



EHESP

MISP

Promotion : **2011-2012**

Date du Jury : **Septembre 2012**

**Mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011
sur les soins psychiatriques sans consentement :
Modalités d'information et d'organisation des acteurs
de l'agglomération urbaine de Nancy**

Sophie ALSIBAÏ

Remerciements

Chaleureux remerciements à mon maître de stage, le Docteur Michel Perette, dont la grande expérience m'a permis d'appréhender le métier de MISP sous ses aspects les plus professionnels mais aussi les plus humains.

A son initiative, l'action de santé publique décrite dans ce mémoire a su répondre au besoin d'information et de travail partenarial d'acteurs de terrain extrêmement investis dans le suivi ambulatoire des patients souffrant de handicap psychique.

Je remercie particulièrement les intervenants au séminaire pour leur implication active dans cette rencontre. Sa réussite doit largement à la qualité de leur collaboration.

Mes remerciements vont également à l'ensemble des participants au séminaire pour la connaissance qu'ils m'ont transmise sur la mise en œuvre concrète de la réforme et les marques de reconnaissance qu'ils m'ont accordées pour cette rencontre.

Je remercie enfin le Docteur Boquel, médecin psychiatre au Centre Psychothérapique de Nancy, dont l'écoute empathique et les conseils avisés ont accompagné chaque étape décisionnelle de cette action de santé publique.

Sommaire

Introduction	1
1 Historique et contexte de la réforme	3
1.1 Contexte législatif.....	3
1.2 Contexte régional.....	5
2 Phase exploratoire et genèse de l'action	7
2.1 Méthodologie	7
2.2 Résultats de la phase exploratoire	9
2.2.1 Confirmation de la nécessité d'une information	9
2.2.2 Identification du public cible	9
2.2.3 Définition du territoire	9
2.2.4 Choix d'organiser un séminaire.....	10
2.2.5 Intérêt d'ébaucher la constitution d'un réseau de partenaires.....	10
3 Phase d'enquête et organisation du séminaire	13
3.1 Recueil des attentes des acteurs	13
3.1.1 Réalisation d'entretiens semi-directifs	13
3.1.2 Analyse des entretiens semi-directifs	14
3.1.3 Entretiens complémentaires.....	16
3.2 Définition de l'action, ses objectifs et son contenu	17
3.2.1 Une action de santé publique.....	17
3.2.2 Ses objectifs.....	17
3.2.3 Son contenu.....	18
3.3 Mise en œuvre du séminaire.....	19
4 Déroulement et évaluation du séminaire	21
4.1 Déroulement de la rencontre.....	21
4.2 Evaluation	22
4.2.1 Evaluation du déroulement de la rencontre	22
4.2.2 Analyse des fiches d'évaluation	23
4.2.3 Evaluation des échanges entre partenaires.....	24
5 Actions réalisées suite au séminaire et perspectives	27
5.1 Restitution aux participants	27
5.2 Page « actualité » sur le site Internet de l'ARS	27
5.3 Page pérenne sur le site Internet de l'ARS.....	28
5.4 Nouveau courrier aux participants.....	29
5.5 Propositions	29
Conclusion	33

Sources et bibliographie	35
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ADM 54 : Association Des Maires de Meurthe-et-Moselle
ARS : Agence Régionale de Santé
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CLSM : Conseil Local de Santé Mentale
CPN : Centre Psychothérapique de Nancy
DGARS : Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé
DGS : Direction Générale de la Santé
DT : Délégation Territoriale
HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers
HO : Hospitalisation d'Office
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IGSJ : Inspection Générale des Services Judiciaires
JLD : Juge des Libertés et de la Détention
MISP : Médecin Inspecteur de Santé Publique
PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse
PRS : Plan Régional de Santé
QPC : Question Prioritaire de Constitutionnalité
RAPP : Réseau d'Alerte Pluri-Professionnel
SAO : Service d'Accueil et d'Orientation
SDT : Soins psychiatriques à la Demande d'un Tiers
SDRE : Soins psychiatriques à la Demande du Représentant de l'Etat
SUMPPS : Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé
SPI : Soins psychiatriques pour Péril Imminent
SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins
TGI : Tribunal de Grande Instance
UAUP : Unité d'Accueil des Urgences Psychiatriques
UNAFAM : Union Nationale de Familles et Amis de personnes Malades
UDAF : Union Départementale des Associations Familiales
UMD : Unité pour Malades Difficiles
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

Introduction

Aboutissement de houleux débats parlementaires, la loi du 5 juillet 2011 réformant les soins psychiatriques sous contrainte¹ a imposé l'adaptation au 1^{er} août 2011 de toutes les procédures appliquées jusque là.

L'écriture de cette réforme, combinaison d'injonctions parfois contradictoires, a donné lieu à une loi extrêmement complexe, engageant de nombreuses institutions locales et plusieurs ministères : Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS), Agences Régionales de Santé (ARS), Tribunaux de Grande Instance (TGI), Préfectures, ...

Si les partenaires institutionnels régionaux se sont concertés pour décrypter ce texte et coordonner leurs interventions, les acteurs du milieu ambulatoire appelés à prendre en charge des personnes souffrant de handicap psychique n'ont reçu quant à eux aucune formation ou information structurée.

Sur la base des besoins ressentis par ces partenaires, le Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP) référent sur le volet psychiatrie à l'ARS Lorraine recherchait un moyen pour les informer. La loi, comme le récent Plan Psychiatrie et santé mentale 2011- 2015², confie en effet un rôle central aux ARS dans la déclinaison des objectifs nationaux et notamment celui d'être facilitatrices des collaborations locales et d'apporter l'information aux acteurs de terrain et aux usagers.

L'action de santé publique qui m'a été proposé était ainsi d'organiser l'information des acteurs en santé mentale du milieu ambulatoire d'un territoire défini de Meurthe-et-Moselle autour des nouvelles dispositions de la loi. Cette action s'inscrit dans la déclinaison du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) psychiatrie de l'ARS Lorraine³ et dans le volet psychiatrie de son Plan Régional de Santé (PRS) – axe 5⁴.

¹ MINISTERE EN CHARGE DE LA SANTE. 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, n°0155 du 6 juillet 2011 page 11705

² MINISTERE EN CHARGE DE LA SANTE, 2012, *Plan Psychiatrie et santé mentale 2011-2015*. Paris, 43p

³ AGENCE REGIONALE DE SANTE LORRAINE, 2012, *Le schéma régional d'organisation des soins 'SROS-PRS' – Les thématiques transversales – Psychiatrie*. Nancy, pp. 188-208 et *Les annexes relatives aux thématiques transversales – Psychiatrie, principaux éléments diagnostic*. Nancy, pp. 155-173

⁴ AGENCE REGIONALE DE SANTE LORRAINE, 2012, *Plan Régional de Santé lorrain 2012-2017*. Nancy, 41p, à paraître en juillet 2012

1 Historique et contexte de la réforme

1.1 Contexte législatif

La loi 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 venue réformer le dispositif des hospitalisations psychiatriques sous contrainte régies jusqu'alors par la loi Evin du 27 juin 1990⁵. Cette grande réforme ayant consacré le principe de « l'hospitalisation libre » (se substituant elle-même à la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés dite loi Esquirol⁶) prévoyait deux modalités d'hospitalisation sous contrainte : les Hospitalisations à la Demande d'un Tiers (HDT) lorsque le malade ne pouvait lui-même consentir à son hospitalisation, et les Hospitalisations d'Office (HO) ordonnées par les préfets en cas de menace à la sécurité des personnes et à l'ordre public.

Ce texte appelait néanmoins une refonte de certaines de ses dispositions de privation de liberté qui, malgré plusieurs rapports⁷⁻⁸ et de multiples condamnations par la Cour européenne des Droits de l'Homme⁹, tardait à être initiée. La possibilité, depuis 2008, de saisir le Conseil constitutionnel par des « Questions Prioritaires de Constitutionnalité » (QPC) à l'encontre d'articles de loi non conformes à la Constitution française a conduit la cour suprême à abroger à deux reprises certains dispositifs de la loi de 1990¹⁰ imposant ainsi l'écriture de nouvelles procédures dans un délai contraint¹¹.

Parallèlement à ces ajustements destinés à renforcer la protection des libertés individuelles, plusieurs faits divers graves ayant marqué la chronique ont conduit le

⁵ MINISTERE EN CHARGE DE LA SANTE. Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. Journal officiel, n°150 du 30 juin 1990 page 7664 (codifiée aux articles L-3211-1 et suivants du code de la santé publique). Elle a notamment consacré les droits des personnes hospitalisées attribuant un statut au patient hospitalisé.

⁶ Loi n°7443 du 30 juin 1838 imposant, entre autre, à chaque département de se doter d'un hôpital spécialisé pour les malades mentaux.

⁷ STROHL H., CLEMENTE M. Rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990. Rapport IGAS / DGS n° 97081, septembre 1997, 83p

⁸ 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. Rapport IGAS n°2005 064 / IGSJ n°11/05, mai 2005, 85p

⁹ GUELLEC A., juillet 2011, « La réforme des soins psychiatriques sans consentement : vers une amélioration de la prise en charge ? ». *Actualités JuriSanté*, n°74, pp. 18-20

¹⁰ Décision du 26 novembre 2010 concernant les HDT et du 9 juin 2011 concernant les HO.

¹¹ Ibidem note n°9 et GENOT-POK I., décembre 2011, « Dossier : Réforme des soins psychiatriques : voir clair dans une réforme encore obscure - Petit historique de la loi pour les néophytes : histoire de comprendre ». *Actualités JuriSanté*, n°76, pp. 4-5

gouvernement à proposer un projet de loi¹² visant au contraire à imprimer une marque sécuritaire à cette réforme¹³. Après de multiples amendements nourris d'une opposition générale des professionnels et des associations d'usagers, le texte final s'avère d'une grande complexité avec ses 43 pages émaillées de nombreux renvois, l'implication de deux ministères (santé et justice) et l'existence d'imperfections juridiques puisqu'en opposition à d'autres textes en vigueur¹⁴.

Sa mise en application au 1^{er} août 2011, au beau milieu de l'été, n'est pas la moindre des difficultés auxquelles ont du faire face les acteurs impliqués ; citons entre autres : l'exigence de multiples certificats médicaux, l'existence de 42 modèles d'arrêtés distincts, des procédures chronophages pour les psychiatres comme pour les Juges des Libertés et de la Détention (JLD), deux corps de métiers travaillant déjà à flux tendus.

Les principales nouveautés de la réforme sont résumées en 8 points clefs sur un site dédié du Ministère de la santé¹⁵. Parmi les modifications essentielles :

- l'usage du terme « soins psychiatriques » en lieu et place de l'ancienne terminologie « d'hospitalisation » marquant un changement de centre de gravité en situant le soin et la contrainte par rapport à une personne et non plus par rapport à un lieu (les HDT deviennent des SDT : Soins psychiatriques à la Demande d'un Tiers et les HO des SDRE : Soins psychiatriques à la Demande du Représentant de l'Etat) ;
- l'intervention systématique du JLD au 15^{ème} jour d'hospitalisation complète sans consentement puis tous les 6 mois pour vérifier que le pouvoir de contrainte n'ait pas été utilisé arbitrairement ;
- le renforcement des droits du patient par l'intervention du JLD mais aussi par son information à tous les temps de la prise en charge et le recueil de ses observations sur les décisions le concernant ;
- l'alternative à l'hospitalisation complète par l'instauration d'un programme de soins en ambulatoire sous contrainte remplaçant les anciennes « sorties d'essai » ;
- la création d'une mesure de contrainte possible en l'absence de tiers (SPI : Soins psychiatriques pour Péril Imminent).

¹² BACHELOT-NARQUIN R., FILLON F. 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. Assemblée Nationale, n° 2494, 5 mai 2010 ; 122p.

¹³ DEVERS G., août/septembre 2011, « Psychiatrie : le nouveau régime des soins sous contrainte ». *Objectif soins*, n°198, pp. 14-16

¹⁴ GENOT-POK I., décembre 2011, « Dossier : Réforme des soins psychiatriques : voir clair dans une réforme encore obscure – Incohérences de la réforme : morceaux choisis... ». *Actualités JuriSanté*, n°76, pp. 25-29

¹⁵ Ministère en charge de la santé. *La réforme de la loi relative aux soins psychiatriques*. [Visité le 10 juillet 2012], disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/la-reforme-de-la-loi-relative-aux-soins-psychiatriques.html>

1.2 Contexte régional

Les diverses administrations concernées par cette thématique (Préfectures, ARS, CHS, Justice) ont organisé au cours de l'été et à l'automne 2011 toute une série de formations pour leur personnel et se sont rencontrées pour s'assurer d'une interprétation commune de la loi et pour définir leur méthode de collaboration.

L'organisation de chaque Délégation Territoriale (DT) avec ses partenaires respectifs lui a été propre néanmoins une information émanant de la Direction de la protection sanitaire et environnementale du siège de l'ARS a été diffusé à l'ensemble des généralistes et des établissements hospitaliers de la région par courrier en date du 6 octobre 2011¹⁶. De même, le 21 octobre 2011, un arrêté spécifique destiné aux maires a été relayé par l'ARS dès sa parution¹⁷.

Au siège de l'ARS encore, deux séries de formations ont été dispensées en direction des cadres amenés à assurer des astreintes puis en direction de l'ensemble des médecins.

Enfin, en Meurthe-et-Moselle (département de Nancy - 54), un groupe de travail constitué de plusieurs partenaires (ARS, psychiatres hospitaliers, pompiers, Samu,...) et coordonné par l'Association Des Maires de Meurthe-et-Moselle (ADM 54) s'est réuni dès fin 2010 pour élaborer un document de synthèse sur les procédures d'hospitalisation sous contrainte dont la mise en œuvre était déjà compliquée avant la réforme. Intégrant les nouvelles directives de la loi, ce « Carnet de l'ADM 54 » destiné aux maires a été publié en décembre 2011 et propose sous forme de fiches techniques un résumé très concret des points principaux de la loi¹⁸.

¹⁶ Annexe 1

¹⁷ Annexe 2 : cet arrêté abroge pour les maires la possibilité de demander des soins sans consentement sur le fondement de la seule notoriété publique, sans avis médical.

¹⁸ Association des maires de Meurthe-et-Moselle (ADM 54), *La santé mentale et les soins psychiatriques sans consentement*. Nancy: Carnet de l'ADM 54, 47p. [Visité le 10 juillet 2012], disponible sur Internet : <http://www.adm54.asso.fr/fr/la-sante-mentale-et-les-soins-psychiatriques-sans-consentement/nos-publications2.html>

2 Phase exploratoire et genèse de l'action

L'hypothèse de départ fournie par mon maître de stage, médecin référent à l'ARS sur le volet psychiatrie, était qu'il existait une insuffisance de connaissance de la nouvelle loi par les acteurs de terrain et un besoin d'information exprimé par ces partenaires. Il fallait, à ce stade, vérifier et caractériser cette situation puis choisir l'action qui permettrait au mieux de l'améliorer. Une exploration approfondie du sujet a permis de préciser les objectifs de l'intervention à réaliser et le media à utiliser pour les atteindre.

2.1 Méthodologie

Plusieurs approches ont été conduites parallèlement lors de cette phase exploratoire.

Des entretiens informels ont été menés avec plusieurs personnes ressources.

Outre mon maître de stage, deux d'entre elles, de par la vision stratégique qu'elles ont de cette thématique, peuvent être considérées comme mes « référents » : le responsable de l'élaboration du SROS psychiatrie au siège de l'ARS et un psychiatre du Centre Psychothérapique de Nancy (CPN)¹⁹ réputé pour son implication en santé publique. Elles ont largement contribué aux décisions prises lors des différentes étapes d'élaboration du projet.

Chez d'autres, des appuis techniques ont principalement été recueillis (textes de référence, rôle des institutions, contenus des formations,...). Elles ont également contribué à la compréhension de la problématique par la description de leurs missions et des difficultés de fonctionnement qu'elles rencontraient ou percevaient chez leurs partenaires.

