



**HAL**  
open science

**L'hospitalisation en soins psychiatriques en cas de péril imminent : SPI : une mesure hors du cadre "exceptionnel" pensé par la loi : évaluation rétrospective de la conformité de la mesure avec le cadre prévu par la loi au centre hospitalier Alpes Isère**

Grégoire Bertholier

► **To cite this version:**

Grégoire Bertholier. L'hospitalisation en soins psychiatriques en cas de péril imminent : SPI : une mesure hors du cadre "exceptionnel" pensé par la loi : évaluation rétrospective de la conformité de la mesure avec le cadre prévu par la loi au centre hospitalier Alpes Isère. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02143803

**HAL Id: dumas-02143803**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02143803>**

Submitted on 29 May 2019

**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.



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :  
[bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES**

**UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE**

Année: 2019

**TITRE : L'HOSPITALISATION EN SOINS PSYCHIATRIQUES EN CAS DE PÉRIL IMMINENT : SPI  
UNE MESURE HORS DU CADRE "EXCEPTIONNEL" PENSÉ PAR LA LOI  
ÉVALUATION RÉTROSPECTIVE DE LA CONFORMITÉ DE LA MESURE AVEC LE CADRE PRÉVU  
PAR LA LOI AU CENTRE HOSPITALIER ALPES ISÈRE**

**THÈSE**

**PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**DIPLÔME D'ETAT**

Grégoire BERTHOLIER

[Données à caractère personnel]

**THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE**

Le 24/05/2019

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

Monsieur le Professeur Thierry BOUGEROL

Monsieur le Professeur Mircea POLOSAN

Monsieur le Professeur François PAYSANT

Madame le Docteur Giovanna VENTURI MAESTRI, directrice de thèse

*L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses : ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2018-2019

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

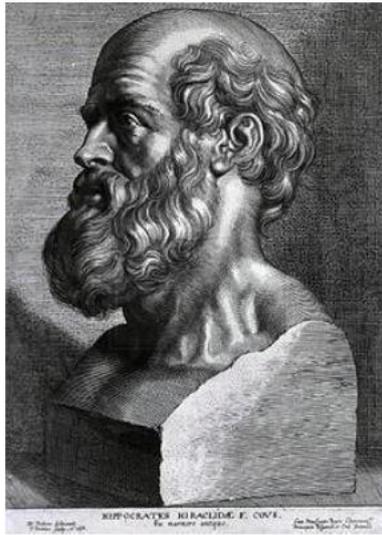
CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BOLLA Michel	Cancérologie-Radiothérapie
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et de Pathologie Cytologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CANALI-SCHWEBEL Carole	Réanimation médicale
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie

CORPS	NOM-PRENO	Discipline universitaire
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie générale
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaëtan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie digestive et viscérale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Virologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	MALLION Jean-Michel	Cardiologie
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGLIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et Biologie Moléculaire
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

**PU-PH** : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers  
**MCU-PH** : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers  
**PU-MG** : Professeur des Universités de Médecine Générale  
**MCU-MG** : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale



## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

*En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,*

*Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

*Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

## **REMERCIEMENTS**

À Mr le Professeur Thierry Bougerol. Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous suis reconnaissant de la bienveillance et de la disponibilité dont vous avez fait preuve au cours de mon internat.

À Mr le Professeur Mircea Polosan, dont j'apprécie l'enthousiasme et l'implication. Merci d'avoir accepté d'être présent à mon jury de thèse.

À Mr le Pr François Paysant pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

Au Dr Venturi- Maestri, c'est un immense plaisir que tu sois présente à mes côtés pour cette étape de ma vie et de ma future carrière professionnelle. Merci pour ton humanité et pour m'avoir « initié » et fait aimer la psychiatrie.

Merci à tous les médecins qui m'ont transmis leur expérience tout au long de mes études, Dr Janvier, Dr Hutanu, Dr Rumbach, Dr Santarelli, Dr Dubuc...

Sans oublier les équipes et les secrétaires, surtout au CHAI où j'ai passé la majeure partie de mon internat. Je pense tout particulièrement à la "team Esquirol" qui a eu la chance (ou pas) de me côtoyer un an complet, Marjo, Steve, Hermine et Patricia.

À toute l'équipe de l'UPA, Dr Elodie Haxaire et son équipe d'infirmières et d'infirmiers avec qui j'ai effectué un stage merveilleux, vous quitter sera un déchirement (peut-être n'est ce qu'un au-revoir!).

À madame Rastol du CHAI et Madame Rzepa pour l'extraction de données et l'équipe du DIM qui m'a aidé à réaliser ce travail.

À ma promotion de "BB psy 2014», Boris, Olivier, Marine, ma Pauline, Helene, Jean, Marion, Gaëlle. A mes collègues et amis, m'ayant côtoyé tout au long de mon internat et à Bassens, Pierre, Ryad, Lisa, Manu et les autres...

À ma team Berlin-Bassens, Anne-Sophie, Robin, Laura. A Matthieu et tous mes collègues invités à ma thèse qui se reconnaîtront, merci d'avoir rendu ma vie d'interne plaisante.

Aux amis, présent depuis la P1, le noyau dur, Thibaut, Margot, Florent, Théo, Nils, Justine.

Sans oublier tous les autres, purs grenoblois du groupe "godet" au 1900, Alex, Léo, Max, Franck, Ghis, Loulou, Matthieu et tous les autres qui savent ....

À Chloé et Marine

À ma famille, merci d'être là pour moi, soutien indéfectible. Vous comptez tellement, merci infiniment pour l'aide et le soutien que vous m'avez apporté toute ma vie et pour ce travail. Papa, Maman, Bertrand, Julie, taties, cousines.

À ma grand-mère, 96 ans, qui j'espère sera là ce soir, à mon regretté grand père et à mes grands-parents Isnel.

À Orlane

## TABLE DES MATIERES

<b>RESUME</b> .....	p. 10
<b>ABSTRACT</b> .....	p. 12
<b>ZUSAMMENFASSUNG</b> .....	p. 14
Abréviations.....	p. 16
<b>INTRODUCTION</b> .....	p. 17
<b>MATERIEL ET METHODE</b> .....	p. 22
<b>Matériel</b> .....	p. 22
Objectif de l'étude.....	p. 22
- objectif principal.....	p. 22
- objectifs secondaires.....	p. 24
Autorisations.....	p. 24
<b>Méthode d'analyse des données</b> .....	p. 25
<b>RESULTATS</b> .....	p. 25
- objectif principal : conformité de la mesure.....	p. 25
- objectifs secondaires.....	p. 32
- devenir de la mesure de SPI.....	p. 35
<b>DISCUSSION</b> .....	p. 36
- objectif principal: conformité de la mesure.....	p. 36
- critères de jugement secondaires.....	p. 40
<b>CONCLUSION</b> .....	p. 42
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	p. 46
<b>ANNEXES</b> .....	p. 50

Grégoire BERTHOLIER

**TITRE : L'HOSPITALISATION EN SOINS PSYCHIATRIQUES EN CAS DE PÉRIL IMMINENT : SPI**  
**UNE MESURE HORS DU CADRE "EXCEPTIONNEL" PENSÉ PAR LA LOI**  
ÉVALUATION RÉTROSPECTIVE DE LA CONFORMITÉ DE LA MESURE AVEC LE CADRE PRÉVU  
PAR LA LOI AU CENTRE HOSPITALIER ALPES ISÈRE

## **RESUMÉ**

La législation française relative aux soins sans consentement a été transformée par la loi du 5 juillet 2011. Cette dernière donne la possibilité d'hospitaliser sans consentement, sans tiers et avec un seul certificat médical, introduisant la mesure de soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPI). Cette procédure a connu un essor dépassant la mesure d'exception prévue par la loi. L'objectif principal de ce travail est d'étudier la conformité de la mesure de SPI avec le texte de la loi de 2011, à travers une étude effectuée au Centre Hospitalier Alpes Isère (CHAI).

Nous avons mené une étude descriptive, rétrospective, mono-centrique sur l'ensemble des patients hospitalisés en SPI entre le 1er mars 2017 et le 31 juillet 2017, au CHAI, en hospitalisation complète, excluant les patients réintégrés dans le cadre d'un programme de soins.

L'étude a porté sur la conformité de la mesure au regard de la mention de "péril imminent" et la traçabilité de la recherche de tiers (sa présence, son absence et/ou son incapacité à formuler une demande de soins) dans les certificats médicaux initiaux et les certificats des 24 heures.

78 dossiers ont été analysés. En ce qui concerne l'objectif principal, la procédure de mise en place de SPI est conforme dans 88 % des cas (n = 69), un tiers étant absent (n = 48) ou non mobilisable (n = 21). Dans 12 % des cas (n = 9), la procédure est non conforme, un tiers étant disponible mais n'ayant pas été contacté. Concernant les objectifs secondaires, 82 % des mesures de SPI (n = 64) ont été maintenues par le juge des libertés et de la détention (JLD), que la mesure soit conforme ou non et seulement 4 % (n = 3) ont été levées par le JLD, sur la forme et non sur le fond.

Malgré certains biais opératoires, nos résultats corroborent ceux de la littérature scientifique sur le sujet, avec toutefois une légère tendance à la surévaluation de la conformité de la mesure. Malgré la faible justification de la mise en place du péril imminent dans les certificats médicaux initiaux, la mention dans le certificat médical des 24 h de l'existence d'un tiers dans 38 % des cas, le recours fréquent à cette mesure apparaît peu sanctionné par le JLD, que la mesure soit conforme ou non sur le plan de la certification. Ce travail identifie certaines problématiques inhérentes à cette nouvelle modalité de soins et propose des pistes de réflexion et d'amélioration.

**Mots clés** Hospitalisation sous contrainte / péril imminent / tiers / loi du 5 juillet 2011

**Grégoire BERTHOLIER**

**TITLE: HOSPITALIZATION IN PSYCHIATRY IN CASE OF INCREASED RISK (SPI)  
A MEASURE BESIDE THE LEGAL FRAMEWORK**

Retrospective assessment of the conformity of the measure with the legal framework at the  
Hospital Alpes Isère

**ABSTRACT**

The French law regarding the involuntary hospitalization has been modified by the law of July 5th, 2011. This law authorizes the involuntary hospitalization, without third party and on the sole basis of a doctor's certificate, implementing the psychiatric treatment in case of imminent peril (IP). This procedure has boomed in the past years, exceeding the exceptional character foreseen by the law. The purpose of this doctoral thesis is to study the conformity of the IP measure with the legal text, through a study carried out at the Centre Hospitalier Alpes Isère (CHAI).

We have carried out a descriptive, retrospective and monocentred study on all patients hospitalized within the framework of imminent peril (IP) between March 1st 2017 and July 31st, 2017, at the CHAI, in full-time hospitalization, apart from the patients rehospitalized for continuation of treatment.

The study has been focused on the conformity of the measure facing the mention of imminent peril and the traceability of the search for a third party, its absence, presence and/or non-mobilizability in the initial doctor's certificates and the 24 hours-certificates.

78 files have been analysed. Regarding the main purpose, the imminent peril procedure is conform in 88 % of the cases (n = 69), a third party being unavailable (n = 48) or non mobilizable (n = 21). In 12 % of the cases (n = 9), the procedure is not conform, a third party was available but had not been contacted. Regarding the secondary decision criteria, 82 % of the imminent peril measures (n = 64) have been maintained by the Judge of Freedoms and Detention (JLD), independently of the conformity of the measure and only 4 % (n = 3) have been withdrawn by the JLD, then on form and not on substance.

Despite some selection bias, our results confirm those of the specific scientific litterature, however with a slight trend to overvaluation of the measure's conformity. Despite the scarce justification of the imminent peril in the initial doctor's certificates, the existence of a third party in 38 % of the cases, the frequent use of this measure seems seldom sanctioned by the JLD, independently of the conformity of the measure. This study identifies some problems related to this new possibillity of treatment and propose some guidelines for reflexion and improvement.

