

Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2011

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

*de METZ Pierre-Alexandre
né le 27 octobre 1981 à le Chesnay*

Présentée et soutenue publiquement le 08 novembre 2011

TITRE

Évolution des soins sans consentement en psychiatrie : présentation des apports de la loi du 05 juillet 2011 et analyse épidémiologique au travers des données du Recueil des Informations Médicalisées en Psychiatrie (RIM-Psy) de la Région Centre pour les années 2009-2010

Jury

Président de Jury : Monsieur le Professeur Philippe GAILLARD
Membres du jury : Monsieur le Professeur Vincent CAMUS
Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON
Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH
Madame le Docteur Mélanie BIOTTEAU-LACOSTE

A notre maître et président de thèse, monsieur le Professeur Philippe GAILLARD, professeur de psychiatrie d'adultes

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de mon jury de thèse

Pour l'enseignement que vous m'avez donné, ainsi que vos questionnements que je me permets de faire dorénavant miens

Veillez trouver l'expression de mon respect et de ma profonde considération

A notre juge, monsieur le Professeur Vincent CAMUS, professeur de psychiatrie d'adultes

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger ce travail

Pour l'enseignement que vous m'avez donné, ainsi que les objectifs que vous m'avez fixé

Veillez trouver l'expression de mon admiration et de mon respect

A notre juge, monsieur le Professeur Jean-Louis SENON, professeur de psychiatrie d'adultes

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger ce travail

Veillez trouver l'expression de mon profond respect

A notre juge, monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH, professeur d'épidémiologie, d'économie de la santé et de prévention

Pour votre présence dans mon jury qui m'honore

Pour vos précieux conseils, vos enseignements dans un domaine qui jusqu'alors m'était inconnu

Veillez trouver l'expression de ma profonde admiration

A mon directeur de thèse, madame le Docteur Mélanie BIOTTEAU-LACOSTE, psychiatre

Pour avoir accepté de diriger ce travail

Pour votre enseignement et les heures de discussion enrichissantes

Pour votre grande patience, votre soutien et vos encouragements permanents

Soyez-en grandement remercié et veuillez trouver mon profond respect

Un grand merci

A mes parents qui ont partagé mes moments d'inquiétudes et qui ont su trouver les mots pour me réconforter. Pour leur présence rassurante, leur affection et leur soutien au-delà des années

A mon frère et ma sœur, Jacques-Alban et Anne-Laure. Je profite de ce moment pour leur témoigner l'amour d'un frère aîné

A Laura, pour les moments heureux que l'on passe ensemble ainsi que son soutien malgré la distance

A ma famille

Une pensée particulière pour les membres disparus qui m'étaient chers. Ce travail me permet de remplir une promesse faite il y a de nombreuses années

Au Dr BOISSICAT qui me permet de travailler au sein de l'équipe du Psycho

A Sarah et Pierre-Guillaume qui m'ont chaleureusement accueilli

A Arnaud, Romain, Jérémie et Joseph qui m'ont aidé

Au groupe des six avec qui j'ai partagé les moments de joies et d'inquiétudes en lien avec mes études médicales

A mes co-internes, collègues avec qui je serai heureux de continuer ce chemin

A tous les autres

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	9
I LE CONSENTEMENT.....	10
I.1. Approche juridique du consentement.....	10
I.1.1. Les textes juridiques nationaux.....	10
I.1.2. Les textes juridiques internationaux.....	12
I.2. Approche philosophique du consentement.....	13
I.2.1. Le médecin « paternaliste ».....	13
I.2.2. Le patient « autonome ».....	14
I.3. Les caractéristiques du consentement.....	15
I.3.1. Les caractéristiques juridiques.....	15
I.3.2. La capacité à consentir.....	16
II LA PRISE EN CHARGE SANS CONSENTEMENT DE PATIENTS	
ATTEINTS DE TROUBLES MENTAUX EN FRANCE.....	20
II.1. La loi du 30 juin 1838 sur les aliénés.....	20
II.2. La loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.....	21
III LA LOI DU 5 JUILLET 2011 RELATIVE AUX DROITS ET A LA PROTECTION DES PERSONNES FAISANT L'OBJET DE SOINS PSYCHIATRIQUES ET AUX MODALITES DE LEUR PRISE EN CHARGE.	23
III.1. Apports de la nouvelle loi relatifs au domaine sanitaire.....	23
III.1.1. Diversifier les modalités de prise en charge.....	23
<i>III.1.1.1. La possibilité de prise en charge en soins ambulatoires.....</i>	<i>23</i>

III.1.1.2. <i>Le programme de soins, reflet de la prise en charge extra-hospitalière.....</i>	26
III.1.1.3. <i>La période initiale d'observation et d'orientation de 72h.....</i>	26
III.1.1.3.1. <i>Proposition d'instauration d'une période de 72h selon le rapport</i> <i>Strohl de 1997.....</i>	27
III.1.1.3.2. <i>Proposition d'instauration d'une période de 72h selon le rapport Piel-</i> <i>Roelandt de 2001.....</i>	30
III.1.1.3.3. <i>Proposition d'instauration d'une période de 72h selon le rapport</i> <i>IGAS-IGSJ de 2005.....</i>	32
III.1.1.3.4. <i>La période d'observation et de soins dans la loi du 05 juillet 2011.....</i>	35
III.1.2. <i>Lever les obstacles à l'accès aux soins et garantir leur continuité.....</i>	37
III.1.2.1. <i>modifications apportées à la demande du tiers.....</i>	37
III.1.2.1.1. <i>Les problématiques observées en rapport avec la demande du tiers.....</i>	37
III.1.2.1.2. <i>Les apports de la loi du 05 juillet 2011 relatifs à la demande du tiers...</i>	39
III.1.2.2. <i>Maintenir la mesure sur décision médicale si l'état du patient le nécessite..</i>	40
III.2. Apports de la nouvelle loi relatifs au domaine juridique.....	41
III.2.1. <i>Réaffirmer le droit à l'information du patient et recueil de son avis.....</i>	41
III.2.2. <i>Réaffirmer le droit et la garantie des libertés individuelles.</i>	42
III.2.2.1. <i>Anticonstitutionnalité de l'article L. 3212-7 relatif à la mesure</i> <i>d'hospitalisation sur demande d'un tiers.....</i>	43
III.2.2.2. <i>Anticonstitutionnalité des articles L. 3213-1 et L. 3213-4 concernant la</i> <i>mesure d'hospitalisation d'office.....</i>	44
III.2.2.2.1. <i>L'intervention du juge des libertés et de la détention.....</i>	45
III.3. Apports de la nouvelle loi relatifs au domaine sécuritaire.....	47
III.3.1. <i>Garantir la sécurité de la population au regard des faits divers concernant des</i> <i>patients atteints de troubles mentaux.....</i>	48

III.3.2. Les apports sécuritaires de la loi du 05 juillet 2011 : le régime procédural	
« renforcé ».....	50
<i>III.3.2.1. La population concernée.....</i>	50
<i>III.3.2.2. Le collège de soignants et les experts.....</i>	51
IV ANALYSE EPIDEMIOLOGIQUE DES PATIENTS HOSPITALISES SANS	
 CONSENTEMENT AU TRAVERS DES DONNEES DU RECUEIL	
 D'INFORMATION MEDICALISE EN PSYCHIATRIE DE LA REGION	
 CENTRE POUR LES ANNEES 2009-2010.....	52
IV.1. Objectifs de l'étude.....	52
IV.2. Matériel et méthodes.....	53
IV.2.1. Présentation du recueil d'informations médicalisé en psychiatrie.....	53
IV.2.2. analyse de la base régionale de données.....	55
IV.3. Résultats.....	57
IV.3.1. Les patients de la région Centre hospitalisés sans consentement en 2009.....	57
<i>IV.3.1.1. Données générales.....</i>	57
<i>IV.3.1.2. Diagnostics principaux des patients hospitalisés sans consentement.....</i>	60
IV.3.2. Evolution des hospitalisations sans consentement en Région Centre entre 2009	
et 2010.....	63
<i>IV.3.2.1. Données générales.....</i>	63
<i>IV.3.2.2. Diagnostics principaux des patients hospitalisés sans consentement.....</i>	67
V DISCUSSION.....	68
V.1. Discussion des résultats de notre étude.....	68
V.1.1. Les hospitalisations sans consentement.....	68
V.1.2. Les spécificités départementales.....	70
V.1.3. Biais et limites de notre étude.....	72

<i>V.1.3.1. Un défaut d'exhaustivité des données</i>	72
<i>V.1.3.2. Un défaut de qualité des données</i>	72
<i>V.1.3.3. Une approche quantitative des soins sans consentement, mais non qualitative</i>	73
V.1.4. Intérêt du RIM-Psy.....	74
V.2.La prise en charge sans consentement des patients atteints de troubles mentaux	75
V.2.1. les difficultés à définir les indications d'une prise en charge sans consentement.....	75
V.2.2. une loi aux objectifs et attentes différentes.....	76
<i>V.2.2.1. Le préfet, garant de la sûreté des personnes</i>	77
<i>V.2.2.2. Le JLD, garant des libertés de l'individu</i>	77
<i>V.2.2.3. Le médecin, garant des soins du patient</i>	78
<i>V.2.2.4. La société, reflet des attentes</i>	78
CONCLUSION	80
ANNEXES	81
BIBLIOGRAPHIE	86

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : Proposition de réforme de la loi du 27 juin 1990 selon le rapport Strohl.....	28
Figure 2 : Proposition de réforme de la loi du 27 juin 1990 selon le rapport Piel-Roelandt. ..	31
Figure 3 : Proposition de réforme de la loi du 27 juin 1990 selon le rapport IGAS-IGSJ.....	33
Figure 4 : schéma général de la loi du 05 juillet 2011.	35
Tableau 1 : effectifs, taux bruts et taux standardisés des patients hospitalisés selon le mode légal et le département de domiciliation (Région Centre, 2009).....	59
Tableau 2 : nombre de patients, moyenne d'âge et médiane par sexe selon le mode légal (Région Centre, 2009).....	60
Tableau 3 : Taux de patients hospitalisés à temps plein* selon la pathologie, le mode légal et le département de domiciliation (Région Centre, 2009).....	61
Tableau 4 : effectifs, taux bruts et taux standardisés des patients hospitalisés selon le mode légal et le département de domiciliation (Région Centre, 2010).....	64
Tableau 5 : nombre de patients, moyenne d'âge et médiane par sexe selon le mode légal (Région Centre, 2010).....	65
Tableau 6 : Taux de patients hospitalisés à temps plein* selon la pathologie, le mode légal et le département de domiciliation (Région Centre, 2010).....	66

LISTE DES ABREVIATIONS

ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

Art. : article

CAI : Centre d'accueil intersectoriel

CCAA : Centre de cure ambulatoire d'alcoologie

CDHP : Commission départementale des hospitalisations en psychiatrie

CIM-10 : Classification Internationale des maladies, dixième édition

CPP : Code de procédure pénale

CSP : Code de santé publique

CSST : Centre spécialisé de soins aux toxicomanes

DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

FINESS : numéros du fichier national des établissements sanitaires et sociaux

HAD : Hospitalisation à domicile

HSC : Hospitalisation sans consentement

HDT : Hospitalisation sur demande d'un tiers

HL : Hospitalisation libre

HO : Hospitalisation d'office

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

JLD : Juge des libertés et de la détention

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

RIM-Psy : Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie

RPS : Résumé par séquence

RPSA : Résumé par séquence anonymisé

SPDRE : Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat

SPDT : Soins psychiatriques à la demande d'un tiers

SSR : Soins de suite et de réadaptation

UREH : Unité régionale d'épidémiologie hospitalière

INTRODUCTION

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 est récemment venue remplacer la loi du 27 juin 1990 et offre un nouveau cadre légal aux soins sans consentement. Cette réforme a été réalisée dans un contexte particulier. En effet, elle est annoncée dans un discours du Président de la République Française à la suite d'un fait divers dramatique perpétré par un patient atteint d'un trouble mental en décembre 2008. Un an et demi après cette annonce, le Ministre de la Santé présente à l'Assemblée Nationale le projet de réforme n°2494. En novembre 2010, le Conseil Constitutionnel se prononce quant à l'anticonstitutionnalité de l'article L. 3212-7 puis en juin 2011 des articles L. 3213-1 et L. 3213-4.

D'un autre côté, cette prise en charge concerne environ 30 000 patients par an. Les hospitalisations sans consentement représentent 23% des hospitalisations complètes en psychiatrie. Ce type de prise en charge ne peut donc être considéré comme exceptionnel.

Nous sommes face à une situation dans laquelle les enjeux sont nombreux : répondre à un impératif de soins en allant à l'encontre de son consentement, principe pourtant inaliénable dans la relation avec le médecin ; lui garantir dans ce contexte ses droits et ses libertés ; garantir la sécurité de la population face aux troubles qu'il présente.

Ces circonstances et constatations des faits nous ont conduits à nous interroger sur les apports de la nouvelle loi et sur les modalités de prise en charge sans consentement. Elles nous ont également conduits à nous interroger sur les patients concernés par cette modalité de soins.

Nous avons souhaité dans ce travail décrire les apports de cette nouvelle loi au regard de ces enjeux et de ces circonstances ayant conduit le législateur à en réaffirmer les objectifs.

Nous avons dans un second temps réalisé une étude épidémiologique descriptive des patients des départements de la Région Centre hospitalisés sans consentement en nous focalisant sur les six diagnostics les plus fréquemment rencontrés pour les années 2009 et 2010. Pour cela, nous avons utilisé un nouvel outil à notre disposition, le RIM-Psy. Cet outil de recueil de données médico-administratives nous permet en effet de mettre en lien le mode légal d'hospitalisation avec les diagnostics psychiatrique. Original en ce sens par rapport aux outils actuellement à notre disposition, il nous permet d'avoir une approche épidémiologique centrée sur le patient.

I LE CONSENTEMENT.

Parler des hospitalisations et soins sans consentement nécessite avant toute chose de définir le concept de consentement. Celui-ci s'inscrit dans une dynamique en évolution constante et liée à la rencontre des domaines médicaux et sociétaux. Il prend sa signification et ses contours actuels à partir des lois et jurisprudences successives.

L'approche qui en est faite dans ce travail ne se veut pas exhaustive, mais a pour objectif d'exposer les textes clefs ainsi que les notions principales qui ont contribué à sa construction.

I.1. Approche juridique du consentement.

I.1.1. Les textes juridiques nationaux.

Jusqu'à 1936, la responsabilité du médecin pouvait être engagée dans le domaine délictuel ou quasi-délictuel¹⁻³. En effet, la relation médecin-patient était juridiquement considérée comme une rencontre entre deux particuliers. La responsabilité médicale était alors régie par les articles 1382 et 1383 du code civil : « tout fait quelconque de l'homme qui a causé à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à la réparer » (Art. 1382) ; « chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou son imprudence » (Art. 1383).

L'arrêt de la cour de cassation du 20 mai 1936, dit arrêt Mercier, déplace cette responsabilité dans le domaine contractuel^{2,3}. Cet arrêt base la relation médecin-patient sur le contrat établi entre eux : « *Il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant, pour le praticien, l'engagement, sinon bien évidemment de guérir le malade (...) du moins de lui donner des soins non pas quelconques, mais consciencieux, attentifs et, réserve faite des circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ; que la violation même involontaire de cette obligation contractuelle est sanctionnée par une responsabilité de même nature, également contractuelle* ».

Le contrat devient la pièce maîtresse de la relation médecin-patient et nécessite, pour reconnaître sa validité, qu'il soit contracté librement, consciemment et réciproquement³. Le terme de consentement n'est pas explicité ; cependant la reconnaissance d'un contrat et de ses

conditions de validation sous-entend une obligation d'information du médecin envers son patient indissociable du consentement.

En 1942 un arrêt de la Cour de Cassation, dit arrêt Teyssier, définit la nécessité d'un consentement éclairé² : le médecin a un devoir d'information envers son patient. Cet arrêt réaffirme également la nécessité pour le praticien d'obtenir le consentement du patient avant tout acte. La recherche du consentement devient une obligation pour le praticien « *imposée par le respect de la personne humaine* ». Celui-ci engage sa responsabilité et peut être sanctionné par un défaut d'informations vis-à-vis du patient³.

La loi Huriet-Sérusclat⁴ de 1988 relative à la recherche biomédicale traite également du consentement dans ses articles L. 209-9 et L. 209-10.

Reprenant les bases de la Déclaration d'Helsinki que nous présenterons ultérieurement, elle stipule la nécessité d'un consentement libre et éclairé de la personne avant toute inclusion dans une étude médicale, la nécessité d'une information claire et précise et la possibilité pour la personne de retirer son consentement à tout moment selon sa volonté.

Les lois dites de bioéthiques^{5,6} et plus particulièrement la loi de 1994 relative au respect du corps humain réaffirme des principes généraux concernant le respect du corps humain. Elle « *assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie* ». Il est rappelé que le corps humain est inviolable et hors commerce : nul ne peut porter atteinte à son intégrité et il ne fait pas parti du contrat établi entre le médecin et le patient. La pratique de l'exercice médical y est considérée comme une exception basée sur la nécessité et validée dans les faits par l'accord de l'individu à travers son consentement⁷.

Les chartes du patient hospitalisé^{8,9} généralisent la nécessité du consentement dans les soins hospitaliers. Elles spécifient les origines du consentement : l'intangibilité de l'intégrité corporelle et l'indisponibilité du corps humain. Le praticien ne peut déroger à ces principes que par une nécessité médicale à laquelle le patient donne son accord après avoir été informé.

Le code de déontologie médicale de 1995^{10,11} impose la recherche du consentement et la traduit comme une obligation éthique mais également ordinale. Il est important de souligner le renversement de la relation médicale qui antérieurement agissait pour le bien du patient, à

l'affirmation actuelle de la nécessité du consentement du patient pour tout acte, le médecin ne pouvant aller à son encontre que lors de situations dites « exceptionnelles ».

La loi Kouchner¹² du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé marque un tournant majeur dans la relation médecin-patient. Considérée comme une loi cardinale, elle regroupe en un seul texte législatif les références disséminées dans les textes juridiques français. Le consentement y est fortement réaffirmé, ainsi que son corollaire lié au droit à l'information. Elle définit également le rôle du patient comme acteur de ses soins et précise la nécessité pour le médecin de respecter sa volonté². L'autonomie du patient y est ainsi réaffirmée et intégrée au code de Santé Publique.

I.1.2. Les textes juridiques internationaux

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, le monde découvre les dérives de la recherche médicale au travers des expérimentations réalisées par des médecins du III^{ème} Reich sur les prisonniers, déportés et malades mentaux. Le « procès des médecins » de 1946 regroupe 23 accusés (dont 20 médecins) impliqués dans ces expérimentations¹³.

Au décours du procès, le tribunal prend conscience du vide juridique entourant les expérimentations humaines et décide d'instaurer un code de droit international des « expérimentations médicales acceptables » plus connus sous le nom de « code de Nuremberg ». Ce code regroupe 10 principes fondamentaux nécessaires qui permettent de considérer réalisable un acte dans le domaine de la recherche médicale².

Il s'avère nécessaire de protéger les droits et libertés fondamentaux des individus des dérives éventuelles de la médecine. Ce code se situe ainsi au-delà du simple domaine déontologique et devient un code légal de droits humains dans lequel « *Le consentement volontaire du sujet humain est absolument essentiel. Cela veut dire que la personne intéressée doit jouir de capacité légale totale pour consentir : qu'elle doit être laissée libre de décider, sans intervention de quelque élément de force de fraude, de contrainte, de supercherie, de duperie ou d'autres formes de contraintes ou de coercition. Il faut aussi qu'elle soit suffisamment renseignée, et connaisse toute la portée de l'expérience pratiquée sur elle, afin d'être capable de mesurer l'effet de sa décision.* »¹³ Ce texte précise pour la première fois le terme de consentement dans le domaine médical. Il devient un principe fondamental à toute intervention concernant l'être humain. Ses caractéristiques juridiques apparaissent, basées sur un consentement libre de toute contrainte et renseigné. Bien que fondateur et essentiel dans

l'apprentissage et la pratique de l'exercice médical, il aura peu de répercussions dans les années qui suivront sa rédaction.

Il faut attendre la Déclaration d'Helsinki adoptée en 1964 par l'Association Médicale Mondiale et ses amendements successifs pour que le principe de consentement soit conforté par les professionnels de santé. Cette déclaration, définie comme « *une déclaration de principes éthiques* » rappelle que l'individu concerné par la recherche biomédicale réalise un acte volontaire et délibéré confirmé par son accord.

Le Conseil de l'Europe traite également la question du consentement dans le chapitre II de la Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine¹⁴ de 1997. Ce texte s'inscrit dans une volonté d'assurer la protection, le respect et la dignité de chaque homme en tant qu'individu et être humain face aux dangers potentiels de la médecine. Le consentement est défini comme l'étape préalable nécessaire à toute intervention médicale. De plus, le consentement nécessite qu'il soit libre et éclairé. Le patient donne son consentement pour tout acte médical, qu'il soit du domaine du soin ou de la recherche, en l'absence de contrainte. Ce consentement est précédé d'une information dispensée par le médecin. Le consentement n'est pas définitif et peut à tout moment être retiré par le patient sans obligation de sa part.

I.2. Approche philosophique du consentement.

I.2.1. Le médecin « paternaliste ».

Le paternalisme médical a pendant longtemps été de fait dans la relation du médecin avec son patient. Cette volonté s'inscrit dans une asymétrie sous-jacente émergeant de cette relation : le médecin « savant », dépositaire du savoir diagnostique et thérapeutique, soigne le patient demandeur de soins. Ce paternalisme médical découle du préjugé basé sur une incapacité inhérente à la maladie à laquelle le patient ne peut se soustraire de lui-même¹⁵. Partant de ce principe, la relation même du médecin avec son patient ne nécessite pas le consentement explicite de ce dernier. Le fait que le patient vienne à la rencontre du médecin prend la valeur de consentement. En effet, la relation repose sur la confiance du patient envers son médecin et entraîne pour ce dernier une obligation morale de « bienfaisance » : le médecin agit dans l'intérêt du patient et se conforme au principe de « Bien »¹⁶⁻¹⁸.