Une observation directe des lieux de travail et des activités des professionnels institutionnels a été menée auprès de trois partenaires²⁰ :

- A l'ARS tout d'abord auprès des personnes des DT54 et DT57 en charge du traitement des dossiers de soins psychiatriques sans consentement afin de connaître les tâches qui leur incombent et les difficultés auxquelles elles sont confrontées au quotidien ;
- Au TGI ensuite où le JLD et son greffier ont exposé le déroulement d'une audience et leur point de vue sur la mission que leur confie la réforme ;

¹⁹ Le CHS de Nancy ayant conservé son appellation originelle de Centre Psychothérapique de Nancy (CPN), il sera systématiquement désigné par cet acronyme dans le texte.

²⁰ Annexe 3 : compte-rendu des trois visites sur sites.

- A l'Unité d'Accueil des Urgences Psychiatriques (UAUP) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nancy enfin, pour comprendre les conditions d'admission des patients et la relation des services d'urgences avec les partenaires extérieurs d'une part et les CHS d'autre part.

La recherche bibliographique s'est déroulée en deux volets. La constitution et l'examen des documents de référence sur les textes législatifs puis la bibliographie traitant des soins sans consentement à l'aulne de la réforme à travers les commentaires des acteurs concernés. Ces deux aspects représentaient l'étape préliminaire à l'enquête diagnostique puisque sans posséder les subtilités de la loi et surtout leurs effets concrets décrits par les acteurs les pratiquant depuis plusieurs mois, les entretiens n'auraient pu explorer en profondeur les carences d'information et les difficultés de mise en œuvre.

Les documents sur la loi les plus utiles et auxquels je me suis référée en permanence tout au long de mon action sont :

- un document de synthèse reçu de la Direction Générale de la Santé (DGS) par mon maître de stage dès le mois d'août 2011 résumant en tableaux de synthèse les différentes formes de soins sans consentement et les articles de la loi y afférents²¹ ;
- une formation réalisée à l'ARS Lorraine par le responsable du service de la DT54 en charge du dossier détaillant et explicitant chaque point de la réforme ;
- le Carnet de l'ADM 54 précédemment cité²² ;
- le site dédié du Ministère de la santé²³.

La participation à un séminaire de l'Union Départementale des Associations Familiales (UDAF) de Moselle, fin janvier 2012, a également représenté une source d'information très complète. Il faisait intervenir des professionnels multiples (psychiatre, directeur de CHS, JLD, ARS) pour présenter les nouvelles dispositions de la loi aux tuteurs et curateurs de ce département. L'exposé de leurs rôles et de leurs points de vue personnels sur la législation a fourni une interprétation de la loi très instructive.

Des échanges constants ont par ailleurs été entretenus avec différents collaborateurs.

Un point exhaustif sur les actions d'informations déjà entreprises localement a été réalisé au cours de ces entretiens.

²¹ Document de la Communauté Hospitalière de Territoire, 2011, *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*. Paris: Communauté Hospitalière de Territoire de Paris, 91p. [Visité le 10 juillet 2012], disponible sur Internet : http://www.apmnews.com/documents/Loi_du_05072011.pdf

²² Cf. Ch. 1.2 et note n°18 p.6

²³ Cf. note n°15 p.5

2.2 Résultats de la phase exploratoire

Au terme de cette exploration, les premiers jalons du diagnostic et du profil de l'intervention ont pu être posés.

2.2.1 Confirmation de la nécessité d'une information

Les personnes rencontrées, qu'il s'agisse des deux référents ou des agents en charge des dossiers de soins psychiatriques des deux DT visitées (DT54 et DT57), ont permis de confirmer la nécessité d'une information. Au quotidien, de nombreux appels leur parvenaient de familles de patients ou de collègues recherchant une conduite à tenir pour une prise en charge sous contrainte. Les partenaires externes manquaient d'informations claires et rencontraient des difficultés dans leur pratique quotidienne.

2.2.2 Identification du public cible

Le public destinataire identifié était représenté par l'ensemble des acteurs en santé mentale du milieu ambulatoire : des acteurs médicaux de première ligne (médecine générale, médecine universitaire, permanence des soins : SOS médecins, Médigarde,...) aux acteurs sociaux multiples (centres d'hébergement et/ou de réinsertion professionnelle, Police Judiciaire de la Jeunesse -PJJ-, travailleurs sociaux des collectivités territoriales,...) en passant par les associations d'usagers et de tutelles. Les bénéficiaires me sont apparus très nombreux mais indissociables car intervenant en complémentarité au quotidien.

Ce changement d'échelle par rapport à ce que j'envisageais originellement fut la première adaptation que je dus intégrer. Fort heureusement, le territoire conseillé s'est révélé géographiquement limité.

2.2.3 Définition du territoire

Le territoire de Nancy et son agglomération a été jugé très pertinent : contrairement à d'autres territoires du département, il affichait une absence totale de projet en santé

mentale et aucune information (autre que celle envoyée par l'ARS aux médecins généralistes²⁴ n'y avait été dispensée alors même que les demandes étaient récurrentes.

2.2.4 Choix d'organiser un séminaire

Parmi les interventions possibles permettant d'apporter l'information à ces partenaires, j'ai proposé d'organiser un séminaire. Cette solution, qui a emporté l'adhésion des personnes référentes, offrait la possibilité de faire se rencontrer un maximum d'acteurs. Elle permettait d'apporter à la fois l'information souhaitée sous forme de présentations orales mais aussi l'opportunité d'un échange entre partenaires sur leurs difficultés de mise en œuvre des nouvelles procédures, leurs besoins voire leurs propositions de solution.

Bien que très courte, une durée d'une demi-journée est apparue préférable à une journée complète afin de permettre la venue du plus grand nombre de participants, notamment parmi les professions médicales toujours très peu disponibles.

2.2.5 Intérêt d'ébaucher la constitution d'un réseau de partenaires

Alors que j'appréhendais plus clairement les problèmes existant, au-delà de mes attentes initiales, des besoins de deux ordres se sont dessinés. Ceux qui étaient directement liés à la réforme (telle que l'intervention d'un nouvel acteur, le JLD) mais aussi d'autres qui existaient antérieurement et touchaient principalement l'aspect collaboratif entre partenaires. Faire du lien et favoriser les relations me sont dès lors apparus des actions primordiales à mener en plus de l'information stricto sensu à apporter sur la loi.

Ce séminaire se voudrait ainsi être un lieu d'enrichissement des connaissances (théoriques et pratiques sur les missions des autres partenaires), d'expression (point d'étape après plusieurs mois de mise en œuvre de la loi) et d'amorce de travail multipartenarial (ébauche d'un réseau de partenaires et d'éventuels groupes de travail).

Plusieurs intervenants sollicités ont d'emblée donné leur accord sur cette formule et j'ai rapidement appréhendé le développement de l'action. Mes aptitudes relationnelles, mon goût pour le travail interdisciplinaire étaient des atouts pour organiser une rencontre d'acteurs de terrain amenés à collaborer au quotidien. Ma position de médecin inspecteur

²⁴ Cf. Annexe 1

légitimait ce rôle de promoteur de liens entre acteurs du milieu médical et partenaires non médicaux.

Une rencontre d'une journée entière aurait certes permis de consacrer quelques heures à un travail de groupes sur des thématiques spécifiques et aurait ainsi amorcé encore plus sûrement la collaboration future mais des choix devaient être faits et la décision de réunir le plus d'acteurs possibles l'a emporté. D'autres formes d'information auraient aussi pu être envisagées : une information écrite mais elle aurait privé les acteurs d'une rencontre, des réunions en petits comités mais elles auraient demandé plus de temps et auraient été moins propices à la constitution d'un réseau.

3 Phase d'enquête et organisation du séminaire

A ce stade, il me fallait affiner encore mon diagnostic pour déterminer le contenu précis des présentations, arrêter le choix des intervenants et finaliser le listing des participants. La première étape de l'organisation de cette rencontre a donc été d'explorer les attentes des acteurs concernés.

3.1 Recueil des attentes des acteurs

Ma première intention pour mener cette investigation avait été d'envoyer un questionnaire à la liste des invités pressentis afin d'évaluer leur niveau de connaissance de la loi et les besoins d'information subsistant. Après avoir appréhendé les difficultés inhérentes à l'aspect plus relationnel entre professionnels et ajouté à cette rencontre l'objectif d'amorcer la constitution d'un réseau, il m'importait de comprendre plus profondément le vécu des acteurs en santé mentale. La rencontre de quelques personnes clefs autour d'entretiens semi-directifs qui permettraient d'articuler plus finement les interventions et l'organisation du séminaire avec les besoins du public a alors été privilégiée.

La rencontre des partenaires en entretien de groupe aurait également pu être très profitable en ce sens mais elle aurait demandé beaucoup plus de temps que ce qui était envisageable eu égard aux contraintes du calendrier (périodes de vacances scolaires, etc...).

3.1.1 Réalisation d'entretiens semi-directifs

Une grille d'entretien a été préparée et améliorée à partir de la consultation d'exemples accessibles sur le site de l'EHESP. Il a notamment été ajouté en début d'interview la présentation du contexte du projet et quelques questions sur la structure et l'antériorité de la personne dans sa mission²⁵.

La consultation de ces documents m'a également conduit à élaborer une grille de synthèse des entretiens sous forme de tableau Word permettant de visualiser, pour chaque question importante, l'ensemble des réponses des personnes rencontrées²⁶.

²⁵ Annexe 4

²⁶ Annexe 5

Le choix des personnes clefs a été réalisé avec mes conseillers afin de balayer l'ensemble des acteurs ciblés. Ont été retenus : l'ADM 54, le responsable du service social du Conseil général, le président de SOS médecins, le responsable du « Samu social » (le Service d'Accueil et d'Orientation : SAO), un responsable de Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) et deux associations d'usagers au rôle très différents où j'ai rencontré, dans l'une, un représentant des familles, et dans l'autre, un usager et une psychologue. Les entretiens se sont déroulés sur leurs lieux d'exercice.

3.1.2 Analyse des entretiens semi-directifs

Les entretiens ont révélé le vif intérêt suscité par le séminaire mais aussi l'étendue des difficultés rencontrées sur le terrain qui, pour la plupart, étaient totalement indépendantes du nouveau dispositif et avaient attiré dans leur grande majorité à un défaut de travail partenarial. Si l'intérêt du séminaire n'en était que plus justifié, ces éléments compliquaient néanmoins mon rôle puisqu'ils faisaient sortir du cadre strict de la nouvelle loi et mettaient directement en cause la façon de faire de certains partenaires.

Concernant la loi, globalement tous les acteurs avaient reçu une information mais de manière extrêmement variable et, dans l'ensemble, leurs connaissances étaient très imprécises. Tous connaissaient ces trois points principaux : la substitution du terme « hospitalisation » par celui de « soins psychiatriques », la création du programme de soins en ambulatoire, l'intervention du JLD. Pour le reste, peu de choses étaient acquises. Peu de procédures formalisées existaient au sein des différentes institutions et encore moins entre les structures.

Les personnes interrogées étaient très critiques vis-à-vis de la loi : « elle ne change pas les esprits », « elle n'améliore pas les liens entre les intervenants ». L'extrême formalisme des nouvelles procédures, telle que l'exposition de ses droits au patient par exemple, était regrettée : « elle apporte peu de choses au malade », « elle nuit même à la relation humaine ». La comparution devant le juge était particulièrement mal perçue, d'autant qu'à Nancy, par manque de temps, les juges refusent catégoriquement de se déplacer à l'hôpital. Même le programme de soins en ambulatoire laissait sceptique sur sa capacité à mobiliser les collaborations autour du malade.

Les principales difficultés exprimées sur la procédure de contrainte :

- Trouver un médecin pour faire le certificat médical initial et surtout un certificat correspondant aux exigences du texte : suffisamment circonstancié, horodaté, dactylographié²⁷ ;
- Réussir à transporter le patient, souvent en refus de soins, jusqu'à l'hôpital : les pompiers, le Samu, les ambulances privées, les forces de l'ordre posent leurs limites respectives, les familles sont démunies ;
- « Comment accompagner un patient en programme de soins ambulatoire sous contrainte ? » : « manque de structures sociales », manque de concertation entre acteurs, à commencer par la préparation de la sortie de l'hôpital.

Les demandes formulées :

- Recevoir une information explicite sur la loi : différentes formes d'hospitalisation, rôle des préfets, rôle des JLD, « pourquoi ces modifications successives ? » demande SOS médecins évoquant le nouvel arrêté destiné aux maires suite à la décision du Conseil constitutionnel du 6 octobre 2011²⁸ ;
- Rencontrer les partenaires, avoir des échanges pluridisciplinaires, avoir une information régulière sur la loi ;
- Améliorer la comparution devant le JLD.

Les propositions recueillies :

- Elaborer des outils : un annuaire (à limiter aux numéros essentiels car changent souvent), une fiche d'information destinée aux familles lors de l'admission au CPN ;
- Participer à des groupes de travail : discuter de cas concrets, réfléchir à des solutions opérationnelles ;
- Collaborer à des enquêtes : voir si loi fait diminuer les hospitalisations complètes, recueillir les retours des patients sur les nouvelles procédures après un an de mise en œuvre.

²⁷ Le certificat médical doit être dactylographié pour les SDRE uniquement. Dans le cas contraire, le médecin doit préciser par écrit qu'il est dans l'impossibilité de le dactylographier (art R 3213-3 du CSP).

²⁸ Cf. Annexe 2

3.1.3 Entretiens complémentaires

Pour compléter cette investigation, un contact téléphonique a été pris avec certains invités pressentis afin de :

- préciser leur implication en santé mentale (PJJ, Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé : SUMPPS,...) ;
- expliquer aux partenaires plus inhabituels l'objet de cette réunion (syndicat des psychiatres, Bâtonnier du Barreau de Nancy,...).

L'intérêt suscité par ces entretiens plus informels m'a finalement conduit à appeler un représentant de presque tous les groupes conviés. Ces échanges téléphoniques ont confirmé les attentes de travail collaboratif de la plupart d'entre eux. Certains sujets ont pu être approfondis, comme celui des transports sanitaires des patients, détaillé par le médecin des pompiers lors d'une longue conversation, suite à laquelle une ébauche de protocole et des comptes-rendus de réunions m'ont été envoyés. Suite à mon entretien à l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS), j'ai pris des décisions sur les représentants du monde médical à inviter (Ordre départemental, syndicat des psychiatres libéraux, permanence des soins) et obtenu leurs noms et coordonnées.

Ces échanges me rassuraient par ailleurs sur l'adhésion de ces personnes au séminaire. Je suis bien consciente que dans la « vraie » pratique professionnelle, étant donné le manque de temps caractérisant la vie professionnelle d'un MISP, jamais plus je ne pourrai me permettre ce luxe...

Le fait d'être médecin pour mener tous ces entretiens a été évidemment facilitateur. Ma profession donnait une légitimité au stagiaire que je suis de m'intéresser à cette problématique avant tout médicale. En tant que médecin, il paraissait crédible que je puisse mobiliser les confrères du milieu ambulatoire et les psychiatres hospitaliers comme intervenants. Ma position de MISP permettait par ailleurs d'être l'interface entre des partenaires d'horizons professionnels différents.

Ainsi, après cette phase d'enquête et une concertation avec les personnes référentes pour être certaine d'interpréter correctement les messages reçus, il a été possible de définir précisément ce à quoi l'action devait répondre et la forme qu'elle devrait prendre.

3.2 Définition de l'action, ses objectifs et son contenu

A partir de ces éléments diagnostic très riches, la définition des objectifs, les choix des participants et des intervenants se sont imposés aisément.

3.2.1 Une action de santé publique

Organiser un séminaire d'information et d'échanges sur la mise en œuvre des nouvelles dispositions contenues dans la loi du 5 juillet 2011 portant réforme sur les soins psychiatriques sans consentement destinée aux acteurs de l'agglomération nancéienne et œuvrant au plus près du public en situation de handicap psychique suivi en ambulatoire.

Outre son bénéfice immédiat d'acquisition de connaissances sur le texte de loi, cette rencontre a pour ambition d'instaurer des relations plus pérennes, d'être une étape dans la constitution d'un réseau de partenaires. A cette fin des outils seront mis en ligne sur le site Internet de l'ARS notamment la liste de l'ensemble des participants à la rencontre. Ces derniers recevront par courrier, avec le compte-rendu du séminaire, les coordonnées électroniques de tous et le lien vers la page dédiée du site ARS.