**Key words:** Involuntary hospitalization / imminent peril / third party / law of July 5th, 2011

**TITEL: DIE PSYCHIATRISCHE KRANKENHAUSUNTERBRINGUNG IM FALLE EINER  
UNMITTELBAR BEVORSTEHENDEN GEFAHR: PBUG**

**EIN VERFAHREN, DAS ÜBER DEN VOM GESETZ VORGESEHENEN AUSNAHME-CHARAKTER  
HINAUSGEHT**

**RETROSPEKTIVE BEWERTUNG DER VEREINBARKEIT DES VERFAHRENS MIT DEM  
GESETZLICHEN RAHMEN IM CENTRE HOSPITALIER ALPES ISERE**

**ZUSAMMENFASSUNG**

Die französische Gesetzgebung bezüglich der medizinischen Behandlung ohne Zustimmung ist durch das Gesetz vom 5. Juli 2011 verändert worden. Dieses Gesetz ermöglicht die Krankenhausunterbringung ohne Zustimmung, ohne Angehörigen und auf der einzigen Grundlage eines ärztlichen Attests, im Falle einer unmittelbar bevorstehenden Gefahr (PBUG). Dieses Verfahren hat einen außergewöhnlichen Aufschwung erlebt, der weit über den vom Gesetz vorgesehenen Ausnahmecharakter des Verfahrens hinausgeht. Das Hauptziel dieser Arbeit besteht darin, die Vereinbarkeit des PBUG-Verfahrens mit dem Wortlaut des Gesetzes von 2011 zu untersuchen, durch eine innerhalb des Universitätskrankenhauses Alpes Isère (CHAI) durchgeführte Studie.

Wir haben eine deskriptive, retrospektive, mono-zentrierte Untersuchung aller im Rahmen des PBUG-Verfahrens im CHAI stationär behandelten Patienten zwischen dem 1. März 2017 und dem 31. Juli 2017 durchgeführt, mit Ausnahme der Patienten, die im Rahmen eines Behandlungsprotokolls wieder ins Krankenhaus eingewiesen wurden.

Die Studie betrifft die Gesetzmäßigkeit des Verfahrens in Hinsicht auf die Anmerkung "unmittelbar bevorstehende Gefahr" und die Überprüfbarkeit der Suche nach Angehörigen (Anwesenheit, Abwesenheit bzw. Unmöglichkeit, einen Antrag auf Krankenhausunterbringung zu stellen) in den anfänglichen ärztlichen Attesten und den Attesten nach 24 Stunden.

78 Patientenakte wurden analysiert. Was das Hauptziel angeht, ist das Verfahren in 88 % der Fälle (n = 69) gesetzesgemäß, da kein Angehöriger anwesend (n = 48) oder nicht zu bewegen (n = 21) war. In 12 % der Fälle (n = 9), ist das Verfahren nicht gesetzesgemäß, da ein Angehöriger anwesend war und nicht kontaktiert wurde. Was die Nebenziele angeht, wurden 82 % der Verfahren (n = 64) vom Freiheitsrichter beibehalten, unanhängig von ihrer Gesetzmäßigkeit und nur 4 % (n = 3) wurden vom Richter aufgehoben, wegen der Form und nicht des Inhalts.

Trotz einiger Anwendungsschwierigkeiten, bestätigen unsere Ergebnisse die der diesbezüglichen wissenschaftlichen Literatur, jedoch mit einer leichten Neigung zur Überschätzung der Gesetzmäßigkeit des Verfahrens. Trotz der geringen Rechtfertigung der Einführung des Verfahrens in den anfänglichen ärztlichen Attesten, des Hinweises im ärztlichen Attest nach 24 Stunden auf die Anwesenheit eines Angehörigen in 38 % der Fälle, wurde das häufige Zurückgreifen auf dieses Verfahren vom Richter wenig sanktioniert, unabhängig von der Gesetzmäßigkeit des Verfahrens. Diese Studie weist auf einige mit dieser neuen Behandlungsalternative zusammenhängenden Probleme und schlägt einige Reflexions- und Verbesserungsansätze vor.

**Schlüsselwörter** : Krankenhausunterbringung ohne Zustimmung/unmittelbar bevorstehende Gefahr/Angehöriger/Gesetz vom 5. Juli 2011

## **Abréviations :**

CCTIRS :	Comité Consultatif le Traitement de l'Information en Matière de Recherche dans le domaine de la Santé
CIM 10 :	Classification Internationale des Maladies
CHAI :	Centre Hospitalier Alpes Isère
CHS :	Centre Hospitalier de Savoie
CMI :	Certificat Médical Initial
DIM :	Département de l'Information Médicale
DMS :	Durée Moyenne du Séjour
JLD :	Juge des Libertés et de la Détention
PI :	Péril Imminent
SDRE :	Soins à la Demande du Représentant de l'État
SDT :	Soins à la Demande d'un Tiers
SDTU :	Soins à la Demande d'un Tiers Urgent
SPI :	Soins en cas de Péril Imminent

## **INTRODUCTION**

La législation française relative aux soins sans consentement en psychiatrie a été transformée par la loi du 5 juillet 2011. Elle réaffirme les droits des personnes prises en charge dans ces conditions et introduit trois mesures phares :

- une intervention du juge des libertés et de la détention (JLD) dans le contrôle de la mesure de soins sans consentement et la possibilité de soins ambulatoires sans consentement dans le cadre d'un programme de soins ;

- d'autre part un nouveau mode d'admission en soins, en cas de péril imminent (SPI) [1, 2,41] est mis en place pour favoriser l'accès aux soins des personnes isolées ou désocialisées.

Cette loi a répondu à plusieurs attentes, d'une part celle du conseil constitutionnel, imposant l'harmonisation des pratiques européennes en matière d'hospitalisation psychiatrique, et d'autre part celle des familles et des psychiatres. Ces derniers se plaignaient du fait qu'un certain nombre de patients ne pouvaient pas bénéficier de soins, en raison de l'absence de tiers mobilisables : les patients isolés et désocialisés, sans domicile fixe, en voyage pathologique, ou ceux dont l'identité reste inconnue ou encore ceux pour lesquels aucun proche ne peut être contacté ou identifié [3, 8, 41].

Il s'agissait aussi de réguler les mises en places d'hospitalisation d'office (HO), où l' élu municipal se substitue au « tiers » pour pallier l'absence de celui-ci, mesure critiquable car pouvant s'appliquer alors à des patients qui ne présentent pas de dangerosité ni de risque grave d'atteinte à l'ordre public.

Dans le projet de loi, l'admission en cas de péril imminent est réservée aux situations exceptionnelles, s'il s'avère « impossible d'obtenir une demande de tiers » et en cas d'immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient [1,2]. En effet cette mesure s'effectue sans demande d'un tiers et avec un seul certificat médical. Les critères d'admission sont semblables à ceux des personnes admises en SDT. En outre l'absence de tiers mobilisable, en cas d'atteinte grave et imminente pour la santé et/ou la vie de la personne, constitue un prérequis essentiel pour son admission en ce mode d'hospitalisation. Elle s'effectue sur décision du directeur d'établissement, et est motivée par un certificat médical établi par un médecin n'exerçant pas dans la structure d'accueil. Le directeur a alors 24 heures pour informer la famille du patient ou toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt de ce dernier.

En France, entre 2012 et 2015 [43], le nombre de personnes admises en SPI a doublé, environ 19.500 personnes ont été admises en 2015 contre environ 8.500 en 2012 (soit une augmentation de 128 %), alors que les autres modes d'hospitalisation sous contraintes (SDT et SDRE) restent stables.

Les SPI représentent, en 2015, 21 % des soins sans consentement sur le territoire (cf. tableau 1).

**Tableau 1** : Extrait de *Questions d'économie de la santé* n° 222, intitulé "Évolution du nombre des personnes prises en charge sans consentement, par mode légal, entre 2012 et 2015", Irdes, 2017

	2012	2013	2014	2015
<b>Soins sans consentement ...</b>				
Sur décision du représentant de l'État (SDRE)	14 925	15 369	15 584	16 140
À la demande d'un tiers (SDT)	57 837	56 902	57 477	58 319
En cas de péril imminent (SPI)	8 542	14 805	17 655	19 518

Par ailleurs, différentes études françaises ont été réalisées et montrent une répartition hétérogène de cette modalité de soins au niveau national (cf. tableau 2 en annexe).

A titre d'exemple, en 2015, certains départements comme l'Isère comptabilisent 19 % d'admission en SPI, les Hautes-Alpes 40 % et l'Ardèche 50 %

Une récente étude réalisée au CHS de Bassens [42] a montré qu'au cours de l'année 2016, la proportion d'admissions sous contrainte en SPI au CHS de la Savoie atteint 45,6%.

Les chiffres du Centre Hospitaliers Alpes Isère (CHAI) montrent entre 2015 et 2017 une stabilité des hospitalisations sans consentement qui représentent en 2017 39,5% des hospitalisations en psychiatrie. Nous dénombrons 1.155 patients hospitalisés en SPI en 2015 (18%), 1.143 en 2016 (20%) et 1.283 en 2017 (20%) (cf. tableau 3).

**Tableau 3** *Tableau 3 : Répartition des différentes modalités d'hospitalisation sous contrainte au CHAI entre 2015 et 2017, données de l'étude du 01/03 au 31/07/2017 (données extraites par le DIM)*

	2015		2016		2017		2017 (du 01/03 au 31/07)	
	File active	Nb séjours	File active	Nb séjours	File active	Nb séjours	File active	Nb séjours
<b>Soins sous contrainte</b>	852	1155	833	1143	886	1283	496	615
<b>SDRE</b>	205	280	201	281	217	348	132	172
<b>SDT</b>	359	437	333	426	397	499	220	252
<b>SDTU</b>	150	218	157	215	115	162	58	75
<b>SNL (non-lieu)</b>	9	17	7	12	7	23	7	13
<b>SPI</b>	157	198	160	205	176	246	84	102

Initialement destinée aux personnes désocialisées ou isolées, pour lesquelles il était difficile de recueillir la demande d'un tiers, cette mesure a connu depuis son introduction une montée en charge qui dépasse la procédure d'exception prévue par la loi [41].

Dans une étude qualitative de 2012 [26], les avantages rapportés en pratique sont une meilleure aide aux familles ainsi qu'une rapidité d'intervention, notamment dans les situations aiguës ou en l'absence de tiers. Cette modalité d'hospitalisation permet aussi de ne plus recourir à l'utilisation des hospitalisations d'office non justifiées pour des patients isolés. Cependant, nous constatons que l'augmentation des SPI se fait également au détriment des mesures de SDT [22], étant passées de 4% des modes d'hospitalisation sous contrainte en 2011 au CH du Vinatier à 21% en 2013.

Certains inconvénients de la mesure sont pointés du doigt dans la littérature scientifique [26] [41], notamment le risque de facilitation des hospitalisations sous contrainte, initiées rapidement et sans recul sur la situation clinique avec un risque de dérive et d'une utilisation des SPI sans se donner la peine de chercher un tiers ou pour contourner des situations où le tiers ne veut pas se prononcer.

Certains psychiatres évoquent aussi la complexité terminologique de cette nouvelle modalité d'hospitalisation. En effet, il existe une différence ténue entre PI et SDTU et une manière masquée de pallier l'absence de tiers [26]. Certains psychiatres ont énoncé qu'il aurait été plus judicieux de distinguer le PI d'une modalité d'hospitalisation ouvertement destinée aux patients isolés et sans tiers [26].

Des études récentes s'intéressent à la conformité de cette procédure. Elles s'efforcent de vérifier que les conditions limitatives prévues par la loi sont respectées [20,22,]. Une étude lyonnaise de 2014 [41] décrivant l'utilisation de la mesure de SPI aux urgences psychiatriques du Vinatier conclut que cette mesure pouvait apparaître comme une procédure « low cost » des soins psychiatriques sans consentement, en raison d'une faible traçabilité de la recherche de tiers dans l'unique certificat médical d'admission, et surtout parce qu'elle permettait de gagner du temps et de diminuer le phénomène de saturation des urgences.