Cette vision de la relation médicale tire son origine d'un concept moral aristotélicien. Cette morale hétéronome (extérieure à l'homme) et téléologique (principe de finalité, but à atteindre) souligne l'appartenance de l'Homme à un tout. Il s'inscrit dans un ensemble régit par des règles qui lui sont extérieures dont la finalité tend vers l'atteinte du Bien². Ce concept se retrouve dans l'élocution « primum non nocere » précepte dans lequel la finalité de l'acte médical consiste en une recherche du bien à l'égard d'une personne en état de faiblesse².

Cette conception de la relation médicale peut être illustrée par les propos tenus par le Pr Louis Porte, président du Conseil National de l'Ordre des Médecins, en 1950 : « *Face au patient, inerte et passif, le médecin n'a en aucune manière le sentiment d'avoir à faire à une être libre, à un égal, à un pair, qu'il puisse instruire véritablement. Tout patient est et doit être pour lui comme un enfant à apprivoiser, non certes à tromper — un enfant à consoler, non pas à abuser — un enfant à sauver, ou simplement à guérir. [...] Je dirai donc que l'acte médical normal n'étant essentiellement qu'une confiance [celle du patient] qui rejoint librement une conscience [celle du médecin], le consentement « éclairé » du malade [...] n'est en fait qu'une notion mythique que nous avons vainement cherché à dégager des faits. Le patient, à aucun moment, ne « connaissant » au sens strict du terme, vraiment sa misère, ne peut vraiment « consentir » à ce qui lui est affirmé, ni à ce qui lui est proposé — si du moins nous donnons au mot consentement sa signification habituelle d'acquiescement averti, raisonné, lucide et libre.* »¹⁹.

I.2.2. Le patient « autonome ».

Depuis plusieurs dizaine d'années, une nouvelle conception de la relation médecin-patient a émergé, basée sur l'autonomie du patient³.

Comme nous l'avons vu précédemment, cette évolution s'est faite progressivement au travers des faits historiques, des transformations sociales ainsi que des jurisprudences. Elle est marquée par une volonté d'offrir un nouvel équilibre à la relation entre le soignant et le soigné²⁰.

Le patient est progressivement devenu client, un contrat s'établissant de principe entre le patient et son médecin. Le concept a poursuivi son évolution en concomitance avec la reconnaissance des droits du malade et leur aspect inaliénable : droit à la santé, droit à l'information... Le client devient un acteur à part entière de sa prise en charge.

Cette relation s'articule autour du principe « d'autonomie ». Celui-ci trouve ses fondements dans les concepts philosophiques de la période des lumières et s'oppose à celui de « bienfaisance ». L'autonomie d'un individu se définit philosophiquement comme une faculté d'agir par soi-même en se donnant ses propres règles de conduite, sa propre loi¹⁸ (étymologiquement autos : soi-même et nomos : loi, règle) : la loi morale émerge non pas de quelque chose d'extérieur à l'individu, mais de l'individu lui-même. Il est le créateur de sa propre règle de conduite. La liberté et la moralité s'enracinent ainsi dans la souveraineté de l'individu décidant pour lui-même^{2,17,18}.

I.3. Les caractéristiques du consentement.

I.3.1. Les caractéristiques juridiques.

Comme nous l'avons vu au travers des textes juridiques, l'intangibilité de l'intégrité corporelle de chaque personne et l'indisponibilité du corps humain sont des principes fondamentaux²¹. Il ne peut être dérogé à ces principes que par nécessité thérapeutique. De ce fait, aucun individu ne peut se voir contraint de subir une atteinte à son corps, sous peine d'entraîner la responsabilité de la personne en cause³.

La pratique de la médecine se situe dans un espace dérogatoire, autorisé par la loi sous certaines conditions. Elle se construit autour d'un contrat juridique qui s'établit entre le médecin et son patient, permettant de légitimer l'acte médical.

Le contrat nécessite de répondre à des critères de validité, ce qui lui permet d'être reconnu légalement³. Leur absence entraîne la nullité du contrat. Ses critères sont définis par l'article 1108 du Code Civil : 1) « Le consentement de la partie qui s'oblige », le patient donne son accord avant tout acte médical ; 2) « [La] capacité [juridique] de contracter », des deux parties : soignant apte en raison d'une compétence professionnelle reconnue et attestée, soigné majeur reconnu juridiquement capable ; 3) « Un objet certain qui forme la matière de l'engagement », obligation de moyens et secret professionnel pour le médecin, obligation de payer l'acte pour le patient ; 4) « Une cause licite dans l'obligation », non contraire à l'ordre public et aux bonnes mœurs^{2,3}.

Une obligation s'impose donc aux contractants : ils doivent connaître la teneur du contrat et donner leur assentiment. Le consentement est le premier critère de validité du « contrat

médical ». Ce consentement doit être exempt de vices afin d'être reconnu valide : les textes juridiques français s'accordent sur la nécessité d'un consentement « libre » et « éclairé »²², principes de toute pratique médicale²³. Afin de permettre au patient de donner son consentement, le médecin se doit de l'informer de façon adéquate. Les critères qualitatifs de l'information fournie au patient ont été sujets à débat. Actuellement, les différentes jurisprudences se sont accordées sur la notion de délivrance d'une information « loyale, claire et appropriée »³.

I.3.2. La capacité à consentir.

Comme nous l'avons vu, la validité du consentement repose la délivrance par le médecin d'une information adéquate. Cette validité repose également sur le respect et la protection du libre-arbitre.

Un troisième critère inhérent à la notion même de consentement est la capacité du patient à consentir : donner son consentement, c'est réaliser l'acte de consentir²⁴. Cela sous-entend une aptitude du patient à réaliser cet acte.

En effet, l'une des difficultés principales que le médecin peut rencontrer dans sa pratique professionnelle est la distinction entre refus de soin « voulu » par le patient et refus par « défaut de compétence »²⁵. Ainsi, au-delà de la simple délivrance de l'information, du respect et de la protection du libre-arbitre, le praticien se trouve également dans une position d'évaluation sous-jacente de la capacité du patient à donner son consentement²⁶.

Le Comité consultatif national d'éthique a proposé dans son avis²⁴ de juin 1998 une définition de la capacité à consentir en distinguant la capacité de droit et la capacité de fait.

La capacité de droit est une capacité légale. Elle repose sur une définition juridique qui reconnaît le droit d'un patient à contracter : « Toute personne peut contracter si elle n'en est pas déclarée incapable par la loi » (Art. 1123 du Code Civil). La capacité juridique correspond donc en une absence d'incapacité telle qu'elle est définie par la loi. Il est possible de dire que toute personne est présumée capable de consentir en dehors des cas prévus : mineurs non émancipés et majeurs protégés (tutelle, curatelle...).

La capacité de fait est une compétence propre de l'individu à consentir. Elle est indissociable de celui-ci. Pour le comité, « l'acte de consentir suppose une double compétence [...] : il faut pouvoir comprendre [...] et pouvoir se déterminer librement ». Une altération de l'une ou

l'autre de ces compétences remet en cause la qualité du consentement et donc sa validité. Toujours pour le comité, reconnaître une incapacité du patient à consentir nécessite que l'on reconnaisse son incapacité à comprendre l'information ou son inaptitude à prendre une décision rationnelle le concernant.

Dans la suite de ce travail, le terme de capacité sera utilisé en vue de décrire la capacité juridique du patient à consentir. Concernant la capacité de fait, nous reprendrons le terme de compétence utilisé par le Comité. Cette précision est importante du fait d'une définition inverse des termes par rapport aux études anglo-saxonnes pour lesquelles le terme « competency » renvoie à la dimension juridique et le terme « capacity » à l'aptitude mentale de consentir

Différents types d'évaluation de la compétence à consentir sont envisageables. Dans sa communication *Insight et capacité à consentir au soin et à la recherche*²⁶, Capdevielle distingue trois façons de déterminer celle-ci : 1) prendre en compte la pathologie du patient. Dans cette approche, l'incapacité est inhérente à la pathologie ; 2) évaluer la cohérence des réponses apportées par le patient aux questions que lui pose le praticien. Ce dernier évalue la prise de décision en analysant le processus de réflexion ; 3) évaluer selon des critères objectifs reproductibles selon une approche fonctionnelle de la compétence.

Pour Capdevielle, les deux premières approches sont spontanément utilisées par le praticien lorsque celui-ci évalue la compétence au consentement.

La troisième approche, développée par Appelbaum^{27,28}, vise à se détacher des biais et permettre une évaluation standardisée. Il propose quatre critères permettant de définir l'aptitude « mentale » à consentir : 1) La prise de décision. Le patient doit pouvoir communiquer un choix ; 2) La compréhension. Le patient doit pouvoir comprendre la pertinence d'une information ; 3) L'appréciation. Le patient doit pouvoir apprécier la situation et les conséquences de celle-ci ; 4) Le raisonnement. Le patient doit pouvoir manipuler l'information et raisonner sur les options thérapeutiques proposées par le praticien.

L'étude MacArthur²⁹, basée sur l'évaluation de la compétence à consentir selon les quatre critères d'Appelbaum, trouve un défaut de compétence chez 52% des patients schizophrènes hospitalisés et chez 24% de patients présentant un syndrome dépressif majeur. Cette étude montre également que lorsque le critère de prise de décision est perturbé chez le patient

schizophrène, il en est de même pour les critères d'appréciation, de compréhension et de raisonnement. Concernant les patients présentant un état dépressif, lorsqu'il existe des difficultés dans la prise de décision, le critère d'appréciation est plus particulièrement touché sans que ce soit nécessairement le cas pour le raisonnement et la compréhension de la situation. De la même façon, l'étude de Vollmann³⁰ met en avant des résultats fortement similaires : 53 % des patients hospitalisés souffrant de schizophrénie présentent un défaut de compétence, contre 20 % des personnes souffrant de dépression.

Une revue de la littérature de 2007 de 37 études portant sur l'évaluation de la compétence à consentir aux soins chez les patients hospitalisés en psychiatrie³¹, retrouve un défaut de compétence dans environ 1/3 des cas (médiane 29%).

Toutefois cette approche médicale, bien que nous permettant d'éclairer la notion de compétence au consentement, ne répond pas nécessairement à la conception de la législation française en la matière³².

Les textes législatifs français³³⁻³⁵ relatifs à la prise en charge des patients atteints de troubles mentaux ne se limitent pas à la considération d'une incapacité à consentir. Si l'incapacité à consentir est un critère nécessaire à l'instauration d'une mesure de soins sous contrainte, elle n'en est pas un critère suffisant³².

En effet, ils définissent de façon restrictive le champ d'application des mesures d'hospitalisation sans consentement et en distinguent 2 modes.

L'hospitalisation sur demande d'un tiers pour laquelle l'instauration de la mesure sous contrainte repose : 1) sur la présence de troubles mentaux ; 2) l'impossibilité de consentir à l'hospitalisation ; 3) la nécessité de soins immédiats et d'une surveillance constante en milieu hospitalier. Un quatrième critère se réfère aux modalités d'admission en urgence, lorsqu'il existe un péril imminent pour la personne, c'est-à-dire un risque de dégradation grave de l'état de la personne en cas de non hospitalisation.

L'hospitalisation d'office se réfère à une mesure instaurée sur décision du représentant de l'Etat s'appuyant sur un certificat médical. Cette mesure nécessite pour être instaurée : 1) la présence de troubles mentaux ; 2) la nécessité de soins ; 3) l'atteinte à la sûreté des personnes, ou de façon grave, à l'ordre public.

Nous voyons ainsi qu'au-delà de l'incompétence du patient à consentir, les critères prennent également en compte la présence de troubles mentaux, l'impératif de soins et la sûreté de la population.

Cette spécificité française d'une loi spécifique de en charge des patients atteints de troubles mentaux tournée vers des objectifs sanitaires, juridiques et sécuritaires émerge de la loi de 1838 pour être maintenue dans les textes successifs. Nous nous focaliseront dans notre seconde partie sur les objectifs de ces lois et leur modalité d'application, principalement de la loi du 05 juillet 2011, dernière loi en la matière.

II LA PRISE EN CHARGE SANS CONSENTEMENT DE PATIENTS ATTEINTS DE TROUBLES MENTAUX EN FRANCE.

II.1. La loi du 30 juin 1838 sur les aliénés.

A la fin du XIX^{ème} siècle, la considération des « insensés » se basait principalement sur un aspect sécuritaire. Pour exemple, le décret des 16-24 août 1790 sur l'organisation judiciaire prévoyait que : « *Les objets de police confiés à la vigilance et à l'autorité des corps municipaux sont:[...] Le soin d'obvier ou de remédier aux événements fâcheux qui pourraient être occasionnés par les insensés ou les furieux laissés en liberté, et par la divagation des animaux malfaisants ou féroces* »^{3,36}.

La loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, appelée également loi Esquirol, est le premier texte législatif promulgué par l'état français relatif à la prise en charge des patients atteints de troubles mentaux^{36,37}.

Cette loi s'inscrit dans une évolution des concepts de santé mentale inaugurée par les travaux de Pinel sur « l'aliénation »³⁸ : la communication avec le patient est et reste possible, sa raison n'est pas totalement perdue. Cette idée s'écarte de ce fait de la notion d'« insensé ». Pinel instaure également la notion d'une curabilité de l'« aliénation » par l'intermédiaire d'un « traitement moral ». A partir de cette nouvelle conception la médecine mentale se spécialise au sein du domaine médical. L'apparition de nouveaux principes nosographiques permet l'adaptation de la prise en charge thérapeutique des aliénés et la création d'établissements spécialisés.

La loi de 1838³³ inspirée par les travaux d'Esquirol, élève de Pinel et défenseur du texte, inaugure une nouvelle réflexion autour de la prise en charge des patients atteints de troubles mentaux³⁶. Elle prend en compte les possibilités sanitaires nouvellement développées.

Cette loi se structure autour de trois champs : sanitaire, juridique et sécuritaire. La prise en compte du champ sanitaire oblige chaque département à posséder un établissement référent spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés. La demande ainsi que la levée du placement s'appuie sur une décision médicale. La loi permet que « *toute personne interdite, ou non interdite, dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes* » puisse être hospitalisée dans un asile. Le but est ainsi de protéger la population

d'actes commis par les aliénés et se réfère au champ sécuritaire de la loi. Le domaine juridique se base sur le respect des droits et la sûreté. La loi intègre des moyens de protection des libertés des individus. Elle décrit ainsi des possibilités de recours et de mainlevée vis-à-vis de la décision de placement.

Elle distingue deux procédures de placement : le placement volontaire à la demande de la famille et le placement d'office sur décision préfectorale.

Bien que modifiée par des textes législatifs ultérieurs, tels que la loi du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs qui distingue les mesures de protections des incapables majeurs des mesures de placement, la loi du 30 juin 1838 offrit pendant 150 ans un cadre législatif aux hospitalisations sans consentement en France³⁶.

II.2. La loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

La loi du 30 juin 1838 convient en pratique à la majorité des professionnels. Toutefois les libertés individuelles des patients hospitalisés sont jugées insuffisantes^{36,39}.

La loi du 27 juin 1990³⁴ remplace la loi du 30 juin 1838. Cette réforme a pour but de réactualiser le texte législatif en prenant en considération les directives européennes qui portent sur le sujet⁴⁰.

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

Elle réaffirme le caractère exceptionnel de l'hospitalisation sans consentement et s'efforce de promouvoir les droits des patients hospitalisés librement et de garantir les droits des patients hospitalisés sans leur consentement.

La loi du 27 juin 1990 définit les règles de l'hospitalisation en psychiatrie et distingue: l'hospitalisation libre (HL), l'hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT) et l'hospitalisation d'office (HO). Les libertés du patient hospitalisé sont réaffirmées : délivrance des informations concernant ses droits, possibilité de choisir les soignants et les structures de soins, droits de visite et liberté d'aller et venir, possibilité de communication à tout moment avec les autorités (préfet, procureur de la République, juge du tribunal de grande instance, commission départementale des hospitalisations psychiatriques), droit de vote.

Cette loi crée les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP) et en définit les fonctions : veiller au respect des dispositions de la loi du 27 juin 1990 et du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes. La CDHP visite les établissements psychiatriques et examine la situation des malades hospitalisés en raison de troubles mentaux. Elle reçoit les réclamations et engage des procédures de révision si nécessaire.

Il était prévu au sein de ce texte une révision cinq ans après sa promulgation des applications de la loi. Il faut toutefois attendre mai 2010 pour que soit proposé un projet de loi⁴¹ visant à réformer la loi du 27 juin 1990. Plus récemment, les décisions du Conseil Constitutionnel⁴² de novembre 2010 concernant des articles de la loi ont accéléré le processus de réforme pour aboutir à la promulgation de la loi du 05 juillet 2011.

Nous avons voulu dans une troisième partie nous intéresser plus particulièrement au contexte de réforme ainsi qu'aux apports de cette nouvelle loi concernant la prise en charge sans consentement des patients atteints de troubles mentaux.

III LA LOI DU 5 JUILLET 2011 RELATIVE AUX DROITS ET A LA PROTECTION DES PERSONNES FAISANT L'OBJET DE SOINS PSYCHIATRIQUES ET AUX MODALITES DE LEUR PRISE EN CHARGE.

La réforme de la loi du 27 juin 1990 portée par la loi du 05 juillet 2011 voit l'architecture générale du texte maintenue. La triple structure sanitaire-juridique-sécuritaire inaugurée par la loi de 1838 est conservée et réadaptée aux nécessités actuelles de la loi. C'est ce que souligne le ministre de la santé Roselyne Bachelot dans un entretien de mars 2010 : « *Nous avons un triple objectif : permettre une meilleure prise en charge des patients nécessitant des soins psychiatriques, assurer leur sécurité lorsqu'elles présentent des états de danger pour elles-mêmes ou pour des tiers et, enfin, garantir aux patients le respect de leurs droits fondamentaux et de leurs libertés individuelles.* »⁴³.

Le texte législatif maintien les critères d'instauration (que nous avons présenté dans notre premier chapitre) de la mesure ainsi que la dualité de la procédure. La mesure de soins psychiatriques sur demande d'un tiers (SPDT) vient remplacer l'hospitalisation sur demande de tiers, la mesure de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE) l'hospitalisation d'office.

Dans une volonté de pouvoir décrire les aspects nouveaux de la loi du 05 juillet 2011, il paraît intéressant de prendre en considération les contributions de la nouvelle loi par rapport à l'ancien texte et de décrire le texte législatif en fonction du domaine concerné (sanitaire, sécuritaire et juridique). Notre objectif est ainsi de décrire les apports de la loi du 05 juillet 2011 en fonction des objectifs fixés par le législateur, en tenant compte du contexte ayant conduit à la nécessité de l'évolution de la loi.

III.1. Apports de la nouvelle loi relatifs au domaine sanitaire.

III.1.1. Diversifier les modalités de prise en charge.

III.1.1.1. La possibilité de prise en charge en soins ambulatoires.

L'un des apports de la loi du 05 juillet 2011 est la possibilité de proposer des soins sans consentement en dehors de l'hôpital. Cet apport s'inscrit dans une volonté du législateur de prendre en compte les évolutions de la pratique de la psychiatrie aussi bien sur le plan thérapeutique que sur les modalités de prise en charge. Elle s'inscrit également dans une volonté d'offrir un cadre législatif aux pratiques psychiatriques déjà en œuvre⁴³.

En effet, la loi du 27 juin 1990 ne prévoyait pas de modalités d'hospitalisation partielle ou de soins ambulatoires. Le patient du fait de son statut de patient hospitalisé était implicitement considéré comme ne pouvant faire l'objet de soins psychiatriques qu'au cours d'une hospitalisation complète.

Il existe une grande diversité de prise en charge dans le domaine de la psychiatrie. Elle s'inscrit dans la volonté d'une prise en charge tournée vers l'extérieur, au plus près de la réalité de la vie quotidienne du patient⁴⁴. Cette désinstitutionnalisation a permis l'émergence d'une offre de soins diversifiée développée autour de trois axes : 1) prise en charge ambulatoire ; 2) prise en charge à temps partiel ; 3) prise en charge à temps complet⁴⁵. Cette diversité de prise en charge, la complémentarité de chacune des activités (hôpital de jour, consultations, appartement thérapeutique, accueil familial), la diversité des membres de l'équipe de soins (infirmiers, psychiatres, psychologues, assistantes sociales...) ainsi que la possibilité d'intervention au lieu de vie du patient nous permet d'adapter de façon individuelle la prise en charge.

D'autre part, la non-existence d'alternatives de soin à l'hospitalisation sans consentement a entraîné l'émergence de pratiques détournant les mesures existantes dans la loi du 27 juin 1990^{36,46,47}. En effet, alors que les sorties d'essai étaient initialement destinées « *à favoriser la guérison, la réadaptation et la réinsertion du patient* » (Article L. 3211-11), celles-ci ont vu leur objectif évoluer indépendamment du cadre légal. Elles sont devenues un moyen d'instaurer un cadre contraignant à l'égard de certains patients inscrits dans une prise en charge extra-hospitalière^{37,41}.

Il n'existe pas d'études concernant les sorties d'essai. Seules les données citées dans les rapports laissent présumer des durées de sorties d'essai pouvant aller jusqu'à une quinzaine d'années³⁷. Mais une décision de la cour d'appel de Lyon de 2007 a remis en question ce type de pratique en rappelant que les sorties d'essai n'ont pas vocation à durer dans le temps,

entraînant de facto la remise en question de la loi du 27 juin 1990 et la nécessité d'aménager le cadre législatif afin de permettre la diversification de la prise en charge.

Soins ambulatoires et hospitalisations sans consentement font également partis d'une préoccupation européenne. La recommandation⁴⁸ REC(2004)10, relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, distingue en effet placement et traitement involontaire : elle entraîne ainsi une distinction entre la mesure et les modalités de soins sans consentement.

La loi du 05 juillet 2011 offre un cadre légal à cette modalité de soins en mettant en avant le fait que l'hospitalisation à temps plein n'est qu'une modalité parmi d'autres et en supprime l'exclusivité dans la prise en charge du patient⁴¹.

