

Chap. 23. Psychiatrie

2001 - 2002 Minimum vital - Les enseignants du groupe Pitié-Salpêtrière

Pour tout renseignement complémentaire, veuillez contacter :

Monsieur **ALLILAIRE Jean-François**

Service de Psychiatrie de l'Adulte

Bâtiment Philippe Chaslin

LA SALPETRIERE

Tél. 01 42 16 12 30

Fax. 01 42 16 12 36

23.1 L'examen psychiatrique

Basé sur l'entretien clinique, c'est à dire la mise en place d'une relation subjective visant à recueillir des données objectives d'observation, à apprécier le degré d'urgence, et à initier une prise en charge.

Difficile à réaliser car le praticien doit transcrire les données d'un entretien en une analyse sémiologique précise aboutissant à une décision thérapeutique. Les plaintes du sujet doivent être cernées pour permettre d'évaluer leur retentissement sur la vie sociale, professionnelle et familiale. Leurs caractères souvent lassant et répétitif ne doit pas aboutir à un rejet de la part du praticien ni à une prescription chimiothérapique hâtive.

L'analyse sémiologique tient compte de la présentation (tenue, attitude générale, comportement verbal), de l'activité psychique de base (conscience, fonctions intellectuelles, perceptions, affectivité, comportement psychomoteur).

Peut être complété par des tests psychologiques d'efficiences et/ou de personnalité ainsi que par des échelles d'évaluation quantitatives de symptômes (entretiens semi-structurés).

Un examen somatique complet sera fait à la recherche de facteurs étiologiques ou de comorbidités somatiques.

23.2 Le suicide et les conduites suicidaires

Très fréquent en France : 12000 décès par suicide chaque année. Augmentation récente de la fréquence du suicide dans la tranche d'âge 15-30 ans. Première cause de mortalité pour les 25-34 ans. Une tentative de suicide sur dix aboutit à la mort. Le suicide peut survenir dans un grand nombre de pathologies psychiatriques, mais également chez le sujet indemne de maladies mentales. Toutefois, devant une conduite suicidaire, on doit toujours rechercher activement un certain nombre de diagnostics. Le syndrome dépressif doit être dépisté avec soin, à la recherche d'une mélancolie au cours de laquelle le risque suicidaire est majeur. Néanmoins, au cours des épisodes dépressifs compliquant les troubles de personnalité le risque suicidaire n'est pas absent.

Il est alors important de ne pas banaliser le geste suicidaire. Certains comportements sont à rapprocher des conduites suicidaires : actes imprudents, alcoolisation massive, toxicomanie, conduite de risque par rapport au sida par exemple. Le risque suicidaire dans les troubles schizophréniques est proche en fréquence de celui des malades déprimés, mais il est plus difficile à évaluer en raison des difficultés d'expression des affects. Noter le grand nombre de passage à l'acte suicidaire au cours de la première année d'évolution.

Dans les troubles névrotiques, les tentatives de suicide sont fréquentes, souvent caractérisées par leur mise en scène, la fréquence de récurrence surtout lorsqu'elles entraînent des bénéfices secondaires, leur tendance à l'escalade pour forcer l'attention d'un entourage devenu indifférent ou hostile, leur caractère bénin. Il faut toutefois proscrire toute attitude de banalisation pour deux raisons : tout geste suicidaire peut aboutir au décès du patient que celui-ci soit volontaire ou non. De plus, une absence de prise en considération de la pathologie du patient peut aboutir à une escalade suicidaire parfois dramatique.

Chez le psychopathe, le passage à l'acte suicidaire est fréquent, souvent en réponse à des frustrations ; il s'agit d'un passage à l'acte impulsif ou bien survenant lors d'une décompensation dépressive.

Dans la pathologie limite, le passage à l'acte suicidaire fait partie des critères diagnostiques. Les impulsions suicidaires sont fréquentes et le risque de récurrence important.

Les conduites toxicomaniaques peuvent être considérées comme des équivalents suicidaires. Mais on peut également assister à d'authentiques passages à l'acte suicidaire au décours d'une prise aiguë de toxiques (dans un contexte de confusion) ou bien lors d'un sevrage (cocaïne, amphétamines...).

