



MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2013 –

Impact de la loi du 5 juillet 2011 réformant les modalités d'admission en soins sans consentement des personnes atteintes de troubles psychiques sur les droits des usagers et les pratiques en psychiatrie

– Groupe n° 23 –

Karine BEDOLIS (D3S)
Ornella BRUXELLES (DH)
Sabine GERDOLLE (IES)
Marke LECLERE (AAH)
Michelle NJALEU (AAH)
Jean-François TIREFORT (DH)

Pierre BUTTET (MISP)
Nadine FARCY (DS)
Morgane GUILLEMOT (IASS)
Guillaume MOURET (IASS)
Anne PARIS (D3S)
Claire VAIRET (D3S)

Animateurs

- **Sabine Rivet**, Directrice d'hôpital à la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale
- **Michael Robin**, Praticien hospitalier, psychiatre, chef de pôle au Centre Hospitalier de Charcot (78)

S o m m a i r e

Remerciements	page 5
Liste des sigles utilisés	page 7
Introduction	page 9
I. Un cadre législatif qui évolue progressivement vers une reconnaissance effective des droits fondamentaux, dans le cadre des soins sans consentement	page 12
A. Le nouveau cadre réglementaire issu de la loi du 5 juillet 2011 est apparu dans un contexte d'urgence et modifie substantiellement la précédente législation.....	page 12
Contexte et accueil de la loi	page 12
Le maintien de deux procédures de contraintes distinctes	page 13
Les principales modifications instaurées par la loi du 5 juillet 2011	page 15
Le renforcement du contrôle de la mesure de soins psychiatriques	page 15
L'instauration d'une période d'observation de 72 heures	page 16
Les soins sans consentement en ambulatoire.	page 16
B. Le renforcement des droits des patients s'est accompagné d'une modification des organisations et des pratiques qui a nécessité l'élaboration d'une culture commune.....	page 17
Les droits du patient et la place de sa famille	page 17
Des réorganisations nécessaires	page 18
A la recherche d'une organisation optimale.....	page 18
Des modalités hétérogènes dans la tenue des audiences	page 19
Une modification des pratiques professionnelles	page 19
L'apparition d'une culture commune.....	page 21
La rencontre des professionnels de santé autour de cette loi	page 21
Vers un décloisonnement des pratiques professionnelles	page 21
Un processus d'acculturation encore inachevé	page 22
II. Le dispositif mis en place par la loi du 5 juillet 2011 laisse apparaître certaines incertitudes qui le rendent de ce fait, perfectible	page 23

A. L'application de la loi met en lumière un certain nombre de limites relatives tant aux procédures qu'aux pratiques.....	page 23
Complexité des procédures pour l'ensemble des acteurs concernés..	page 23
Des pratiques en question.....	page 24
La loi du 5 juillet 2011 fait l'objet de diverses remises en cause	page 26
Les questions prioritaires de constitutionnalité	page 26
La place du Préfet.....	page 28
L'absence d'une jurisprudence claire.....	page 28
La compétence du JLD	page 28
B. À l'aube des deux ans de la loi réformant les modalités d'admission en soins sans consentement, des pistes d'évolutions multifactorielles sont envisagées	page 29
Vers un exercice accru des droits de la personne.....	page 29
Faire évoluer le dispositif de judiciarisation des soins sans consentement.....	page 30
De la mise en œuvre du programme de soins.	page 31
Conclusion	page 35
Bibliographie.....	page 37
Méthodologie	page 39
Annexes.....	page I
- Annexe n° 1 : Liste des entretiens réalisés.....	page II
- Annexe n° 2 : Grille d'entretien.....	page IV
- Annexe n° 3 : Schéma synthétique SDRE	page V
- Annexe n° 4 : Données statistiques sur les soins sans consentement Année 2012 – Clinique de Beaupuy (31)	page VI
- Annexe n° 5 : Données statistiques sur les soins sans consentement Année 2012 – ARS Midi-Pyrénées	page VII
- Annexe n° 6 : Données statistiques sur les soins sans consentement Années 2010 à 2012 – CHS de Montfavet (84)	page IX
- Annexes n° 7 : Modèle de certificats	page X

Remerciements

Mener le travail d'analyse de la loi du 5 juillet 2011 et observer son impact sur les pratiques professionnelles suppose une appropriation globale du fonctionnement des soins en psychiatrie.

Pour certains d'entre nous, il s'agissait d'une découverte. Sans le sens du partage et l'implication des professionnels que nous avons rencontrés tout au long de ces trois semaines de travail, il nous aurait été impossible de parvenir à une analyse prenant en compte la réalité des différentes pratiques de terrain.

Nous tenons donc à remercier chaleureusement l'ensemble des usagers, des représentants du monde associatif et des professionnels de santé, administratifs et judiciaires qui nous ont accueillis de manière toujours sympathique et qui ont pris le temps de nous accompagner dans ce travail d'acculturation. Ce travail est en partie le leur¹.

L'accompagnement bienveillant réalisé et les conseils éclairant de nos deux animateurs de groupe nous ont permis de construire notre réflexion. Nous remercions donc vivement Madame Sabine RIVET, directeur d'hôpital et Monsieur le Docteur Michaël ROBIN, médecin psychiatre, praticien hospitalier.

Nous tenons enfin à remercier l'ensemble de l'équipe chargée de l'organisation du MIP, pour les moyens logistiques mis à notre disposition.

¹ Cf. Annexe n°1

« A Paris, on construit des maisons de fous pour faire croire à ceux qui n'y sont pas enfermés qu'ils ont encore la raison »

Michel de MONTAIGNE

Liste des sigles utilisés

AAH	Attaché d'Administration Hospitalière
ARS	Agence Régionale de Santé
CASH	Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers
CDHP	Commission Départementale des Hospitalisations en Psychiatrie
CDSP	Commission Départementale des Soins Psychiatriques
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMP	Centre Médico-Psychologique
CRPA	Cercle de Réflexion et de Proposition sur la Psychiatrie
D3S	Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico Social
DS	Directeur des Soins
DH	Directeur d'Hôpital
ERIC	Equipe Rapide d'Intervention de Crise
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
HAS	Haute Autorité de Santé
HSC	Hospitalisation Sans Consentement
IASS	Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales
IES	Ingénieur d'Etudes Sanitaires
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IGSJ	Inspection Générale des Services Judiciaires
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Economie de le Santé
JLD	Juge des Libertés et de la Détention
MAS	Maison Accueil Spécialisé
MIP	Module Inter Professionnel
MISP	Médecin Inspecteur en Santé Publique
MNASM	Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale
QPC	Question Prioritaire de Constitutionnalité
SDRE	Soins à la Demande du Représentant de l'Etat
SDT	Soins à la Demande d'un Tiers
SDTPI	Soins à la Demande d'un Tiers pour Péril Imminent
SDTU	Soins à la Demande d'un Tiers en Urgence
TGI	Tribunal de Grande Instance
UMD	Unité de Malade Difficile
UNAFAM	Union Nationale des Familles ou amis de personnes malades et handicapées psychiques

Introduction

En Europe, un individu sur quatre présente des troubles psychiques. Pourtant, les représentations sociales de la psychiatrie dans le grand public renvoient encore aujourd'hui une image archaïque de la maladie mentale qui reste très stigmatisante pour ceux qui en souffrent « *c'est une personne malade, imprévisible, dangereuse, qui peut commettre des actes illégaux, qu'il faut enfermer à l'hôpital psychiatrique pour la soigner par des médicaments* »²

On note une tendance accrue de la société à systématiser la psychiatisation des actes de délinquance comme en témoigne la législation : l'obligation de soins en 1958, l'injonction de soins pour infraction sexuelle en 1998,... La prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux demeure un sujet délicat, médiatisée lors de drames tels que celui de Pau ou plus récemment celui de Grenoble. Ces faits divers d'une gravité exceptionnelle questionnent la place de l'hôpital psychiatrique: doit-il être un lieu de soins pouvant priver temporairement une personne de liberté ou doit-il être un lieu d'enfermement pour protéger la société ?

Cette question fondamentale n'est pas nouvelle. Elle apparaît dès les débats qui ont précédés la rédaction de la loi de 1838 sur les aliénés remplaçant les lettres de cachet par deux modalités de placement en établissements spécialisés : le placement volontaire à la demande de la famille et le placement d'office en cas d'atteinte à l'ordre public. L'internement fait l'objet ainsi non plus d'une décision judiciaire mais administrative sur la foi de certificats médicaux. La loi de 1838 reconnaît pour la première fois « la folie » comme étant une maladie. La loi du 27 juin 1990, réformant celle de 1838, renforce la protection des patients atteints de troubles mentaux et reconnaît le placement sous contrainte comme devant être l'exception des hospitalisations en psychiatrie. Toutefois elle ne modifie pas fondamentalement les modalités de mise en œuvre de la contrainte dans les soins. Elle crée la Commission Départementale des Hospitalisations en Psychiatrie (CDHP), instance qui veille au respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes hospitalisées. Comme dans la loi de 1838, le patient a la possibilité d'exercer un recours devant le juge sur simple requête. Cependant la décision qui n'avait pas jusqu'alors à être motivée par le juge est prise maintenant en la forme des référés et fait l'objet d'un débat contradictoire. Malgré les évolutions législatives, l'hôpital psychiatrique restait le dernier lieu en France où une personne pouvait être privée de ses droits fondamentaux -dont celui d'aller et venir- sans que l'autorité judiciaire vienne statuer sur cette mesure de privation de liberté.

² Les résultats de l'enquête : "La santé mentale en population générale : images et réalités" ASEP-CCOMS-EPSM-Lille Métropole

En novembre 2010, une question prioritaire de constitutionnalité (QPC) a rendu inconstitutionnelle l'absence de judicialisation des hospitalisations sans consentement (article 66 de la Constitution du 4 octobre 1958)³. Jusqu'alors, le Conseil Constitutionnel estimait que s'agissant des hospitalisations sous contrainte, l'article 66 n'imposait pas la judicialisation *ab initio* de l'hospitalisation à la demande d'un tiers tel que le réclamait la requérante dans le cadre de cette QPC. Il a toutefois reconnu que concernant la prolongation de l'hospitalisation, l'autorité judiciaire en tant que garante des libertés individuelles devait se prononcer sur la dite poursuite et par la même se conformer au droit français.

Il apparaît intéressant de noter que dans notre pays, la modalité de soins la plus fréquente en psychiatrie reste les soins libres à la demande du patient. Le nombre des hospitalisations sans consentement, bien qu'ayant pratiquement doublé depuis 1990, représente 13% des hospitalisations psychiatriques en France⁴. Il est plus complexe de donner une acception des soins sans consentement, la Haute Autorité de Santé précise à cet égard que dans la loi du 27 juin 1990 modifiée par la loi du 4 mars 2002 : « *le consentement aux soins demeure la règle et que le recours à la contrainte doit rester l'exception, compte tenu de la dimension particulière de l'abolition du discernement* ». ⁵ Les soins sans consentement désignent les soins auxquels le patient ne peut adhérer du fait de ses troubles.

La loi du 5 juillet 2011 réformant les modalités d'admission en soins sans consentement est née de cette double contrainte d'équilibre entre la protection des libertés individuelles et la protection de la société par rapport à des patients potentiellement dangereux. En effet, la véritable innovation de la loi réside dans l'intervention systématique du juge des libertés et de la détention (JLD) qui statue tant sur le fond que sur la forme (depuis le 1^{er} janvier 2013) des procédures relatives aux soins sans consentement en hospitalisation complète au-delà de quinze jours. Cette loi a été l'objet de beaucoup de craintes et de critiques avant sa promulgation, certains la présentaient comme liberticide à l'encontre des malades.

Quel constat pouvons-nous faire de la mise en place de ce dispositif presque deux ans après sa promulgation ? Dans quelle mesure ce dispositif complexe est à même de garantir le droit des usagers et plus largement modifier le cadre de la relation thérapeutique avec l'équipe soignante ainsi que les pratiques professionnelles de l'ensemble des acteurs ? C'est afin de tenter de répondre à ces questions que nous avons choisi de mener cette étude.

³ Décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010 ; les nouveaux cahiers du Conseil constitutionnel, cahier n°30

⁴ Rapport de l'inspection générale des affaires sociales n°2005 064 de mai 2005

⁵ HAS : recommandations pour la pratique clinique; modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. Avril 2005

Nous avons choisi d'exclure de notre travail les cas particuliers prévus par la loi, des patients relevant des unités pour malades difficiles et de ceux ayant fait l'objet d'une décision d'irresponsabilité pénale soumis à des modalités particulières dans cette loi.

Si le cadre législatif a évolué progressivement vers une reconnaissance effective des droits fondamentaux, dans le cadre des soins sans consentement (I), il apparaît que le dispositif mis en place par la loi du 5 juillet 2011 laisse poindre certaines incertitudes qui le rendent de ce fait, perfectible (II).

I. Un cadre législatif qui évolue progressivement vers une reconnaissance effective des droits fondamentaux, dans le cadre des soins sans consentement.

A. Le nouveau cadre réglementaire issu de la loi du 5 juillet 2011 est apparu dans un contexte d'urgence et modifie substantiellement la précédente législation. ⁶

Contexte et accueil de la loi

La loi du 27 juin 1990⁷, prévoyait dans son article 4, une évaluation de ses dispositifs dans un délai de cinq ans après sa promulgation. Cette évaluation a donné lieu à plusieurs rapports dont celui de l'IGAS en septembre 1997⁸ qui préconisait entre autres l'instauration d'une période d'observation et d'orientation de soixante-douze heures, une simplification des procédures administratives pour les hospitalisations sans consentement ainsi qu'une prise en charge des troubles psychiatriques en ambulatoire.

