

Recommandations de pratique clinique sur la prise en charge du patient adulte à présentation psychiatrique dans les structures d'urgences



Clinical Practice Recommendations on the Management of the Adult Patient with Psychiatric Presentation in Emergency Field

A. Chauvin · C. Massoubre · C. Gil-Jardine · R. Sicot · P. Le Conte · L. Varin · H. Lefort · V. Camus · M. Martinez · M. Martinez · C. Bied · M. Oberlin · G. Valdenaire · B. Villoing · C. Zanker · J. Lopez-Castroman · P.-G. Claret · Les membres de la commission des référentiels de la SFMU

Reçu le 5 mai 2021 ; accepté le 5 mai 2021
© SFMU et Lavoisier SAS 2021

Résumé De nombreux patients consultant aux urgences souffrent de pathologies psychiatriques préexistantes ou

ont une symptomatologie évocatrice d'une pathologie psychiatrique. En effet, les troubles psychiatriques touchent un

A. Chauvin (✉)

Structure des urgences, centre hospitalier universitaire Lariboisière et université de Paris, 2, rue Ambroise-Paré, F-75010 Paris, France
anthony.chauvin@aphp.fr

C. Massoubre

Pôle psychiatrie adultes et infantojuvénile et université de Saint-Étienne, centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne, F-42000 Saint-Étienne, France

C. Gil-Jardine

Service des urgences adultes, hôpital Pellegrin, centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, F-33076 Bordeaux, France

R. Sicot

Unité de liaison et d'urgence de psychiatrie et d'addictologie, hôpitaux universitaires Saint-Louis, Lariboisière, Fernand-Widal, F-75010 Paris, France

P. Le Conte

Service d'urgence, CHU de Nantes et université de Nantes, F-44093 Nantes cedex, France

L. Varin

Unité de santé mentale du SAU, centre hospitalier universitaire Lariboisière, F-75010 Paris, France

H. Lefort

Hôpital d'instruction des armées Legouest, 27, avenue de Plantières, BP 90001, F-57077 Metz cedex 03, France

V. Camus

Clinique psychiatrique universitaire, centre hospitalo-universitaire de Tours et université de Tours, F-37000 Tours, France

M. Martinez

Pôle Urgences, centre hospitalier du Forez, F-42605 Montbrison, France

Réseau d'urgence ligérien Ardèche Nord (REULIAN), centre hospitalier Le Corbusier, F-42700 Firminy, France

C. Bied

Service des urgences psychiatriques, hôpital Édouard-Herriot, hôpital civil de Lyon, F-69003 Lyon, France

M. Oberlin

Structure des urgences, hôpitaux universitaires de Strasbourg, F-67091 Strasbourg, France

G. Valdenaire

Service des urgences adultes, hôpital Pellegrin, centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, F-33076 Bordeaux, France

B. Villoing

Service d'accueil des urgences/Smur, centre hospitalier universitaire Cochin Hôtel-Dieu, F-75014 Paris, France

C. Zanker

Structures des urgences, centre hospitalier franco-britannique, F-92300 Levallois-Perret, France

J. Lopez-Castroman

Service d'urgences et liaisons psychiatriques et service de pédopsychiatrie, centre hospitalo-universitaire de Nîmes et université de Montpellier, F-30000 Nîmes, France

P.-G. Claret

Pôle anesthésie-réanimation douleur urgences, centre hospitalo-universitaire de Nîmes et université de Montpellier, F-30000 Nîmes, France

Les membres de la commission des référentiels de la SFMU

Groupe de travail : membres de la commission des référentiels (CREF) de la Société française de médecine d'urgence (SFMU) : Cesario E (Lyon), Douay B (Paris), Gloaguen A (Clon-sur-Saône), Vaux J (Créteil) Groupe de relecture : membres du conseil d'administration de la SFMU : Karim Tazarourte (Lyon), Thibaut Desmettre (Besançon), Catherine Pradeau (Bordeaux), Muriel Vergne (Toulon), Jean-Paul Fontaine (Paris), Tahar Chouied (Nancy), Florence Dumas (Paris), Delphine Hugenschmitt (Lyon), Yann Penverne (Nantes), Patrick Plaisance (Paris), Patrick Ray (Dijon), Youri Yordanov (Paris)

adulte sur quatre, et 75 % des affections psychiatriques débutent avant l'âge de 25 ans. Le parcours de soins d'un patient adulte à présentation psychiatrique dans les structures d'urgences concerne de multiples intervenants. La complexité inhérente à ces patients complexes ainsi qu'à l'interdisciplinarité induite dans la prise en charge impose un cadre de prise en charge clair et consensuel. Des experts de la psychiatrie, de la gérontopsychiatrie et de la médecine d'urgence se sont réunis pour émettre ces recommandations de bonnes pratiques. Le choix de présenter des recommandations de bonnes pratiques et non des recommandations formalisées d'experts a été fait devant l'insuffisance de littérature de fort niveau de preuve dans certaines thématiques et de l'existence de controverses. À travers ces recommandations de bonnes pratiques cliniques, ils se sont attachés à décrire la prise en charge de ses patients aussi bien en pré-qu'en intrahospitalier. Les objectifs de ces recommandations sont de présenter les éléments indispensables à l'organisation du parcours de soins de ces patients, la gestion de l'agitation ainsi que la prise en charge pharmacologique ou non. Une partie spécifique est consacrée aux aspects réglementaires.

Mots clés Psychiatrie · Médecine d'urgence · Toxicologie

Abstract Many patients who come to the emergency department suffer from pre-existing psychiatric pathologies, or have a symptomatology suggestive of a psychiatric pathology. Indeed, psychiatric disorders affect one adult in four and 75% of psychiatric disorders begin before the age of 25 years. The care pathway of an adult patient with a psychiatric presentation in emergency facilities involves multiple stakeholders. The inherent complexity of these complex patients, as well as the interdisciplinary nature of their care, requires a clear and consensual framework for care. Experts in psychiatry, geronto-psychiatry and emergency medicine have come together to produce these recommendations for good practice. The choice to present good practice recommendations rather than formalized expert recommendations was made in view of the lack of literature with a high level of evidence in certain areas and the existence of controversies. Through these recommendations of good clinical practice, they have endeavoured to describe the management of these patients both in the pre-hospital and in the in-hospital setting. The objectives of these recommendations are to present the essential elements for the organization of the care of these patients, the management of agitation as well as the pharmacological or non-pharmacological management. A specific part is devoted to the regulatory aspects.

Keywords Psychiatry · Emergency medicine · Toxicology

Introduction

De nombreux patients consultant aux urgences souffrent de pathologies psychiatriques préexistantes ou ont une symptomatologie évocatrice d'une pathologie psychiatrique. En effet, les troubles psychiatriques touchent un adulte sur quatre et 75 % des affections psychiatriques débutent avant l'âge de 25 ans. Les pathologies psychiatriques peuvent être comorbides de pathologies non psychiatriques ou inaugurer ces dernières. Au même titre, certains syndromes psychiatriques ont une origine organique, toxicologique ou iatrogène. Ainsi, la présentation clinique psychiatrique de ces patients est souvent à l'origine de difficultés dans leur prise en charge aux urgences (gestion, évaluation diagnostique, filiarisation).

Les structures d'urgences (SU) sont une porte d'entrée dans les soins pour les patients à présentation psychiatrique (et notamment les patients suicidaires). Or, le vécu et le contenu du passage aux urgences peuvent avoir des conséquences importantes sur la continuité des soins. Il est donc important d'émettre des recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge des patients à présentation clinique psychiatrique dans les SU. Pour ce faire, les experts se sont intéressés à neuf thématiques pour la prise en charge de ces patients.

À noter que la pédopsychiatrie est exclue du champ de ces recommandations. La définition des tranches d'âges pour la pédopsychiatrie est à l'heure actuelle non consensuelle [1]. Jusqu'à l'âge de 16 ans les mineurs doivent être hospitalisés dans un service de psychiatrie infantile. En l'absence d'unité d'hospitalisation dédiée aux enfants et adolescents sur le secteur de soins, il convient de contacter les autres secteurs. Au-delà de 16 ans, les mineurs peuvent être hospitalisés dans un service de psychiatrie adulte.

Prise en charge préhospitalière

Le parcours de soins pour un patient présentant une urgence psychiatrique concerne de multiples intervenants. Au niveau national, la prise en charge psychiatrique des patients présentant des troubles psychiatriques est sectorisée en fonction du lieu de résidence [2]. De ce fait, il est indispensable d'organiser leur prise en charge sur leur secteur dès l'appel au centre de réception et de régulation des appels (Samu/CRRA 15). Celle-ci doit s'organiser en réseau associant la régulation médicale, les services mobiles d'urgence et réanimation (Smur), les services d'urgences et les services de psychiatrie afin de réserver l'admission dans les SU aux patients nécessitant une évaluation somatique urgente. Pour les patients suivis pour pathologies psychiatriques au long cours dans un réseau de soins chroniques, il faut rechercher dès l'étape préhospitalière une rupture de la pathologie psychiatrique. Cela permet de distinguer les situations justifiant la

réalisation en urgence d'investigations psychiatriques et somatiques), des situations récurrentes sans décompensation franche.