Conduite à tenir : devant l'expression d'idées suicidaires, une démarche diagnostique précise s'impose afin de les rattacher à une pathologie psychiatrique, ce qui permettra une orientation thérapeutique

précise et adaptée. Cette démarche s'impose pour prendre des mesures préventives vis-à-vis d'un futur passage à l'acte (hospitalisation sous contrainte si besoin).

Devant une tentative de suicide, l'hospitalisation même courte est nécessaire afin d'éviter les récurrences.

Il est parfois nécessaire d'orienter le patient vers un service de psychiatrie et de lui administrer un traitement sédatif si le risque de récurrence immédiate est important pendant le transport.

23.3 Les Troubles de l'humeur

23.3.1 Episode dépressif majeur

Le syndrome dépressif associe typiquement :

- tristesse de l'humeur
- diminution de l'intérêt et du plaisir
- diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi
- réduction de l'énergie entraînant fatigabilité et diminution de l'activité
- diminution de la concentration et de l'attention
- idées de culpabilité ou de dévalorisation
- attitude morose et pessimiste face à l'avenir
- idées ou actes auto agressifs ou suicidaires
- troubles du sommeil, troubles de l'appétit
- troubles de la sexualité.

Distinguer des syndromes dépressifs d'intensité légère modérée ou sévère, rechercher des éléments en faveur d'une mélancolie (prédominance matinale des symptômes, importance du ralentissement psychomoteur, importance de la perte de poids, existence d'éléments délirants) nécessitant l'hospitalisation rapide du sujet en raison du risque suicidaire important.

Traitement : le syndrome dépressif impose une prise en charge spécifique en raison des conséquences qu'il peut avoir sur le sujet (risque vital lié au suicide, désinsertion sociale et professionnelle).

Cette prise en charge associera selon les formes : chimiothérapie (curative ou préventive) psychothérapie ou sismothérapie.

23.3.2 Episode maniaque

L'état maniaque est un état de surexcitation psychique ou prédomine l'euphorie (hyperthymie expansive).

Ce trouble de l'humeur présente trois caractéristiques possibles : une gaieté ou euphorie pathologique permanente et fixe ; versatilité de l'humeur où domine le plus souvent l'euphorie parfois l'agressivité ; irritabilité accrue avec de brusques décharges agressives.

Le trouble du contenu des pensées où domine la surestimation de soi, on retrouve parfois des éléments délirants à thème mégalomaniac.

On retrouve une accélération motrice et psychique (agitation, logorrhée, rapidité des associations de pensée).

Il existe un retentissement somatique avec une insomnie mais parfois aussi une déshydratation qui devrait être systématiquement recherchée si l'agitation est importante.

On distingue selon l'intensité du trouble de l'hypomanie à la manie furieuse. L'existence d'une symptomatologie dépressive associée aux symptômes maniaques fait évoquer le diagnostic d'état mixte de traitement plus difficile.

Traitement : le traitement curatif de l'accès maniaque associe hospitalisation (parfois sous contrainte), mesure de protection des biens (achats inconsidérés), chimiothérapie (en évitant dans la mesure du possible les traitements neuroleptiques et en préférant les traitements thymorégulateurs). Les thymorégulateurs sont également employés dans la prévention des rechutes maniaques.

23.3.3 La maladie maniaco dépressive

Forme cyclique des troubles thymiques dans laquelle alternent, de façon variable des accès maniaques et des accès dépressifs ou mélancoliques. Entre ces épisodes le sujet est normal (normothymique).

La prévalence des troubles bipolaires est de l'ordre de 0.6 à 0.9 %.

Dans la CIM10, on distingue les troubles unipolaires (épisodes maniaques ou épisodes dépressifs récurrents) des troubles bipolaires (alternance manie-dépression).

Le diagnostic se base sur l'évolution longitudinale de la maladie (nombre d'épisodes, fréquence, polarité du trouble...) et sur les antécédents familiaux du sujet.

Traitement : le traitement sera symptomatique pour chacun des accès (thymorégulateurs, éventuellement neuroleptiques, pour l'état maniaque, antidépresseurs pour l'état dépressif en prenant garde au virage maniaque).

