inscrit sur la liste établie par le procureur de la République. La mesure prend fin : à tout moment sur décision du juge seul ou suite à la demande du majeur ou de toute personne pouvant faire la demande de mise sous tutelle, le juge statuant après avis médical ; à l'expiration de la durée fixée ; en l'absence de renouvellement ou si une mesure de curatelle est prononcée en remplacement de la tutelle.

2. Droits du patient en psychiatrie

2.1. Principes généraux

Depuis la loi du 4 mars 2002 (94), on constate une volonté du législateur d'autonomiser et de responsabiliser le patient quant aux soins qui lui sont délivrés. Cela passe par un abandon progressif du modèle paternaliste au profit d'un modèle autonomiste comme nous le rappelle Jean-Louis Senon (95). Le modèle paternaliste repose sur le principe philosophique de la bienfaisance appelé encore téléologie. Il suppose que le médecin sait ce qui est « bien » pour le patient et décide donc de la prise en charge de ce dernier. Cela conduit à une relation asymétrique entre un médecin détenteur du savoir, et un patient en demande de soin donc vulnérable, qui ne peut qu'accepter la prise en charge proposée. Actuellement, on tend vers la mise en place d'un modèle autonomiste, s'opposant au paternalisme, où le patient, informé, décide de ses soins. Le patient se voit alors responsabilisé, acteur de ses soins, et on constate l'apparition d'une relation plus symétrique entre un médecin, expert en son domaine, qui informe le patient et propose une prise en charge que ce dernier est, par la suite, libre d'accepter ou de refuser.

Les droits du malade sont prévus par de nombreux textes de loi. Rappelons d'abord que les droits du patient sont avant tout ceux de tout citoyen, comme édicté par la déclaration des droits de l'Homme et du citoyen (96) dont le premier article affirme la liberté des individus.

Avec la loi du 29 juillet 1994 (97), le législateur réaffirme le respect dû au corps humain (article 16-1) en stipulant : *« il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne. 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 »*. On voit ici apparaître la notion de consentement et la notion de possibilité de soins sans consentement (SSC) dans des circonstances exceptionnelles prévues par la loi à savoir les situations d'urgence vitale ou d'impossibilité pour le patient, du fait de son état, de consentir aux soins. Ce souci de promotion et de protection des droits du malade, initié dans les années 1990, aboutit en 2002, à la loi du 4 mars, connue sous le nom de loi Kouchner (94). Dans cette loi, sont détaillés les droits de la personne malade, à savoir : le droit fondamental à la protection de la santé, le droit à la solidarité pour toute personne handicapée, le droit au respect de la dignité, le droit à la dignité pour les malades détenus, le droit à l'information, le droit au

respect de la vie privée et au secret, le droit au traitement de la douleur et aux soins palliatifs, le droit à la scolarité de l'enfant malade hospitalisé et le droit de recevoir des soins appropriés.

Apparaissent ici les notions fondamentales, explicitées dans le code de déontologie médicale, de l'information du patient (article 35), du consentement à l'acte médical (article 36) et du secret professionnel (article 4).

2.2. Information et consentement du patient

2.2.1. Information du patient

Dans le modèle autonomiste, le patient, acteur de ses soins, est libre d'accepter ou non les thérapeutiques qui lui sont proposées par le praticien auquel il s'est adressé. Ce choix, qui concerne sa santé et donc un domaine de compétence dans lequel le patient n'est pas expert, ne peut se faire que si le patient reçoit une information délivrée par le praticien. Cette information est due au patient et doit être « *loyale claire et appropriée* », conformément au code de déontologie médicale, à l'article R. 4127-33 du CSP et aux recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) de mars 2000 sur l'information médicale. Horassius (98) en 2001 définit ces termes en expliquant que : « *une information claire est une information susceptible d'être entendue et comprise par le patient ; une information loyale se doit d'être au plus proche de la réalité et une information appropriée doit être adaptée à la pathologie et la personnalité de chaque malade* ». L'information, délivrée lors d'un entretien individuel, porte, conformément à l'article L1111-2 du CSP, sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves qu'ils comportent ainsi que sur les autres stratégies possibles et sur leurs conséquences prévisibles en cas de refus. Le médecin se doit également de respecter la volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic sauf si cela expose des tiers à un risque de transmission. Enfin, le praticien doit veiller à ce que l'information transmise soit compréhensible et comprise par le patient. En psychiatrie, cette notion est d'autant plus fondamentale que l'on se trouve en présence de patients souffrant de troubles mentaux pouvant altérer leurs compétences cognitives de façon ponctuelle ou pérenne. Le psychiatre doit donc s'adapter à chaque patient en fonction de sa pathologie et des

conséquences de celle-ci sur ses capacités de compréhension, actuelles et dans le temps. Si l'information du patient est une obligation légale, il existe cependant des limites à cette obligation, à savoir les situations d'extrême urgence, la personnalité fragile d'un patient, un refus du patient ou un état mental altéré (99).

L'information du patient est, comme le précise Philippe Venin dans son article « Consentement éclairé ou choix informé ? Un dilemme éthique en pratique quotidienne » (100), la clé de voûte du consentement aux soins et du choix du patient et a pour but, comme le propose Brock (101) d'obtenir le consentement pour promouvoir le bien-être du patient et respecter le droit à son autodétermination.

2.2.2. Consentement du patient

Le consentement est l'action de donner son accord à une action (102). Kress propose de définir la notion de consentement selon trois dimensions (103). Tout d'abord une dimension structurale : le patient consent à ce que le savoir de la science s'exerce sur son corps. Ensuite, une dimension cognitive, puisque le consentement nécessite que le malade comprenne la maladie, les traitements proposés, la situation clinique actuelle, les conséquences en cas de refus, et soit en capacité de prendre et de maintenir une décision. Enfin, une dimension relationnelle puisque l'acceptation d'un traitement repose sur la relation médecin-malade qui doit être collaborative.

Depuis la loi du 4 mars 2002 (94), le consentement aux soins est la condition indispensable à toute prise en charge thérapeutique. La recherche du consentement du patient possède un caractère éthique pour le médecin mais est également une obligation légale. Lachaux et Cassan (104) différencient deux niveaux au consentement, celui de sa légalité, garantie par les juristes, et celui de sa légitimité, dont les médecins sont responsables. Nous nous sommes donc intéressés aux deux dimensions, juridique et médicale, que revêt la définition du consentement.

2.2.2.1. Dimension juridique

2.2.2.1.1. La notion juridique du consentement

Comme le soulignent Lachaux et Cassan (104), pour le juriste, la recherche du consentement s'intègre dans le respect des libertés individuelles. Layet et Rosello (2006) (105) expliquent que le niveau de légalité répond à une logique binaire de lecture du consentement où le sujet peut ou non consentir. En s'appuyant sur la revue générale de Léger en 1994, les auteurs rapportent quatre conditions nécessaires pour la validité du contrat passé entre le patient et son médecin : la première condition est celle du consentement de la partie qui s'engage ; la seconde, celle de la capacité à contracter ; la troisième celle de l'existence d'un objet certain formant la matière de l'engagement ; enfin, l'existence d'une cause licite dans l'engagement.

2.2.2.1.2. Les textes de lois

Comme le rappelle Jonas (106), le principe du consentement avant toute intervention sur le corps humain était considéré comme supra-légal avant les années 1990 et ne figurait pas dans la loi. Il y est entré par la loi n°94-653 du 29 juillet 1994 (97) et figure désormais au début du code civil (article 16 et suivants) ce qui en révèle toute l'importance. L'article 16 du code civil (107) assure le respect et la protection de la personne en prévoyant que « *la loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie* ». Dans l'article 16-3 (108) du code civil, on voit apparaître la nécessité de recueillir le consentement du patient par la formule : « *le consentement de l'intéressé doit être recueilli* ». Cet article prévoit également les situations d'exception à cette obligation : « *hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir* ». Jonas (106) précise que ces deux articles sont le socle de l'obligation de consentement aux actes médicaux et aux traitements.

Pour les juristes, le consentement aux soins revêt un aspect contractuel entre le médecin et le patient. Progressivement, il est apparu que la notion de consentement allait au-delà d'une simple relation contractuelle médecin-patient. C'est ce constat qui conduit, comme le précise Jonas, à la loi du 29 juillet 1994 mais surtout à la loi du 4 mars 2002 (94). Dans cette dernière, on voit notamment apparaître l'article L 1111-2 insistant sur la nécessité d'une information préalable à l'obtention du consentement. L'article L 1111-4, quant à lui, réaffirme qu'« *aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne* ». Si le malade n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté ou lorsqu'il

s'agit d'un cas d'urgence, la loi prévoit que le praticien peut réaliser des soins sans recueil préalable du consentement après avoir consulté la personne de confiance, la famille ou, à défaut, des proches. Enfin, pour un mineur ou un majeur sous tutelle, la loi prévoit que le consentement de la personne recevant le soin doit être recherché et que dans le cas d'un refus de traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur, le médecin est en droit de délivrer les soins indispensables si leur absence risque d'entraîner des conséquences graves pour le patient.

2.2.2.2. Dimension médicale

2.2.2.2.1. La notion médicale du consentement

Lachaux et Cassan (104) soulignaient que les médecins sont responsables de la légitimité du consentement en terme de décision médicale. Ils mettaient en évidence « *le caractère pluriel évolutif et nuancé* » du consentement en pratique clinique quotidienne. Le praticien ne peut donc pas réduire la notion de consentement au concept juridique qui apparaît relativement binaire (le patient consent ou non). En psychiatrie, l'obtention du consentement est d'autant plus complexe que « *le psychisme est à la fois l'objet du soin et le support du consentement* » (105). Le praticien doit donc rechercher si son patient est « compétent » pour donner son consentement. Cela pose la question de la capacité à consentir aux soins.

2.2.2.2.2. La capacité à consentir

2.2.2.2.2.1. Définition de la capacité à consentir

Selon les recommandations du comité consultatif national d'éthique, reprises dans les recommandations de la HAS (109), l'acte de consentir suppose une double compétence à savoir, comprendre l'information délivrée et pouvoir se déterminer librement. Les personnes jugées inaptes à donner un consentement de bonne qualité sont celles dont la compréhension est faible ou troublée (exemple de la confusion) ou celles dont la liberté de choix n'est pas

entière (exemple des personnes dépendantes). La problématique repose ici sur ce que nous définissons comme troubles de la compréhension et inaptitude à la prise de décision.

2.2.2.2.2. Evaluation de la capacité à consentir

Afin d'évaluer la capacité des patients à consentir, certains auteurs comme Jonas (106) ou Layet (105) reprennent la charte de compétence à consentir de Lachaux et Cassan (104). Dans celle-ci, les auteurs ciblent cinq capacités nécessaires qui sont : recevoir une information adaptée, comprendre et écouter, raisonner, exprimer librement une décision et la maintenir dans le temps.

Dans ses recommandations, la HAS souligne l'importance de la notion d'insight dans l'évaluation de la capacité à consentir. Cependant comme le soulignent Jaafari et Senon (110), il est difficile d'étudier la relation entre insight et capacité à consentir. En effet, l'insight, mot anglais défini approximativement en français par des termes comme « conscience du trouble » ou « discernement », est un concept complexe, dynamique et multidimensionnel. Les patients souffrant de troubles psychiatriques peuvent, y compris avec un faible insight, être compétents sur certaines dimensions et participer activement aux soins. Ainsi, les auteurs soulignent que la capacité à consentir aux soins est une notion qui mérite d'être révisée.

2.2.2.2.3. Amélioration de la capacité à consentir

Selon les recommandations de la HAS (109), la question n'est pas tant l'amélioration de l'obtention du consentement que l'évaluation de la capacité à consentir et la valeur thérapeutique de l'information et de l'implication du patient. La HAS recommande donc de proposer une période d'observation avant toute prise de décision. Ce principe a d'ailleurs été repris dans la loi du 5 juillet 2011 avec la période initiale d'observation et de soins de 72 heures qui permet ensuite, de définir la forme de la prise en charge, ou bien de s'orienter vers une sortie définitive sans soins sans consentement (SSC).

3. Les soins psychiatriques sans consentement

Camille Claudel, sculpteur de génie, fut internée du 10 mars 1913 au 19 octobre 1943, date de sa mort à l'asile de Montdevergues. Son hospitalisation interviendra sept jours après le décès de son père, à la demande de sa famille (111) et suite à la rédaction d'un certificat médical de son psychiatre, le Dr Michaux, dans lequel il est mentionné que la patiente « *se figure être persécutée, que son état déjà dangereux pour elle à cause du manque de soins et même parfois de nourriture, est également dangereux pour ses voisins et qu'il serait nécessaire de l'interner dans une maison de santé.* » (111). Cet internement, conforme à la loi du 30 juin 1838, sera contesté par l'artiste durant ses 30 ans d'enfermement. Camille Claudel demandera à de nombreuses reprises, dans ses lettres à son frère Paul, mais également dans des courriers adressés au Dr Michaux, que soit levée cette mesure (112). Elle écrira par exemple à son frère : « *J'ai hâte de quitter cet endroit... Je ne sais pas si tu as l'intention de me laisser là mais c'est bien cruel pour moi !... Dire qu'on est si bien à Paris et qu'il faut y renoncer pour des lubies que vous avez dans la tête... ne m'abandonne pas ici toute seule...* » (113). Si nous ne discuterons pas de l'état clinique ayant motivé l'hospitalisation de l'artiste, la question soulevée par cet internement long de 30 ans est celle des SSC de leur mise en œuvre et de leur maintien, impliquant donc une privation de liberté.