L'état d'agitation est un motif d'appel fréquent en régulation. Il se définit comme un état désagréable d'excitation psychique avec une perturbation importante du comportement moteur et relationnel. Il nécessite une intervention urgente quand le patient manifeste, verbalement ou non, des menaces d'auto- ou d'hétéroagressivité. Dans le contexte préhospitalier, le patient agité, les témoins et les professionnels de santé se retrouvent fréquemment exposés à de nombreux risques et notamment à des actes violents, qu'ils soient volontaires ou involontaires. Cette situation nécessite une réponse rapide et adaptée à chaque situation. La prise en charge d'un patient agité peut s'appuyer sur une équipe pluridisciplinaire composée des forces de l'ordre, de personnel médical et des sapeurs-pompiers. La prise en charge préhospitalière tient plus de la spécificité organisationnelle que médicale.

Autant que possible, le transport des patients pour lesquels aucune pathologie somatique n'est suspectée par la régulation doit se faire vers des centres habilités par la loi à accueillir des patients en hospitalisation sous contrainte. Si la situation le permet, les médecins de ville ou SOS médecins rédigeront le premier certificat pour réaliser un transport vers un centre habilité. En effet, le premier certificat médical initial peut être fait par n'importe quel médecin thésé n'appartenant pas à l'établissement d'accueil, et l'hospitalisation sans consentement sera ensuite validée ou non par un certificat des 24 heures établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil.

Dans la mesure du possible, il faut favoriser la participation du médecin traitant du fait de sa connaissance du patient, mais aussi du rôle de coordinateur des soins qu'il pourra avoir lors de la sortie d'hospitalisation. L'envoi d'un Smur ne devant pas être la règle mais devant être discuté au cas par cas. Par ailleurs, tout patient présentant un tableau psychiatrique peut être transporté sans certificat préalable sur demande du médecin régulateur, le certificat initial devant être rédigé dans les 24 heures.

L'identification du risque suicidaire lors de la prise en charge préhospitalière du patient (en régulation notamment) est essentielle. La formation des médecins du Samu à l'évaluation du risque suicidaire s'intègre à la priorité ministérielle visant à réduire la mortalité par suicide en France. Il est donc nécessaire de former les personnels des Samu à la détection de ces facteurs. Les tentatives d'autolyse avec passage à l'acte (intoxication, traumatisme...) nécessitent une première évaluation dans les SU de la sévérité et des conséquences induites par le geste suicidaire, et la réalisation éventuelle d'examen complémentaires. L'expression d'idées suicidaires, autant que le passage à l'acte suicidaire, doit faire l'objet d'une évaluation psychiatrique une fois la

prise en charge somatique finalisée (cf. section évaluation du risque suicidaire).

Pour les patients présentant une intoxication éthylique associée, il pourrait exister un intérêt à privilégier une orientation vers des structures disposant, en sus du psychiatre, d'une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA). Elles permettent une détection précoce des addictions et réalisent une traçabilité des occurrences de prise en charge aiguë. Cette prise en charge est particulièrement intéressante dans le cas des patients jeunes, entre 15 et 25 ans.

Dans le cas particulier des situations sanitaires exceptionnelles (SSE) impliquant ou non de multiples victimes, la prise en charge psychiatrique des patients impliqués, directement ou non, [3] est traitée dans le référentiel CUMP/Tuerie de masse [4].

Prise en charge médicamenteuse

Les médicaments utilisés en intrahospitalier ont leur place en extrahospitalier et pourront être utilisés selon leur disponibilité (cf. section gestion de l'agitation). La monothérapie initiale est la règle. Il faudra privilégier d'abord la voie per os avant la voie intramusculaire. La voie intranasale peut être une option car non traumatique et facilement accessible [5]. À noter qu'en cas de mise en place de contentions physiques, celles-ci doivent toujours être associées à une contention chimique.

De nombreuses molécules ont été évaluées au niveau international avec des voies d'administration variées dans la prise en charge des patients présentant un état d'agitation aiguë. Le niveau de preuve des études est variable (i.e., effectifs faibles et/ou biais méthodologiques non négligeables), et les molécules évaluées ne sont pas transposables au préhospitalier français.

Concernant l'emploi de la kétamine, il n'existe pas de recommandation quant à son utilisation dans le contexte d'agitation en France. En effet, les publications concernant la kétamine dans les états d'agitation aiguë donnent des résultats qu'il faut contextualiser avec des niveaux de preuve des essais assez faibles. Cependant, les résultats vont globalement tous dans le même sens en montrant une supériorité de la kétamine sur l'halopéridol en termes de sédation, mais elle expose à plus de complications [6–8]. Une méta-analyse publiée en 2020 [9], incluant 13 études (dix réalisées en préhospitalier, trois en structures des urgences), retrouve une meilleure sédation des patients (risque relatif [RR] = 1,95 : [0,47–8,11]), mais également un plus grand pourcentage d'intubation orotrachéale (RR = 2,44 : [0,75–7,91]), par rapport au groupe témoin (utilisation halopéridol ou benzodiazépines). Dans cette étude, les auteurs rappellent que le délai d'action de la kétamine par voie intraveineuse est d'une à deux minutes et de trois minutes. Les posologies utilisées

sont en moyenne de 2 mg/kg en i.v. et de 4 ou 5 mg/kg en i.m. De ce fait, l'utilisation de la kétamine en extrahospitalier doit être discutée au cas par cas par une équipe expérimentée en garantissant la sécurité du patient (matériel de réanimation disponible).

Circuit au sein de la SU

Accueil d'un patient suspect d'une pathologie psychiatrique en SU

L'évaluation du patient suspect d'une pathologie psychiatrique débute dès l'accueil et le tri par l'infirmier organisateur de l'accueil (IOA) par la mesure des paramètres vitaux, puis par sa catégorisation (tri 2 à tri 4 selon l'échelle de tri French Emergency Nurses Classification in Hospital [FRENCH]) [10]. L'orientation après le tri dépend de la capacité du patient à être installé dans une zone d'attente (i.e. risque de fuguer, passage à l'acte, agitation psychomotrice) et sur le fait qu'il soit ou non accompagné. La présence d'un accompagnant tout au long de son parcours au sein de la SU doit être encouragée, mais uniquement si cela a un effet apaisant pour le patient. Un box dédié permet de proposer un accueil sécurisé limitant les risques de fugue.

De manière optimale, la prise en charge doit être faite dans une zone de la SU dédiée à la psychiatrie et indépendante, qu'elle soit séparée ou au sein de la SU. Sinon elle se fait dans un box classique pour le patient calme et non à risque de passage à l'acte. En cas d'agitation ou de risque de passage à l'acte, un box dédié ou adaptable doit être utilisé : il permet de pouvoir isoler le patient dans une ambiance sereine et rassurante et de prévenir les gestes d'auto- et d'hétéroagressivité (cf. section gestion de l'agitation).

Description d'un box adapté à la prise en charge d'un patient à présentation psychiatrique

En l'absence d'un box dédié, un box polyvalent doit pouvoir être rapidement adapté. Il doit être totalement vidé de tout objet contondant, tranchant ou pouvant servir de projectile (i.e. matériel informatique, potence, petits mobiliers), de produits toxiques (i.e. antiseptique, soluté hydroalcoolique...) pouvant être ingérés, de fils ou de points d'ancrage hauts pouvant servir à une strangulation. L'accès d'entrée doit être unique et les ouvertures sur l'extérieur, type fenêtres, doivent pouvoir être verrouillées. La superficie du box doit permettre l'intervention de cinq à six personnes en cas d'agitation nécessitant la mise en place d'une contention. Un point d'appel d'urgence situé à l'intérieur du box ainsi qu'une possibilité de surveillance depuis l'extérieur doivent être disponibles. Le déshabillage du patient ne doit pas être systématique mais limité aux patients présentant un risque autoagressif et/ou

devant être contenté. Tout déshabillage doit être explicité et expliqué au patient. Le vestiaire sera mis en sécurité dans un lieu non accessible au patient.

L'évaluation somatique doit être faite par le médecin de la SU, mais celle-ci ne doit pas être un préalable à toute prise en charge psychiatrique sauf s'il existe une intoxication associée ou un problème somatique aigu dépisté par l'IOA. Jusqu'à preuve du contraire, tout patient présentant des symptômes psychiatriques inconnus doit être considéré comme d'étiologie somatique. Ainsi, le patient présentant une pathologie psychiatrique peut avoir une évaluation psychiatrique suivie secondairement d'une évaluation somatique, sur demande du psychiatre. D'après la littérature, les facteurs pouvant améliorer le diagnostic d'une pathologie somatique sous-jacente sont :

- la mise en place d'une équipe de liaison psychiatrique disponible 24 heures/24 à proximité de la SU ;
- l'élaboration de protocoles interservices médicopsychiatriques pour la prise en charge des pathologies somatiques chez les patients avec une présentation psychiatrique ;
- ainsi que la tenue de réunions régulières entre les représentants des deux services [11].

La présence d'un médecin somaticien dans les services de psychiatrie permet le suivi des pathologies courantes en psychiatrie [12] et évite la nécessité d'un bilan systématique en SU, toutefois cette organisation ne domine pas au sein des services de psychiatrie. En cas d'intoxication associée, la prise en charge somatique prime sur la prise en charge psychiatrique d'autant plus s'il existe un risque vital.