Le rapport PIEL et ROELANDT de juillet 2001⁹ issu d'une mission « *de réflexion et prospective dans le domaine de la santé mentale* » faisait lui état de la nécessité de renforcer la place des usagers et des associations de familles. Il recommandait également la judiciarisation des soins sous contrainte en hospitalisation et en ambulatoire.

En mai 2005, un rapport conjoint de l'IGAS et de l'IGSJ viendra conforter la nécessité d'une modernisation des procédures de soins sans consentement en rendant effectif le contrôle du juge des libertés et de la détention (JLD), en vue de passer d'une logique de l'hospitalisation sous contrainte à une logique de soins sous contrainte.

Ces différents rapports n'ont pas donné lieu à la révision escomptée de la loi de 1990. Il faut attendre les événements tragiques de Pau et de Grenoble pour que les pouvoirs publics se mobilisent.

La médiatisation des événements de Pau va être à l'origine de l'élaboration du plan « *Psychiatrie et santé mentale 2005-2008* » qui prévoyait entre autres de réinvestir dans les murs de l'hôpital psychiatrique tant du point de vue des moyens que des ressources humaines.

Suite à la mort d'un étudiant à Grenoble par un patient en fugue d'un hôpital psychiatrique, le Président de la République Nicolas SARKOZY, dans un discours prononcé

⁶ 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, www.legifrance.gouv.fr

⁷ 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 - Article 4

⁸ Rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990

Hélène STROHL, IGAS, Présidente ; Martine CLEMENTE, DGS, Rapporteur général

⁹ Rapport PIEL et ROELANDT « de la psychiatrie vers la santé mentale » Rapport de mission juillet 2001

le 2 décembre 2008 déclare que les faits divers récents « *ne sont imputables à la fatalité, mais aux lacunes de l'organisation de la prise en charge* » et affirme « *qu'il faut mieux encadrer la sortie des patients hospitalisés d'office, dont la décision est aujourd'hui prise à la légère par des préfets qui décident de manière aveugle* » Il annonce un plan de sécurisation des hôpitaux psychiatriques ; la mise en place d'un dispositif de géolocalisation pour les patients ; l'installation d'une unité fermée par établissement; la création de deux cent chambres d'isolement et l'ouverture de quatre unités nouvelles pour malades difficiles.

A la suite de ce discours, des mesures de sécurisation des hôpitaux psychiatriques ont été prises et un projet de loi a été déposé au Parlement le 5 mai 2010. Ce projet de loi prévoit une période d'observation de soixante-douze heures et des soins contraints à domicile. Ce projet ne prévoyait pas la saisine systématique du juge. Cela va donner lieu le 26 novembre 2010 à une décision du Conseil constitutionnel saisi d'une QPC qui déclare non conforme à la Constitution la possibilité d'hospitalisation sans consentement dépassant 15 jours sans saisine du juge judiciaire, gardien de la liberté individuelle. Par ailleurs, les impératifs de la réforme de la loi du 27 juin 1990 doivent permettre à la France de se mettre en conformité avec la législation européenne (délai du recours ; information et obligation de recueillir les observations de la personne malade ; articulation des compétences entre juge judiciaire et le juge administratif,...).

Le maintien de deux procédures de contraintes distinctes.

Les soins à la demande d'un tiers remplacent ainsi l'hospitalisation à la demande d'un tiers et se déclinent désormais selon trois modalités.

Les soins à la demande d'un tiers (SDT), procédure de droit commun nécessitent deux certificats médicaux de moins de 15 jours dont l'un peut émaner d'un médecin de l'établissement d'accueil. Ces certificats doivent faire état de l'impossibilité pour le patient de consentir aux soins mais aussi de la nécessité de soins immédiats avec une surveillance médicale régulière. Concernant la demande du tiers, la loi intègre les exigences de l'arrêt du 3 décembre 2003 formulées par le Conseil d'Etat. Le tiers en l'occurrence s'il ne peut faire état de lien de parenté avec le patient doit être en mesure de justifier de relations antérieures à la demande lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci¹⁰. Comme par le passé le demandeur et les médecins ne doivent être ni parents ni alliés inclusivement au 4ème degré entre eux et avec le directeur de l'établissement d'accueil qui prononce l'admission.

¹⁰ Conseil d'Etat, 3 décembre 2003, req.n°244867, www.legifrance.gouv.fr

Les soins à la demande d'un tiers en cas d'urgence (SDTU) reprennent la procédure de péril imminent existante dans la loi de 1990. Le directeur peut prononcer l'admission au regard d'un seul certificat médical pouvant émaner d'un médecin de l'établissement d'accueil. Ce certificat doit préciser qu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du patient. Les certificats des 24 et des 72 heures suivant l'admission, devront dans ce cas être rédigés par deux psychiatres différents. La demande de tiers est maintenue

Les soins à la demande d'un tiers en cas de péril imminent (SDTPI) pour la santé du patient sont une nouveauté de la loi de 2011. Cette procédure permet au directeur de l'établissement d'accueil d'admettre le patient en l'absence de tout tiers demandeur. Ce dispositif est censé être réservé aux situations d'urgence absolue et répondre à la définition que retient la Haute Autorité de Santé du péril imminent c'est-à-dire « l'immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient »¹¹. Le certificat doit être fait par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil. Le directeur doit informer la famille du patient dans un délai de 24 heures sauf difficultés particulières précise la loi. Cette procédure vise à répondre aux difficultés rencontrées par les professionnels de terrain pour trouver dans certaines situations en particulier d'isolement familial et social, un tiers pouvant signer la demande de soins. Lorsque l'un des deux certificats médicaux établis dans les 72 heures conclut que l'état de la personne ne justifie plus la mesure de soins, le directeur de l'établissement d'accueil prononce immédiatement la levée de cette mesure.

Les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) remplacent la procédure d'hospitalisation d'office. La loi du 5 juillet 2011 a peu modifié les dispositions existantes. En effet l'admission d'une personne en SDRE exige toujours que celle-ci présente des troubles mentaux nécessitant des soins et dûment constatés par un médecin, ainsi que la nécessité que ces troubles compromettent la sûreté des personnes ou portent atteintes, de façon grave à l'ordre public¹². Comme précédemment l'arrêté municipal provisoire, mesure d'urgence, perdure. Le préfet doit confirmer dans un délai de 48 heures la décision établie par le maire sous peine de caducité.

Concernant la levée de la mesure, la loi de 2011 prévoit qu'en cas de désaccord entre le médecin et le préfet, l'avis d'un 2ème psychiatre est requis dans un délai maximal de 72 heures. Si celui-ci confirme l'absence de nécessité de l'hospitalisation complète, le Préfet doit se conformer à la décision médicale et mettre fin à la mesure.

¹¹ Actualités sociales hebdomadaires, cahier n°2751 du 16 mars 2012 p39.

¹² Loi n°2011-803 du 5 juillet 2011

La Commission Départementale des Hospitalisations en Psychiatrie (CDHP) perdure sous la forme de la Commission Départementale des soins Psychiatriques (CDSP). Son rôle est recentré sur les situations les plus sensibles dont les HSC d'une durée supérieure à un an et les SDT péril imminent.

Les principales modifications instaurées par la loi du 5 juillet 2011.

Le renforcement du contrôle de la mesure de soins psychiatriques

Afin d'assurer la protection des personnes, la loi du 5 juillet 2011 a renforcé le contrôle des mesures de soins que ce soit au niveau médical, judiciaire et administratif.

Les contrôles médicaux prennent la forme de certificats médicaux et dans certains cas d'un examen par le collège. Après les certificats médicaux d'admission, ceux des 24 et des 72 heures, un certificat médical circonstancié établi entre le 5ème et le 8ème jour doit constater la nécessité de maintenir ou non les soins sans consentement et le cas échéant la forme que doivent prendre ceux-ci. Ce certificat remplace l'ancien certificat de quinzaine. Le législateur permet au médecin de rendre sa décision sous la forme d'un avis rendu sur la base du dossier médical. La périodicité des certificats ou avis est mensuelle sous peine d'entraîner une main levée de la mesure. Le non-respect des délais de production des certificats ou avis médicaux a pour conséquence la levée de la mesure de soins.

De plus la présentation du patient devant le JLD fait également l'objet d'avis conjoints de deux psychiatres sur la nécessité de maintenir ou non l'hospitalisation complète, ainsi que d'un avis médical sur sa capacité à assister à l'audience.

La loi prévoit quelques spécificités concernant les patients admis en SDT depuis une période continue d'un an. Une évaluation approfondie sur le maintien des soins est alors réalisée par un collège composé de deux médecins psychiatres dont un participe à la prise en charge ainsi que d'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire en charge du patient. L'avis du collège est également requis lorsque la personne fait ou a déjà fait l'objet d'une hospitalisation ordonnée après classement sans suite, dans le cadre d'une décision d'irresponsabilité pénale ou lorsque la personne fait ou a déjà fait l'objet pendant au moins un an, d'une hospitalisation en UMD. Toutefois cette mesure n'est plus applicable dès lors que les soins ont pris fin depuis au moins 10 ans.

Concernant le contrôle judiciaire et administratif, la loi du 5 juillet 2011 a mis en place un contrôle systématique des mesures d'hospitalisations complètes. Depuis le 1er janvier 2013, le JLD statue non plus uniquement sur le fond mais aussi sur la forme. L'intervention du JLD doit avoir lieu avant l'expiration du délai de quinze jours puis tous les six mois. Ce

délai court à compter de l'admission en soins psychiatriques, et à compter de la décision de modification de la prise en charge si une hospitalisation complète est redemandée.

L'instauration d'une période d'observation de 72 heures

La personne admise en soins psychiatriques fait l'objet dorénavant d'une période d'observation et de soins initiaux ne pouvant excéder 72 heures. Cette période permet de commencer le travail thérapeutique avec le patient, d'évaluer le consentement et de définir la forme que devront prendre les soins. Durant cette phase, la loi prévoit au-delà du certificat médical de 24 heures qui existait dans la législation précédente, un certificat médical des 72 heures établissant dans les mêmes conditions, la nécessité de maintenir les soins sans consentement. Lorsque les deux certificats médicaux ont conclu à cette nécessité, un psychiatre de l'établissement d'accueil propose dans un avis motivé, établi avant l'expiration du délai de soixante-douze heures, la forme de la prise en charge et, le cas échéant, le programme de soins. Si au contraire, l'un des deux certificats conclut que la mesure n'est plus justifiée, alors le directeur de l'établissement d'accueil se voit dans l'obligation de prononcer la levée de la mesure pour les SDT.

Le nombre des certificats médicaux est donc augmenté et la qualité des rédacteurs est précisée en fonction du mode d'entrée dans les soins sans consentement.

Les soins sans consentement en ambulatoire.

L'une des principales innovations de la loi est d'avoir instituée une alternative à l'hospitalisation complète dans le cadre des soins sans consentement. Ces soins peuvent être réalisés hors hospitalisation complète qui ne devient plus de fait un passage obligé. C'est à la fin de la période d'observation que le psychiatre décidera de la forme que devront prendre les soins sans consentement. Le programme de soins ne peut être modifié que par un psychiatre participant à la prise en charge du patient, afin de tenir compte de l'évolution de son état de santé. L'avis du patient est recueilli préalablement à la définition du programme de soins et avant toute modification de celui-ci. Le programme de soins définit les types de soins, les lieux de leur réalisation et leur périodicité. Il peut ainsi comprendre des périodes d'hospitalisation complète alternées avec des soins à domicile. Les patients faisant l'objet de soins sans consentement dans le cadre d'un programme de soins ne sont pas présentés au JLD.

Les sorties d'essai n'existent plus dans ce nouveau dispositif. Le patient peut toutefois bénéficier de sorties de courtes durées de moins de 12 heures pour des démarches administratives ou pour des raisons thérapeutiques. Ces sorties peuvent être accompagnées soit par un membre de la famille, par la personne de confiance ou par des soignants.

B. Le renforcement des droits des patients s'est accompagné d'une modification des organisations et des pratiques qui a nécessité l'élaboration d'une culture commune.

Les droits du patient et la place de sa famille

La loi du 5 juillet 2011 a indéniablement permis de faire évoluer les droits des patients. Elle donne au patient les moyens d'être « acteur et partenaire » de sa prise en charge. Le recueil de ses observations sur les mesures et les soins ambulatoires permet de responsabiliser le patient et de favoriser les soins hors les murs de l'hôpital. L'audience devant le juge des libertés et de la détention permet de garantir le respect du principe du contradictoire et renforce par conséquent « le droit à la défense » du patient.

L'obligation d'informer le patient sur ses droits à chaque étape de sa prise en charge, désormais renforcée, marque une évolution importante au regard de pratiques antérieures qui consistaient parfois à taire certaines informations au patient considéré comme « incapable » ou à les communiquer uniquement à la famille. Cette information est rassurante pour certains patients mais peut être perturbante pour d'autres. Le patient ainsi « éclairé » a une meilleure compréhension de l'intérêt et des modalités de mise en œuvre des mesures non consenties. Cette formalisation renforcée du droit à l'information, notamment par la remise de documents et par la signature des notifications, n'est pas toujours accompagnée d'explications orales. Le patient n'appréhende pas forcément l'intérêt de cette démarche et fait parfois preuve de méfiance en refusant de signer les attestations d'information. Les audiences publiques associées à cette multiplication de l'information peuvent faire naître des inquiétudes chez les patients, comme chez les soignants. Les soignants sont attentifs aux éventuelles répercussions des informations communiquées au patient. Ce dernier s'inquiète régulièrement du risque de violation du secret médical, du respect de son intimité et de sa dignité. Les modalités de communication évoluent et les patients, notamment les malades chroniques, se sont adaptés et appréhendent de mieux en mieux ces informations.