S'il était possible que cette rencontre débouche sur des initiatives de travail partenarial, projets ou groupes de réflexion thématiques, elle aurait atteint son but.

3.2.2 Ses objectifs

a) Objectif général :

Améliorer la collaboration des multiples acteurs impliqués dans les soins sous contrainte sur l'agglomération nancéienne afin de favoriser la fluidité du parcours de soins des patients au décours de la loi du 5 juillet 2011.

b) Objectifs intermédiaires et spécifiques :

Objectif intermédiaire N°1 : Apporter une information concrète sur les nouvelles dispositions de la réforme des soins psychiatriques sans consentement et sur leur mise en œuvre sur le territoire de Nancy à partir des besoins repérés :

- améliorer la connaissance du nouveau dispositif ;
- améliorer la connaissance des missions des différents acteurs impliqués.

Objectif intermédiaire N°2 : Favoriser des relations plus pérennes entre les différents acteurs en santé mentale de l'agglomération nancéienne :

- comprendre mutuellement les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des nouvelles procédures ;
- permettre l'expression des besoins et l'élaboration de propositions d'aide pour y répondre ;
- initier la constitution d'un réseau de partenaires voire l'émergence de partenariats sur des projets concrets.

3.2.3 Son contenu

a) Constitution du listing de bénéficiaires :

La liste des bénéficiaires s'est constituée au fil des entretiens. Certains n'avaient pas été envisagés initialement comme le Bâtonnier du Barreau de Nancy qui a été suggéré par le représentant de l'URPS évoquant le recours de plus en plus fréquent des patients aux services d'un avocat.

La liste des institutions présentes au séminaire se trouve en annexe 6. Cinq partenaires n'y figurant pas étaient invités mais ne sont pas venus : le Crous, une association de formation médicale continue, le service de formation en médecine générale de la faculté de médecine et deux psychiatres chefs de service au CHU.

b) Choix des intervenants :

Après la phase exploratoire, cinq interventions avaient été arrêtées :

- un représentant administratif de l'ARS pour évoquer la loi ;
- un psychiatre du service des urgences psychiatriques (UAUP) pour décrire l'admission ;
- un psychiatre du CPN du secteur de Nancy pour le parler du parcours de soins ;
- un cadre administratif du CPN pour les aspects plus formels du droit des patients et pour un premier bilan d'activité après huit mois d'application de la loi ;
- un JLD explicitant son rôle.

Suite aux entretiens, deux autres interventions ont parues souhaitables :

- La présentation d'un dispositif de prévention, le Réseau d'Alerte Pluri-Professionnel (RAPP), destiné à éviter le recours à l'hospitalisation sous contrainte, développé dans une ville du département dans le cadre d'un Conseil Local en Santé Mentale (CLSM). Ce dispositif faisant appel à la collaboration de l'ensemble des intervenants du secteur autour du malade en situation de crise constitue un exemple emblématique des liens recherchés entre partenaires ;

- La présentation par la représentante de l'Union Nationale des Familles et Amis de personnes Malades (UNAFAM) de l'aide que peut apporter l'association aux familles d'usagers mais aussi aux professionnels en santé mentale. Ces associations d'usagers étant les premières à vouloir favoriser les liens entre les intervenants, elles avaient parfaitement leur place dans l'objectif du séminaire.

L'ensemble des interventions est présenté sur le programme de la rencontre figurant en annexe 7.

c) Contenu des interventions :

Une rencontre a été organisée avec les intervenants pour décider en commun du fil conducteur de cette demi-journée et du contenu précis de chaque présentation. A cette occasion, je leur ai présenté sous forme de Power-point, l'analyse faite des entretiens semi-directifs.

Cette rencontre avait pour but d'éviter :

- les redondances entre les interventions ;
- les oublis d'informations attendues par le public, en s'appuyant sur la restitution des éléments des entretiens ;
- les informations trop complexes risquant de perdre ce public très hétérogène : il a par exemple été décidé de ne pas évoquer les tracasseries liées à la multiplication des certificats médicaux demandés au cours de l'hospitalisation (pourtant caractéristiques de ce texte de loi...), partant du principe que ces exigences ne concernaient que les institutions et n'intéressaient pas les acteurs extérieurs.

Ma fonction de médecin a été indispensable pour mener à bien ce travail de préparation commune, notamment avec les psychiatres. Mon maître de stage m'a épaulée à cette réunion légitimant mon positionnement.

3.3 Mise en œuvre du séminaire

Les démarches logistiques d'organisation de la réunion ont été menées parallèlement à la phase d'enquête. Les aspects matériels se devaient d'être anticipés, la réservation de la salle ou la réalisation d'outils bureautiques (constitution d'une liste de diffusion pour les invitations, tableau de suivi des inscriptions) sont en effet chronophages. Ils ont fait appel à des qualités organisationnelles mais également relationnelles puisque la réalisation de ce projet dépendait de la collaboration de multiples partenaires.

L'une des étapes les plus importantes a par exemple été d'obtenir le consentement du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (DGARS) ainsi que ses suggestions sur certains positionnements stratégiques. Deux questions requéraient particulièrement son avis.

L'invitation d'élus en pleine période de réserve électorale avait fait envisager des plans de substitution au cas où cet obstacle s'imposerait. Le DGARS a finalement tranché en faveur de l'invitation des maires, arguant que cette réunion était à considérer comme un groupe de travail technique et ne mobiliserait en aucun cas la presse.

J'appréhendais par ailleurs l'évocation de problématiques anciennes, très prégnantes, mais indépendantes de la réforme du 5 juillet 2011, et avant tout celle du transport sanitaire des patients. Afin que ce sujet n'embolise pas les débats, il a été décidé par le DGARS de n'inviter ni les représentants des forces de l'ordre, ni les ambulanciers privés. J'ai parallèlement eu une discussion très claire avec le médecin des pompiers invité au séminaire sur la nécessité de réserver ce débat pour un groupe de travail spécifique. Je me suis pourtant laissée convaincre, tant par le représentant de l'URPS que par la chef de service de l'UAUP, qu'il ne servirait à rien d'esquiver totalement le sujet. J'ai finalement assumé que cette dernière y consacre une diapositive complète en citant en outre la responsabilité assignée à l'ARS dans le nouveau texte de loi. J'en ai averti le DT54 (qui devait clôturer la séance et qui représentait l'ARS lors de cette journée) afin qu'une réponse institutionnelle constructive soit préparée si la question émergeait.

De l'adhésion de l'équipe de direction découlait également le financement des prestations nécessaires à la rencontre et l'octroi d'un temps de secrétariat.

La date retenue pour le séminaire a été fixée au 26 avril et les courriers d'invitation électroniques ont été envoyés mi-février. Ils étaient accompagnés de trois pièces jointes : l'invitation²⁹, le programme³⁰, une lettre de mission du DGARS stipulant le cadre de mon intervention (stage d'une formation MISP de l'EHESP).

Des documents ont été préparés pour le jour du séminaire : une feuille d'émargement, une feuille remise à chaque participant afin qu'il y inscrive ses questions en vue de la table ronde, une fiche d'évaluation de la rencontre à rendre avant de partir³¹. Des photos ont été prises pour le site ARS et l'enregistrement des débats a été réalisé pour la rédaction d'un résumé à mettre en ligne.

²⁹ Annexe 8

³⁰ Annexe 7

³¹ Annexe 9

4 Déroulement et évaluation du séminaire

4.1 Déroulement de la rencontre

Le séminaire s'est déroulé de 13h30 à 17h30. Il a rassemblé 69 participants et 12 intervenants dont 7 présentateurs. Une dizaine de personnes se sont excusées au cours des derniers jours (l'annexe 6 mentionne les participants et les personnes excusées).

L'introduction à la rencontre me tenait à cœur car elle posait les principes et orientation de la réunion. Elle a reprécisé : les objectifs, la présentation des participants présents dans la salle et les écueils à éviter (trop développer des problématiques intéressantes plutôt un comité restreint ou monopoliser la parole par des débats singuliers).

La première partie consacrée à la présentation des nouvelles procédures s'est avérée très dense. J'ai décidé de faire une pause après les quatre premiers exposés pour reposer les esprits et prendre quelques questions brèves de la salle. Bien que presque tous les intervenants aient respecté le nombre convenu de 5 à 7 diapositives, ils ont majoritairement dépassé le temps de 10 mn qui leur était imparti... La pause a ainsi eu lieu avec plus d'1/2H de retard mais n'a pas été écourtée car les discussions informelles entre partenaires méritaient d'être respectées.

Dans la seconde partie, la table ronde a débuté par les réponses aux questions écrites déposées par le public. Cela a permis d'éclairer certains points précis de la loi avant d'enchaîner sur d'autres interventions du public évoquant principalement ses difficultés pratiques en rapport avec les soins sous contrainte.

Parmi les thèmes récurrents, certains étaient directement liés à la mise en œuvre des nouvelles dispositions, notamment l'audience au tribunal ou le suivi des patients bénéficiant d'un programme de soins en ambulatoire sous contrainte que personne ne savait exactement appréhender. Les débats suscités par ces sujets au plan national ont été exposés³². D'autres difficultés relevaient quant à elles d'un besoin de travail

³² Le 22 février 2012, à l'occasion de la présentation du rapport d'information sur la mise en œuvre de la loi <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i4402.asp> les parlementaires, dont les rapporteurs de la loi du 5 juillet 2011, ont demandé une généralisation des audiences auprès du JLD à l'hôpital ainsi qu'une réduction des certificats médicaux exigés. Si la secrétaire d'état à la santé alors en fonction a exclu toute obligation législative concernant les audiences, elle a laissé entendre que l'un des multiples certificats médicaux de la procédure pourrait être supprimé.

Les dispositions ayant trait au programme de soins en ambulatoire pourront elles aussi être amenées à évoluer puisqu'elles sont jugées ambiguës par les professionnels du monde médical, judiciaire et par la Commission nationale consultative des droits de l'homme dans son avis du 22 mars 2012 : le programme de soins ambulatoire est obligatoire mais son exécution ne peut être

Sophie ALSIBAÏ - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2012

collaboratif telle que la nécessité évoquée par les travailleurs sociaux et les familles d'usagers de préparer, plus en amont et avec les soignants, la sortie d'hospitalisation des patients.

Ma connaissance des préoccupations des acteurs m'a permis d'effectuer quelques relances pour bien leur faire préciser les points de tension, ceci afin que les partenaires interpellés prennent la mesure de leur rôle dans le processus d'amélioration nécessaire.

Le discours de clôture du DT54 a synthétisé les points essentiels des débats et les perspectives à retenir³³, il a été mis en ligne sur le site de l'ARS.

4.2 Evaluation

Cette rencontre avait le double objectif d'apporter des informations précises sur la nouvelle loi et de constituer une étape dans la connaissance des missions des différents acteurs et dans la constitution d'un réseau de partenaires. Ce sont ces deux aspects qu'il convient d'examiner.

4.2.1 Evaluation du déroulement de la rencontre

Parmi les participants au séminaire, tous les groupes professionnels étaient correctement représentés (cf. annexe 5).

Si les travailleurs sociaux, très demandeurs, avaient d'emblée répondu massivement à cette initiative, l'un des enjeux du séminaire était de mobiliser également la médecine libérale. Ce sont eux qui rédigent les certificats « circonstanciés », 1^{er} point d'achoppement rapporté par plusieurs enquêtés. Les représentants des urgentistes et des médecins libéraux (généralistes et psychiatres) étaient finalement tous présents. On pouvait cependant regretter l'absence de l'organisme principale de formation continue du département qui avait fait comprendre que cette thématique ne l'intéressait pas.

Parmi les acteurs des vingt communes de l'agglomération, 5 étaient représentées (personnels des mairies et des Centres Communaux d'Action Sociale -CCAS-). L'adjointe au maire de Nancy, Conseillère déléguée à la santé, avait été la première à s'inscrire en février. Malheureusement, elle a dû se faire remplacer au dernier moment par un personnel administratif. Les villes peuvent en effet souvent se positionner en porteurs de

obtenue par la contrainte puisqu'il n'est pas soumis au contrôle du JLD http://www.laurent-mucchielli.org/public/12.03.22_Avis_de_suivi_soins_psychiatriques.pdf

³³ Annexe 10

projet dans cette thématique. Son absence n'a pas permis l'engagement que l'on était en mesure d'espérer de la ville de Nancy.

L'organisation de la réunion a été saluée par les intervenants. Les différents temps de la rencontre ont été bien équilibrés.

Même si les présentations ont dépassé le temps prévu, les orateurs ont apporté des informations très riches et des exemples vécus intéressants à la salle que je ne me suis pas résolu à systématiquement interrompre.

La durée du débat, des témoignages, a ainsi été un peu courte à mon sens (1H05) mais la méthode des questions écrites a fait gagner du temps en permettant d'entrer d'emblée dans des sujets prégnants. Les réponses des intervenants ont permis à l'assemblée de rebondir et l'essentiel des problèmes recueillis lors de l'enquête ont finalement été abordés.

4.2.2 Analyse des fiches d'évaluation

Trente quatre fiches ont été recueillies à la clôture du séminaire, soit l'opinion de 50 % des participants. Le tableau de l'annexe 11 synthétise le contenu de ces fiches.

Bien que l'on puisse émettre comme réserve que seules les personnes les plus intéressées soient restées jusqu'à la fin de la rencontre et aient rempli une fiche, les retours expriment une large satisfaction des participants.

Concernant l'information apportée sur les nouvelles dispositions de la loi, tous estiment les informations fournies « vraiment » claires ou « plutôt » claires ; 94 % les considèrent suffisamment complètes pour leur pratique professionnelle. L'ensemble des répondants juge utile la mise à disposition de références sur le site Internet de l'ARS et 91 % disent qu'ils le consulteront. La composition très hétérogène de l'assistance ne semble donc pas avoir nuit à la bonne compréhension des informations apportées ni à leur complétude.

En ce qui concerne la rencontre avec les partenaires de l'agglomération de Nancy, les résultats sont un peu plus mitigés mais restent encourageants :

- 91 % déclarent avoir « vraiment » ou « plutôt » appris sur les missions et contraintes des autres acteurs en santé mentale et 9 % avoir « assez » appris ;
- 76 % estiment que cette rencontre facilitera « vraiment » ou « plutôt » leurs contacts respectifs alors que pour 15 % elle les facilitera « assez », pour 3 % pas du tout et 9 % n'ont pas répondu ;

- 82 % pensent qu'ils utiliseront « vraiment » ou « plutôt » les coordonnées des partenaires mises à leur disposition, 9 % « assez » et 9 % n'ont pas répondu.

Les difficultés persistantes rapportées (10 fiches) permettent de mesurer les sujets sur lesquels le travail devrait porter prioritairement. Elles concernent pour l'essentiel :

- la sortie d'hospitalisation, les ruptures de soins, le suivi ambulatoire (6 fiches), surtout mentionnés par les institutions en charge de populations spécifiques (PJJ, tutelles, SAO³⁴) et qui réclament des dispositifs de soins - et non exclusivement sociaux - pour une prise en charge ambulatoire des malades psychiatriques ;
- l'approfondissement des informations sur la loi ou son extension à d'autres partenaires (3 fiches) ;
- le transport sanitaire des malades (1 fiche).

Plusieurs propositions de travail ont été émises.

Quatorze personnes sur les 34 fiches collectées, soit près de la moitié, se sont dit prêtes à participer à un groupe de travail, sur un thème spécifique (10 fiches) ou sur quelque sujet que ce soit (4 fiches).

Parmi les thèmes proposés on peut citer :

- la rédaction de "fiches mémos pour les admissions et sorties des soins sans consentement" par la cellule juridique de l'ARS ;
- l'élaboration d'autres outils ou procédures en insistant sur les rencontres et la collaboration avec le CPN, notamment cité par l'UDAF, le SAO, la PJJ ;
- la réflexion sur la problématique des transports, par SOS médecins ;
- la mise en place d'un réseau d'alerte à l'instar du RAPP, par 5 fiches.

Si l'on se fie à ces déclarations d'intention, on peut estimer que le séminaire a bien en partie atteint ses deux objectifs.

4.2.3 Evaluation des échanges entre partenaires

Je présenterai ici ce que j'ai retenu des échanges constructifs des débats mais aussi des commentaires informels des participants et des intervenants.