La présence d'infirmiers diplômés d'État (IDE) formés ou d'IDE des centres médicopsychologiques, au sein de la SU et travaillant étroitement avec l'équipe médicale psychiatrique intervenant en SU est à encourager [13]. Elle permet d'accélérer les parcours de ces patients. Bien qu'il n'existe pas un fort niveau de preuve sur l'efficacité de cette prise en charge, il existe un impact positif sur les délais, sur l'apaisement et la satisfaction du patient [14]. L'IDE compétent en psychiatrie permet un accompagnement du patient et prépare l'entretien avec le psychiatre (i.e. contact avec les accompagnants, rassemblement des pièces médico-légales, connaissance de l'histoire antérieure du patient). Cette intervention doit cependant toujours être suivie d'une évaluation par un médecin psychiatre. Le recours à un psychologue en SU peut être une aide dans la prise en charge, mais ne peut, en aucun cas, se substituer à l'avis du médecin psychiatre.

Lorsqu'un entretien médical psychiatrique direct est impossible, l'utilisation d'une téléconsultation a montré son intérêt sur la prévention du passage à l'acte chez le patient dépressif et sur le taux de récurrence chez le patient ayant déjà fait un passage à l'acte. Cette technologie permet de sécuriser les prises en charge tout en évitant des transferts inutiles [15–17]. Son emploi doit être protocolisé localement

entre la SU et le service de psychiatrie réalisant cette téléconsultation. En effet, la téléconsultation psychiatrique ne peut totalement répondre à l'ensemble des enjeux de la psychiatrie d'urgence y compris chez un patient calme. L'évaluation d'un patient délirant et/ou présentant une dissociation psychique importante peut être très compliquée par visioconsultation, et la gestion psychiatrique d'un patient agité est évidemment contre-indiquée par visioconsultation.

La prescription des traitements psychotropes, qu'ils soient pour le retour à domicile ou l'hospitalisation (en secteur de psychiatrie ou non), est sous la responsabilité du médecin psychiatre. La prescription des traitements et soins somatiques reste sous la responsabilité du médecin urgentiste tant que le patient est présent au sein de la SU.

Évaluation du risque suicidaire

Les SU prennent en charge de manière courante des patients suicidaires ou suicidants (après le passage à l'acte). L'apparition d'idées suicidaires et a fortiori le passage à l'acte sont à comprendre comme l'acutisation d'un processus pathologique sous-jacent. Il existe donc une réelle opportunité de détecter le risque suicidaire dans nos structures, d'autant plus que proposer un suivi permet de diminuer la morbi-mortalité [18,19]. L'évaluation du risque suicidaire par l'urgentiste est possible en s'aidant de différents outils décrits dans la littérature sous forme de score de risque sans qu'aucun n'ait montré sa supériorité sur les autres. Une des échelles validées aux urgences est la Manchester Self-Harm Rule qui se base sur quatre points : antécédents d'autolyse ?, antécédents de prise de traitement à visée psychiatrique ?, utilisation de benzodiazépines dans la tentative d'autolyse actuelle ?, traitement par psychotrope en cours ? Les patients qui ont un score nul sont beaucoup moins à risque de récurrence [20]. Un des critères majeurs de l'évaluation initiale reste de demander dès l'accueil IOA, puis lors de l'entretien médical s'il existe encore une velléité suicidaire. Dans ce cas, le risque de récurrence précoce y compris en intrahospitalier est non nul. L'évaluation de la stratégie de prise en charge d'orientation d'un patient suicidaire ou suicidant est complexe. De fait, l'évaluation psychiatrique doit être systématique [21]. La prise en charge du patient psychiatrique nécessite une surveillance et une sécurisation des lieux. En dehors des situations où il existe un risque vital somatique, les SU ne sont pas structurellement prévues pour cela, et des unités de santé mentale au sein des services d'urgences devraient être le plus possible implémentées lorsque cela est possible.

La décision d'hospitalisation ou de non-hospitalisation doit être conjointe entre le médecin psychiatre et le médecin urgentiste. Le lieu d'hospitalisation en soins libres (SL) ne dépend pas forcément du secteur dont dépend le patient, contrairement aux hospitalisations sans consentement. La recherche d'une place d'hospitalisation en psychiatrie reste

de la responsabilité du psychiatre, le transfert se faisant après accord entre ce dernier et le service d'aval. En cas de fugue, la déclaration administrative doit être systématique avec demande de recherche justifiée auprès des forces de l'ordre s'il existe un risque suicidaire, si le patient présente des idées délirantes ou s'il existe une hétérodangérosité.

Évaluation somatique initiale

Généralités

Les patients se présentant en SU pour des symptômes d'allure psychiatrique peuvent avoir comme cause une étiologie organique ou toxique. Ces entités pouvant parfois être très intriquées. L'enjeu dans les SU pour les patients naïfs de tout antécédent psychiatrique, arrivant souvent pour des troubles aigus, n'est pas nécessairement de poser un diagnostic précis, mais plutôt de ne pas méconnaître une pathologie somatique pouvant mettre en jeu le pronostic vital du patient ou de modifier son orientation. En effet, les pathologies psychiatriques peuvent aussi bien provoquer la décompensation d'une maladie chronique (i.e. diabète) ou être à l'origine d'une lésion organique, dont l'expression symptomatique peut être modifiée par la pathologie psychiatrique (i.e. pathologie des pieds chez les patients réalisant un voyage pathologique). À noter que la mortalité des patients souffrant de pathologies psychiatriques est bien supérieure à celle de la population générale [22], et cela est particulièrement vrai chez les 35-54 ans, chez qui la mortalité est quatre fois supérieure.

Aussi, certaines pathologies somatiques peuvent engendrer des symptômes d'allure psychiatrique. Elles sont multiples, tant dans leur origine que dans leurs manifestations, pouvant induire des troubles de la perception (hallucinations auditives ou visuelles), du contenu de la pensée (état délirant) ou encore des troubles anxieux et du comportement.

À noter quelques particularités :

- une confusion n'est qu'exceptionnellement d'origine psychiatrique. Une étiologie médicale ou toxique est fréquente ;
- les présentations d'allure maniaque peuvent être d'origine médicale iatrogène (i.e., corticothérapie) ou toxique (i.e. cocaïne, alcool) et donc avoir des conséquences somatiques. Après une évaluation et un bilan somatique initial, la prise en charge est au mieux réalisée dans un secteur d'urgence psychiatrique ;
- la présentation dépressive typique justifie prioritairement une évaluation psychiatrique. Une évaluation somatique devra être faite dans un second temps à la demande du psychiatre ;
- les présentations anxieuses : situations difficiles et complexes pour lesquelles il est difficile de faire la part des

choses entre participation psychiatrique et somatique. L'urgence repose sur la réalisation d'un tri somatique rapide, le soulagement de la crise et le repérage d'atypies (idée délirante, hallucinations, confusion) et des critères de sévérités (idées suicidaires, stupeur, événement traumatique sévère, syndrome dépressif). L'avis psychiatrique en urgence n'a d'intérêt qu'en présence de critères de sévérité, d'atypies ou des répétitions des crises anxieuses.

Examen clinique et paraclinique

L'examen clinique initial d'un patient à présentation psychiatrique ne doit pas faire perdre de temps à l'évaluation psychiatrique. Il a pour but de rechercher des arguments orientant vers une cause organique de la présentation psychiatrique (i.e. toxidrome, argument en faveur d'un syndrome démentiel, atypie dans la présentation d'un patient psychiatrique connu).

Le bilan paraclinique vise à réaliser une recherche étiologique somatique, éliminer un diagnostic différentiel, surveiller l'évolution d'un patient et/ou réaliser un bilan préthérapeutique.

En pratique, les experts recommandent de réaliser un bilan paraclinique, dès les SU, dans les situations suivantes :

- premier épisode de bouffée délirante aiguë ou premier épisode psychotique, notamment chez les plus de 40 ans ;
- premier épisode thymique, hors symptomatologie typique de syndrome dépressif avec facteur déclenchant ;
- expression clinique psychiatrique inhabituelle chez un patient présentant des antécédents psychiatriques ;
- symptomatologie atypique (syndrome confuso-onirique, hallucinations visuelles isolées, troubles cognitifs...) ;
- bilan étiologique et/ou élimination d'un diagnostic différentiel ou surveillance évolutive ou acte thérapeutique (i.e. intoxication médicale volontaire).

Le bilan initial peut comporter (ce bilan n'est ni obligatoire ni exhaustif mais à discuter au cas par cas) : une glycémie capillaire, une numération formule sanguine, un ionogramme sanguin, un bilan hépatique complet, une hémostase, une calcémie, une alcoolémie ou éthylotest, un électrocardiogramme et une tomодensitométrie cérébrale, un dosage de bêta-HCG chez la femme en âge de procréer (sanguin ou urinaire). Le dosage des toxiques urinaires apporte une information sur le contexte, mais ne doit pas être systématique [23]. Le dosage sanguin médicamenteux sera réalisé en fonction du traitement du patient, et seulement si cela a un impact sur la prise en charge du patient (i.e., lithiémie pour les patients sous lithium).