L'objectif principal de cette étude est d'étudier la conformité, sur le plan de la certification, de la mesure de SPI avec le texte de loi de 2011. Les objectifs secondaires seront de décrire l'utilisation de cette mesure au Centre Hospitalier Alpes Isère et le devenir de la mesure de SPI.

## **MATÉRIEL ET MÉTHODE :**

### **MATÉRIEL**

Cette étude rétrospective, mono-centrique a inclu les 84 patients admis au CHAI en SPI entre le 01/03/2017 et le 31/07/2017 en hospitalisation complète.

L'étude a porté sur les différents certificats médicaux : le certificat médical initial, puis le certificat médical des 24 h, établis suite à l'admission jusqu'à leur examen par le juge des libertés et de la détention au 12ème jour.

Tous les patients hospitalisés en SPI sur cette période ont été inclus sauf les patients faisant l'objet d'une réintégration en hospitalisation complète, dans le cadre de programmes de soins pour lesquels la loi n'exige pas la rédaction de certificats médicaux initiaux et des 24 h, mais un seul certificat de réintégration [1].

Par la suite, une étude descriptive rétrospective a été effectuée. L'extraction des données a été réalisée au bureau des entrées et aux archives, afin de consulter les certificats médicaux et les ordonnances des JLD. Le recueil du nombre d'admissions en soins psychiatriques a été extrait à partir des logiciels de gestion des hospitalisations grâce au DIM.

Les caractéristiques sociodémographiques des patients ainsi que les diagnostics principaux ont été recherchés dans le dossier médical informatisé du patient (Crossway).

### **Objectifs de l'étude**

#### *Objectif principal :*

L'objectif principal de l'étude est l'évaluation de la conformité de la procédure de SPI avec le cadre prévu par la loi, à travers l'analyse des éléments suivants :

- Sur le certificat médical initial d'admission :

- . La mention de l'absence de tiers disponible.
- . La mention écrite de la présence d'un péril imminent.

- Sur le certificat médical des 24h :

- . La mention de l'absence de tiers disponible.
- . La mention de la tentative de contact du tiers s'il en existe un.
- . Le motif de non mobilisation du tiers si des tentatives pour le joindre ont été entreprises.

La conformité finale du dossier est évaluée à partir des données précédentes, sur la base du certificat médical des 24 h, rédigé par un psychiatre. Le certificat médical initial étant systématiquement rédigé par un médecin urgentiste ou généraliste, il est, la plupart du temps, non circonstancié en ce qui concerne l'absence du tiers ou la présence de péril imminent, et ne permet pas d'étudier la conformité de la mesure.

La procédure est considérée comme conforme si, selon le certificat médical des 24 h, il n'existe pas de tiers en capacité de demander l'hospitalisation ou s'il existe un tiers mais qu'il est non mobilisable. Par ailleurs, lorsque dans le certificat médical des 24h il était mentionné que « les démarches entreprises pour contacter un tiers n'ont pas abouti », la procédure de mise en place de SPI a été considérée comme conforme, en l'absence de tiers mobilisable.

La procédure est qualifiée de non conforme si la présence de tiers a été mentionnée dans le certificat médical des 24h mais qu'aucune justification concernant la tentative de contact du tiers n'est inscrite dans le dossier.

### *Objectifs secondaires :*

Il s'agit d'étudier le devenir de la mesure de SPI en fonction de sa conformité, en étudiant les différents temps de levées de la mesure : avant le passage devant le JLD, par le JLD, ou son absence de levée lors de l'audience.

Enfin Il s'agit de caractériser la population de l'étude (définir les caractéristiques socio-démographiques des patients admis en SPI sur cette période ainsi que le diagnostic principal retenu pour le patient). L'ensemble de ces données est collecté dans le dossier patient sur Crossway.

En ce qui concerne le diagnostic principal, il s'agit de celui défini le plus tardivement au cours de la prise en charge. Par cette méthode de recueil, utilisée dans une étude réalisée en 2014 au CH du Vinatier [22], un seul diagnostic principal par patient a été extrait et classé en utilisant les grandes catégories de la CIM 10.

### Autorisations

Une autorisation a été demandée auprès du CNIL. Le recueil des données, la procédure d'anonymisation, la sécurité de la circulation et de l'usage des données ont été justifiés auprès de cette instance. Une dérogation à l'information du patient a été sollicitée, en raison du caractère rétrospectif de cette étude et de la complexité de la mise en œuvre de l'information des patients.

## **MÉTHODE D'ANALYSE DES DONNÉES**

Ces dernières ont été traitées par un seul opérateur. Des analyses statistiques descriptives simples ont été effectuées et sont représentées sous forme de schémas d'étude observationnels (diagrammes et tableaux).

## **RÉSULTATS**

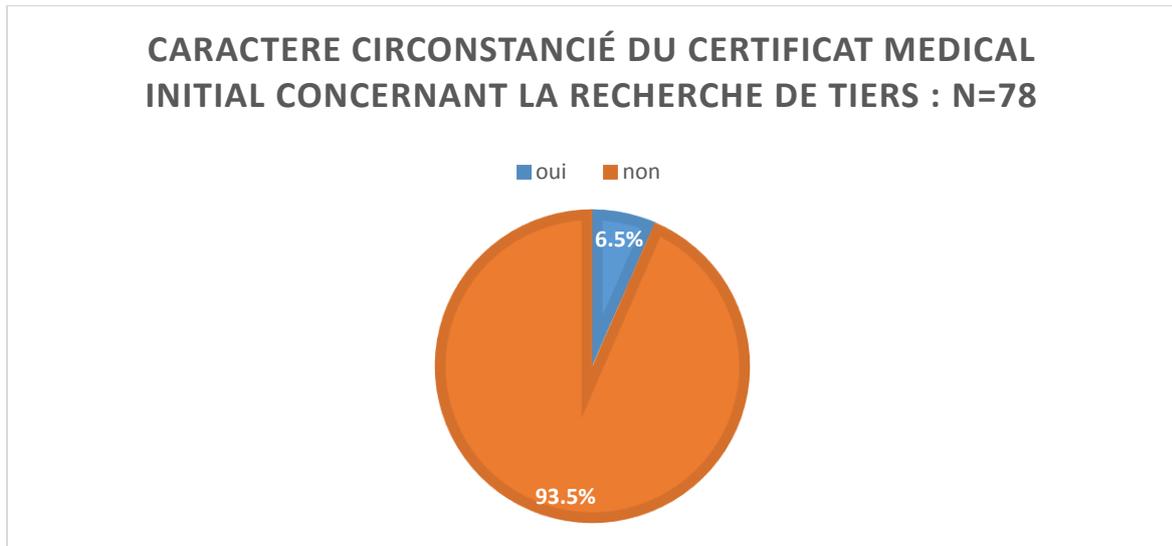
### Objectif principal : conformité de la mesure

Parmi les dossiers des 84 patients admis en SPI sur la période du 1<sup>er</sup> mars 2017 au 31 juillet 2017, seuls 78 ont été analysés (93 %), les 6 dossiers n'ayant pu être analysés (7%) étaient non consultables au moment de l'étude.

### *Sur le certificat médical initial :*

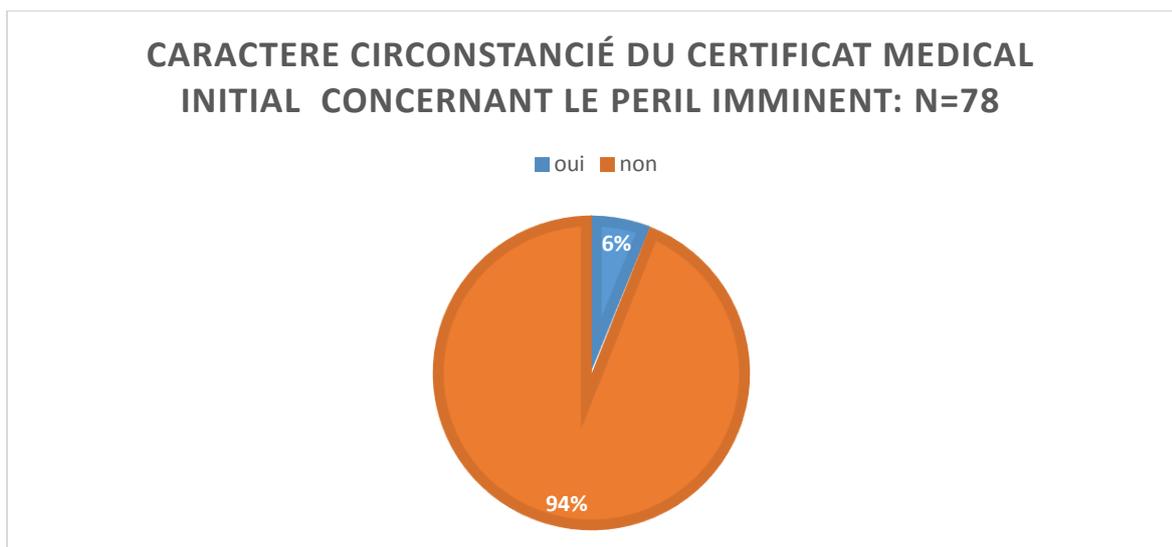
- en ce qui concerne les informations sur la recherche de tiers, le certificat médical initial n'est circonstancié que dans 6,5 % des cas (n=5). Dans 93,5 % des cas (n=73) seule figure la mention qu'il s'avère impossible d'obtenir une demande de tiers, pré-remplie en bas du certificat, sans détail sur le motif d'impossibilité de joindre un tiers. (cf. diagramme 1)

### Diagramme1



- en ce qui concerne la mention écrite de la présence d'un péril imminent dans le certificat médical initial, 6 % des CMI (n=4) sont circonstanciés. Dans 94 % des cas (n=74) les médecins ont utilisé un modèle pré-rempli qui mentionne « de plus il existe un péril imminent » sans détailler davantage. (cf. diagramme 2)

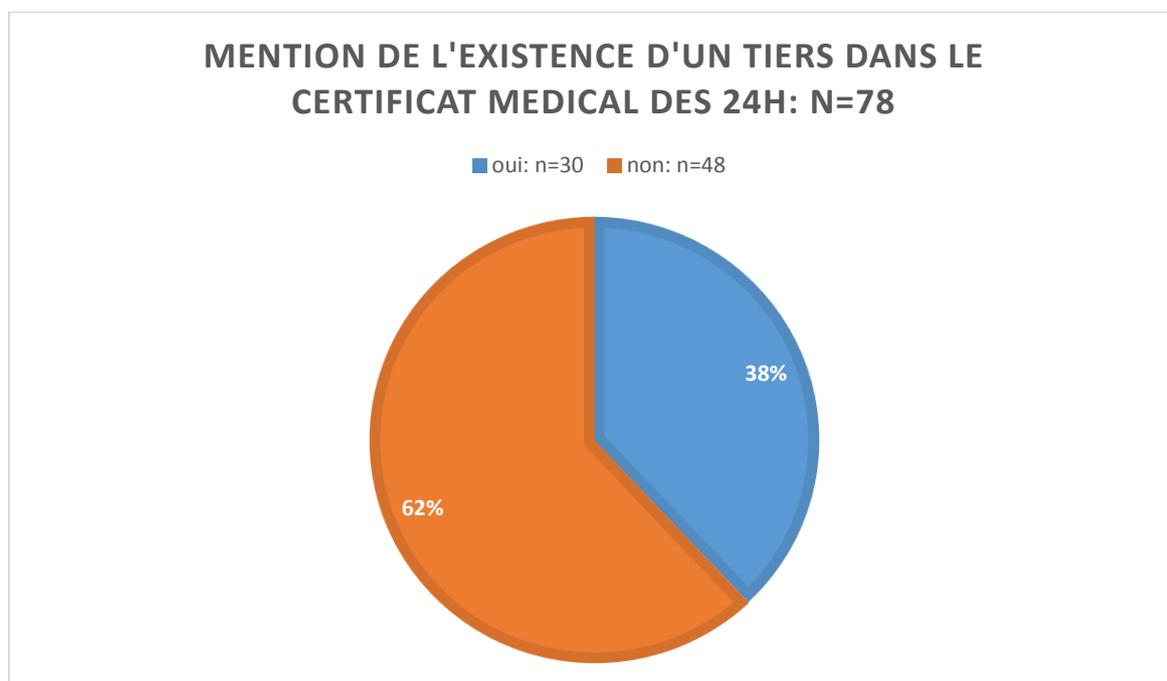
### Diagramme 2



Sur le certificat médical des 24 h :