Il est ainsi créé l'article L. 3211-2-1. Cet article définit les différentes modalités de prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et distingue l'hospitalisation complète des soins ambulatoires. Ces soins consistent en d' « *autres formes incluant des soins ambulatoires, pouvant comporter des soins à domicile, dispensés par un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 et, le cas échéant, des séjours effectués dans un établissement de ce type* ». Ces soins réalisés en ambulatoire sont strictement encadrés par la réalisation d'un programme de soins rédigé par le psychiatre traitant du patient.

L'article L. 3211-11 relatif aux sorties d'essai se voit également modifié dans ce sens. La notion de sortie d'essai est supprimée. La nouvelle rédaction de cet article offre dorénavant la possibilité pour le psychiatre, en réalisant un certificat médical circonstancié, de modifier à tout moment la prise en charge en fonction de l'état du patient. Il permet ainsi d'adapter la prise en charge soit en modifiant le programme de soins, soit en basculant les soins vers une prise en charge hospitalière à temps complet.

III.1.1.2. Le programme de soins, reflet de la prise en charge extra-hospitalière.

Le programme de soins représente ce que l'on pourrait qualifier de « squelette » de la prise en charge ambulatoire. Toute décision médicale concernant cette dernière doit être explicitée dans le programme de soins. Celui-ci représente le cadre légal de la prise en charge.

Ce programme est réalisé au décours de la période initiale d'observation et d'orientation qui sera décrite ultérieurement. Lorsqu'il est conclu à la nécessité de poursuivre les soins sans consentement sous la forme d'une prise en charge extra-hospitalière, l'un des psychiatres de l'établissement doit, en plus de l'avis motivé de proposition de la forme de prise en charge, réaliser un programme de soins. (Art. L. 3211-2-2, alinéa 4)

La forme de ce programme de soins est régie par l'alinéa 5 de l'article L. 3211-2-1. Il doit obligatoirement préciser les types de soins, leur lieu de réalisation ainsi que leur périodicité. Cette forme est précisée par le II de l'article R. 3211-1 du décret 2011-847.

Les modalités de modification de ce programme sont régies par l'article L. 3211-11 qui stipule qu'à tout moment, lorsque l'état du patient le nécessite, le psychiatre traitant peut modifier le programme de soins ou basculer d'une prise en charge ambulatoire vers une prise en charge strictement hospitalière.

La position du patient en tant qu'acteur de ses soins est également réaffirmée par l'obligation pour le psychiatre de recueillir préalablement son avis avant toute étape de la rédaction du programme de soins, que se soit à son instauration ou avant toute modification (Art. L. 3211-2-1, alinéa 3). Cette obligation instaurée par la loi répond ainsi aux exigences posées par la recommandation REC(2004)10 du Conseil de l'Europe.

III.1.1.3. La période initiale d'observation et d'orientation de 72h.

Cette période de prise en charge réalisée en hospitalisation complète tire son origine des différents rapports réalisés dans le domaine de la santé mentale, et non d'une réflexion exclusivement centrée sur les soins sans consentement. Si ces rapports sont unanimes sur la nécessité de l'instauration d'une période d'observation initiale lors des soins sans

consentement, la population concernée, les finalités recherchées ainsi que les modalités réglementaires différent.

III.1.1.3.1. Proposition d'instauration d'une période de 72h selon le rapport Strohl de 1997.

Le rapport Strohl³⁷ préconise une période initiale d'hospitalisation dite « d'orientation et d'observation ». Il est important de rappeler que les individus concernés par cette période d'observation sont, pour les rapporteurs, des personnes dont les « *troubles mentaux [entraînent] une incapacité à consentir aux soins et un danger grave pour soi ou pour autrui* ».

Cette période se construit comme une étape de prise en charge initiale, étape charnière et nécessaire mais non suffisante à l'hospitalisation sans consentement à proprement parlé.

La structure de prise en charge dans laquelle se déroule cette observation n'est pas fixée par le rapport : elle serait préférentiellement réalisée aux urgences qui ont vocation à voir le patient en état de crise, mais pourrait être effectuée dans un service de psychiatrie.

La finalité recherchée est de permettre une prise en charge sans consentement circonscrite dans le temps répondant en premier lieu à la nécessité de dispenser des soins et pouvant aboutir à la fin du délai à une prise en charge hospitalière ou extra-hospitalière, avec ou sans le consentement du patient, ou à une sortie.

Ces objectifs sont multiples. Cette période vise à : permettre une évaluation de la situation de crise en dehors de l'urgence ; à instaurer une prise en charge thérapeutique rapide ; à organiser la prise en charge ultérieure ; à rechercher le consentement de l'individu ; respecter les droits et libertés de celui-ci ; éviter la stigmatisation du patient liée à une hospitalisation sans consentement selon la procédure actuelle.

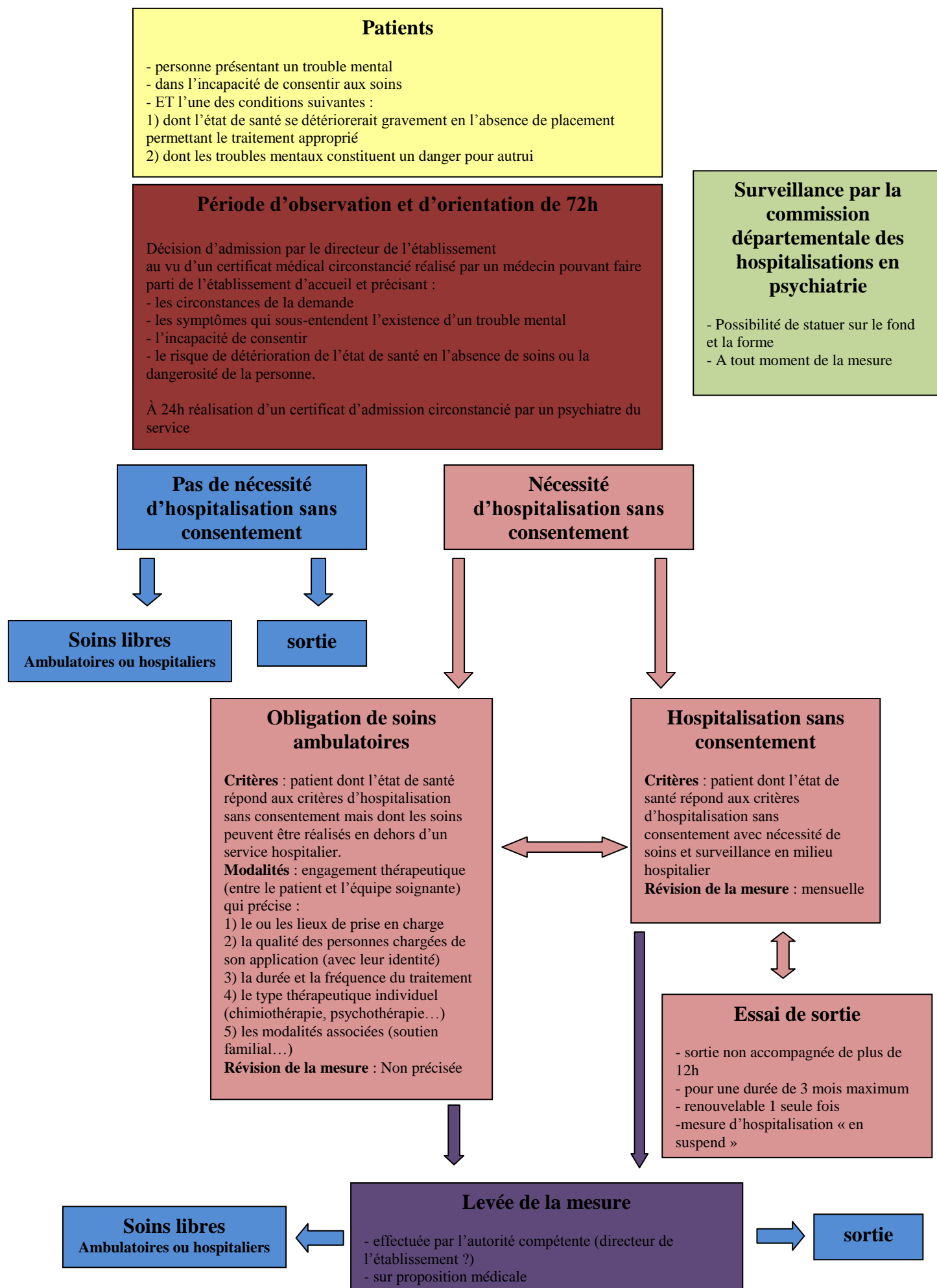
Au vu de ces objectifs, il est proposé que cette période d'observation réponde à une procédure d'admission plus légère basée sur un certificat médical unique. La décision d'admission est prise par le directeur de l'établissement, sa décision faisant grief dans le domaine administratif (figure 1).

Afin de répondre au respect des droits et des libertés du patient tout en prodiguant les soins nécessaires, cette période est provisoire, restreinte dans le temps, et basée sur la rédaction de certificats médicaux circonstanciés à 24 et 48h. Le premier est rédigé en vu de confirmer la

nécessité d'admission, le second en vu de motiver le maintien éventuel d'une hospitalisation sans consentement.

Lorsqu'il est nécessaire de maintenir le patient hospitalisé sous contrainte, le groupe propose que le prolongement soit soumis à des conditions de forme et de fond plus rigoureuses. Cette décision revient à une autorité administrative compétente et distincte de l'autorité ayant demandé l'admission en période d'observation, à savoir le représentant de l'État.

Figure 1 : Proposition de réforme de la loi du 27 juin 1990 selon le rapport Strohl.



III.1.1.3.2. Proposition d'instauration d'une période de 72h selon le rapport Piel-Roelandt de 2001.

Ce rapport⁴⁹ préconise de la même façon que le rapport Strohl une période initiale sous contrainte de 72h dont les aboutissants pratiques sont communs à ceux proposés par le rapport Strohl. Toutefois, la population concernée diffère dans la conception qui en est faite et dans la finalité de cette prise en charge.

En effet, alors que le rapport Strohl s'inscrit dans une nécessité de spécifier les textes législatifs relatifs à la prise en charge sans consentement de patients atteints de troubles mentaux, le rapport Piel-Roelandt s'inscrit dans une volonté de déspecifier les textes législatifs en souhaitant l'abrogation de la loi de 1990. Les rapporteurs considèrent qu'il est important d'offrir un cadre strictement sanitaire, se référant au cadre éthique et juridique de la médecine et au cadre du droit commun, en allant au-delà des caractéristiques sous-tendues par les pathologies mentales. Ce cadre se traduit par une obligation de soins, corollaire à la nécessité de soins : *« Nous pensons qu'il faut aller plus loin qu'un toilettage de la loi et envisager l'abrogation de la Loi de 1990 sur les soins sous contrainte. L'hospitalisation d'office et l'hospitalisation sur demande d'un tiers seraient supprimées. Une période d'observation et de soin de 72 heures serait instaurée, afin d'évaluer la nécessité de soins ».*
« Une loi déspecifiée pour l'obligation de soin s'impose. Le niveau d'acceptation des soins devrait être apprécié par le médecin au regard de son obligation de soigner et confirmée ou non par le juge, au regard de l'application des lois et donc des droits des citoyens. »

La population concernée se voit élargie dans sa considération, les troubles mentaux n'étant pas spécifiés dans la proposition. Cette période concerne *« toute personne dont les troubles nécessitent des soins immédiats et constituent un danger sanitaire pour elle-même et/ou pour autrui et qui refuse ou est empêchée de consentir à ces soins »*. Le médecin voit ainsi sa place renforcée, en tant qu'acteur principal de l'obligation de soins fondée sur une évaluation précise de la nécessité de ces soins. Le juge, garant des libertés, intervient *a posteriori* en confirmant ou infirmant cette décision.

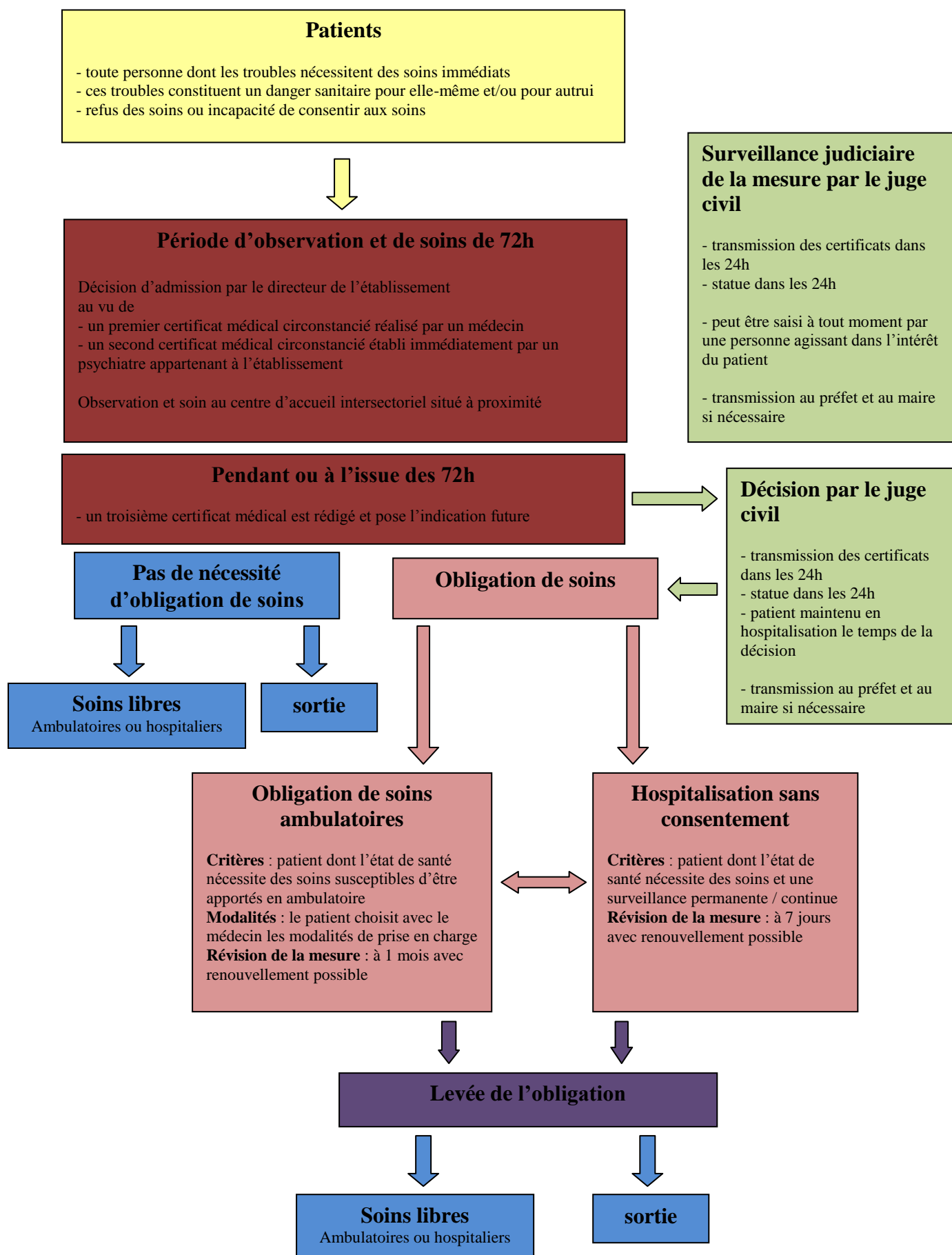
La succession des certificats médicaux se voit également réadaptée afin de s'assurer du bien fondé de la mesure et de veiller à sa pertinence dans le temps. Un certificat médical initial circonstancié permet d'instaurer la mesure, un deuxième à 24h de maintenir la mesure si nécessaire après évaluation par un psychiatre de l'établissement et un troisième dans les 72h de la période d'observation de poser l'indication de l'obligation de soin, avec les avis

souhaitables de la personne, de l'entourage ou d'un travailleur social. La décision est dès lors transmise au juge qui statue dans les 24 heures.

Cette période d'observation a vocation à se dérouler au sein d'une structure spécifique, dénommée par le rapport Centre d'Accueil Intersectoriel (CAI) ou centre « 72h ». Ce centre se veut adapté à la prise en charge des patients en obligation de soins et en lien étroit d'une part avec les urgences psychiatriques, d'autre part avec les intervenants extra-hospitaliers.

Au-delà de cette période d'observation, les propositions du rapport son identiques à celles proposées par le rapport Strohl d'un point de vu pratique, à savoir : sortie ; traitement libre ; obligation de soins selon deux modalités interchangeables, soit en obligation de soins en ambulatoire, soit en obligation de soins en hospitalisation (figure 2).

Figure 2 : Proposition de réforme de la loi du 27 juin 1990 selon le rapport Piel-Roelandt.



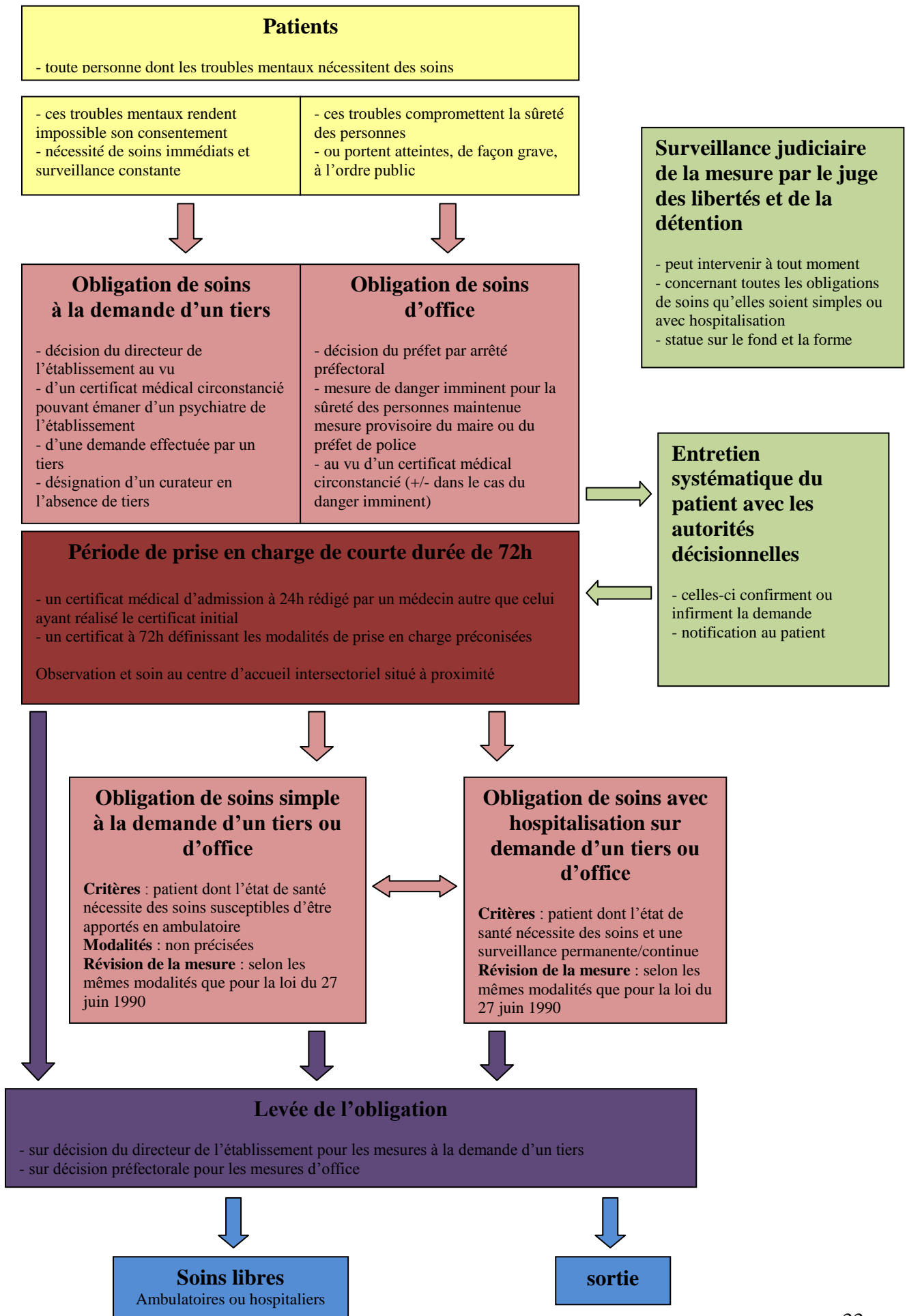
III.1.1.3.3. Proposition d'instauration d'une période de 72h selon le rapport IGAS-IGSJ de 2005.

Ce rapport⁵⁰ préconise également une période initiale « d'observation et de soins ». Selon les rapporteurs cette période permet de se détacher de l'urgence. En effet, la prise d'une telle décision en urgence ne permet pas une évaluation précise des troubles mentaux du patient; permettre au médecin de maintenir le patient sous contrainte pendant une phase d'hospitalisation initiale lui fournit le temps nécessaire à une évaluation globale. Elle permet : 1) préciser le diagnostic ; 2) de débiter une prise en charge thérapeutique ; 3) d'adapter à chaque situation une prise en charge ultérieure individuelle.

Afin de concilier cette période d'observation et de soins au respect des droits et libertés du patient, ce rapport préconise, à l'inverse des rapports cités ci-dessus, que la période d'observation ne soit pas une étape antérieure aux soins sans consentement, mais une étape ultérieure à la décision (figure 3). De ce fait, les modalités d'admission doivent être réalisées dès le début de cette période. Quant à la succession des certificats médicaux, celle-ci est identique à celle proposée par le rapport Piel-Roelandt : certificat initial, certificat de 24h et certificat de 72h.

Le rapport ne se prononce pas quant à l'organisation de cette période d'observation. Toutefois, celui-ci considère que quelle que soit l'organisation retenue, trois principes doivent être respectés : 1) développer un lien étroit entre l'équipe responsable de cette période d'observation et l'équipe des urgences psychiatriques ; 2) favoriser une approche intersectorielle de la gestion de ces situations ; 3) articuler un lien étroit avec les équipes extra-hospitalières afin de gérer le parcours de soin du patient.