3.1. Les soins sans consentement avant la loi du 5 juillet 2011

Jusqu'au XVII^{ème} siècle, la folie, assimilée à de la sorcellerie, amenait la société occidentale à exclure ou condamner au bûcher les personnes atteintes de troubles mentaux au prétexte qu'elles étaient « possédées ». Sous Louis XIV, la folie, interprétée comme transgression de l'ordre social, justifie l'enfermement des « insensés » via des lettres de cachet.

Avec la Révolution française et le désir de transformation de la société, la folie devient maladie. Le « fou » est donc considéré comme un malade que l'on peut soigner, ce qui implique alors l'admission dans une structure de soin qui peut, du fait de la pathologie du patient, être non consentie par ce dernier. Suite à l'abrogation des lettres de cachet, le décret-loi des 19-22 juillet 1791 prévoyait que « les furieux » devaient être mis en lieu de sûreté mais ne pouvaient être détenus qu'en vertu d'un jugement qu'il convenait à la famille de provoquer. De même, en 1801, il est admis que si le placement provisoire relève bien de la police et donc de l'autorité administrative, la réclusion reste du ressort de la justice.

C'est avec la loi du 30 juin 1838 qu'il est confié à l'autorité administrative le pouvoir de décider de l'admission en hospitalisation sous contrainte (114). Cette loi, encore appelée loi Esquirol, définit l'organisation hospitalière territoriale. Par ailleurs, elle régleme l'internement des « malades mentaux » selon deux régimes, le régime de placement dit « volontaire » à la demande de la famille, sur avis d'un médecin extérieur à l'établissement d'accueil non apparenté au malade, et le régime de placement dit « d'office » décidé par arrêté préfectoral lorsqu'est menacé « *l'ordre public ou la sûreté des personnes* ». Enfin, la loi inclut des dispositions sur la capacité des aliénés internés et la gestion de leurs biens.

La loi du 30 juin 1838 jouira d'une longévité exceptionnelle et sera remplacée par la loi du 27 juin 1990 dite loi Evin (115). Dans ce texte, si l'on ne parle plus « d'aliénés » mais de « personnes atteintes de troubles mentaux » ni de « placement » mais « d'hospitalisation », les modalités de soins sous contrainte restent quasiment identiques à la loi du 30 juin 1838. On n'utilisera alors plus le terme de placement volontaire mais d'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) ni de placement d'office mais d'hospitalisation d'office (HO). Puis, la réforme de cette loi s'est imposée malgré une réécriture partielle avec la loi Kouchner du 4 mars 2002 qui précisait notamment le cadre de l'HO (94).

Plusieurs éléments ont concouru à la genèse de la loi du 5 juillet 2011. Tout d'abord, l'accumulation de rapports, d'avis et de recommandations sur la loi du 27 juin 1990 dont le premier a été le rapport Strohl (116), en septembre 1997. Contrairement à la réévaluation à cinq ans prévue dans les dispositions de la loi, on note que ce rapport paraît sept ans après l'entrée en vigueur de la loi. Dans ce rapport, les auteurs mettent en avant le manque d'harmonisation des décisions de soins sans consentement en fonction des lieux de résidence des patients et précisent qu' « *une loi sur la contrainte en psychiatrie ne doit plus être une loi de sécurité ou d'assistance, mais une loi sanitaire* ». Puis, deux événements dramatiques ayant impliqué des personnes souffrant de troubles psychiques : le meurtre de deux soignantes à Pau en 2004 puis celui d'un jeune passant poignardé à Grenoble en 2008, vont raviver les craintes collectives et amener les pouvoirs publics à se réclamer d'une politique plus sécuritaire que sanitaire. Cette volonté s'exprime au travers de certains articles d'un projet de loi dite « de prévention de la délinquance » qui seront finalement retirés de la loi du 5 mars 2007, puis de la teneur du discours présidentiel dit « d'Antony » en décembre 2008. Elle aboutira au dépôt d'un projet de loi réformant les soins psychiatriques sur le bureau de l'Assemblée nationale en mai 2010. Dans le même temps, la France se voit condamnée à de nombreuses reprises par la Cour Européenne des Droits de l'Homme pour non-respect de l'exigence du bref délai de saisie et d'intervention de l'autorité judiciaire, à

savoir moins de 15 jours de traitement, des demandes de sorties immédiates d'hospitalisation (117).

La nécessité d'une réforme s'impose de façon urgente suite à la double inconstitutionnalité de la loi du 27 juin 1990 déclarée par le Conseil constitutionnel. La première Question Prioritaire de Constitutionnalité (QPC) portait sur l'HDT dans une décision du 26 novembre 2010 (décision n°2010-71 QPC) concluant que les dispositions de l'article L 3212-7 du CSP contrevenaient aux exigences de l'article 66 de la constitution en « *prévoyant qu'une (...) HDT pouvait être maintenue au-delà de quinze jours sans intervention d'une juridiction de l'ordre judiciaire* ». La seconde QPC concernait l'HO dans une décision du 9 juin 2011 (décision n° 2011-135/140 QPC) estimant que le contrôle judiciaire des HO était insuffisant vu les articles L 3213-1 et L 3213-4 du CSP. C'est la prise d'effet de l'abrogation des articles concernés, fixée au 1^{er} août 2011, qui va précipiter la réécriture de la loi.

3.2. La loi du 5 juillet 2011 : du soin sous contrainte sur autorité administrative au soin sans consentement judiciairisé

3.2.1. Les soins sans consentement selon la loi du 5 juillet 2011 modifiée par la loi du 27 septembre 2013

3.2.1.1. L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers

L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ASPDT) (30), quelle qu'en soit la modalité (classique, d'urgence ou en cas de péril imminent) repose sur la constatation par un ou plusieurs certificats médicaux circonstanciés, que l'état de santé du patient nécessite une prise en charge en service de psychiatrie. Ses indications reposent sur l'existence de troubles mentaux imposant des soins immédiats, nécessitant une surveillance médicale et rendant impossible le consentement du patient.

3.2.1.1.1. La procédure « classique »

Cette procédure s'applique si figure dans le dossier du patient, une demande de soin émanant d'un tiers, agissant dans l'intérêt du patient et n'appartenant pas au personnel du centre hospitalier spécialisé qui va accueillir le patient. La demande de soin doit être manuscrite, datée et signée. Elle doit comporter les nom, prénom, date de naissance et domicile de la personne qui demande le soin et de la personne pour laquelle la demande est effectuée. Le degré de parenté et la nature des relations doivent également être précisées.

La mise en place d'une telle mesure de SSC nécessite la rédaction de plusieurs certificats médicaux circonstanciés. Deux certificats médicaux initiaux, l'un d'un médecin n'appartenant pas à la structure d'accueil et l'autre d'un médecin pouvant exercer dans la structure d'accueil. Puis, un certificat médical à 24 heures doit être réalisé, constatant l'état mental du patient et confirmant la nécessité de maintenir les soins au regard des conditions d'admission (L 3211-2-2 al 2). Par ailleurs, une attestation doit être jointe à ce certificat stipulant que le patient a bénéficié d'un examen somatique dans les 24 heures suivant son admission. Un certificat de 72 heures doit ensuite être rédigé ; il peut l'être par le psychiatre ayant réalisé le certificat des 24 heures. Ce certificat constate l'état mental du patient et confirme la nécessité de maintenir les soins au regard des conditions d'admission ; par ailleurs il propose la forme de la prise en charge (L 3211-2-2 al 3). Enfin, est à noter que ce certificat doit être assorti d'un avis motivé, rédigé par un psychiatre de l'établissement d'accueil où la forme de la prise en charge proposée (hospitalisation complète ou soins ambulatoires) doit être précisée.

Cet avis est alors transmis par le directeur de l'hôpital au juge des libertés et de la détention (JLD), au plus tard le huitième jour suivant l'hospitalisation pour permettre sa saisine avant le douzième jour d'hospitalisation. Le JLD rendra alors une ordonnance validant ou levant la mesure d'hospitalisation. Est à noter que depuis le premier septembre 2014, l'assistance ou la représentation par un avocat lors de l'audience avec le JLD est rendue obligatoire. En cas de maintien de la mesure, un certificat mensuel est rédigé, puis un certificat dans la semaine avant le sixième mois d'hospitalisation. En cas d'hospitalisation prolongée, le JLD est amené à se prononcer tous les 6 mois. Dans cette configuration, le certificat mensuel doit être transmis une semaine avant l'audience avec le juge. Si la durée des soins excède un an, le maintien de l'hospitalisation est subordonné à l'avis d'un collègue composé de trois membres appartenant au personnel de l'établissement (un psychiatre participant à la prise en charge du patient, un psychiatre ne participant pas à la prise en charge et un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient) conformément à l'article L 3212-7 du CSP (118).

3.2.1.1.1.1. La procédure d'urgence

En cas d'urgence, un seul certificat initial est obligatoire, pouvant être rédigé par un médecin de l'établissement d'accueil. Ce certificat doit bien évidemment être accompagné de la demande manuscrite du tiers. Le certificat des 24 heures doit être rédigé par un psychiatre différent de celui ayant rédigé le certificat initial et le certificat des 72 heures doit émaner d'un psychiatre différent de celui ayant rédigé le certificat des 24 heures. La suite de la procédure est identique à la procédure dite classique précédemment décrite.

3.2.1.1.1.2. La procédure sans tiers en cas de « péril imminent »

En cas de péril imminent, la loi prévoit une procédure d'admission dite sans tiers. Cette procédure intervient pour les patients nécessitant une hospitalisation en psychiatrie, ne pouvant donner leur consentement à cette hospitalisation, pour lesquels il existe un péril imminent et si aucun tiers ne peut être sollicité. Dans ce cas, le certificat initial ne peut être rédigé par un médecin de l'établissement d'accueil et les certificats des 24 et 72 heures doivent être rédigés par deux psychiatres distincts. Dans le cadre de cette procédure, le directeur de l'établissement informe, dans un délai de 24 heures « *la famille du patient, la personne chargée de sa protection juridique lorsqu'elle existe, ou toute personne connaissant le patient avant son admission et ayant qualité pour agir dans l'intérêt du malade* ».

3.2.1.2. L'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat

L'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (ASPDRE) est prononcée pour « *des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave à l'ordre public* » (119). Dans ce cas, un certificat médical n'émanant pas d'un psychiatre de l'établissement d'accueil est rédigé et un arrêté préfectoral motivé est à l'origine de la mesure. Les certificats des 24 et 72 heures sont rédigés par le psychiatre en charge du patient.

Dans le certificat de 72 heures, le psychiatre propose une prise en charge, en fonction de l'état de santé du patient et de l'expression de ses troubles mentaux. Ce certificat est assorti

d'un avis motivé, rédigé par un psychiatre de l'établissement d'accueil. La saisine du JLD doit être effectuée dans les huit jours suivant l'hospitalisation et le JLD doit statuer dans un maximum de douze jours suivant l'hospitalisation. Puis, les certificats sont mensuels et au sixième mois, un certificat confirme la mesure avant une nouvelle audience avec le JLD.

3.2.1.3. Les soins ambulatoires sans consentement

Ces soins, proposés par le psychiatre traitant et prévus par la loi du 5 juillet 2011 modifiée par la loi du 27 septembre 2013, s'intègrent dans un programme de soins comportant les modalités de la prise en charge (type et lieu de soin, nature des traitements, périodicité des soins). Ces soins justifient de la rédaction d'un certificat médical mensuel.

3.2.2. Les nouvelles mesures mises en place avec la loi du 5 juillet 2011

La loi du 5 juillet 2011 introduit un contrôle systématique du juge des libertés et de la détention (JLD). Au sens de l'article 66 de la Constitution, le rôle du JLD est d'apprécier si, au jour de son contrôle, la mesure d'hospitalisation complète demeure « *nécessaire, adaptée et proportionnée* » à l'état de santé du patient (120). Pour ce faire, il reçoit le patient en audience, assisté ou représenté par un avocat, et s'appuie sur les certificats médicaux régulièrement produits au cours de l'HSC.

Par ailleurs, en cas de désaccord entre le psychiatre et le préfet concernant la fin d'une hospitalisation dans le cas d'une ASPDRE, le directeur de l'établissement peut demander un second avis psychiatrique qui sera alors rendu dans les 72 heures. Si les deux avis concordent, le préfet devra prononcer la fin de l'hospitalisation complète. En cas de divergence entre les psychiatres, le directeur saisira le JLD qui pourra imposer une sortie.

Enfin, apparaissent dans cette loi, la possibilité de soins ambulatoires sans consentement, l'admission en HSC en cas de péril imminent et la mise en place d'une période d'observation de 72 heures, nouvelles mesures développées précédemment dans ce travail.