La réalisation d'autres examens doit être guidée par l'examen clinique et fondée sur un dialogue somaticien-psychiatre. Selon les cas, d'autres examens pourront être discutés

mais non systématiques (i.e. TSH, sérologies VIH et syphilis, électroencéphalogramme, ponction lombaire).

Surveillance et orientation

Gestion des filières

Devant ces pathologies mixtes impliquant les urgentistes et les psychiatres, il est nécessaire de prévoir des filières de prise en charge :

- si le patient a été initialement admis dans une SU générale, les critères de transfert aux urgences psychiatriques ou d'appel au psychiatre doivent être déterminés pour chaque structure [24]. En pratique et de manière générale, une fois la situation somatique réglée et le patient apte à un entretien dans de bonnes conditions, il peut être orienté vers le psychiatre ;
- à l'inverse, dans le cas d'une admission initiale dans une unité d'urgence psychiatrique, une évaluation somatique doit être possible à la demande des psychiatres en cas de situation aiguë ;
- après évaluation et en cas de nécessité d'hospitalisation, celle-ci sera organisée par les psychiatres pour une admission en psychiatrie et par les urgentistes pour les services de médecine. Les conduites à tenir suite à la prise en charge initiale doivent être écrites de manière claire et explicite.

Orientation du patient

Les modalités d'orientation se feront en fonction de la présentation clinique du patient et devront être discutées au cas par cas. Les grandes orientations possibles au décours des urgences en fonction de l'état psychiatrique du malade.

Pour les patients présentant des troubles psychiatriques :

- retour au domicile avec consultation médecin traitant, psychiatre libéral, consultation psychiatrie posturgence ou consultation en centre médicopsychologique ;
- hospitalisation en SL (sur secteur ou intersectorielle), ou soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT), en soins psychiatriques péril imminent (SPPI), voire soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'État (SPDRE).

Pour les patients présentant des troubles addictologiques :

- retour au domicile avec consultation médecin traitant, addictologue libéral, consultation psychiatrie posturgence ou en centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ;

- ou hospitalisation en service addictologie ou tout autre service apte à prendre en charge le patient.

Particularité du patient âgé présentant des troubles du comportement

Diagnostic et orientation

Chez les patients de plus de 65 ans avec ou sans antécédents psychiatriques, les comorbidités somatiques et psychiatriques sont fréquentes [25–27]. Peu de patients de plus de 65 ans relèveraient, après examens clinique et paraclinique, d'une prise en charge psychiatrique seule [28,29]. De plus, l'entrée tardive dans une pathologie psychotique ou thymique est très rare après 65 ans [30]. En revanche, les patients âgés présentant des antécédents de troubles de l'humeur sont plus à risque de suicide que la population générale [31].

Les signes cliniques pouvant faire suspecter l'existence d'une pathologie psychiatrique sont nombreux : symptômes comportementaux (agitation ou ralentissement), troubles motivationnels (apathie), symptômes thymiques (élévation de l'humeur ou tristesse) ou anxieux, symptômes psychotiques (idées délirantes, anomalies perceptives visuelles ou hallucinations auditives...), les troubles des fonctions instinctives (troubles du sommeil, troubles de l'appétit), ou des idées suicidaires. Ils peuvent évoquer des troubles de l'humeur (dépression ou état maniaque) ou des pathologies psychotiques constituées comme une schizophrénie ou trouble délirant persistant.

La notion de suivi psychiatrique ou de traitement psychotrope ne doit pas faire orienter trop rapidement le patient dans un parcours de soins psychiatrique, car les comorbidités somatiques sont fréquentes. L'existence d'une pathologie psychiatrique préexistante doit rendre d'autant plus attentive la recherche d'une comorbidité somatique, car l'expression de la plainte somatique peut être modifiée par les symptômes psychiatriques.

Par ailleurs, la présence de symptômes, tels que des troubles de la vigilance, des troubles cognitifs, des anomalies perceptives visuelles, doit faire suspecter l'existence d'un trouble neurocognitif ou apparenté potentiellement compliqué de troubles psychocomportementaux. Dans ces situations, une collaboration active entre urgentistes, psychiatres et gériatres est nécessaire. Les patients avec une pathologie démentielle relèvent d'une prise en charge gériatrique ou en gérontopsychiatrie en cas de comorbidités psychiatriques.

Les SU n'étant pas des structures adaptées à la prise en charge de ces patients, leur orientation devrait être anticipée au mieux par le réseau extrahospitalier (unité cognitivocomportementale, gérontopsychiatrie, EHPAD). L'orientation sera également facilitée par l'intervention, quand elle existe, d'une équipe mobile gériatrique.

Traitement et gestion d'une agitation aiguë, particularités chez le patient âgé

Les mesures non médicamenteuses générales de prise en charge d'une agitation aiguë chez un patient âgé en SU sont les mêmes que pour la population générale. La contention physique doit être fortement limitée pour un patient âgé du fait du risque accru d'effets secondaires (cf. paragraphe gestion de l'agitation). La recherche et le traitement d'une cause somatique sont indispensables et prioritaires.

En cas de nécessité d'un traitement médicamenteux, les antipsychotiques sont les molécules de choix pour le traitement de l'agitation ou trouble délirant chez le patient âgé [30–32], il sera préféré une molécule ayant le moins d'effet anticholinergique possible. Ainsi, le tiapride et la rispéridone semblent avoir une place de choix. La dose de tiapride en situation aiguë est de 50 mg p.o. ou sous-cutanée, le traitement pourra être poursuivi à raison de 25 mg, trois fois par jour. La dose de rispéridone sera initialement de 0,5 mg par voie orale, on pourra par la suite prescrire 0,5 mg à 2 mg/j $2 \times j$. Si l'anxiété est prédominante, un traitement par benzodiazépine à demi-vie courte peut être proposé (oxazépam 5 mg p.o.).

Les doses doivent être adaptées à l'âge et aux principales comorbidités. Chez les patients ayant pour antécédent une démence à corps de Lévy, l'usage des antipsychotiques peut aggraver le syndrome extrapyramidal, il est donc préférable de prescrire des benzodiazépines à demi-vie courte.

Cas de l'intoxication médicamenteuse volontaire

L'intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) est la méthode de tentative de suicide la plus fréquente avec une prévalence qui varie de 50 à 90 % selon les pays [33–35]. La prise en charge somatique des intoxications médicamenteuses fait l'objet de recommandations formalisées d'experts [23]. La prise en charge initiale consiste à traiter les éventuelles défaillances vitales et déterminer s'il existe une indication à un antidote, une décontamination ou un traitement épurateur. La réalisation systématique d'un *screening* urinaire dans les IMV n'est pas recommandée [36–38].

Dans certaines études récentes, le désir de mourir était significativement associé à la gravité potentielle du toxique ingéré [39]. Cependant, l'ingestion d'un médicament a priori bénin ne permet pas d'écarter un risque suicidaire pour le patient. L'association entre pathologie psychiatrique sévère et gravité des IMV est importante [34,40]. Les malades présentant des pathologies psychiatriques réalisent plus d'intoxications polymédicamenteuses, et leur intoxication est associée à une plus grande mortalité [41–43]. Les patients présentant des pathologies psychiatriques sont plus à risque

de récurrence et d'hospitalisation [35,43]. Une intoxication chronique d'alcool, et/ou de drogues, ne doit pas faire sous-estimer la pathologie associée et la nécessité d'un avis psychiatrique. En conséquence, il est recommandé de réaliser une évaluation de l'intentionnalité suicidaire, ainsi que du risque de récurrence, pour tout patient consultant pour une intoxication médicamenteuse volontaire [44,45].

Il n'existe aucune étude qui permette de définir un délai minimal entre une évaluation psychiatrique et une intoxication médicamenteuse volontaire. En revanche, les recommandations d'experts suggèrent de s'assurer que l'état cognitif du patient est compatible avec une évaluation psychiatrique [46]. En conséquence, il semble pertinent de proposer une évaluation psychiatrique dès que le patient est en état de réveil suffisant. Le psychiatre pourra décider de reporter l'évaluation s'il estime que l'état ne permet pas un entretien fiable. En effet, une imprégnation médicamenteuse associée ou non à des toxiques peut être à l'origine d'une modification de la séméiologie psychiatrique, voire mimer une pathologie psychiatrique. Elle peut être également responsable d'une amnésie de l'entretien et des actions décidées, en particulier pour les benzodiazépines [47,48].

Patient alcoolisé à présentation psychiatrique

Il est important de différencier le patient présentant un trouble lié à l'usage d'alcool de l'intoxication occasionnelle. Concernant l'intoxication éthylique aiguë occasionnelle, une évaluation psychiatrique est nécessaire en cas d'ivresse pathologique avec maintien des symptômes psychiatriques à distance (i.e. avec propos suicidaires ou d'allure maniaque, délirants, hallucinations). Si ces symptômes sont résolutifs au décours de l'alcoolisation, une sortie avec information sur une orientation en consultation d'addictologie est possible sans avis psychiatrique.