Figure 3 : Proposition de réforme de la loi du 27 juin 1990 selon le rapport IGAS-IGSJ.



III.1.1.3.4. La période d'observation et de soins dans la loi du 05 juillet 2011.

La création d'une période initiale d'hospitalisation à temps complet de 72h a pour objectif d'adapter la loi aux évolutions des soins psychiatriques et des thérapeutiques actuelles. Cette période est ainsi considérée comme une période charnière permettant d'adapter la prise en charge du patient (figure 4).

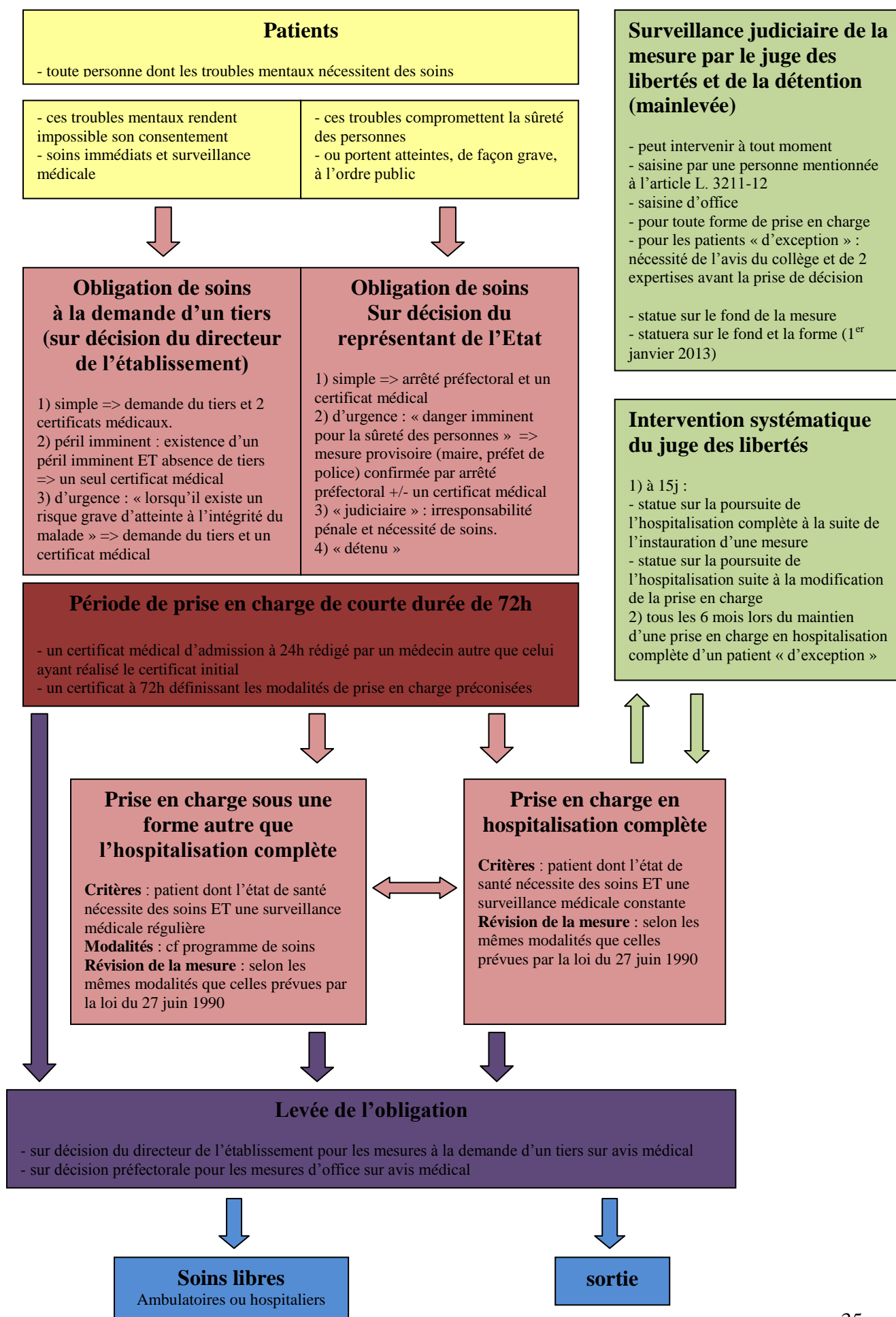
Cette période d'observation et ses modalités sont régies par le nouvel article L. 3211-2-2. Tout patient admis en soins psychiatriques est obligatoirement pris en charge initialement en hospitalisation à temps plein. Cette période restreinte dans le temps ne peut excéder 72h. Elle peut être stoppée à tout moment lorsque l'état du patient ne nécessite plus de soins sans consentement, soit parce que la prise en charge n'est plus nécessaire, soit que le consentement du patient a pu être recueilli, permettant des soins avec son consentement (hospitalisation en service libre ou prise en charge extra-hospitalière « libre »).

Au cours de cette période d'observation dans un service hospitalier, l'état clinique du patient doit être régulièrement évalué. Cette évaluation est dorénavant double : psychiatrique et somatique. Dans les 24 premières heures, un psychiatre de l'établissement établit un certificat confirmant ou infirmant la nécessité de la mesure. Ce certificat doit également préciser la réalisation d'un examen somatique du patient.

Dans les 72 heures qui suivent l'instauration de la mesure, un psychiatre de l'établissement (pouvant être le même que le rédacteur du premier certificat, à l'exception des mesures en cas de péril imminent) rédige un nouveau certificat. Ce certificat des « 72 heures » a pour but d'assurer la nécessité du maintien de la mesure. Si les certificats à 24 heures et 72 heures concordent et confirment la nécessité du maintien, il doit être adjoint au certificat des 72 heures un avis motivé précisant les modalités de prise en charge (hospitalisation complète, partielle ou ambulatoire) et le cas échéant le programme de soins.

Les différents certificats médicaux sont présentés en annexe 1.

Figure 4 : schéma général de la loi du 05 juillet 2011.



III.1.2.Lever les obstacles à l'accès aux soins et garantir leur continuité.

III.1.2.1. modifications apportées à la demande du tiers.

III.1.2.1.1. Les problématiques observées en rapport avec la demande du tiers.

Auparavant, l'instauration d'une mesure d'hospitalisation sur demande du tiers était sous-tendue par la demande manuscrite de celui-ci^{37,46}. Cette demande en était la condition sine qua non. D'autre part le tiers, membre de la famille ou personne agissant dans l'intérêt de la personne, était explicitement identifié comme demandeur de l'hospitalisation. Différents rapports ont mis en avant des difficultés pouvant intervenir dans le recueil de la demande liées à ce contexte.

Le rapport Strohl³⁷ décrit ainsi une inadéquation de la position du tiers inhérente à la loi du 27 juin 1990. En effet, le tiers, généralement membre de l'entourage proche du patient, se trouve placé dans une position duelle : soutien du patient dans sa vie quotidienne, il se voit également demandeur d'une mesure de soins coercitive.

Les propositions de ce rapport se basent sur cette constatation et s'inscrivent dans une volonté de libérer les proches de cette injonction paradoxale : « *Hospitaliser quelqu'un contre son gré est une violence qu'on lui fait, pour de bonnes et légitimes raisons. Il n'en reste pas moins que c'est une violence et que les proches peuvent hésiter à le faire, être culpabilisés, à tout le moins ambivalents à l'égard d'une telle position.* ». Dans cet objectif, les rapporteurs préconisent la suppression de la demande du tiers, la décision d'une mesure contraignante revenant au directeur de l'établissement au vu d'un certificat médical pour le déclenchement de la période d'observation ou au préfet pour la mise en place de soins sans consentement.

Le rapport IGAS-IGSJ⁵⁰ reprend ces constatations et met également en avant le paradoxe retrouvé dans la pratique quotidienne de l'instauration d'une hospitalisation sur demande du tiers : il est fréquent que la demande du tiers, initiatrice de la mesure dans les textes, soit réalisée dans un second temps. Le rapport fait référence aux situations dans lesquelles le médecin se voit contraint de rechercher un tiers lorsqu'il estime nécessaire de mettre en place une mesure chez un patient déjà pris en charge au sein de l'établissement d'accueil. Le

médecin se retrouve de ce fait face à des difficultés pour trouver un tiers, pour le faire venir afin de rédiger la demande ou pour le convaincre de la nécessité de réaliser cette demande. Ces difficultés peuvent s'expliquer par la crainte de l'entourage de la rupture des liens sociaux pouvant survenir suite à la mesure ou par la crainte de représailles. Le tiers se trouve dans une situation complexe, à la fois dans une volonté de permettre l'accès aux soins au patient, dans un souhait de se soulager de cette situation et dans la nécessité de prendre une décision allant à l'encontre du patient. Dans le but de soulager le tiers, le rapport préconise de positionner celui-ci non pas en demandeur de l'hospitalisation, mais en demandeur de soins. De ce fait il n'est plus décideur de la modalité de prise en charge, mais demandeur d'une prise en charge pour laquelle le directeur décide de l'instauration et le médecin des modalités.

De la même façon que les différents rapports soulèvent la difficulté pour le tiers de prendre la décision d'hospitaliser sans consentement un de leur proche, ceux-ci soulèvent également la question de l'absence de tiers pour permettre d'instaurer une mesure d'hospitalisation sous contrainte^{37,40,50}.

Comme nous l'avons précisé précédemment, la demande du tiers est l'étape préalable dans l'hospitalisation sur demande d'un tiers avant toute instauration de la mesure. La pratique révèle qu'il est parfois difficile voir impossible d'offrir une prise en charge à un patient isolé socialement par « manque de tiers ». Pendant les dix premières années qui ont suivies la promulgation de la loi du 27 juin 1990, ce contexte a fait apparaître une pratique permettant de palier cette difficulté : la demande de tiers portée par une assistante sociale^{32,46}. Elle permettait ainsi d'instaurer une mesure d'hospitalisation dans les situations qui répondaient aux critères de l'hospitalisation sur demande d'un tiers mais dont la demande de tiers faisait défaut.

Toutefois la demande réalisée par l'assistante sociale, généralement du service, ne répondait pas aux critères du tiers. En effet le Conseil d'Etat, dans son arrêt du 3 décembre 2003 (Conseil d'Etat, 3 décembre 2003, n° 244867, Centre hospitalier spécialisé de Caen), a considéré que la qualité de tiers exigeait l'existence d'un lien de parenté ou de relations antérieures à la demande et donnant qualité pour agir dans l'intérêt du patient³².

Il semble toutefois qu'une seconde pratique ait émergée pour palier de nouveau ce manque de tiers : l'intervention des maires et la décision d'hospitalisation d'office pour « défaut de tiers ». Cette interprétation de l'application de la loi du 27 juin 1990 est soulignée dans 2 études.

Une étude réalisée en 2005 au Centre Hospitalier du Vinatier⁵¹ retrouve chez les patients hospitalisés d'office une plus forte proportion de patients vivant seuls (51%) par rapport aux patients hospitalisés à la demande d'un tiers ou en hospitalisation libre (40%). De la même façon, cette étude a étudié le mode d'hospitalisation selon la disposition ou non d'un domicile et a retrouvé une plus forte proportion d'hospitalisations d'office chez les patients sans domicile fixe par rapport aux patients ayant un domicile (24% Vs 10%). Les auteurs s'interrogent quant à l'explication de cette disparité et posent comme hypothèse non exclusive le recours à une hospitalisation d'office « par défaut de tiers » chez des patients isolés socialement. Une étude menée en 2006⁴⁷ sur le rôle des maires dans l'hospitalisation d'office a constaté que l'intervention des maires permettait de palier l'absence de tiers pour formuler une demande d'HDT ou le refus des proches de réaliser cette demande sans nous permettre d'évaluer la proportion de cette pratique au sein des hospitalisations d'office.

Afin de répondre aux difficultés citées précédemment, le législateur a redéfini le rôle du tiers au sein du texte législatif et ajouté une nouvelle mesure afin de permettre l'instauration d'une prise en charge en l'absence de demande de tiers conforme.

III.1.2.1.2. Les apports de la loi du 05 juillet 2011 relatifs à la demande du tiers.

Comme le préconisait le rapport IGAS-IGSJ de 2005, la place du tiers est reconsidérée : précédemment demandeur d'une hospitalisation, il devient demandeur de soins. Le directeur de l'établissement est défini comme décideur de la mesure de soins sans consentement et les modalités de prise en charge sont dorénavant définies par le psychiatre traitant du patient.

De la même façon, le législateur intègre dans la nouvelle loi la possibilité pour le directeur de l'établissement de décider d'une mesure de soins sans consentement en l'absence de tiers lorsqu'il existe un péril imminent pour le patient. En contrepartie, le directeur a un devoir de rechercher tout tiers pouvant intervenir pour le bien du patient dans les 24 heures, les certificats médicaux de 24 et 72 heures doivent être rédigés par deux psychiatres distincts.

L'article L. 3212-1 est modifié de façon à prendre en compte ces modifications :

« II. – Le directeur de l'établissement prononce la décision d'admission :

« (...) lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande dans les conditions prévues au 1° du présent II et qu'il existe, à la date d'admission, un péril imminent pour la santé de la personne, dûment constaté par un certificat médical ».

III.1.2.2. Maintenir la mesure sur décision médicale si l'état du patient le nécessite.

L'étude d'impact⁴⁰ de janvier 2011 souligne une contradiction entre la nécessité de soins et la levée de la mesure de droit par le tiers. En effet, dans la loi du 27 juin 1990, lorsqu'un tiers ou un proche demandait la levée d'une mesure, celle-ci était acquise de droit. Le psychiatre ne pouvait s'opposer à la levée de la mesure que si le patient au moment de la levée présentait les critères permettant d'instaurer une mesure d'hospitalisation d'office.

Le législateur a pris en compte cette contradiction entre une levée de la mesure de droit et l'existence d'un péril imminent et la nécessité de soins. Il a ainsi modifié l'article L. 3212-9 afin de permettre au psychiatre de s'opposer à la levée de la mesure si celui-ci estime qu'il existe un péril imminent et qu'il persiste une nécessité de soins lors de la demande de levée.

Toutefois, il est important de souligner que la demande de levée reste toujours de droit lorsqu'il n'existe pas de péril imminent au moment de la levée.

III.2. Apports de la nouvelle loi relatifs au domaine juridique.

La réforme de la loi du 27 juin 1990 a également été l'occasion de réaffirmer les droits du patient pris en charge sans son consentement.

La loi du 05 juillet 2011 prend en compte cette nécessité en adaptant le texte à cette volonté. Le champ juridique de la loi, garante de la sûreté de l'individu et de ses droits se voit renforcé. C'est ce que nous allons mettre en évidence dans les paragraphes suivants.

Il est important dans un premier temps de distinguer les termes de sûreté et de sécurité. La sûreté, de façon générale, est un état de protection contre le danger ou les menaces. La sécurité, quant à elle, est une technique de blocage des agressions, des défauts, des dommages, des erreurs, des accidents, dangers, à caractère physique, émotionnel, psychologique. Mettre en place des mesures sécuritaires permet ainsi de garantir la sûreté des individus. La notion de sécurité telle qu'elle peut être considérée dans la loi, ne se limite pas exclusivement à la sécurité de la population. Elle possède un sens double : 1) sécurité d'un individu sous le coup de la mesure sans consentement en instaurant une surveillance des modalités de celle-ci (certificats médicaux, visite par les commissions départementales et le contrôleur des libertés, saisine du juge) ; 2) sécurité d'un individu face au comportement d'un patient atteint de trouble mental pouvant compromettre sa sûreté.

Nous ferons référence dans cette partie en évoquant le domaine juridique de la loi, aux modalités instaurées par la loi en vue d'assurer les droits et libertés de l'individu.

III.2.1. Réaffirmer le droit à l'information du patient et recueil de son avis.

Informé le patient est devenu un droit. C'est également devenu un devoir pour le personnel soignant de lui fournir ces informations de manière claire, loyale et appropriée^{3,36}.

La délivrance de cette information permet de placer le patient au sein de sa prise en charge et de lui donner la possibilité de prendre les décisions concernant sa santé. Comme nous l'avons précisé antérieurement, le patient est devenu l'acteur principal de sa prise en charge, accompagné par le praticien dans sa prise de décision. Le contexte des soins sans consentement ne fait pas exception à cette règle.

Afin d'assurer la mise en œuvre de la recommandation REC(2004)10 du Conseil de l'Europe, le législateur s'est fixé un double objectif : 1) réformer les modalités de délivrance de

l'information au patient sur ses droits et sur les soins qui lui sont prodigués ; 2) recueillir son avis^{40,41}.

La recommandation REC(2004)10 pourrait devenir une norme contraignante pour les états de l'Union Européenne. Cette situation s'est déjà présentée avec la recommandation R(83)2 du Conseil de l'Europe pour laquelle ses articles ont été intégrés dans la loi du 27 juin 1990⁴⁰.

L'article L. 3211-3 est modifié afin de tenir compte de cette recommandation. Il est mentionné le droit du patient à exprimer ses observations sur les mesures de tous ordres le concernant et l'obligation de tenir compte de cet avis dans la mesure du possible. Le législateur complète les actuelles dispositions sur les modalités de délivrance au patient des informations sur ses droits (dès l'admission ou aussitôt que son état le permet) et mentionne l'information sur les voies de recours qui lui sont ouvertes et sur les soins qui lui sont prodigués. Le principe d'une information et d'une consultation des personnes concernées avant chaque décision prononçant le maintien des soins ou en définissant la forme est ainsi affirmée. En corollaire, comme nous l'avons précisé précédemment, ce droit à l'information du patient entraîne une obligation pour l'équipe soignante de fournir cette information et de l'adapter à l'état mental du patient

Toutefois, il est erroné de résumer la décision du législateur à une obligation apportée par la recommandation. Cet objectif s'inscrit également dans une évolution générale de la relation soignant-soigné et dans une volonté de rompre l'asymétrie de la relation.³⁷

III.2.2. Réaffirmer le droit et la garantie des libertés individuelles.

La décision du Conseil Constitutionnel de novembre 2010 a accéléré le processus de réforme de la loi du 27 juin 1990. En effet en se prononçant sur l'inconstitutionnalité d'un article de la loi et rendant efficiente cette décision au premier août, le Conseil a entraîné la nécessité d'adapter la loi à cette décision⁵².

III.2.2.1. Anticonstitutionnalité de l'article L. 3212-7 relatif à la mesure d'hospitalisation sur demande d'un tiers.

Le 24 septembre 2010, le Conseil Constitutionnel est saisi par le Conseil d'État d'une question prioritaire de constitutionnalité posée par Mlle Danielle S., relative à la conformité aux droits et libertés des dispositions de huit articles du code de la santé. Au décours de cette saisine, le Conseil se prononce le 25 novembre 2010 sur l'anticonstitutionnalité de l'article L. 3212-7 du code de la santé publique, entraînant son abrogation et laissant au législateur jusqu'au 1^{er} août 2011 afin de modifier la loi du 27 juin 1990.

L'article L. 3212-7 précise les modalités de renouvellement de l'hospitalisation sur demande d'un tiers. Lorsque les conditions de l'hospitalisation sont réunies, celle-ci est maintenue pour une durée de un mois renouvelable par le directeur de l'établissement au vu d'un certificat médical circonstancié. Le Conseil Constitutionnel considère que cet article va à l'encontre de la Constitution. En effet, l'article 66 explicite que « *Nul ne peut être arbitrairement détenu. L'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, assure le respect de ce principe dans les conditions prévues par la loi* ». Considéré comme l'une de ses dispositions majeures en matière de droits fondamentaux, cet article pose deux principes : celui de l'interdiction de toute détention arbitraire et celui de la compétence de l'autorité judiciaire pour la protection de la liberté individuelle

Le Conseil Constitutionnel souligne « *qu'en prévoyant que l'hospitalisation sans consentement peut être maintenue au-delà de quinze jours sans intervention d'une juridiction de l'ordre judiciaire, les dispositions de l'article L. 337 méconnaissent les exigences de l'article 66 de la Constitution* ». Le maintien d'une mesure d'hospitalisation sur demande d'un tiers par une autorité administrative (le directeur de l'établissement) et non par une autorité judiciaire (juge des libertés et de la détention) est ainsi considéré comme non constitutionnel et va à l'encontre des droits du patient en ne faisant pas intervenir le juge, garant des libertés.

Le Conseil Constitutionnel rompt par sa décision une partie du débat concernant la judiciarisation de la mesure d'hospitalisation sans consentement. L'intervention du juge des libertés et de la détention devient une obligation afin de maintenir la mesure. Il est à noter que le Conseil Constitutionnel ne reconnaît pas l'obligation d'intervention *ab initio* du juge. Il maintient la possibilité pour l'autorité administrative de prendre la décision du placement,

mais oblige l'intervention systématique du juge *a posteriori* lors du maintien de la mesure d'hospitalisation sans consentement qui sous-entend la restriction des libertés du patient au-delà de quinze jours. Cette intervention *a posteriori* du juge s'inscrit également dans la volonté de maintenir la distinction entre les instances demandeuses de l'hospitalisation et les instances de contrôle garantissant au patient l'impartialité de la mesure : le risque de collusion entre celui qui propose et celui qui décide est ainsi écarté. Il est à noter que cette décision suit également la recommandation REC(2004)10 dans le domaine.

La décision du Conseil Constitutionnel entraîne donc pour le législateur l'obligation de réformer la loi du 27 juin 1990. Toutefois, afin de pouvoir permettre l'adaptation du texte et au vu de sa nécessité sanitaire et sécuritaire, le Conseil Constitutionnel reporte l'abrogation de l'article au 1^{er} août 2011.

Il est à noter que cette décision ne se réfère qu'à un seul et unique article de la loi du 27 juin 1990. Toutefois, les législateurs ont pris le parti de vouloir consolider le projet de réforme de mai 2010 afin de réformer entièrement la loi avant l'abrogation de l'article L. 3212-7. Ils se sont ainsi fixés comme date butoir de promulgation de la nouvelle loi le 1^{er} août 2011.