La judiciarisation des HSC a pour but de renforcer les droits des patients. Dans cet objectif, la loi stipule que les patients doivent être systématiquement informés de leurs droits et des voies de recours, dans la mesure où leur état le permet (article L 3211-3 alinéas 4 et 5). Par ailleurs, elle impose le recueil des observations des patients sur les décisions les concernant.

Si les dispositions légales définissent clairement le cadre des HSC, nous nous demandons à quel point elles autorisent réellement les soins sans consentement et, plus particulièrement, les soins somatiques sans consentement.

4. Les soins somatiques sans consentement

4.1. Cadre juridique général

4.1.1. Les articles en faveur de l'acte médical sans consentement

Le médecin, comme tout citoyen, est tenu au devoir d'assistance, conformément à l'article 223-6 du code pénal (121) qui stipule : « *Sera puni (...) quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par action personnelle, soit en provoquant un secours* ». L'assistance à personne en péril est également un devoir spécifique au médecin car, comme précisé par l'article 9 du code de déontologie médicale (122) (article R. 4127-9 du CSP) : « *Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires* ». Du point de vue de la jurisprudence, nous citerons l'arrêt du conseil d'Etat du 16 août 2002 (123) faisant suite à la requête d'une patiente témoin de Jéhovah, ayant été transfusée contre son gré, sur décision du tribunal administratif saisi par les médecins. Dans cet arrêt, le conseil d'Etat conclue qu' « *il incombe aux médecins (...) d'une part d'avoir tout mis en œuvre pour convaincre la patiente d'accepter les soins indispensables, d'autre part de s'assurer qu'un tel acte soit proportionné et indispensable à la survie de l'intéressée* ». La requête de la patiente au motif de l'urgence vitale qu'elle présentait et du fait d'une absence d'alternative thérapeutique, a alors été rejetée. Au regard de la loi, les médecins ont donc eu raison d'assister cette personne et de passer outre son consentement. Dans le cas contraire, on aurait en effet pu considérer que les praticiens n'avaient pas porté assistance à une personne en péril. Cependant, hors cas exceptionnels comme celui de cette patiente, les médecins sont légalement tenus de respecter le refus de soin de leurs patients.

4.1.2. Les articles en faveur du respect du refus de soin

Nous avons déjà vu que, selon l'article L 1111-4 du CSP « *toute personne prend avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qui lui sont délivrées par ce même professionnel, les décisions concernant sa santé* ». Cela implique donc que le patient décide s'il accepte ou non les soins qui lui sont proposés et ce dans le cadre d'une relation collaborative médecin-patient. Il est cependant possible pour le praticien, comme évoqué antérieurement, de passer outre le consentement du patient si l'intervention médicale possède un caractère d'urgence ou si la personne est dans l'incapacité de consentir au soin. C'est pour ces situations que le législateur prévoit la possibilité de l'intervention de la personne de confiance comme stipulé dans l'article L 1111-6 du CSP. Cette personne peut être un proche, un parent ou un médecin qui serait consulté si la personne majeure n'est pas en capacité d'exprimer sa volonté. La personne de confiance peut également, si le malade en fait la demande, accompagner le patient dans ses démarches ou assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans sa prise de décision. La désignation de la personne de confiance est manuscrite, révocable à tout moment, et proposée dans chaque établissement de santé ; elle est valable pour la durée de l'hospitalisation. Dans le cas particulier où le majeur est protégé par une mesure de tutelle, le juge des tutelles peut confirmer ou révoquer la mission de la personne de confiance désignée par le patient. Cependant, le praticien peut, dans certaines circonstances exceptionnelles, prendre seul la décision de soins pour le patient. C'est ce que prévoit l'article 36 du code de déontologie médicale (124) selon lequel « *si le malade est hors d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus, sauf urgence ou impossibilité* ».

On voit donc poindre plusieurs difficultés pour le praticien devant décider d'une intervention médicale sans le consentement du patient. Tout d'abord concernant la définition des situations d'urgence, ensuite concernant le concept « d'incapacité à consentir ».

4.1.3. La définition de l'urgence : concept médical et dispositions légales

Le Larousse médical définit l'urgence comme une situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement (125). Dans la version 2015 du dictionnaire de l'Académie de Médecine (126), l'urgence médicale est définie comme une situation où le patient doit être soigné sans délai. L'urgence médicale regroupe

donc un aspect qualitatif (une pathologie grave) et une temporalité (nécessité d'une prise en charge immédiate).

Cependant, le dictionnaire de l'Académie de Médecine donne également des définitions graduant l'urgence. Ainsi on retrouve le terme « *d'urgence absolue* » regroupant les situations d'un patient évoluant spontanément vers de très graves complications, voire la mort, s'il n'est pas traité au plus vite et d'urgence dite « *relative* » correspondant à la situation d'un patient dont le traitement peut attendre. Cette notion de « stadification » de l'urgence se retrouve dans la Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU), utilisée par les médecins urgentistes afin de répartir les patients en 5 classes selon l'appréciation de leur état clinique initial. Les deux premières classes incluent des malades dont l'état clinique est jugé stable. La troisième classe concerne les patients dont l'état lésionnel ou le pronostic fonctionnel sont jugés susceptibles de s'aggraver dans l'immédiat, sans que le pronostic vital soit engagé. La quatrième classe regroupe les patients dont la situation pathologique engage le pronostic vital et dont la prise en charge ne nécessite pas de manoeuvres de réanimation aux urgences. Enfin, la cinquième classe comporte les situations pathologiques engageant le pronostic vital et dont la prise en charge comporte la pratique de manoeuvres de réanimation. La notion d'urgence médicale est donc un concept complexe ayant nécessité une graduation par les professionnels de médecine d'urgence afin d'offrir aux patients les soins les plus adaptés. Si l'on tente de résumer cette notion, du point de vue des professionnels de santé, on peut dire que l'urgence médicale est une situation pathologique où le pronostic vital est engagé à court terme, nécessitant alors une intervention médicale immédiate.

La pratique médicale étant encadrée par la loi, nous nous sommes demandés si la définition juridique de l'urgence concordait avec le concept qu'en ont les professionnels de santé. Si l'article 36 du code de déontologie prévoit que le médecin puisse passer outre le consentement du patient dans les situations d'urgence, il ne définit pas plus précisément lesdites situations d'urgence. Pour Alain Garay (127), avocat à la cour d'appel de Paris, il paraît difficile, d'un point de vue éthique, de laisser le praticien apprécier seul la notion d'urgence et s'exposer à d'éventuelles suites judiciaires.

A cet égard, nous avons eu l'opportunité de nous entretenir avec un juge des tutelles du Tribunal d'Instance de Bordeaux auquel nous avons posé la question de la définition du terme d' « *urgence* » dans la loi (Annexe 11). Il apparaît que cette notion n'est pas précisée que ce soit qualitativement ou en terme de délai. Le magistrat s'en remet à l'appréciation du médecin qui parfois, et notamment dans le cadre de pathologie chronique, peut avoir des difficultés à

affirmer d'une part, l'existence d'un risque vital, et d'autre part, le délai dont disposerait le patient avant que le pronostic vital soit engagé.

4.1.4. L'incapacité à consentir : quelles dimensions ?

La deuxième situation prévue par l'article L 1111-4 du CSP (128) dans laquelle le praticien peut passer outre le consentement du patient est le cas où la personne est dans l'incapacité de consentir aux soins. Cependant, le législateur n'apporte pas de précision sur ce qui est défini comme une incapacité à consentir ; on est en effet en droit de se demander s'il s'agit d'une incapacité physique ou psychique. Nous avons posé cette question au juge des tutelles (Annexe 11) qui nous rapporte que, quelle qu'en soit la cause, physique ou psychique, si le patient n'est pas en mesure d'émettre un avis, le soin peut être pratiqué sur le motif du « *qui ne dit mot consent* ». Ce que l'on cherche donc à obtenir est un avis, qu'il soit favorable ou non aux propositions du médecin.

La seconde question qui se pose concerne, notamment dans le cas d'un refus de soin, les motifs de ce refus, en particulier quant aux patients souffrant de pathologies psychiatriques et dont le refus peut s'inscrire dans une symptomatologie délirante. Devant l'absence d'encadrement juridique retrouvé notamment en terme de jurisprudence, nous avons posé cette question au juge des tutelles (Annexe 11) qui a pu nous expliquer que l'on est tenu de respecter le refus de soin clairement exprimé, quel qu'en soit le motif.

4.2. Cas particulier des patients sous mesure de protection juridique

Selon l'article 459 du code civil : « *la personne protégée prend seule les décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet* » (129) . Dans le cas où la personne ne serait pas en capacité de prendre seule une décision éclairée, le juge ou le conseil de famille s'il a été constitué, peuvent prévoir qu'elle bénéficiera pour l'ensemble des actes relatifs à sa personne ou ceux d'entre eux qu'ils énumèreraient, de l'assistance de la personne chargée de sa protection. Au cas où cette assistance ne suffirait pas, il peut autoriser le tuteur à représenter l'intéressé. Hors situation d'urgence, la personne chargée de la protection du majeur ne peut prendre une décision ayant pour effet de porter gravement atteinte à l'intégrité corporelle de la personne protégée ou à l'intimité de sa vie privée. Il faut donc comprendre que, dans le cadre des soins, c'est l'avis du majeur qui prévaut, que celui-ci soit

ou non sous protection. Dans les cas où le juge décide que le tuteur doit représenter le patient pour les actes relatifs à la personne, le consentement du majeur doit être recherché et la décision est donc prise conjointement avec le majeur et son représentant légal. Enfin, pour les actes portant gravement atteinte à l'intégrité du patient, la décision d'une intervention passera systématiquement par le juge des tutelles conformément à l'article 459 alinéa 3 du code civil (130).

5. Cas pratique : le cas de M. N.

M. N. est un patient souffrant de schizophrénie paranoïde résistante et bénéficiant d'une mesure de protection juridique (curatelle). Depuis 1992, il est régulièrement hospitalisé en psychiatrie, au centre hospitalier de Cadillac, puis, à partir de 1994 au CHCP (Bordeaux, Gironde). En 2011, il est pris en charge au CMP d'Eysines, centre de consultation dépendant du pôle G05/G06 Centre Hospitalier Charles Perrens. La prise en charge de M. N., qui, à de nombreuses reprises a échappé aux soins, est encadrée par un programme de soins.

En octobre 2011, M. N. est hospitalisé en ASPDRE (Admission en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'Etat) au CHCP pour recrudescence des idées délirantes dans un contexte d'apparition d'une tumeur orbitaire droite se manifestant par une exophtalmie douloureuse. Le patient présente alors des idées délirantes à thématique persécutive, expliquant que l'apparition de cette tumeur s'intègre dans un « complot médical ». M. N. bénéficie d'un scanner cérébral et d'une consultation ophtalmologique à l'issue de laquelle, au vu de la clinique et de l'imagerie, il est décidé de pratiquer une biopsie afin de déterminer la nature de cette tumeur.

M. N., ayant bénéficié d'une information médicale appropriée et répétée tant par les ophtalmologues que par les psychiatres, refuse que soit réalisée la biopsie qui permettrait de proposer une prise en charge adaptée à la nature de cette tumeur. Les médecins de l'unité alertent alors le mandataire du patient, le juge des tutelles et le procureur de la République afin de savoir si, dans l'intérêt du patient, il est possible de passer outre son consentement afin de réaliser une biopsie. Les juristes renvoient le corps médical à l'article L 1111-4 alinéa 3 du CSP, qui affirme la nécessité de la recherche du consentement éclairé du majeur protégé dans tous les actes le concernant. Par ailleurs, le juge ne peut ordonner que soit pratiquée la biopsie aux termes de l'article 459 alinéa 1 du code civil, car cet acte ne porte pas gravement atteinte à l'intégrité physique de la personne. Enfin, les médecins, qui ne peuvent affirmer

l'engagement du pronostic vital du patient, se retrouvent dans l'incapacité de lui imposer la biopsie au titre de l'urgence vitale, celle-ci n'étant pas avérée. Le juge des tutelles, s'il ne peut ordonner que soit pratiquée l'intervention, va cependant, après expertise psychiatrique, aggraver la mesure de protection en tutelle à la personne et curatelle aux biens. A ce stade de la maladie, on se retrouve dans une situation complexe avec un patient qui refuse une intervention dans le cadre d'un vécu délirant de la pathologie somatique dont il est atteint, des magistrats qui ne peuvent ordonner une intervention chirurgicale, et des médecins qui ne peuvent passer outre le consentement du patient. La biopsie n'est donc pas pratiquée.

En mars 2012, il est de nouveau hospitalisé en ASPDRE devant la recrudescence des idées délirantes dans un contexte de rupture thérapeutique. Au cours de cette hospitalisation, des bilans radiologiques mettent en évidence une évolution rapide de la tumeur orbitaire avec un risque d'engagement du pronostic vital lié à l'extension cérébrale de la tumeur. Le patient est de nouveau reçu par les ophtalmologues, qui, après avoir présenté le dossier en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en mai 2012, l'informent du caractère indispensable et urgent de la biopsie. Le patient acceptera finalement de réaliser cette intervention en juin 2012. La biopsie permettra alors d'établir le diagnostic d'adénocarcinome avec composante basaloïde, facteur de mauvais pronostic.