Avant le début de la réunion, plusieurs personnes se sont présentées pour me remercier de l'initiative de cette rencontre. Pour beaucoup, elle représentait une opportunité rare de se faire entendre et de rencontrer les autres partenaires.

³⁴ Dit aussi Samu social

Les exposés sur la genèse de la loi et son axe relatif aux droits du patient, volet engendrant une lourdeur de procédures pour toutes les catégories professionnelles et un formalisme extrême largement dénoncé, ont permis à chacun de comprendre l'origine de la complexité du texte et de se rendre compte que, face à l'imperfection de la réforme, tous étaient logés à la même enseigne. Ces explications ont certainement contribué à la sérénité des débats. Concernant par exemple le questionnement majeur du suivi des soins ambulatoire sous contrainte, il a été expliqué qu'au niveau national les rapporteurs de la loi réclament eux-mêmes une révision du dispositif, tout comme sur d'autres dispositions contestées telles que les audiences au TGI³⁵.

Répondant au problème crucial de la rédaction correcte des certificats médicaux, des informations détaillées ont été fournies par les présentations et lors de la table ronde. Les médecins généralistes craignaient de trahir le secret médical en rédigeant un certificat trop « circonstancié ». En réalité, les certificats médicaux destinés aux soins psychiatriques sans consentement bénéficient d'une dérogation légale au secret professionnel dans le code de déontologie.

L'un des thèmes centraux, évoqué à plusieurs reprises par les participants, était celui du manque de lien, de la collaboration insuffisante entre les psychiatres hospitaliers et les acteurs extérieurs. Un intervenant a indiqué que les membres du CPN avaient « bien entendu aujourd'hui » le message et travailleront à mieux articuler et coordonner leurs actions avec les acteurs du milieu ambulatoire.

La préparation de la sortie d'hospitalisation des patients a également bien été débattue et repris lors du discours de clôture pour rappeler le rapprochement nécessaire entre les familles et l'hôpital. Il a été mis en lumière les impasses auxquelles sont confrontés les travailleurs sociaux lors de la sortie de personnes en situation de précarité. Un renforcement des liens entre l'hôpital et le social, notamment avec le SAO est là aussi nécessaire. Il a été souligné à ce propos un cruel manque de places d'hébergement pour accompagner la sortie de patients en situation de désinsertion sociale nécessitant des soins psychiatriques ambulatoires - les structures sociales ne sont probablement pas une réponse suffisante.

Permettant de répondre à ces déficit de collaboration entre partenaires, le dispositif de prévention RAPP, qui a indubitablement fait ses preuves près de Nancy depuis plusieurs années, a été plébiscité par les acteurs de tous bords, mairies, travailleurs sociaux,

³⁵ Cf. note n°32 p.21

associations d'usagers, psychiatres et son extension sur le territoire de Nancy positionnée comme une perspective concrètement envisageable. Pour sa mise en place sur Nancy, deux porteurs de projet ont été présentés comme indispensables : les psychiatres du CPN et une collectivité territoriale. Le Conseil général et la Communauté urbaine de Nancy ont été cités mais ne se sont pas engagés, tandis que, parallèlement, le psychiatre chef de pôle de Nancy s'est accordé sur son intérêt à la pause avec la Directrice de cabinet de la préfecture.

Une grande satisfaction est d'avoir vu bouger les lignes. Des commentaires tels que celui du JLD qui décide d'aller exposer à sa supérieure les conséquences traumatisantes pour les patients des audiences au TGI pour évoquer la possibilité d'audiences foraines (au sein de l'hôpital) ou comme cette réflexion du chef de pôle de Nancy du CPN qui réalise ce jour les difficultés des acteurs du milieu ambulatoire : « Nous pensons dans notre tout d'ivoire que chacun a ses propres réseaux qui fonctionnent correctement, nous n'imaginons pas les difficultés rencontrées ».

L'épineuse question du transport des patients a également été traitée au mieux avec une interpellation claire de l'ARS lors d'une présentation, la reconnaissance par le DT54 de la nécessité de travailler une procédure et des propositions de partenaires pour participer à la réflexion.

5 Actions réalisées suite au séminaire et perspectives

L'action menée se voulait répondre, dans la mesure du possible, aux « difficultés exprimées » et aux « demandes formulées »³⁶ par les partenaires rencontrés. Le séminaire apportait une réponse à une partie de ces attentes au travers de l'information dispensée sur la loi mais aussi en permettant une meilleure connaissance des missions d'autres partenaires, de leur point de vue et de leur réalité de travail, première pierre de l'ébauche d'un travail multipartenarial.

Après la rencontre, plusieurs activités ont été conduites afin d'amplifier la portée de cette action, susciter des projets, proposer des outils (modèles de certificats médicaux, coordonnées des participants,...).

5.1 Restitution aux participants

Dans le but de rappeler les engagements et les avancées apportées par la rencontre et afin de favoriser les initiatives futures, des courriers électroniques, sous forme de brefs compte-rendus des échanges, ont été envoyés : dans un premier temps aux intervenants puis, quelques jours plus tard, aux participants et intervenants.

Le mail aux intervenants, adressé au lendemain du séminaire, remerciait avant tout les orateurs pour leur prestation et permettait de revenir sur les difficultés et les demandes de collaboration formulées par le public. Une première analyse des feuilles d'évaluation collectées restituait les différentes propositions de travail exprimées.

Le mail aux participants reprenait ces principaux éléments. Adressé quelques jours plus tard, il transmettait également le lien vers la page du site Internet de l'ARS consacrée au séminaire (cf. paragraphe 5.2). Comme annoncé lors de la rencontre, il était accompagné de la liste des participants et intervenants présents et de leurs coordonnées électroniques.

5.2 Page « actualité » sur le site Internet de l'ARS

Initialement, je n'envisageais pas de passer par l'étape d'une page « actualité » sur le site de l'ARS pour mettre en ligne les éléments du séminaire mais cette formule s'est avérée obligatoire s'agissant d'un événement ponctuel tel que celui-ci.

³⁶ Cf. paragraphe 3.1.2 p.12

Cette page d'actualité (selon le terme consacré par les services « communication » des ARS) a permis la mise à disposition des présentations faites lors du séminaire, des références et des coordonnées utiles³⁷.

Elle avait cependant pour objectif premier de participer à la constitution de liens entre les partenaires en donnant une visibilité à l'engagement des acteurs en santé mentale dans cette rencontre.

La liste des participants a été mise en ligne (sans aucune coordonnées toutefois) ainsi que l'allocation de clôture du DT 54 qui résumait parfaitement les besoins exprimés et les propositions de travail à venir.

5.3 Page pérenne sur le site Internet de l'ARS

Afin de conserver un accès à ces éléments informatifs et surtout pour développer plus durablement les perspectives de travail collaboratif émergentes, il était nécessaire de créer une page pérenne sur le site ARS, page qui devait être régionale et plus généraliste que la seule présentation d'un évènement. J'ai décidé de la consacrer à une présentation de la réforme du 5 juillet 2011, apportant des informations plus complètes sur la loi (nouveaux liens utiles et documents à télécharger) et de faire le point sur les dernières avancées législatives³⁸.

Cette page offrait en outre l'opportunité de répondre à un besoin majeur identifié lors du séminaire en proposant une information sur la rédaction des certificats médicaux d'admission en soins psychiatriques sans consentement. Des recommandations et des modèles de certificats ont été élaborés pour les 4 modalités d'admission et pour la demande manuscrite faite par le tiers et seront ainsi disponibles dans une rubrique aisément accessible (cliquer sur « Votre santé » puis « Psychiatrie et santé mentale » puis « Loi du 5 juillet 2011 sur les soins psychiatriques sans consentement »)³⁹.

Cet article sera amené à évoluer en fonction des nouveautés liées à la loi. Le service juridique de l'ARS et le référent psychiatrie de l'ARS s'organiseront pour le compléter.

³⁷ Annexe 12. La page actualité du site de l'ARS Lorraine rapportant la rencontre du 26 avril 2012 est disponible sur Internet : <http://ars.lorraine.sante.fr/Soins-psychiatriques-sans-cons.133592.0.html>

³⁸ Cf. note n°32 p.21 et « CONSEIL CONSTITUTIONNEL. Décision n°2012-235 QPC du 20 avril 2012. Journal officiel, n°0095 du 21 avril 2012 page 7194 », cette décision censure certaines conditions applicables aux personnes ayant commis des infractions pénales en état de trouble mental ou hospitalisées en Unité pour Malades Difficiles (UMD)

³⁹ Lien non encore accessible à la date du 10 juillet 2012

5.4 Nouveau courrier aux participants

A l'occasion de l'ouverture de la page pérenne sur la réforme des soins psychiatriques sans consentement du 5 juillet 2011, un courrier sera adressé à l'ensemble des partenaires du séminaire (présents et excusés). Il servira à la fois à rappeler et trouver sur le site les projets évoqués lors de la rencontre et à leur faire connaître cette nouvelle rubrique « Psychiatrie et santé mentale » amenée à être complétée par d'autres articles.

5.5 Propositions

Les perspectives de travail voulues par les acteurs en santé mentale de l'agglomération nancéenne sont nombreuses, les motivations réelles. Des propositions peuvent ainsi être faites pour continuer l'action engagée.

L'organisation de rencontres périodiques pourrait être envisagée. Ceci est une demande de la majorité des acteurs et répond à un réel besoin de collaboration en pratique quotidienne. Elles pourraient se faire sous l'égide de l'ARS. Le rythme de ces réunions dépendra du modèle retenu : réunions de grande ampleur sur le principe d'un séminaire ne pouvant s'envisager qu'une fois par an ou groupes plus restreints et éventuellement plus réguliers. La ville de Rennes coordonne depuis 2009 des rencontres de ce type sur les soins sous contrainte dont l'objectif est d'obtenir une connaissance partagée des procédures sur son territoire. Les sujets d'information ou de débats sont de toute façon multiples qu'ils soient ou non liés aux soins sans consentement.

L'élaboration d'une procédure précise décrivant le rôle des différents acteurs autour de l'organisation des **transports sanitaires** des patients admis en soins psychiatriques sans consentement (principalement dans le cadre d'une procédure de soins à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent) devrait être initiée à court terme.

Une ébauche de procédure existe déjà et pourrait servir de point de départ⁴⁰. Les référents de chaque institution concernée (SOS médecin, Samu, pompiers, ambulanciers, Préfecture, forces de police et gendarmerie) sont d'ores et déjà identifiés et la plupart volontaires pour cette réflexion. Le service de l'ARS le plus approprié pour porter ce projet serait probablement la DT54, parallèlement, la Direction Ambulatoire et Accès à la Santé de l'ARS se dit prête à participer.

⁴⁰ Procédure non finalisée élaborée dans le cadre du Réseau Lorraine Urgences en février 2010

L'élaboration d'un guide régional de ressources, même restreint aux acteurs essentiels, est envisageable également. Un guide de l'UNAFAM, publié en février dernier sur la région Champagne-Ardenne⁴¹, pourrait être un modèle d'inspiration. La responsable de l'UNAFAM Lorraine contactée est tout à fait prête à y apporter une part active mais un leader du projet doit encore être identifié.

L'alimentation du site Internet de l'ARS sera un vecteur précieux d'information pour les acteurs en santé mentale. Le besoin d'information régulière sur la loi exprimé par les partenaires rencontrés pourrait ainsi être satisfait. Dès la mise en ligne de nouvelles dispositions législatives sur le site, le lien vers cette mise à jour pourrait être retransmis via le listing de diffusion établi pour le séminaire. Le service juridique de l'ARS serait un partenaire tout à fait approprié pour ce suivi.

Le renforcement des liens entre les professionnels hospitaliers et les intervenants extérieurs impliqués dans le suivi ambulatoire des patients (familles, tutelles, travailleurs sociaux) paraît incontournable aux vues des demandes exprimées.

La mise en place de rencontre entre les psychiatres du CPN (notamment avec le responsable du pôle de Nancy, tout à fait sensibilisé au besoin de communication suite au séminaire) et les structures sociales et associations d'usagers permettrait avant tout de préparer les sorties d'hospitalisation des malades. Les partenaires demandeurs de ces rencontres sont nombreux (UDAF, SAO, CHRS, usagers) et très motivés. Les associer précocement s'avère primordial alors que les durées d'hospitalisation diminuent et que le suivi du programme de soins en ambulatoire reste un problème majeur pour tous les acteurs.

L'initiation d'un réseau d'alerte à l'instar du dispositif existant depuis 2004 à Lunéville, le Réseau d'Alerte Pluri-Professionnel (RAPP)⁴², semble être une solution de plus long terme certes, mais répondant parfaitement aux besoins des acteurs confrontés à la difficulté des soins sans consentement. Puisque aucun porteur de projet n'a pu être identifié à ce jour, des concertations méritent d'être démarrées entre CPN, collectivités territoriales et ARS.

⁴¹ UNION NATIONALE DE FAMILLES ET AMIS DE PERSONNES MALADES, 2012, *Guide ressource Champagne-Ardenne. Troubles, maladies et handicap psychique*. Reims: Unafam, 83p

⁴² La présentation du RAPP, « Agir préventivement, l'exemple du Lunévillois », est accessible sur la page actualité du séminaire, en colonne de droite <http://www.ars.lorraine.sante.fr/Soins-psychiatriques-sans-cons.133592.0.html>

Deux autres thèmes réclament une attention particulière et m'inspire de plus quelques regards sur ma propre démarche. Sans y apporter de propositions dans l'immédiat, j'aimerais toutefois les rappeler ici :

- **Le manque de places d'hébergement** pour accompagner la sortie de patients en situation de désinsertion sociale est un obstacle réel aux soins ambulatoires. Même s'il a été expliqué lors du séminaire que les structures sociales constituent parfois une réponse insuffisante face au besoin de soins, j'ai regretté de ne pas avoir convié des représentants de la Direction Départementale de la Cohésion Sociale de Meurthe-et-Moselle, notamment les services du logement social et de la protection des personnes vulnérables. Ce sont des partenaires à absolument associer dans les réflexions futures touchant les sorties d'hospitalisation ou la prise en charge ambulatoire des patients.

- **Le traumatisme représenté par l'audience au tribunal** pour des patients à peine stabilisés, loin d'être facile à régler, a néanmoins été parfaitement compris par le JLD présent. La solution sera d'ailleurs peut-être apportée par le niveau national puisque cette question a d'ores et déjà fait l'objet de propositions par les parlementaires et les rapporteurs de la loi⁴³. Je dois à ce propos reconnaître une certaine subjectivité dans mon approche de cette audience. Le passage au TGI devrait revêtir pour moi un aspect beaucoup plus sanitaire, calquer cette démarche sur une procédure judiciaire m'apparaît inutilement « maltraitant » pour le malade.

J'ai aussi repéré chez moi l'influence d'un raisonnement excessivement centré sur les domaines médicaux et sociaux à une autre occasion. Avant la phase exploratoire, je n'avais pas envisagé de faire intervenir un JLD, jugeant que la présentation de son rôle par les autres acteurs serait suffisante. De même, si j'ai admis relativement rapidement la légitimité des représentants de la PJJ, acteurs de proximité pour les patients, l'invitation du Bâtonnier du Barreau de Nancy, représentant des avocats, me paraissait en revanche superflue. J'ai compris par la réaction des intervenants du CPN lors de notre réunion préparatoire que sa présence était au contraire attendue.

Ce travail m'aura ainsi appris à relativiser mon point de vue et à veiller à une écoute attentive de chacun. J'ai en outre expérimenté des relations « protocolaires » auxquelles je n'étais pas habituée : le formalisme de rigueur vis à vis de certains partenaires et le rapport hiérarchique à l'égard du DGARS. J'ai du apprendre à ne plus me considérer comme un électron libre mais à bien ménager les prérogatives des uns et des autres.

⁴³ Cf. note n°32 p.21

Conclusion

Cette action a été conçue pour répondre à un besoin de santé publique identifié par un état des lieux rigoureux. D'une proposition de départ devant pallier au manque d'information constatée chez les acteurs en santé mentale du milieu ambulatoire sur la loi du 5 juillet 2011, elle s'est ainsi rapidement étoffée pour favoriser chez ces partenaires : une rencontre, des relations plus pérennes, un travail multi-partenarial.