III.2.2.2. Anticonstitutionnalité des articles L. 3213-1 et L. 3213-4 concernant la mesure d'hospitalisation d'office.

Le Conseil Constitutionnel a été saisi les 7 et 8 avril 2011 par le Conseil d'État et la Cour de cassation d'une question prioritaire de constitutionnalité posée par M. Abdellatif B. et Mr Jean-Louis C, relative à la conformité des dispositions des articles L. 3213-1 et L. 3213-4 du CSP⁵³.

Le 09 juin 2011, le Conseil déclare anticonstitutionnel cet article au vu de l'article 66 de la Constitution et décide de son abrogation au 1^{er} août 2011.

Cette décision du Conseil Constitutionnel ne fait que confirmer sa première décision du 25 novembre 2010 en élargissant son champ au cas des patients hospitalisés d'office.

Cette décision a déjà été prise en compte indirectement par la loi du 05 juillet 2011. En effet, le législateur a affirmé dans l'article L. 3211-12-1 l'intervention systématique du juge des libertés dans le maintien de la prise en charge sans consentement d'un patient en hospitalisation complète, que la mesure soit décidée par le directeur de l'établissement ou par

le représentant de l'Etat. En tout état de cause, cette décision n'entraîne pas de conséquences au sein du nouveau texte législatif, mais vient confirmer la nécessité de réformer la loi du 27 juin 1990.

Concernant l'anticonstitutionnalité de l'article L. 3213-1, celle-ci se réfère à la possibilité du préfet de s'opposer à une levée de la mesure d'hospitalisation d'office sur avis médical. Le Conseil Constitutionnel a en effet considéré qu'une mesure d'HO étant basée sur une nécessité de soins attestée par un certificat médical, l'opposition du préfet à une levée lorsque le médecin infirme la nécessité du maintien va à l'encontre de la constitutionnalité. En ce sens, le législateur prévoit dans l'article L. 3213-9-1 que lorsque le préfet ne suit pas l'avis du psychiatre, un deuxième psychiatre examine dans un délai maximum de 72 heures. Si cet examen est concordant avec le premier avis, le préfet ordonne la mainlevée de la mesure ou la mise en place de soins ambulatoires.

III.2.2.3. L'intervention du juge des libertés et de la détention.

Alors que le juge des libertés et de la détention (JLD) ne pouvait précédemment intervenir qu'en vue de la mainlevée de la mesure, son rôle se voit très fortement élargi. Dorénavant, le maintien en hospitalisation complète d'un patient sans son consentement ne peut se poursuivre sans son intervention (Art. L. 3211-12-1 du CSP).

Ce contrôle de plein droit systématique s'applique à toute mesure d'hospitalisation, ainsi qu'aux décisions la renouvelant.

Le JLD intervient ainsi dans le contrôle de toutes les mesures d'hospitalisation sans consentement. Afin de garantir la liberté du patient, le JLD statue suite à un débat contradictoire en audience publique. Le patient peut être aidé ou représenté par un avocat.

Ce contrôle intervient avant l'expiration du quinzième jour, soit lors de l'instauration d'une mesure, soit lorsque le psychiatre décide d'un changement de modalité de prise en charge vers une hospitalisation complète. Cette période de 15 jours tient ainsi compte des décisions du Conseil Constitutionnel.

La saisine du JLD est réalisée à la suite de la rédaction du certificat médical entre le 5^{ème} et le 8^{ème} jour de l'hospitalisation complète, associé à un avis donné par un psychiatre ne prenant pas en charge le patient, lorsque ceux-ci confirment la nécessité de maintenir les soins en hospitalisation complète.

Tous les 6 mois, à partir du moment où le patient est strictement pris en charge en hospitalisation complète, un nouveau contrôle du JLD est effectué.

Une exception est à noter. En effet, il est prévu que dans les cas où l'hospitalisation est prononcée à la suite d'une irresponsabilité pénale, le contrôle initial du JLD a lieu dans les 6 mois de cette décision, et non dans les 15 jours.

De la même façon, le JLD ne peut décider de la mainlevée de la mesure sans avis du collègue de soignants et sur avis de 2 expertises psychiatriques lorsque le patient est considéré comme « potentiellement dangereux » et sujet au régime procédural « renforcé », ce que nous préciserons ultérieurement.

III.3. Apports de la nouvelle loi relatifs au domaine sécuritaire.

Outre les aspects sanitaires et juridiques que nous avons abordés dans les chapitres précédents, la loi du 05 juillet 2011 est également pourvue d'objectifs sécuritaires. Ces objectifs ne sont pas nouveaux et font partie intégrante des lois successives concernant la prise en charge des patients atteints de troubles mentaux.

Nous nous focaliserons plus particulièrement dans ce chapitre sur la question des moyens sécuritaires apportés par la loi du 05 juillet 2011 en vue d'assurer la sûreté de la population, la sûreté des individus pris en charge sans consentement étant traité dans le chapitre relatif au domaine juridique de la loi.

Dès la loi de 1838, la mesure de placement d'office répondait à la nécessité d'assurer la sécurité de la population face aux possibles agissements des aliénés. Il permettait au Représentant de l'État, garant de l'ordre public, d'ordonner le placement « de toute personne [...] dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes » et ainsi de garantir la sécurité de la population³⁶.

L'hospitalisation d'office dans la loi de 1990 s'inscrit dans la continuité de cet aspect sécuritaire.

C'est avec les modifications apportées par la loi Kouchner que les critères d'admission de la mesure d'hospitalisation d'office sont modifiés afin d'intégrer les aspects sanitaires : d'une part la notion de « nécessité de soins » est rajoutée à l'article L. 3213-1, d'autre part dans ce même article la nécessité de trouble « grave » de l'ordre public a pour objectif de restreindre l'accès à la mesure en la rendant plus contraignante dans sa réalisation.

La loi du 05 juillet 2011 est quant à elle plus fortement imprégnée d'objectifs sécuritaires. L'une des explications que l'on peut apporter à cette décision tire son origine de différents faits divers ayant impliqué des patients atteints de troubles mentaux. Ces aspects sécuritaires de la nouvelle loi, mis sur le devant de la scène, ont été sujets à de vastes débats et une forte mobilisation des différentes personnes concernées par la portée de la loi^{36,54-56} : associations de malades, membres des équipes soignantes de psychiatrie, mais également des institutions telles que la Commission nationale consultative des droits de l'homme...

En effet, la proposition du projet de réforme de la loi du 27 juin 1990 est présentée par le Président de la République lors du discours dit d'Antony prononcé en décembre 2008. Cette proposition fait suite à un fait divers dramatique survenu dans les semaines précédentes et impliquant une personne atteinte de trouble mental. Elle fait également suite à une première tentative de réforme de la mesure d'hospitalisation d'office survenue en 2006 et abandonnée face à une importante mobilisation à l'encontre de cette loi³⁶.

Afin de présenter les objectifs sécuritaires de la loi, il est important dans un premier temps de rappeler le contexte.

III.3.1. Garantir la sécurité de la population au regard des faits divers concernant des patients atteints de troubles mentaux.

Le drame de Pau est le nom donné à un fait divers survenu dans la nuit du 17 au 18 décembre 2004 à l'hôpital psychiatrique de Pau. Un patient schizophrène en recrudescence délirante s'introduisit dans un service psychiatrique et tua deux membres de l'équipe soignante³⁶.

Ce drame, fortement médiatisé, marqua l'opinion publique. Cette dernière interrogea la pratique de la psychiatrie et la prise en considération de la violence et de la dangerosité potentielle des patients atteints de troubles mentaux⁵⁷.

Cet évènement ainsi que d'autres faits divers impliquant des patients atteints de troubles mentaux furent à l'origine de plusieurs travaux et réformes demandés par le gouvernement dans le domaine de la psychiatrie⁵⁸⁻⁶².

En 2006, le projet de loi sur la prévention de la délinquance marquait un virement dans la considération des personnes atteintes de troubles mentaux. En effet, ce texte intégrait dans ses articles 18 à 24 une volonté de réformer les modalités de l'hospitalisation d'office³⁶.

On peut citer comme propositions de réforme au terme de ce projet l'article 18 dans lequel le procureur de la République doit être informé de toute sortie d'essai de patients en hospitalisation d'office ainsi que l'article 19 dans lequel un fichier national nominatif des patients hospitalisés d'office est créée.

Les articles relatifs à l'hospitalisation d'office, au cœur d'un vaste débat, furent finalement retirés de la loi sur la prévention de la délinquance. Ils ont toutefois mis en évidence les

difficultés rencontrées à trouver un équilibre entre les domaines sanitaires, juridiques et sécuritaires. Pour beaucoup, il n'était pas possible de concevoir des modifications sanitaires par l'intermédiaire d'un texte législatif modifiant le code pénal^{54,55}.

Ces événements ont également posé le débat sur la responsabilité pénale des malades mentaux, ainsi que de la réponse pouvant être apportée aux familles des victimes de malades mentaux déclarés irresponsables.

La notion de déclaration d'irresponsabilité pénale a été introduite par la loi Dati de février 2008. Auparavant, les personnes déclarées irresponsables en raison de troubles mentaux, pouvaient faire l'objet, en raison du degré d'irresponsabilité pénale, d'une décision de non-lieu, d'acquittement ou de relaxe³⁶.

Le drame de Pau a mis en lumière l'impératif de l'intervention d'un procès même en cas d'irresponsabilité pénale, afin de faciliter le travail de deuil des victimes. La problématique qui se posait était de faire en sorte que les faits reprochés puissent être imputés, sans pour autant juger les personnes ayant réalisé cet acte en raison de troubles mentaux.

La question sous-jacente qui se pose pour le gouvernement et les législateurs est de savoir comment assurer la sécurité de la population face à certains patients présentant des troubles mentaux et pouvant présenter un risque en termes de dangerosité et de récidive.

Fin 2008, un nouveau fait divers marqua l'opinion publique. Un patient schizophrène, hospitalisé d'office, fugue de l'hôpital psychiatrique où il était pris en charge. A la suite de cette fugue, le patient agresse à l'arme blanche un passant et le blesse mortellement. Ce fait divers réactiva fortement le débat sur les « malades mentaux dangereux ».

Quelques semaines plus tard, le Président de la République tint un discours à l'hôpital Erasme d'Antony.

Le Président de la République réaffirma la nécessité d'offrir à la population des mesures sécuritaires vis-à-vis de ces patients : « *Les malades potentiellement dangereux doivent être soumis à une surveillance particulière afin d'empêcher un éventuel passage à l'acte* ». Dans cette optique, deux mesures principales furent décidées. D'une part la réalisation d'un plan de sécurisation des hôpitaux psychiatriques, d'autre part une réforme sanitaire des procédures de l'hospitalisation d'office.

Comme le souligne Mme Bachelot⁴¹ dans l'introduction du projet de loi portant réforme de la loi de 1990, l'un des objectifs « porte sur le suivi attentif des patients, pour leur sécurité et pour celle des tiers, dont l'aménagement est exigé par la consécration de la pratique des soins en dehors de l'hôpital. Divers événements dramatiques survenus ces derniers temps attestent de la nécessité, rappelée par le Président de la République, de mieux encadrer les sorties des établissements de santé et d'améliorer la surveillance de certains patients susceptibles de présenter un danger pour autrui ».

Ainsi, dans un objectif sécuritaire, le but des nouveaux apports est de favoriser la prise de décision du préfet pour autoriser une prise en charge autre qu'en hospitalisation complète ou la levée des soins sans consentement⁴¹.

III.3.2. Les apports sécuritaires de la loi du 05 juillet 2011 : le régime procédural « renforcé ».

III.3.2.1. La population concernée.

Dans la continuité des réflexions apportées par les faits divers cités précédemment, des exigences supplémentaires sont prévues pour une population définie de patients : « ceux dont le comportement, à un moment de leur parcours, a témoigné d'une dangerosité »⁴⁰. Les patients concernés sont, d'une part, ceux qui ont fait l'objet d'une hospitalisation en application des articles L. 3213-7 du CSP et 706-135 du CPP (les personnes ayant été déclarées irresponsables pénalement en raison de leurs troubles mentaux), et, d'autre part, les personnes qui auront séjourné pendant plus d'un an dans une unité pour malades difficiles.

Cette distinction n'est vraie que lorsque ces patients sont pris en charge dans le cadre d'une mesure de soins sans consentement décidée par le représentant de l'État (SPDRE). Elle ne s'applique pas lors d'une prise en charge en soins libres ou en soins psychiatriques à la demande d'un tiers. Il est également intégré dans la loi un « droit à l'oubli » porté à 10 ans, durée à laquelle le régime procédural « renforcé »⁶³ ne s'applique plus.

Pour résumer, les patients concernés par ce régime procédural sont ceux admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État : 1) sous le coup d'une déclaration d'irresponsabilité pénale ou ayant des antécédents de prise en charge d'office pour

irresponsabilité pénale datant de moins de 10 ans ; 2) hospitalisés plus d'un an dans une unité de malades difficiles ou ayant des antécédents d'hospitalisation de plus d'un an dans une unité de malades difficiles datant de moins de 10 ans.

III.3.2.2. Le collège de soignants et les experts.

Concernant ces patients, un avis collégial est requis pour toute demande de prise en charge autre qu'en hospitalisation complète ou pour la levée de la mesure de ces patients.

Les dispositions de l'article L. 3211-9 sont ainsi modifiées afin de répondre à la création de ce collège de soignants : *« Pour l'application du II des articles L. 3211-12 et L. 3211-12-1 et des articles L. 3212-7, L. 3213-1, L. 3213-3 et L. 3213-8, le directeur de l'établissement d'accueil du patient convoque un collège composé de trois membres appartenant au personnel de l'établissement :*

1° Un psychiatre participant à la prise en charge du patient ;

2° Un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient ;

3° Un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient. »

Le collège de soignants donne un avis : 1) avant toute décision de mainlevée de la mesure prise par le juge des libertés (Art. L. 3211-12 et L. 3211-12-1) ; 2) avant toute modification de la prise en charge autre qu'une prise en charge en hospitalisation complète (Art. L. 3213-1 et L. 3213-3) ; 3) avant toute décision de fin de la mesure (Art. L. 3213-8).

En plus de cet avis donné, permettant de prendre une décision avant toute modification ou levée d'une prise en charge à temps complet, deux expertises sont également requises avant toute décision de levée par le JLD ou le préfet.

Ce n'est que lorsque ces avis du collège de soignants et des experts concordent que le juge des libertés ou le préfet peuvent prendre leur décision.

Le législateur affirme ainsi clairement une volonté forte d'encadrer la sortie d'hospitalisation des patients que celui-ci considère comme dangereux⁴¹.

IV ANALYSE EPIDEMIOLOGIQUE DES PATIENTS HOSPITALISES SANS CONSENTEMENT AU TRAVERS DES DONNEES DU RECUEIL D'INFORMATION MEDICALISE EN PSYCHIATRIE DE LA REGION CENTRE POUR LES ANNEES 2009-2010.

IV.1. Objectifs de l'étude.

Au-delà des modifications légales, nous nous sommes interrogés dans ce travail sur les patients concernés par les hospitalisations sans consentement. Nous avons voulu connaître les pathologies conduisant à l'instauration d'une hospitalisation sans consentement. Les données statistiques actuellement utilisées concernent essentiellement : le nombre de mesures par l'intermédiaire des rapports annuels des commissions départementales d'hospitalisation en psychiatrie ; le nombre d'admissions en hospitalisation sans consentement par l'intermédiaire du feuillet psychiatrique des statistiques annuelles des établissements. Ces données statistiques centrées sur la mesure en elle-même ne nous permettent pas d'avoir une approche épidémiologique des patients en HSC.

Nous avons réalisé une revue de la littérature en recherchant les études relatives à l'épidémiologie des patients hospitalisés sans consentement en France. Cette revue nous a permis de trouver deux articles.

Le premier article était une étude comparative des prises en charge sans consentement de patients atteints de troubles mentaux au sein des Etats membres de l'Union Européenne réalisée par Salize⁶⁴ en 2004. Il était cité une étude épidémiologique transversale sur 2 ans (1997-1998) des patients hospitalisés sans consentement dans 122 des 820 secteurs psychiatriques français. Cette étude mettait en évidence la proportion des diagnostics de la classification internationale des maladies retrouvés dans les hospitalisations sans consentement : 50% des patients hospitalisés souffrent de troubles psychotiques (F2), 12,6% de troubles liés à l'utilisation de toxiques (F1), 12,5% de troubles de l'humeur (F3), 10,6% de troubles de la personnalité (F6) et 2,9% de retard mental (F7).

La seconde étude réalisée au centre hospitalier le Vinatier s'était également intéressée aux données épidémiologiques des patients hospitalisés sans consentement au sein de l'établissement en 2005⁵¹. Cette étude était centrée sur les patients distincts hospitalisés et utilisait les données recueillies dans le programme de médicalisation des systèmes

d'information psychiatrique expérimental. Cette étude a mis en évidence 6 regroupements syndromiques les plus fréquemment retrouvés en hospitalisation sans consentement : les troubles addictifs, les démences, les troubles de l'humeur, les troubles du comportement, la schizophrénie et les autres troubles psychotiques. Toutefois, il n'était pas précisé les diagnostics CIM-10 retrouvés au sein de ces regroupements syndromiques.

Nous nous rendons compte au travers de ces 2 études du manque de données épidémiologiques concernant les patients hospitalisés sans consentement.

Nous avons souhaité avoir une approche descriptive des patients en HSC en nous intéressant à un nouvel outil, le recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIM-Psy).

Nous avons ainsi réalisé une étude épidémiologique transversale basée sur les données recueillies par le RIM-Psy des patients de la région Centre hospitalisés sans consentement pour les années 2009 et 2010. Nous avons également réalisé dans cette étude une analyse comparative des taux de patients hospitalisés pour chacun des départements de la région pour ces mêmes années.

IV.2. Matériel et méthodes.

IV.2.1. Présentation du recueil d'informations médicalisé en psychiatrie.

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) est un outil médico-économique d'analyse de l'activité des établissements de soins. Développé initialement dans le cadre des services de médecine, chirurgie et obstétrique (PMSI-MCO), il s'est progressivement développé dans d'autres champs sanitaires : soins de suite et de réadaptation (PMSI-SSR), hospitalisation à domicile (PMSI-HAD) et psychiatrie (PMSI-Psy). L'objectif de la mise en place de ce programme de médicalisation en psychiatrie était à l'origine double : 1) réaliser un recueil médicalisé ; 2) rechercher un modèle de financement spécifique à la psychiatrie à partir des données recueillies⁵¹.

Le PMSI-Psy a été expérimenté en 2002 dans plusieurs régions avant d'être abandonné en septembre 2005. A la suite a été développé en 2006 un système de recueil de l'activité avec pour objectif de permettre une meilleure connaissance de l'activité des établissements : le recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIM-Psy). Le RIM-Psy est devenu une

obligation légale en 2007 pour tout établissement ayant une activité en psychiatrie. Il prévoit un recueil des activités d'hospitalisations complètes et partielles ainsi que celles réalisées en ambulatoire⁶⁵.

La production du RIM-Psy s'applique aux établissements de santé, publics ou privés, titulaires d'une autorisation d'activité de soins en psychiatrie. Sont exclues du recueil les activités réalisées par les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les centres de cures ambulatoires d'alcoologie (CCAA).

Ce recueil porte sur l'ensemble des prises en charge sanitaires et distingue trois natures de prise en charge : 1) temps complet (prise en charge de plus d'une journée et une nuit consécutives) ; 2) temps partiel ; 3) ambulatoire. Il est important de prendre en compte le changement de dénomination de l'hospitalisation complète. En effet, afin de mieux distinguer les différentes prises en charge, l'hospitalisation complète est dénommée dans le recueil : « hospitalisation à temps plein ».

Les hospitalisations à temps complet sont définies dans le RIM-Psy en séjours et séquences⁶⁵. Le séjour d'un patient reflète sa prise en charge. Il débute le premier jour de la prise en charge psychiatrique par une équipe soignante et se termine le dernier jour de celle-ci. La séquence reflète l'activité au sein d'un séjour. Elle correspond à une période du séjour bénéficiant d'une prise en charge homogène en termes de forme d'activité. Il est possible qu'un séjour comprenne plusieurs formes d'activités et soit donc composé de plusieurs séquences consécutives.

Les résumés par séquence (RPS) correspondent aux informations concernant le séjour (données constantes) et les informations spécifiques à chaque séquence.

Les diagnostics reportés dans les RPS sont de 2 types : 1) les diagnostics principaux relatifs à la pathologie justifiant la prise en charge ; 2) les diagnostics associés relatifs aux comorbidités. Ces diagnostics proviennent de la classification internationale des maladies dans sa dixième édition (CIM-10). Les RPS comprennent un diagnostic principal unique auquel peut être rattaché un ou plusieurs diagnostics associés.

Le mode d'hospitalisation est représenté dans le RPS par le code « mode légal de séjour » : le code 01 représente l'HL ; le code 02 l'HDT ; les codes 03 à 07 les autres modes, respectivement HO, HO L. 3213-7, HO selon l'article 706-235 du code pénal, ordonnance provisoire de placement et HO selon l'article D498.

Ces RPS sont dans un second temps anonymisés. L'anonymisation des fichiers est le résultat d'un processus automatique réalisé par un module logiciel fourni par l'ATIH.

Ces résumés par séquence anonyme (RPSA) sont transmis de façon trimestrielle à l'agence régionale de santé sur la plate-forme de service e-PMSI. De façon annuelle et après traitement des données (regroupement national), l'ATIH retransmet aux régions une base de données des RPSA de l'année précédente des patients domiciliés dans la région et pris en charge dans ou en dehors de celle-ci.

Le chaînage anonyme des recueils d'informations du PMSI permet de relier entre elles les hospitalisations d'un même patient, où qu'elles aient lieu. Il repose sur la création d'un numéro anonyme propre à chaque patient. Les RPSA d'un même patient peuvent ainsi être reconnus et « chaînés ». C'est par cet intermédiaire qu'il nous a été possible d'étudier la base de données de la région Centre.

IV.2.2. analyse de la base régionale de données.