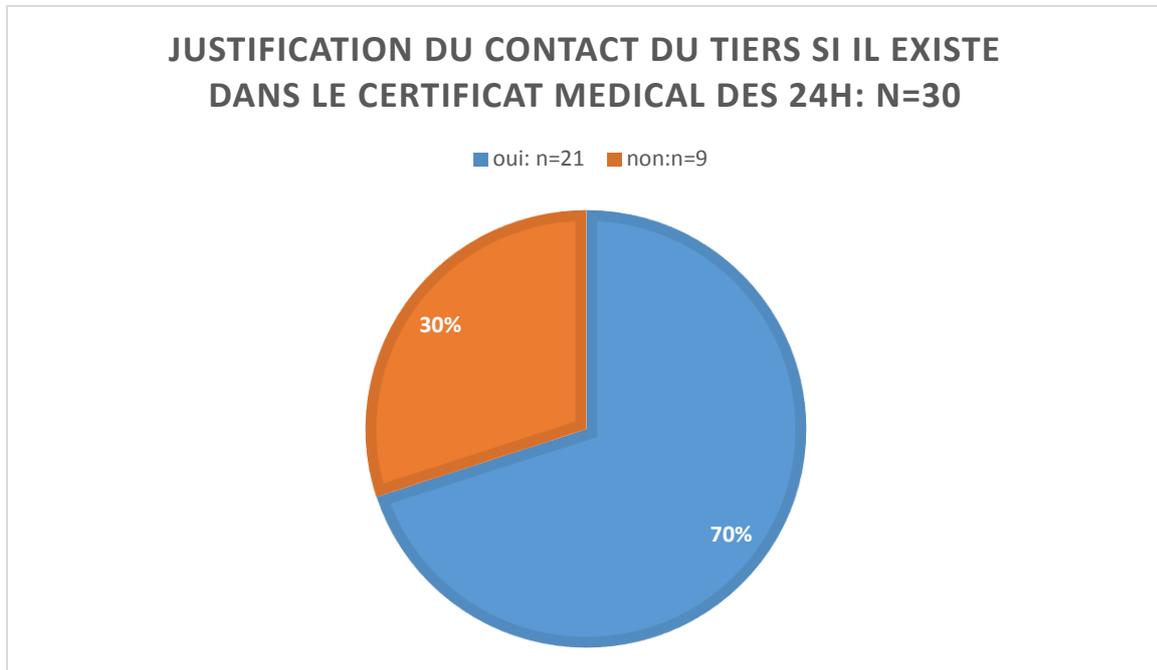
- en ce qui concerne la mention de l'existence d'un tiers disponible, dans 38 % des cas (n= 30), il existait un tiers. Lorsqu'il était mentionné dans le certificat médical des 24 h que « les démarches entreprises pour contacter un tiers n'ont pas abouti » nous avons conclu à une absence de tiers disponible, soit dans 62 % des cas (n= 48). (cf. diagramme 3)

**Diagramme 3**



- s'il existait un tiers disponible, dans 70 % des cas (n= 21), il est mentionné dans le certificat médical des 24 h qu'une tentative de contact a été effectuée, alors que dans 30% des cas (n=9) un tiers existait mais n'avait pas été contacté. On ne trouve aucune justification concernant le contact du tiers dans le certificat. (cf. diagramme 4)

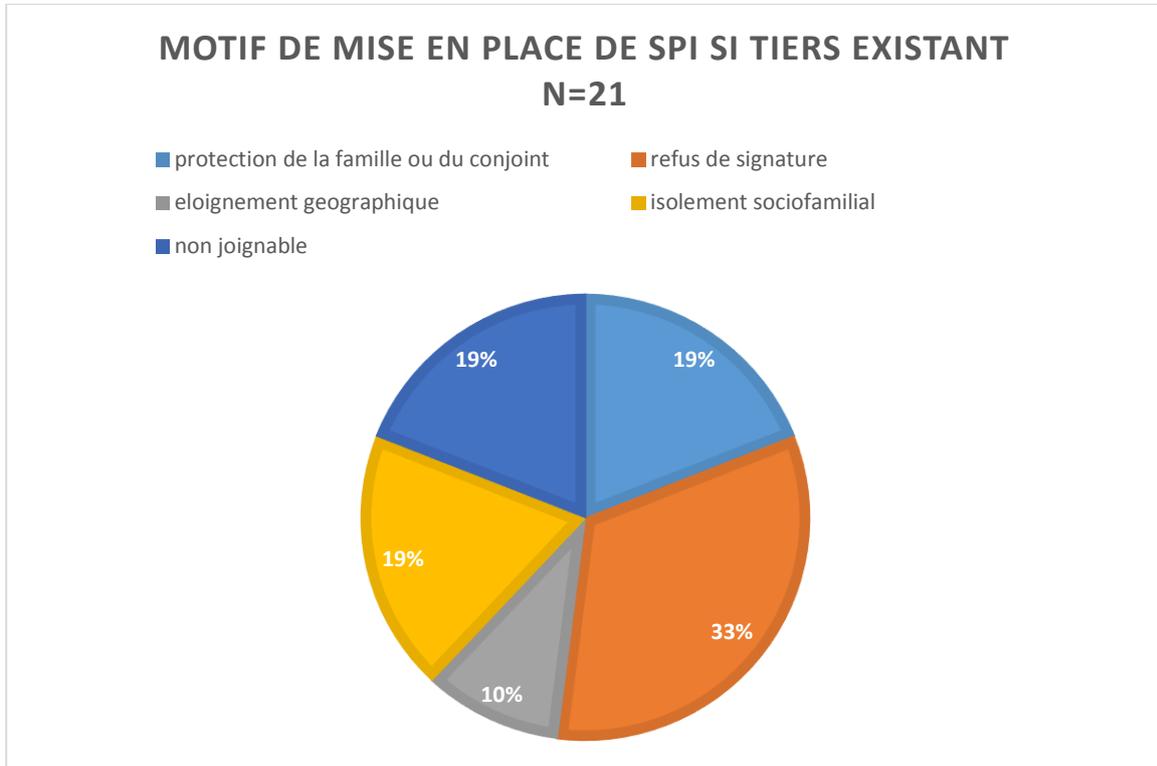
**Diagramme 4**



Lorsqu'il existe un tiers disponible (n=21), le motif de la mise en place de la SPI en cas de non mobilisation du tiers après prise de contact, est :

- . Dans 33 % (n=7) d'un refus de signature du tiers ;
- . Dans 19 % (n=4) de protéger la famille ou le conjoint ;
- . Dans 19 % (n=4) d'isolement socio-familial
- . Dans 19 % (n=4) d'un échec de l'appel (tiers non joignable). (cf. diagramme 5).
- . Dans 10 % (n=2) d'un problème d'éloignement géographique

**Diagramme 5**



En ce qui concerne l'objectif principal, la procédure de mise en place de SPI est conforme dans 88% des cas (n= 78), un tiers étant absent et/ou les démarches entreprises pour le contacter n'ayant pas abouti (n= 48) ou n'étant pas mobilisable (n= 21).

Dans 12% des cas (n=9), la procédure était non conforme, un tiers existait mais aucune justification concernant la tentative de contact de ce dernier n'était mentionnée dans les certificats médicaux. (cf. diagramme 6 et tableau récapitulatif de l'étude)

Diagramme 6

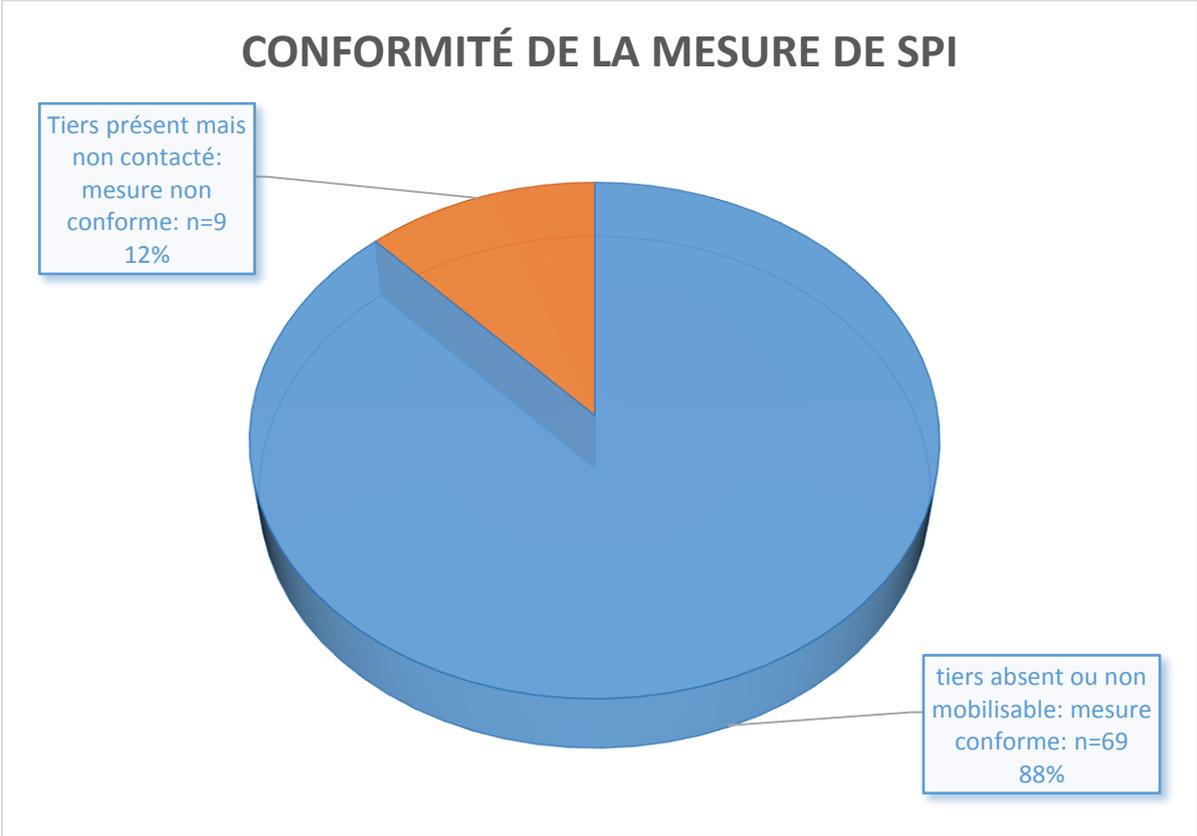
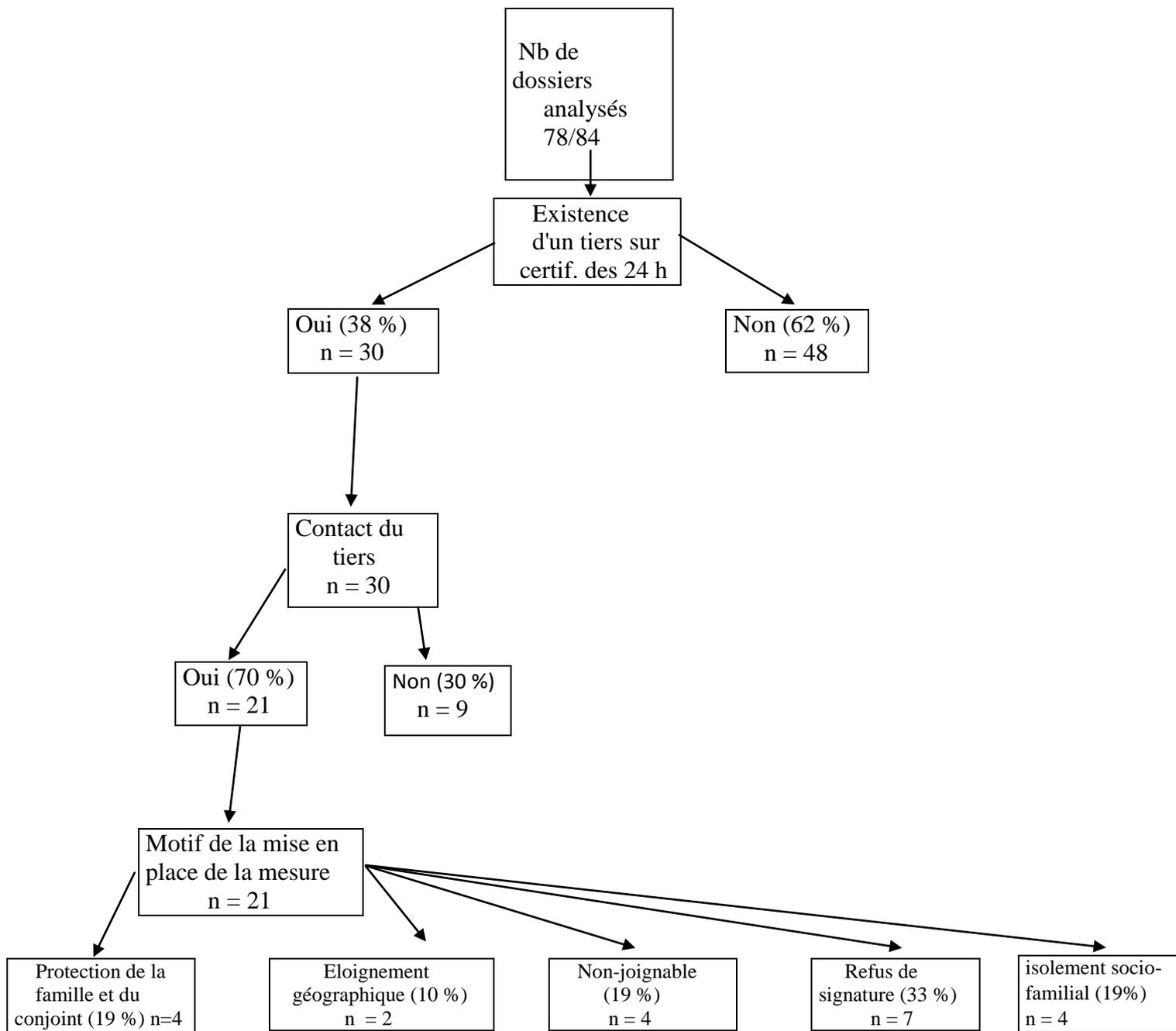