Devant le caractère malin de la tumeur et sa rapidité d'extension, deux interventions sont proposées au patient par les ophtalmologues, après une nouvelle RCP. La première consiste en une chirurgie de propreté et la seconde est une chirurgie à but curatif avec exentération et curage pré-tragien et latéro-cervical droit. Le patient, après avoir reçu une information claire, loyale, appropriée et répétée, refuse que soit pratiquée une intervention chirurgicale. Devant ce refus s'intégrant toujours dans un vécu délirant de la maladie, le juge des tutelles est à nouveau saisi par les médecins de l'unité afin que l'intervention puisse être pratiquée sans le consentement du patient. La demande au juge des tutelles concerne alors un acte portant gravement atteinte à l'intégrité du patient puisque l'intervention chirurgicale implique une énucléation droite. Le juge ordonne donc une nouvelle expertise psychiatrique, réalisée en juillet 2012. Par ailleurs, le juge des tutelles rencontre le patient qui exprime toujours son refus de consentir à l'opération. Devant la nécessité d'une intervention, l'engagement du pronostic vital, et le caractère délabrant de cette intervention, le juge des tutelles ordonne que la chirurgie soit pratiquée et le signifie au patient. M. N. ne fera pas appel de la décision du juge et se montrera compliant aux soins. L'intervention chirurgicale sera réalisée le 27 juillet 2012 et consistera en une chirurgie de propreté avec réduction tumorale et section du nerf trijumeau. Si cette intervention a permis une amélioration de la

qualité de vie du patient, du fait de la réduction de la douleur, la guérison n'a pu être obtenue et le patient décèdera le 23 mars 2013, dans le service de soins palliatifs du CHU de Bordeaux.

Au niveau juridique, la situation de M. N. soulève plusieurs questions. En effet, si le soin sans consentement en psychiatrie est prévu par le législateur et peut être aisément mis en œuvre, la question des soins somatiques sans consentement s'avère plus complexe. Dans un premier temps, l'engagement du pronostic vital n'étant pas avéré et le patient exprimant clairement son refus de consentir aux soins, ni le corps médical, ni les instances juridiques ne pouvaient lui imposer une intervention. Ce n'est que dans un second temps que l'intervention a pu être imposée par ordonnance du juge des tutelles, le patient présentant un engagement du pronostic vital certain et l'intervention portant gravement atteinte à son intégrité physique. La question que nous pouvons soulever, même si ce cas est peu fréquent comme a pu nous le préciser le juge des tutelles, concerne l'incapacité psychique du patient à donner son consentement. En effet, on constate un vide juridique quant aux situations de refus de consentement clairement exprimé par le patient mais s'inscrivant dans un vécu délirant de la maladie. La notion d'incapacité psychique pour le législateur semble plutôt faire référence à des cas de confusion ou de démence où le patient, du fait d'une pathologie psychique ou altérant ses capacités psychiques, ne peut accepter ou refuser un traitement.

L'histoire de M. N. nous interroge également sur la notion de traitements psychiatriques sans consentement. En effet, ce patient réalise à de nombreuses reprises des ruptures thérapeutiques et son refus de traitement somatique s'intègre dans un vécu délirant de la maladie. On pourrait supposer qu'un meilleur « contrôle » des symptômes psychiatriques aurait pu favoriser son adhésion au traitement somatique. On se demande alors si la notion de soins sans consentement en psychiatrie, soins dont le patient bénéficiait, intègre l'administration d'un traitement médicamenteux sous la contrainte. Au regard de la loi du 5 juillet 2011, il semble possible de proposer un traitement psychiatrique sans le consentement du patient, lorsque « *ses troubles mentaux rendent impossibles son consentement* », que l'on est dans une situation d'urgence (risque de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif) et si le patient bénéficie d'une hospitalisation complète. En ce qui concerne les patients en soins sans consentement qui ne sont pas pris en charge en hospitalisation complète, la décision du 20 avril 2012 du Conseil constitutionnel (131) rend impossible le traitement sans consentement en stipulant que « *ces personnes ne sauraient se voir administrer des soins de manière coercitive* ». M. N. étant en programme de soins, il n'était pas possible de lui administrer un traitement psychiatrique sans son consentement. Par ailleurs, il était réintégré en

hospitalisation complète à chaque rupture thérapeutique et bénéficiait alors d'une reprise de son traitement psychiatrique. Cependant, on ne peut justifier de maintenir un patient en hospitalisation complète sous contrainte dès lors que son état ne le requiert plus. Cela constituerait en effet une atteinte aux libertés individuelles du patient. Le patient ressortait donc de l'unité en programme de soins, programme dans le cadre duquel on ne pouvait lui imposer le traitement.

Ainsi, la situation de M. N. met en évidence la difficulté de prise en charge des maladies somatiques des patients en psychiatrie. En effet, comme cela est souligné dans les recommandations de la HAS (109), les médecins se retrouvent ici « *face à la contradiction entre deux devoirs, celui du respect de la vie et celui du refus de soins* ».

6. Une proposition de conduite à tenir

Le 12 juin 2013, lors du 11^{ème} Congrès de l'Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale, le Professeur Hardy et le Docteur Cailliez effectuaient une présentation sur le refus des soins somatiques en psychiatrie (132). A cette occasion, ils effectuaient une proposition de prise en charge de ces situations.

6.1. Evaluation initiale

Afin de permettre aux praticiens de prendre une décision adaptée à la situation du patient, les auteurs proposent, après rappel du cadre légal du soin somatique sans consentement, une évaluation systématisée de la situation du patient.

6.1.1. Evaluation de la maladie somatique

Dans un premier temps, il convient d'évaluer la situation somatique du patient. Le praticien doit donc se demander quelle est la gravité de la pathologie somatique. Il s'agit là de questionner le délai d'engagement du pronostic vital mais également du pronostic fonctionnel. En second lieu, doit être évoquée la notion de l'urgence à la délivrance d'un traitement que les auteurs définissent comme la nécessité d'initier un traitement dans les 24 à 72 heures pour que celui-ci soit efficace et utile.

6.1.2. Evaluation des délais thérapeutiques

Les auteurs distinguent deux niveaux d'évaluation. D'une part l'évaluation du délai thérapeutique somatique correspondant à la période durant laquelle le traitement somatique doit être initié pour être efficace et utile. Ce délai définit alors le temps dont dispose le praticien pour obtenir le consentement du patient. D'autre part, le délai thérapeutique psychiatrique, correspondant au délai d'action présumé des traitements psychiatriques prescrits dans le cas où le trouble psychiatrique représente le principal facteur de refus de soins. Les auteurs établissent alors que le délai thérapeutique psychiatrique doit être inférieur au délai thérapeutique somatique.

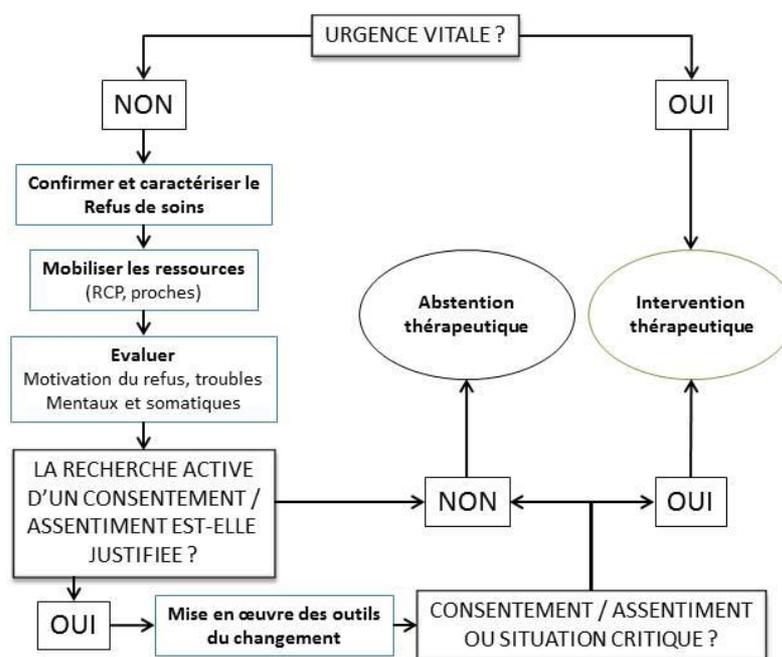
6.1.3. Les outils du changement

Les auteurs définissent cinq outils et/ou conditions nécessaires à l'obtention du consentement. Le premier est le maintien d'un lien thérapeutique étroit avec le patient. Le second est la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire, cet engagement des soignants dans la prise en charge de la pathologie étant, pour les auteurs, la condition de l'engagement du patient dans le soin. Le troisième outil proposé est la mise en œuvre d'un traitement psychiatrique adapté, permettant de réduire les facteurs d'opposition aux soins (par exemple dans le cadre d'un vécu délirant de la maladie) et les facteurs d'altération de la capacité à consentir (par exemple les troubles cognitifs). La quatrième proposition des auteurs est psychothérapeutique, fondée sur des entretiens motivationnels centrés sur le projet thérapeutique et les facteurs psychologiques d'opposition aux soins. Enfin, les auteurs invitent les praticiens à faire appel aux ressources familiales et relationnelles du patient.

6.2. Conduite à tenir

A l'issue de leur présentation, les auteurs proposent une conduite à tenir en cas de refus de soins somatiques par un patient souffrant de pathologie psychiatrique. D'une part, le praticien doit évaluer s'il existe ou non une urgence vitale. Ensuite, et en l'absence d'urgence vitale, il s'agit de confirmer et caractériser le refus de soins, refus devant être recueilli et

notifié dans le dossier médical du patient. Puis, l'équipe soignante doit mobiliser les ressources présentes, à savoir les autres praticiens en charge du patient et les proches. Doivent également être évaluées la capacité du patient à consentir, les motivations du refus et les situations somatiques et psychiatriques du patient en termes d'urgence, de gravité et de délais thérapeutiques. Les soignants se doivent également de déterminer dans quelle mesure il est utile pour le patient de rechercher activement son consentement, certains refus, précisent les auteurs, n'étant pas discutables. Puis il convient de mettre en œuvre les outils du changement développés plus haut. Enfin, les auteurs proposent de traiter dans deux situations. D'une part, en cas d'urgence vitale, et, d'autre part, si le délai thérapeutique somatique n'est pas dépassé et que le consentement a pu être obtenu de façon claire, le patient étant en capacité de s'engager durablement dans les soins. Les auteurs proposent l'arbre décisionnel suivant :



Les auteurs concluent leur présentation en posant la question du dilemme éthique auquel est confronté le praticien devant une situation de refus de soins chez les patients

souffrant de pathologie psychiatrique et atteints d'une pathologie somatique. Dans leur démarche, ils précisent que leur objectif est moins la recherche du consentement que celui de l'assentiment du patient.

Le concept d'« assentiment » est actuellement développé par l'Espace National de Réflexion Ethique sur le Maladie d'Alzheimer (EREMA). L'objectif de l'introduction de cette notion dans le langage de la bioéthique est, comme le souligne Debru (133), de trouver une alternative au consentement. En effet, l'« assentiment » sous-entend « aller vers » alors que le « consentement » a une dimension beaucoup plus dichotomique. L'idée serait donc d'« aller vers » le soin, incluant donc l'acceptation d'une démarche de soin par le patient et non le simple fait d'accepter ou de refuser une prise en charge, comme le suggère le consentement. Hirsch (134), professeur d'éthique médicale et directeur de l'EREMA expliquait ainsi que chez des patients dont les capacités cognitives sont atteintes, le refus de soin « *procède de facteurs plus complexes que la possible limitation des capacités décisionnelles* ». L'avis de l'EREMA (135) considérait ainsi que : « *En raison de ces obstacles, et au nom du respect de la personne, il semble devenir nécessaire de dépasser la référence exclusive de la notion de consentement et de reconnaître l'importance éthique et la pertinence juridique de l'assentiment aux aides et aux soins : il consiste à donner tout son sens et l'importance nécessaire à l'avis de la personne dans l'incapacité d'émettre un consentement pleinement libre et éclairé, mais toujours apte à participer à la prise de décision, en le renforçant par une évaluation collégiale destinée à replacer le malade au cœur de l'accompagnement.* » Ce concept, développé dans le cadre de réflexions sur la maladie d'Alzheimer pourrait aisément être repris par les psychiatres, confrontés à des patients dont la pathologie mentale est susceptible d'altérer les fonctions cognitives, et par là même, l'adhésion aux soins.

CONCLUSION

La prise en charge de M. N., patient souffrant de schizophrénie et atteint d'un cancer nous a sensibilisés à la thématique plus large de la vulnérabilité du patient en psychiatrie. Nous avons donc choisi de l'aborder par le biais d'un trépied représenté par ses aspects sociaux, médicaux et médico-légaux.