La possibilité de prononcer une mesure de contrainte sans tiers, en cas de péril imminent pour la santé de la personne, favorise l'accès aux soins psychiatriques des personnes dont l'entourage est difficilement joignable ou refuse d'être à l'origine de la mesure.

Pour certains, cette nouvelle modalité de demande de soins sans consentement en l'absence de tiers n'a pas conduit au désengagement des familles, même si l'on constate sur certains sites que la mesure de péril imminent devient la première modalité de soins sans

consentement à la demande de tiers¹³. On peut donc s'interroger sur le caractère potentiellement liberticide de cette modalité prévue par la loi alors même que le directeur de l'établissement a l'obligation de mettre en œuvre dans les plus brefs délais les moyens nécessaires pour rechercher le tiers, et la décision de prolongation de la mesure sera contrôlée par le juge. Elle a surtout permis de pallier l'absence ou le refus de l'entourage et le désistement de familles qui ne souhaitent plus porter la responsabilité d'une mesure de contrainte par exemple. Toutefois, la plus grande transparence de l'information relative à l'identité du tiers peut influencer sur la relation du patient avec le tiers et être source de tensions. Les familles se positionnent généralement en protecteurs naturels. Lorsque les familles s'impliquent, il y a parfois à cet égard un risque de violation du secret médical.

Outre le fait d'être à l'origine des demandes de soins, les familles jouent un rôle essentiel et accompagnent le patient dans la mise en œuvre du programme de soins en ambulatoire lorsqu'elles ont en les moyens (disponibilité, connaissance de la maladie, relation avec les soignants...). Ce relais des familles participe au maintien du lien familial et social souvent nécessaire à la réalisation du projet thérapeutique.

Des réorganisations nécessaires

A la recherche d'une organisation optimale

Le formalisme imposé par la loi représente une activité chronophage pour les soignants et le personnel administratif qui y sont aujourd'hui familiarisés. Le poids des formalités administratives induites par la loi a conduit à repenser les organisations. Beaucoup d'établissements ont recruté du personnel administratif spécifiquement dédié au suivi des procédures pour les soins sans consentement. Leur activité est elle-même rythmée par les délais imposés. Plusieurs tâches, par exemple la tenue d'un échéancier des certificats, ou la préparation de ceux-ci, progressivement identifiées comme des tâches administratives, ont été confiées aux secrétaires, ou à d'autres agents administratifs. Certaines structures se sont munies de logiciels pour faciliter le traitement des pièces administratives.

Les audiences, quelles que soient leurs modalités d'organisation, nécessitent que le patient soit accompagné. Cet accompagnement, au minimum d'un soignant, est une activité vécue par l'équipe comme secondaire relativement aux activités thérapeutiques toujours prioritaires. Le temps qui lui est dévolu, dans un contexte de ressources humaines constantes, est un temps qui paraît alors souvent empiéter sur cette activité thérapeutique. Les directeurs

¹³ Cf. Annexes 4, 5 et 6.

des établissements dont l'activité psychiatrique est limitée sont d'autant plus préoccupés par ces contraintes. Certains directeurs ou leurs représentants se rendent aux audiences du JLD pour s'informer des fonctionnements, encourager leurs équipes, y accomplir sans délai leur responsabilité administrative.

Au niveau territorial, les attentes d'un rôle de soutien et d'animation de l'ARS concernant la mise en place de cette loi ont parfois laissé place à une insatisfaction des professionnels.

Des modalités hétérogènes dans la tenue des audiences

La loi du 05 juillet 2011 prévoit trois modalités pour la présentation au JLD : l'audience au tribunal au même titre que n'importe quel justiciable, audience foraine ou audience par visioconférence au sein de l'hôpital. Plus de 70% des audiences ont lieu au TGI¹⁴, à une fréquence supérieure à une fois par semaine dans près de trois quarts des cas, et comptent en moyenne moins de quatre dossiers par audience. Les raisons invoquées par les juges concernant le choix du type d'audience sont variables (effectifs réduits, disponibilités limitées, distances géographiques, ...) Dans certains départements, l'audience au tribunal est généralisée (Haute-Garonne par exemple). Dans d'autres départements (Hauts-de-Seine par exemple), les audiences foraines sont privilégiées malgré le maintien des autres modalités.

Ces audiences foraines nécessitent des locaux adaptés au sein des établissements de santé, ce qui a été réalisé dans plusieurs établissements visités. Le déplacement du magistrat et du greffier pour la tenue d'audience au sein de l'établissement hospitalier nécessite leur remplacement pour assurer la permanence du JLD. Pour différentes raisons, et dans la majorité des cas, l'audience continue à se dérouler exclusivement au tribunal. Ces audiences sont publiques, mais des ordonnances de non publicité systématique sont rapportées.

Une modification des pratiques professionnelles

Spontanément, les soignants admettent que la loi n'a pas eu d'impact sur les pratiques de soins. Les modalités juridiques sont décrites par les soignants comme une injonction supplémentaire, essentiellement administrative et chronophage, réalisée au dépend des temps de soin. Le lien entre l'effectivité des droits des patients et une éventuelle dérive sécuritaire¹⁵

¹⁴ « Soins contraints : un premier bilan statistique dérangeant ? » *J'essaim...pour une autre justice*, n°24 Oct/nov 2012.

¹⁵ Le nouvel ordre psychiatrique, Labouret O., Editions Erès, p.71-77, 2012

n'est que peu interrogé, comme l'illustre le faible nombre de mainlevées¹⁶. Le respect des droits de l'usager est considéré comme acquis.

Pourtant, du fait de la temporalité dictée, les psychiatres réinterrogent plus fréquemment les prises en charge et réalisent un travail pédagogique vis à vis des patients et du juge. Les échanges avec les familles et les patients chroniques s'en trouvent renforcés. Par ailleurs, le formalisme des certificats horodatés et circonstanciés a conduit à mettre en œuvre des formations à la rédaction et des évaluations de pratiques professionnelles (EPP) portant sur la conformité des certificats et la tenue du registre. Une diminution des demandes de soins sous contrainte, qualifiées « d'abusives » est relevée, en raison d'une attention plus aigüe portée au libre-arbitre du patient dans les services d'urgence par exemple.

Par ailleurs, les soignants initialement embarrassés par la demande de renseignements du JLD pendant les audiences, mettent aujourd'hui à contribution ce temps pour recueillir des données nécessaires à l'amélioration de la prise en charge. Cela renforce leur rôle de relais par rapport à l'équipe et au patient¹⁷.

Aujourd'hui la mise en œuvre des programmes de soins ambulatoires permet de diminuer le nombre d'hospitalisations itératives et sous contraintes¹⁸. Sa souplesse permet au patient de demander sa ré hospitalisation sans consentement, mais sans contrainte lorsqu'il en ressent le besoin.

Si les pratiques des professionnels (justice, sanitaire) ont évolué, la place de l'avocat à l'interface d'une triangulaire « famille patients soignants » reste encore à trouver. Peu familiarisés à ces nouveaux « clients » et à leur parole, certains avocats se centrent sur une recherche systématique de contentieux ou de vices de forme. Il semble que les avocats les plus expérimentés développent une approche plus soucieuse de la prise en charge du patient. Alors même que de plus en plus de patients refusent de se faire représenter par un avocat.¹⁹

¹⁶ Cf. annexes 4, 5, 6

¹⁷ Jean CANNEVA, Président honoraire UNAFAM

¹⁸ article Robin, Broschard, Kannas

¹⁹ Jean CANNEVA, Président honoraire UNAFAM

L'apparition d'une culture commune

La rencontre des professionnels de santé autour de cette loi

Pour beaucoup de professionnels, « l'apparent choc des cultures n'a pas eu lieu²⁰ », même si la loi s'apparente pour d'autres à un « mariage forcé ²¹ ». Si certaines difficultés perdurent sur des points précis de mise en pratique du texte (lieu de l'audience, certificats médicaux), l'ensemble des parties prenantes à cette loi a tenté de l'appliquer dans l'intérêt du patient et de façon à maintenir l'accès à des soins de qualité. Sa mise en application a néanmoins mis en exergue la nécessité pour les professionnels, d'une meilleure compréhension mutuelle de leurs motivations, de la nature des interventions et de leurs contraintes respectives.

Vers un décloisonnement des pratiques professionnelles

Un important travail de collaboration a été réalisé par les professionnels de terrain, notamment entre le corps médical et la justice, afin de parvenir à une culture commune et à un véritable travail en interdisciplinarité. A presque deux ans de sa mise en pratique, il est important de souligner à quel point les représentations des professionnels ont pu évoluer. Ce processus s'explique notamment par le développement des espaces de rencontre et des formations communes entre magistrats et psychiatres, des réunions de concertation pluridisciplinaires sur des études de cas « à froid ».

Ce décloisonnement des pratiques professionnelles et le formalisme accru de la loi a contribué à une amélioration de la transparence et de la lisibilité dans les procédures. Ce sont des éléments qui tendent à réduire dans l'opinion collective le sentiment d'arbitraire entourant les hospitalisations sous contraintes.

Cependant, il demeure fondamental que chacune des parties prenantes à l'application de cette loi reste dans son rôle et respecte l'équilibre prôné par les textes afin de garantir le principe de liberté individuelle en tant que droit précieux et constitutionnel placé au cœur de la loi du 5 juillet 2011.

²⁰ L'intervention du juge dans le contrôle des mesures d'hospitalisations sans consentement, Marion Primevert, Isabelle Reghi, in *Pluriel* n°99-100, Mars 2013

²¹ « Réflexions d'un avocat un an après la loi du 5 juillet 2011 », R Mayet, in *Pluriels*, n°99-100, Mars 2013

Un processus d'acculturation encore inachevé

Si l'ensemble des professionnels de santé ont « joué le jeu » dans l'application très rapide de cette loi, le degré de coopération et de coordination des différents acteurs est très variable d'un département à un autre.

A l'extrême, certains professionnels de santé se positionnent à contre-courant de cette loi : ils dénoncent son tournant sécuritaire autour du concept de « *flicatrie* » et un « *nouvel ordre psychiatrique déshumanisant* »²².

²² « Le Nouvel ordre psychiatrique » - Olivier Labouret, Edition Eres, 2012

II. Le dispositif mis en place par la loi du 5 juillet 2011 laisse apparaître certaines incertitudes qui le rendent de ce fait, perfectible

A. L'application de la loi met en lumière un certain nombre de limites relatives tant aux procédures qu'aux pratiques.

Complexité des procédures pour l'ensemble des acteurs concernés.

L'arrivée de la loi du 5 juillet 2011 ne s'est pas faite sans surprise et n'a été que très peu anticipée (formations accélérées, réorganisations hâtives, ...). Les formations relatives à cette loi sont considérées comme insuffisantes. Si sur ce point le ministère a été très présent auprès des ARS, le suivi a été moindre concernant les établissements et les services préfectoraux dont les personnels concernés ont le sentiment d'avoir été les plus concernés par ce manque de sensibilisation.

Dans un souci de traçabilité, les différentes procédures impliquent beaucoup plus de formalités à accomplir. La charge administrative est plus importante qu'auparavant. En outre, plus de vérifications et de préparations de décisions sont à effectuer. Ces procédures administratives chronophages peuvent produire des effets indésirables. La nécessité de certificats répondant aux exigences du texte²³ (horodaté, dactylographié, et suffisamment circonstancié), leur nombre élevé et la multiplicité des acteurs renforcent les risques d'erreurs.

Par ailleurs, cette loi transforme sensiblement les pratiques avec l'entrée en jeu de magistrats non spécifiquement formés au monde de la psychiatrie. La mobilisation complexe des professionnels de santé pour l'accompagnement des patients lors des audiences est une pratique nouvelle à laquelle les soignants ont du s'adapter.

Ce formalisme accru présente le risque d'éloigner les soignants de leur mission première, le soin, et donc de rendre plus difficile l'établissement de la relation avec les patients.

Par ailleurs, de nombreux acteurs sont amenés à être impliqués, alors que la démographie médicale des psychiatres s'avère problématique dans certaines zones pour l'établissement et signature des certificats médicaux.

²³ Le certificat médical doit être dactylographié uniquement pour les SDRE. 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)

Concernant les usagers, le droit des patients est clairement affirmé dans la loi, mais au vu du caractère complexe du dispositif, on peut se demander si le niveau de compréhension et d'appropriation des informations par l'utilisateur est suffisant. D'après les témoignages recueillis auprès d'utilisateurs, ceux-ci se voient remettre plus de documents sans toujours être accompagnés d'explications. Ils témoignent d'une incompréhension concernant la nécessité de signer certains documents attestant qu'ils ont été effectivement informés de leurs droits individuels par rapport à l'hospitalisation sous contrainte. La pertinence du recueil du consentement par écrit est parfois remise en question.

Au niveau de la loi, certaines différences en termes d'information de la personne peuvent être décelées. Les décisions d'admission prises par le représentant de l'Etat qui sont communiquées de droit aux patients alors que celles qui sont établies par le directeur d'établissement accueillant le patient ne relèvent pas d'une telle obligation peuvent paraître incohérentes.

Enfin, la divulgation de certaines informations peut également être source d'incertitudes. Ainsi, alors qu'il est indéniable que les droits des patients sont mieux garantis par le contrôle du juge, les possibles levées du secret médical lors des audiences et la divulgation de l'intimité des patients posent problème.

Dans la même lignée, la communication de l'identité du tiers par le JLD peut constituer un frein pour des proches qui ne souhaitent pas que leur identité soit divulguée et qui préféreront se désister.