Tableau récapitulatif de l'étude

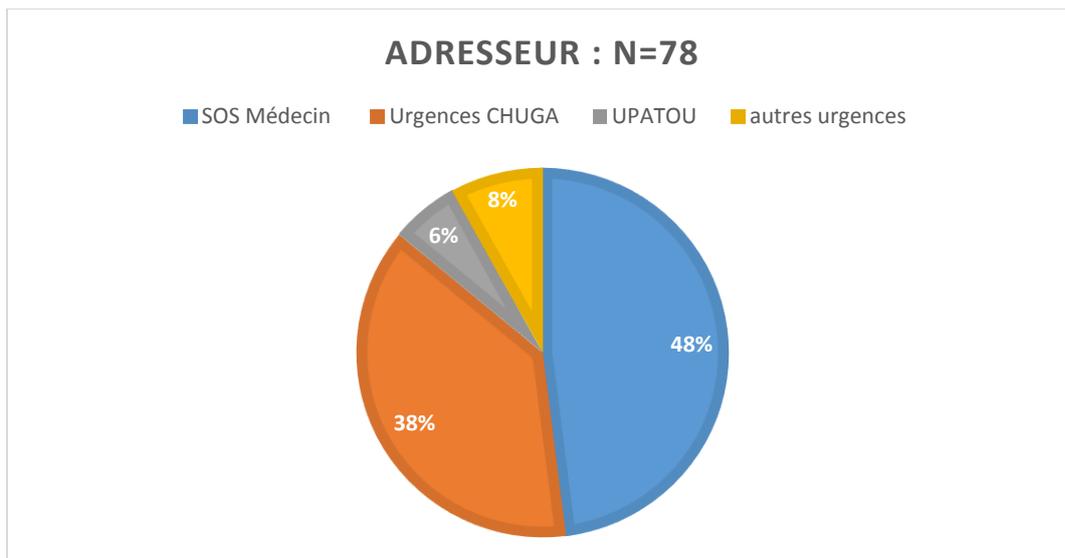


## Objectifs secondaires

### *Provenance :*

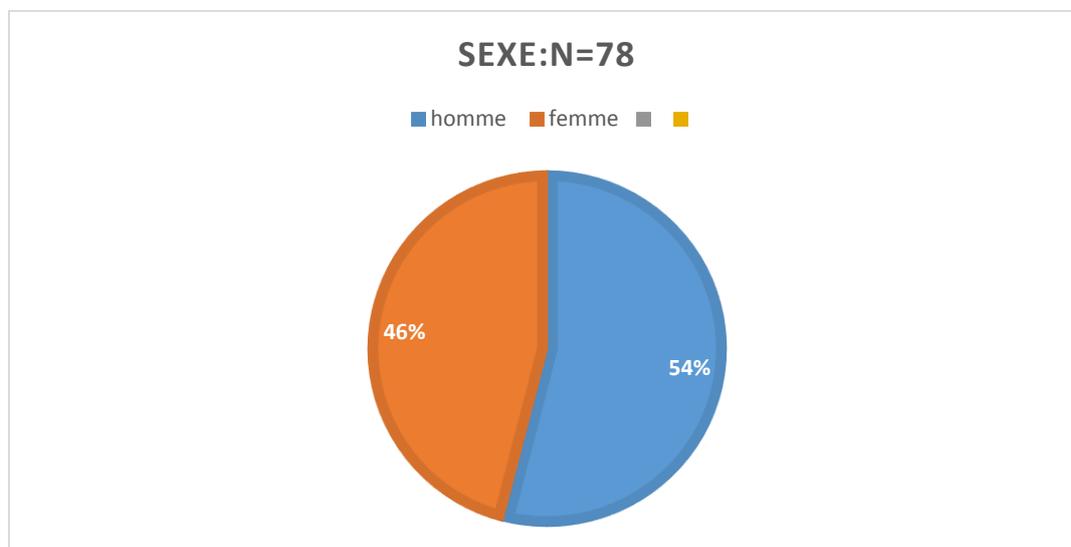
Les patients étaient adressés par SOS médecin dans 48 % des cas (n= 38) (que ce soit à partir de leur domicile ou d'une institution hospitalière), ou par le service des urgences du CHU de Grenoble dans 38 % des cas (n= 28), par les urgences du CH de Voiron (UPATOU) dans 6% des cas (n= 5) et en provenance des urgences d'un autre CH dans 8 % des cas (n= 7). (cf. diagramme 7)

**Diagramme 7 :**



Dans la population d'étude, nous retrouvons 54 % d'hommes (n= 42) et 46 % de femmes (n = 36) (cf. diagramme 8)

**Diagramme 8**

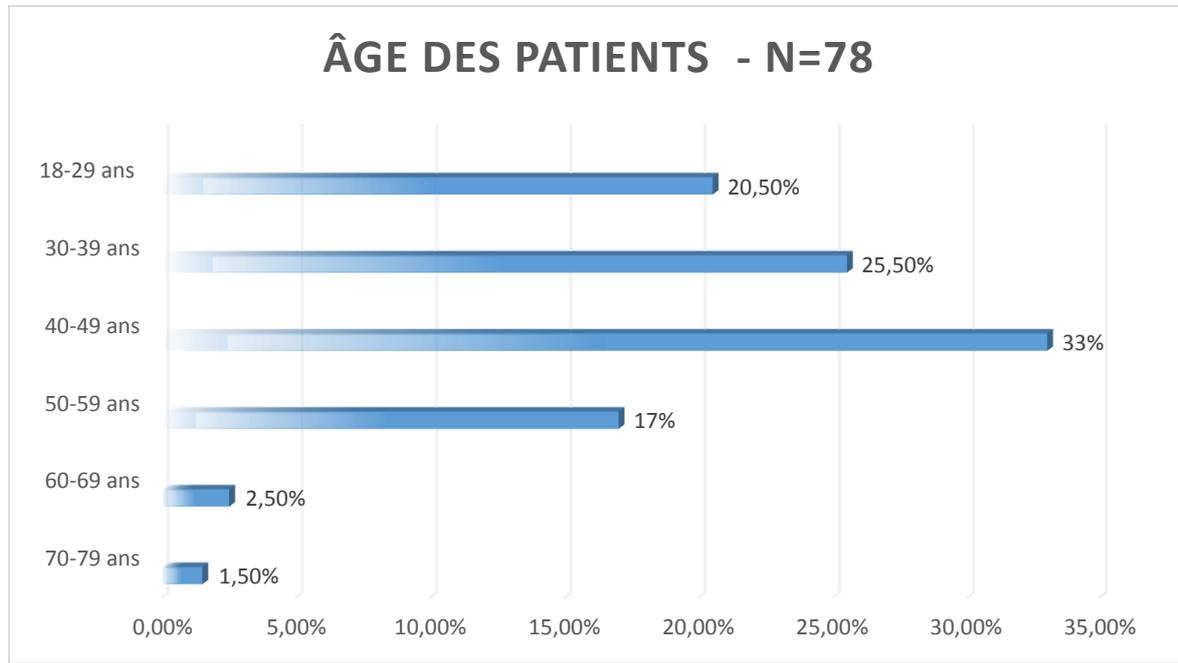


### *Âge des patients*

Parmi les patients,

- 20.5% (n=16) ont entre 18 et 29 ans ;
- 25.5 % (n = 20) entre 30 et 39 ans ;
- 33% (n = 26) entre 40 et 49 ans ;
- 17 % (n = 13) entre 50 et 59 ans
- 2,5 % (n = 2) entre 60 et 69 ans
- et 1.5 % (n = 1) entre 70 et 79 (cf. tableau 3)