Le traitement prophylactique est ici extrêmement important : traitement au long cours par antidépresseurs pour les sujets unipolaires dépressifs, voire thymorégulateurs s'il présente des antécédents familiaux de troubles de l'humeur.

Dans le cadre des maladies bipolaires ou unipolaires maniaques on utilise de façon systématique un traitement thymorégulateur (sels de lithium, Carbamazépine, Valproate).

Dans tous les cas, nécessité d'un suivi médical au long cours dans le cadre d'une relation thérapeutique bien conduite.

23.4 Les Troubles anxieux

23.4.1 Anxiété généralisée

L'anxiété ou angoisse se définit comme une peur sans objet, irrationnelle et incompréhensible par un tiers. Elle devient pathologique par sa persistance, son intensité, sa répétition invalidante.

Sur le plan somatique, on retrouve une sensation de tension musculaire, des troubles neurovégétatifs (tachycardie, sueurs froides, sécheresse de la bouche, nausées, pollakiurie). Ces symptômes s'accompagnent d'un état d'hypervigilance, d'une distractibilité, de trouble de l'attention entraînant une plainte mnésique.

Les troubles du sommeil sont fréquents dominés par des difficultés d'endormissement. La fréquence élevée de ce trouble, ses complications (alcoolisme, abus d'anxiolytiques, état dépressif, phobies multiples) ainsi que le handicap social qui l'accompagne rend nécessaire de ne pas banaliser cette pathologie. Outre les complications déjà citées l'évolution peut être extrêmement variable le plus souvent marquée par l'alternance de phases de rémission et de périodes d'exacerbation.

Nous retiendrons donc que cette pathologie d'allure bénigne est en fait une pathologie à risque élevé de complications. Le traitement principal du trouble anxieux généralisé reste le traitement par benzodiazépines. Toutefois, du fait du risque important de dépendance, ce traitement doit rester limité dans le temps et nécessite d'adjoindre des mesures psychothérapeutiques.

23.4.2 Les Attaques de panique

Le trouble panique correspond à la survenue d'une symptomatologie anxieuse paroxystique se répétant à plusieurs reprises et associant une symptomatologie riche : impression d'étouffement, dyspnée, sensation de vertige, d'instabilité, de malaise, palpitations, tachycardie, tremblements, sueurs, nausées ou troubles abdominaux, dépersonnalisation, déréalisation, paresthésies, sensation de chaud ou de froid, douleurs ou gêne thoraciques, peur de mourir, peur de perdre le contrôle de soi.

La survenue de telles crises entraîne non seulement une gêne sociale, mais également l'apparition d'une anxiété du sujet vis-à-vis de la survenue de nouvelles crises (agoraphobie). La survenue de ce type de crises doit faire rechercher systématiquement un facteur organique (intoxication aux amphétamines, intoxication à la caféine, hyperthyroïdie...).

Traitement : le traitement de la crise aiguë nécessite le recours à un traitement anxiolytique de type benzodiazépines. Mais il est plus important de prévenir les crises, ce qui nécessite la mise en place d'un traitement par antidépresseur de type sérotoninergique (clomipramine ou ISRS).

23.4.3 Le Trouble obsessionnel compulsif

Le trouble obsessionnel compulsif est une pathologie dont la fréquence dans la population générale (3.5 %) a été longtemps sous évaluée. Il s'agit d'une pathologie associant des obsessions (c'est à dire des idées, des images, un sentiment qui s'impose de manière répétée et incoercible au sujet) et des compulsions (qui sont l'équivalent dans le domaine de l'action de ce que sont les obsessions dans le domaine de la pensée). Le sujet reconnaît le caractère morbide de ce phénomène (égodystonie) ; il reconnaît que ce phénomène émane de sa propre activité psychique, bien qu'il soit en désaccord avec sa pensée consciente ; le malade lutte avec anxiété pour chasser l'obsession.

Le **traitement** comprend l'association d'une chimiothérapie (par inhibiteurs de la capture de sérotonine forte dose) et d'une psychothérapie de type cognitivo-comportementale.