Des pratiques en question

Le constat fait à l'issue des échanges avec les différents acteurs concernés par la loi du 5 juillet 2011, met en avant les limites de certaines pratiques dans le cadre de l'application de celle-ci. Ainsi, trois axes prépondérants mettent en exergue des disparités : le contexte géographique et territorial, les modalités de présentation au JLD et les pratiques mises en œuvre pour s'affranchir de la présentation du patient au JLD.

Le contexte géographique et territorial influence sur l'application qui est faite de la loi. Les établissements d'accueil de patients nécessitant des soins ne disposent pas des mêmes moyens. Ainsi, l'évolution de la prise en charge et du suivi des patients pourra être différente. Une structure qui n'aura pas eu de dotation complémentaire pour la mise en œuvre de la loi, pourra avoir des difficultés organisationnelles. Par exemple, elle ne pourra pas solliciter des agents supplémentaires pour accompagner des patients aux audiences, et répercutera le plus souvent cette tâche additionnelle chronophage sur les effectifs soignants. D'autres facteurs territoriaux

créent des disparités. Ainsi, le mode d'implication des ARS n'est pas homogène d'une région à une autre, voire à l'intérieur d'une même région, et ne permet pas toujours d'avoir une lisibilité sur les expériences des établissements. D'un département ou d'un territoire à l'autre, des pratiques culturelles différentes sont également possibles :

- les relations entre centres hospitaliers et centres médico-psychologiques ne sont pas identiques ce qui a des conséquences sur le suivi des soins ambulatoires d'un patient,
- les pratiques sont parfois remises en cause pour s'adapter aux exigences de la loi,
- l'existence ou non de service mobile d'urgence et de post-urgence psychiatrique territorialisé.

Le choix du mode d'audience dépend de plusieurs facteurs qui vont créer des disparités de traitement d'un patient à l'autre en fonction de son lieu d'hospitalisation : disponibilité du juge, capacité d'agencement d'une salle dédiée exclusivement aux audiences à l'hôpital, moyens logistiques et budgétaires de l'hôpital pour mettre en œuvre l'une ou l'autre des modalités.

Certains estiment que l'audience au tribunal permet au patient d'accéder à une de droit commun comme tout citoyen. D'autres arguent cependant qu'une audience au tribunal peut présenter une difficulté pour le patient en raison de la symbolique du lieu, le déplacement hors les murs de l'hôpital dans des conditions plus ou moins adaptées. Le patient peut se sentir en position de mise en cause pour des faits qu'il n'aurait pas commis. La confrontation avec des personnes jugées pour des faits délictuels peut être perturbante.

L'audience foraine avec déplacement du JLD à l'hôpital permet au patient d'être entendu et d'avoir un contact physique avec son interlocuteur, sans avoir à subir le stress d'un déplacement hors des murs de l'établissement.

Comme l'audience foraine, la visioconférence permet de s'affranchir d'un traumatisme lié au déplacement du patient vers le tribunal. Cependant, ce type d'audience est perçu comme impersonnel par les patients ou certains JLD, du fait de l'absence de contact réel avec son interlocuteur. La visioconférence est difficilement compatible avec certaines situations pour 13% des TGI interrogés²⁴.

Quelle que soit la modalité retenue pour les audiences, le sentiment du patient vis-à-vis de cette procédure est mitigé. Il reconnaît le fait qu'il a l'opportunité d'exprimer son ressenti et ses attentes concernant son hospitalisation, mais se sent identifié comme coupable

²⁴ Bilan des réponses au 4^{ème} questionnaire sur la mise en place de la réforme des soins psychiatriques Août 2011- Juillet 2012 in *J'essaim...pour une autre justice*, n°24 Oct/nov 2012.

d'un fait et non comme demandeur de reconnaissance par rapport à sa privation de liberté. Les patients, amoindris par leur hospitalisation, peuvent perdre leurs moyens ou ne pas comprendre ce qui est attendu d'eux.

La plus grande difficulté d'organisation des audiences relevée par les TGI réside cependant dans les délais de procédure très brefs compliquant la fixation des dates d'audience et l'envoi de convocations. Le rôle des greffiers s'avère essentiel pour la bonne administration, l'invitation du tiers. La personne de confiance est quant à elle souvent prévenue par le patient. Les avocats, généralement commis d'office, ont très peu de temps pour préparer la défense et les droits du patient²⁵, ce qui va à l'encontre du droit à la défense. Enfin, la présence des soignants à l'audience peut parfois être vécue par les patients se sentant surveillés, comme une entrave à leur liberté de parole.

Les pratiques mises en œuvre pour s'affranchir de la présentation du patient au JLD sont de plusieurs ordres. Ainsi, l'hospitalisation à temps partiel dispense de l'obligation de présentation du patient au JLD, puisque n'étant pas intégré sur le plan administratif dans un processus d'hospitalisation complète. De même l'application d'un programme de soins avant le délai d'audience du patient aboutit à la non intégration de celui-ci dans les rouages de l'obligation de présentation du malade au JLD. De manière marginale, des tentatives de contournement de cette loi ont pu parfois être relevées. Certaines pratiques permettent d'éluder le contrôle de plein droit du JLD : mise en place de programme de soins prévoyant une hospitalisation partielle avec une sortie d'une heure par jour par exemple.

Par ailleurs, le déploiement des programmes de soins peut aussi se heurter à un manque de moyens dans leur mise en œuvre et pose la question de la qualité du suivi²⁶. Plus particulièrement, la non-observance laisse parfois les professionnels très démunis et interroge les modalités de gestion des ruptures du programme de soins, notamment en cas d'abandon du domicile.

La loi du 5 juillet 2011 fait l'objet de diverses remises en cause.

Les questions prioritaires de constitutionnalité

La première de ces remises en cause est institutionnelle et émane du Conseil constitutionnel. Comme pour la loi de 1990, le Conseil constitutionnel a été saisi d'une

²⁵ Réflexions d'un avocat un an après la loi du 5 juillet 2011, R. Mayet, in *Pluriels*, n°99-100, mars 2013

²⁶ Impact d'une offre immédiate de soins ambulatoires dès l'admission auprès de patients primo arrivants à l'hôpital psychiatrique. Devenir des malades de J0 à cinq ans. Comparaison avec un groupe témoin. Robin M., Bronchard M., Kannas S., *Soc Psychiatr Epidemiol* (2008) 43/498-506.

question prioritaire de constitutionnalité à l'initiative d'une association d'usagers. Par une requête en date du 14 septembre 2011, l'Association Cercle de Réflexion et de Proposition d'Action sur la psychiatrie (CRPA) a demandé au Conseil d'Etat l'annulation du décret 2011-846 du 18 juillet 2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatrique et du décret 2011-847 daté du même jour. Lors de ce recours, l'association CRPA a, par ailleurs, soulevé une question prioritaire de constitutionnalité, transmise au Conseil constitutionnel par le Conseil d'Etat par une décision du 8 février 2012.

Dans son mémoire, le CRPA soulève l'inconstitutionnalité de plusieurs dispositions du code de santé publique dans sa rédaction issue de la loi du 5 juillet 2011. Le Conseil constitutionnel a joint l'examen de deux dispositions :

- La non-conformité des dispositions de l'article L 3211-12-II du CSP

Cet article encadre l'intervention du juge de la liberté et de la détention en matière de soins sans consentement pour les personnes ayant été reconnues pénalement irresponsables ou ayant séjournées en unité pour malades difficiles.

Le CRPA soulève deux moyens d'inconstitutionnalité à l'égard de cet article. Dans un premier temps, l'association estime que cet article est contraire à l'article 64 de la Constitution en ce qu'il viole l'indépendance du Juge. Ce dernier ne peut ordonner la mainlevée de la mesure de soins sans consentement qu'après avoir obtenu deux expertises de psychiatres. De plus, ces avis ne peuvent être émis que par des experts inscrits sur une liste établie par le procureur de la République et ne peuvent être librement choisis par le juge lui-même. Ensuite, l'association soulève l'inconstitutionnalité de l'article L 3211-12-II du code de santé publique au vue de l'article 1^{er} de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen et de l'article 1^{er} de la Constitution. L'article litigieux instaurerait une différence de traitement entre les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques « de droit commun » et ceux faisant l'objet d'une déclaration d'irresponsabilité pénale, ou ayant séjourné en unité pour malades difficiles ; différence de traitement contraire au principe d'égalité des citoyens devant la loi.

- La non-conformité des dispositions de l'article L 3213-8 du CSP

Ce texte impose au représentant de l'Etat de suivre une procédure particulière quant à la mainlevée des mesures d'hospitalisation sous contrainte des personnes qui ont fait l'objet d'une déclaration d'irresponsabilité pénale ou d'un placement en unité pour malades difficiles. Pour le CRPA, il s'agirait d'un mode de privation de liberté arbitraire.

Dans sa décision n°2012-235, le Conseil constitutionnel a estimé que ces dispositions instaurent des règles plus rigoureuses que celles applicables aux autres personnes soumises

à des soins psychiatriques et les a déclarées contraires à la Constitution. L'abrogation de ces dispositions interviendra au 1^{er} octobre 2013.

Le législateur devra donc réformer la loi du 5 juillet 2011. Le CRPA soulevait également l'inconstitutionnalité d'autres dispositions du code de la santé publique mais le Conseil constitutionnel les a déclarées conformes à la Constitution.

La place du Préfet

La loi du 5 juillet 2011 fait également l'objet de reproches en ce qui concerne le rôle du représentant de l'Etat, c'est-à-dire le Préfet. L'admission en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat intervient en cas de troubles mentaux nécessitant des soins et compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Dans sa tâche, le Préfet est assisté par le Directeur Général de l'ARS et par le responsable de sa délégation territoriale dans le département. Les ARS sont, par ailleurs, chargées d'organiser sur leur territoire de santé un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques. Les professionnels de santé sont parfois dans l'attente d'un rôle plus actif des ARS en la matière.

L'absence d'une jurisprudence claire

Dans un premier temps, le manque de publicité des décisions du JLD est soulevé. La décision n'est donc pas diffusée. Or l'étude de la jurisprudence peut aider les professionnels à faire évoluer leurs pratiques et à mieux appréhender la loi. De plus, la loi étant récente, il n'y a pas encore d'unification de la jurisprudence. Ce point est également soulevé par les professionnels notamment administratifs. C'est notamment le cas à l'égard des décisions des Cours d'Appel. Une Cour peut annuler un jugement du JLD, alors que pour un cas similaire, un autre juge d'appel entérinera la décision du juge de première instance. Cela crée une sorte de flou juridique.

La compétence du JLD

De l'avis général, la compétence du JLD pour statuer sur le maintien en hospitalisation complète n'est pas remise en cause. Les juges statuent au vue des éléments que les psychiatres leur donnent. Selon les professionnels les relations entre le juge et les psychiatres s'améliorent car le juge statue sur le fond, prend conscience de l'état du malade et échange avec les psychiatres. Ainsi, il est rare que le JLD ne confirme pas l'avis des médecins²⁷.

²⁷ Cf. annexes 4, 5 et 6

B. À l'aube des deux ans de la loi réformant les modalités d'admission en soins sans consentement, des pistes d'évolutions multifactorielles sont envisagées.

Vers un exercice accru des droits de la personne

Un des objectifs de la loi du 5 juillet 2011 est de renforcer le respect des droits de la personne. Si l'objectif de la judiciarisation du processus d'entrée en soins sous contrainte est bien de permettre une expression contradictoire du patient, l'information et la manière dont celle-ci est délivrée revêtent une importance cruciale pour parvenir à une effectivité de l'accès à ces droits.

Dans ce contexte, l'information délivrée au patient apparaît tout au long des entretiens que nous avons menés, comme une préoccupation forte des différents professionnels.

L'information donnée au patient concernant sa présentation devant le juge des libertés et de la détention, peut générer, du fait de la présence même du terme « détention », inquiétude et incompréhension. Le JLD pourrait être dans ce cadre renommé, « le juge de la liberté » pour éviter l'amalgame entre hospitalisation et détention. Au delà d'une considération sémantique, il convient de s'interroger sur la teneur et la forme que doit prendre l'information délivrée par les équipes soignantes. Une définition des modalités de traçabilité de l'information donnée au patient sur ses droits et sur les voies de recours devient dans ce contexte une nécessité.

De même, il faut renforcer la traçabilité de la recherche de consentement du patient lors de toutes modifications de sa prise en charge.

Lors des audiences, des éléments du dossier médical sont amenés à être rendus public. Ceci a constitué une source de crainte pour de nombreuses équipes soignantes lors de la mise en application de la loi. De même, la divulgation en audience de l'identité du tiers à l'origine de l'hospitalisation peut engendrer certaines conséquences (conflits, représailles...).

Face à ces deux questionnements, la réponse à apporter réside, du point de vue de l'un des magistrats interrogé, dans le souci porté à la forme donnée à l'audience. Siéger au sein de l'établissement (audience foraine) permet de limiter le risque de présence de tiers non concernés. Le magistrat doit également faire en sorte d'adapter son discours au contexte parfois sensible.

Cela réclame une plus grande appropriation par les magistrats des problématiques spécifiques aux soins psychiatriques.

L'entourage du patient doit aussi être impliqué, si tel est son choix, dans la prise en charge proposée. C'est ici une volonté souvent exprimée par les associations d'usagers mais aussi par les équipes soignantes. Cette implication est probablement susceptible d'améliorer l'observance et l'acceptation des programmes thérapeutiques.