Il n'y a pas d'études donnant un taux d'alcoolémie à partir duquel une évaluation psychiatrique est possible, et ce, probablement du fait des variabilités interindividuelles de tolérance à l'alcool [46]. L'utilisation d'un éthylomètre sur air expiré peut donner un reflet fiable de l'éthanolémie, et ce, plus rapidement qu'une éthanolémie [49]. On peut suggérer que l'évaluation puisse se faire à partir d'un degré de conscience et de cohérence du patient adapté à un entretien psychiatrique. Les experts suggèrent la mise en place de protocoles locaux entre urgentistes, psychiatres et addictologues, pour déterminer les critères cliniques, et biologiques à partir desquels une évaluation psychiatrique est possible et de définir les modalités et les critères d'orientation dans des filières adaptées (somatiques, psychiatriques ou addictologiques).

Gestion de l'agitation

Distinction entre agressivité et agitation

L'agitation peut conduire à des passages à l'acte auto- ou hétéroagressifs, mais elle n'est pas forcément synonyme de violence, et certains états d'agitation sont dénués de toute agressivité. Il faut donc distinguer la violence fondamentale, qui est un réflexe de défense lié à la peur quand on se sent attaqué, de l'agressivité. Si elle devient incontrôlable, l'agitation peut engendrer de la violence. Plusieurs échelles permettant d'évaluer la sévérité de l'agitation. Ces échelles ont été développées en milieu psychiatrique et sont peu adaptées à la temporalité d'un SU. Toutefois, il peut être intéressant de s'en inspirer pour construire des actions pédagogiques à destination de l'ensemble des personnels [50–53]. Devant toute agitation aiguë, il faut tout d'abord éliminer une cause non psychiatrique (Tableau 1) [54].

Identification des patients à risques

Il est utile de repérer, chez les patients agités, les signes précurseurs d'une agitation incontrôlable (Tableau 2). En effet, le repérage précoce est une urgence, car la non-prise en charge rapide du patient peut entraîner la mise en danger de celui-ci, mais aussi des professionnels de santé [55–57].

Désescalade de l'agitation par une approche non pharmacologique

La prise en charge doit suivre un processus bien défini. La première étape est une approche relationnelle ayant pour but de prévenir l'escalade vers le passage à l'acte auto- ou hétéroagressif. La prise en charge initiale doit garantir l'hypostimulation du patient (Tableau 3) [58–60]. Pour ce faire il est indispensable d'installer le patient dans un endroit calme et toujours à proximité d'autres membres du personnel.

Il est important de distinguer deux situations différentes, l'agitation dite contrôlable et l'agitation incontrôlable. L'agitation contrôlable est définie comme une situation dans laquelle l'approche relationnelle ainsi que les techniques de désescalade permettront de détendre le patient au fil de l'entretien, ce qui permettra à celui-ci d'accepter les soins et l'examen. Dans cette situation, la contention physique n'est pas recommandée [61]. L'agitation incontrôlable est définie comme une agitation avec violence ou avec éléments prédictifs de passage à l'acte imminent. Le patient devient difficilement accessible au dialogue. La violence est le moment où le sujet ne reconnaît plus l'altérité, et où il est plus difficilement accessible aux interventions. Dans ce contexte, il faut essayer de circonscrire le plus rapidement possible un espace sécurisé de prise en charge séparé des autres patients [62].

Tableau 1 Principales étiologies des états d'agitation réactionnelle	
Causes toxiques	<ul style="list-style-type: none"> – Alcool/stupéfiants – Iatrogénie médicamenteuse (i.e. sevrage benzodiazépine et/ou psychotropes, surdosage...) – Exposition à des toxiques environnementaux (monoxyde de carbone)
Causes métaboliques	<ul style="list-style-type: none"> – Hypoglycémie/hyperglycémie – Troubles électrolytiques – Hyperthyroïdie
Causes organiques	<ul style="list-style-type: none"> – Douleurs aiguës : rétention aiguë d'urine, fécalome, infarctus du myocarde, colique néphrétique, pancréatite aiguë – Neurologiques (traumatisme crânien, hématome extra ou sous-dural, accident vasculaire cérébral, hémorragie méningée, tumeur cérébrale, épilepsie...) – Hypoxie/hypercapnie – Hyperthermie – État de choc
Retard mental	

Tableau 2 Éléments prédictifs d'un passage à l'acte violent
Modifications comportementales (i.e. refus de s'asseoir, incapacité à rester en place, sursauts et immobilisation avec ébauche de gestes de menace ou de défense, changements brutaux inexplicables de comportement ou agitation psychomotrice progressive, menaces, insultes, voix modifiée, tension musculaire)
La pathologie (schizophrénie ou trouble bipolaire)
Les antécédents d'addictions
L'intoxication aiguë (alcool ou autres substances)
Histoire du patient : actes de violence, actes antisociaux non violents, antécédents de tentatives de suicide ou autres comportements autodestructeurs, impulsivité
Notion de port d'objets pouvant servir d'arme
Facteurs de stress aigus (conflits conjugaux)
Nombre croissant d'admissions aux urgences
Mode d'arrivée contraint aux urgences (pompiers, police, accompagné par la famille « contre son gré »)
Caractéristiques sociodémographiques (i.e. niveau socio-économique bas, rareté des supports sociaux, sexe masculin, sujet jeune, célibataire)

Pour être en mesure de rassurer, il faut se sentir soi-même en sécurité en garantissant dans l'espace un accès à la porte, qui doit être accessible au patient. Le personnel soignant dit de « renfort » doit se situer à proximité immédiate et être informé de la situation pour être prêt à intervenir si besoin [63]. Lors de cet entretien, il s'agit d'essayer de cerner avec le patient ses besoins, ses demandes, mais aussi ses difficultés à les exprimer. Il faut amener le patient à proposer lui-même les solutions à mettre en œuvre pour diminuer la tension (i.e. médication, collation...). Il est fortement recommandé à tout service d'avoir un box identifié de prise en charge de l'agitation (cf. section circuit au sein de la SU). L'usage des contraintes physiques diminue lorsque le ratio personnel soignant/patients est plus important et lorsque des procédures d'identification et de management précoce des comportements à risque sont mises en place.

Contention physique

La contention physique est une mesure d'exception, qui vise à répondre à des cas d'agitation incontrôlable. Il s'agit d'une prescription médicale, immédiate ou différée. Elle ne doit être réalisée qu'après avoir été expliquée au patient et seulement si :

- les techniques de désescalade ont échoué ;
- et que la médication per os a été refusée par le patient.

La contention n'est pas un geste de première ligne de prise en charge [64]. La mise en place des contentions doit être effectuée rapidement et de façon protocolisée afin d'éviter de mettre en danger le patient et le personnel soignant. Pour ce faire, il est indispensable que les équipes soient

Tableau 3 Principes des techniques de désescalade et principes relationnels

<p>Respecter la personne et son espace personnel</p> <p>Ne pas être provocateur. Un contact oculaire prolongé ou certaines attitudes comme par exemple avoir les bras croisés ou les mains cachées peuvent parfois être perçus par le patient comme menaçant [59–61]</p> <p>Établir un contact verbal (se présenter, rassurer le patient) et oculaire</p> <p>Utiliser un langage clair et concis</p> <p>Identifier les besoins du patient et ses émotions (valider ce que le patient ressent)</p> <p>Écouter attentivement ce que le patient dit et reformuler pour démontrer son attention</p> <p>Montrer son accord (quand cela est possible) : approche empathique qui favorise le retour au calme</p> <p>Établir des limites et donner des consignes claires</p> <p>Proposer des choix limités et réalistes au patient et se montrer optimiste</p> <p>Rester disponible, garder son calme, parler doucement de manière claire et rassurante, expliquer ce qui va être fait, écouter avec empathie et compréhension et respecter une certaine distance physique (i.e. une longueur de bras)</p> <p>Reprendre la situation avec le patient et l'équipe après la crise</p>

régulièrement formées à ces techniques afin qu'elles puissent être intégrées dans la pratique courante.

En cas de danger imminent pour le patient ou l'équipe soignante, la contention peut être initiée par l'équipe paramédicale, mais cela impose une prescription médicale dans l'heure qui suit sa mise en place. Les motifs de son recours, sa durée d'application, et les modalités de surveillance du patient contenu doivent faire partie intégrante du dossier médical du patient.

La surveillance du patient contentonné doit être systématique et adaptée à ses comorbidités et aux traitements entrepris. En effet, des complications graves ont été rapportées avec la contention (i.e. asphyxie, problèmes cardiaques, blessures, strangulation), voire des décès, notamment chez les patients âgés [65,66]. La mise en place d'une contention doit être considérée comme une situation à risque, susceptible d'occasionner un surcroît d'agitation et de risque de passage à l'acte hétéroagressif, ainsi que des blessures aussi bien pour le patient que pour le personnel.

Sur le plan pratique, il est conseillé de disposer, dans les SU, de kits de contention, régulièrement vérifiés et facilement accessibles ainsi qu'un brancard préalablement équipé. Ces dispositifs de contention doivent faire l'objet d'une autorisation de mise sur le marché. Seules les contentions aimantées ont leur place. A contrario, des contentions dites douces doivent être réservées à la contention préventive de chute du sujet âgé (Tableau 4) [67].