Notre revue de la littérature démontre une inégalité qualitative et quantitative dans l'accès aux soins somatiques des patients souffrant de troubles psychiques, par rapport à la population générale. Cette situation serait génératrice d'une surmortalité chez nos patients. Devant ce constat et l'existence d'un cloisonnement entre le somatique et la psychiatrie, Denys Robiliard recommande (136) « *d'organiser la prise en charge des maladies somatiques des personnes atteintes de troubles psychiatriques (...) en prévoyant (...) un poste (...) de somaticiens dans les unités d'hospitalisation en psychiatrie et en élaborant des conventions entre les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux généraux* ». De manière plus spécifique, notre travail illustre ces problématiques dans le domaine de la pathologie cancéreuse en santé mentale. Nos patients sont en effet moins susceptibles de bénéficier de soins adaptés, par rapport à la population générale. Plusieurs facteurs explicatifs sont avancés, qu'ils soient « intrinsèques » au patient, comme la présence de symptômes positifs, ou « extrinsèques », tels la formation insuffisante des somaticiens en santé mentale, la mauvaise coordination entre équipes somatique et psychiatrique, ou encore l'absence d'adaptation des outils d'évaluation de la douleur chez le patient souffrant de pathologie mentale. Constatant ces difficultés, l'AFSOS publie, en février 2014, un référentiel interrégional concernant la prise en charge en cancérologie des patients souffrant de trouble psychotique (47). A notre avis, l'un des points saillants de ce travail est la nécessité d'une coordination des soins entre les équipes de santé mentale et celles de médecine somatique. La prise en compte de la douleur nous semble également particulièrement importante car elle peut être sous-estimée parce que mal exprimée par nos patients. Ce constat nous amène à insister sur l'utilité du recours à des échelles adaptées, sur le modèle de celles utilisées pour d'autres patients vulnérables. Nous résumerons la problématique de la pathologie somatique chez le patient en santé mentale en citant le Dr Saravane (137) : « *La pathologie mentale ne doit pas être un alibi à un diagnostic tardif de pathologie organique. Et, pour le soignant, la meilleure posture consiste à être authentiquement là, à écouter, à agir* ».

Enfin, dans la dernière partie de ce travail, nous nous sommes intéressés aux problématiques médico-légales posées par le cas de M. N. En effet, le cas de ce patient pose deux questions, d'une part celle des soins somatiques sans consentement, et, d'autre part, celle de l'administration de traitements psychiatriques sans consentement. En ce qui concerne les soins somatiques sans consentement, la loi ne permet de les imposer que dans les situations d'urgence vitale ou lorsque le patient n'est pas en mesure d'exprimer son consentement. Les médecins se sont alors vus confrontés à un véritable dilemme éthique et ce d'autant plus que le refus du patient s'inscrivait dans un vécu délirant de sa maladie. En 2011, le comité d' « éthique et cancer » a été amené à statuer sur une situation similaire et a conclu (138) à l'obligation du respect du refus de soin et ce d'autant plus que « *la maladie psychiatrique de la patiente peut être considérée comme une comorbidité (...) susceptible d'empêcher (...) la prise en charge optimale qui serait souhaitable* ». Le comité d'éthique indiquait également qu'il ne s'agissait pas d'une situation de non-assistance à personne en péril. Pour ce qui est de la question des soins psychiatriques sans consentement, et plus particulièrement dans le cadre d'une hospitalisation complète telle que régie par la loi du 5 juillet 2011 (2), la question de l'administration de traitements psychiatriques sans consentement semble également complexe. Sauf cas d'urgence, à savoir le cas d'un patient à risque de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif, il apparaîtrait qu'il n'est pas possible d'administrer un traitement psychiatrique sans le consentement du patient (139).

D'un point de vue médico-légal, il semble donc primordial d'engager des réflexions éthiques et juridiques afin de clarifier les situations de refus de soin qu'il s'agisse de soins somatiques ou de traitements médicamenteux psychiatriques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Conférence Nationale des présidents des commissions médicales des centres Hospitaliers spécialisés. Charte de l'utilisateur en santé mentale. 2000.
2. Loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. 2011-803 juillet. 2011.
3. Loi n°2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. 2013-869 Sep 27. 2013.
4. Les personnes sans domicile : rapport public thématique.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr:rapports-publics/074000208>
5. Médecins du monde : Enquête sur l'hébergement d'urgence Hiver 2011/2012. 2012.
6. Caton CL, ShROUT PE, Eagle PF, Opler LA, Felix A, Dominguez B. Risk factors for homelessness among schizophrenic men: a case-control study. *Am J Public Health.* 1994; 84:265–70.
7. Herman DB, Susser ES, Jandorf L, Lavelle J, Bromet EJ. Homelessness among individuals with psychotic disorders hospitalized for the first time: findings from the suffolk county mental health project. *Am J Psychiatry.* 1998; 155:109–13.
8. Herrman H, Evert H, Harvey C, Gureje O, Pinzone T, Gordon I. Disability and service use among homeless people living with psychotic disorders. *Aust N Z J Psychiatry.* 2004; 38:965–74.
9. Susser E, Valencia E, Conover S, Felix A, Tsai WY, Wyatt RJ. Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: a “critical time” intervention after discharge from a shelter. *Am J Public Health.* 1997; 87:256–62.
10. Browne G, Courtney M. Schizophrenia housing and supportive relationships. *Int J Ment Health Nurs.* 2007; 16:73–80.
11. Marwaha S, Johnson S, Bebbington P, Stafford M, Angermeyer MC, Brugha T, et al. Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany. *Br J Psychiatry.* 2007; 191:30–7.
12. Lançon C, Auquier P, Toumi M. validation of the brief quality of life interview (QoLI): I. Internal structure. *Encéphale.* 2000; 26:11–6.

13. Verdoux H, Goumilloux R, Monello F, Cougnard A. Devenir professionnel des sujets souffrant de schizophrénie dans les deux ans suivant l'obtention du statut adulte handicapé. *L'Encéphale*. 2010; 36:484–490.
14. Kooyman I, Dean K, Harvey S, Walsh E. Outcomes of public concern in schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 2007; 191:29–36.
15. Hiday VA, Swartz MS, Swanson JW, Borum R, Wagner HR. Impact of outpatient commitment on victimization of people with severe mental illness. *Am J Psychiatry*. 2002; 159:1403–11.
16. Wenzel SL, Koegel P, Gelberg L. Antecedents of physical and sexual victimization among homeless women: a comparison to homeless men. *Am J Community Psychol*. 2000; 28:367–90.
17. Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry*. 2007; 64:1123–31.
18. Crump C, Winkleby MA, Sundquist K, Sundquist J. Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia: a swedish national cohort study. *Am J Psychiatry*. 2013; 170:324–33.
19. Kisely S, Campbell LA, Wang Y. Treatment of ischaemic heart disease and stroke in individuals with psychosis under universal healthcare. *Br J Psychiatry*. 2009; 195:545–50.
20. Rieckmann N, Kronish IM, Haas D, Gerin W, Chaplin WF, Burg MM, et al. Persistent depressive symptoms lower aspirin adherence after acute coronary syndromes. *Am Heart J*. 2006; 152:922–7.
21. Phelan M, Stradins L, Morrison S. Physical health of people with severe mental illness. *BMJ*. 2001; 322:443–4.
22. Horvitz-Lennon M, Kilbourne AM, Pincus HA. From silos to bridges: meeting the general health care needs of adults with severe mental illnesses. *Health Aff Proj Hope*. 2006; 25(3):659–69.
23. Harangozo J, Reneses B, Brohan E, Sebes J, Csukly G, López-Ibor JJ, et al. Stigma and discrimination against people with schizophrenia related to medical services. *Int J Soc Psychiatry*. 2014; 60:359–66.
24. Daumerie N, Vasseur Bacle S, Caria A, Roelandt JL. La discrimination vécue par les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles schizophréniques. Premiers résultats

- français de l'étude INDIGO. *L'Encéphale*. 2012; 38:224–31.
25. Mittal D, Corrigan P, Sherman MD, Chekuri L, Han X, Reaves C, et al. Healthcare providers' attitudes toward persons with schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J*. 2014; 37:297–303.
 26. Levinson Miller C, Druss BG, Dombrowski EA, Rosenheck RA. Barriers to primary medical care among patients at a community mental health center. *Psychiatr Serv*. 2003; 54:1158–60.
 27. Bradford DW, Kim MM, Braxton LE, Marx CE, Butterfield M, Elbogen EB. Access to medical care among persons with psychotic and major affective disorders. *Psychiatr Serv Wash DC*. 2008; 59:847–52.
 28. NHIS-About the National Health Interview Survey
http://www.cdc.gov/nchs/nhis/about_nhis.htm
 29. Monier B. Le suivi du malade mental : Rapport adopté lors de la session du conseil national de l'Ordre des médecins de juillet 2001. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2001.
 30. OMS | Cancer. WHO. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/>
 31. Tran E, Rouillon F, Loze J-Y, Casadebaig F, Philippe A, Vitry F, et al. Cancer mortality in patients with schizophrenia: an 11-year prospective cohort study. *Cancer*. 2009; 115:3555–62.
 32. Catts VS, Catts VS, O'Toole BI, Frost AD. Cancer incidence in patients with schizophrenia and their first-degree relatives a meta-analyses. *Acta Psychiatr Scand*. 2008; 117:323–36.
 33. Wang PS, Walker AM, Tsuang MT, Orav EJ, Glynn RJ, Levin R, et al. Dopamine antagonists and the development of breast cancer. *Arch Gen Psychiatry*. 2002; 59:1147–54.
 34. Saravane D, Feve B, Frances Y, Corruble E. Elaboration de recommandations pour le suivi des patients atteints de pathologie mentale sévère. *Encéphale*. 2009; 35:330–9.
 35. The Lunacy Commission. *Br J Psychiatry*. 1909; 55:95–95.
 36. Cohen ME, Dembling B, Schorling JB. The association between schizophrenia and cancer: a population-based mortality study. *Schizophr Res*. 2002; 57:139–46.
 37. NVSS - National Mortality Followback Survey.

38. Mortensen PB. The occurrence of cancer in first admitted schizophrenic patients. *Schizophr Res.* 1994;1 2:185–94.
39. Dennis C. Epigenetics and disease: Altered states. *Nature.* 2003; 421:686–8.
40. Singh S, Murphy B, O'Reilly R. Involvement of gene–diet/drug interaction in DNA methylation and its contribution to complex diseases : from cancer to schizophrenia. *Clin Genet.* 2003; 64:451–60.
41. Institut National de la Santé et de la Recherche médicale. protéine P 53 : le bon timing pour éviter le cancer. 2010.
42. Agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie. Dépistage du cancer du sein.
43. Agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie. Outils de bonnes pratiques.
44. Danel T et al. La santé physique des personnes souffrant de schizophrénie : implication du dispositif de soins psychiatriques. *Inf Psychiatr.* 2011; 87:215–22.
45. Reich M, Gaudron C. Caractéristiques et prise en charge du patient psychotique en cancérologie. *Bull Cancer.* 2009; 96:227–37.
46. Recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé. Institut National du Cancer, La ligue contre le cancer. 2005.
47. Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support. Référentiels inter régionaux en soins oncologiques de support : Troubles psychotiques en cancérologie. 2014.
48. Goulet K, Grignon S. Case report : clozapine given in context of chemotherapy for lung cancer. *Psycho-Oncol.* 2008; 17:512–6.
49. Thami GP, Kaur S, Kanwar AJ. Delayed reactivation of haloperidol induced photosensitive dermatitis by methotrexate. *Postgrad Med J.* 2002; 78:116–7.
50. Yap K, Tay W, Chui W, Chan A. Clinically relevant drug interactions between anticancer drugs and psychotropics agents. *Europ Journal of Cancer Care.* 2011; 6–32.
51. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes.

www.sante.gouv.fr/la-douleur.html. sante.gouv.fr; 2014.

52. Autié A, Montreuil M, Moulier V, Braha S, Wojakiewicz A, Januel D. Douleur et schizophrénie : mythe et réalité. *L'Encéphale*. 2009; 35:297–303.
53. Beroud F. Douleur et santé mentale. *Douleurs Eval - Diagn - Trait*. 2009; 10:321–5.
54. Kudoh A, Ishihara H, Matsuki A. Current perception thresholds and postoperative pain in schizophrenic patients. *Reg Anesth Pain Med*. 2000; 25:475–9.
55. Blumensohn, Rachel, Ringler, Doron, Eli, Llana. pain perception in patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*. 2002; 190:481–3.
56. Davis GC, Buchsbaum MS, Bunney WE. Research in endorphins and schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1979; 5:244–50.
57. Hooley JM, Delgado ML. Pain insensitivity in the relatives of schizophrenia patients. *Schizophr Res*. 2001; 47:265–73.
58. Guieu R, Samuelian JC, Coulouvrat H. Objective evaluation of pain perception in patients with schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1994; 164:253–5.
59. Bonnot O. Etude du stress psychosocial, physique et nociceptif dans les schizophrénies à début précoce et l'autisme. 2007.
60. Baud P. Douleurs Neuropathiques en Pratique Quotidienne. John Libbey Eurotext; p.140.
61. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. ANAES/Service de Recommandations et Références Professionnelles; 1999.
62. Hicks CL, Von Baeyer CL, Spafford PA, van Korlaar I, Goodenough B. The Faces Pain Scale-Revised: toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain*. 2001; 93:173–83.
63. Société Française de Gériatrie et Gérontologie. La douleur chez la personne âgée outils d'évaluation et aide à la décision.
64. Hølen JC, Saltvedt I, Fayers PM, Bjørnnes M, Stenseth G, Hval B, et al. The Norwegian Doloplus-2, a tool for behavioural pain assessment: translation and pilot-validation in nursing home patients with cognitive impairment. *Palliat Med*. 2005; 19:411–7.