23.4.4 Etat de stress post traumatique

Succède à un événement psychologiquement traumatique (viol, attaque, guerre, attentat...). On décrit deux modes évolutifs : la réaction aiguë à un facteur de stress et l'état de stress post-traumatique.

Réaction aiguë à un facteur de stress : la symptomatologie est mixte, habituellement fluctuante ; à l'état d'hébétude initiale peuvent succéder des symptômes dépressifs ou anxieux, une crise de colère, un sentiment de désespoir, une hyperactivité ou un repli sur soi, mais aucun de ces symptômes ne se maintient longtemps au premier plan. Elle disparaît habituellement en quelques heures tout au plus des que le sujet n'est plus soumis au facteur de stress.

Etat de stress post-traumatique : constitue une réponse différée ou prolongée à une situation stressante. Les symptômes typiques comportent la reviviscence répétée de l'événement traumatique dans des souvenirs envahissants (Flash-back), des rêves ou des cauchemars ; ils surviennent dans un contexte d'émoussement affectif, d'anhédonie et d'évitement des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. L'exposition à des stimuli réveillant brusquement le souvenir ou la reviviscence du traumatisme peut déclencher une crise d'angoisse, une attaque de panique ou une réaction agressive. Ces symptômes s'accompagnent habituellement d'une hyperactivité neurovégétative, avec hypervigilance et insomnie. On retrouve fréquemment une dépression ou une idéation suicidaire associées. Ce trouble peut-être l'origine d'un abus d'alcool ou d'une autre substance psychotrope.

Traitement : déchoquage et débriefing immédiat. Ultérieurement, le traitement principal repose sur la psychothérapie, une chimiothérapie peut-être associée à visée anxiolytique ou antidépressive. Insister sur la prise en charge systématique des sujets soumis à un facteur de stress aigu grave afin de prévenir l'apparition du trouble.

23.5 Les Etats psychotiques aigus et chroniques

23.5.1 Bouffée délirante aiguë

Urgence type en psychiatrie, au même titre que la menace suicidaire. La forme typique de la bouffée délirante polymorphe montre après un début soudain et brutal un état délirant aigu intensément vécu, associé fréquemment à des troubles thymiques. À la période d'état, le sujet présente des troubles du comportement (agitation ou ralentissement, mutisme ou logorrhée), un état délirant à thèmes polymorphes (persécutions, empoisonnement, dépersonnalisation...).

Tous les mécanismes délirants peuvent se rencontrer (hallucinations auditives, visuelles, psychiques), avec un automatisme mental presque constant. Il s'agit d'un délire mal structuré, non systématisé où les idées délirantes sont polymorphes, sans liens logiques et souvent contradictoires. Le sujet adhère totalement à son délire. Il s'y associe une humeur instable, une angoisse et une insomnie.

L'examen psychiatrique doit être complété systématiquement par un examen somatique complet (à la recherche notamment d'une pathologie infectieuse, métabolique, endocrinienne, neurologique ou d'une intoxication dans le cadre d'une pharmacopsychose).

Evolution : l'évolution sous traitement neuroleptique est généralement favorable en quelques semaines. La bouffée délirante aiguë peut rester isolée, récidiver, être inaugurale d'une schizophrénie (dans ce cas une partie de la symptomatologie persiste) ou d'un trouble bipolaire de l'humeur (ce mode de début est plus fréquent chez l'adolescent).

Traitement : hospitalisation dans un service spécialisé (avec l'accord du patient ou sous contrainte si refus de soins). Il est impératif de réaliser un bilan clinique et paraclinique pour éliminer une étiologie organique et pour apprécier le retentissement somatique d'une agitation (troubles hydroélectrolytiques) qu'il faudra également traiter.

Le traitement médicamenteux emploie essentiellement les neuroleptiques de préférence en mono thérapie. Mais il est également important de rassurer le patient afin de faciliter la communication. Au décours de l'épisode aigu ce traitement doit être prolongé pendant quatre à douze mois selon l'évolution, avec réduction progressive des posologies.