Enfin, une adaptation du rôle de la personne de confiance²⁸ aux modes de prise en charge en psychiatrie semble intéressante. Il faut en effet mieux définir sa fonction et son rôle, prioritairement dans l'expression de la volonté du patient lorsque celui-ci n'est pas en capacité de l'exprimer, pouvant trouver une traduction par sa présence lors de l'audience devant le JLD.

Faire évoluer le dispositif de judiciarisation des soins sans consentement

Le délai de saisine du JLD pourrait faire l'objet d'une modification. Il paraît en effet envisageable de présenter le patient beaucoup plus tôt (4^{ème} jour, comme c'est le cas en Belgique) au JLD pour qu'il statue à la fin de la période d'observation, au regard du certificat médical des 72 heures dans lequel le médecin précise s'il y a nécessité de maintenir les soins sans consentement et la forme qu'ils doivent prendre. Le juge sera donc dans ce cas non pas dans une démarche de validation de la prolongation de la mesure mais dans un véritable questionnement sur l'intérêt déclencher l'initialisation de la mesure.

La question du lieu de déroulement des audiences devant le JLD fait, elle aussi débat. Nous l'avons vu, les modalités sont diverses. Il semble se dessiner un certain consensus (médecins, usagers, juristes, pouvoirs publics) pour évoluer vers l'harmonisation des pratiques. Les audiences tenues au sein même de l'hôpital apparaissent comme étant plus adéquates pour garantir trois principes, à savoir : la dignité des personnes, l'intimité de leur vie privée et le secret médical. Le recours à la visioconférence devrait rester marginal et motivé. Pour parvenir à ce résultat, il paraît nécessaire que loi impose ce fonctionnement. De l'avis de certains magistrats, la fonction de JLD n'est pas suffisamment professionnalisée. Cela a pour conséquence une appétence modérée pour la mise en place de modalités organisationnelles mettant la priorité à l'intérêt du malade.

Un médecin psychiatre interrogé est favorable à une réduction du nombre de certificats à produire. Pour certains patients, les psychiatres peuvent être amenés à rédiger parfois plus de vingt certificats, cela peut sembler d'une lourdeur excessive. La juge des libertés et de la

²⁸ Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

détention au TGI de Nanterre émet quant à elle un avis plus nuancé. Elle considère en effet qu'il serait nécessaire de simplifier le processus en n'exigeant pas qu'une nouvelle décision administrative soit prise après chaque certificat médical. Elle trouve en revanche que des évaluations répétées et régulières sont nécessaires dans cette période de privation de liberté.

De même, la manière de rédiger les certificats médicaux doit pouvoir évoluer afin que le JLD puisse statuer sur les éléments d'appréciation qui ont conduit à la mise en place de la mesure plus que sur des éléments d'ordre diagnostique.

En matière de simplification administrative, la représentante de l'ARS Languedoc-Roussillon trouverait judicieux d'harmoniser les procédures, que la demande de soins émane du maire de la commune ou du Préfet de département.

La notion de médecin participant ou ne participant pas à la prise en charge pourrait également être abandonnée.

Par ailleurs, une simplification pourrait consister à évoluer vers un seul régime d'hospitalisation sous contrainte se rapprochant ainsi de la notion d'hospitalisation involontaire (norme européenne)²⁹. La place même de l'autorité préfectorale peut aussi être réfléchie à l'entrée, dès l'instant où l'hospitalisation sous contrainte fait grief et eu égard à la présence de l'autorité judiciaire.

Certaines associations d'usagers souhaitent que l'avocat commis d'office soit systématiquement rémunéré par l'aide juridictionnelle. Cette mesure ne manquerait pas d'entraîner un surcoût financier qui semble, pour la représentante de l'ARS, impossible à assumer. Ce système risquerait également de représenter une aubaine financière non négligeable pour les avocats. Cependant il semble effectivement nécessaire de rendre plus aisé l'accès au ministère d'avocats qui aujourd'hui demeure minoritaire.

De la mise en œuvre du programme de soins.

Le président honoraire du l'UNAFAM considère que la place laissée aux soins sous contraintes est encore trop importante. Un usager rencontré lors de nos entretiens nous a dit : « *il faut supprimer les hospitalisations sous contrainte car c'est la prison* ». Pour l'UNAFAM, la possibilité pour les patients atteints de troubles psychiques d'exercer un ensemble de droits « essentiels » permettrait de limiter le recours à la contrainte.

²⁹ Rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990
Hélène STROHL, IGAS, Présidente ; Martine CLEMENTE, DGS, Rapporteur général

Il cite :

- le droit aux soins
- le droit aux ressources
- le droit à l'hébergement
- le droit à l'accompagnement
- le droit à la protection juridique
- le droit à l'activité.

L'idée est ici d'organiser une veille assurée par une équipe mobile qui serait chargée d'un suivi global des patients afin d'anticiper et de mieux prendre en charge les épisodes de décompensation.

Aujourd'hui, l'ERIC (Equipe Rapide d'Intervention de Crise), constitue, dans ce cadre une initiative innovante qu'il serait probablement opportun de développer. De nombreux pays européens ont engagés depuis les années 70 un mouvement de désinstitutionalisation mais la France paraît en retard dans le développement des structures et services d'accompagnement des personnes à l'extérieur de l'hôpital. Le secteur d'hospitalisation privé est à ce titre totalement dépourvu de ce type de structure.

Le président de l'association CRPA est favorable à une diversification des prestations de proximité rendant possible une meilleure adaptation aux besoins et aux demandes des malades. Cette idée, empreinte d'un souci évident d'autonomie et de respect de la personne, trouve cependant des limites fortes. En effet, les équipes de soins à domicile existent d'ores et déjà et si leurs actions tendent effectivement à prévenir l'hospitalisation (sous contrainte ou non), elles ne peuvent répondre à toutes les situations.

La confiance développée au décours de ces prises en charge est à même d'instituer une relation de soins plus adaptée.

Nous sommes donc bien dans ce cadre dans un travail d'étayage médical et social du malade.

Cela nous conduit à mettre en exergue un point soulevé par plusieurs des interlocuteurs rencontrés, à savoir le manque de coordination avec le secteur social et médicosocial. La désafférentation sociale est un phénomène fréquent chez les patients atteints de troubles psychiques. La question est donc de savoir comment mettre en place un programme de soins hors les murs de l'hôpital et ainsi accompagner la guérison dans la cité alors même que les besoins les plus fondamentaux de subsistance ne sont pas couverts. Le Président de l'association CRPA met lui aussi en avant la question de l'exclusion sociale et en particulier l'absence de logement comme fait générateur d'un amoindrissement de l'efficacité de toutes les mesures de soins qui pourraient être prises. En effet, l'exclusion sociale amène à

une inégalité d'accès aux soins. Ce constat est partagé par la représentante de la délégation territoriale de l'Hérault de l'ARS Languedoc-Roussillon qui souligne la nécessité de développer l'accompagnement social des malades.

Un médecin psychiatre, membre de la mission d'appui en santé mentale, affirme quant à lui que les sources du progrès se situent à la périphérie de la psychiatrie, pour passer de la psychiatrie à la santé mentale.

Offre de soins en ambulatoire en Allemagne, Angleterre, France et Italie				
	Allemagne	Angleterre	France	Italie
Nombre de centres de santé mentale communautaire (CMP)	523	762	2 018	707
Equipes mobiles psychiatrie / précarité	586	689	94	1 107
Nombre de place en hôpital de jour ou de nuit	8 539	-	18 922	942
Nombre de places d'hébergement médico-sociales (FAM, MAS, ...)	63 427	41 330	11 619	17 343

Extrait de L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences Magali COLDEFY (IRDES) ; Questions d'économie de la santé, n° 180, octobre 2012

Une étude de l'IRDES de 2012³⁰ confirme la nécessité de ce mouvement et soulignant que l'articulation avec le secteur social et l'approche globale de la prise en charge avec les autres acteurs du champ sanitaire et social (médecine de ville, établissements privés, services d'accompagnement social) restent insuffisamment développées en France. Les concepts de rétablissement et d'*empowerment* ou de responsabilisation, comme dans le modèle anglais restent embryonnaires dans le modèle français encore trop empreint d'une prééminence sanitaire et hospitalière.

³⁰ L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences Magali COLDEFY (IRDES) ; Questions d'économie de la santé, n° 180, octobre 2012

Conclusion

L'arrivée de la loi du 5 juillet 2011 a permis d'initier un fort mouvement de réflexion autour de la prise en charge des patients atteints de troubles psychiques.

L'ensemble des acteurs doit aujourd'hui poursuivre le processus de compréhension et d'appropriation de l'esprit même de la loi.

L'intervention systématique du juge judiciaire dans la décision d'hospitalisation sous contrainte a entraîné l'arrivée d'un acteur supplémentaire sur l'échiquier de la psychiatrie. Le secteur judiciaire peu présent jusqu'à ce jour dans le circuit de prise en charge des patients atteints de troubles psychiatriques a peiné dans ce travail d'acculturation.

La volonté de développer cette culture tient encore aujourd'hui à une appétence personnelle des magistrats pour cette question. Certains JLD se félicitent de la création du lien entre le monde médical, soignant, administratif et judiciaire qui s'est spontanément mis en place dans leur ressort, lors de la mise en application de la loi du 5 juillet.

L'existence de cette relation et de ces échanges entre professionnels n'est cependant pas encore suffisamment présente. Elle tient comme nous l'avons vu à des volontés individuelles.

La nécessité d'un socle commun de connaissances est reconnue par tous, il est aujourd'hui temps de construire un modèle reproductible dans chaque région, tendant à une harmonisation des pratiques.

Les soignants ont besoin eux aussi de se former pour d'une part, ne pas voir dans l'application de cette loi, un obstacle à la relation soignante, mais bien une amélioration de l'exercice des droits de la personne soignée, même si cette valeur est déjà très présente dans leur culture.

D'autre part, ils doivent pouvoir connaître suffisamment le dispositif pour délivrer une information claire et adaptée aux patients.

La jeunesse de cette loi tend à favoriser une position de mesure dans les éventuelles évolutions à envisager. A l'instar d'une jurisprudence jugée encore instable, la phase de stabilisation et d'appropriation n'est de notre point de vue pas achevée.

Cependant, que ce soit du point de vue de l'exercice des droits de la personne, du dispositif de judiciarisation, des modalités de soins ou encore du développement d'un socle commun, des évolutions sont à encourager.

Plus qu'une réforme de la loi relative aux soins sans consentement, il semble nécessaire, au travers des différents témoignages recueillis, de repenser, dans leur globalité les

modes de prise en charge en psychiatrie pour tendre vers une conception beaucoup large de la santé mentale incluant les dimensions sociale et médico-sociale.

Ce mouvement ne pourra cependant s'opérer qu'à la condition d'un changement profond des représentations qu'a la société civile à l'égard de ceux souffrant de troubles psychiques et à l'amalgame encore présent entre dangerosité et maladie mentale.

Bibliographie

1 Articles de périodiques

- 1) BERTHON G., DEMAILLY L, DECKER M, et al. « Psychiatrie publique : entre norme et liberté. Dossier ». L'Information psychiatrique, Vol. 87, N° 6, 2011/06-07, pp. 459-511
- 2) CASTAING C. « Pouvoir administratif versus pouvoir médical ? » AJDA – Actualité juridique, droit administratif, N° 36, 2011/10/31. – pp. 2055-2062
- 3) DECKER M. « Autorité et responsabilités dans la prise en charge des patients hospitalisés d'office ». L'Information psychiatrique, 2011/06-07, Vol. 87, n°6, pp. 475-478
- 4) DESCHAMPS J.-L. « Analyse du projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement. ». Revue Droit et santé. N° 36, 2010/07, pp. 394-403
- 5) FARINETTI A. , 2012 « L'unification du contentieux des soins psychiatriques sans consentement par la loi du 5 juillet 2011, Revue du droit sanitaire et social, p.110-120
- 6) GUELLEC A. , 2011, « La réforme des soins psychiatriques sans consentement : vers une amélioration de la prise en charge ? » Actualités JuriSanté, n° 74, 2011/07 - pp. 18-20
- 7) GUIGUE S. « Présentation de la loi relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. ». Revue Droit & Santé, n°45, 2012/01, p. 47-53
- 8) MARQUES A., DAOUD V., STAMATIADIS L., CHALTIEL P., 2013, « La loi du 5 juillet 2011 : protection des usagers ou question de formalité ? », L'Information psychiatrique 2013 ; 89 : 171–7
- 9) MAYET R., Mars 2013 « Réflexions d'un avocat un an après la loi du 5 juillet 2011 », Pluriels, n°99-100
- 10) PENA A. « Internement psychiatrique, liberté individuelle et dualisme juridictionnel : la nouvelle donne ». Revue française de droit administratif (RFDA), n° 05,2011/09-10, pp. 951-966
- 11) PRIMEVERT M. REGHI I., Mars 2013 « L'intervention du juge dans le contrôle des mesures d'hospitalisations sans consentement » Pluriels, n°99-100.
- 12) ROBIN M., BRONCHARD M., KANNAS S., 2008, « Impact d'une offre immédiate de soins ambulatoires dès l'admission auprès de patients primoarrivants à l'hôpital psychiatrique. Devenir des malades de J0 à cinq ans. Comparaison avec un groupe témoin ». Soc Psychiatr Epidemiol (2008) 43/498-506.