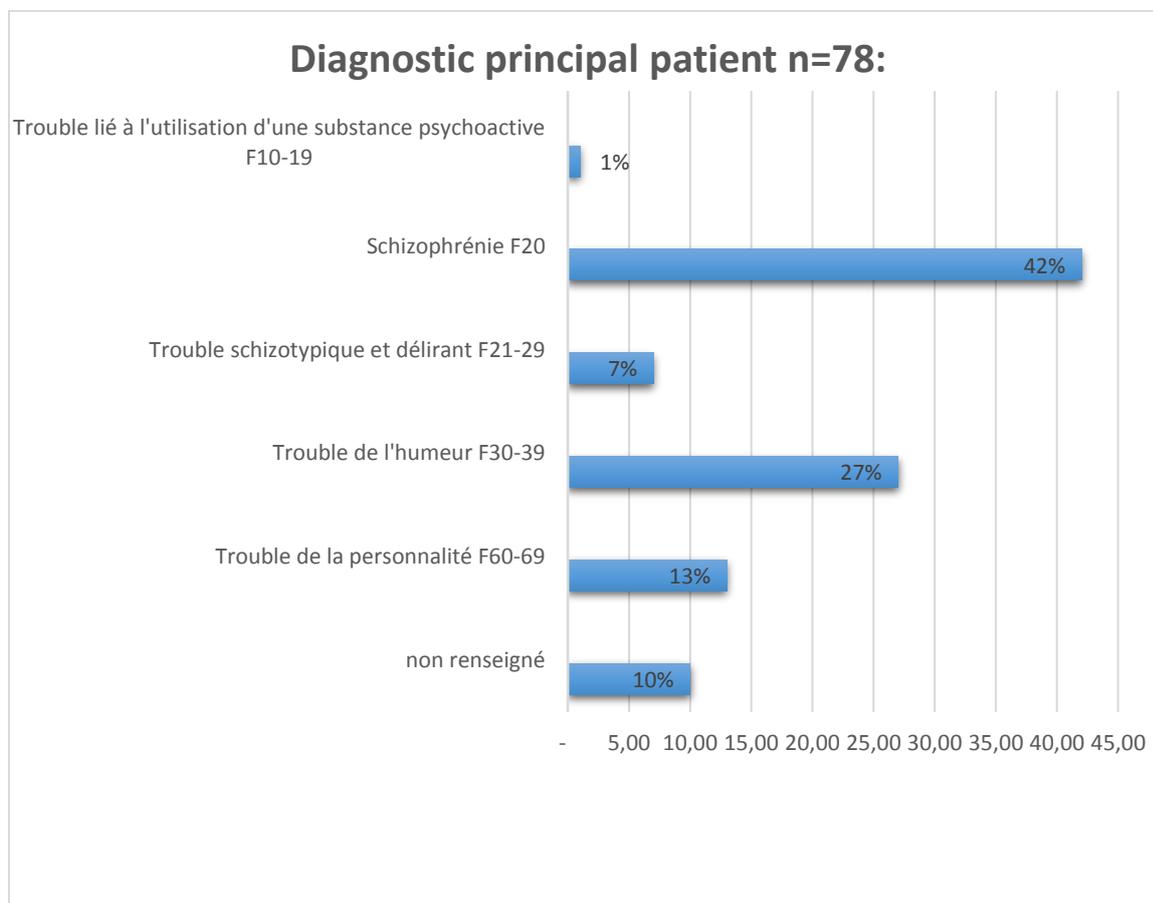
**Tableau 3 :**



### *Diagnostic principal patient*

Le diagnostic principal des patients a été étudié en utilisant les grandes catégories de la CIM 10 et extrait des dossiers Crossway informatisés. Nous retrouvons dans notre étude, par ordre croissant, 1,5 % de patients (n= 1) présentant un trouble lié à l'utilisation d'une substance psychoactive, 7% (n= 5) présentant un trouble schizotypique ou délirant, 10% (n= 8) pour lesquels le diagnostic n'était pas renseigné, 13% (n= 10) présentant un trouble de la personnalité, 27% (n= 21) un trouble de l'humeur, et 42% (n= 33) une schizophrénie. (cf. tableau 4)

**Tableau 4**



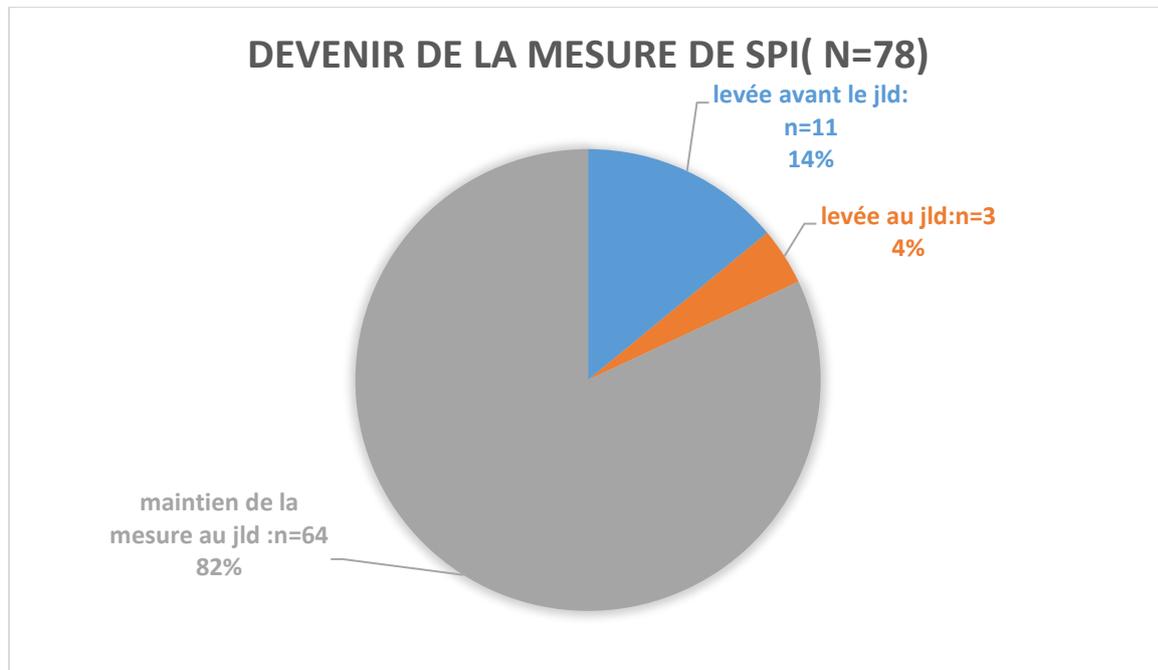
#### Devenir de la mesure de SPI

Dans 82 % des cas (n= 64), les mesures de SPI ont été maintenues par le JLD. Dans 14 % des cas (n= 11), la mesure a été levée avant le passage devant le JLD par un médecin psychiatre et dans 4 % des cas (n= 3), la mesure a été levée par décision du JLD. Ces résultats sont comparables, que la mesure soit conforme ou non sur le plan de la certification. On note que les 3 mesures de SPI levées par le JLD l'ont été pour vice de forme.

Ainsi, parmi les 9 cas de procédure de SPI non conformes, nous notons une seule mainlevée par le JLD pour « absence de justification de la tentative de contact de la famille ».

Parmi les 69 cas de procédure de SPI conforme, nous observons 2 levées par le JLD pour le même motif, sur la forme (cf. diagramme 8).

**Diagramme 8**



## **DISCUSSION**

**En ce qui concerne le critère de jugement principal, la conformité de la mesure :**

Notre étude a été réalisée sur une fenêtre temporelle précise et continue, du 1<sup>er</sup> mars au 31 juillet 2017, dans un souci de cohérence et d'apport informationnel sur une mesure dont l'application connaît un essor indéniable. Elle présente toutefois certaines limites méthodologiques inhérentes à notre objectif. Il s'agit en effet d'une étude mono-centrique dont les résultats obtenus ne peuvent être généralisés à l'ensemble des départements français. Par ailleurs, l'échantillon est de taille limitée, ce qui diminue la puissance statistique de l'étude.

*Dans les certificats médicaux initiaux :*

Nous constatons qu'ils sont peu circonstanciés. Seuls 6,5 % d'entre eux stipulent qu'il n'existait pas de tiers et 6 % justifient le péril imminent. Ce chiffre est en accord avec ceux d'une autre étude lyonnaise réalisée au CH du Vinatier en 2014 [41] qui constatait que 78 % des certificats médicaux initiaux de SPI n'étaient pas circonstanciés concernant l'absence de tiers. Nous pouvons expliquer cela par le fait que, lors de la mise en place de SPI, la recherche de tiers n'est pas systématiquement entreprise par les médecins urgentistes ou généralistes. Elle incombe dans ce cas au directeur de l'hôpital spécialisé qui a 24 h pour effectuer les démarches, ce qui est alors notifié dans le certificat médical des 24h [3, 26,34]. Dans la plupart des cas toutefois, on observe que les médecins adresseurs sont des médecins des urgences ou des généralistes de SOS médecin, exerçant en dehors de l'établissement psychiatrique d'accueil du patient ou au sein même de l'établissement dans le cadre d'un déclenchement de procédure de SPI.

Cette étude soulève la question, selon laquelle les SPI constitueraient une simplification de la procédure d'admission en soins psychiatriques dans un contexte d'urgence. Le recours à cette modalité de soins serait alors justifié par la difficulté d'attendre le résultat de la recherche d'un tiers aux urgences ou le consentement de la personne pour des patients "en crise" et apparaîtrait comme une « solution de facilité » [41].

En ce qui concerne la mention de « péril imminent », cette dernière est notifiée et explicitée dans seulement 6% des certificats médicaux initiaux. Ce problème ressort des études parues à ce sujet dans la littérature scientifique [22,26]. La définition même du péril imminent, à savoir l' "immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient", laisse une grande liberté d'interprétation de cette notion. Certains auteurs [26] évoquent un certain flou terminologique qui entoure l'hospitalisation pour PI et posent la question : pourquoi ne pas l'avoir appelé "hospitalisation en cas d'absence de tiers" ? Cela aurait évité les questionnements sur les différences entre péril imminent et procédure d'urgence et aurait permis de formaliser les règles d'une hospitalisation sans tiers de manière plus claire.

### *Sur le certificat des 24 h :*

Notre étude constate que, dans 38 % des SPI, il existait un tiers et que la recherche n'a pas abouti dans 62 % des cas. Ce chiffre important est à relativiser en fonction de nos critères de sélection et de définition de l'objectif principal. En effet un biais de sélection peut être évoqué car nous avons considéré la formulation "type" souvent retrouvée dans le certificat des 24h « les démarches entreprises pour rechercher un tiers n'ont pas abouti », comme attestant de l'absence de tiers. En conséquence, nos résultats concernant l'absence de tiers (62 %) peuvent être légèrement surévalués, ce qui, de ce fait, impacte l'évaluation de la conformité de la mesure et le caractère "extrapolable" des résultats. Nous nous sommes limités à étudier la conformité de la mesure sur la base du seul certificat des 24 h, les certificats initiaux étant peu circonstanciés.

Dans le cas où il existe un tiers, tel que notifié dans le certificat des 24h, on remarque que dans 70 % des cas (n= 21), il est fait mention d'un contact avec ce dernier, mais que dans 30 % des cas (n= 9) cette mention est absente. Il est à noter que si le tiers contacté se prononce en faveur de l'hospitalisation, sa présence et son accord ne permettent pas de changer la mesure pour une SDT, pour des raisons administratives [22].

En ce qui concerne les motifs de mise en place de la SPI quand le tiers est contacté, il s'agit, soit de protéger la famille, soit d'un refus de signature, d'une situation d'isolement, d'un fort éloignement géographique ou d'un tiers injoignable. Nous sommes régulièrement confrontés à un refus de signature du tiers en cas de conjugopathie ainsi que dans les situations de décompensation d'un trouble psychiatrique avec persécuteur désigné. Il s'agit dans ce cas de protéger le conjoint ou l'entourage familial proche. La mise en place d'une SPI se justifie par la présence d'éléments de persécution ou de violence que peut présenter le patient envers le tiers, ou par la présence de conflits importants, qui amène le médecin à juger que la demande du tiers peut l'exposer à préjudice.

La notion d'isolement socio-familial apparaissant dans certains certificats ne permet pas réellement de justifier qu'une tentative de contact d'un tiers a été effectuée et constitue également un biais.

Dans certaines situations, le tiers n'est pas en mesure de signer en raison de l'éloignement géographique, contraignant alors le médecin à mettre en place une SPI. Le risque serait le désengagement des familles [41], car le psychiatre, dans une volonté de protection, de compréhension des difficultés du tiers potentiel, prend seul la décision d'hospitalisation. L'effacement d'un tiers n'est pas souhaitable car c'est souvent l'échange avec ce dernier qui permet d'obtenir des informations essentielles sur la situation et limite ainsi le risque d'erreur médicale. Sur 122 admissions en SPI étudiées en 2013 au sein du centre hospitalier du Vinatier [41], il est rapporté que dans 44% des cas, un tiers était en capacité de faire une demande d'hospitalisation mais n'avait pas été sollicité.

Dans d'autres situations, une mesure de SPI est mise en place alors qu'un tiers est présent au moment de l'admission mais refuse de signer une demande d'hospitalisation sous contrainte. Cela fait écho à la position de certaines associations de familles qui souhaitent que leur demande soit une demande de soin, et non une demande d'admission en hospitalisation. Suite à cette demande, le médecin serait responsable du choix thérapeutique, parmi lequel figure la possibilité d'une hospitalisation [34].