Prise en charge pharmacologique de l'agitation

Peu d'essais cliniques de haute qualité méthodologique ont évalué la prise en charge pharmacologique de l'agitation. Le traitement de l'agitation doit d'abord être étiologique si une cause médicale est identifiée ou présumée. La dose utilisée est adaptée en fonction de la gravité de l'agitation, de l'âge du patient, de son état de santé ainsi que de sa corpulence. Il

est préférable de n'utiliser qu'une seule molécule afin de limiter les interactions potentielles avec les traitements ou avec les stupéfiants pris par le patient.

Dans le cas d'une agitation aiguë sans violence et selon le tableau clinique, les experts suggèrent, si nécessité de médication, les molécules suivantes :

- agitation sans orientation étiologique : il est possible d'utiliser initialement une benzodiazépine (i.e. diazépam 10 mg p.o. ou i.m.) ;
- agitation/OH : il est possible d'utiliser une benzodiazépine (i.e. diazépam 10 mg p.o. ou i.v.)
- troubles psychocomportementaux chez un dément : il est souhaitable de privilégier un antipsychotique ayant le moins d'effet anticholinergique (i.e. tiapride 50 mg p.o./s.c. ou rispéridone 0,5 mg p.o.) ;
- patient délirant ou possiblement psychotique : il est possible d'utiliser initialement un antipsychotique (i.e. olanzapine 10 mg p.o. ou loxapine 50 mg i.m.) ;
- attaque de panique : benzodiazépine à demi-vie courte : alprazolam 0,25 mg p.o. ;
- anxiété : benzodiazépine (i.e. diazépam 10 mg p.o. ou i.m.) ;
- confusion : en dehors de cas de violence, il n'est pas souhaitable de donner un traitement dans un premier temps.

Devant toute agitation aiguë avec risque accru de violence, l'utilisation d'un neuroleptique sédatif en dehors de toute contre-indication (i.e. loxapine 100 mg p.o. ou 50 mg i.m.) est souhaitable.

Implications réglementaires

Dans le cadre de l'urgence psychiatrique, le patient et ses proches doivent être informés de toutes les décisions prises dans le respect de la réglementation. Un des enjeux majeurs est d'arriver à concilier le respect de la liberté individuelle, la

Tableau 4 Check-list de la contention aux urgences dans le cadre de l'agitation aiguë	
Mise en place de la contention	– Un minimum de cinq personnes (une par membre et une coordonnante qui maintient la tête du patient pour éviter le risque de morsure ou de crachats [67]. Seuls les membres de l'équipe médicale et paramédicale sont habilités à participer à la mise en place de la contention – Maintien du dialogue avec le patient par le coordonnante (réassurance, information claire et ferme du patient) – Déshabillage du patient avec vigilance vis-à-vis d'objets potentiellement dangereux (briquet, objet pris dans la poche des soignants, ciseaux...) – Respect du patient – Contention « cinq points », avec une attache pour chaque membre et une ceinture ventrale ou thoracique sauf cas très particuliers (sujet âgé notamment)
Sécurité patient	– La tête doit être légèrement surélevée une fois la mise en contention réalisée pour limiter le risque d'inhalation – Les attaches doivent permettre de limiter les amplitudes de mouvements des membres pour limiter au maximum le risque que le patient se détache lui-même ou puisse se blesser avec des objets accessibles (barrières) – Les attaches doivent être adaptées à la morphologie du patient – Si un brancard est utilisé, celui-ci doit être bloqué et positionné le long d'un mur – Dans la mesure du possible, le patient contenu physiquement doit être maintenu dans une chambre seule, dont la porte doit rester en partie ouverte mais à l'abri des regards non soignants – Veiller à ce qu'aucun point de contention ne soit douloureux ou compressif
Sédation	– Systématique lors de la mise en place de la contention. Les objectifs sont de permettre la réalisation d'un examen clinique, réduire l'agitation, limiter l'anxiété liée à la mise en contention, et diminuer la durée de cette dernière – Privilégier la forme orale
Surveillance	– Chaque service doit avoir un protocole concernant la surveillance d'un patient contenu, et ce, dans l'objectif de garantir la traçabilité de cette procédure comme préconisé par la HAS (prescription médicale, tenue du dossier patient)
Réévaluation	– La contention physique est une mesure temporaire, elle doit être réévaluée régulièrement et levée dès que l'état du patient le permet – Les contentions partielles ou la levée partielle des contentions (i.e. membres supérieurs seulement, ventrale seule, draps...) doivent être proscrites
Traçabilité	– Chaque établissement doit tenir un registre qui mentionne, pour chaque mesure d'isolement ou de contention, le nom du médecin ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée (article L. 3222-5-1 CSP loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016). Ce registre doit notamment être présenté au contrôleur général des lieux de privation de liberté, à sa demande
HAS : Haute Autorité de santé ; CSP : code de santé publique	

nécessité d'apporter des soins adaptés à l'état du patient, incluant éventuellement la contention et la contrainte, et la nécessité de préserver la sécurité des soignants et des autres patients. Le patient présentant une pathologie psychiatrique a les mêmes droits que les autres patients.

Refus de soins

Le patient à présentation psychiatrique renvoie au problème du consentement libre et éclairé tel qu'il est précisé dans la loi [68]. La loi affirme la prééminence du refus du patient sur la proposition de décision thérapeutique du médecin [69].

Il est donc important de distinguer deux situations face à un patient à présentation psychiatrique :

- le refus de soins psychiatriques, permettant de contraindre le patient sans son consentement. Mais cela uniquement si le patient présente un trouble du jugement (idées délirantes, idées suicidaires persistantes) susceptible de mettre en danger le patient (risque suicidaire, vulnérabilité) ou autrui (persécuteur désigné) ;
- le refus de soins somatiques ou le refus de soins somatiques sous-tendus par des motifs psychiatriques, ne permettant pas de contraindre le patient sans son consentement aux soins somatiques. Cela sera uniquement valable en dehors des situations où la non-assistance à personne en danger peut être évoquée. Par exemple, on ne peut pas contraindre un patient délirant refusant une appendicectomie. En effet, si un malade refuse des soins somatiques et que cela est sous-tendu par une pathologie psychiatrique, il est possible de prendre en charge le malade sur le plan psychiatrique, sous contrainte si nécessaire, et de tenter de lui reproposer les soins somatiques une fois la pathologie psychiatrique stabilisée. Par contre, on doit contraindre le même patient à l'intervention chirurgicale si celui-ci présente un état de choc septique suite à son appendicite.

Il convient de respecter trois principes :

- établir un constat écrit du refus de soins signé, si possible, par l'intéressé et deux témoins et contresigné par le médecin ;
- établir par écrit des éléments de traçabilité de la dangerosité qui empêche de le soigner ;
- écrire dans le dossier les propositions ainsi que les moyens mis en œuvre pour convaincre le patient.

Ces mesures n'ont pas de valeur juridique au sens strict du terme, mais authentifient le fait que l'éthique et la déontologie ont été respectées.

Patient parti sans soins

Théoriquement, le patient majeur qui ne bénéficie pas d'une mesure d'hospitalisation sous contrainte est libre de quitter l'établissement. Mais le signalement à la police de la fugue d'un patient agité ou dangereux pour lui-même obéit aux principes de précaution et d'assistance.

En intrahospitalier, trois mesures s'imposent :

- effectuer des recherches dans et aux alentours du service ;
- informer l'administrateur et éventuellement le cadre soignant de garde ;
- rédiger un document écrit consignait les circonstances et les constatations (document type à disposition dans les services).

La procédure externe comprend :

- en cas de mineur ou de personne protégée (tutelle, curatelle) : prévenir les services de police ou de gendarmerie, la famille ou le tuteur, le médecin traitant ;
- en cas de majeur considéré comme dangereux pour lui-même ou pour autrui : prévenir la police ou la gendarmerie est fortement recommandé, sans être une obligation formelle.

Soins sans consentement du malade

Les soins sans consentement sont régis par la loi [70] afin de garantir les droits de l'individu et assurer sa protection en lui apportant des soins spécifiques en psychiatrie. L'hospitalisation sans consentement est réglementée afin de garantir, d'une part, les droits fondamentaux de l'individu et, d'autre part, assurer sa protection ainsi que des soins spécifiques en psychiatrie. Les soins sans consentement sont placés sous le contrôle permanent du juge des libertés et de la détention.

Selon le code de santé publique, une personne atteinte de troubles mentaux peut être hospitalisée sans son consentement seulement si ses troubles rendent impossible son consentement et que son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier [71].

L'admission d'une personne en soins psychiatriques sans consentement se fait :

- soit sur décision du directeur de l'établissement de santé (SDDE) [70] consécutivement à la demande d'un tiers, en urgence (SPDTU) ou non (SPDT) ;
- soit sans demande de tiers en cas de péril imminent (SPPI) ;
- soit sur décision du représentant de l'État (SPDRE) [72] ;
- soit sur décision de justice (SDJ) [73].

Soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT/SPDTU)

Les soins sont demandés par un membre de la famille ou une personne ayant un intérêt à agir (tuteur ou curateur), à l'exclusion des personnels soignants, ou du directeur de l'établissement d'accueil.