23.5.2 Les troubles schizophréniques

Les schizophrénies sont un ensemble hétérogène de troubles mentaux graves par leur symptômes cliniques (dissociation, délire, retrait autistique) et par leur évolution qui désorganise en profondeur la personnalité des sujets jusqu'à la classique évolution démentielle terminale.

On distingue de nombreuses formes cliniques :

- Les délires aigus aux invasions psychotiques insidieuses ;
- Le syndrome dissociatif de l'hébéphrénie au délire paranoïde des formes du même nom ;
- Les évolutions chroniques entrecoupées d'épisodes aigus délirants ;
- Les formes productives sensibles à la chimiothérapie aux formes déficitaires plus résistantes ;
- Les troubles schizo-affectifs aux autres formes cliniques du fait de leur symptomatologie particulière et de leur bonne réponse aux thymorégulateurs ;
- Les formes stabilisées : schizophrénie simple, résiduelle, personnalité schizoïde, personnalité schizotypique.

Evolution : l'évolution tient une place déterminante dans la clinique des schizophrénies. Il s'agit d'une pathologie chronique, débutant à l'adolescence et persistant jusqu'à la fin de la vie.

Traitement : le traitement des différents syndromes schizophréniques associe la chimiothérapie neuroleptique à des mesures de prise en charge psychosociale puis des programmes de réhabilitation qui visent à la réinsertion sociale du sujet, où tout au moins à son autonomisation. Néanmoins, malgré les efforts des équipes soignantes un certain nombre de patients restent hospitalisés au long cours. Nous sommes ici confronté aux limites de nos possibilités thérapeutiques.

23.5.3 Paranoïa

Le délire paranoïaque peut se développer chez un sujet présentant des traits tels que : méfiance, orgueil, psychorigidité, fausseté du jugement, surestimation de soi, absence d'autocritique, susceptibilité.

Sur cette constitution le délire se développe comme une exacerbation des traits de personnalité pathologique et comme la survenue d'une activité créatrice idéique.

Les délires paranoïaques sont dits systématisés car ils donnent une impression d'ordre, de clarté et de cohérence. On distingue plusieurs types de délires paranoïaques : les délires passionnels s'accompagnant d'une exaltation passionnelle subdivisés en délires de revendication et en délires à thème passionnel (au sens de la passion amoureuse), il s'agit de l'érotomanie ou des délires de jalousie ; les délires d'interprétation décrits par Sérieux et Capgras et les délires de relation des sensitifs décrits par Kretschmer.

Certains paranoïaques peuvent être dangereux. Leur délire est peu sensible à la thérapeutique. Une vigilance toute particulière doit s'imposer lorsqu'il existe un persécuteur désigné ou que le patient a épuisé toutes les voies de recours médiatisées (plaintes diverses, procès, lettres aux plus hautes autorités).

Traitement : l'hospitalisation est impérative en cas de dangerosité avec risque de passage à l'acte. Si le sujet doit être hospitalisé sous contrainte il est souvent préférable d'avoir recours à l'hospitalisation d'office plutôt qu'à une hospitalisation à la demande d'un tiers, cette dernière risquant de désigner un persécuteur au malade. Le traitement de ce type de pathologie est

neuroleptique. Le plus gros problème est celui de l'acceptation puis de l'observance du traitement.

23.6 Les conduites addictives

Pathologie dont la fréquence est difficile à appréhender en épidémiologie. Elle représenterait environ 100 à 150 000 sujets en France. Toutes les classes sociales sont représentées. La tranche de population la plus atteinte étant les hommes de 20 à 25 ans si l'on se réfère aux prises de cannabis et d'héroïne. En effet la toxicomanie peut prendre de nombreuses formes, notamment celle de l'addiction médicamenteuse qui intéresse encore plus le médecin généraliste alors que les pouvoirs publics s'alarment de la surconsommation en psychotropes de la population française.

Il n'existe pas de causalité unique pour la toxicomanie, mais souvent plusieurs facteurs qui coexistent : d'ordre psychiatriques (fréquence élevée des pathologies psychiatriques) ; d'ordre sociologique ; enfin il existe un facteur lié au produit lui-même et à son potentiel de dépendance.