Le choix d'organiser un séminaire s'est fait après la concertation de plusieurs référents. Mon regard médical, alerté des effets pernicieux d'une réforme difficile à appliquer sur la prise en charge des patients, a inmanquablement influencé l'intérêt porté à la constitution de liens entre les différents accompagnateurs des malades et l'intérêt porté à la collaboration des secteurs, hospitalier, ambulatoire, médical et social.

Les échanges entretenus avec les participants et l'analyse des fiches d'évaluation montrent que les objectifs du séminaire ont bien été atteints. Les échanges de cette rencontre ont laissé place à l'expression d'éléments de pratique quotidienne difficiles à gérer qui ont pu être entendus par l'ensemble des partenaires. Ils ont permis pour les uns d'obtenir des informations fort utiles (explication du texte de loi, coordonnées des services psychiatriques H24, dérogation légale au secret professionnel concernant les certificats médicaux pour soins sans consentement,...) et pour les autres de mesurer les difficultés de prise en charge ambulatoire de ces patients en l'absence d'un réseau de partenaires coordonné. Plusieurs propositions de collaborations nouvelles et de participation à des groupes de travail ont émergé.

Poursuivant l'ambition de prévenir les ruptures dans le parcours de soins des malades, j'espère que cette rencontre tiendra ces promesses et servira effectivement à tisser les liens entre tous ces acteurs en santé mentale à l'avenir. La forte motivation observée pour un travail multi-disciplinaire révèle en tout cas une réelle nécessité pour la plupart d'entre eux. Plusieurs actions ont ainsi été conduites à l'issue du séminaire pour prolonger sa portée.

Pour que se mettent en place les choses deux types d'acteurs devront cependant être moteurs: les psychiatres, qui ont les clefs en main pour répondre à l'amélioration des liens réclamée par les acteurs du milieu ambulatoire, l'ARS, qui a une responsabilité affichée et dont le référent pourrait avoir pour rôle de rassembler les partenaires pour de larges rencontres thématiques ou des groupes de travail plus restreints et spécifiques. Les porteurs de projets potentiels que sont les collectivités territoriales ont tout au moins été

sensibilisés et informés de la motivation des acteurs en santé mentale à s'engager dans des projets pour peu qu'ils soient encadrés.

Ce séminaire a permis en outre d'ouvrir une page pérenne sur le site ARS sur la thématique des soins sans consentement, page qui contribuera à la constitution des liens entre les partenaires sur le long terme.

Sur le plan de ma pratique professionnelle, cette expérience aura été extrêmement profitable. Le statut de stagiaire m'a permis d'oser sans appréhension bon nombre d'initiatives dont les résultats positifs m'ont donné confiance en moi. J'ai par ailleurs acquis des savoirs faire par la recherche d'outils et la mise en place de l'activité qui me seront directement utiles pour mener à bien les missions attribuées au MISP.

Sources et bibliographie

1. Textes législatifs, réglementaires et rapports officiels (Ordre chronologique)

DECISIONS DU CONSEIL CONSTITUTIONNEL

- CONSEIL CONSTITUTIONNEL. Décision n°2010-71 QPC du 26 novembre 2010. Journal officiel, n°0275 du 27 novembre 2010, p. 21119.
- CONSEIL CONSTITUTIONNEL. Décision n°2011-135/140 QPC du 09 juin 2011. Journal officiel, n°0134 du 10 juin 2011, p. 9892.
- CONSEIL CONSTITUTIONNEL. Décision n°2011-174 QPC du 06 octobre 2011. Journal officiel, n°0234 du 8 octobre 2011, p. 17017.
- CONSEIL CONSTITUTIONNEL. Décision n°2012-235 QPC du 20 avril 2012. Journal officiel, n°0095 du 21 avril 2012 page 7194.

LOIS

- MINISTERE EN CHARGE DE LA SANTE. Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. Journal officiel, n°150 du 30 juin 1990 page 7664.
- MINISTERE EN CHARGE DE LA SANTE. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel, n°54 du 5 mars 2002 page 4118.
- MINISTERE EN CHARGE DE LA SANTE. Loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Journal officiel, n°36 du 12 février 2005 page 2353.
- MINISTERE EN CHARGE DE LA SANTE. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel, n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184.
- BACHELOT-NARQUIN R., FILLON F. 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. Assemblée Nationale, n° 2494, 5 mai 2010 ; 122p.
- MINISTERE EN CHARGE DE LA SANTE. 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, n°0155 du 6 juillet 2011 page 11705.

DECRETS

- MINISTERE DE LA JUSTICE, MINISTERE EN CHARGE DE LA SANTE. Décret n°2011-846 du 18 juillet 2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques. Journal officiel, n°0165 du 19 juillet 2011 page 12371.
- MINISTERE EN CHARGE DE LA SANTE. Décret n° 2011-847 du 18 juillet 2011 relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Journal officiel, n°0165 du 19 juillet 2011 page 12375.

CIRCULAIRES

- MINISTERE DE LA JUSTICE. Circulaire 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, n° 2011-07 du 29 juillet 2011.
- MINISTERE EN CHARGE DE LA SANTE. Circulaire n°DGOS/R4/2011/312 du 29 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. Bulletin officiel, n°2011/8 du 15 septembre 2011.
- MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR, MINISTERE EN CHARGE DE LA SANTE. Circulaire interministérielle n° 2011-345 du 11 août 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Bulletin officiel, n° 2011/9 du 15 octobre 2011 page 107.

RAPPORTS

- STROHL H., CLEMENTE M. Rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990. Rapport IGAS / DGS n° 97081, septembre 1997, 83p
- 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. Rapport IGAS n°2005 064 / IGSJ n°11/05, mai 2005, 85p
- BLISKO S., LEFRAND G. Rapport d'information sur la mise en œuvre 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. Assemblée Nationale : rapport n° 4402 déposé par la commission des affaires sociales, 22 février 2012, 80p

2. Programmes, plans et schémas

AGENCE REGIONALE DE SANTE LORRAINE, 2012, *Le schéma régional d'organisation des soins 'SROS-PRS' – Les annexes relatives aux thématiques transversales – Psychiatrie, principaux éléments diagnostic*. Nancy, pp. 155-173

AGENCE REGIONALE DE SANTE LORRAINE, 2012, *Le schéma régional d'organisation des soins 'SROS-PRS' – Les thématiques transversales – Psychiatrie*. Nancy, pp. 188-208

AGENCE REGIONALE DE SANTE LORRAINE, 2012, *Plan Régional de Santé lorrain 2012-2017*. Nancy, 41p, à paraître en juillet 2012

MINISTERE EN CHARGE DE LA SANTE, 2012, *Plan Psychiatrie et santé mentale 2011-2015*. Paris, 43p

3. Ouvrages

ASSOCIATION DES MAIRES DE MEURTHE-ET-MOSELLE (ADM 54), *La santé mentale et les soins psychiatriques sans consentement*. Nancy: Carnet de l'ADM 54, 47p. [Visité le 10 juillet 2012], disponible sur Internet : <http://www.adm54.asso.fr/fr/la-sante-mentale-et-les-soins-psychiatriques-sans-consentement/nos-publications2.html>

ESPOIR 54, 2008, *Funambules de nos vies ; 10 ans de compagnonnage sur les chemins de la citoyenneté*. Nancy: Associations d'idées, 77p

JOURDAIN A., BRECHAT PH., 2012, *La nouvelle planification sanitaire et sociale*, 2e édition. Rennes : Presses de l'EHESP, 256p

KOVESS-MASFETI V., 2008, *N'importe qui peut péter un câble*. Paris: Odile Jacob, 270p

UNION NATIONALE DE FAMILLES ET AMIS DE PERSONNES MALADES, 2012, *Guide ressource Champagne-Ardenne. Troubles, maladies et handicap psychique*. Reims: Unafam, 83p

4. Mémoires, rapports et notes

BRIANCON S., PEREIRA O., SCHLERET Y., 2008, *Enquête santé mentale en Lorraine - Déterminants du besoin de soins, des troubles psychologiques, du recours aux soins et de la qualité de vie- Exploitation régionale de l'enquête nationale "indicateurs en santé mentale"*. Nancy : ORSAS Lorraine, Ecole de Santé Publique, Centre Epidémiologie Clinique, 65p

CONFERENCE NATIONALE DE SANTE, DROITS ET ACCUEIL DES USAGERS, 2009, *Parachever la démocratie sanitaire et rendre effectifs les droits des usagers du système de santé*. Paris: Ministère de la santé et des sports, 43p

DELERUE G., 2010, *La collaboration entre le sanitaire et le médico-social. Organisation de formations destinées aux professionnels du sanitaire et du médico-social sur la prise en charge du handicap psychique*. Mémoire de formation statutaire de MISP promotion 2009-2010 : EHESP Rennes, 33p

DOCUMENT DE LA COMMUNAUTE HOSPITALIERE DE TERRITOIRE, 2011, *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*. Paris: Communauté Hospitalière de Territoire de Paris, 91p. [Visité le 10 juillet 2012], disponible sur Internet : http://www.apmnews.com/documents/Loi_du_05072011.pdf

DUPUY O., 2012, *Loi 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. Analyse et propositions de modification*. Paris : Association des établissements participant au service public en santé mentale (ADESM), 108p

FEDERATION NATIONALE DES ASSOCIATIONS GESTIONNAIRES POUR L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES HANDICAPEES PSYCHIQUES (AGAPSY), 2012, *Contribution de la Fédération AGAPSY au Plan Psychiatrie et Santé mentale – Pour mieux vivre avec des troubles psychiques : prévenir, soigner, accompagner dans la cité*. Nancy: Fédération nationale des associations gestionnaires pour l'accompagnement des personnes handicapées psychiques, 14p

OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE ET DES AFFAIRES SOCIALES LORRAINE, 2006, *Les déterminants de santé – La santé mentale*. Nancy : ORSAS Lorraine, pp 78-86

OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE ET DES AFFAIRES SOCIALES LORRAINE, 2010, *Atlas de la santé des Lorrains – Vol 2*. Nancy : ORSAS Lorraine, 121p

5. Articles de périodiques

ACTUALITES SOCIALES HEBDOMADAIRES, mars 2012, « Les soins psychiatriques sans consentement. Après la loi du 5 juillet 2011 ». *Actualités Sociales Hebdomadaires*, Numéro spécial n° 2751, 101p

CAUSSE D., novembre/décembre 2011, « Dossier / Les droits des usagers ». *Perspectives sanitaires et sociales*, n° 219, pp. 31-35

DEVERS G., août/septembre 2011, « Psychiatrie : le nouveau régime des soins sous contrainte ». *Objectif soins*, n°198, pp. 14-16

GENOT-POK I., décembre 2011, « Dossier : Réforme des soins psychiatriques : voir clair dans une réforme encore obscure – Incohérences de la réforme : morceaux choisis... ». *Actualités JuriSanté*, n°76, pp. 25-29

GENOT-POK I., décembre 2011, « Dossier : Réforme des soins psychiatriques : voir clair dans une réforme encore obscure - Petit historique de la loi pour les néophytes : histoire de comprendre ». *Actualités JuriSanté*, n°76, pp. 4-5

GUELLEC A., septembre/octobre 2011, « Réforme des soins psychiatriques sans consentement. De la rénovation à l'imperfection ». *Droit et jurisprudence*, n°542, pp. 52

GUELLEC A., juillet 2011, « La réforme des soins psychiatriques sans consentement : vers une amélioration de la prise en charge ? ». *Actualités JuriSanté*, n°74, pp. 18-20

PENNABLE T., août/septembre 2011, « Psychiatrie : une loi sous contrainte ? ». *Objectif soins*, n° 198, pp. 7

PRIEUR S., septembre 2011, « L'encadrement juridique des soins psychiatriques sans consentement : réflexion sur une réforme controversée (loi n°2011-803 du 5 juillet 2011) ». *Revue générale de droit médical*, n°40, pp. 197-209

VACHERON M-N., LAQUEILLE X., janvier 2012, « L'admission en soins psychiatriques sous contraintes – la loi du 5 juillet 2011 ». *Laennec*, vol. 60, n°1, 2012/01, pp.10-23

6. Articles de presse support électronique

A. B., « Conseil d'État, arrêt renvoyant pour QPC au Conseil constitutionnel les demandes du CRPA, sur 4 articles de la loi du 5 juillet 2011 relative aux soins sans consentement, dont celui sur les programmes de soins ». Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie, 8 février 2012, [Visité le 10 juillet 2012], disponible sur Internet : <http://psychiatrie.crupa.asso.fr/202>

BILHAUT D., « Soins psychiatriques sans consentement : une autre loi est réclamée ». Le Quotidien du Médecin.fr, 24 avril 2012 [Visité le 10 juillet 2012], disponible sur Internet : <http://www.lequotidiendumedecin.fr/specialites/psychiatrie/soins-psychiatriques-sans-consentement-une-autre-loi-est-reclamee>

CERCLE DE REFLEXION ET DE PROPOSITION D'ACTION SUR LA PSYCHIATRIE, « Conseil constitutionnel, Décision 2012-235-QPC sur procédure par le CRPA visant quatre articles de la loi

du 5 juillet 2011 relative aux "soins" sans consentement : Déclaration d'inconstitutionnalité partielle - Donné acte sur les "programmes de soins" en tant qu' "obligatoires" mais " non contraints" ». CRPA, 20 avril 2012 [Visité le 10 juillet 2012], disponible sur Internet : <http://psychiatrie.cpa.asso.fr/220>

CLAVREUL L., « Le Conseil constitutionnel impose de meilleures garanties pour les malades jugés dangereux ». LeMonde.fr : M.Santé, 21 avril 2012 [Visité le 10 juillet 2012], disponible sur Internet : <http://www.lemonde.fr/sante/article...>

CONFERENCE NATIONALE DE SANTE, « Avis du 5 avril 2012 portant sur la méthode de la nouvelle génération de plans de santé publique et sur le projet de plan psychiatrie et santé mentale dans sa version du 10 janvier 2012 ». CNS, 10 avril 2012 [Visité le 10 juillet 2012], disponible sur Internet : http://www.sante.gouv.fr/avis-du-05-04-12-portant-sur-la-methode-de-la-nouvelle-generation-de-plans-de-sante-publique-et-et-sur-le-projet-de-plan-psychiatrie-et-sante-mentale-version-du-10-01-12.html?utm_source=actualite-sante&utm_medium=article&utm_campai

GRANIER V., « Soins sans consentement : soignants, magistrats et usagers pointent l'incohérence du suivi ambulatoire sous contrainte ». APM International, 20 avril 2012 [Visité le 10 juillet 2012], disponible sur Internet : http://www.apmnews.com/Soins-sans-consentement-soignants,-magistrats-et-usagers-pointent-l'incoherence-du-suivi-ambulatoire-sous-contrainte-NS_225311.html

« Le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 critiqué par la CNS ». HOSPITMEDIA, 13 avril 2012, [Visité le 10 juillet 2012], disponible sur Internet : <http://psyzoom.blogspot.fr/2012/04/le-plan-psychiatrie-et-sante-mentale.html>

« Les sages censurent deux dispositions de la loi sur l'hospitalisation d'office ». Libération.fr : Société, 20 avril 2012 [Visité le 10 juillet 2012], disponible sur Internet : http://www.liberation.fr/societe/2012/04/20/les-sages-censurent-deux-dispositions-de-la-loi-sur-l-hospitalisation-d-office_813084

MAUDUIT H., « Soins sans consentement en psychiatrie : la loi appliquée dans des conditions très difficiles ». Dépêche APM, 15 septembre 2011, [Visité le 10 juillet 2012], disponible sur Internet : <http://psychiatrie.cpa.asso.fr/2011-09-15-dp-Depeche-APM-Soins-sans-consentement-en-psychiatrie-la-loi-appliquee-dans-des-conditions-tres-difficiles,164>

MISSION NATIONALE D'APPUI EN SANTE MENTALE, « Evolution des dispositifs de soins en santé mentale, en France, en 2011 : propositions stratégiques pour des démarches possibles de changement. Sans appui pas de succès - L'intérêt d'une démarche empirique ». Blog / Archive, 13 janvier 2012 [Visité le 10 juillet 2012], disponible sur Internet : <http://www.mnasm.com/archive/evolution-des-dispositifs-de-soins-en-sante-mentale-en-france-en-2011---propositions-strategiques-pour-des-demarches-possibles-de-changement-dernier-episode/>