En ce qui concerne la conformité de la mesure, calculée sur la base du certificat médical des 24h, nos résultats montrent que dans 88 % des cas, la mesure de SPI est conforme sur le plan de la certification. Ce résultat est élevé et peut s'expliquer par la définition du critère de conformité et l'imprécision des mentions de recherche de tiers dans les certificats médicaux étudiés. Ces derniers nous ont conduits à conclure à l'absence de tiers lorsque la mention " les démarches entreprises par l'institution pour rechercher un tiers n'ont pas abouti" y figure.

Dans le cadre de notre étude cette mention dispense de toute autre justification et rend la procédure conforme sans nécessité de justifier davantage la présence, l'absence, le contact et le motif de non-mobilisation.

#### **En ce qui concerne les critères de jugement secondaires :**

Les diagnostics principaux retrouvés dans les dossiers patients apparaissent conformes aux données nationales [22] malgré un échantillon de taille réduite.

Les patients sont majoritairement adressés par les services d'urgence, parfois par le biais de SOS médecin, intervenant également au sein même de l'institution. Ces données sont conformes aux données nationales [41,43], ce qui confirmerait l'hypothèse selon laquelle la mesure de SPI est utilisée pour faciliter le circuit d'admission en psychiatrie dans un contexte d'urgence. On peut s'interroger sur cet engouement. Une étude qualitative menée sur le CH du Vinatier [22] relève un fort désintérêt des médecins urgentistes pour cette question de la modalité d'admission mise en place.

En ce qui concerne le devenir de la mesure, l'étude présente certaines limites. En effet, elle étudie le déroulement de la procédure de SPI seulement jusqu'à son examen par le JLD au 12ème jour. En réalité, les mesures de SPI durent beaucoup plus longtemps. Certaines études [42] ont étudié la durée moyenne de séjour (DMS) des patients hospitalisés en SPI ainsi que la poursuite des soins consécutive au passage devant le JLD, laquelle aboutit parfois à la mise en place d'un programme de soins ambulatoires. Il a été relevé que la DMS des patients en SPI est de 29 jours et note que dans 50 % des cas, les patients en SPI sont hospitalisés au moins 15 jours.

La plupart des patients passent devant le JLD. Nous constatons très peu de levées de la mesure par le JLD, que la mesure soit conforme ou non.

Nous observons également un certain nombre de levées de la mesure avant l'intervention du JLD par des médecins psychiatres. Il s'agissait dans ces cas, de situations clinique ne relevant plus d'une mesure d'hospitalisation sous contrainte. Les patients se trouvaient, au moment du déclenchement de la procédure de SPI, soit alcoolisés, soit sous l'emprise de substances toxiques et avaient présenté des symptômes de décompensations psychiques résolutifs après une période d'observation en hospitalisation complète.

En cas de levée de la mesure lors de l'audience du JLD, nous remarquons un très faible nombre de levées de SPI sur le fond, indépendamment du fait que la mesure soit conforme ou non. En revanche, on observe plusieurs levées sur la forme alors que la procédure était conforme d'un point de vue de la certification et une alors qu'elle était non conforme. Il ne semble pas exister de jurisprudence claire concernant les mesures de SPI non conformes ou non justifiées. L'attitude des JLD n'est pas systématique, la plupart d'entre eux semblent se référer à la description clinique de l'état psychique du patient (le fond) et privilégient une attitude sécuritaire, ne retenant pas de problème de forme et autorisant la poursuite des soins sous contrainte, ce qui est corroboré par les données de la littérature scientifique [22,41]

Une étude de plus grande ampleur réalisée en 2016 par P. Aussedat au CHS de la Savoie met en évidence des résultats légèrement contradictoires [42]. Sur les 2081 audiences systématiques réalisées au CHS de Bassens chez les patients admis en soins sans consentement (SDT, SPI et SDRE), 79 mainlevées (3,8%) ont été recensées. Dans 47 cas (59,5%), la levée reposait sur une remise en cause de la justification clinique des soins sans consentement ; dans 20 cas (25,3%), elle était liée à un problème de forme ; et dans 12 situations (15,2%), les deux motifs étaient impliqués.

## **CONCLUSION**

En conclusion, et en dépit de certains biais opératoires, notamment dans l'élaboration de nos critères de sélection (biais de sélection, de classement) et un échantillon de taille limitée, les résultats obtenus lors de notre étude au Centre Hospitalier Alpes Isère corroborent ceux de la littérature scientifique sur le sujet avec une légère tendance à la surévaluation de la conformité de la mesure. Malgré une faible justification de la mise en place du péril imminent dans les certificats médicaux initiaux et des certificats médicaux des 24 h peu circonstanciés concernant la recherche et le contact de tiers le recours fréquent à cette mesure apparaît peu sanctionné par le JLD. Il semble que les juges se réfèrent dans la plupart des cas à la description clinique de l'état psychique du patient

De nombreuses pistes d'amélioration destinées à limiter l'utilisation des mesures de SPI ont été formulées. Parmi elles, on peut proposer :

- d'impliquer et de sensibiliser les médecins urgentistes à l'évaluation des hospitalisations sous contrainte et aux enjeux des SPI. [22]
- une autre proposition serait que la mesure de SPI requière la réalisation de deux certificats initiaux. Ainsi, la décision d'utilisation des SPI serait davantage orientée sur l'impossibilité de trouver un tiers demandeur, que sur le choix de l'économie de temps [22].
- enfin, secondairement à l'admission, il serait intéressant de pouvoir, par une procédure simplifiée, modifier la mesure de SPI au profit d'une mesure de SDTU au terme de la période d'observation de 72 heures, si un tiers a pu être contacté et soutient la demande d'hospitalisation [34] ;
- Une étude conduite en 2014 [41] avait suggéré la mise en place d'une fiche de traçabilité de la recherche d'un tiers (cf. document en annexe)

## PRISE DE RESPONSABILITE DE LA THESE

Je soussigné, professeur de la Faculté de Médecine de GRENOBLE, déclare avoir lu la thèse de :

**Mr Grégoire BERTHOLIER**

Intitulé de la thèse :

**L'hospitalisation en soins psychiatriques en cas de péril imminent : SPI  
une mesure hors du cadre "exceptionnel" pensé par la loi**

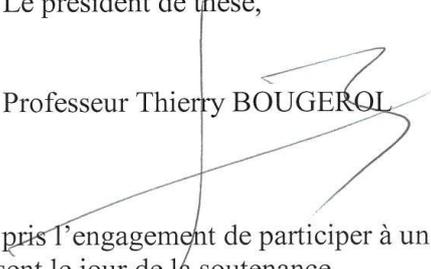
Evaluation rétrospective de la conformité de la mesure avec le cadre prévu par la loi au Centre Hospitalier Alpes-Isère

Et en prendre la responsabilité.

Grenoble, le 05/04/2019

Le président de thèse,

Professeur Thierry BOUGEROL



**Attention** : tout professeur ou docteur ayant pris l'engagement de participer à un jury de thèse devra obligatoirement être présent le jour de la soutenance.

**THÈSE SOUTENUE PAR** : Grégoire BERTHOLIER

**TITRE : L'HOSPITALISATION EN SOINS PSYCHIATRIQUES EN CAS DE PÉRIL IMMINENT : SPI  
UNE MESURE HORS DU CADRE "EXCEPTIONNEL" PENSÉ PAR LA LOI  
ÉVALUATION RÉTROSPECTIVE DE LA CONFORMITÉ DE LA MESURE AVEC LE CADRE PRÉVU PAR  
LA LOI AU CENTRE HOSPITALIER ALPES ISÈRE**

**RESUMÉ**

La législation française relative aux soins sans consentement a été transformée par la loi du 5 juillet 2011. Cette dernière donne la possibilité d'hospitaliser sans consentement, sans tiers et avec un seul certificat médical, introduisant la mesure de soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPI). Cette procédure a connu un essor dépassant la mesure d'exception prévue par la loi. L'objectif principal de ce travail est d'étudier la conformité de la mesure de SPI avec le texte de la loi de 2011, à travers une étude effectuée au Centre Hospitalier Alpes Isère (CHAI).

Nous avons mené une étude descriptive, rétrospective, mono-centrique sur l'ensemble des patients hospitalisés en SPI entre le 1er mars 2017 et le 31 juillet 2017, au CHAI, en hospitalisation complète, excluant les patients réintégrés dans le cadre d'un programme de soins.

L'étude a porté sur la conformité de la mesure au regard de la mention de "péril imminent" et la traçabilité de la recherche de tiers (sa présence, son absence et/ou sa non-mobilisabilité) dans les certificats médicaux initiaux et les certificats des 24 heures.

78 dossiers ont été analysés. En ce qui concerne l'objectif principal, la procédure de mise en place de SPI est conforme dans 88 % des cas (n = 69), un tiers étant absent (n = 48) ou non mobilisable (n = 21). Dans 12 % des cas (n = 9), la procédure est non conforme, un tiers étant disponible mais n'ayant pas été contacté. Concernant les objectifs secondaires, 82 % des mesures de SPI (n = 64) ont été maintenues par le juge des libertés et de la détention (JLD), que la mesure soit conforme ou non et seulement 4 % (n = 3) ont été levées par le JLD, sur la forme et non sur le fond.

## CONCLUSION :

En conclusion, et en dépit de certains biais opératoires, notamment dans l'élaboration de nos critères de sélection (biais de sélection, de classement) et un échantillon de taille limitée, les résultats obtenus lors de notre étude au Centre Hospitalier Alpes Isère corroborent ceux de la littérature scientifique sur le sujet, avec une légère tendance à la surévaluation de la conformité de la mesure. Malgré la faible justification de la mise en place du péril imminent dans les certificats médicaux initiaux, la présence d'un tiers dans 38 % des cas, le recours fréquent à cette mesure apparaît peu sanctionné par le JLD, que la mesure soit conforme ou non, les juges semblent se référer à la description clinique de l'état psychique du patient. L'hospitalisation en SPI apparaît comme une procédure de moins en moins exceptionnelle.

De nombreuses pistes d'amélioration destinées à limiter l'utilisation des mesures de SPI ont été formulées. Parmi elles, on peut proposer :

- d'impliquer et de sensibiliser les médecins urgentistes à l'évaluation des hospitalisations sous contrainte et aux enjeux des SPI avec mise en place d'une fiche de traçabilité de la recherche d'un tiers.
- une autre proposition serait que la mesure de SPI requière la réalisation de deux certificats initiaux. Ainsi, la décision d'utilisation des SPI serait davantage orientée sur l'impossibilité de trouver un tiers demandeur, que sur le choix de l'économie de temps.
- enfin, secondairement à l'admission, il serait intéressant de pouvoir, par une procédure simplifiée, modifier la mesure de SPI au profit d'une mesure de SDTU au terme de la période d'observation de 72 heures, si un tiers a pu être contacté et soutient la demande d'hospitalisation.

**Mots clés** Hospitalisation sous contrainte / péril imminent / tiers / loi du 5 juillet 2011

VU ET PERMIS D'IMPRIMER  
Grenoble, le :

LE DOYEN  
DE L'UFR DE MÉDECINE

Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE  
JURY DE MÉDECINE

Pr. Thierry BOUGEROL



## **BIBLIOGRAPHIE**

[1] 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.

[2] 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.

[3] Mondoloni A, et al. Le péril imminent dans la loi du 5 juillet 2011 : quelles implications sur les soins ? Encéphale 2014 <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2014.01.001>

[4] Braitman A, Dauriac-Le Masson V, Beghelli F, et al. La décision d'hospitalisation sans consentement aux urgences : approche dimensionnelle ou catégorielle ? Encéphale 2013 [sous presse — disponible en ligne depuis le 6 août 2013].