Aspect psychologiques : on peut retrouver plusieurs traits de personnalité chez les toxicomanes. Une faible estime de soi, une tolérance aux frustrations, une impulsivité, un besoin de satisfaction immédiate, une dévalorisation narcissique.

Ainsi, la personnalité psychopathique concerne un tiers des toxicomanes, mais dix pour cent d'entre eux présentent une structure psychotique, et dix pour cent un état dépressif chronique. Une évaluation clinique rigoureuse permettra donc une meilleure prise en charge du sujet toxicomanes.

Traitement : le seul motif d'hospitalisation en urgence d'un sujet toxicomane est l'intoxication aiguë par des substances psychoactives. En dehors de ces situations, l'hospitalisation pour une prise en charge et un sevrage doit être soigneusement préparée au cours de consultations ambulatoires. Néanmoins, il n'est pas rare que le toxicomane soit hospitalisé pour une raison médicale ou chirurgicale et il est ici important de savoir prescrire un traitement substitutif à son intoxication.

23.6.1 Les conduites alcooliques

La notion d'abus d'alcool est définie par la présence de conséquences psychiques, physiques, sociales et familiales, négatives, attribuables à l'excès répété de consommation d'alcool.

Le syndrome de dépendance alcoolique (tolérance, sevrage, besoin compulsif, impossibilité de maîtriser la consommation) en est une conséquence possible mais non obligatoire.

On distingue l'alcoolisme primaire, périodique ou permanent de l'alcoolisme secondaire (trouble mental préexistant). L'alcoolisme est la troisième cause de mortalité en France.

L'intoxication aiguë dépend de la quantité d'alcool absorbée et de la tolérance du sujet. On distingue ivresse simple (phases d'excitation psychomotrice, d'ébriété, d'anesthésie, de coma, risque vital) et ivresses pathologiques (ingestion récente et massive d'alcool ivresses excitation

motrice, hallucinatoire délirante). L'intoxication chronique est à l'origine du syndrome alcoolique associant : habitus caractéristique, symptômes somatiques et de dépendance, stigmates biologiques, syndrome psychique, (irritabilité, impulsivité, désinvestissement social et affectif, labilité affective, troubles du sommeil). Elle expose aux accidents de sevrage (signes de sevrage matinaux, delirium tremens, délires alcooliques subaigus, crises convulsives du sevrage, hallucinose des buveurs).

Chez un alcoolique présentant un syndrome confusionnel, il est important d'éliminer une cause autre que le sevrage en pratiquant une alcoolémie, un ionogramme sanguin, une glycémie, un examen clinique à la recherche d'une fièvre ou d'un signe de localisation neurologique qui fera pratiquer un scanner cérébral au moindre doute.

Le **traitement** de la dépendance alcoolique n'a lieu d'être qu'avec la participation effective du sujet : sevrage total et définitif de toute boisson alcoolisée, prévention des accidents de sevrage, postcure (assistance médicopsychosociale, rechutes fréquentes). La prévention est capitale.

23.7 Les Intrications Médico-Psychiatriques

De nombreuses affections somatiques peuvent présenter au premier plan des troubles psychiques. Des antécédents psychiatriques ou l'apparition d'un syndrome psychiatrique ne doivent pas faire éliminer systématiquement une étiologie organique.

En particulier, le diagnostic de tumeur cérébrale doit être envisagé devant toute symptomatologie psychiatrique atypique, en l'absence d'antécédents psychiatriques, récente ou d'aggravation progressive, résistante au traitement psychotrope.

Des syndromes confusionnels peuvent être dus à une hémorragie méningée, des ictus répétés, des encéphalites ou des méningites, à des intoxications médicamenteuses, à des troubles métaboliques, à des collagénoses (lupus érythémateux disséminé).

Toutes les affections endocriniennes peuvent présenter des signes psychiatriques. A l'inverse, des pathologies psychiques peuvent prendre une expression somatique (versant somatique de l'angoisse) :

- dépression masquée (diagnostic ne pouvant être posé qu'en l'absence d'une affection organique, symptômes somatiques au premier plan affectant les différents appareils et les grandes fonctions, troubles de l'humeur, facteurs déclenchants, terrain, efficacité des antidépresseurs) ;
- affections psychosomatiques ;
- conversion (déplacement de difficultés et conflits psychologiques au niveau du corps, manifestations atteignant préférentiellement les organes de la vie de relation, anorganicité des troubles) ;
- hypochondrie : pose des problèmes difficiles surtout si associée à comorbidité somatique.