OLIVIER C., « Contrôle des soins sans consentement en psychiatrie : deux tiers des audiences ont lieu au TGI ». APM International, 17 novembre 2011, [Visité le 10 juillet 2012], disponible sur Internet : <http://osonspenseretagir.blogspot.fr/2011/08/revue-apm-internationale-loi-du-5.html>

« Soins sous contrainte : les députés veulent généraliser les audiences à l'hôpital, Nora Berra exclut une obligation ». APM International, 22 février 2012 [Visité le 10 juillet 2012], disponible sur Internet : <http://www.apmnews.com/depechesPublieesDepeches.php?annee=2012&mois=02&jour=22>

ZAGURY D., VIDON G., « Délirante loi sur les soins psychiatriques sans consentement ». Libération.fr : Société, 12/07/2011 [Visité le 10 juillet 2012], disponible sur Internet : <http://www.liberation.fr/societe/01012348457-delirante-loi-sur-les-soins-sans-consentement>

7. Sites Internet

ALSIBAÏ S. *Soins psychiatriques sans consentement : réunion d'information sur la réforme de juillet 2011*. ARS Lorraine, Actualités [Visité le 10 juillet 2012], disponible sur Internet : <http://ars.lorraine.sante.fr/Soins-psychiatriques-sans-cons.133592.0.html>

MINISTERE EN CHARGE DE LA SANTE. *La réforme de la loi relative aux soins psychiatriques*. [Visité le 10 juillet 2012], disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/la-reforme-de-la-loi-relative-aux-soins-psychiatriques.html>

8. CD.ROM

ESPOIR 54, 2010, *Paroles d'usagers pour une santé mentale citoyenne*. Document réalisé dans le cadre de l'Interreg avec le soutien de MAAS L. Nancy : Espoir 54

9. Publications internes aux structures

ADMINISTRATION SANITAIRE, SOCIALE ET DES SPORTS, Novembre/décembre 2011, « Dossier : La réforme des hospitalisations sans consentement ». *Courrier Juridique des Affaires sociales et des Sports*, n°89, 6p

ASSEMBLEE NATIONALE – COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES, février 2012, « Audition, ouverte à la presse, de Mme Nora Berra, secrétaire d'Etat à la santé, sur la mise en œuvre de la loi 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 ». Paris : Assemblée nationale, Compte-

rendu n°38, séance du 23 février 2012, 16p. [Visité le 10 juillet 2012], disponible sur Internet : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/cr-soc/11-12/c1112038.pdf>

BETEILLE L., Intervention devant le sénat séance du 10 mai 2011 sur les soins psychiatriques [Visité le 10 juillet 2012], disponible sur Internet : <http://www.senat.fr/seances/s201105/s20110510/s20110510009.html>

COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME, mars 2012, « Avis sur les premiers effets de la réforme sur les soins psychiatriques sans consentement sur les droits des malades mentaux ». Paris : Commission nationale consultative des droits de l'homme, 22 mars 2012, 7p. [Visité le 10 juillet 2012], disponible sur Internet : http://basedaj.aphp.fr/daj/public/index/display/id_fiche/10262

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE, « Présentation du 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 », *Séminaire des DGARS*, 24 juin 2011, Paris : ministère de la santé, 13p

MISSION NATIONALE D'APPUI EN SANTE MENTALE, Janv.-Fév. 2011, « Quelle coopération entre médecins généralistes et secteurs de psychiatrie ? ». *Pluriels*, n°87/88, 15p

MISSION NATIONALE D'APPUI EN SANTE MENTALE, Octobre-novembre 2011, « Les conseils locaux de santé mentale ». *Pluriels*, n°92/93, 12p

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Lettre d'information de l'ARS aux médecins généralistes et hospitaliers

ANNEXE 2 : Lettre d'information du Préfet aux maires des communes de Lorraine

ANNEXE 3 : Résumé des trois observations directes menées auprès des institutions : ARS, TGI, UAUP

ANNEXE 4 : Grille d'entretien

ANNEXE 5 : Tableau d'analyse des entretiens

ANNEXE 6 : Liste des participants au séminaire

ANNEXE 7 : Programme du séminaire

ANNEXE 8 : Invitation au séminaire

ANNEXE 9 : Fiche d'évaluation du séminaire

ANNEXE 10 : Allocution de clôture du séminaire

ANNEXE 11 : Tableau de synthèse des fiches d'évaluation

ANNEXE 12 : Présentation du séminaire en page « actualité » sur le site Internet de l'ARS Lorraine

ANNEXE 1 : Lettre d'information de l'ARS aux médecins généralistes et hospitaliers



Nancy, le 04 OCT. 2011

Le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé de Lorraine

à
Mesdames et Messieurs les Médecins
libéraux et urgentistes de Lorraine

Direction Générale

Affaire suivie par : Martine ARTZ
Téléphone : 03 83 39 29 14
E-mail : martine.artz@ars.lorraine.fr
Réf. : 11 AR 1375 IN° 1484
Objet : Nouveau cadre législatif des soins psychiatriques

Docteur,

Il me paraît important de vous apporter personnellement des informations sur le nouveau cadre législatif des soins psychiatriques.

En effet, la loi 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, entrée en vigueur le 1^{er} août 2011, constitue une réforme majeure de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux.

Les points clés de cette réforme sont les suivants :

- 1) l'appellation « d'hospitalisation d'office » est supprimée. Désormais, les patients soignés sous contrainte sont dits « en soins psychiatriques ».
Les 2 modes d'entrée en soins psychiatriques traditionnels subsistent :
 - soit à la demande d'un tiers (la décision administrative est prise par le directeur de l'établissement de santé)
 - soit sur décision du préfet (la cas échéant, confirmant un arrêté provisoire du maire)
- 2) les patients concernés pourront désormais, après une période d'observation en hospitalisation complète de 72 heures, faire l'objet de soins psychiatriques en hospitalisation complète mais aussi en soins ambulatoires.
Les soins ambulatoires se substituent aux actuelles sorties d'essai. Ils donnent lieu à un arrêté préfectoral auquel est joint un programme de soins élaboré par un psychiatre de l'établissement d'accueil et qui pourra comporter des venues au centre médico-psychologique, des soins à domicile, des consultations et des séjours ponctuels à l'hôpital.
Cependant, les sorties de courte durée (de 12 heures maximum) accompagnées, pour motif thérapeutique ou pour effectuer des démarches extérieures, subsistent.
- 3) la Loi du 5 juillet 2011 instaure une saisine obligatoire du juge des libertés et de la détention dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil, pour tout patient qui est en soins psychiatriques, en hospitalisation complète, avant l'expiration d'un délai de 15 jours et avant l'expiration du délai de 6 mois, lorsque la prise en charge en hospitalisation complète doit être poursuivie.
Le Juge des libertés et de la détention statue sur le bien fondé de la mesure d'hospitalisation complète en soins psychiatriques en se fondant sur des avis de psychiatres. Il peut le cas échéant décider de la main levée de la mesure d'hospitalisation complète.

Immeuble « Les Thiers »
4 rue Froux - CO 80071-54036 NANCY
Standard : 03 83 39 79 79 - Fax : 03 83 39 29 44

- 4) l'intervention des médecins libéraux (ou d'un médecin qui n'est pas psychiatre dans l'établissement d'accueil) telle que prévue à l'article L. 3213-2 du code de la santé publique (arrêté municipal provisoire) ou à l'article L. 3213-1 (arrêté initial du préfet) est maintenue.

- Il vous appartient donc toujours, si la situation le nécessite, de rédiger un **certificat médical motivé** qui atteste que le patient que vous avez examiné présente des troubles mentaux qui nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

- Compte tenu des nouvelles dénominations des mesures dans la loi du 22 juillet 2011, il y aura lieu d'indiquer que **le patient relève d'une admission en soins psychiatriques** (nouvelle appellation de l'hospitalisation d'office)

- Le décret du 18 juillet 2011 relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge prévoit « que les certificats médicaux et les avis médicaux sont précis et motivés. **Ils sont dactylographiés** ».

- Compte tenu des difficultés que cette disposition peut engendrer pour vous, **s'il ne vous est pas possible de dactylographier votre certificat médical, il est indispensable que vous mentionniez dans ce dernier que vous êtes dans l'impossibilité matérielle d'établir un certificat médical dactylographié.**

Je vous remercie pour votre contribution à la mise en œuvre de la loi sur les soins psychiatriques. Vous pouvez utilement consulter le site mis en place par le ministère de la santé dont l'adresse est la suivante <http://www.loipsy2011.sante.gouv.fr>. Vous y trouverez la réglementation ainsi que des documents de présentation et une foire aux questions.

Mes services restent à votre disposition pour toute précision supplémentaire.

Je vous prie d'agréer, Docteur, l'expression de ma considération distinguée.

Le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé de Lorraine,


Jean-François BENEVISE

ANNEXE 2 : Lettre d'information du Préfet aux maires des communes de Lorraine



PRÉFET DE LA MOSELLE

Agence Régionale de Santé
de Lorraine
Délégation Territoriale de Moselle

Metz, le 21 OCT. 2011

Le Préfet de la région Lorraine
Préfet de la Moselle

à

Mesdames et Messieurs les Maires
des communes du département
de Moselle

Objet : Réforme des soins psychiatriques résultant de l'adoption de la loi du 5 juillet 2011.

P.J. : - 2 -

Par un courrier de juillet 2011, je vous avais présenté la réforme des soins psychiatriques résultant de l'adoption de la loi du 5 juillet 2011, applicable au 1^{er} août 2011.

Je vous avais adressé à cette occasion les nouveaux modèles d'arrêtés municipaux de soins psychiatriques à utiliser, l'un concernant l'hospitalisation sur la base d'un certificat médical et l'autre l'hospitalisation sur la base de la notoriété publique.

Le Conseil Constitutionnel vient de rendre une décision, en date du 6 octobre 2011, déclarant inconstitutionnels les mots de l'article L 3213-2 du code de la santé publique « ou, à défaut, par la notoriété publique ».

Par conséquent, il ne vous sera plus possible à l'avenir de prendre un arrêté municipal prononçant à titre provisoire des soins psychiatriques sur la base de la notoriété publique. Vous ne pourrez donc désormais prendre que des arrêtés de soins psychiatriques sur la base d'un certificat médical.

Vous trouverez en pièces jointes la décision du conseil constitutionnel du 6 octobre 2011 ainsi qu'un nouveau modèle d'arrêté municipal de soins psychiatriques intégrant les voies de recours qui ne figuraient pas dans celui qui vous a été adressé en juillet 2011.

Je vous remercie pour votre implication dans la mise en œuvre de la réforme des soins psychiatriques.

Le Préfet,
Pour la Préfet
Le Secrétaire Général
Olivier du CRAY

8, place de la préfecture - BP 71014 - 57014 Metz Cedex 1 - tel : 03 87 34 87 34 - fax : 03 87 32 57 36
www.moselle.gouv.fr

Site internet de préférence et de consultation des services : 11550 - 11551 - 11552 - 11553 - 11554 - 11555 - 11556 - 11557 - 11558 - 11559 - 11560 - 11561 - 11562 - 11563 - 11564 - 11565 - 11566 - 11567 - 11568 - 11569 - 11570 - 11571 - 11572 - 11573 - 11574 - 11575 - 11576 - 11577 - 11578 - 11579 - 11580 - 11581 - 11582 - 11583 - 11584 - 11585 - 11586 - 11587 - 11588 - 11589 - 11590 - 11591 - 11592 - 11593 - 11594 - 11595 - 11596 - 11597 - 11598 - 11599 - 11600

ANNEXE 3 : Résumé des trois observations directes menées auprès des institutions : ARS, TGI, UAUP

Au sein de l'ARS, où s'effectue le traitement administratif des SPDRE, j'ai pu constater les lourdes contraintes représentées par les délais imposés par la loi. L'échange de fax et d'appels téléphoniques est incessant pour parvenir au strict respect des horaires. Le risque, en cas de retard d'une pièce au dossier, est que le JLD, ne pouvant légalement statuer, prononce la main levée de l'hospitalisation au détriment de la considération médicale et du bien du patient. L'accumulation de dossiers jonchant le sol dans les deux DT visitées était révélatrice d'un besoin d'ajustement logistique urgent, tant du point de vue des locaux que du renfort en personnel.

Au TGI, la visite du lieu d'audition des malades m'a particulièrement choquée. Si la salle d'attente est dédiée aux patients psychiatriques et à leurs accompagnateurs infirmiers, elle est cependant largement ouverte sur le hall des affaires judiciaires souvent très encombré par des policiers lourdement armés. Les locaux sont vétustes sans aucun agrément décoratif. Dans la salle d'audience où le patient entre avec un accompagnateur, il se trouve face au juge et à son greffier, en total contre jour, qui apparaissent telles de noires silhouettes anonymes et figées. Le juge m'a expliqué découvrir le dossier devant le malade. Il lui lit d'emblée ses droits sans lui laisser le temps de s'exprimer afin de ne pas être débordé par un discours psychiatrique qu'il ne saurait maîtriser. A la fin d'une audition de 10 minutes environ, il est demandé au patient s'il a quelque chose à ajouter. Le JLD suit dans la grande majorité des cas l'avis conjoint des deux psychiatres¹, requis quelques jours avant l'audience, et se consacre ainsi essentiellement au contrôle de la validité des pièces versées au dossier. L'ensemble a profondément heurté ma sensibilité de médecin. J'ai estimé être mon rôle que d'exprimer à mes interlocuteurs le caractère extrêmement impressionnant dégagé par le cadre et le protocole d'audience. La présence du juge lors de cette rencontre serait dès lors autant utile à l'information du public qu'à celle du juge lui-même à travers les retours d'expérience qui ne manqueront pas de s'exprimer.

A l'UAUP², aucune prise en charge ne s'étant présentée lors de ma visite, j'ai principalement découvert les locaux, le personnel et ses missions. L'UAUP est situé au CHU mais dépend directement du CHS. Il s'agit d'un service très agréable, à l'organisation bien rôdée, travaillant en bonne collaboration avec les urgences somatiques situées juste en face (un personnel de l'UAUP y est d'ailleurs systématiquement présent). Le cœur battant du service est représenté par un plateau technique où travaillent psychiatres et infirmiers psychiatriques traitant les dossiers informatisés des patients et des appels téléphoniques incessants. Les coordonnées de ce service méritent d'être largement diffusées auprès des acteurs en santé mentale car il dispense énormément de conseils en ligne et représente, avec les quelques lits dont il dispose, une alternative à une hospitalisation en CHS (notamment sous contraintes) pour les patients qui ne nécessiteraient que quelques jours de surveillance. Ceux qui demandent une hospitalisation plus longue sont d'emblée dirigés vers le CHS pour leur permettre de s'installer rapidement dans leur service de prise en charge.

¹ Avis conjoint donné par un psychiatre participant à la prise en charge du patient et un psychiatre ne participant pas à sa prise en charge, entre le 10ème et le 12ème jour. Ce regard conjoint est considérée par le psychiatre référent rencontré comme un point très positif de la nouvelle loi.

² UAUP : Unité d'accueil des urgences psychiatriques

ANNEXE 4 : Grille d'entretien

Entretiens

Présentation de l'enquêté

Mission de la structure
Ancienneté dans la structure
Fréquence de rapport avec patient psychiatrique
ATCD de demande d'hospitalisation sous contrainte

Connaissance de la loi :

Avez-vous été informé de la nouvelle loi sur la psychiatrie ?

(Réforme des hospitalisations sous contrainte)

Si oui :

- par qui ?
- quand ?
- sous quelle forme ? (documents, présentation, expérience)

Savez-vous ce que la loi a apporté de nouveau ?

- Terminologie : d' « Hospitalisation » à « Soins psychiatriques »
- Programme de soins en ambulatoire
- JLD : vis-à-vis du respect du droit
- Période initiale d'observation de 72H
- Sorties courtes, $\geq 12H$, avec proche ou famille
- Certificat conjoint de 2 psychiatres avant l'audience auprès du juge (dont 1 psychiatre non impliqué dans la prise en charge du patient)
- Modalités concernant les hospitalisations > 1 an (collège)

Quelle démarche aviez-vous avant août 2011 pour les hospitalisations sous contrainte ?