2 Ouvrages ou monographies

- 13) LABOURET O. 2012, « Le Nouvel ordre psychiatrique » Edition Eres
- 14) Les politiques de psychiatrie et de santé mentale en Europe. Incertitudes et perspectives.- Sociologie santé, n° 34, 2011/10, 284p.
- 15) La loi du 5 juillet 2011 : un progrès pour l'accès aux droits des patients ? Mars 2013, Revue Pluriels, n°99-100
- 16) La réforme des soins psychiatriques sans consentement : de la psychiatrie disciplinaire à la psychiatrie de contrôle. Revue de droit sanitaire et social n°1 2012/01 -02 p 97-110
- 17) Soins Contraints : un premier bilan statistique dérangeant ? J'essaime ...pour une autre justice, n°24, oct/nov 2012
- 18) L'hospitalisation sans consentement : problématique d'une décision adaptée et éthiquement acceptable. MIP 2009 (site EHESP)

3 Loi, décret, circulaire, jurisprudence

- 19) Loi n°7443 du 30 juin 1838 "sur les aliénés" dite "Loi Esquirol"
- 20) 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
- 21) Décision N°2010-71 QPC du 26 novembre 2010, Les Nouveaux cahiers du Conseil constitutionnel, cahier n°30
- 22) Loi n°2011-803 du 05 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.
- 23) DUPUY O. Note juridique relative à la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 : analyse et propositions de modifications. www.adesm.fr
- 24) Décision N°2012-235 QPC du 20 avril 2012
- 25) CE-08 février 2012-n°352667(décision de renvoi au Conseil constitutionnel de l'examen de conformité à la Constitution des dispositions législatives contestées devant lui)

4 Sites Internet

- 26) Cercle de réflexion et de Proposition d'Actions sur la psychiatrie, psychiatrie.crpa.asso.fr
- 27) Ministère de la santé : sante.gouv.fr
- 28) Conseil constitutionnel : www.conseil-constitutionnel.fr
- 29) Direction des affaires juridiques de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, dossier sur la réforme de la psychiatrie : affairesjuridiques.aphp.fr

Méthodologie

Appréhension de la problématique et organisation du travail

Après une présentation des membres du groupe, identité, parcours professionnels et appréhension du champ d'investigation, nous avons bénéficié d'un exposé de la problématique par nos deux animateurs.

L'échange qui a suivi a permis de confronter des points de vue, de délimiter le périmètre du sujet et d'explicitier les points particuliers à explorer.

L'exploration documentaire s'est appuyée sur le dossier fourni qui a alors été complété par des recherches faites par des membres du groupe. Cette appropriation de la thématique en amont de la session a facilité la discussion entre les membres. A partir de là, trois axes de travail ont été retenus.

L'organisation de l'enquête de terrain a intégré les rendez-vous préalablement pris par les animateurs et les rendez-vous planifiés par des membres du groupe. Les contraintes logistiques, financières et de calendrier ont été prises en compte pour aboutir à une planification efficiente et une répartition des rencontres entre les membres. Tenant compte de ces contraintes, certains rendez-vous ont donné lieu à des entretiens téléphoniques.

La construction d'outils communs s'est faite autour de deux éléments principaux. Le premier élément est un guide d'entretien rédigé ensemble autour des trois axes prédéfinis. Le second est une grille unique de recueil de données permettant de préparer la mutualisation des entretiens. Ainsi, chaque membre a pu avoir une vision transversale des différents entretiens réalisés.

Le groupe a élaboré une ébauche de plan pour le rapport articulé autour des axes retenus. Munis de ces documents, les membres du groupe se sont répartis les entretiens, les documents bibliographiques à explorer et ont convenu des modalités d'échanges (mail, téléphone) dans la période suivante correspondante à la phase de terrain.

Phase de terrain

Trente rencontres ont été réalisées en France, ainsi que trois entretiens téléphoniques grâce aux moyens alloués. Chaque échange a été investi par plusieurs membres du groupe et a donné lieu à un compte-rendu diffusé ensuite aux autres membres. Notre référente a assuré le relai administratif avec l'EHESP.

Les échanges (entretiens, rencontres avec les équipes, audiences) ont permis de recueillir des données auprès de :

- patients et représentants d'usagers,
- représentants d'institutions : ARS, Justice
- représentants hospitaliers : Directeur d'établissement, des soins, médecins psychiatres, chef de pôle, vice-président de CME, personnels paramédicaux et administratifs.

Rédaction du rapport

A l'issue de la phase de terrain, le groupe s'est à nouveau réuni pour un temps d'échanges qui a permis d'affiner le plan du rapport. Les membres se sont constitués en sous-groupes afin de travailler à la rédaction des différentes parties du rapport, ensuite rassemblés pour donner lieu à un document travaillé par le groupe en entier. Cette étape d'appropriation de l'ensemble du document s'est nourrie de l'échange de points de vue, de discussions et des commentaires de nos animateurs.

L'alternance de phases de travail en groupe complet, en sous-groupes de tailles différentes a enrichi le partage des points de vue et permis une gestion du temps.

Liste des annexes

- Annexe n° 1 : Liste des entretiens réalisés
- Annexe n° 2 : Grille d'entretien
- Annexe n° 3 : Schéma synthétique SDRE
- Annexe n° 4 : Données statistiques sur les soins sans consentement– Année 2012 – Clinique de Beaupuy (31)
- Annexe n° 5 : Données statistiques sur les soins sans consentement– Année 2012 – ARS Midi-Pyrénées
- Annexe n° 6 : Données statistiques sur les soins sans consentement – Années 2010 à 2012 – CHS de Montfavet (84)
- Annexes n° 7 : Modèle de certificats

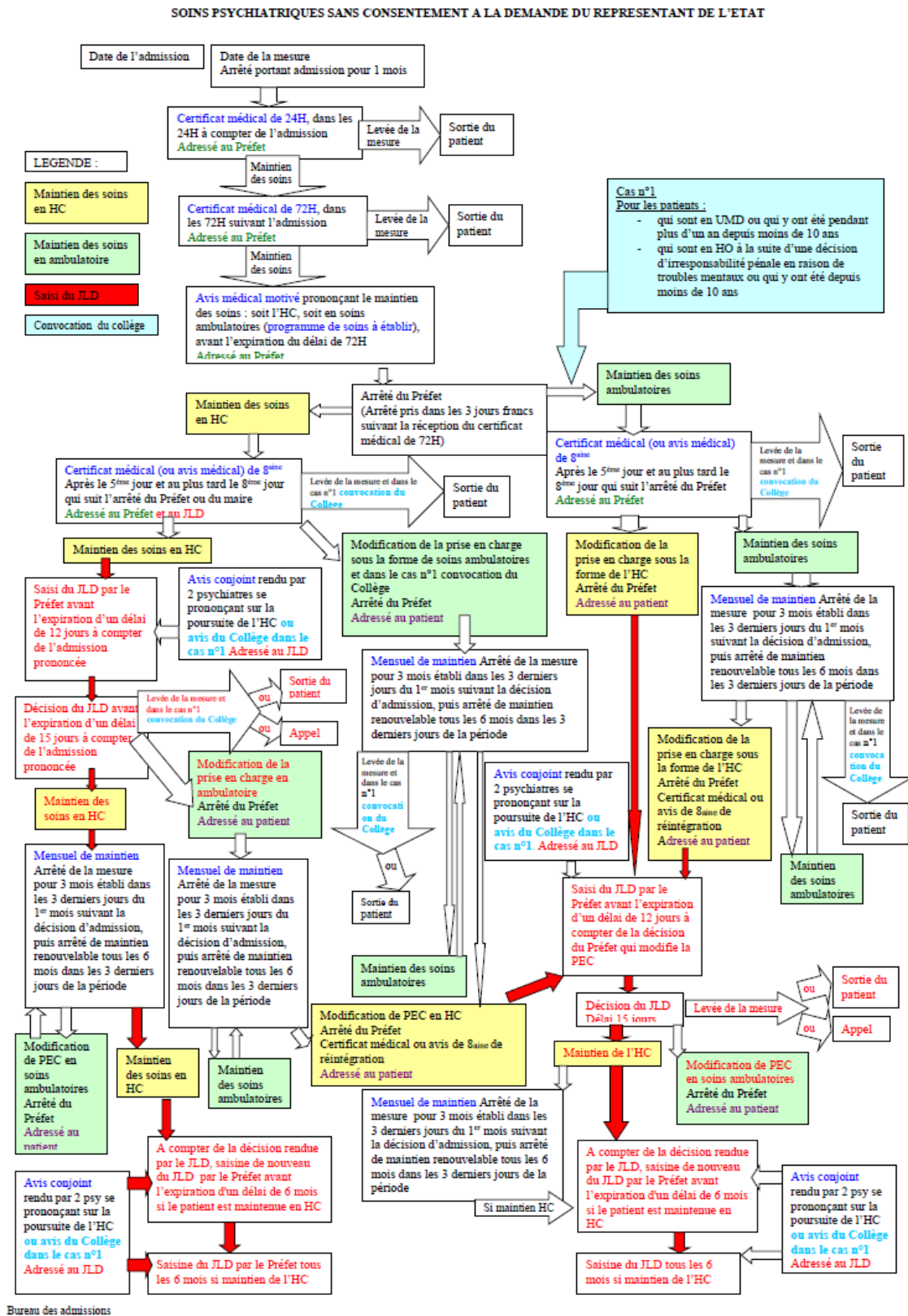
Annexe 1 – Liste des entretiens réalisés dans le cadre du MIP

Nom du contact	Qualité	Etablissement	Date d'entretien
M. Robert ESPIG	Directeur délégué du pôle psychiatrique	CHU de Toulouse - TOULOUSE (31)	22/03/2013
M. Bruno LARZUL	Cadre de santé	CHU de Toulouse - TOULOUSE (31)	29/03/2013
Mme Christelle COURTEY	Cadre de santé	CHU de Toulouse - TOULOUSE (31)	29/03/2013
Mme Naïma HOUARI	Infirmière diplômée d'état	CHU de Toulouse - TOULOUSE (31)	02/04/2013
M. Yves MARCOVICI	Inspecteur de l'action sanitaire et sociale	ARS Midi-Pyrénées	19/04/2013
Mme Maïlys GUIGUEN	Directrice de clinique	Clinique de Beaupuy - BEAUPUY (31)	23/04/2013
Dr Serge KANNAS	Médecin Psychiatre	MNASM - PARIS (75)	03/05/2013
M. André BITTON	Représentant des usagers - Président du CRPA	MNASM - PARIS (75)	03/05/2013
M. Jean CANEVA	Membre association de parents	Entretien téléphonique	03/05/2013
M. Henri ANTHONY-GERROLDT	Coordonnateur des soins	CHU de Dijon - DIJON (21)	03/05/2013
Mme Marie-Christine FAGGI	Cadre supérieur de psychiatrie	CHU de Dijon - DIJON (21)	03/05/2013
Mme Marie-Adèle RIBERO-MATHOUD	Cadre supérieur de santé pôle neurosciences	CHU de Dijon - DIJON (21)	03/05/2013
Dr Didier HONNART	Médecin anesthésiste, chef de pôle	CHU de Dijon - DIJON (21)	03/05/2013
Dr Michaël ROBIN	Médecin psychiatre, chef de pôle	Centre Hospitalier Jean-Martin Charcot - PLAISIR (78)	06/05/2013
Dr Isabelle BIDARD	Médecin psychiatre	Centre Hospitalier Jean-Martin Charcot - PLAISIR (78)	06/05/2013
Equipe ERIC	Différents professionnels de santé	Centre Hospitalier Jean-Martin Charcot - PLAISIR (78)	06/05/2013
Mme Delphine LECAILLE	Juriste - Directrice d'Expert juridique Santé	Entretien téléphonique	06/05/2013
Mme Pascale CAPO	Inspecteur de l'action sanitaire et sociale	ARS Languedoc-Roussillon	06/05/2013
Mme Michelle GRELLIER	Inspecteur de l'action sanitaire et sociale	ARS Languedoc-Roussillon	06/05/2013
M. Michel TRIANTAFYLLOU	Médecin psychiatre	CASH - NANTERRE (92)	06/05/2013
Mme Annie MORVAN	Vice-présidente CME	CHS Montfavet - MONTFAVET (84)	06/05/2013
Mme Laëtitia BRUNIN	Juge des Libertés et de la Détention	Tribunal de grande instance de Nanterre - NANTERRE (92)	07/05/2013
M. Bernard ARNAL	Directeur d'hôpital	CH de Sète - SETE (34)	07/05/2013
Mme Roselyne BASILI	Adjoint des cadres	CHS Montfavet - MONTFAVET (84)	07/05/2013

Nom du contact	Qualité	Etablissement	Date d'entretien
M. Jean-Pierre STAEBLER	Directeur d'hôpital	CHS Montfavet - MONTFAVET (84)	07/05/2013
M. Roger ROUSSEL	Cadre supérieur de santé	CHS Montfavet - MONTFAVET (84)	07/05/2013
M. Sylvain BRAULT	Directeur d'hôpital	Hôpital Corentin Celton - ISSY LES MOULINEAUX (92)	10/05/2013
Mme Diana BOA	Assistante gestion des soins sous contrainte	Hôpital Corentin Celton - ISSY LES MOULINEAUX (92)	10/05/2013
Mme Magali RHABOWYJ	Cadre de santé	Hôpital Corentin Celton - ISSY LES MOULINEAUX (92)	10/05/2013
Mme M	Usager	PARIS (75)	10/05/2013
M. Michel ODRAN	Cadre supérieur de santé	Hôpital psychiatrique Pierre Janet du groupe hospitalier du Havre (GHH) - HAVRE (76)	13/05/2013
Dr Alain FUSEAU	Médecin psychiatre	Hôpital psychiatrique Pierre Janet du groupe hospitalier du Havre (GHH) - HAVRE (76)	13/05/2013
Dr Philippe MEYER	Médecin psychiatre	CHU d'Erstein - ERSTEIN (67) Entretien téléphonique	15/05/2013