23.7.1 Les Etats d'agitation

L'agitation est un trouble psychomoteur impliquant une perte de contrôle du sujet. Symptôme qui traduit l'existence d'une situation traumatique, d'un conflit ou d'une pathologie sous-jacente. Celle-ci peut être organique, addictionnelle ou participer à un des grands syndromes psychiatriques.

L'examen clinique tente d'apprécier la nature de la pathologie à l'origine du symptôme, la gravité et le pronostic de cette agitation :

- agitation de négociation où un dialogue est possible ;
- agitation incoercible demandant un geste sédatif immédiat.

La nature du traitement dépend largement de cette appréciation, que ce soit dans :

- l'abord relationnel ;
- le choix d'un produit sédatif (tranquillisant ou neuroleptique) ;
- ou la nécessité d'une hospitalisation, parfois sous contrainte.

23.8 Refus de soins

Les différentes modalités d'hospitalisation en psychiatrie sont régies par la loi du 27 Juin 1990 qui prévoit trois régimes d'hospitalisation :

- **L'hospitalisation libre** nécessite le consentement du patient.
- **L'hospitalisation à la demande d'un tiers** nécessite une demande manuscrite par un proche, deux certificats médicaux datés de moins de 15 jours, dont un seul peut-être rédigé par un médecin de l'établissement d'accueil, qui peut aussi rédiger le seul certificat nécessaire à la procédure d'urgence.
- **L'hospitalisation d'office** nécessite un certificat médical qui n'est pas obligatoire dans la procédure d'urgence et un arrêté du préfet. Dans le cadre d'une hospitalisation d'office ou d'une hospitalisation à la demande d'un tiers, **le psychiatre de l'établissement**, qui ne doit pas être un des deux médecins certificateurs de l'entrée, doit rédiger : **le certificat médical** de 24 heures, le certificat de quinzaine, les certificats mensuels.

La levée de l'hospitalisation d'office nécessite un arrêté préfectoral, alors que la levée de l'hospitalisation à la demande d'un tiers fait suite à un certificat médical du psychiatre ou peut aussi être exigée par un membre de la famille.

La loi prévoit aussi des **sorties d'essai** pour une période de trois mois renouvelable pour favoriser la guérison et la réinsertion des patients.

Toutes les pièces de l'admission et les certificats médicaux de situation sont **transmis au directeur de l'établissement** qui doit **vérifier le respect de la procédure**.

Des **commissions départementales** des hospitalisations en psychiatrie sont créées par la loi. Leur rôle est de vérifier le respect des droits et des libertés individuelles des patients hospitalisés.

La protection des biens des incapables majeurs est régie par la loi du **03 Janvier 1968**.

- **La sauvegarde de justice** est le régime le plus simple. Elle peut être demandée en urgence pour toute personne ayant besoin d'être protégée dans les actes de la vie civile. Elle s'effectue sur simple déclaration du médecin traitant au procureur de la République et nécessite l'avis d'un psychiatre. Elle est valable 2 mois, renouvelable pour 6 mois puis ensuite tous les 6 mois.

- **La tutelle** est la mesure de protection la plus complète. Elle s'adresse aux personnes ayant besoin d'être représentées d'une manière continue dans les actes de la vie civile. Elle nécessite un jugement du juge des tutelles qui fait suite à la requête d'un membre de la famille ou de l'intéressé lui-même ainsi qu'à l'avis d'un spécialiste, et aboutit à la nomination d'un tuteur.

- **La curatelle** est un régime où l'intéressé n'est pas remplacé mais assisté dans les actes de la vie civile. Les conditions de son ouverture sont les mêmes que pour celles de la tutelle. Le majeur est frappé d'incapacité civile partielle. Il peut faire seul les actes de conservation et d'administration, mais il ne peut faire aucun acte de disposition ni recevoir ou employer des capitaux sans l'assistance du curateur nommé par le juge.