Notre travail a été réalisé à partir des bases de données RPSA des années 2009 et 2010 transmises à l'unité régionale d'épidémiologie hospitalière (UREH). Nous avons analysé ces bases à l'aide du logiciel Statistical Analysis System (SAS© version 9.2).

Dans un premier temps, la procédure de chaînage des RPSA nous a permis de relier 96% des RPSA aux patients correspondants.

Nous avons créé un algorithme afin de sélectionner les séquences relatives à l'hospitalisation à temps plein (code « nature de prise en charge » 01). Ce code séquence nous permet de distinguer au sein de la base les séquences des patients hospitalisés dans un service de psychiatrie dans l'année (patients pris en charge à temps plein).

Nous savions que deux établissements de l'Indre n'avaient pas transmis de données à la tutelle en 2009. Ce département comprend trois établissements possédant au moins une unité

d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie : le centre hospitalier de Châteauroux, le centre psychothérapeutique de Gireugne et le centre hospitalier de la Chatre. Nous avons vérifié cette information en comparant les numéros du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) des établissements de la région ayant transmis leur données à la tutelle avec les numéros FINESS des établissements comprenant au moins une unité d'hospitalisation psychiatrique à temps plein (données disponibles sur le site internet *finess.sante.gouv.fr*). L'absence des numéros FINESS du centre hospitalier de Châteauroux et du centre psychothérapeutique de Gireugne dans les bases de données RPSA confirme le défaut de transmission des recueils de ces établissements à la tutelle. Ne pouvant analyser exhaustivement les séquences des patients domiciliés dans le département de l'Indre, nous avons exclu de notre étude les données du troisième établissement du département.

En 2010, l'exhaustivité de transmission des RPSA n'était pas encore suffisante pour permettre l'inclusion des données dans notre étude.

Nous avons exclu dans un second temps les séquences relatives aux patients mineurs, non concernés par les hospitalisations à la demande d'un tiers. Cette sélection de la population majeure a entraîné l'exclusion de 2 patients de 17 ans domiciliés dans la région hospitalisés en HO.

Nous avons analysé le mode légal d'hospitalisation de la dernière séquence de chaque séjour selon les recommandations du manuel d'aide à l'utilisation des données de chaînage de juillet 2011 fourni par l'ATIH (<http://www.atih.sante.fr/openfile.php?id=3417>). Concernant les HDT, nous avons sélectionné les séquences dont le code de mode légal était 02. Pour les HO, nous avons regroupé les séquences dont les codes étaient 03, 04, 05 et 07. Le code 06 relatif aux ordonnances provisoires de placement et se référant à une population mineure a été automatiquement exclu lors de la sélection de la population selon l'âge.

Nous avons fait en sorte de prendre en compte le nombre de patients distincts hospitalisés en fonction du mode légal : un patient n'est comptabilisé qu'une seule fois dans un même mode légal, toutefois il peut être comptabilisé plusieurs fois pour chaque mode. Par exemple : un patient hospitalisé en HDT plusieurs fois dans l'année n'est comptabilisé qu'une seule fois en HDT ; si ce patient est hospitalisé dans l'année une fois en HDT et une fois en HO, il est comptabilisé une fois dans ces 2 modes. Nous avons exclu de l'étude 125 patients pour

lesquels le mode légal n'était pas précisé (1% de la population de patients après exclusion des patients domiciliés en Indre et des patients mineurs).

Nous n'avons pas pu analyser nos données en termes d'hospitalisations du fait d'une hétérogénéité de l'enregistrement des séjours entre établissement. Notre travail centré sur la comptabilisation des patients distincts n'en est pas influencé.

Nous avons pris en compte pour notre population d'étude les 3 premiers caractères du diagnostic principal (Fxx) rapporté sur la dernière séquence d'hospitalisation à temps plein du patient. Dans un souci de lisibilité, nous nous sommes limités aux 6 diagnostics les plus fréquemment retrouvés chez les patients en HSC (59% de notre population).

Afin de pouvoir réaliser une analyse comparative des patients en HSC selon le département de domiciliation, nous avons calculé les taux de patients hospitalisés pour 100 000 habitants de plus de 18 ans pour chacun des départements.

IV.3. Résultats.

IV.3.1. Les patients de la région Centre hospitalisés sans consentement en 2009.

IV.3.1.1. Données générales.

En 2009, 10 056 patients ont été hospitalisés en HL, 1 178 en HDT et 379 en HO. Les effectifs et taux sont précisés par département dans le tableau 1.

L'HDT était le mode légal le plus fréquent en hospitalisation sans consentement et représentait environ $\frac{3}{4}$ des HSC.

Il existait une disparité importante des taux d'HDT et d'HO entre département, mais également une répartition des patients en HDT et HO différente pour chacun des départements.

Les taux de patients en HSC variaient en fonction du département : de 1 à 2,5 pour l'HDT, pour l'HO de 1 à 2 pour l'HO. Les patients domiciliés dans le Cher étaient moins hospitalisés sans consentement, que ce soit en HDT ou en HO. A l'inverse, l'Indre-et-Loire avait le taux le plus élevé de patients en HDT, le Loiret le taux le plus élevé en HO.

La répartition des HDT et des HO variait selon le département. En Indre-et-Loire, le rapport entre HDT et HO était le plus élevé : les patients en HDT étaient environ 5 fois plus nombreux qu'en HO.

Tableau 1 : effectifs, taux bruts et taux standardisés des patients hospitalisés selon le mode légal et le département de domiciliation (Région Centre, 2009).

	hospitalisation libre			hospitalisation sur demande d'un tiers			hospitalisation d'office		
	Effectif	taux brut*	taux standardisé**	Effectif	taux brut	taux standardisé	effectif	taux brut	taux standardisé
Cher	2 039	802	835	121	48	54	31	12	14
Eure-et-Loir	1 425	430	435	278	84	85	85	26	27
Indre-et-Loire	2 586	550	567	440	94	97	76	16	17
Loir-et-Cher	1 276	486	506	142	54	60	33	13	14
Loiret	2 730	531	541	197	38	39	154	30	31
Total (régional)	10 056	549	562	1 178	64	67	379	21	22

* taux pour 100 000 habitants de plus de 18 ans (INSEE, 2009)

** taux standardisé (âge et sexe) sur la population de France métropolitaine de plus de 18 ans pour 100 000 habitants (INSEE, 2009)

A l'inverse, la répartition entre HDT et HO était la plus faible dans le Loiret : les patients étaient quasiment autant hospitalisés en HDT qu'en HO. Pour les autres départements, la répartition entre HDT et HO était intermédiaire.

La répartition par sexe variait en fonction du type de contrainte (tableau 2).

Tableau 2 : nombre de patients, moyenne d'âge et médiane par sexe selon le mode légal (Région Centre, 2009).

	HL			HDT			HO		
	effectif	âge moyen	âge médian	effectif	âge moyen	âge médian	effectif	âge moyen	âge médian
Hommes	4 990	44,3	43	664	39,6	36,5	310	38,1	36
Femmes	5 066	49	48	514	46,5	45	69	47,2	47
Tous patients	10 056	46,7	46	1 178	42,6	40	379	39,8	38

De la même façon, l'âge variait selon le mode d'hospitalisation. Les patients en hospitalisation sans consentement étaient plus jeunes que les patients en HL. Les patients en HO étaient plus jeunes en HO qu'en HDT (moyenne d'âge de 42,6 ans en HDT, 39,8 en HO). Les hommes étaient plus jeunes que les femmes quelque soit le mode d'hospitalisation. En revanche, les femmes hospitalisées en HDT étaient plus jeunes que celles hospitalisées en HO (46,5 ans Vs 47,2).

Au total, les patients hospitalisés sans consentement étaient principalement des hommes. Ils étaient le plus représentés dans les HO, mode dans lequel ils étaient majoritairement jeunes.

IV.3.1.2. Diagnostics principaux des patients hospitalisés sans consentement.

Six diagnostics principaux étaient les plus représentés en hospitalisation sans consentement. Par ordre décroissant de fréquence, ces diagnostics étaient : la schizophrénie (F20), les troubles délirants persistants (F22), les troubles affectifs bipolaires (F31), les épisodes dépressifs (F32), les troubles liés à la consommation d'alcool (F10) et les troubles de la personnalité (F60).

Tableau 3 : Taux de patients hospitalisés à temps plein* selon la pathologie, le mode légal et le département de domiciliation (Région Centre, 2009).

	Schizophrénie (F20)			Troubles affectifs bipolaires (F31)			Épisodes dépressifs (F32)			Troubles liés à la consommation d'alcool (F10)			Troubles délirants persistants (F22)			Troubles spécifiques de la personnalité (F60)		
	HL	HDT	HO	HL	HDT	HO	HL	HDT	HO	HL	HDT	HO	HL	HDT	HO	HL	HDT	HO
Cher	59,4	4,7	2,8	37	1,6	0	189,9	10,2	1,6	157,7	1,6	0,8	20,1	2,4	0,8	36,2	0,8	0,4
Eure-et-Loir	51,9	15,4	7,2	25	6	0,3	71,4	6	0	34,1	5,1	1,5	9,3	5,1	1,8	24,1	4,5	3
Indre-et-Loire	69,2	27,7	7	63,4	12,3	1,1	108,4	6,4	0,2	51,9	4,3	1,3	14,3	6,6	1,1	37,3	6	1,5
Loir-et-Cher	67,1	12,2	3	40	2,7	0,8	58,3	1,1	0	47,7	3	0,8	7,2	1,9	0,8	19,4	3,8	0,8
Loiret	44,2	6,8	11,9	37,2	1,4	0,8	95,3	1,8	0,8	84,3	3,3	1,4	16,5	3,9	3,1	20,6	0,8	1,8
Total (régional)	57,4	14,2	7,3	42,1	5,2	0,7	102,2	4,8	0,5	71,8	3,6	1,2	13,8	4,3	1,7	27,5	3,2	1,6

* taux exprimé pour 100 000 habitants de plus de 18 ans (INSEE, 2009).

Les taux par mode légal d'hospitalisation et département sont présentés dans le tableau 3. Ces pathologies représentaient 59% des patients hospitalisés sans consentement.

Les patients hospitalisés sans consentement étaient majoritairement atteints de schizophrénie, que ce soit en HDT ou en HO (taux les plus élevés, respectivement de 14,2 et 7,3). Elle présentait le plus fort taux d'HDT par rapport aux autres pathologies : le taux de patients était de 2 à 4 fois supérieur. Cette tendance était plus marquée parmi les patients en HO (taux de 7 à 10 fois supérieur).

Les patients ayant un trouble de l'humeur (troubles bipolaires et épisodes dépressifs) étaient également nombreux en hospitalisation sans consentement. Ils étaient majoritairement hospitalisés en HDT : les patients hospitalisés pour épisode dépressif étaient 10 fois plus nombreux en HDT que les patients en HO (respectivement 4,8 pour 100 000 habitants Versus 0,5), 7 fois plus pour les troubles bipolaires (5,2 Versus 0,7).

Concernant les troubles liés à la consommation d'alcool et les troubles de la personnalité, leur répartition entre HDT et HO était intermédiaire par rapport à la schizophrénie et aux troubles de l'humeur : 3 patients sur 4 étaient en HDT, moins que les patients atteints de schizophrénie (1 patient sur 2), plus que les patients hospitalisés pour trouble de l'humeur (4 patients sur 5).

Au total, les patients hospitalisés sans consentement, que ce soit en HDT et en HO, étaient majoritairement atteints de schizophrénie. Les troubles de l'humeur étaient plus fréquemment retrouvés en HDT qu'en HO. Les troubles liés à la consommation d'alcool ainsi que les troubles de la personnalité étaient également fréquemment retrouvés en hospitalisation sans consentement. La répartition entre HDT et HO variait en fonction de la pathologie : les patients présentant un trouble bipolaire ou un épisode dépressif étaient plus fréquemment hospitalisés en HDT ; 2 patients sur 3 atteints de schizophrénie étaient hospitalisés selon ce mode.

Il existait une forte disparité des taux de patients hospitalisés entre département en fonction de la pathologie (tableau 3).

La schizophrénie était la pathologie la plus fréquemment retrouvée en hospitalisation sans consentement dans chacun des départements à l'exception du Cher. Les patients atteints de schizophrénies domiciliés dans ce département étaient moins nombreux en HSC comparé aux

autres départements, que ce soit en HDT ou en HO (taux respectivement de 4,7 et 2,8). A l'inverse, l'Indre-et-Loire présentait un taux de patients atteints de schizophrénies en HSC plus élevé, les patients étant majoritairement hospitalisés en HDT. Le Loiret se distinguait par une inversion du rapport entre HDT et HO : les patients atteints de schizophrénies étaient plus nombreux en HO (taux de 11,9) qu'en HDT (taux de 6,8).

On retrouvait cette disparité pour les troubles de l'humeur. Concernant les troubles affectifs bipolaires, l'Indre-et-Loire avait les taux de patients en HSC les plus élevés. De la même manière que la schizophrénie, le Cher avait les taux les plus faibles de troubles affectifs bipolaires en HSC. A l'inverse, ce département présentait le plus fort taux de patients en HSC pour les épisodes dépressifs.

Concernant les troubles liés à la consommation d'alcool, les patients d'Eure-et-Loir étaient le plus souvent en HSC (HDT et HO) par rapport aux autres départements. Le Cher quant à lui présentait les taux les plus faibles de patients en HSC pour ces mêmes troubles.

Au total, les patients atteints de schizophrénie représentaient la majorité des patients hospitalisés sans consentement. Il existait une disparité entre les départements selon la pathologie et le mode légal. Le Cher avait un taux de patients en HSC faible pour la majorité des pathologies étudiées, à l'exception des patients présentant un épisode dépressif pour lesquels les taux en HDT et en HO étaient les plus élevés. L'Indre-et-Loire présentait les taux de patients en HDT les plus élevés pour la schizophrénie, les troubles bipolaires et les troubles délirants persistants. Le Loiret, quant à lui, avait les taux de patients les plus élevés pour la schizophrénie et les troubles délirants persistants. Ce même département voyait ses patients hospitalisés en HO plus souvent qu'en HDT pour la schizophrénie et les troubles de la personnalité : il était le seul département pour lequel les taux d'HO étaient plus élevés que les taux d'HDT.

IV.3.2. Evolution des hospitalisations sans consentement en Région Centre entre 2009 et 2010.

IV.3.2.1. Données générales.

Pour l'année 2010, 10 164 patients étaient hospitalisés en HL, 1 280 en HDT et 461 en HO. Les effectifs et taux étaient précisés par département dans le tableau 4.

Tableau 4 : effectifs, taux bruts et taux standardisés des patients hospitalisés selon le mode légal et le département de domiciliation (Région Centre, 2010).

	hospitalisation libre			hospitalisation sur demande d'un tiers			hospitalisation d'office		
	Effectif	taux brut*	taux standardisé**	Effectif	taux brut	taux standardisé	effectif	taux brut	taux standardisé
Cher	1 990	782	813	182	72	79	65	26	29
Eure-et-Loir	1 512	456	461	270	81	83	72	22	23
Indre-et-Loire	2 487	529	545	448	95	98	83	18	19
Loir-et-Cher	1 532	584	606	200	76	83	63	24	26
Loiret	2 643	514	523	180	35	36	178	35	35
Total (régional)	10 164	555	568	1 280	70	72	461	25	26

* taux pour 100 000 habitants de plus de 18 ans (INSEE, 2009)

** taux standardisé (âge et sexe) sur la population de France métropolitaine de plus de 18 ans pour 100 000 habitants (INSEE, 2009)

Nous avons observé une élévation des taux d'HDT et d'HO pour le Cher et le Loir-et-Cher. Ces taux étaient relativement stables pour l'Eure-et-Loir et l'Indre-et-Loire. pour le Loiret des taux similaires entre HDT et HO : les patients domiciliés dans le Loiret étaient autant hospitalisés selon ces 2 modes légaux.

Par rapport aux données de 2009, le sexe ratio des patients en HDT s'était élevé (1,42 Vs 1,29), à l'inverse du sexe ratio des patients en HO (3,96 Vs 4,49).

Cette évolution était liée à une élévation importante du sexe ratio des patients en HDT pour le département du Loir-et-Cher (3,88 Vs 1,78) et une diminution du sexe ratio des patients en HO pour le Cher (4,91 Vs 14,50).

De la même façon qu'en 2009, l'âge variait en fonction du mode légal (tableau 5).

Tableau 5 : nombre de patients, moyenne d'âge et médiane par sexe selon le mode légal (Région Centre, 2010).

	HL			HDT			HO		
	Effectif	âge moyen	âge médian	effectif	âge moyen	âge médian	effectif	âge moyen	âge médian
Hommes	5 159	44,9	44	752	40,5	38	368	39	37
Femmes	5 005	49	48	528	47,7	47	93	46,6	46
Tous patients	10 056	46,7	46	1178	42,6	40	379	39,8	38

Les patients en hospitalisation sans consentement étaient plus jeunes que les patients en HL. Nous retrouvons également au sein des patients hospitalisés sans consentement des patients plus jeunes en HO qu'en HDT (moyenne d'âge de 43,5 ans en HDT, 40,5 en HO).

Les patients hospitalisés en 2010 étaient plus âgés qu'en 2009, que ce soit en fonction du mode légal ou en fonction du sexe. A la différence de 2009, les femmes hospitalisées en HO étaient plus jeunes que celles hospitalisées en HDT.

Tableau 6 : Taux de patients hospitalisés à temps plein* selon la pathologie, le mode légal et le département de domiciliation (Région Centre, 2010).

	Schizophrénie (F20)			Troubles affectifs bipolaires (F31)			Épisodes dépressifs (F32)			Troubles liés à la consommation d'alcool (F10)			Troubles délirants persistants (F22)			Troubles spécifiques de la personnalité (F60)		
	HL	HDT	HO	HL	HDT	HO	HL	HDT	HO	HL	HDT	HO	HL	HDT	HO	HL	HDT	HO
Cher	44,4	9,4	3,1	39,7	3,5	0,4	162,4	8,6	2,4	158,4	7,1	3,9	18,5	4,3	1,6	30,3	3,1	3,1
Eure-et-Loir	40,4	14,5	6	25,3	6,3	0,9	69,3	4,2	0,3	50	5,1	0,6	10,6	7,8	2,4	26,8	4,5	2,1
Indre-et-Loire	63,2	25,1	6,6	67,3	12,6	1,7	106,6	7	0,4	48,1	5,3	0,4	14,5	9,6	2,1	35,8	6,6	1,5
Loir-et-Cher	75,1	17,9	6,1	48,4	5	0,8	69,4	7,2	0,4	61,8	7,6	1,9	10,3	1,9	1,9	23,6	3,4	1,5
Loiret	43,2	6,6	13,6	37,9	1	1,2	81,3	1,6	0,6	82,9	2,9	1,9	16,2	2,3	3,5	19,7	0,8	1,4
Total (régional)	52,6	14,8	7,9	44,9	5,8	1,1	95,2	5,2	0,7	75,5	5,2	1,6	14,2	5,4	2,5	27,1	3,7	1,8

* taux exprimé pour 100 000 habitants de plus de 18 ans (INSEE, 2009).

IV.3.2.2. Diagnostics principaux des patients hospitalisés sans consentement.

Nous avons observé une stabilité des taux selon la pathologie entre les années 2009 et 2010, à l'exception des troubles liés à la consommation d'alcool, pour lesquels le taux d'HDT s'était élevé, ainsi que les troubles délirants persistants (tableau 6).

La schizophrénie était toujours la principale pathologie retrouvée en HSC, que ce soit en HDT ou en HO, y compris pour le Cher.

Il existait une variabilité entre 2009 et 2010 des taux au sein de certains départements selon la pathologie. Le Cher présentait une élévation des taux de patients hospitalisés en HDT et en HO pour toutes les pathologies, à l'exception des patients dépressifs pour lesquels les taux d'HSC avaient diminué (restant toutefois plus élevés que dans les autres départements). Nous avons de la même façon observé une élévation des taux de patients domiciliés dans le Loir-et-Cher, principalement en HDT, pour quatre des 6 pathologies.

Concernant les autres départements, il existait une certaine stabilité des taux pour les pathologies étudiées entre 2009 et 2010.

V DISCUSSION.

V.1. Discussion des résultats de notre étude.

V.1.1. Les hospitalisations sans consentement.

Nos données ne sont que partiellement comparables à d'autres études réalisées avec les données PMSI-Psy du fait de l'originalité de notre travail. Nous pouvons toutefois comparer nos données générales avec l'étude réalisée en 2005 portant sur les patients hospitalisés sans consentement au centre hospitalier du Vinatier⁵¹.

Par rapport à celle-ci, nos données sont analogues en partie en termes de population : nous observons un sex-ratio égal à 1 pour les hospitalisations libres ainsi qu'une forte proportion d'hommes en hospitalisation d'office (4 patients sur 5 dans les 2 cas). Toutefois, à l'inverse de l'étude précitée, nous retrouvons une proportion d'hommes plus importante pour les hospitalisations à la demande d'un tiers (sex-ratio de 1,28 dans notre étude, 0,85 dans l'étude de 2005).

De la même manière, les patients hospitalisés sans consentement étaient en moyenne plus jeune que ceux en HL, les patients en HO étant également plus jeunes que les patients en HDT.

En termes de morbidités, nos données semblent analogues : la schizophrénie était la pathologie la plus représentée chez les patients en HSC. Nous observons également parmi les pathologies les plus fréquentes les pathologies liées aux troubles de l'humeur, les troubles addictifs et les troubles de la personnalité. Il est important de préciser que si ces données semblent similaires, nous ne pouvons les comparer spécifiquement, l'étude du Vinatier ne précisant pas les diagnostics CIM-10 retenus dans les regroupements syndromiques pris en compte.