- Etait-elle formalisée ?
- Connaissez-vous les acteurs psychiatriques de votre secteur ? (CMP)
- Avez-vous adapté vos procédures depuis août 2011 ?

Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans l'application des nouvelles procédures ?

- difficultés d'organisation (démarches complexes, procédures méconnues)
- retours des usagers ou des familles (hospitalisation interrompue, démarches déstabilisantes, relations avec les autres acteurs)

Que vous apporte la nouvelle loi ? Quelles en sont ses limites ?

Simplification :

- sorties avec proches
- possibilité de soins psychiatriques sous contrainte sans tiers (SPI)
- SDTU (SDT en urgence) nouveau, avant seule solution était l'HO

Droits des patients :

- avant : après 24H → 1 mois, maintenant l'observation dure 72H
- programme de soins
- JLD (après 15j, et tous les 6 mois)
- avis de 2 psychiatres dont 1 ne participant pas à la prise en charge
- informations régulières sur sa prise en charge et ses droits
- après 1 an : collègue
- pour main levée, l'avis des psychiatres prime sur la décision du Préfet

Reproches :

- judiciarisation
- pas de réforme de fond sur la politique de santé mentale (plus de liens avec les médecins généralistes et les psychiatres libéraux)
- complexification, procédures chronophages

Besoins / propositions

Besoin d'infos :

- s'agissant de la connaissance de la loi
- pour la mise en œuvre, l'organisation
- besoin d'outils (document des maires,...)
- connaissance des autres acteurs (CPN, psychiatres libéraux, mission des secteurs, rôle de l'ARS)

Besoin de liens :

Rencontrer d'autres partenaires (savoir ce qu'ils font, échanger des expériences, se connaître pour une meilleure collaboration) :

- groupe de travail
- JLD (missions, procédures)
- journées d'information / débats

Besoins en personnel supplémentaire

Propositions :

- carnet d'adresse
- téléphone vert
- livret de procédures

ANNEXE 5 : Tableau d'analyse des entretiens

	Association des Maires 54	Conseil Général	SOS médecins	Association de Réinsertion sociale	Service d'Accueil et d'Orientation	UNAFAM Association d'usagers	Espoir54 Association d'usagers
Missions de la structure	répond aux questions récurrentes des maires	mission d'action sociale des Ddass	urgences médicales	CHRS	accueil d'urgence (Samu social)	soutenir former informer	aide/ formation / insertion
Ancienneté dans la structure			11 ans	3 ans (28 ans CPN)	13 ans	13 ans	4 ans
Fréquence des rapports avec patients psychiatriques		convention CG / CPN	2x / mois	T. fréquent	T. fréquent	oui	oui
Antécédents de demande de soins sous contrainte	oui	oui	oui	oui 6/an	oui en temps que Directeur	avant loi	T. rare
Information sur la loi o/n	oui	oui	oui	oui	oui	oui	seule
Par qui ?	veille juridique / ARS / Préfet	journeaux professionnels	CPN	DG	infirmière du CPN	siège	gpe de travail avec CPN
Quand ?	QPC / sept		juillet 2011	janvier 2012	automne 2011		
Sous quelle forme ?	courriers / groupe de travail / arrêtés		infos + demandes de nouveaux formulaires + réunion sept avec CPN	doc des maires	réunion sur site car convention ARS/CPN/Pref		internet et a compilé infos pour espoir 54
Connaissance de la loi	oui a travaillé dessus	vaguement	certaines points		oui	rôle de l'ARS = organisation du transport, soutien aux aidants	certaines points
Terminologie : H ==> SP	oui		/		oui	oui	oui
Programme de soins	oui		/		oui	oui	oui
JLD vis-à-vis du respect du droit	oui		oui		oui	oui	oui
Période d'observation de 72H	/		oui		oui	Bien en principe mais devrait rester aux urgences	/
Sorties courtes <12H	/		/		/	oui	/
Avis conjoint de 2 psychiatres	/		oui		/		/
Modalité si hospit > 1 an	/		/		/		/
Procédures avant la loi							
Formalisée ?	Arrêté	non	formation des nouveaux	non	oui (fiche du CPN)	livret / fiches à actualiser	
Actions réalisées depuis la loi	oui	non	nouveaux formulaires	non	non	non	oui - infos
Connaissance des acteurs ?	très peu, même pas l'assistante sociale de secteur	variable : changent tout le temps, CG comme psy	urgences + admission	oui	oui	les familles non	oui
Difficultés rencontrées	anciennes : transport + trouver un médecin pour faire correctement les certificats + maire en 1ere ligne si patient ne suit plus son ttt	refusent que les assistantes sociales soient des tiers + need équipe pluridisciplinaire mobile pour aide et conseil	changements successifs sans que l'on en comprenne la cause : Art 3213-1 vers 3213-2 + demande différentes suivant les hôpitaux + à présent : horodater		comment accompagner les échappements au ttt des soins sous contrainte ???	si sortie d'un patient par JLD et a besoin d'une réhospit : possible après combien de temps ? En SDT ?	infos sur le juge fait peur + info sur les droits est froide et nan adaptée : inutile voire rompt la relation malade-soignant

Association des Maires 54	Conseil Général	SOS médecins	Association de Réinsertion sociale	Service d'Accueil et d'Orientation	UNAFAM Association d'usagers	Espeiro54 Association d'usagers
---------------------------	-----------------	--------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------	---------------------------------

Que vous a apporté la loi ?	/	/	/	/	on espère / SDTU	SPI "car marre de signer pour enfermer nos proches"	pouvoir se passer d'un tiers est très bien
Que savez-vous sur les améliorations du droit des patients ?	/	/	/	/	/	JLD quand Préfet et psy ne sont pas d'accord (JLD de 15j n'apporte rien car pouvait être saisi avant aussi) + la discussion autour des droits s'instaure plus car JLD	avant il n'y avait que votre voix pour vous faire entendre, maintenant il y a un regard extérieur
Quels reproches faites-vous à la loi ?	ça n'est pas une loi qui change les esprits (manque de communication entre psychiatres et extérieur)			il n'y a pas suffisamment de structures pour les soins ambulatoires		1) Pb du prog de soins : patients pas assez suivis, eux se sentent trop pistés, si divergence sur progr de soins, il n'y a pas de JLD 2) comparution devant le juge : comment se comporter ? Suis-je un malfaiteur ? Faux espoir car souvent le JLD suit l'avis du psychiatre + pb visioconf 3) sorties courtes : même dans l'enceinte de l'hôpital il faut prévenir 48h à l'avance	1) trop de formalisme au détriment du soin, de la relation humaine 2) juge augmente la paranoïa du malade, son comportement peut se retourner contre lui 3) visioconférence néfaste 4) contrainte de soins en ambulatoire n'instaure pas la confiance, le progr de soins crée des angoisses (menace d'hospitalisation)
Quels sont vos besoins ?	réfléchir à des solutions encore plus opérationnelles	1) cadre de la loi : - le rôle du Préfet, du JLD - les différentes formes d'hospit (SPI) 2) le rôle des intervenants,	recentraliser les infos, expliquer les modifications successives	informations régulières concernant la loi	échanger avec les acteurs psy pour qu'ils comprennent ce qu'est l'urgence sociale (possibilités / contraintes)	alléger les contraintes pour les audiences à l'hôpital + Equipe mobile pour les urgences	1) T. difficile de s'approprier les textes - cas concrets 2) mieux accompagner la sortie 3) plus il y a de rencontres pluridisciplinaires mieux c'est
Quelles sont vos propositions ?	Tel unique CPN à diffuser à tous (nuit) Tel référent CMP	connaissance partagée pour travail en réseau				prêt à participer à un groupe de travail 1) annuaire (services, état, associations) 2) fiche de procédure à donner aux familles à l'admission (sorties courtes, référent pour demander des nouvelles, préparer la sortie) travailler plus avec les généralistes	prêts pour groupe de travail : voir si les hospitalisations libres sont plus nombreuses + si avec programme de soins on constate moins d'hospit, retour des patients dans 1 an sur les nouvelles procédures

60 000 malades - 180 000 aidants (376 adhérents)

ANNEXE 6 : Liste des participants au séminaire du 26 avril 2012

	Structure	Fonction
Collectivités territoriales		
22	CG - Direction du développement social CG - Service territorial insertion CG - Service territorial insertion CG - Service territorial insertion CG - Direction du développement social CG - Pôle PA-PH CG - Pôle PA-PH CG - MDPH 54 CG - MDPH 54 CG - MDPH 54 CG - MDPH 54 CG - Direction de l'Insertion Association des maires de M&M Mairie de Saulxures les Nancy Mairie de Maxéville Mairie de Essey les Nancy Mairie de Saint Max CCAS de Saint-Max CCAS de NANCY CUGN Ville de Nancy Ville de Nancy	Responsable départementale service social Responsable adjointe Responsable territoriale insertion Responsable territoriale insertion Responsable service adultes vulnérables Responsable administratif Conseiller en gérontologie Médecin Médecin Conseillère handicap Responsable compensation Chargée de mission Présidente Vice présidente du CCAS Responsable service police municipale Chargée de Mission Médiateur administratif Responsable Médecin pôle gérontologie Directrice santé Représentant Mme la Conseillère déléguée à la santé - excusée Représentant service santé environnement
Usagers		
8	UNAFAM - CDSP 55 UNAFAM 54 Espoir 54 UDAF 54 UDAF 54 Unité Territoriale Mutualiste Lorraine Unité Territoriale Mutualiste Lorraine CISS	Président Représentation CDSP Psychologue chef de service chef de service Directeur filière protection des majeurs Attaché juridique Président
Justice		
3	Direction territoriale de la PJJ Ordre des avocats de la cour d'appel de Nancy Ordre des avocats de la cour d'appel de Nancy	Conseillère technique santé Bâtonnier du Barreau de Nancy Avocate
Social		
12	Association de réinsertion sociale ARS Association de réinsertion sociale ARS ADOMA - CADA ESSEY ADOMA ADOMA CHRS Grand Sauvoy CHRS Grand Sauvoy CHRS Marguerite Vallette Regain 54 Regain 54 Association Ensemble Association Ensemble	Cadre de santé Chef du service d'Accueil et d'Orientation (SAO) Travailleur social Assistante sociale Responsable AUDA Educatrice spécialisée Chef de service Assistante sociale Travailleur social Travailleur social Directrice

	Structure	Fonction
Médical		
16	SOS Médecins SDIS SAMU 54 URPS Médigarde Médigarde Ordre départemental des médecins Groupement d'Exercice Fonctionnel Spécialisé en Psychiatrie (GEFSP) Psychiatre libéral Médecin généraliste Médecin généraliste Maison de l'étudiant - santé universitaires SUMPPS Maison de l'étudiant - santé universitaires SUMPPS SUMPPS de Metz CHU NANCY – Unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) CHU NANCY – Unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI)	Président Médecin chef adjoint Praticien hospitalier Président Président Interne en médecine générale Conseiller Psychiatre libéral Psychiatre libéral Médecin généraliste Médecin généraliste Directrice adjointe Assistante sociale Directeur Praticien hospitalier Interne médecine générale
Services de l'état		
8	Préfecture de Meurthe-et-Moselle Préfecture de Meurthe-et-Moselle Hôtel de police Hôtel de police ARS Lorraine DT54 ARS Lorraine DT88 ARS Lorraine - Cellule juridique ARS Lorraine - Cellule juridique	Directrice de cabinet Responsable du bureau de la prévention et de la sécurité Directeur départemental adjoint de la sécurité publique 54 Commissaire de police Animateur Territorial DE Nancy Inspecteur système de santé Conseillère juridique Responsable
Intervenants par ordre d'apparition		
12	ARS Lorraine ARS Lorraine - DT 57 ARS Lorraine DT54 CPN - Unité d'Accueil des Urgences Psychiatriques (UAUP) CPN CPN - U4 TGI CPN U3 UNAFAM 54 ARS Lorraine DT54 ARS Lorraine DT54 ARS Lorraine DT54	Médecin inspecteur de santé publique stagiaire - Organisatrice Médecin inspecteur de santé publique - Référent psychiatrique Chef du service Veille et sécurité sanitaire et environnementale Chef de service Directeur des affaires financières et du système d'information Chef de pôle du Grand-Nancy Juge des Libertés et de la Détention Chef de pôle Président Délégué Territorial de Meurthe-et-Moselle Secrétaire de direction - Accueil Inspectrice en charge des SDRE - Accueil
Personnes excusées		
10	Mairie de Nancy Fédération nationale des associations de réinsertion sociale (FNARS) TGI TGI Préfecture de Meurthe-et-Moselle Psychiatre libéral CPN CPN - Unité d'Accueil des Urgences Psychiatriques (UAUP) CPN et CMP (Centre médico-psychologique) CPN	Adjointe au Maire - Conseillère déléguée à la santé Responsable Juge des Libertés et de la Détention Greffier Bureau de la prévention et de la sécurité Psychiatre libéral Directeur Responsable Equipe mobile prévention précarité (EMPP) Chef de service Chef de service - Psychiatre référent

ANNEXE 7 : Programme du séminaire



Programme

Séminaire d'information et d'échanges sur la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 relative aux soins psychiatriques sans consentement

Jeudi 26 Avril 2012 de 13h30 à 17h00

Centre Psychothérapique de Nancy
1 rue du Dr. Archambault
54520 Laxou

- 13 H 30** Accueil / Café - Thé
- 14 H 00** **Introduction et présentation des participants**
Dr Sophie Alsibaï - Agence Régionale de Santé (ARS)
- 14 H 05** **Allocution d'ouverture**
M. Barou - Directeur du Centre Psychothérapique de Nancy (CPN)
- 14 H 10** **Les dispositions nouvelles apportées par la loi**
M. Malhomme - Agence Régionale de Santé (ARS)
- 14 H 20** **Le temps de l'admission**
Dr Pichené - Unité d'Accueil des Urgences Psychiatriques (UAUP)
- 14 H 30** **Les droits du patient – Le bilan et les constats des 8 premiers mois**
M. Cordier - Centre Psychothérapique de Nancy (CPN)
- 14 H 40** **Le programme de soins**
Dr Courtial - CPN (Chef du pôle du secteur de Nancy)
- 14 H 50** **Le Juge des Libertés et de la Détention (JLD)**
M. Clerc - Tribunal de Grande Instance (TGI)
- 15 H 00** **Agir préventivement, l'exemple du Lunévillois**
Dr Paréja - CPN (Chef du pôle du secteur de Lunéville)
- 15 H 10** **L'accueil et l'accompagnement proposés aux aidants par l'UNAFAM**
Mme Prêcheur - UNAFAM
- 15 H 15 – 15 H 45** Pause café - thé
- 15 H 45 – 17 H 00** **Table ronde animée par le Dr Perette (ARS)**
- Questions, demandes de précisions sur certains aspects de la loi
 - Difficultés pratiques rencontrées dans l'application des nouvelles directives
 - Expression des besoins : besoins d'outils, de mise en contact, de réseau, ...
 - Propositions de l'assemblée.
- 17 H 00** **Clôture et perspectives**
M. Romac – Délégué Territorial de Meurthe-et-Moselle (ARS)

ANNEXE 8 : Invitation au séminaire

Nancy, le 23 mai 2012

Madame, Monsieur, Docteurs,

L'ARS vous invite à participer à une réunion d'information et d'échanges sur la mise en œuvre des nouvelles dispositions contenues dans la loi du 5 juillet 2011 portant réforme sur les soins psychiatriques sans consentement¹ le :

Judi 26 Avril 2012 de 13h30 à 17h00
Salle polyvalente du
Centre Psychothérapique de Nancy
1 rue du Dr. Archambault
54520 Laxou

Cette rencontre s'adresse à l'ensemble des acteurs en santé mentale de l'agglomération nancéenne : les collectivités territoriales, les associations d'usagers, les acteurs du milieu médical et du secteur social œuvrant au plus près du public en situation de handicap psychique.