65. Denormandie P, Commare MC, Quentin V. Appréhension et prise en charge de la douleur chez l'enfant et l'adulte polyhandicapé. Assistance publique des hôpitaux de Paris; 2002.
66. Saravane D. L'évaluation de la douleur en santé mentale. Douleur et santé mentale. IUD. 2008. n°3 : p1-6
67. Vargas-Schaffer G. L'échelle analgésique de l'OMS convient-elle toujours? Can Fam Physician. 2010; 56:202–5.
68. Saravane D. Chez les adultes atteints de pathologie mentale. Comment évaluer? Comment traiter? 2012.
69. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Base de données publiques des médicaments. 2013.
70. Seidel S, Aigner M, Ossege M, Pernicka E, Wildner B, Sycha T. Antipsychotics for acute and chronic pain in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013.
71. Fishbain DA, Cutler RB, Lewis J, Cole B, Rosomoff RS, Rosomoff HL. Do the second-generation “atypical neuroleptics” have analgesic properties? A structured evidence-based review. Pain Med Malden Mass. 2004; 5:359–65.
72. Patt RB, Proper G, Reddy S. The neuroleptics as adjuvant analgesics. J Pain Symptom Manage. 1994; 9:446–53.
73. Haute Autorité de Santé. ALD n°23-Schizophrénies. 2007.
74. Hipócrates. Les aphorismes d'Hippocrate, expliquez conformément au sens de l'auteur, à la pratique médicale, et à la mécanique du corps humain. chez Charles-Maurice d'Houry. 1726; p524.
75. Esquirol É. Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. Ch. Savy (Lyon). 1838.
76. Tsay CJ. Julius Wagner-Jauregg and the Legacy of Malarial Therapy for the Treatment of General Paresis of the Insane. Yale J Biol Med. 2013; 86:245–54.
77. Azoulay J, Souffir V. Etats psychotiques et maladies somatiques : considérations historiques et de psychiatrie clinique. Rev Française Psychosom. 2005; 27:17–40.
78. Freud. Au-delà du principe de plaisir. Payot. Paris; 1920. p. 280.

79. Blanquer A et Veyrat J.G, “le corps malade du psychotique”, Annales médicopsychologiques, vol. 153, n°1, janvier 1995.
80. Code civil, article 414. Code civil.
81. Code civil, article 428. Code civil.
82. Code civil, article 1371. Code civil.
83. Code civil, article 471. Code civil.
84. Code civil, article 425. Code civil.
85. Code civil, article 431. Code civil.
86. Code de procédure civile, article 1219. Code de procédure civile.
87. Protection juridique d’une personne majeure : mesures d’accompagnement.
<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1336.xhtml>
88. Code de l’action sociale et des familles, article L271-1. Code de l’action sociale et des familles.
89. Protection juridique d’une personne majeure : Mandat de protection future.
<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F16670.xhtml>
90. Code civil, article 483. Code civil.
91. Protection juridique d’une personne majeure : Sauvegarde de justice.
<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F2075.xhtml>
92. Protection juridique d’une personne majeure : Curatelle.
<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F2094.xhtm>
93. Protection juridique d’une personne majeure : Tutelle.
<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F2120.xhtml>
94. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 Mar 4, 2002.
95. Senon JL, Jonas C. Droit des patients en psychiatrie. EMC-Psychiatrie. 2004; 2:107-2.
96. Déclaration des droits de l’homme et du citoyen, 26 août 1789.

97. Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain. 94-653 juillet, 1994.
98. Horassius M, Horassius N. Droits de malades : information, consentement...Dignité. *Inf Psychiatr.* 2001; 77:674–9.
99. Code de la santé publique, article L1111-2. Code de la santé publique.
100. Venin P. Consentement éclairé ou choix informé? Un dilemme éthique en pratique quotidienne. *Bulletin du cancer.* 2007 ; 94:453-9.
101. Brock D. *Informed consent, life and death.* Cambridge : University Press.1993; p 23-32.
102. Définitions : consentement – Dictionnaire de français Larousse.
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/consentement/18359>
103. Kress JJ, Horassius M. Ethique du consentement, de la décision thérapeutique et de l'information au patient en milieu psychiatrique. 2003.
104. Lachaux B, Cassan I. Le problème de l'information et de l'éthique. L'information et l'éthique entre convenance et convenable. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.* 1999; 113–20.
105. Layet L, Rosello L. Place de la contrainte dans les soins en psychiatrie. *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale.* 2006; 15–9.
106. Jonas C, Vaiva G, Pignon B. Sémiologie du consentement. *Encycl Méd-Chir.* 2015; 37-901-A-70.
107. Code civil, article 16. Code civil.
108. Code civil, article 16-3. Code civil.
109. Haute Autorité de Santé. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. 2005.
110. Jaafari N, Senon JL. Insight et capacité à consentir aux soins. *Santé Ment.* 2011; 161:38–43.
111. Deveaux M. Camille Claudel à Montdevergues: Histoire d'un internement - (7 septembre 1914 - 19 octobre 1943). Editions L'Harmattan; 2012. p129.

112. Lettre de Camille Claudel au Docteur Michaux : « C'est affreux d'être abandonnée de cette façon, je ne puis résister au chagrin qui m'accable. » Des Lettres. <http://www.deslettres.fr/lettre-de-camille-claudel-au-docteur-michaux-cest-affreux-detre-abandonnee-de-cette-facon-je-ne-puis-resister-au-chagrin-qui-maccable/>
113. Delbé A. Une Femme Nom : Claudel Prénom : Camille Sculpteur. Edition 27. La Flèche : Librairie Générale Française, 481p.
114. Loi n° 7443 sur les aliénés du 30 juin 1838. Centre de réflexions et de propositions d'actions sur la psychiatrie. 2015. <http://psychiatrie.carpa.asso.fr/7>
115. 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.
116. Strohl H, Clément M. Rapport du Groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990. 1997.
117. Senon JL, Jonas C, Voyer M. Les soins sous contrainte des malades mentaux depuis la loi du 5 juillet 2011 « relative au droit et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ». Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2012; 170:211–5.
118. Code de la santé publique, article L3212-7. Code de la santé publique.
119. Code de la santé publique, article L3213-1. Code de la santé publique.
120. Rome I. Liberté individuelle et soins sans consentement. Le contrôle systématique du juge instauré par la loi du 5 juillet 2011. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2012; 170:703–5.
121. Code pénal, article 223-6. Code pénal.
122. Code de déontologie médicale, article 9.
123. Conseil d'Etat, référé n°249552, 16 août 2002, Mme F. et Mme F., épouse G. 2002.
124. Code de déontologie médicale, article 36.
125. Encyclopédie Larousse – urgence. <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/urgence/16806>
126. Dictionnaire, Académie nationale de médecine.

<http://www.academie-medecine.fr/dictionnaire/>

127. Garay A. L'urgence médicale : droit et éthique. 2003. 15-16-17-18:95-7.
128. Code de la santé publique, article L 1111-4. Code de la santé publique.
129. Code civil, article 459. Code civil.
130. Code civil, article 459 alinéa 3. Code civil
131. Conseil constitutionnel 2012 « décision n°2012-235 QPC du 20 avril 2012 ». *<http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/les-decisions/acces-par-date/decisions-depuis-1959/2012/2012-235-qpc/decision-n-2012-235-qpc-du-20-avril-2012.105519.html>*
132. Hardy P, Cailliez P. Le refus des soins somatiques en psychiatrie : aspects éthiques. 11ème congrès de l'Association nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale; 2013.
133. Debru A. L'assentiment fait son entrée dans le langage de la bioéthique. Espace National de réflexion éthique sur la maladie d'Alzheimer; 2013.
134. Hirsch E. L'Association médicale mondiale intègre le principe d'assentiment. L'éthique au cœur des soins. L'éthique au cœur des soins. 2013. *<http://emmanuelhirsch.fr/?p=652>*
135. Hirsch E. Espace national de réflexion éthique sur la maladie d'Alzheimer. Avis Alzheimer, éthique science et société. Journée mondiale Alzheimer. 2012.
136. Robiliard D. Examen du rapport d'information établi en conclusion des travaux de la mission d'information sur la santé mental et l'avenir de la psychiatrie et adopté par celle-ci le 10 décembre 2013. Commission des affaires sociales; 2013.
137. Saravane D. Etats des lieux de la prise en charge de la douleur des patients souffrant de pathologie psychiatrique. Journées du Centre National de Ressources contre la Douleur. 2009.
138. Oppenheim D, Bergoignan-Esper C, Amiel P, Larra F. Avis n°18 du 29 février 2011 "Refus de consentement aux soins d'une patiente atteinte de troubles psychiatriques." 2012.
139. Castaing C. La volonté des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement quel droit pour quel juge? Actualité juridique, droit administratif. 2013 ; p 153.

ANNEXES

Annexe 1 : AUDIT : Auto questionnaire (évaluation de la consommation d'alcool)

AUDIT

Madame, Monsieur,

Ce questionnaire permet d'évaluer par vous-même votre consommation d'alcool. Merci de le remplir en cochant **une réponse par ligne**. Si vous ne prenez jamais d'alcool, ne répondez qu'à la première question.

Pour votre information, nous vous rappelons que tous les verres ci-dessous contiennent la même quantité d'alcool pur et sont définis comme « un verre standard » dans ce questionnaire.

Mais attention : une canette de 50 cl d'une bière forte (8°6 ou 10°) contient l'équivalent de 4 verres standard et une bouteille de vin contient 8 verres standard.

Un verre standard représente une de ces boissons :



					Score
① A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?					
Jamais <input type="checkbox"/>	1 fois par mois ou moins <input type="checkbox"/>	2 à 4 fois par mois <input type="checkbox"/>	2 à 3 fois par semaine <input type="checkbox"/>	4 fois ou plus par semaine <input type="checkbox"/>	
0	1	2	3	4	
② Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?					
Un ou deux <input type="checkbox"/>	trois ou quatre <input type="checkbox"/>	cinq ou six <input type="checkbox"/>	sept à neuf <input type="checkbox"/>	dix ou plus <input type="checkbox"/>	
0	1	2	3	4	
③ Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?					
Jamais <input type="checkbox"/>	moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/>	une fois par mois <input type="checkbox"/>	une fois par semaine <input type="checkbox"/>	chaque jour ou presque <input type="checkbox"/>	
0	1	2	3	4	
④ Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?					
Jamais <input type="checkbox"/>	moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/>	une fois par mois <input type="checkbox"/>	une fois par semaine <input type="checkbox"/>	chaque jour ou presque <input type="checkbox"/>	
0	1	2	3	4	
⑤ Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ?					
Jamais <input type="checkbox"/>	moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/>	une fois par mois <input type="checkbox"/>	une fois par semaine <input type="checkbox"/>	chaque jour ou presque <input type="checkbox"/>	
0	1	2	3	4	
⑥ Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?					
Jamais <input type="checkbox"/>	moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/>	une fois par mois <input type="checkbox"/>	une fois par semaine <input type="checkbox"/>	chaque jour ou presque <input type="checkbox"/>	
0	1	2	3	4	
⑦ Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?					
Jamais <input type="checkbox"/>	moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/>	une fois par mois <input type="checkbox"/>	une fois par semaine <input type="checkbox"/>	chaque jour ou presque <input type="checkbox"/>	
0	1	2	3	4	
⑧ Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?					
Jamais <input type="checkbox"/>	moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/>	une fois par mois <input type="checkbox"/>	une fois par semaine <input type="checkbox"/>	chaque jour ou presque <input type="checkbox"/>	
0	1	2	3	4	
⑨ Vous êtes-vous blessé(e) ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?					
Non <input type="checkbox"/>	oui, mais pas dans les 12 derniers mois <input type="checkbox"/>		oui, au cours des 12 derniers mois <input type="checkbox"/>		
0	2		4		
⑩ Est-ce qu'un ami, un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?					
Non <input type="checkbox"/>	oui, mais pas dans les 12 derniers mois <input type="checkbox"/>		oui, au cours des 12 derniers mois <input type="checkbox"/>		
0	2		4		
TOTAL					

Photocopier autant que nécessaire.