THEMES	CONTENU	Observations
Généralités	<ul style="list-style-type: none"> Nom de l'interlocuteur Fonction Bénéfice de soins sans consentement (usager) Présentation de sa structure (établissement, association, ...) Eventuelle participation à la mise en œuvre ou aux réflexions relative à la loi du 5 juillet 2011 	Pour un usager, présenter l'établissement d'accueil ou autre mode de prise en charge (HAD, soins ambulatoires, ...)
Accueil de la loi du 5 juillet 2011	<ul style="list-style-type: none"> Rappel historique de la législation dans le secteur de la psychiatrie et en particulier sur les hospitalisations sans consentement avant la loi du 5 juillet 2011. Contexte de la mise en œuvre de la loi Préparation à la mise en œuvre de la loi Ressentis lors de la mise en œuvre de la loi (portée symbolique, craintes, satisfactions, ...) 	
Relations avec les patients	<ul style="list-style-type: none"> Evolutions pour les droits des patients (information du patient, secret médical, refus de soins Place de la famille : ASDT, perception de l'ASPDPT pour péril imminent, désengagement de la famille, information du patient sur l'identité du tiers. 	
Impact sur les pratiques professionnelles	<ul style="list-style-type: none"> Changement dans les relations avec le patient ou dans sa prise en charge Nécessités d'adaptation organisationnelle ou fonctionnelle Construction et mise en œuvre du Programme de soins Relations avec le médico-social depuis la loi Relations avec les autres intervenants des soins sans consentement Place du professionnel dans ce processus par rapport aux autres acteurs Organisation et déroulement des audiences devant le JLD Question de la légitimité du juge Question du délai de saisine du JLD Place du collège de soignants Place du pair aidant 	Pour chaque professionnel : psychiatre, soignant, magistrat, directeur d'établissement, avocat.
Axes d'amélioration et propositions	<ul style="list-style-type: none"> Propositions pour l'amélioration des pratiques autour des droits du patient Mise en place d'experts médicaux aux côtés du JLD Nécessité de la loi par rapport à la loi de 1990 Autres perspectives 	

Annexe 3 – Schéma synthétique SDRE (Document de travail du CHS de Montfavet)



SOINS SANS CONSENTEMENT 2012
PAVILLON 4

	JANVIER	FEVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPT	OCT	NOV	DEC	TOTAL
ADMISSION	38	32	35	30	31	27	39	36	32	32	31	36	397
LEVEE	35	34	34	30	31	27	39	38	30	32	31	38	399

ORIENTATION	JANVIER	FEVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPT	OCT	NOV	DEC	TOTAL	ORIENTATION/L EVEE
DOMICILE	28	16	19	18	16	7	17	15	14	16	10	17	191	48%
HL BEAUPUY	7	11	12	12	14	18	21	20	15	14	18	18	180	45%
HL MARIGNY	1	1											2	0,50%
HL SEYSSSES		1											1	0,25%
HL RANGUEIL		1											1	0,25%
HL CEDRES		1								1			2	0,50%
HL AUFRERY			1										1	0,25%
HL CASTELVIEL												1	1	0,25%
CHS PURPAN												1	1	0,25%
TRANSFERT HDT (Marchant)	1	2	2		1	1	1	3		1	1		13	3,26%
TRANSFERT HDT TROYES									1				1	0,25%
TRANSFERT HDT (Casselardit)						1					1	1	3	0,75%
TRANSFERT HDT (PURPAN)											1		1	0,25%
DECES		1											1	0,25%

399

TRIBUNAL	JANVIER	FEVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPT	OCT	NOV	DEC	TOTAL	%
Convocations	29	31	27	32	25	28	27	24	31	35	20	28	337	
Ont assisté	5	7	6	6	7	9	8	9	12	6	2	9	86	26%
N'ont pas assisté	18	17	16	21	18	16	15	8	14	28	14	10	193	57%
Levées d'hospit.avant audience	5	7	5	5		3	4	6	5	5	4	8	57	17%
Transfert	1							1				1	3	
convocations / entrées	81%	97%	77%	107%	81%	104%	69%	67%	97%	100%	65%	78%	85%	
Nbre de déplots au TGI	5	7	4	5	7	9	7	7	8	4	2	8	73	

SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT - ANNEE 2012

Région Midi-Pyrénées

	ARIEGE	AVEYRON	HAUTE GARONNE	GERS	LOT	HAUTES PYRENEES	TARN	TARN ET GARONNE	TOTAL REGION
--	--------	---------	---------------	------	-----	-----------------	------	-----------------	--------------

Mesures prises au cours de l'année 2012 :									
Nombre de mesures S.D.R.E.	29	31	228	44	31	36	64	32	495
Nombre de mesures S.D.T.	150	444	949	149	267	420	367	232	2978
Total mesures SDT- SDRE en 2012	179	475	1177	193	298	456	431	264	3473
Nbre S.D.R.E. pour 100 000 hab. de + de 20 ans	24,2	14,1	24,1	29,5	22,3	19,8	21,9	17,4	22,2
Nbre S.D.T. pour 100 000 hab. de + de 20 ans	125,2	202,3	100,4	99,9	192,4	230,6	125,7	125,9	133,5

Mesures en cours au 18/01/2013 :									
S.D.R.E.	22	22	109	42	25	15	55	8	298
S.D.T.	52	77	166	49	41	159	65	23	632
Nbre S.D.R.E. pour 100 000 hab. de + de 20 ans	18,4	10,0	11,5	28,1	18,0	8,2	18,8	4,3	13,4
Nbre S.D.T. pour 100 000 hab. de + de 20 ans	43,4	35,1	17,6	32,8	29,5	87,3	22,3	12,5	28,3

Nombre de réunions de la C.D.S.P.	4	7	5	2	2	4	2	3	29
-----------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------

Sources population : INSEE, estimation de population au 01/01/2010

Nbre d'habitants de + de 20 ans	119 820	219 447	945 511	149 202	138 805	182 111	291 939	184 296	2 231 131
---------------------------------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	------------------

S.D.T. : Soins à la demande d'un tiers - S.D.R.E. : Soins sur décision du représentant de l'état (ex HO)

Autres sources : application nationale HOPSY

N:\CDHP\STATISTIQUES-SDRE-SDT2012-RégionMP.xls

MESURES EN COURS AU 07/02/2013

	Total mesures	% - 1 an	% + 1 an	Durée moyenne en jours
31				
<u>SDT</u>				
C.H. Marchant	128	71%	29%	343 j.
C.H. Casselardit	15	87%	13%	172 j.
Clinique Beaupuy	19	100%	0	17 j.
<u>SDRE</u>				
C.H. Marchant	93	52%	48%	907 j.
C.H. Casselardit	4	25%	75%	919 j.
UHSA	8	100%	0%	34 j.
82				
<u>SDT</u>				
C.H. Montauban	28	96%	4%	143 j.
<u>SDRE</u>				
C.H. Montauban	5	80%	20%	238 j.
9				
<u>SDT</u>				
C.H. Ariège Couserans	49	59%	41%	460 j.
<u>SDRE</u>				
C.H. Ariège Couserans	21	24%	76%	1353 j.
12				
<u>SDT</u>				
C.H. Ste Marie-Olemps	76	75%	25%	421 j.
<u>SDRE</u>				
C.H. Ste Marie-Olemps	22	45%	55%	1283 j.
46				
<u>SDT</u>				
C.H. Leyme	43	79%	21%	501 j.
<u>SDRE</u>				
C.H. Leyme	25	36%	64%	1004 j.

**Annexe 6 – Données statistiques sur les soins sans consentement– Années 2010 à 2012 –
CHS de Montfavet** (Document fourni par le CHS de Montfavet)

SOINS SANS CONSENTEMENT 2010- 2012

ORIENTATION	2010	2011* jusqu'au 5/7	2011* après 5/7	2012
SDT Classique	340	198	84	183
SDT PI	415	263		
SDTU			121	313
SPI			120	394
TOTAL	755		786	890
HO	88			
SDRE			90	72
Mesures provisoires	55		52	37
H0 D398 / SDRE 398	81		82	78
HO / Décision Judiciaire	1		0	3
TOTAL	225		224	190
TOTAL GENERAL	980		1010	1080

TRIBUNAL	2011		2012	
	SDRE	SDDE	SDRE	SDDE
Nbre de patients vu par JLD	105	202	219	533
Mainlevée HC avec programme de soins	3	11	7	42
Mainlevée sèche	0	2	3	5



INFORMATION

Vous êtes admis(e) à la Clinique de Beaupuy, en soins psychiatriques sans consentement sur demande d'un tiers, en application de l'article L.3212-1 du Code de la Santé Publique.

Les informations sur votre situation, vos droits et voies de recours vous ont été données par l'équipe de soins lors de la remise du livret d'accueil à votre admission.

Je soussigné(e)

Madame, Mademoiselle, Monsieur (*)

Reconnais avoir été informé(e) du mode d'hospitalisation, de mes droits et voies de recours.

Fait à Beaupuy, le
(signature)

Si le patient refuse ou s'il est dans l'impossibilité de signer la notification de la présente décision :

Nous soussignés :

Nom :, Prénom :, Qualité :

Nom :, Prénom :, Qualité :

Attestons que

Madame, Mademoiselle, Monsieur (*).....

A bien été informé(e) de la décision prononçant son hospitalisation en soins psychiatriques sans consentement

Fait à Beaupuy, le
(signatures)

(*)Rayer la mention inutile et inscrire nom et prénom



HOSPITALISATION EN SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT SUR DEMANDE D'UN TIERS

CERTIFICAT DE SITUATION

Délivré par le Médecin en exécution de l'Article L.3212.4 du Code de la Santé Publique.

- de 24 heures
- de modification de prise en charge sans consentement
- de sortie
- de transfert à : Marchant,
 Casselardit,
 Autre établissement, lequel :

Je soussigné, Docteur
certifie que le(a) nommé(e)



Hospitalisé(e) le
présente
.....
.....

- la poursuite de la mesure de soins sans consentement est justifiée en raison des risques liés aux symptômes décrits :
 - en hospitalisation complète
 - en alternative à l'hospitalisation complète assortie d'un programme de soins
- la mesure de soins sans consentement peut être levée dans la mesure où le patient accepte des soins compatibles avec son état.

Fait à Beaupuy, le __/__/____
Signature



**HOSPITALISATION COMPLETE
EN SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT
SUR DEMANDE D'UN TIERS**

CERTIFICAT MEDICAL DES 72 HEURES

Délivré par le Médecin en exécution de l'Article L.3211.2-2 du Code de la Santé Publique.

Je soussigné(e), Docteur
certifie que le(a) nommé(e)



hospitalisé(e)le
présente
.....
.....
.....

- la poursuite de la mesure d'hospitalisation complète en soins psychiatriques sans consentement est justifiée en raison des risques liés aux symptômes décrits
- la poursuite de soins psychiatriques sans consentement sous forme alternative, l'avis justifiant cette forme et le programme de soins sont joints à ce certificat
- la mesure de soins psychiatriques sans consentement peut être levée dans la mesure où le patient accepte des soins compatibles avec son état

Fait à Beaupuy, le __/__/____
Signature



**HOSPITALISATION
EN SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT
SUR DEMANDE D'UN TIERS**

DÉCISION D'ADMISSION

- Vu l'Article L.3211-2-2, L.3212-1-I et L.3212-1-II-1° du Code de la Santé Publique
- Vu la demande en date du __/__/____ d'hospitalisation sans consentement présentée par :
Mme, Mlle, Mr
Né(e) le :
Domicilié(e) :
Profession :
Lien de parenté :
- Vu le certificat médical en date du __/__/____ établi par : Dr.....
exerçant : **Hôpitaux de Toulouse** **Autres**
en urgence en péril imminent
- Vu le certificat médical en date du __/__/____ établi par : Dr.....
exerçant : **Hôpitaux de Toulouse** **Autres**
- Vu le certificat médical de 24 heures en date du __/__/____ établi par : Dr.....
exerçant :
- Vu le certificat médical de 72 heures en date du __/__/____ établi par : Dr.....
exerçant :
- Vu les pièces attestant l'identité tant du demandeur que de la personne à hospitaliser :
Mme, Mlle, Mr
Né(e) le :
Domicilié(e) :
Profession :
- Vu l'information délivrée à la personne hospitalisée sur sa situation juridique, ses droits, ses voies de recours

Prononce l'admission en soins psychiatrique en hospitalisation complète sans consentement à la demande d'un tiers de Mr, Mme, Mlle :
entrée à la clinique de Beaupuy le __/__/____

Fait à Beaupuy, le __/__/____

Le Directeur _____



HOSPITALISATION EN SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT

DECISION D'ADMISSION – PERIL IMMINENT

- Vu l'Article L.3211-2-2, L.3212-1-I, L.3212-1-II-1° et L.3212-1-II-2° du Code de la Santé Publique
- Vu le certificat médical en date du ___ / ___ / ___ établi par : Dr.....
exerçant : **Hôpitaux de Toulouse** **Autres**
en péril imminent
- Vu le certificat médical en date du ___ / ___ / ___ établi par : Dr
exerçant : **Hôpitaux de Toulouse** **Autres**
- Vu le certificat médical de 24 heures en date du ___ / ___ / ___ établi par : Dr.....
exerçant :
- Vu le certificat médical de 72 heures en date du ___ / ___ / ___ établi par : Dr.....
exerçant :
- Vu les pièces attestant l'identité tant du demandeur que de la personne à hospitaliser :
Mme, Mlle, Mr
Né(e) le :
Domicilié(e) :
Profession :
- Vu l'information délivrée à la personne hospitalisée sur sa situation juridique, ses droits, ses voies de recours

Prononce l'admission en soins psychiatrique en hospitalisation complète sans consentement dans le cadre d'un péril imminent de Mr, Mme, Mlle :

.....