Soins psychiatriques à la demande d'un tiers (procédure normale, SPDT)

Le directeur prononce l'admission sur présentation de deux certificats médicaux datant de moins de 15 jours et de la demande d'admission formulée par un tiers. Le premier certificat doit être réalisé par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil, le second peut être fait par un médecin de l'établissement d'accueil psychiatrique confirmant les raisons de l'hospitalisation évoquées dans le premier certificat (Annexe A). Les deux médecins ne peuvent être parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni des directeurs de l'établissement d'accueil psychiatrique, ni de la personne ayant demandé l'hospitalisation ou de la personne hospitalisée [74].

Soins psychiatriques à la demande d'un tiers (procédure d'urgence, SPDTU)

Lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, le directeur prononce l'admission sur présentation d'un seul certificat d'un médecin de l'établissement ou non et de la demande d'admission formulée par un tiers [75] (Annexe B).

La demande d'admission en soins psychiatriques doit être présentée au directeur de l'établissement d'accueil sous forme d'une lettre manuscrite, signée et datée par la personne qui formule la demande [76] (Annexes C,D). Elle doit comporter :

- les nom, prénom, profession, date de naissance et domicile de la personne qui demande les soins et celle pour laquelle ils sont demandés ;

- le cas échéant, leur degré de parenté ou la nature des relations existant entre elles avant la demande de soins ;
- si la personne qui demande les soins ne sait pas ou ne peut pas écrire, la demande est reçue par le maire, le commissaire de police ou le directeur de l'établissement qui en donne acte.

Soins psychiatriques sans demande d'un tiers (procédure péril imminent, SPPI)

Le directeur prononce l'admission à la vue :

- d'un seul certificat médical rédigé par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil [71] ;
- en présence d'un péril imminent, c'est-à-dire en cas de danger immédiat pour la santé ou la vie du malade (mais non dangereux pour les autres) ;
- et s'il est impossible de recueillir une demande d'admission d'un tiers (tiers inconnu, absent ou en cas de refus d'un membre de la famille). Il faudra décrire toutes les actions menées pour trouver un tiers afin d'éviter la mainlevée du juge si un tiers était joignable.

La validité de la procédure repose sur le directeur de l'établissement, qui vérifie que la demande a été établie conformément (Annexes E,F).

Soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'État (SPDRE)

Les SPDRE sont destinées aux personnes présentant des troubles mentaux nécessitant des soins et compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte, de façon grave, à l'ordre public et à la sécurité des personnes (Annexe G).

Il faut distinguer trois modalités d'admission : l'hospitalisation à la demande du maire, du préfet ou par décision des autorités judiciaires. Dans les trois situations, il faut obtenir un certificat médical délivré par un praticien n'exerçant pas dans l'établissement psychiatrique d'accueil associé à un arrêté municipal provisoire confirmé dans les 48 heures par un arrêté préfectoral si hospitalisation à la demande d'un maire, un arrêté préfectoral si hospitalisation à la demande du préfet ou une lettre de l'autorité préfectorale si hospitalisation à la demande des autorités judiciaires.

Une fois hospitalisé sous contrainte, le malade fait l'objet d'une période d'observation et de soins initiale de 72 heures sous la forme d'une hospitalisation complète. Deux certificats médicaux à 24 heures et à 72 heures doivent confirmer la nécessité et la nature des soins, et sont établis par les médecins de l'établissement d'accueil qui peuvent, à tout moment, en fonction de leur évaluation clinique, décider de rédiger un certificat de levée de la mesure de contrainte.

Conclusion

Ces recommandations de bonnes pratiques cliniques définissent un cadre dans la prise en charge des patients à présentation psychiatrique dans les SU. Le faible nombre de publications scientifiques sur ce domaine fait que la CREF ne peut pas émettre des recommandations formalisées d'experts. De ce fait, ce document doit servir de source de réflexion pour favoriser l'organisation locale de la prise en charge de ces patients.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Certificat de demande d'admission en soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers (procédure normale) (Matériel supplémentaire)

Demande d'admission du tiers pour l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (Matériel supplémentaire)

Certificat de demande d'admission en soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers (procédure d'urgence) (Matériel supplémentaire)

Demande d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (Matériel supplémentaire)

Certificat de demande d'admission en soins psychiatriques sans consentement en cas de péril imminent (SPPI) (Matériel supplémentaire)

Relevé des démarches de recherche et d'information de la famille pour un patient admis en soins psychiatriques en cas de péril imminent du directeur de l'établissement d'accueil ou de son représentant (Matériel supplémentaire)

Certificat de demande d'admission en soins psychiatriques sans consentement sur décision d'un représentant de l'État (SPDRE) (Matériel supplémentaire)

Références

1. Amiel M (2017) Situation de la psychiatrie des mineurs en France. <https://www.senat.fr/rap/r16-494/r16-4949.html> (Dernier accès le 22 janvier 2021)
2. République française (2013) Code de la santé publique. Article L. 3222-1-1 https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIA_RT1000028016812 (Dernier accès le 22 janvier 2021)
3. Direction générale de la santé, Direction générale de l'offre de soins (2020) Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements de santé. <https://www.sfm.u.org/fr/>

- publications/recommandations-de-la-sfmu//guide-d-aide-a-la-preparation-et-a-la-gestion-des-tensions-hospitalieres-et-des-situations-sanitaires-exceptionnelles-au-sein-des-etablissements-de-sante/-con_id/493 (Dernier accès le 22 janvier 2021)
4. Rebal D, Prieto N, Vaux J, et al (2017) Organisation et modalités d'intervention des cellules d'urgence médicopsychologique. Recommandations de la Société française de médecine d'urgence (SFMU) en collaboration avec l'Association de formation et de recherche des cellules d'urgence médicopsychologique — Société française de psychotraumatologie (AFORCUMP-SFP). *Ann Fr Med Urgence* 7:410–24
 5. Huebinger RM, Zaidi HQ, Tataris KL, et al (2020) Retrospective study of midazolam protocol for prehospital behavioral emergencies. *West J Emerg Med* 21:677–83
 6. Cole JB, Moore JC, Nystrom PC, et al (2016) A prospective study of ketamine versus haloperidol for severe prehospital agitation. *Clin Toxicol (Phila)* 54:556–62
 7. Scaggs TR, Glass DM, Hutchcraft MG, Weir WB (2016) Prehospital ketamine is a safe and effective treatment for excited delirium in a community hospital based EMS system. *Prehosp Disaster Med* 31:563–9
 8. Tran K, Mierzwinski-Urban M (2019) Ketamine for pharmacological management of aggression and agitation in pre-hospital settings: a review of comparative clinical effectiveness, safety and guidelines. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, Ottawa (ON) <https://www.cadth.ca/ketamine-pharmacological-management-aggression-and-agitation-pre-hospital-settings-review>
 9. Lebin JA, Akhavan AR, Hippe DS, et al (2019) Psychiatric outcomes of patients with severe agitation following administration of prehospital ketamine. *Acad Emerg Med* 26:889–96
 10. Taboulet P, Maillard-Acker C, Ranchon G, et al (2019) Triage des patients à l'accueil d'une structure d'urgences. Présentation de l'échelle de tri élaborée par la Société française de médecine d'urgence : la FRENCH Emergency Nurses Classification in Hospital (FRENCH). *Ann Fr Med Urgence* 9:51–9
 11. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (2005) Circulaire n° DHOS/P1/2005/327 du 11 juillet 2005 relative au recensement des actes de violence dans les établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général de la fonction publique. https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/cir_12079/CIRC (Dernier accès le 1^{er} octobre 2020)
 12. Shefer G, Cross S, Howard LM, et al (2015) Improving the diagnosis of physical illness in patients with mental illness who present in emergency departments: consensus study. *J Psychosom Res* 78:346–51
 13. Bensa Q, Auxéméry Y (2017) Les soins somatiques en psychiatrie : étude descriptive d'un bilan biologique systématique et implication en termes de prise en charge globale. *Encéphale* 43:205–11
 14. Mello JJ, Bell JF, Siegel EO, Ward DH (2016) Evaluating psychiatric nursing competencies applied to emergency settings: a pilot role delineation study. *Int Emerg Nurs* 25:37–42
 15. Sinclair L, Hunter R, Hagen S, et al (2006) How effective are mental health nurses in A&E departments? *Emerg Med J* 23:687–92
 16. Heravian A, Chang BP (2018) Mental health and telemedicine in the acute care setting: applications of telepsychiatry in the ED. *Am J Emerg Med* 36:1118–9
 17. Torok M, Han J, Baker S, et al (2020) Suicide prevention using self-guided digital interventions: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Lancet Digital Health* 2:e25–e36
 18. Salmoiraghi A, Hussain S (2015) A systematic review of the use of telepsychiatry in acute settings. *J Psychiatr Pract* 21:389–93
 19. Betz ME, Wintersteen M, Boudreaux ED, et al (2016) Reducing suicide risk: challenges and opportunities in the emergency department. *Ann Emerg Med* 68:758–65
 20. Miller IW, Camargo CA, Arias SA, et al (2017) Suicide prevention in an emergency department population: the ED-SAFE Study. *JAMA Psychiatr* 74:563–70
 21. Cooper J, Kapur N, Dunning J, et al (2006) A clinical tool for assessing risk after self-harm. *Ann Emerg Med* 48:459–66
 22. Douglass AM, Luo J, Baraff LJ (2011) Emergency medicine and psychiatry agreement on diagnosis and disposition of emergency department patients with behavioral emergencies. *Acad Emerg Med* 18:368–73
 23. Charrel C-L, Plancke L, Genin M, et al (2015) Mortality of people suffering from mental illness: a study of a cohort of patients hospitalized in psychiatry in the North of France. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 50:269–77
 24. Mégarbane B, Oberlin M, Alvarez JC, et al (2020) Management of pharmaceutical and recreational drug poisoning. *Ann Intensive Care* 10:157
 25. République française (2006) Code de la santé publique. Paragraphe 6 : Prise en charge des urgences psychiatriques. <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006916996/2006-05-23/> (Dernier accès le 22 janvier 2021)
 26. Wilson MP, Moutier C, Wolf L, et al (2020) ED recommendations for suicide prevention in adults: the ICAR2E mnemonic and a systematic review of the literature. *Am J Emerg Med* 38:571–81.
 27. Alam A, Rachal J, Tucci VT, Moukaddam N (2017) Emergency department medical clearance of patients with psychiatric or behavioral emergencies. Part 2: special psychiatric populations and considerations. *Psychiatr Clin North Am* 40:425–33
 28. Otani VHO, Otani TZDS, Freirias A, et al (2017) Misidentification of mental health symptoms in presence of organic diseases and delirium during psychiatric liaison consulting. *Int J Psychiatr Clin Pract* 21:215–20
 29. Chennapan K, Mullinax S, Anderson E, et al (2018) Medical screening of mental health patients in the emergency department: a systematic review. *J Emerg Med* 55:799–812
 30. Sawayama E, Takahashi M, Arai H, et al (2009) Characteristics of elderly people using the psychiatric emergency system. *Psychiatr Clin Neurosci* 63:577–9
 31. Shenvi C, Kennedy M, Austin CA, et al (2020) Managing delirium and agitation in the older emergency department patient: the ADEPT Tool. *Ann Emerg Med* 75:136–45
 32. Darvishi N, Farhadi M, Haghtalab T, Poorolajal J (2015) Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: a meta-analysis. *PLoS ONE* 10:e0126870
 33. Aftab A, Shah AA (2017) Behavioral emergencies: special considerations in the geriatric psychiatric patient. *Psychiatr Clin North Am* 40:449–62
 34. Elliott AJ, Pages KP, Russo J, et al (1996) A profile of medically serious suicide attempts. *J Clin Psychiatr* 57:567–71
 35. Doshi A, Boudreaux ED, Wang N, et al (2005) National study of US emergency department visits for attempted suicide and self-inflicted injury, 1997–2001. *Ann Emerg Med* 46:369–75
 36. Bilén K, Ottosson C, Castrén M, et al (2011) Deliberate self-harm patients in the emergency department: factors associated with repeated self-harm among 1,524 patients. *Emerg Med J* 28:1019–25
 37. Tjldink JK, van den Heuvel J, Vasbinder EC, et al (2011) Does on-site urine toxicology screening have an added diagnostic value in psychiatric referrals in an emergency setting? *Gen Hosp Psychiatr* 33:626–30
 38. Schiller MJ, Shumway M, Batki SL (2000) Utility of routine drug screening in a psychiatric emergency setting. *Psychiatr Serv* 51:474–8