Mode d'emploi : calculez votre score

Date : / /

- ⊙ Moins de 6 pour une femme et moins de 7 pour un homme correspondent à un risque « faible » ou à un risque « anodin ».
- ⊙ Entre 6 et 12 pour une femme et 7 et 12 pour un homme, on est en présence d'une consommation à risque ou à problème.
- ⊙ Au-delà de 13, pour un sexe comme pour l'autre, l'alcoolodépendance peut être soupçonnée.

<http://www.resapsad.org/sites/resapsad.cpm.aquisante.priv/files/u35/AUDITcotation.pdf>

Annexe 2 : DETA-CAGE Alcool :

Traduction française du questionnaire CAGE, le DETA (acronyme de « Diminuer, Entourage, Trop et Alcool ») comprend quatre questions résolument orientées vers la recherche d'un mésusage d'alcool et explore la vie entière du sujet.

Le questionnaire DETA, est peu coûteux en temps, simple d'application et très largement validé, semble donc mieux adapté au repérage de l'abus et de la dépendance que de l'alcoolisation à risque.

Les questions sont les suivantes :

- Avez vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
- Votre entourage vous a-t-il fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?
- Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
- Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

Au moins deux réponses positives au test, témoignent de l'existence très probable de problèmes liés à une consommation excessive d'alcool.

Source :

<http://www.resapsad.org/sites/resapsad.cpm.aquisante.priv/files/DETA%20CAGE.pdf>

Annexe 3 : Test de Fagerström : Auto-questionnaire : Mesure de la dépendance pharmacologique au tabac chez l'adulte

Entourez le chiffre correspondant à votre réponse :

- Le matin, combien de temps après être réveillé(e) fumez vous votre première cigarette ?
 - Dans les 5 minute 3
 - 6-30 minutes 2
 - 31-60 minutes 1
 - Plus de 60 minutes 0
- Trouvez vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit (cinémas, bibliothèques)
 - Oui 1
 - Non 0
- A quelle cigarette renoncerez-vous plus difficilement ?
 - A la première 1
 - Une autre 0
- Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?
 - 10 ou moins 0
 - 11 à 20 1
 - 21 à 30 2
 - 31 ou plus 3
- Fumez vous à intervalle plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?
 - Oui 1
 - Non 0
- Fumez vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?
 - Oui 1
 - Non 0

TOTAL : ...

Interprétation des résultats :

- Scores entre 0-2 : pas de dépendance
- Scores entre 3-4 : dépendance faible
- Scores entre 5-6 : dépendance moyenne
- Scores entre 7-8 : dépendance forte
- Scores entre 9-10 : dépendance très forte

Source :

<http://www.resapsad.org/sites/resapsad.cpm.aquisante.priv/files/Test%20de%20Fagestr%C3%B6m.pdf>

Annexe 4 : Le questionnaire CAGE/DETC Cannabis

Sur le même principe que le questionnaire DETA, quatre questions sont posées au patient :

- Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de cannabis ?
- Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation de cannabis ?
- Avez vous déjà eu l'impression que vous fumiez trop de cannabis ?
- Avez vous déjà eu besoin de fumer du cannabis dès le matin pour vous sentir en forme ?

Deux réponses positives (ou plus) sont évocatrices d'une consommation nocive.

Source :

<http://www.resapsad.org/sites/resapsad.cpm.aquisante.priv/files/DECT%20%20CAGE%20-%20Cannabis.pdf>

Annexe 5 : Echelle Visuelle Simple

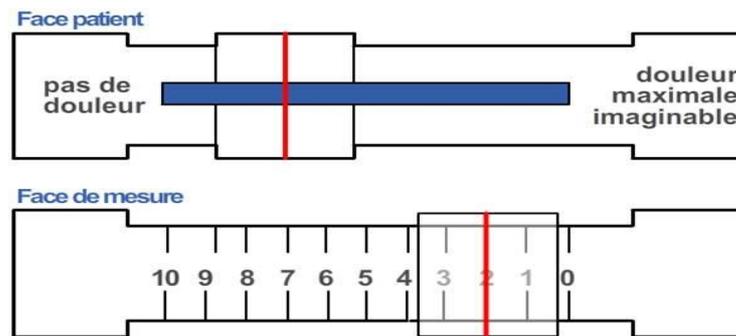
Douleur au moment présent	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
Douleur habituelle depuis les 8 derniers jours	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
Douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense

Pour préciser l'importance de votre douleur, répondez en entourant la réponse correcte pour chacun des 3 types de douleurs.

Source :

<http://evaldouleur.free.fr/07.htm>

Annexe 6 : Echelle Visuelle Analogique



Echelle composée, côté verso d'une ligne horizontale allant de « pas de douleur » à « douleur maximale imaginable ».

Consignes pour le patient : Nous vous proposons d'utiliser une sorte de thermomètre de la douleur qui permet de mesurer l'intensité de la douleur.

L'intensité de votre douleur peut être définie par un trait tracé sur l'échelle comme dans l'exemple ci dessus.

Une extrémité correspond à la douleur maximale imaginable. Plus le trait est proche de cette extrémité, plus la douleur est importante.

L'autre extrémité correspond à pas de douleur. Plus le trait est proche de cette extrémité, moins la douleur est importante.

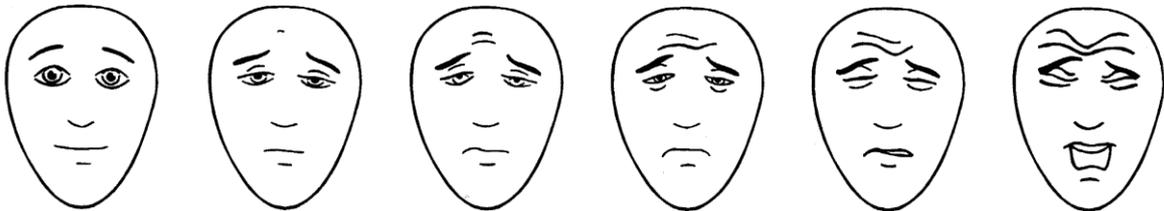
Source :

<http://smartfiches.fr/handicap-douleur-soins-palliatifs/item-131-bases-neurophysiologiques-mecanismes-physiopathologiques-douleur-aigue-chronique/evaluation-douleur>

Annexe 7 : Echelle des 6 visages (*Faces Pain Scale*)

« Ces visages montrent combien on peut avoir mal. Ce visage (montrer celui de gauche) montre quelqu'un qui n'a pas mal du tout. Ces visages (les montrer un à un de gauche à droite) montrent quelqu'un qui a de plus en plus mal, jusqu'à celui-ci (montrer celui de droite), qui montre quelqu'un qui a très très mal. Montre-moi le visage qui montre combien tu as mal en ce moment. »

Les scores sont de gauche à droite : 0, 2, 4, 6, 8, 10. 0 correspond donc à « pas mal du tout » et 10 correspond à « très très mal ». Exprimez clairement les limites extrêmes : « pas mal du tout » et « très très mal ». N'utilisez pas les mots « triste » ou « heureux ». Précisez bien qu'il s'agit de la sensation intérieure, pas de l'aspect affiché de leur visage



Source :

<http://www.institut-upsa-douleur.org/iudtheque/outils-evaluation-de-la-douleur/echelles-enfants/echelle-des-visages-echelle-de-mesure-de-la-douleur-utilisee-chez-l-enfant-4-a-10-ans>

Annexe 8 : Echelle ECPA

ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Échelle ECPA

I - OBSERVATION AVANT LES SOINS

1/ EXPRESSION DU VISAGE : REGARD ET MIMIQUE

Visage détendu	0
Visage soucieux	1
Le sujet grimace de temps en temps	2
Regard effrayé et/ou visage crispé	3
Expression complètement figée	4

2/ POSITION SPONTANÉE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique)

Aucune position antalgique	0
Le sujet évite une position	1
Le sujet choisit une position antalgique	2
Le sujet recherche sans succès une position antalgique	3
Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur	4

3/ MOUVEMENTS (OU MOBILITÉ) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit)

Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*	0
Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements	1
Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude*	2
Immobilité contrairement à son habitude*	3
Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude*	4

* se référer au(x) jour(s) précédent(s) ** ou prostration

N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle

4/ RELATION À AUTRUI

Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression...	
Même type de contact que d'habitude*	0
Contact plus difficile à établir que d'habitude*	1
Évite la relation contrairement à l'habitude*	2
Absence de tout contact contrairement à l'habitude*	3
Indifférence totale contrairement à l'habitude*	4

* se référer au(x) jour(s) précédent(s)

II - OBSERVATION PENDANT LES SOINS

5/ Anticipation ANXIEUSE aux soins

Le sujet ne montre pas d'anxiété	0
Angoisse du regard, impression de peur	1
Sujet agité	2
Sujet agressif	3
Cris, soupirs, gémissements	4

6/ Réactions pendant la MOBILISATION

Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière	0
Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins	1
Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins	2
Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins	3
Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins	4

7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES

Aucune réaction pendant les soins	0
Réaction pendant les soins, sans plus	1
Réaction au TOUCHER des zones douloureuses	2
Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses	3
L'approche des zones est impossible	4

8/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin

Le sujet ne se plaint pas	0
Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui	1
Le sujet se plaint dès la présence du soignant	2
Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée	3
Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée	4

PATIENT

NOM : _____ Prénom : _____ Sexe : _____ Âge : _____

Date : _____ Service : _____
Heure : _____ Nom du Cotateur : _____

SCORE

Source : <http://www.institut-upsa-douleur.org/iudtheque/outils-evaluation-de-la-douleur/echelles-seniors/echelle-ecpa>

Annexe 9 : Echelle DOLOPLUS 2

ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Échelle DOLOPLUS®

NOM : _____
Prénom : _____
Service : _____

DATES

--	--	--	--

OBSERVATION COMPORTEMENTALE

RETENTISSEMENT SOMATIQUE

1. PLAINTES SOMATIQUES	• pas de plainte	0	0	0	0
	• plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	• plaintes spontanées continues	3	3	3	3
2. POSITIONS ANTALGIQUES AU REPOS	• pas de position antalgique	0	0	0	0
	• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	• position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
	• position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3
3. PROTECTION DE ZONES DOULOUREUSES	• pas de protection	0	0	0	0
	• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1
	• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2
	• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
4. MIMIQUE	• mimique habituelle	0	0	0	0
	• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3
5. SOMMEIL	• sommeil habituel	0	0	0	0
	• difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	• réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3

RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR

6. TOILETTE ET/OU HABILLAGE	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	• toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3
7. MOUVEMENTS	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3

RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL

8. COMMUNICATION	• inchangée	0	0	0	0
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	• diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2
	• absence ou refus de toute communication	3	3	3	3
9. VIE SOCIALE	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...)	0	0	0	0
	• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
	• refus de toute vie sociale	3	3	3	3
10. TROUBLES DU COMPORTEMENT	• comportement habituel	0	0	0	0
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératifs	1	1	1	1
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanents	2	2	2	2
	• troubles du comportement permanents (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3

SCORE

--	--	--	--

Source : <http://www.doloplus.com/description/description1.php>

Annexe 10 : Echelle EDAAP



EVALUATION DE L'EXPRESSION DE LA DOULEUR CHEZ L'ADOLESCENT OU ADULTE POLYHANDICAPE (EDAAP)

NOM :

Prénom :

Pavillon :

Date :

RETENTISSEMENT SOMATIQUE		Heures		
PLAINTES SOMATIQUES	1. Emissions vocales (langage rudimentaire) et/ou pleurs et/ou cris :			
	Em. Voc. et/ou pleurs et/ou cris habituels ou absence habituelle...	0	0	0
	Em. Voc. et/ou pleurs et/ou cris habituels intensifiés ou apparition de pleurs et/ou cris...	1	1	1
	Em. Voc. et/ou pleurs et/ou cris provoqués par les manipulations...	2	2	3
	Em. Voc. et/ou pleurs et/ou cris spontanés tout à fait inhabituels...	3	3	3
	Em. Voc. et/ou mêmes signes avec manifestations neurovégétatives...	4	4	4
POSITIONS ANTALGIQUES AU REPOS	2. Attitude antalgique :			
	pas d'attitude antalgique	0	0	0
	Recherche d'une position antalgique	1	1	1
	Attitude antalgique spontanée	2	2	3
	Attitude antalgique déterminée par le soignant	3	3	3
	Obnubilé(e) par sa douleur	4	4	4
IDENTIFICATION DES ZONES DOULOUREUSES	3. Zone douloureuse :			
	Aucune zone douloureuse	0	0	0
	Zone sensible localisée lors des soins (visage, pieds, mains, ventre...), nommer :	1	1	1
	Zone douloureuse révélée par la palpation	2	2	3
	Zone douloureuse révélée dès l'inspection lors de l'examen	3	3	3
	Zone douloureuse désignée de façon spontanée	4	4	4
	Examen impossible du fait de la douleur	5	5	5
SOMMEIL	4. Troubles du sommeil :			
	Sommeil habituel	0	0	0
	Sommeil agité	1	1	1
	Insomnies (troubles de l'endormissement ou réveil nocturne)	2	2	3
	perte totale du cycle nyctéméral (déséquilibre du cycle veille/sommeil)	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR ET CORPOREL				
TONUS	5. Tonus :			
	Tonus normal, hypotonique, hypertonique	0	0	0
	Accentuation du tonus lors des manipulations ou gestes potentiellement douloureux	1	1	1
	Accentuation spontanée du tonus au repos	2	2	3
	Mêmes signes que 3 avec mimique douloureuse	3	3	3
	Mêmes signes que 2 avec cris et pleurs	4	4	4