La proportion plus élevée d'hommes en HDT, également plus jeunes que les femmes, nous renvoie à des pathologies pour lesquelles la symptomatologie émerge plus précocement chez l'homme. La proportion encore plus marquée d'hommes jeunes en HO nous renvoie à la

symptomatologie et aux troubles du comportement en rapport avec des pathologies comme la schizophrénie et le trouble bipolaire, l'HO relevant de l'atteinte à la sûreté des personnes et aux troubles de l'ordre public. Cette proportion nous interroge quant à la sévérité de la symptomatologie, son caractère plus bruyant dans la phase d'entrée dans la pathologie. Elle peut être également, comme le souligne l'étude, « le reflet d'une appréciation ou de l'expression de la violence, un homme jeune pouvant déplacer la problématique morale de la contrainte sur le terrain du rapport de force explicite »^{51,64}.

Le taux élevé de patients atteints de schizophrénie hospitalisés en HDT peut être expliqué par un défaut d'insight responsable d'un défaut de compétence à consentir⁶⁶. Ce défaut d'insight des troubles, que l'on retrouve plus particulièrement dans les épisodes maniaques, peut également expliquer le taux élevé de patients atteints d'un trouble affectif bipolaire (TAB) en HDT. Toutefois nous sommes limités dans ce dernier cas par la non distinction dans notre étude des accès maniaques et dépressifs au sein des troubles bipolaires. En effet, nous n'avons pas pris en compte le 4ème caractère du diagnostic principal permettant cette distinction. Nous pouvons envisager que le taux élevé de TAB peut aussi être en lien avec les accès dépressifs. Nous pouvons poser l'hypothèse que l'instauration d'une HDT chez ces patients est liée au risque suicidaire et à l'incapacité à consentir en lien avec les troubles cognitifs présents dans le tableau clinique. Pour vérifier ces hypothèses, il serait nécessaire de réaliser une analyse plus fine des diagnostics principaux, afin de distinguer accès maniaques et accès dépressifs, mais également les diagnostics associés nous permettant éventuellement de savoir si les patients présentant un épisode dépressif ont des antécédents récents de lésions auto-infligées (Z9150).

Concernant le taux élevé de patients atteints de schizophrénie en HO, cette constatation nous renvoie à la symptomatologie présente chez ces patients et la compromission de la sûreté des personnes justifiant la mesure. Nous pouvons imaginer qu'une symptomatologie paranoïde ou désorganisée avec des troubles du comportement dominants le tableau, puisse entraîner la nécessité d'instaurer une mesure d'HO. Nous pouvons envisager qu'il existe chez ces patients des comorbidités telles que la consommation d'alcool et de toxiques, la présence de traits ou d'un trouble de personnalité pathologique constitué responsables de l'augmentation du risque d'hétéro-agressivité. En effet, des études relatives⁶⁷ à la dangerosité psychiatrique des patients atteints de schizophrénie mettent en évidence un risque plus élevé de passage à l'acte hétéro-agressif chez les patients schizophrènes, risque d'autant plus élevé si ces comorbidités sont

associées à une symptomatologie délirante avec des éléments de persécution. De la même façon que précédemment, cette hypothèse nécessite une précision plus grande dans le diagnostic principal ainsi que l'analyse des diagnostics associés.

V.1.2. Les spécificités départementales.

Les différences départementales observées dans notre étude peuvent résulter de plusieurs facteurs liées aux spécificités de chaque pathologie, aux particularités sociodémographiques, à la diversité de l'offre de soins, aux intervenants, mais également aux biais et limites de notre étude et de la base de donnée employée. Nous discuterons de chacun de ses facteurs en les illustrant par nos résultats.

Cette disparité importante entre pathologies et entre départements nous interroge quant aux spécificités de la population de patients. Nous nous sommes intéressés au taux élevé de patients d'Indre-et-Loire atteints de schizophrénie en HDT. Nous avons émis l'hypothèse que ce fort taux pouvait être en lien avec la clinique : il est possible que cette population de patients soit plus jeune et qu'il n'existe pas de suivi antérieur. L'émergence de symptômes tels que le déficit en insight, l'apparition d'une symptomatologie positive, ainsi que l'absence de traitement nécessitent une prise en charge sous contrainte et témoigne d'une entrée dans les soins⁶⁶. Une analyse de la moyenne d'âge des patients de ce département, atteints de schizophrénie et hospitalisés sans consentement comparé aux autres départements a infirmé cette hypothèse : ces patients ne sont pas plus jeunes que les patients des autres départements (moyenne d'âge de 41 ans pour l'Indre-et-Loire ; 42 pour le Cher ; 39 pour l'Eure-et-Loir ; 44 pour le Loir-et-Cher ; 38 pour le Loiret). Une seconde hypothèse est la présence d'un plus fort taux de patients atteints de schizophrénie domiciliés dans le département. En analysant le taux de patients atteints de schizophrénie présents dans la file active ambulatoire, nous nous apercevons que le taux en Indre-et-Loire est le plus élevé de la région (142 patients pour 100 000 habitants pour le Cher ; 151 pour l'Eure-et-Loir ; 159 pour l'Indre-et-Loire ; 93 pour le Loir-et-Cher ; 123 pour le Loiret). Si cette première analyse va dans le sens de notre hypothèse, elle nous questionne quant aux explications possibles de ce taux de patients plus élevé domiciliés dans le département d'autant qu'il n'est pas retrouvé d'explication d'ordre social (pas plus de logement sociaux, INSEE). Cette hypothèse semble également ne pas être à elle seule suffisante, au vu des taux également élevés de patients atteints de schizophrénie suivis notamment dans le département d'Eure-et-Loir.

De la même façon, nous pouvons envisager que la différence des taux de patients en HSC observée entre les départements peut être le reflet de comorbidités. Le fort taux de patients schizophrènes en HO dans le Loiret peut être le signe de comorbidités plus présentes dans ce département. En reprenant l'hypothèse concernant le lien entre l'augmentation du risque hétéro-agressif et la présence de comorbidités spécifiques⁶⁷, nous pouvons nous demander si celles-ci sont plus souvent présentes chez les patients domiciliés dans le Loiret. De la même façon que précédemment, nous n'avons pas suffisamment de données pour étayer cette hypothèse et il serait nécessaire de prendre en compte les diagnostics associés dans notre analyse. Nous pouvons également nous demander si cette population de patients ne transfère pas préférentiellement le rapport avec l'autorité sur un rapport de force direct⁵¹. Cette hypothèse peut être partiellement étayée par une moyenne d'âge plus faible chez ces patients par rapport à celle des patients des autres départements (cf plus haut). Toutefois, cette hypothèse ne nous semble pas suffisante pour expliquer à elle seule le taux élevé ainsi que l'inversion du rapport HDT/HO observée dans ce département. Nous pouvons également envisager que la conception de l'hospitalisation sans consentement en fonction de l'intervenant participe. Il est possible que la volonté du préfet de permettre aux patients d'accéder aux soins tout en assurant la sûreté des tiers soit plus marquée dans ce département.

Une autre explication concernant ce taux de patients schizophrènes en HO plus élevé qu'en HDT peut être en lien avec l'insertion sociale des patients. Une étude réalisée en 2005⁴⁷ a émis l'hypothèse que l'HO pouvait être liée à une désinsertion sociale et à l'impossibilité pour un patient atteint de schizophrénie sans entourage proche de pouvoir accéder aux soins en HDT. Nous pouvons envisager que cette inversion des taux entre HDT et HO observés dans le Loiret par rapport aux autres départements, est liée à une désinsertion sociale plus marquée. De la même façon, cette hypothèse ne peut être vérifiée que par une analyse ultérieure comparant l'insertion sociale de cette population avec les populations des autres modes légaux et ne suffirait vraisemblablement pas à elle seule à rendre compte de cette disparité.

Ces résultats nous ont également interrogés sur un lien potentiel entre l'offre de soins proposée dans chaque département et les différences de taux d'hospitalisation sans consentement. Les taux faibles de mesures de contrainte observés chez les patients schizophrènes dans le Cher pourraient être liés à une offre de soins spécifique au département, principalement le développement des accueils familiaux thérapeutiques. Nous nous

demandons si la présence plus importante de cette modalité de prise en charge des patients schizophrènes, permettant une meilleure insertion sociale, ne pourrait pas permettre de faciliter une HL pour ces patients.

V.1.3. Biais et limites de notre étude.

Nous savons également que les biais et limites de notre étude en influencent les résultats, sans que nous puissions en connaître l'importance.

V.1.3.1. Un défaut d'exhaustivité des données.

Nous sommes confrontés à un défaut d'exhaustivité des données. D'une part, comme nous l'avons précisé dans notre méthodologie, nous avons exclu les données relatives au département de l'Indre. Cette exclusion résulte d'un défaut d'exhaustivité dans la transmission des RPS. D'autre part, nous avons de la même façon exclu les données concernant les patients pour lesquels le mode d'hospitalisation n'était pas précisé, soulignant un défaut d'exhaustivité des données transmises à la tutelle. De la même façon, nous n'avons pas pu prendre en compte les diagnostics associés, données importantes et pertinentes dans l'interprétation de nos données mais encore malheureusement trop peu codées à l'heure actuelle.

V.1.3.2. Un défaut de qualité des données.

Nous nous sommes également rendu compte d'un défaut dans la qualité des données. Ce défaut est souligné dans le département du Cher. Nous nous sommes interrogés sur la signification de la surreprésentation des épisodes dépressifs et des troubles liés à la consommation d'alcool en HL dans ce département. En réanalysant la base de données et en interrogeant le principal établissement psychiatrique du département (centre hospitalier spécialisé George Sand de Bourges), nous nous sommes aperçus que cette surreprésentation était en grande partie liée au centre d'urgences psychiatriques de l'établissement, service dans lequel sont présents des lits d'hospitalisation de courte durée. Ces hospitalisations ont été enregistrées en tant qu'hospitalisations à temps plein, alors que le guide méthodologique de production du RIM-Psy explicite un code de nature de prise en charge en centre de crise

spécifique dans le RPS. De ce fait, la surreprésentation de ces pathologies semble en partie expliquée par cet artefact. Nous sommes également limités par la qualité des données transmises à la tutelle : une partie des données transmises s'avère erronée. L'augmentation des taux d'hospitalisation sans consentement du département du Cher entre les années 2009 et 2010 nous a été expliquée par ce même établissement cité précédemment : le logiciel utilisé pour le recueil des données enregistre par défaut la séquence en hospitalisation libre. Pour l'année 2010, un meilleur contrôle des données transmises a permis de corriger en partie cette erreur. Cette augmentation n'est donc pas liée à une augmentation du taux de patients en HSC, mais un artefact lié à une amélioration de la qualité des données transmises. Ce biais se retrouve également en Eure-et-Loir, sans que nous puissions en connaître l'importance dans nos résultats. En effet, un contact téléphonique avec le département d'information médicale du centre hospitalier de Bonneval nous a appris qu'un défaut de qualité des données était présent en 2009 et 2010 : si un diagnostic n'était pas reporté au cours d'une hospitalisation dans la base de données, le logiciel reprenait automatiquement le diagnostic précédent.

V.1.3.3. Une approche quantitative des soins sans consentement, mais non qualitative.

Nous nous rendons compte qu'une approche diagnostique, si elle nous aide à avoir un reflet général des hospitalisations sans consentement, s'avère rapidement insuffisante. Nous n'avons pas pu prendre en compte les données sociodémographiques qui nous auraient aidées dans notre interprétation (statut marital, présence ou non d'un domicile, niveau d'études, statut professionnel...). Ce sont autant d'éléments importants qui nous permettraient d'avoir un reflet social plus précis de notre population. De la même façon, nous focaliser sur les hospitalisations sans consentement ne nous permet pas de prendre en compte la diversité spécifique de l'offre de soins pour chaque département. Il nous semble important pour pouvoir interpréter plus finement nos données de connaître l'offre de soins pour chaque département, leur articulation, le parcours d'un patient ainsi que la file active pour chaque pathologie.

V.1.4. Intérêt du RIM-Psy.

Ces hypothèses explicatives ne peuvent à l'heure actuelle être suffisamment étayées pour être validées. Elles sont avant tout basées sur notre expérience clinique et basées sur des interprétations personnelles. Elles mettent toutefois en avant la nécessité de prendre en considération dans l'analyse des résultats :

- les spécificités de chaque pathologie, l'hétérogénéité clinique au sein d'une même pathologie et les comorbidités associées qui entrent en compte lors de l'instauration d'une hospitalisation sans consentement.
- l'offre de soins : cette disparité nous interroge quant à une possible corrélation entre les hospitalisations sans consentement et les offres de soins spécifiques développées au sein d'un département.
- les intervenants médicaux et administratifs. Nous savons que la conception qui est faite de la prise en charge sans consentement influence la prise de décision de la mesure.

Ce premier travail dans le domaine met en évidence l'intérêt du RIM-Psy en tant qu'outil épidémiologique potentiel. En effet, un des avantages de cet outil est sa diffusion nationale et son approche médicale permettant de mettre en lien les modes légaux d'hospitalisation avec les diagnostics principaux et associés. Il nous permet d'avoir à la fois une approche descriptive et comparative au sein des pathologies au sein de zones géographiques.

Toutefois, le RIM-Psy s'avère insuffisant. En effet, l'analyse des données nécessite que l'on prenne en compte une approche qualitative des résultats au travers des données socio-démographiques et de l'offre de soins qui selon nous influencent les taux de patients pris en charge sans consentement.

De plus, nous sommes également encore limité par la qualité de la base de données, qui s'améliorant en exhaustivité d'année en année, nécessite que l'on homogénéise les pratiques de recueil au sein des différents départements.

Cette première étude nous montre qu'il est nécessaire d'effectuer des travaux d'ordre qualitatif afin d'améliorer la base de données et ainsi permettre l'amélioration de la significativité des différences retrouvées. Elle nous montre également la pertinence de mettre en place des études plus qualitatives des soins sans consentement afin d'avoir une approche explicative de ces résultats.

V.2. La prise en charge sans consentement des patients atteints de troubles mentaux.

Cette étude nous a également conduit à avoir une réflexion plus globale sur la prise en charge sans consentement en termes d'indications et de l'articulation des objectifs de la loi du 05 juillet 2011.

V.2.1. les difficultés à définir les indications d'une prise en charge sans consentement.

En 2005, la Haute autorité de santé (HAS) a publié des recommandations pour la pratique clinique relatives aux modalités de prise de décision d'une hospitalisation sans consentement³². Nous nous rendons compte au travers de ces recommandations des difficultés à mettre en évidence une définition des critères d'instauration de la mesure.

En effet, le groupe de travail rappelle dans son introduction qu'« il n'existe pas de critères pour définir la nécessité de soins » présents dans la loi. Celui-ci préconise dès lors de se référer à des critères cliniques et de « recourir à l'hospitalisation sans consentement si le refus d'hospitalisation peut entraîner une détérioration de l'état du patient ou l'empêcher de recevoir un traitement approprié ». Il recommande que nous appuyons notre décision sur l'évaluation de 6 critères cliniques : 1) le risque suicidaire ; 2) le délire ; 3) l'incurie ; 4) les troubles de l'humeur ; 5) la prise d'alcool ; 6) la prise de toxiques. Cette diversité de symptômes nous montre par la même occasion la diversité des situations cliniques auxquelles le psychiatre peut être confronté face à la décision d'instaurer une mesure.

Dans la conclusion du chapitre relatif aux critères cliniques motivant l'indication d'une hospitalisation sans consentement, le groupe de travail, de façon quasi contradictoire, nous rappelle que face à l'inexistence de données de la littérature permettant de préciser ces indications, les éléments motivant une hospitalisation sous contrainte sont au mieux définis par la loi : présence de troubles mentaux et nécessité de soins. Ainsi, selon le groupe de travail, la décision est finalement la résultante du respect de l'autonomie et de la prévention du risque.

Cette prévention du risque comme indication de la mesure vient de la même façon nous interroger. En effet, la non définition du risque par le groupe de travail nous renvoie à une

diversité des tableaux. Celui-ci laisse sous-entendre qu'il nous faut nous baser sur le risque prévisible pour le patient et/ou autrui, mais également sur les risques de non-assistance à personne en danger et ceux d'une hospitalisation sans consentement abusive. Nous retrouvons dans cette complexité du concept de risque les différents éléments parfois contradictoires qui interviennent dans la prise en charge sans consentement. Le psychiatre doit ainsi prendre en considération la « bienfaisance » de son acte face à « l'autonomie » du patient et assurer : la protection du patient vis-à-vis de lui-même ; la protection des tiers vis-à-vis du patient ; mais également assurer aux patients les soins qui lui sont nécessaires tout en le protégeant d'une hospitalisation pouvant mettre en danger sa liberté.

Cette réflexion nous entraîne également vers la dangerosité des patients. Les indications d'une hospitalisation sans consentement basée sur des critères de dangerosité sont également évoquées dans les rapports proposant la réforme de la loi du 27 juin 1990. Ces rapports font référence à la dangerosité du patient vis-à-vis de lui-même (auto-agressivité) ou d'autrui (hétéro-agressivité).

Selon le rapport européen réalisé par le Dr Salize⁶⁸, le critère de dangerosité s'applique dans la législation française. En effet, la mesure d'hospitalisation sur demande d'un tiers se fonde sur la dangerosité du patient vis-à-vis de lui-même. Concernant l'hospitalisation d'office, le fait qu'elle se réfère à une mesure de sécurité de la population sous-entend que le patient présente une dangerosité vis-à-vis de celle-ci. Ainsi, si la notion d'une indication d'une hospitalisation sans consentement sur un critère de dangerosité n'est pas explicitée dans le texte législatif français, elle y est sous-entendue.

V.2.2. une loi aux objectifs et attentes différentes.

Nous nous rendons compte au travers de la diversité des situations cliniques et des indications d'une mesure de soins sous contrainte qu'il émerge une dissociation entre les objectifs et les attentes de chacun des intervenants. Cette disjonction apparaît plus particulièrement au travers des circonstances ayant conduit aux apports de la nouvelle loi dans les champs sanitaire, juridique et sécuritaire concernés.

V.2.2.1. Le préfet, garant de la sûreté des personnes.

En effet, nous nous apercevons qu'il existe dans la loi du 05 juillet 2011 une attente sécuritaire plus marquée qu'auparavant. Il se distingue au sein des patients admis en SPDRE un groupe de patients « potentiellement dangereux » nécessitant des mesures « renforcées »⁶³. Cette distinction entraîne pour ces patients une évaluation de la clinique ainsi qu'un encadrement des modalités de sortie plus strictes. Cette prise en compte de la dangerosité du patient se traduit par la nécessité pour le JLD ou le préfet de prendre sa décision après avoir recueilli l'avis de 4 psychiatres distincts et d'un membre de l'équipe pluridisciplinaire.

De la même façon, la considération de cette population de patients met en avant une distinction plus marquée du critère de dangerosité entre SPDT et SPDRE. En effet, le fait que ces mesures « renforcées » ne soient pas présentes lorsque ces patients sont admis en SPDT nous renvoie à la prise en compte spécifique de cette dangerosité dans la mesure de SPDRE. Il semble ainsi que le législateur sous-entend que l'indication des SPDRE est posée face à la dangerosité du patient vis-à-vis d'autrui, dangerosité non présente lorsqu'une mesure de SPDT est instaurée.

Cette considération nous montre que le législateur souhaite au travers des SPDRE réaffirmer la garantie de la sécurité de la population en faisant de cette mesure un moyen de protection face à la dangerosité de certains patients.

V.2.2.2. Le JLD, garant des libertés de l'individu.

La loi du 05 juillet 2011 reflète également une volonté plus marquée du législateur de prendre en compte l'autonomie du patient et de répondre à la nécessité de garantir ses droits et ses libertés.

Cette prise en compte de la liberté de l'individu peut être illustrée par l'augmentation du nombre de certificats médicaux, dont le législateur a défini comme but explicite la volonté de rendre plus contraignante pour le psychiatre le maintien de la mesure et ainsi offrir un moyen de protection de ses libertés en assurant une réévaluation plus fréquente du bien-fondé de la mesure de restriction des libertés⁴¹.

De plus, le développement du rôle du JLD et son intervention systématique dans le maintien d'une prise en charge en hospitalisation complète traduit une obligation réaffirmée par le Conseil Constitutionnel^{42,53} d'assurer la garantie des libertés de l'individu. Le législateur tente ainsi de trouver un équilibre entre la nécessité d'une restriction des libertés apportée par la mesure et la garantie des libertés inscrite dans les valeurs constitutionnelles.

V.2.2.3. Le médecin, garant des soins du patient.

D'un troisième point de vu, le législateur réaffirme la nécessité des soins en permettant au psychiatre d'instaurer une mesure de soins ambulatoires sous contrainte et d'élargir les possibilités de prise en charge thérapeutique. Celui-ci prend également en compte la difficulté pour une population de patients isolée socialement de pouvoir accéder aux soins. Cette volonté se traduit par la possibilité d'instaurer une mesure SPDT en l'absence de tiers. De plus, le législateur offre au psychiatre la possibilité de s'opposer à la levée d'une mesure de SPDT lorsqu'il existe un péril imminent, mais également de faire recours face au refus du préfet de lever une mesure de SPDRE.

Le législateur réaffirme ainsi l'impératif de soins auquel nous devons faire face et nous offre de nouveaux outils afin de permettre d'adapter la prise en charge de chaque patient d'une façon individualisée⁴¹.

V.2.2.4. La société, reflet des attentes.

Ces apports montrent la difficulté d'articuler les différentes attentes des intervenants. Ils mettent également en avant l'existence d'une inadéquation entre les logiques apportées par la considération de chaque champ de la loi.

Il est mis en avant des attentes parfois contradictoires auxquelles le législateur tente d'offrir un cadre législatif. On peut noter pour exemple la volonté d'offrir une prise en charge tournée vers l'extérieur du service hospitalier tout en renforçant pour certains patients les contrôles de cette sortie. Nous pouvons aussi faire référence à la multiplication des avis psychiatriques et

des certificats médicaux pour lesquels le législateur fixe des objectifs centrés sur la liberté de l'individu ou la sécurité de la population.

A cette difficulté d'articuler les objectifs se surajoute l'imprécision des concepts pris en compte et de leur compréhension par le public et le législateur. En effet, en prenant pour exemple le concept de dangerosité, nous nous apercevons que celui-ci entraîne une assimilation entre la rechute d'un patient et le risque de récurrence d'actes délictueux. Bien que cette notion de dangerosité doit être prise en considération par le psychiatre et nécessite l'évaluation de la dangerosité psychiatrique de nos patients, elle entraîne également une stigmatisation de ceux-ci face à un sentiment d'insécurité de la population « autour de l'idée que nombre de crimes ne peut s'expliquer que par la folie »⁵⁷.