La première partie sera consacrée à la présentation des nouvelles procédures par des représentants de l'ARS, du Centre Psychothérapique de Nancy (CPN) et par un Juge des Libertés et de la Détention (JLD).

Un dispositif visant à prévenir le recours aux soins sous contrainte sera exposé à partir d'un exemple développé dans le Lunévillois. Une association d'usagers informera sur l'accueil et l'accompagnement qu'elle peut proposer.

Dans un second temps, une table ronde permettra au public de poser des questions sur les modalités d'application de la loi et d'échanger sur les expériences acquises depuis sa mise en œuvre.

Cette rencontre se veut être une étape dans la connaissance des missions des différents acteurs et dans la constitution d'un réseau de partenaires. Elle offrira la possibilité d'exprimer des besoins et pourquoi pas des propositions de travail, en groupes plus ciblés, sur des thématiques spécifiques.

Nous vous demandons de vous inscrire nominalement avant le 15 mars prochain, en précisant vos coordonnées (courriel et téléphone), votre lieu d'exercice et votre fonction, par retour de mail (sandrine.jacob-fraxe@ars.sante.fr).

¹ Loi N°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

L'inscription est limitée à 2 personnes par structure. Un programme définitif vous parviendra mi-avril.

En espérant que les informations apportées et le caractère constructif des débats serviront notre objectif premier : améliorer la fluidité de la prise en charge des patients. Je vous remercie par avance pour votre participation et vous prie d'agréer mes salutations les meilleures.

Dr Sophie Alsibai
Médecin de Santé Publique

ARS Lorraine
4, rue Piroux
54036 Nancy cédex

03 83 39 28 77 / 03 87 37 56 28
06 73 09 49 33
sophie.alsibai@ars.sante.fr

ANNEXE 9 : Fiche d'évaluation du séminaire

SEMINAIRE DU 26 AVRIL 2012 SUR LES SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT

Evaluation du séminaire

Sur les nouvelles dispositions de la loi du 5 avril 2011 :

	Non pas du tout	Assez peu	Oui plutôt	Oui vraiment
Les informations apportées étaient-elles suffisamment claires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations apportées étaient-elles suffisamment complètes pour votre activité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouvez-vous utile de disposer d'éléments de référence sur le site de l'ARS ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensez-vous le consulter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quelles informations vous ont-elles manqué ?

Sur la rencontre avec les autres partenaires en santé mentale :

	Non pas du tout	Assez peu	Oui plutôt	Oui vraiment
Avez-vous appris sur les missions et contraintes des autres acteurs en santé mentale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cette rencontre facilitera-t-elle vos contacts avec ces partenaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensez-vous utiliser la mise à disposition de leurs coordonnées qui vous sera envoyée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sur la suite à donner à cette rencontre :

Après cette réunion information, identifiez-vous des questions ou des difficultés persistantes dans la mise en œuvre de la loi ?

Avez-vous des propositions pour répondre à ces difficultés ?

Auriez-vous envie de participer à une réflexion sur une thématique particulière et quelle thématique ?

ANNEXE 10 : Allocution de clôture du séminaire



Synthèse de clôture

Séminaire d'information et d'échanges sur la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 relative aux soins psychiatriques sans consentement

Jeudi 26 Avril 2012

Lors de ce séminaire, les différentes interventions et les échanges avec les participants ont permis de réaliser un premier bilan des évolutions apportées par la nouvelle loi au bout de ces 8 mois de mise en œuvre et aussi de dégager les pistes d'améliorations sur plusieurs points :

Parmi les points positifs, les acteurs retiennent :

- la simplification de l'admission des patients dans la procédure de soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT) : cette procédure comprend une nouvelle modalité permettant dorénavant d'admettre un patient sans qu'il y ait une demande d'un tiers ;
- les alternatives à l'hospitalisation complète en développant des programmes de soins ambulatoires afin de maintenir en partie les patients dans un environnement familial ;
- le renforcement des droits des patients : c'est un point important qui permet de sécuriser largement le processus en faisant intervenir le juge des libertés et de la détention afin de valider, ou non, la décision d'hospitalisation d'un patient ;
- les sorties de courtes durées sont facilitées. Le patient peut sortir en étant accompagné par un tiers autre qu'un soignant, par exemple un membre de sa famille, ce qui est un réel point de satisfaction.

Les pistes d'améliorations et les points de tension :

- la complexité reconnue des procédures et notamment SDRE (Soins psychiatriques à la demande du représentant de l'état) qui a remplacé la procédure d'Hospitalisation d'Office (HO). Elles sont consommatrices de temps médical, administratif et judiciaire ;
- la loi n'a pas suffisamment permis le rapprochement entre les familles et l'hôpital. Les proches s'estiment insuffisamment informés, pas assez en amont de la procédure ou pas convenablement associés, alors que la durée d'hospitalisation diminue ;
- la tenue de l'audience au tribunal, même si elle répond à la problématique des moyens de la justice, est très souvent vécue par le patient comme une expérience traumatisante ;
- la loi n'a pas apporté de solution face au risque d'inobservance des soins, fréquente chez les patients atteints de troubles psychiatriques notamment dans le cadre d'un programme de soins ambulatoires. La réponse à un arrêt de traitement se fait au cas par cas selon les pratiques développées par les soignants.

En conclusion, certaines questions restent en suspens, comme la sortie des personnes en situation de précarité. Il faut renforcer les liens entre l'hôpital et le social, notamment avec le Service d'Accueil et d'Orientation (SAO).

La question des transports n'a pas été complètement réglée, dans le cadre d'une procédure de soins à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent.

Au travers de ces échanges, des pistes de réponse, comme le Réseau d'Alerte Pluri-Professionnel (RAPP), dispositif en place sur le Lunévillois depuis 2004, qui pourrait être étendu à d'autres territoires, sur Nancy par exemple. Autre piste, l'élaboration d'un guide régional de ressources pour reprendre la proposition de l'Union nationale des amis et familles des malades (Unafam). Un premier livret existe et a été élaboré à l'initiative de l'Association Des Maires de Meurthe-et-Moselle.

Enfin, un dernier point, celle de l'évolution législative. En effet, comme beaucoup de textes de loi, celle du 5 juillet 2011 a été écrite dans un certain contexte et sera rapidement amenée à évoluer ; elle ne dépend pas du niveau local si ce n'est par le retour d'expériences que pourront apporter les acteurs de terrain.

ANNEXE 11 : Tableau de synthèse des fiches d'évaluation

Tableau résumé des 34 fiches d'évaluation sur 69 participants

	oui vraiment	oui plutôt	assez	non pas du tout	Sans réponse
Infos claires	12 35%	22 65%			
Infos complètes	8 24%	24 71%	2 6%		
Site utile	24 71%	10 29%			
Consulteront site	21 62%	10 29%	1 3%		2 6%
Sous total 1	65 48%	66 49%	3 2%	0 0%	2 1%
Connaissance missions partenaires	9 26%	22 65%	3 9%		
Facilitera contacts	8 24%	18 53%	5 15%	1 3%	2 6%
Utiliseront coordonnées	9 26%	19 56%	3 9%		3 9%
Sous total 2	26 25%	59 58%	11 11%	1 1%	5 5%
Totaux	91 54%	125 74%	14 8%	1 1%	7 4%

ANNEXE 12 : Présentation du séminaire en page « actualité » sur le site Internet de l'ARS Lorraine

Soins psychiatriques sans consentement : réunion d'information sur la réforme de juillet 2011

A l'initiative de l'ARS Lorraine s'est tenu ce jeudi 26 Avril un séminaire au Centre Psychothérapique de Nancy (CPN) de Laxou sur la mise en œuvre des nouvelles dispositions contenues dans la loi du 5 juillet 2011 portant réforme sur les soins psychiatriques sans consentement.

Cette réunion d'informations et d'échanges, qui a réuni 70 participants, s'adressait à l'ensemble des acteurs en santé mentale de l'agglomération nancéienne appelés à collaborer sur cette thématique (liste ci-jointe) : collectivités territoriales, associations d'usagers, acteurs du milieu médical et du secteur social œuvrant au plus près du public en situation de handicap psychique.

■ Un dispositif partagé par différents acteurs

Les diverses administrations concernées par cette thématique (ARS, Préfectures, Centres hospitaliers spécialisés, Justice) ont organisé, au cours de l'été et l'automne 2011, toute une série de formations pour leur personnel et se sont rencontrées pour s'assurer d'une interprétation commune de la loi et pour définir leur méthode de collaboration.

L'ARS a informé les établissements hospitaliers et l'ensemble des médecins généralistes de Lorraine des nouvelles procédures ainsi que les maires pour relayer un arrêté spécifique les concernant.

Ce séminaire s'inscrivait dans la continuité de ces démarches, visant à apporter une information coordonnée aux acteurs de terrain et notamment aux partenaires de l'agglomération nancéienne amenés à travailler ensemble au quotidien. Il se voulait aussi, à travers l'expression des questionnements et des difficultés subsistantes chez les participants, constituer un point d'étape après plusieurs mois de mise en œuvre de la loi.

Documents à télécharger

- **Le programme**

- **La liste des participants**

- **Les présentations des intervenants :**

Les dispositions nouvelles apportées par la loi

M. Malhomme - ARS

Le temps de l'admission

Dr Pichené - UAUP

Les droits du patient

M. Cordier - CPN

Le programme de soins

Dr Courtial - CPN (Chef du pôle-secteur de Nancy)

Le Juge des Libertés et de la Détention (JLD)

M. Clerc - TGI

Agir préventivement, l'exemple du Lunévillois

Dr Paréja - CPN (Chef du pôle du secteur de Lunéville)

L'accueil et l'accompagnement proposés aux aidants

Mme Prêcheur - UNAFAM

- **La synthèse de clôture**

M. Romac - ARS DT54

■ Un point d'étape sur la mise en oeuvre de la réforme

La première partie du séminaire était consacrée à la présentation des nouvelles procédures (Présentations à télécharger) par des représentants de l'ARS, du Centre Psychothérapique de Nancy (CPN) et par un Juge des Libertés et de la Détention (JLD).

Un dispositif de prévention visant à éviter le recours aux soins sous contrainte a été exposé à partir d'un exemple développé dans le Lunévillois. Une association d'usagers a enfin apporté des informations sur l'accueil et l'accompagnement qu'elle pouvait proposer.

Dans un second temps, une table ronde a permis d'éclairer certains points précis de la loi à partir des questions de l'assemblée. La dérogation légale au secret professionnel qui est faite dans le code de déontologie aux précisions apportées sur les certificats médicaux de soins sans consentement a été rappelée aux médecins généralistes.

Plusieurs partenaires ont ensuite évoqué leurs difficultés en rapport avec les soins sous contrainte. Certaines étaient directement liées à la mise en œuvre des nouvelles dispositions, notamment l'audience au tribunal, d'autres relevaient plus d'un besoin de travail collaboratif telle que la nécessité pour les travailleurs sociaux ou les familles d'usagers de préparer plus en amont avec les soignants la sortie d'hospitalisation des patients.

Il a été souligné à ce propos le manque de places d'hébergement pour accompagner la sortie de patients en situation de désinsertion sociale et nécessitant des soins psychiatriques ambulatoires.

Poursuivant l'ambition de prévenir les ruptures dans le parcours de soins des malades, cette rencontre avait par ailleurs pour objectif de constituer une étape dans la connaissance des missions des différents acteurs et dans la constitution d'un réseau de partenaires. Plusieurs propositions de collaborations nouvelles et de participation à des groupes de travail ont émergé. On peut citer parmi les thématiques celle des transports sanitaires des patients, la rédaction de fiches mémo et de procédures, la sortie et les liens entre le CPN et les structures extérieures.

Le dispositif de prévention RAPP (Réseau d'Alerte Pluri-Professionnel), ayant fait ses preuves sur Lunéville depuis plusieurs années, a été très plébiscité par les acteurs de tous bords, mairies, travailleurs sociaux, associations d'usagers, psychiatres. Pour que sa mise en place sur Nancy constitue une perspective sérieuse de travail à venir, deux porteurs de projets seront indispensables : les psychiatres et une collectivité territoriale.

■ Les principaux points de la réforme

- l'usage du terme « soins psychiatriques » en lieu et place de l'ancienne terminologie « d'hospitalisation » marquant un changement de centre de gravité en situant le soin et la contrainte par rapport à une personne et non plus par rapport à un lieu ;
- une période d'observation initiale en hospitalisation complète de 72h afin de mieux appréhender l'évolution de l'état du patient. A son terme les psychiatres confirment ou non la nécessité de soins sous contrainte et proposent un cadre et un programme de soins ;
- l'intervention systématique du juge des libertés et de la détention (JLD) au 15ème jour d'hospitalisation complète sans consentement pour vérifier que le pouvoir de contrainte n'a pas été utilisé arbitrairement. L'avis conjoint de deux psychiatres est joint au dossier ;
- le renforcement des droits du patient par l'intervention du JLD, mais aussi par son information à tous les temps de la prise en charge et le recueil de ses observations sur les décisions le concernant ;
- l'alternative à l'hospitalisation complète par l'instauration d'un programme de soins en ambulatoire sous contrainte remplaçant les anciennes « sorties d'essai » ;
- la création d'une mesure de contrainte sans tiers : soins psychiatriques pour péril imminent.

Haut de page
↑

📄 Contact

Dr Sophie ALSIBAÏ
Medecin de Santé Publique
ARS Lorraine
sophie.alsibai@ars.sante.fr

📄 En savoir plus

Les 8 points clefs de la réforme

La réforme de la loi relative aux soins psychiatriques : [Site du Ministère de la Santé](#)

Publication de l'ADM 54 : la santé mentale et les soins psychiatriques sans consentement

Associations d'usagers :

- Unafam 54
- Espoir 54

📄 Une révision nécessaire

La loi entrée en vigueur au 1er août 2011 est venue modifier le dispositif en application depuis le 27 juin 1990.

En effet, cette grande réforme de 1990 ayant consacré le principe de « l'hospitalisation libre » prévoyait deux modalités d'hospitalisation sous contrainte :

- les hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT), lorsque le malade ne pouvait lui-même consentir à son hospitalisation,
- les hospitalisations d'office (HO) ordonnées par les préfets en cas de menace à la sécurité des personnes et à l'ordre public.

Néanmoins ce texte appelait une refonte de certaines de ses dispositions de privation de liberté et avait fait l'objet de plusieurs rapports d'évaluation et propositions de réforme.

La révision de la loi a finalement été initiée sous l'impulsion de deux démarches indépendantes :

- un projet de loi déposé par le gouvernement en mai 2010
- deux décisions du Conseil Constitutionnel suite à des Questions Prioritaires de Constitutionnalité (QPC) de novembre 2010 et juin 2011.

ALSIBAÏ

Sophie

Septembre 2012

MISP

2011 - 2012

**Mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011
sur les soins psychiatriques sans consentement :
Modalités d'information et d'organisation des acteurs
de l'agglomération urbaine de Nancy**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

Résumé :

Répondant aux difficultés de mise en œuvre de la réforme du 5 juillet 2011, le référent en psychiatrie de l'ARS m'a confié la mission d'informer les acteurs en santé mentale du milieu ambulatoire d'un territoire à déterminer.

Un diagnostic, basé sur une exploration approfondie et une enquête à partir d'entretiens semi-directifs, a permis de définir l'action à entreprendre.

Un séminaire d'une demi-journée a réuni les partenaires de l'agglomération nancéienne (collectivités territoriales, associations d'usagers, acteurs du secteur médical et social) avec pour double objectif : apporter l'information sur le nouveau dispositif et permettre la rencontre et l'échange entre partenaires afin de favoriser les collaborations futures.

L'évaluation et les propositions des participants, très encourageantes, démontraient leur motivation pour un travail partenarial. Elles ont été diffusées à toutes les personnes présentes, accompagnées des coordonnées de chacun. Une page Internet créée sur le site ARS apportera également une visibilité des engagements et encouragera les liens.

Mots clés :

Santé mentale ; Psychiatrie ; Mode d'admission hospitalier ; Urgence hospitalière ; Réseau ; Acteurs ; Soins ambulatoires ; Centre d'hébergement provisoire ; Conseil constitutionnel ; Tribunal grande instance ; Judicialisation ; Loi ; Droit domaine santé ; Congrès ; Partage information

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.