MIMIQUE	6. Mimique douloureuse, expression du visage traduisant la douleur :			
	Peu de capacité d'expression par les mimiques de manière habituelle	0	0	0
	Faciès détendu ou faciès inquiet habituel	0	0	0
	Faciès inquiet inhabituel	1	1	1
	Mimique douloureuse lors des manipulations	2	2	2
	Mimique douloureuse spontanée	3	3	3
	Même signe que 1 - 2 - 3 accompagné de manifestations neurovégétatives	4	4	4
EXPRESSION DU CORPS	7. Observation des mouvements spontanés (volontaires ou non, coordonnés ou non) :			
	Capacité à s'exprimer et/ou agir par le corps de manière habituelle	0	0	0
	Peu de capacité à s'exprimer et/ou à agir de manière habituelle	0	0	0
	Mouvements stéréotypés ou hyperactivité (si possibilité motrice)	0	0	0
	Recrudescence de mouvements spontanés	1	1	1
	Etat d'agitation inhabituel ou prostration	2	2	2
	Mêmes signes que 1 ou 2 avec mimique douloureuse	3	3	3
	Mêmes signes que 1 - 2 ou 3 avec cris et pleurs	4	4	4
INTERACTION LORS DES SOINS	8. Capacité à interagir avec le soignant, modes relationnels :			
	Acceptation du contact ou aide partielle lors des soins (habillage, transfert...)	0	0	0
	Réaction d'appréhension habituelle au toucher	0	0	0
	Réaction d'appréhension inhabituelle au toucher	1	1	1
	Réaction d'opposition ou de retrait	2	2	2
	Réaction de repli	3	3	3
COMMUNICATION	9. Communication verbale ou non verbale :			
	Peu de capacités d'expression de la communication	0	0	0
	Capacité d'expression de la communication	0	0	0
	Demandes intensifiées : attire l'attention de façon inhabituelle	1	1	1
	Difficultés temporaires pour établir une communication	2	2	2
	Refus hostile de toute communication	3	3	3
VIE SOCIALE INTERÊT POUR L'ENVIRONNEMENT	10. Relation au monde :			
	Intérêt pour l'environnement limité à ses préoccupations habituelles	0	0	0
	S'intéresse peu à l'environnement	0	0	0
	S'intéresse et cherche à contrôler l'environnement	0	0	0
	Baisse de l'intérêt, doit être sollicité(e)	1	1	1
	Réaction d'appréhension aux stimuli sonores (bruits) et visuels (lumière)	2	2	2
	Désintérêt total pour l'environnement	3	3	3
TROUBLES DU COMPORTEMENT	11. Comportement et personnalité :			
	Personnalité harmonieuse = stabilité émotionnelle	0	0	0
	Déstabilisation (cris, fuite, évitement, stéréotypie, auto ou hétéro-agression) passagère	1	1	1
	Déstabilisation durable (cris, fuite, évitement, stéréotypie, auto ou hétéro-agression)	2	2	2
	Réaction de panique (hurlements, réactions neuro-végétatives)	3	3	3
	Actes d'automutilation	4	4	4
TOTAL				

PRESENTATION

L'évaluation de la douleur du patient polyhandicapé ne peut être qu'une hétéro – évaluation compte tenu des troubles cognitifs du patient.

L'échelle que nous vous proposons a été réalisée à partir de :

L'échelle DOLOPLUS (échelle d'hétéro-évaluation de la douleur de la personne âgée aux fonctions cognitives altérées : déments, aphasiques, comateux, patients non coopérants).

L'échelle douleur enfant de San Salvador, elle-même issue d'une réflexion à partir de l'échelle de l'enfant douloureux (Gustave Roussy – équipe A.Gauvain-Piquard).

Cette échelle doit être utilisée devant toute suspicion de douleur.

C'est une échelle qualitative d'évaluation comportementale de la douleur ayant pour objectif initial de sensibiliser les soignants (y compris les équipes médicales) à prendre en compte le symptôme douleur.

L'outil se veut simple et facile à utiliser tout en respectant l'approche globale de la personne polyhandicapée.

Cette grille peut donner des arguments en faveur d'une présomption étiologique, mais ce n'est pas son but.

Elle permet de mesurer l'écart entre l'expression habituelle du patient et l'expression perturbée dans l'hypothèse d'une douleur et, ainsi, d'adapter un traitement si besoin.

L'échelle se compose de 2 parties :

Retentissement somatique (4 items).

Retentissement psychomoteur et corporel (7 items).

Chaque item est coté de 0 à 3 ou de 0 à 4 (excepté l'item « identification des zones douloureuses » coté de 0 à 5). Le total est de 41 points.

La douleur semble être affirmée clairement pour un total supérieur à 7 (validation statistique faite par l'Institut de Santé Publique d'Epidémiologie et de Développement de Bordeaux en mars 2007).

CONSEILS D'UTILISATION

L'utilisation nécessite un apprentissage :

Coter en équipe pluridisciplinaire (binôme AS-IDE +/- médecin +/- paramédicaux)

Inclure l'échelle dans le dossier de soins du patient.

Coter 0 en cas d'item inadapté.

En cas de doute, ne pas hésiter à faire un test thérapeutique antalgique adapté

Ne pas comparer les scores de différents patients.

Effectuer une réévaluation bi-quotidienne jusqu'à sédation des douleurs, puis une réévaluation quotidienne ensuite.

L'échelle cote la douleur et non la dépression, la dépendance ou les fonctions cognitives.

RETENTISSEMENT SOMATIQUE

Item 1 : Plaintes somatiques

Définition des manifestations neurovégétatives : rougeur, pâleur, sueurs, nausées, vomissements, tremblements, hypotension, tachycardie, (augmentation du rythme respiratoire).

Item 2 : Positions antalgiques au repos

Attitude antalgique : position corporelle inhabituelle visant à éviter ou à soulager la douleur.

Item 3 : Troubles du sommeil

Lorsqu'un patient a un sommeil agité de façon habituelle (cela existe fréquemment), il faut coter sommeil habituel = 0. Ce n'est que lorsque le sommeil devient agité de manière ponctuelle que l'on cote sommeil agité = 1.

Définition de l'insomnie : il s'agit d'un trouble du sommeil à type d'insuffisance qualitative ou quantitative.

Il est classique de distinguer dans les insomnies les difficultés à l'endormissement et le réveil nocturne. Ces deux paramètres permettent d'orienter la prise en charge thérapeutique de l'insomnie. Dans ce cas, coter 2.

RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR ET CORPOREL

Item 5 : Tonus

Définition du tonus : état permanent d'activité fondamentale des muscles lisses et striés, sous la dépendance du système nerveux central et périphérique.

Item 6 : Mimiques

Mimique douloureuse. Précision pour coter : lorsqu'un patient a un faciès inquiet de manière habituelle (cela existe-t-il ?), il faut coter mimique habituelle = 0.

Ce n'est que lorsque le faciès change et devient inquiet de manière ponctuelle et donc inhabituelle que l'on cote 1.

Item 7 : Expression du corps

Item 8 : Interaction lors des soins : Le patient accepte-il ou non le contact avec le soignant ?

Item 9 : Communication

La communication verbale est définie comme l'utilisation de quelques mots. La communication non verbale comprend le regard, les gestes, les mimiques, les émissions vocales, les mouvements et le toucher.

Item 10 : Vie sociale, intérêt pour l'environnement

Le terme de vie sociale, intérêt pour l'environnement ou relation au monde correspond à l'ensemble des réactions du patient à la présence des soignants lors des soins, des repas, des activités ainsi que lors des stimulations (visuelles, sonores, olfactives).

Item 11 : Troubles du comportement

Stéréotypies : actes automatiques, à visée d'auto-stimulation (stimulation de son corps par des mouvements, balancement...).

Ces actes peuvent varier en intensité, de gestes ludiques et stimulants à des actes autodestructeurs.

Source :

<http://www.rsva.fr/files/fck/files/01%20bandeau%20haut/03%20Actions%20RSVA/Douleur/EDAAP%20grille%20et%20notice.pdf>

Annexe 11 : Entretien avec Madame ROLLAND, juge des tutelles au tribunal d'instance de Bordeaux, le 31 juillet 2014

Question : Selon l'article L 1111-4 du code de santé publique, des soins sans recueil du consentement peuvent être prodigués si ceux ci s'avèrent urgents. Comment le magistrat apprécie-t-il le caractère d'urgence ?

Réponse : Dans la loi, il est précisé que le consentement peut ne pas être recherché s'il existe un risque vital pour le patient. La notion d'urgence vitale est appréciée par les médecins qui en informent le magistrat. Cependant, la loi ne définit pas l'urgence en terme de délai. Il existe actuellement un débat sur cette notion d'urgence vitale. En effet, si elle est facilement définissable dans des cas graves immédiats, par exemple dans les services d'urgence, elle reste difficilement appréciable pour certains patients notamment en cancérologie où apparaît la notion d'évolution des tumeurs, à moyen et long terme, qui n'est pas forcément prévisible par le praticien.

Question : Toujours concernant l'article L 1111-4 du code de santé publique, lorsque le législateur évoque l'impossibilité pour le patient de consentir aux soins. S'agit-il d'incapacité physique ou psychique ?

Réponse : Pour la loi, il s'agit juste d'un problème d'expression de la volonté quelle qu'en soit la cause, physique ou psychique. Qu'il s'agisse d'un patient inconscient ou d'un patient ne pouvant consentir du fait, par exemple, d'une démence, on applique le « qui ne dit mot consent » à savoir que si un patient n'exprime pas un accord ou un refus strict, on agit dans l'intérêt du patient sans nécessité d'obtenir son consentement. C'est dans ce genre de situation qu'interviennent, si possible, le représentant légal ou la personne de confiance, selon que le majeur est ou non protégé. La difficulté réside dans le cas où le patient exprime clairement un refus malgré l'information médicale adaptée et répétée, ce refus allant à l'encontre de ses intérêts. Si une personne exprime un « non », on doit s'y soumettre. Dans le cas présenté, ce qui prime c'est le refus clairement exprimé du patient et non les motifs avancés par le patient pour justifier son refus. En effet, on considère qu'un refus de soin, qu'il soit rationnel ou non, met en péril le processus de guérison. Par exemple, on peut supposer qu'un patient refusant

une intervention chirurgicale peut refuser de faire un bilan pré anesthésie, ou mettre en péril la surveillance ou les soins post opératoires ce qui le mettrait en danger, le soin ne pouvant être délivré conformément aux bonnes pratiques. Le refus du patient rend donc impossible l'opération car la finalité est que l'intervention se passe dans de bonnes conditions, ce qui est peu probable si le patient ne consent pas au soin.

Question : Si un majeur protégé refuse une intervention et que ce refus met en jeu le pronostic vital, peut-on faire intervenir le curateur ou le tuteur du patient pour qu'il signe le consentement au soin en lieu et place du patient ?

Réponse : Le curateur et le tuteur d'un majeur protégé ont un rôle dans la prise de décision mais leur accord n'est pas suffisant. En effet, le mandataire est là pour représenter la personne si celle-ci n'est plus en capacité de le faire. Par ailleurs, le consentement du majeur devant être recherché, si le patient exprime clairement un refus, le soin ne peut être prodigué.

Question : Dans le cas de M. N., le refus de consentir s'intègre dans un vécu délirant de la maladie. Nous avons vu que le problème était le refus et non les motifs de ce refus. Cette situation est-elle fréquemment présentée au juge de tutelles ?

Réponse : Non. Pour ma part c'est une situation que je n'avais jamais rencontrée auparavant. J'ai pu l'évoquer avec des collègues, qui, eux non plus, n'avaient jamais été confrontés à cette problématique. Cette situation reste relativement rare.

Question : Quelle possibilité a un médecin dans les situations de refus de consentement par le patient ?

Réponse : Si le pronostic vital est mis en jeu, le médecin peut passer outre le consentement du patient, comme prévu par la loi. Sinon, dans le cas d'un majeur protégé, le médecin passe par le mandataire qui alors pourra saisir le juge des tutelles. Dans le cas d'un majeur non protégé, la saisie du juge des tutelles peut être faite par la famille ou la personne de confiance. Cependant, si le refus est clairement exprimé par le patient, on ne pourra que s'y soumettre.

Question : Quel risque prend le juge des tutelles dans ces situations ?

Réponse : Le juge des tutelles s'expose à un recours de la part de la famille. Si l'absence d'intervention est respectée et que le pronostic vital est mis en jeu, la responsabilité de l'Etat peut être engagée du fait du défaut d'assistance à la personne.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver et de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer aux mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

**Version du Serment d'Hippocrate réactualisée et publiée
dans le Bulletin de l'Ordre National des Médecins (Avril 1996, n°4)**