Ces apports nous montrent, comme le souligne le Pr Senon, que « la psychiatrie actuelle doit faire face à deux discours critiques opposés, se superposant souvent de façon parfaitement clivés »⁶⁹. En effet, le psychiatre se trouve dans une position duelle, à la fois reconnu responsable de mesures liberticides avec la peur sous-jacente de la population d'être abusivement hospitalisée et responsable de mesures libertaires conduisant la population à devoir faire face aux dangers de patients non suffisamment pris en charge.

Cette question de la place et du rôle de la psychiatrie dans la société n'est pas nouvelle. En effet, comme le souligne Mélanie Voyer dans l'audition publique sur la dangerosité psychiatrique⁶⁷ au sujet du placement d'office de la loi de 1838 : « Pour Esquirol, la première raison de l'enfermement est la sûreté du sujet, de sa famille et la sauvegarde de l'ordre public. Pour Michel Foucault, la loi de 1838 transforme les psychiatres en « fonctionnaires de l'hygiène publique (...) chargés de contrôler tout ce qui est désordre, ce qui est danger » ».

CONCLUSION

Ce travail nous invite à réfléchir sur la position de la psychiatrie face aux attentes de la société. Elle nous rappelle également qu'il est important d'avoir un regard sur nos pratiques cliniques afin de réaffirmer la nécessité de prendre en compte la dangerosité de nos patients et de pouvoir adapter, après une évaluation fine de la clinique, notre prise en charge. De façon peut être paradoxale, cette réaffirmation peut nous conduire à lutter contre la stigmatisation de nos patients.

La nouvelle loi marque un pas vers la judiciarisation de la psychiatrie. En effet, celle-ci est illustrée à la fois par l'intervention du JLD dans le maintien de la mesure en vue de garantir les libertés de l'individu, mais également au travers des modalités de prise en charge du patient déclaré irresponsable. Cette judiciarisation nous invite à nous interroger sur l'articulation entre justice et psychiatrie et d'une façon plus générale^{57,70} entre les différents intervenants participant à la prise en charge sans consentement des patients.

Ce travail, basé sur une présentation des apports de la loi du 05 juillet 2011 et sur une première approche épidémiologique des hospitalisations sans consentement nous montre qu'il est nécessaire d'avoir une réflexion globale sur la prise en charge sans consentement des patients atteints de troubles mentaux autour des indications et des attentes de chaque intervenant. Il est également important de poursuivre le développement d'outils et d'études afin de permettre une approche épidémiologique, éventuellement analytique, afin de comprendre les disparités observées entre pathologies et zones géographiques.

ANNEXES

Annexe 1 : Les certificats et avis médicaux. Entrée dans les soins psychiatriques

Annexe 2 : Les certificats et avis médicaux. Période de soins et d'observations / Programme de soins

Annexe 3 : Les certificats et avis médicaux. Information du JLD / maintien de la mesure de soins

LES CERTIFICATS ET AVIS MEDICAUX

Entrée dans les soins psychiatriques

Nature	Procédure	Chronologie	Nombre	Contenu	Auteur
Certificat(s) pour l'admission « certificat initial »	Procédure à la demande d'un tiers (article L.3212-1-II-1°)	Au plus 15 jours avant l'hospitalisation	2	circonstancié	Le 1 ^{er} : médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil Le 2 ^{ème} : tout médecin
	Procédure sans tiers en cas de péril imminent pour la santé de la personne (article L.3212-1-II-2°)	Avant ou concomitamment à l'hospitalisation	1	Circonstancié Constate le péril imminent et l'état mental du patient Indique caractéristiques de la maladie Nécessité de recevoir des soins	1 médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil
	Procédure avec tiers mais en urgence risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade (article L.3212-3)	Avant ou concomitamment à l'hospitalisation	1	Circonstancié Constate l'urgence risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade	Tout médecin
	Procédure sur décision du préfet (décision « direct » préfet ou faisant suite à une mesure provisoire du maire) (article L.3213-1)	concomitamment à l'hospitalisation	1	Circonstancié	L'auteur ne peut être un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil

LES CERTIFICATS ET AVIS MEDICAUX
Période de soins et d'observations / Programme de soins

Nature	Procédure	Chronologie	Nombre	Contenu	Auteur
Examen somatique	Toutes (article L.3211-2-2)	Dans les 24h suivant l'admission	1	Examen somatique complet Mentionné dans le dossier médical du patient NB : cet examen ne donne pas lieu à l'établissement d'un certificat médical	Tout médecin Finalité : écarter les risques d'erreur dans l'établissement du diagnostic psychiatrique
Certificats de la période d'observation et de soins (article L.3211-2-2)	Procédure à la demande d'un tiers	Dans les 24h suivant l'admission	1	Constata l'état mental Confirme ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques au regard des critères d'entrée dans le dispositif concerné NB : Si ce certificat infirme la nécessité des soins, il n'est pas nécessaire d'attendre le certificat suivant pour : ⇒ lever les soins à la demande d'un tiers ⇒ proposer au préfet de lever la mesure de soins qu'il a prise	Psychiatre de l'établissement qui ne peut être l'auteur du ou des certificats initiaux OU Psychiatre de l'établissement d'accueil en urgence qui ne peut être l'auteur du ou des certificats initiaux
	Procédure sur décision du préfet	Dans les 72 heures suivant l'admission	1	Constata l'état mental Confirme ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques au regard des critères d'entrée dans le dispositif concerné	Psychiatre de l'établissement d'accueil qui ne peut être l'auteur du ou des certificats initiaux (possibilité même psychiatre que pour le certificat des 24h)
	Procédure avec tiers mais en urgence risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade Et Procédure sans tiers en cas de péril imminent pour la santé de la personne	Dans les 24h suivant l'admission	1	Constata l'état mental Confirme ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques au regard des critères d'entrée dans le dispositif concerné NB : Si ce certificat infirme la nécessité des soins, il n'est pas nécessaire d'attendre le certificat suivant pour lever la mesure de soins	Psychiatre de l'établissement d'accueil qui ne peut être l'auteur du ou des certificats initiaux
		Dans les 72 heures suivant l'admission	1	Constata l'état mental Confirme ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques au regard des critères d'entrée dans le dispositif concerné	Psychiatre de l'établissement d'accueil qui ne peut être - ni l'auteur du ou des certificats initiaux - ni l'auteur du certificat des 24h

Avis de la période d'observation et de soins NB : mentionné dans le certificat établi avant 72h		Dans les 72 heures suivant l'admission si les certificats des 24h et 72h confirment la nécessité de maintenir les soins	1 AVIS à mettre dans le certificat des 72h	Avis motivé proposant la forme de la prise en charge	Psychiatre de l'établissement d'accueil qui ne peut être l'auteur du ou des certificats initiaux (possibilité même psychiatre que pour le certificat des 24h et celui des 72h)
Programme de soins		Dans les 72 heures suivant l'admission si les certificats des 24h et 72h confirment la nécessité de maintenir les soins et si l'avis propose une prise en charge autre qu'en hospitalisation complète	1 programme de soins joint à l'avis	Types de soins Lieux de leur réalisation Périodicité	Psychiatre de l'établissement d'accueil rédigeant le certificat des 72h et l'avis

LES CERTIFICATS ET AVIS MEDICAUX
Information du JLD / maintien de la mesure de soins

Nature	Procédure	Chronologie	Nombre	Contenu	Auteur
Certificat d'alerte pour le JLD (contrôle des hospitalisations complètes de + de 15 jours) Ou Avis si impossibilité de procéder à l'examen du patient	TOUTES (article L.3212-7 ou L.3213-3)	Le 6 ^{ème} , 7 ^{ème} ou 8 ^{ème} jour suivant l'admission	1	Circonstancié Précise si les soins sont toujours nécessaires Si la forme de la prise en charge est adaptée En propose éventuellement une nouvelle Le cas échéant avis sur la base du dossier médical du patient si impossibilité d'examiner le patient (fugue, absence, refus du patient, etc.)	Psychiatre de l'établissement d'accueil
Certificat de maintien	Toutes	Tous les mois (dans les trois derniers jours de la période en cause uniquement pour les soins à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent)	1	Même contenu que le certificat de huitaine	Psychiatre de l'établissement d'accueil
Examen du collège de soignant pour les patients en soins depuis plus d'un an	Procédure à la demande d'un tiers Et Procédure sans tiers en cas de péril imminent pour la santé de la personne (article L.3212-7)	Examen avant la fin de chaque période continue d'un an	1	Evaluation approfondie de l'état mental du patient Si impossibilité d'examiner le patient en raison de son absence, impossibilité attestée par le collège	Collège : 1o Le psychiatre responsable à titre principal du patient ou, à défaut, un autre psychiatre participant à sa prise en charge ; « 2o Un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient, « 3o Un psychiatre qui ne participe pas à la prise en charge du patient.

BIBLIOGRAPHIE

1. Wolf, M., Gaillard, M. & Hervé, C. Consentement: Quelle est la question? Confrontation entre la pratique et la théorie. *Presse Medicale* **26**, 1725-1729 (1997).
2. Wolf, M. Relation médecin-malade. Le consentement. Etudes et synthèses (2004). www.ethique.inserm.fr
3. Chariot, P. & Debout, M. *Traité de médecine légale et de droit de la santé*. (Vuibert: Paris, 2010).
4. LOI n° 88-1138 du 20 décembre 1988 relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales. Journal Officiel de la République Française. 22 décembre 1988.
5. LOI n° 94-630 du 25 juillet 1994 modifiant le livre II bis du Code de la santé publique relatif à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales. Journal Officiel de la République Française. 26 juillet 1994.
6. LOI n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain. Journal officiel de la République Française. 30 juillet 1994.
7. Thouvenin, D. Le rôle du consentement dans la pratique médicale. *Médecine & Droit* 57-59 (1994).
8. Charte du patient hospitalisé annexée à la circulaire DGS/DH n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés.
9. Charte de la personne hospitalisée annexée à la circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées. Bulletin officiel de la République Française. 16 mars 1960.
10. Code de déontologie médicale. Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995. Journal Officiel de la République Française. 08 septembre 1995.
11. *Commentaires du code de déontologie médicale*. (Ordre National des Médecins: Paris, 1996).
12. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel de la République Française. 05 mars 2002.
13. Trials of War Criminals Before the Nuernberg [Nuremberg] Military Tribunals Under Control Council Law No. 10 («Green Series», 15 vol.) (U.S. Government Printing Office: Washington, 1949-1953).
14. Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine: Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine. Oviedo, 04 juillet 1997.
15. Senon, J.-L. & Jonas, C. Droits des patients en psychiatrie. EMC (Elsevier Masson SAS), Psychiatrie, 37-900-A-10, 2004.
16. Fagot-Largeault, A. *Médecine et philosophie*. (Presses Universitaires de France: Paris, 2010).
17. Folscheid, D. *Philosophie, éthique et droit de la médecine*. (Presses universitaires de France: Paris, 1997).
18. Rameix, S. *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*. (Ellipses Edition Marketing: Paris, 1996).
19. Portes L. Du consentement à l'acte médical (Communication à l'Académie des Sciences Morales et Politiques, 30 janvier 1950), *In* A la recherche d'une éthique médicale, (Masson et PUF: Paris, 1955).
20. Rameix, S. La décision médicale. Du paternalisme des médecins à l'autonomie des patients. *Les Cahiers Philosophiques* **98**, 42-69 (2004).

21. Lachaux, B., Morasz, L. & Crison-Curinier, J. Le consentement : entre légalité et légitimité, ou du consentement formel au consentement informé. *L'Encéphale* **24**, 503-516 (1998).
22. Léger, D. L'influence du droit médical sur le consentement à l'hospitalisation et aux soins sans psychiatrie : clinique, sémiologie et thérapeutique. *Psychologie médicale* **26**, 1357-1418 (1994).
23. Veluire, A. Données pratiques sur le consentement éclairé. *Droit, Déontologie & Soins* **6**, 536-543 (2006).
24. Comité consultatif national d'éthique Consentement éclairé et information des personnes qui se prêtent à des actes de soin ou de recherche. (1998).à <<http://www.ccne-ethique.fr/docs/fr/avis058.pdf>>
25. Refus de traitement et autonomie de la personne - Avis du Comité consultatif national d'éthique. *Droit, Déontologie & Soins* **5**, 499-530 (2005).
26. Capdevielle, D., Raffard, S., Bayard, S. & Boulenger, J.-P. Insight et capacité à consentir au soin et à la recherche: étude exploratoire et points de vue éthiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* **169**, 438-440 (2011).
27. Appelbaum, P.S., Mirkin, S.A. & Bateman, A.L. Empirical assessment of competency to consent to psychiatric hospitalization. *American Journal of Psychiatry* **138**, 1170-1177 (1981).
28. Appelbaum, P.S. & Grisso, T. Assessing Patients' Capacities to Consent to Treatment. *New English Journal of Medicine* **319**, 1635-1643 (1988).
29. Grisso, T. & Appelbaum, P.S. The MacArthur treatment competence study. III. Abilities of patients to consent to psychiatric and medical treatment. *Law and Human Behavior* **19**, 149-174 (1995).
30. Vollmann, J., Bauer, A., Danker-Hopfe, H. & Helmchen, H. Competence of mentally ill patients: a comparative empirical study. *Psychology Medical* **33**, 1463-1471 (2003).
31. Okai, D. *et al.* Mental capacity in psychiatric patients: Systematic review. *British Journal of Psychiatry* **191**, 291-297 (2007).
32. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux - recommandations pour la pratique clinique. (Haute Autorité de Santé/service des recommandations professionnelles, 2005).
33. LOI n° 7443 du 30 juin 1838 sur les aliénés. Bulletin des lois n°581.
34. LOI n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leur conditions d'hospitalisation. Journal officiel de la République Française. 30 juin 1990.
35. 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. Journal officiel de la République Française. 06 juillet 2011.
36. Stark, J. *Droit et hospitalisation psychiatrique sous contrainte*. (l'Harmattan: Paris, 2009).
37. Strohl, H. & Clément, M. *Rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990*. (Inspection générale des affaires sociales, Direction générale de la santé: 1997).
38. Semelaigne, R. *Philippe Pinel et son oeuvre : au point de vue de la médecine mentale*. (l'Harmattan: Paris ;;Montréal (Québec) ;;Budapest [etc.], 2001).
39. Mercuel, A., Caroli, F., Smaghe, P.-O. & Baldacci-Epinette, C. Loi du 27 juin 1990. EMC (Elsevier Masson SAS), Psychiatrie, 37-901-A-10, 1993.
40. Etude d'impact du Projet de loi n°2494 relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Lettre

- rectificative n°3116. 26 janvier 2011.
41. Projet de loi n°2494 relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. 2010.
 42. Conseil Constitutionnel Décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010, Mlle Danielle S. [Hospitalisation sans consentement].
 43. Ouharzoune, Y. Entretien avec Roselyne Bachelot: « Adapter la loi de 1990 aux pratiques psychiatriques actuelles en proposant une véritable modalité de soin sous contrainte en ambulatoire ». *Soins Psychiatrie* 267 4-5 (2010).
 44. Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.
 45. Guilmin, A. L'offre de soins en psychiatrie : des « modèles » différents selon les départements ? *Etudes et Résultats* **48**, 8 (2000).
 46. Houssou, C. & Lachaux, B. La demande du tiers et la validité de l'hospitalisation à la demande d'un tiers: les difficultés à surmonter. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* **168**, 727-732 (2010).
 47. Renther, P. Usages et mésusages de l'hospitalisation d'office in Santé mentale et ordre public: Quelles compétences pour les élus locaux ? Actes de la journée d'étude de Nantes du 9 octobre 2006. Élus, Santé Publique & Territoires.
 48. Recommandation Rec(2004)10 relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux. Comité des Ministres du Conseil de l'Europe aux Etats membres. 22 septembre 2004.
 49. Piel, E. & Roelandt, J.-L. *De la Psychiatrie vers la Santé Mentale - Rapport de Mission*. 92 (Ministère de la santé et des solidarités, Ministère délégué à la santé: 2001).
 50. Lopez, A., Yeni, I., Valdes-Boulouque, M. & Castoldi, F. *Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation*. (Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale des services judiciaires: 2005).
 51. France. & Coldefy, M. *La prise en charge de la santé mentale: recueil d'études statistiques*. (la Documentation Française: Paris, 2007).
 52. Canut, E. Le Conseil Constitutionnel à l'origine d'une vaste réforme du droit des hospitalisations sans consentement en psychiatrie. VIIIème Congrès de l'Association Française de Droit Constitutionnel. (2011).
 53. Conseil Constitutionnel Décision n° 2011-135/140 QPC du 9 juin 2011, M. Abdellatif B. et autre.
 54. Commission nationale consultative des droits de l'homme Avis sur le projet de loi relatif à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pour cause de trouble mental. (2008).à <www.cncdh.fr/article.php?id_article=554>
 55. Commission nationale consultative des droits de l'homme Etude sur la maladie mentale et les droits de l'homme. (2008).à <http://www.cncdh.fr/IMG/pdf/Etude_maladie_mentale_et_droits_de_l_homme.pdf>
 56. Commission nationale consultative des droits de l'homme Avis sur le projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. (2011).à <www.cncdh.fr/IMG/pdf/11.03.31_Avis_PL_soins_psy.pdf>
 57. Senon, J.-L. & Manzanera, C. Comment mieux répondre aux problèmes cliniques et médico-légaux actuels pour préserver une psychiatrie ouverte et dynamique ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* **163**, 870-877 (2005).
 58. Lovell, A. *Commission « Violence et santé mentale » : Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004*. 80 (Ministère de la santé et des solidarités: 2005).

59. Riera, R., Mauchet, C., Barbe, S., Eustace, D. & Paquy, S. *Rapport sur les problèmes de sécurité liés aux régimes d'hospitalisation sans consentement*. 166 (Inspection générale de l'administration, Inspection générale de la police, Inspection de la gendarmerie nationale: 2004).
60. Burgelin, J.-F. *Santé, justice et dangers: pour une meilleure prévention de la récidive*. Commission santé-justice. (Ministère de la santé et des solidarités, Ministère de la justice: 2005).
61. Lalande, F. & Lepine, C. *Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter*. 200 (Inspection générale des affaires sociales: France, 2011).
62. Riera, R. et al. *La prise en charge des patients susceptibles d'être dangereux*. 279 (Inspection générale de l'administration, Inspection générale des services judiciaires, Inspection générale des affaires sociales: 2006).
63. Circulaire n° CIV/03/11 du 21 juillet 2011 relative à la présentation des principales dispositions 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 et du décret n° 2011-846 du 18 juillet 2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques. Bulletin officiel du Ministère de la justice et des libertés. 29 juillet 2011.
64. Salize, H.J. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *The British Journal of Psychiatry* **184**, 163-168 (2004).
65. Guide méthodologique de production du recueil d'information médicalisé en psychiatrie. Bulletin officiel N° 2011/4 bis Fascicule spécial. 2011.
66. Capdevielle, D. et al. Competence to consent and insight in schizophrenia: Is there an association? A pilot study. *Schizophrenia Research* **108**, 272-279 (2009).
67. Audition publique . Dangersité psychiatrique: étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l'humeur. (Haute Autorité de Santé: France, 2010).
68. Salize, H.J., Dreßing, H. & Peitz, M. *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States*. 166 (European Commission, Health & Consumer Protection Directorate-General: Germany, 2002).
69. Senon, J.-L. Évolution des attentes et des représentations en clinique dans les rapports entre psychiatrie et justice. *L'Évolution Psychiatrique* **70**, 117-130 (2005).
70. Jonas, C. & Senon, J.-L. Droit et psychiatrie: bouleversements annoncés? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* **166**, 550-551 (2008).

Académie d'Orléans – Tours

Université François-Rabelais

Faculté de Médecine de TOURS

de METZ Pierre-Alexandre

Thèse n°

89 pages – 6 tableaux – 4 figures – 3 annexes

Résumé :

La loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 est récemment venue remplacer la loi du 27 juin 1990 et offre un nouveau cadre légal aux soins sans consentement en psychiatrie.

Nous nous rendons compte qu'au-delà de la question d'une prise en charge « imposée » à un patient face à son « incapacité » à consentir, le législateur réaffirme les enjeux de ce cadre législatif : 1) permettre la prise en charge d'un patient atteint de troubles mentaux face à un impératif de soins ; 2) assurer la garantie de sa liberté et de ses droits ; 3) assurer la sécurité des tiers et préserver l'ordre public.

Nous avons souhaité dans ce travail nous intéresser à ces enjeux, d'une part en analysant les éléments et/ou événements ayant conduit le législateur à réaffirmer les objectifs de la loi, d'autre part en décrivant les apports de ce texte législatif.

Nous nous sommes interrogés sur les patients concernés par ces soins. Nous avons souhaité avoir une approche descriptive des patients de la Région Centre hospitalisés sans consentement en nous intéressant à un nouvel outil, le recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIM-Psy). Il nous permet dans notre travail de privilégier une approche « patient » de l'hospitalisation et des soins sans consentement. Nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive des patients des départements de la Région Centre hospitalisés sans consentement en nous focalisant sur les six diagnostics les plus fréquemment rencontrés pour les années 2009 et 2010.

Bien qu'encore perfectible, cet outil montre qu'il existe une grande disparité entre pathologies et départements. Il peut être une source pérenne disponible permettant une première approche épidémiologique de la prise en charge sans consentement des patients atteints de troubles mentaux et nous pousse à nous interroger sur les particularités épidémiologiques observées.

Mots clés :

- loi du 05 juillet 2011
- psychiatrie
- consentement
- RIM-Psy

Jury :

Président : Monsieur le Professeur Philippe GAILLARD

Membres : Monsieur le Professeur Vincent CAMUS

Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON

Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH

Madame le Docteur Mélanie BIOTTEAU-LACOSTE

Date de la soutenance : 08 novembre 2011