[5] C. Jonas : Soins sans consentement prévus par la loi du 5 juillet 2011. EMC Psychiatrie, 2013, [37-901-A-15]

[6] UNAFAM. Le soin psychiatrique. Positions et demandes des familles. [http://www.unafam38.org/Doc-a-telecharger/Rapport\\_SOiNS.pdf](http://www.unafam38.org/Doc-a-telecharger/Rapport_SOiNS.pdf)

[7] Direction des affaires juridiques, Assistance publique-hôpitaux de Paris. Admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent ou la procédure sans demande de tiers [http://portail-web.aphp.fr/affairesjuridiques/IMG/pdf/Admission\\_soins\\_psy\\_en\\_cas\\_de\\_PI](http://portail-web.aphp.fr/affairesjuridiques/IMG/pdf/Admission_soins_psy_en_cas_de_PI).

[8] Direction des affaires juridiques, Assistance publique-hôpitaux de Paris. Le mémento de l'administrateur de garde. <http://affairesjuridiques.aphp.fr/>

[9] Syndicat des psychiatres d'exercice public (SPEP). Dossier de la Conférence de Presse. <http://www.spep.fr/textes/dospres90.pdf>

[10] Boillet D, Welniarz B. La loi du 5 juillet 2011 : une loi de défiance à l'égard des malades et de leurs médecins. Perspectives Psy. 2011; 50 (3) : p. 207–209.

[11] FNAPSY – Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie.

[12] FNAPSY. Le nouveau régime des soins sous contrainte (loi du 5 juillet 2011). Droit, déontologie et soin 2011 ; 11(4) : 438-502

[13] Hémerly Y. Une loi fâcheuse. L'information psychiatrique 2011 ; 87 (6) : p. 451-454.

- [14] Lachaux B. La loi du 05 juillet 2011 ou la défense du sujet passant de la médecine au droit. PSN. 2011 ; 9 (4) : p. 177-180.
- [15] Naudin J, Lancon C, Bouloudnine S. Soins sans consentement : trois mots, trois problèmes. Santé Mentale 2011 ; (161) : p. 25-30.
- [16] Pénochet J.-C. Du point de vue des syndicats. Journal Français de Psychiatrie
- [17] Rhenter P. La réforme des hospitalisations psychiatriques sans consentement : un éclairage historique. Journal français de psychiatrie 2013 ; 38 (3) : p. 12-15.
- [18] Rome I. Pour un juge garant de la liberté individuelle de chaque patient. L'information psychiatrique 2011 ; 87(10) : 757-762.
- [19] Union syndicale de la psychiatrie. Communiqué de l'Intersyndicale des Praticiens Hospitaliers du 6 mai 2010 sur la psychiatrie.
- [20] Robiliard D. Rapport n°1284 du 17 juillet 2013, fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi relative aux soins sans consentement en psychiatrie
- [21] Le site santé du Ministère des Affaires sociales et de la Santé Santé.gouv.fr. Santé gouv. « Innovation légale : la contrainte sans tiers » : Bilan après 3 mois d'application. [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/CDSP\\_president\\_Nord.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/CDSP_president_Nord.pdf)
- [22] Kliffa M. L'admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent : reflet de l'évolution des places du tiers et du psychiatre dans la décision de soin sans consentement. Lyon : Doctorat en médecine ; 2014
- [23] Bernardet P. Contribution à l'étude de l'évolution de l'hospitalisation psychiatrique en France de 1838 à nos jours. [http://www.groupeinfoasiles.org/allfiles/theses-etudes-doctrine/Contribution\\_etude\\_evolution\\_HO.pdf](http://www.groupeinfoasiles.org/allfiles/theses-etudes-doctrine/Contribution_etude_evolution_HO.pdf)
- [24] Menu A, Meyer P. Paradoxes et contradictions de la nouvelle loi. Pluriels 2013 ; (99-100)
- [25] Vacheron MN. Quel impact du dispositif du 5 juillet 2011 sur les soins deux ans après ? Encéphale 2014
- [26] Cambier G, Bougerol T, Micheletti P. Enquête qualitative sur la loi du 5 juillet 2011 en psychiatrie. Santé Publique 2013 ; 25 (6) : p. 793-802.
- [27] Les sept risques des Urgences. In : Sassolas M. L'éloge du risque dans le soin psychiatrique. Ramonville-Saint-Agne : rés ; 2006. p. 127-134.
- [28] Danet F. La médecine d'urgence. Du sale boulot à l'expansion sans limite. Les cahiers internationaux de psy sociale 2008 ; 78 (2) : p. 67-78

[29] Projet de loi n° 2494 du 5 mai 2010 relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

[30] Lettre rectificative n°3116 du 26 janvier 2011 au projet de loi (n°2494) relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

[31] Lecerf J.-R. Avis n° 477 du 27 avril 2011 présenté au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale sur le projet de loi, adopté par l'assemblée nationale, relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

[32] Lefrand G. Rapport 3189 du 2 mars 2011 fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

[33] Lorrain J.-L. Rapport n° 589 du 8 juin 2011 fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi, adopté avec modifications par l'assemblée nationale en deuxième lecture, relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

34] Salah H.M., Nicolaieff G., Abgrall-Barbry G. Maniement des actes médicolégaux et médicosociaux en psychiatrie. AKOS (Traité de Médecine) 2013, [7-0143]

35] UNAFAM. Le Livre Blanc des partenaires de Santé Mentale France, associations d'usagers de la psychiatrie, de soignant et de responsables du social dans la cité. Proposition faites lors des réunions de juin 2001. <http://www.unafam.org/IMG/pdf/LivreBlancSanteMentale.pdf>

[36] Devers G, Le Droit, pour risquer la liberté. In : Sassolas M. L'éloge du risque dans le soin psychiatrique. Ramonville-Saint-Agne : rès ; 2006. p. 34–40.

[37] Odier B. Réforme de la loi de 1990 : réunion des fédérations hospitalières et des conférences de présidents de CME. Ministère, 20 avril 2010. L'information psychiatrique 2010 ; 86 (6) : p. 475-476.

[38] Berthon G. Le paradoxe du respect du consentement dans les soins sous contrainte : entre norme juridique et éthique psychiatrique. L'information psychiatrique 2011 ; 87 (6) : p. 459–465

[39] Haute Autorité de Santé. Recommandations pour la pratique clinique. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. 2005.

[40] La réforme de la loi relative aux soins psychiatriques sur le site [sante.gouv.fr](http://sante.gouv.fr) : textes législatifs et juridiques et foire aux questions de janvier 2013.

[41] Gobillot C, Claudel H. Admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI) : une solution de facilité ? Étude descriptive rétrospective réalisée aux urgences du Centre hospitalier Le Vinatier. *L'information psychiatrique*, 2015, 91 : 339-347

[42] Aussedat P. Le processus d'initiation des soins psychiatriques sans consentement en Savoie : description épidémiologique et analyse des décisions de mainlevées du juge des libertés et de la détention lors du contrôle systématique au douzième jour. Th Méd, Grenoble, 2017

[43] 2015 IRDES : les soins sans consentement en psychiatrie ; bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011

## **ANNEXES**

Tableau 2: Extrait de Questions d'économie de la santé n° 222 intitulé :  
" Evolution du nombre de personnes prises en charge sans consentement, par mode légal,  
entre 2012 et 2015 ", Irdes, 2017.

<b>Département</b>	<b>DPT</b>	<b>Part (%)</b>
Ain	1	19 %
Aisne	2	32 %
Allier	3	4 %
Alpes-de-Haute-Provence	4	27 %
Hautes-Alpes	5	40 %
Alpes-Maritimes	6	6 %
Ardèche	7	50 %
Ardennes	8	40 %
Ariège	9	50 %
Aube	10	19 %
Aude	11	0 %
Aveyron	12	37 %
Bouches-du-Rhône	13	26 %
Calvados	14	10 %
Cantal	15	17 %
Charente	16	27 %
Charente-Maritime	17	10 %
Cher	18	0 %
Corrèze	19	15 %
Côte-d'Or	21	23 %
Côtes-d'Armor	22	13 %
Creuse	23	48 %
Dordogne	24	17 %
Doubs	25	18 %
Drôme	26	41 %
Eure	27	45 %
Eure-et-Loir	28	11 %
Finistère	29	14 %
Corse-du-Sud	2A	2 %

Haute-Corse	28	5 %
Gard	30	13 %
Haute-Garonne	31	12 %
Gers	32	33 %
Gironde	33	6 %
Hérault	34	21 %
Ille-et-Vilaine	35	25 %
Indre	36	9 %
Indre-et-Loire	37	15 %
Isère	38	19 %
Jura	39	30 %
Landes	40	9 %
Loir-et-Cher	41	15 %
Loire	42	8 %
Haute-Loire	43	29 %
Loire-Atlantique	44	18 %
Loiret	45	20 %
Lot	46	47 %
Lot-et-Garonne	47	31 %
Lozère	48	30 %
Maine-et-Loire	49	25 %
Manche	50	28 %
Marne	51	13 %
Haute-Marne	52	10 %
Mayenne	53	16 %
Meurthe-et-Moselle	54	23 %
Meuse	55	8 %
Morbihan	56	14 %
Moselle	57	29 %
Nièvre	58	0 %
Nord	59	17 %
Oise	60	18 %
Orne	61	0 %
Pas-de-Calais	62	23 %
Puy-de-Dôme	63	25 %
Pyrénées-Atlantiques	64	12 %
Hautes-Pyrénées	65	40 %
Pyrénées-Orientales	66	31 %
Bas-Rhin	67	41 %

Haut-Rhin	68	18 %
Rhône	69	25 %
Haute-Saône	70	30 %
Saône-et-Loire	71	9 %
Sarthe	72	0 %
Savoie	73	43 %
Haute-Savoie	74	26 %
Paris	75	25 %
Seine-Maritime	76	20 %
Seine-et-Marne	77	6 %
Yvelines	78	9 %
Deux-Sèvres	79	3 %
Somme	80	14 %
Tarn	81	18 %
Tarn-et-Garonne	82	6 %
Var	83	11 %
Vaucluse	84	38 %
Vendée	85	26 %
Vienne	86	31 %
Haute-Vienne	87	16 %
Vosges	88	39 %
Yonne	89	34 %
Essonne	91	24 %
Territoire de Belfort	90	-
Hauts-de-Seine	92	24 %
Seine-Saint-Denis	93	33 %
Val-de-Marne	94	28 %
Val-d'Oise	95	21 %
Guadeloupe	971	5 %
Martinique	972	1 %
Guyane	973	19 %
Réunion	974	2 %

---

Source : Rimp-P, Insee.

Annexe 3 : exemple de formulaire de traçabilité

SPDT PERIL IMMINENT			
(Article 2212-1-II-2du code de la santé publique)			
<b>Fiche de traçabilité de la recherche de tiers</b>			
<b>Document à joindre impérativement au certificat initial d'admission</b>			
Date d'arrivée aux urgences :		Heure d'arrivée :	
Date de la mesure :		Heure de début de mesure :	
<b>IDENTITE DU PATIENT :</b>			
Nom d'usage :		Nom de naissance :	
Prénom :			
Date de naissance :			
Situation de famille :			
Adresse :			
Code Postal :		Ville :	
Téléphone :		Mail :	
<b>PERSONNE ACCOMPAGNANT LE PATIENT AUX URGENCES :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si oui, identité de la personne accompagnant :			
Nom d'usage :			
Prénom :			
Date de naissance :			
Situation de famille :			
Adresse :			
Code Postal :		Ville :	
Téléphone :		Mail :	
Le patient a-t-il de la famille ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si oui, coordonnées :			
Nom :			
Prénom :			
Date de naissance :			
Situation de famille :			
Adresse :			
Code Postal :		Ville :	
Téléphone :		Mail :	
<b>Identité</b>	<b>Lien</b>	<b>Téléphone</b>	<b>Résultat</b>
Le patient est-il sous mesure de protection : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si oui, laquelle :			
coordonnées :			
Nom :			
Prénom :			
Date de naissance :			
Situation de famille :			
Adresse :			
Code Postal :		Ville :	
Téléphone :		Mail :	
Recherches effectuées par :		NCM :	Fonction :
Fait à		le	