39. Gjelsvik B, Heyerdahl F, Holmes J, et al (2017) Is there a relationship between suicidal intent and lethality in deliberate self-poisoning? *Suicide Life Threat Behav* 47:205–16
40. Kawashima Y, Yonemoto N, Inagaki M, Yamada M (2014) Prevalence of suicide attempters in emergency departments in Japan: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 163:33–9
41. Wee JH, Park JH, Choi SP, et al (2016) Clinical features of emergency department patients with depression who had attempted to commit suicide by poisoning. *Niger J Clin Pract* 19:41–5
42. Bostwick JM, Pankratz VS (2000) Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatr* 157:1925–32
43. Haw C, Hawton K, Sutton L, et al (2005) Schizophrenia and deliberate self-harm: a systematic review of risk factors. *Suicide Life Threat Behav* 35:50–62
44. Salles J, Calonge J, Franchitto N, et al (2018) Factors associated with hospitalization after self-poisoning in France: special focus on the impact of alcohol use disorder. *BMC Psychiatr* 18:287
45. Haute Autorité de santé (HAS) (2000) La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. https://www.has-sante.fr/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge (Dernier accès le 1^{er} octobre 2020)
46. National Institute for Health and Care Excellence (2004) Overview | Self-harm in over 8s: short-term management and prevention of recurrence | Guidance | NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg16> (Dernier accès le 1^{er} octobre 2020)
47. Lukens TW, Wolf SJ, Edlow JA, et al (2006) Clinical policy: critical issues in the diagnosis and management of the adult psychiatric patient in the emergency department. *Ann Emerg Med* 47:79–99
48. Dassanayake TL, Michie PT, Jones AL, et al (2012) Cognitive skills underlying driving in patients discharged following self-poisoning with central nervous system depressant drugs. *Traffic Inj Prev* 13:450–7
49. Salles J, Pariente J, Schmitt L, et al (2019) Memory impairment following intentional self-poisoning with benzodiazepines: Should we pay more attention to attention? *J Psychopharmacol (Oxford)* 33:1428–35
50. Sebbane M, Claret P-G, Jreige R, et al (2012) Breath analyzer screening of emergency department patients suspected of alcohol intoxication. *J Emerg Med* 43:747–53
51. Silver JM, Yudofsky SC (1991) The overt aggression scale: overview and guiding principles. *J Neuropsychiatr Clin Neurosci* 3: S22–S9
52. Cohen-Mansfield J (1986) Agitated behaviors in the elderly. II. Preliminary results in the cognitively deteriorated. *J Am Geriatr Soc* 34:722–7
53. Cummings JL, Mega M, Gray K, et al (1994) The neuropsychiatric inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 44:2308–14
54. Rosen J, Burgio L, Kollar M, et al (1994) A user-friendly instrument for rating agitation in dementia patients. *Am J Geriatr Psychiatr* 2:52–9
55. Nourse R, Reade C, Stoltzfus J, Mittal V (2014) Demographics, clinical characteristics, and treatment of aggressive patients admitted to the acute behavioral unit of a community general hospital: a prospective observational study. *Prim Care Companion CNS Disord* 16: PCC
56. Långström N, Grann M, Ruchkin V, et al (2009) Risk factors for violent offending in autism spectrum disorder: a national study of hospitalized individuals. *J Interpers Violence* 24:1358–70
57. Dack C, Ross J, Papadopoulos C, et al (2013) A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric in-patient aggression. *Acta Psychiatr Scand* 127:255–68
58. Miner JR, Klein LR, Cole JB, et al (2018) The characteristics and prevalence of agitation in an urban county emergency department. *Ann Emerg Med* 72:361–70
59. Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, et al (2016) Assessment and management of agitation in psychiatry: expert consensus. *World J Biol Psychiatry* 17:86–128
60. Petit JR (2005) Management of the acutely violent patient. *Psychiatr Clin North Am* 28:701–11
61. Gottlieb M, Long B, Koyfman A (2018) Approach to the agitated emergency department patient. *J Emerg Med* 54:447–57
62. Knox DK, Holloman GH (2012) Use and avoidance of seclusion and restraint: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry project Beta seclusion and restraint workgroup. *West J Emerg Med* 13:35–40
63. Roberts AR, Ottens AJ (2005) The seven-stage crisis intervention model: a road map to goal attainment, problem solving, and crisis resolution. *Brief Treat Crisis Interv* 5:329
64. Allen MH, Currier GW, Carpenter D, et al (2005) The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies 2005. *J Psychiatr Pract* 11:5–108
65. Miles SH, Irvine P (1992) Deaths caused by physical restraints. *Gerontologist* 32:762–6
66. Mohr WK, Petti TA, Mohr BD (2003) Adverse effects associated with physical restraint. *Can J Psychiatr* 48:330–7
67. Haute Autorité de santé (2017) Isolement et contention en psychiatrie générale. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale (Dernier accès le 22 janvier 2021)
68. République française (2002) Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT00000227015/> (Dernier accès le 22 janvier 2021)
69. République française (2016) Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031970253/> (Dernier accès le 22 janvier 2021)
70. République française (2016) 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. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000027996629/2020-10-01/> (Dernier accès le 1^{er} octobre 2020).
71. République française (2020) Code de la santé publique. Article L. 3212-1 - - https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721196/ (Dernier accès le 22 janvier 2021)
72. République française (2020) Code de la santé publique. Article L. 3213-1. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000028016871/ (Dernier accès le 22 janvier 2021)
73. République française (2011) Code de procédure pénale - Article 706-135. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000024316853/ (Dernier accès le 22 janvier 2021)
74. République française (2020) Code de la santé publique. Chapitre II : Hospitalisation sur demande d'un tiers. <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006687931/2000-06-22/> (Dernier accès le 22 janvier 2021)
75. République française (2020) Code de la santé publique - Article L3212-3. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006687920/2000-06-22 (Dernier accès le 22 janvier 2021)
76. République française (2020) Code de la santé publique. Chapitre II : Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent. <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000041721196/2020-10-01/> (Dernier accès le 22 janvier 2021)