Entré(e) à la clinique de Beaupuy le ___ / ___ / ___

Fait à Beaupuy, le ___ / ___ / ___

Le Directeur

**HOSPITALISATION COMPLETE
EN SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT
SUR DEMANDE D'UN TIERS**

CERTIFICAT MEDICAL ENTRE LE 6^{ème} ET LE 8^{ème} JOUR

Délivré par les Médecins en exécution de l'Article L.3211.2-2 du Code de la Santé Publique.

Je soussigné(e), Docteur

Assurant la prise en charge de :

ETROUJETTE

hospitalisé(e) depuis le :

Certifie qu'il, elle, présente à ce jour les troubles suivants :

Ceux ci justifient du maintien de la mesure de soins sans consentement en hospitalisation complète.

Fait à Beaupuy, le

Signature

**HOSPITALISATION COMPLETE
EN SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT
SUR DEMANDE D'UN TIERS**

CERTIFICAT MEDICAL CONJOINT ENTRE LE 6^{ème} ET LE 8^{ème} JOUR

Délivré par les Médecins en exécution de l'Article L.3211.2-2 du Code de la Santé Publique.

Je soussigné(e), Docteur

N'assurant pas la prise en charge de :



hospitalisé(e) depuis le :

Certifie qu'il, elle, présente à ce jour les troubles suivants :

Ceux ci justifient du maintien de la mesure de soins sans consentement en hospitalisation complète.

Fait à Beaupuy, le
Signature

**HOSPITALISATION COMPLETE
EN SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT
SUR DEMANDE D'UN TIERS**

CERTIFICAT MÉDICAL D'AUDIENCE

Délivré par les Médecins en exécution de l'Article L.3211.2-2 du Code de la Santé Publique.

Je soussigné, Docteur assurant la prise en charge de :



hospitalisé(e) depuis le : __ / __ / ____ atteste que :

- son état **lui permet** de se rendre à l'audience du Juge des Libertés et de la Détention
- son état **ne lui permet pas** de se rendre à l'audience du Juge des Libertés et de la Détention
- son état **ne lui permet plus** de se rendre à l'audience pour laquelle il(elle) était convoqué(e)
le __ / __ / ____

- son état lui permet d'assister à l'audience en visioconférence au sein de l'établissement
- son état ne lui permet pas d'assister à l'audience en visioconférence au sein de l'établissement

Fait à Beaupuy, le __ / __ / ____

Signature
du médecin assurant la prise en charge



REQUÊTE AU JUGE DES LIBERTÉS ET DE LA DÉTENTION

PAR LE DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

Madame _____, née le _____ à _____, de nationalité française, demeurant Clinique de Beauigny, Domaine d'Artaud à Beauigny 31850.

Requête présentée en application de la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative à la procédure judiciaire de mainlevée des mesures de soins psychiatriques concernant :



Le cas échéant, coordonnées du :

tuteur :

curateur :

qui fait l'objet d'une hospitalisation complète depuis son admission en soins psychiatriques (à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent en vertu des articles L3212-1, L3212-3 du Code de la Santé Publique) par décision du directeur d'établissement en date du

saisine en application du 1^{er} et 2^{ème} du I de l'article L3211-12-1 du Code de la Santé Publique (saisine au plus tard le 8^{ème} jour à compter de l'admission)

saisine en application du 3^{ème} du I de l'article L3211-12-1 du Code de la Santé Publique (saisine au plus tard 10 jours avant l'expiration du délai prévu au 3^{ème} du I de l'article L3211-12-1 du Code de la Santé Publique)

IDENTIFICATION DU TIERS

Nom : Prénom : N° téléphone :

Adresse :

En qualité de :

PAR LE PATIENT OU SON ENTOURAGE

Nom : Prénom : N° téléphone :

Adresse :

Exposé des faits et motivation de la requête :

courrier de requête

procès verbal de déclaration

COORDONNÉES DU SERVICE EN CHARGE D'ASSURER LA LIAISON AVEC LE JLD

Nom et adresse du service :	US 4 - Clinique de Beauigny - Domaine d'Artaud - 31850 BEAUPUY
Contacts :	Responsable d'Unité de Soins 4 et soignants du service
Téléphone : 05. 34. 26. 06. 64.	Fax : 05. 61. 84. 56. 62.

Requête en date du : ___ / ___ / ___

Directeur



TELECOPIE

De : Clinique de Beaupty
Fax n° : 05. 61. 33. 71. 76
Pour : Tribunal de Grande Instance de Toulouse
Date :
Objet : Requête de saisine du Juge des libertés et de la détention
Nombre de pages, page de garde y compris :

MESSAGE:

Madame, Monsieur le Juge des Libertés et de la Détention près le Tribunal de Grande Instance de Toulouse,

Vous trouverez ci-joint les pièces utiles à l'examen de la situation de :

Mr, Mme, Mlle :

Soit :

- la requête motivée de saisine signée par le directeur d'établissement,
- la décision à l'origine de la mesure d'hospitalisation en soins psychiatrique sans consentement,
- les nom, prénom, adresse et numéro de téléphone du tiers, et copie de la demande de soins,
- la décision d'admission signée par le directeur d'établissement,
- le document d'information de la personne concernée sur sa situation juridique, ses droits et ses voies de recours,
- le certificat médical du 6/8^{ème} jour comportant l'avis conjoint de deux médecins psychiatres, et indiquant si la personne peut être entendue ou non par le Juge de la Liberté et de la Détention, ou en visioconférence au sein de l'établissement,
- le certificat médical d'audience,
- le certificat médical des 24h,
- le certificat médical des 72h,
- le document d'identité de la personne concernée,
- la désignation de l'avocat,
- la copie de l'acte de jugement du tuteur ou curateur.

Autres documents, si nécessaires :

-
-
-
-

Vous en souhaitant bonne réception,



**HOSPITALISATION EN SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT
SUR DEMANDE D'UN TIERS**

FORMULAIRE AVOCAT



En vue de l'audience du : ____ / ____ / _____

des motifs médicaux font obstacle à l'audition du (de la) patient(e)
(conformément au certificat médical joint) :

il (elle) demande à être représenté(e) par :

Me _____, avocat choisi

le cas échéant, un avocat commis d'office sera désigné par M. le Bâtonnier

le (la) patient(e) refuse de comparaître à l'audience

il (elle) demande à être représenté(e) par :

Me _____, avocat choisi

le cas échéant, un avocat commis d'office sera désigné par M. le Bâtonnier

le (la) patient(e), qui sera présent(e) à l'audience, indique :

je demande à être assisté(e) par :

◇ Me _____, avocat choisi

◇ un avocat commis d'office désigné par M. le Bâtonnier

je ne souhaite pas être assisté(e) par un avocat :

Fait à Beaupuy, le ____ / ____ / _____

Signature du (de la) patient(e)

Signature et qualité du personnel de santé



**HOSPITALISATION
EN SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT
SUR DEMANDE D'UN TIERS**

DEMANDE DE LEVEE D'HOSPITALISATION

Conformément aux alinéas de l'Article L.3212-9 du Code de la Santé Publique *

MONSIEUR LE DIRECTEUR,

Je soussigné(e),

né(e) le

demeurant

profession

en qualité de

** photocopie d'une pièce d'identité du demandeur de la levée d'hospitalisation en soins psychiatriques sans consentement*

**DEMANDE LA LEVÉE DE L'HOSPITALISATION EN SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT AU
CENTRE HOSPITALIER**

De

né(e) le

demeurant

profession

CONTRE AVIS MÉDICAL, ET APRÈS AVOIR REÇU UNE INFORMATION CLAIRE ET DÉTAILLÉE.

Fait à Beaupuy, le
Signature



Capio Clinique de Beaupuy

Domaine d'Artaud - 31850 BEAUPUY
Tél. : 05 61 84 56 56 - Fax unité de soins : 05 61 84 56 62

**HOSPITALISATION
EN SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT
SUR DEMANDE D'UN TIERS**

LEVÉE D'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT

Conformément aux alinéas de l'Article L.3212-9 du Code de la Santé Publique

LE DIRECTEUR,

Je soussignée,

née le à

demeurant

**PRONONCE LA LEVÉE DE L'HOSPITALISATION EN SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT
SUR DEMANDE D'UN TIERS DE :**

Melle, Mme, Mr :

ETIQUETTE

le :

- sur avis du médecin
- sur demande de la famille
- autres :

Fait à Beaupuy, le
Signature



**HOSPITALISATION COMPLETE
EN SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT
SUR DEMANDE D'UN TIERS**

AUTORISATION DE SORTIE DE COURTE DURÉE

Article L.3211.11.1 du Code de la Santé Publique

Je soussigné(e), _____, directeur de la Clinique de Beaupuy, certifie que le(la)
nommé(e)



hospitalisé(e) depuis le : __/__/____ peut bénéficier, après avis favorable de son médecin
psychiatre, le Docteur _____, d'une autorisation de sortie de 12 heures
maximum, le : __/__/____ à ____ h ____ jusqu'à son retour prévu à ____ h ____ .

- pour un motif thérapeutique pour une démarche extérieure nécessaire

Il(elle) sera accompagné(e) par :

- un membre de l'équipe soignante
 un membre de sa famille
 la personne de confiance, désignée selon l'article 1111-6

Fait à Beaupuy, le __/__/____

Signature
du directeur

Signature
du médecin psychiatre

Signature
de l'accompagnateur



Capio Clinique de Beaupuy

Domaine d'Artaud – 31850 BEAUPUY
Tél. : 05 61 84 56 56 – Fax unité de soins : 05 61 84 56 62

HOSPITALISATION COMPLETE EN SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT SUR DEMANDE D'UN TIERS

CERTIFICAT MENSUEL

Délivré par le Médecin en exécution de l'Article L.3212.7 du Code de la Santé Publique

Je soussigné, Docteur médecin psychiatre,
certifie que le(la) nommé(e)



est hospitalisé(e) depuis le __ / __ / ____ en hospitalisation complète en soins
psychiatriques sans consentement,
et présente :

.....
.....
.....
.....

Les troubles mentaux rendant impossible son consentement :

- la poursuite de soins en hospitalisation complète est toujours justifiée, son état imposant la poursuite des soins nécessaires **assortis d'une surveillance constante** en milieu hospitalier
- la poursuite de soins en hospitalisation sans consentement est toujours justifiée, sous une forme alternative à l'hospitalisation complète, **assortie d'un programme de soins**

Fait à Beaupuy, le __ / __ / ____
Signature

**HOSPITALISATION COMPLETE
EN SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT
sur DEMANDE d'un TIERS**

ADMISSION DANS LE CADRE D'UN TRANSFERT

Article L.3212.1 du Code de la Santé Publique

Je soussigné(e), _____, directeur de la clinique de Beaupuy,

Vu le certificat médical de transfert établi par le Dr _____,
exerçant à _____ en date du _____,

a procédé à l'admission dans le cadre d'un transfert de le/la nommé(e) :

Mme, Mlle, M. _____ né(e) le _____
à _____, profession _____
demeurant _____

hospitalisé(e) depuis le : ___ / ___ / _____ jusqu'à présent en soins psychiatriques
sans consentement à : _____

et ce, à dater de ce jour.

Fait à Beaupuy, le ___ / ___ / _____
Signature

Thème n°23 Animé par : RIVET Sabine , Directrice d'hôpital à la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM) et Dr ROBIN Mickaël, Praticien hospitalier, psychiatre, chef de pôle au Centre Hospitalier de Charcot (78)

Impact de la loi du 5 juillet 2011 réformant les modalités d'admission en soins sans consentement des personnes atteintes de troubles psychiques sur les droits des usagers et les pratiques en psychiatrie

Karine BEDOLIS (D3S), Ornella BRUXELLES (DH), Pierre BUTTET (MISP), Nadine FARCY (DS), Sabine GERDOLLE (IES), Morgane GUILLEMOT (IASS), Marke LECLERE (AAH), Guillaume MOURET (IASS), Michelle NJALEU (AAH), Anne PARIS (D3S), Jean-François TIREFORT (DH), Claire VAIRET (D3S)

Résumé :

La loi du 5 juillet 2011 réformant les modalités d'admission en soins sans consentement des personnes atteintes de troubles psychiques est entrée dans les pratiques. A presque deux ans de sa mise en place, nous avons cherché à explorer l'impact de cette loi sur les droits des usagers et les pratiques en psychiatrie.

Au delà de l'accueil de cette loi, nous nous sommes intéressés aux changements apportés dans les relations avec les patients, à l'impact sur les pratiques professionnelles, ainsi qu'aux axes d'amélioration et aux propositions des acteurs du champ.

Trente trois entretiens et rencontres ont été réalisés en France auprès de patients, de représentants d'usagers, de magistrats et de professionnels de santé. Leur analyse transversale, enrichie d'une exploration documentaire, montre que les établissements se sont organisés pour appliquer la loi, et que celle-ci est progressivement intégrée par les professionnels et les usagers. Une acculturation est en cours entre les magistrats et les professionnels de santé et des ajustements hétérogènes sont opérés dans les dispositifs.

Si les contrôles judiciaires se sont multipliés, ils ne remettent pas en cause aujourd'hui le bien fondé des soins sous contrainte. Les programmes de soins ambulatoires se développent, permettant des soins sans consentement, mais sans contrainte. Au delà des droits fondamentaux des usagers, l'enjeu est aussi de renforcer la désinstitutionalisation.

Mots clés : loi – droits - psychiatrie – hospitalisation – soins - sans consentement – contrainte – juge -

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs