

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTÉ DE MÉDECINE ET D'ODONTO- STOMATOLOGIE (FMOS)

DER DE MEDECINE ET SPECIALITES

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022

N°

MEMOIRE

Devenir des soins psychiatriques sans
consentement (SPSC) à l'unité « Les Acacias » du
Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) Saint Ylie du
Jura à propos de 50 cas.

Présenté et Soutenu le.../ .../2023 devant le jury de la Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie

Par Dr Maimouna DIOP

Pour l'obtention du Diplôme de D.E.S en Psychiatrie

JURY

Président : Pr Youssoufa M MAIGA

Membre: Dr Eloi DARA

Directeur : Pr Souleymane dit Papa COULIBALY

Dédicaces

Je dédie ce mémoire

A la mémoire de mon très cher père, Feu Amadou DIOP

Pour tous les sacrifices que tu as consentis pour mon éducation, les soucis de me voir réussir. Toi qui n'as jamais su faire la différence entre tes enfants et ceux des autres, toi qui m'as toujours dit de prioriser les études, homme modeste, humble, l'admiration que j'ai pour toi est sans limite. Autant de phrases et d'expressions aussi disertes soient-elles ne sauraient exprimer ma gratitude et ma reconnaissance. Tu avais su m'inculquer le sens de la responsabilité, de l'optimisme et de la confiance en soi face aux difficultés de la vie. Tes conseils ont toujours guidé mes pas vers la réussite. Ta compréhension et ton encouragement sont pour moi aujourd'hui le soutien indispensable que tu avais toujours su m'apporter. Je te devrais ce que je suis aujourd'hui et ce que je serais demain et je ferais toujours de mon mieux pour rester ta fierté. Ce travail est le tien.

J'aurai tant voulu que vous soyez présent en ce moment mais, la volonté de Dieu, le Tout Puissant reste dominante, puisse obtenir miséricordes et repos éternel.

Remerciements

A Allah,

Le très Haut, le très Grand, le Clément, l'Omniscient, l'Omnipotent, le Tout Puissant, le très Miséricordieux d'avoir permis à ce travail d'aboutir à son terme. Aide-moi par cette formation à préserver des vies afin d'apaiser les cœurs blessés.

S'il faut beaucoup de motivation, de rigueur et d'enthousiasme pour mener à bien ce mémoire, alors, ce travail de recherche fut eu besoin de la contribution de plusieurs personnes, que je tiens à remercier !

Mon directeur de Mémoire, professeur Souleymane dit Papa Coulibaly, chef de service de psychiatrie du CHU Point G

Pour son aide, sa disponibilité, sa compréhension et de m'avoir monté les clés de succès : avoir confiance en soi et en ses capacités, croire en soi et toujours tenter de se dépasser. Merci.

Le corps de l'Académie de la FMOS de L'USTTB

Pour m'avoir donné de grands rêves et de grandes perspectives par leur bonne qualité de la formation qu'ils m'ont donnée.

Les plus grandes leçons ne sont pas tirées d'un livre mais d'un enseignant tel qu'eux.

Je dis merci.

L'ensemble de personnel de service de psychiatrie du CHU Point G, Bamako, Mali

Pour le savoir partagé.

L'ensemble de personnel de l'unité « Les Acacias » du CHS Saint Ylie du Jura, Dole France.

Pour leur accueil chaleureux dans leur service et le partage des compétences durant ces 18 mois.

Docteur Mahamadou DIABATE

Pour son aide documentaire et ses précieux conseils qui m'ont aidé à réaliser ce travail scientifique de grande valeur.

Docteur Talibé KAMISSOKO

Qui a voulu m'apporter son aide pour l'élaboration du recueil et analyse des données en me faisant part de sa propre expérience. Il s'est montré toujours à l'écoute et très disponible tout au long de la réalisation de ce Mémoire, ainsi pour l'inspiration, l'aide et le temps qu'il a bien voulu me consacrer, je dis merci.

Ma très chère mère, Mariam M'Baye

Source inépuisable de tendresse, de patience et de sacrifice. Quoique je puisse dire et écrire, je ne pourrais exprimer ma grande affection et ma profonde reconnaissance. J'espère ne jamais te décevoir, ni trahir ta confiance et tes sacrifices. Tu as toujours été présente à mes côtés pour me consoler quand il fallait. En ce jour mémorable, pour moi ainsi que pour toi, reçoit ce travail en signe de ma vive reconnaissance et ma profonde estime. Puisse le Tout Puissant te donner santé, bonheur et longue vie afin que je puisse te combler à mon tour.

Mon très cher époux, monsieur le Docteur Lassana SANOGO

Merci d'avoir donné un sens à ma vie.

Merci pour ton amour, ton soutien et tes encouragements qui ont toujours été pour moi d'un grand réconfort.

Merci pour ta gentillesse et ton sens du sacrifice.

Aucune dédicace ne pourrait exprimer mon amour, ma gratitude et mon attachement à toi. Depuis que je t'ai connu, tu n'as cessé de me soutenir et de m'épauler. Tu me veux toujours la meilleure.

Tu partages avec moi les meilleurs moments de ma vie et aux moments les plus difficiles de ma vie et, tu es toujours à mes côtés, je te remercie de ne m'avoir jamais déçu.

Je te dédie ce travail qui est aussi le tien, en implorant DIEU le Tout Puissant de nous accorder une longue vie de saanté de bonheur, de prospérité et de réussite, en te souhaitant le brillant avenir que tu mérites.

A mes enfants

Vous êtes parmi nous, Puisse Dieu vous protéger, vous procurer santé et longue vie. Que ce travail soit un espoir pour vous.

A mes oncles et tantes paternels et maternels à Magnambougou Faso kanou, Bamako

Vous m'avez toujours guidée et aidée inlassablement, je ne trouverai jamais l'expression forte pour vous exprimer mon affection. Que ce travail soit pour vous un modeste témoignage de ma profonde affection.

A mes frères

Je ne saurai traduire sur du papier l'affection que j'ai pour vous, je n'oublierai jamais ces merveilleux moments passés ensemble, gentils que vous êtes, j'implore Allah de vous réserver un avenir meilleur.

A mes sœurs

Des sœurs comme on ne peut trouver nulle part ailleurs, vous avez été à mes côtés pendant toutes les étapes de ce travail, je vous en suis très reconnaissante. Je vous souhaite tout le bonheur du monde. Puisse Allah vous protéger, garder et renforcer notre fraternité. Amen !

A mes beaux-parents, famille SANOGO à Ouolofobougou, Bamako

Vous m'avez accueilli les bras ouverts. Je vous dédie ce travail en témoignage de mon grand respect et mon estime envers vous.

Mes beaux-frères et belles sœurs

Aucune dédicace ne peut exprimer la profondeur des sentiments fraternels et d'amour, d'attachement que mon époux et moi éprouvons à votre égard.

Je vous dédie ce travail en témoignage de ma profonde affection en souvenirs de notre indéfectible union qui s'est tissée au fil des jours. Puisse Dieu vous protéger, garder et renforcer votre fraternité

A mes amies et collègues de D.E.S. de psychiatrie à la FMOS

Il me serait difficile de les citer tous, ils font partie de ces personnes rares par leur gentillesse, leur tendresse et leurs grands cœurs. Qu'ils trouvent ici, le témoignage de tout mon amour et toute ma reconnaissance pour leur inlassable soutien. Je leur souhaite une vie pleine de réussite, de santé et de bonheur.

A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

Par leur soutien moral et intellectuel tout au long de ma démarche.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AFT : Accueil Familial Thérapeutique

ANRQpsy : Association Nationale des Responsables Qualité en Psychiatrie

ARS : Agence Régionale de Santé

CDSP : Commission Départementale des Soins Psychiatriques

CEDH : Cour Européenne des Droits de l'Homme

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} Edition.

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CMP : Centre Médico-Psychologique

CLS : Conseil Local de Santé

CLSM : Conseil Local de Santé Mentale

CNIL : Commission Nationale de l'informatique et des Libertés

CSP : Code de la Santé Publique

DIM : Département d'Information Médicale

DMM : Durée Moyenne de la Mesure

DMS : Durée Moyenne de Séjour

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

HAS : Haute Autorité de Santé

HC : Hospitalisation Complète

HDJ : Hôpital De Jour

HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers

HL : Hospitalisation Libre

HO : Hospitalisation d'Office

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

JLD : Juge des Libertés et de la Détention

PDSC : Programme de Soins Psychiatriques Sans Consentement

PS : Programme de Soins

Rim-P : Recueil d'informations médicalisé en Psychiatrie

RU : Représentant des Usagers

SASC : Soins Ambulatoire Sans Consentement

SDDE : Soins sur Décision du Directeur de l'Etablissement

SL : Soins Libre

SPDT : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers

SPDTU : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers en Urgence

SDRE : Soins sur Décision du Représentant de l'Etat

SPPI : Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent

SPSC : Soins Psychiatriques Sans Consentement

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES

I.I.Introduction	1
II. Objectifs.....	4
Objectif général	4
Objectifs spécifiques	4
II.Généralités	5
2.1.Soins psychiatriques sans consentement (SPSC)	5
2.2. Soins psychiatriques sans consentement (SPSC) selon la loi du 5 juillet 2011, modifiée par la loi du 27 septembre 2013 [24, 19].....	8
2.3. Hospitalisation par ordonnance de placement provisoire [24, 19].....	15
2.4. Système sectoriel en psychiatrie de la république française	17
III. Méthodologie	19
3.1. Cadre et lieu d'étude	19
3.2. Type d'étude.....	25
3.3. Période d'étude.....	25
3.4. Population d'étude	25
3.5. Echantillonnage	25
3.6. Variables descriptives	25
3.7. Collecte des données : méthode et outils	26
3.8. Analyses statistiques des données	26
3.9. Ethique	26
IV. Résultats	27
V. Discussions.....	40
VI. Conclusion.....	46
VII.Recommandations	47
VIII.Références bibliographiques	48
Annexe	IX

Liste des tableaux

Tableau I : Répartitions des patients selon la durée du séjour à l'hôpital	31
Tableau II : Répartition des patients selon la durée de mesure	32
Tableau III : Répartition des patients selon la levée de mesure	32
Tableau IV : Répartition des patients selon les catégories diagnostiques (CIM 10) à la sortie.	34
Tableau V : Données comparatives des différents types de mesures.....	35
Tableau VI : Données comparatives SDDE et SDRE.....	38

Liste des figures

Figure 1 : Exemple de figure d'un secteur	18
Figure 2 : Carte cartographique de la commune de Dole.....	20
Figure 3 : Diagramme de flux	27
Figure 4 : Répartition des patients selon l'âge	28
Figure 5 : Répartition des patients selon le genre	28
Figure 6 : Répartition des patients selon leur provenance.....	29
Figure 7 : Répartition des patients selon les modes d'hospitalisation.....	29
Figure 8 : Répartition des patients admis pour soins psychiatriques péril imminent (SPPI) selon les raisons de l'absence de la demande d'un tiers.....	30
Figure 9 : Répartition des patients selon les catégories diagnostiques à l'entrée.....	30
Figure 10 : Répartition des patients selon les moyens utilisés pour tentative de suicide.....	31
Figure 11 : Répartition des patients selon les modalités de levée de la mesure.....	32
Figure 12 : Répartition des patients selon la tenue de l'audience avec le juge des libertés de la détenion (JLD)	33
Figure 13 : Répartition des Patients selon le respect du délai de 12 jours de la tenue de l'audience avec le JLD	33
Figure 14 : Répartition selon l'orientation des patients à la sortie.....	34

I. Introduction

Le consentement aux soins est un des principes fondateurs de la pratique médicale. L'article L1111- 4 du code français de la santé publique (Commission Départementale des Soins) stipule qu'« aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ». Il suppose l'entière capacité de jugement de l'intéressé, qui n'est pas toujours présente chez les patients souffrants de troubles psychiatriques. Le législateur a prévu la possibilité de recourir à des soins psychiatriques sans consentement lorsqu'il est démontré une impossibilité du sujet à consentir aux soins en raison des troubles mentaux. En France, 92000 personnes étaient prises en charge en psychiatrie sans y avoir consenti en 2015 [1]. Les SPSC représentent une privation de liberté pour les patients concernés et impose un encadrement législatif précis. En effet, l'article 5 de la convention européenne des droits de l'homme spécifient que « *nul ne peut être privé de sa liberté* », sauf dans certains cas et selon les voies légales, notamment « s'il s'agit de la détention régulière d'un aliéné ». Dans un Etat de droit, un texte de cette nature doit concilier les exigences de l'ordre public avec les impératifs de la protection de la santé des personnes souffrants de troubles mentaux et de la liberté individuelle [2, 3].

Un siècle et demi après la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, une nouvelle législation relative aux hospitalisations en psychiatrie a été adoptée le 27 Juillet 1990 [4]. Le droit de recours judiciaire s'est vu réaffirmé et renforcé [3] tout en restant peu invoqué en pratique [5, 6], avec 1879 saisines facultatives recensées en 2010 [7]. Une révision de cette loi, prévue dans les cinq années suivant sa promulgation, n'a pas pu avoir lieu [8]. Pourtant, une réforme impérieuse de la législation encadrant les soins psychiatriques s'imposait du fait des jurisprudences européennes et nationale [9, 10, 11]. Un projet de loi, déposé sur le bureau de l'assemblée nationale le 05 Mai 2010, a défini quatre principaux objectifs à cette future réforme [12,13] : lever les obstacles à l'accès aux soins et garantir leur continuité; adapter la loi aux évolutions des soins psychiatriques et des thérapeutiques aujourd'hui disponibles, qui permettent à de nombreux patients d'être pris en charge autrement qu'en hospitalisation à temps plein; permettre le suivi attentif des patients pour leur sécurité et pour celle des tiers ; renforcer les droits des personnes malades et les garanties du respect de leur liberté individuelle. Dans une décision du 18 novembre 2010, la cour européenne des droits de l'homme a condamné la France au motif que l'articulation des compétences entre le juge judiciaire et le juge administratif ne garantissait pas un recours effectif à la personne hospitalisée d'office [14].

Elle a aussi conclu, dans un arrêt du 14 avril 2011, à la violation par la France de l'article 54 de la convention pour non-respect de l'exigence du « bref délai » s'agissant du traitement des demandes de sortie immédiate en matière d'hospitalisation sans consentement [15]. En outre, le conseil constitutionnel a déclaré inconstitutionnels certains aspects de la loi de 1990 dans les décisions du 26 novembre 2010 et du 09 juin 2011 [16, 17]. Les sages ont considéré que « la liberté individuelle ne peut être tenue pour sauvegarder que si le juge intervient dans le court délai possible ». Ainsi, le maintien d'une hospitalisation sans consentement au-delà de 15 jours sans intervention d'une juridiction de l'ordre judiciaire se faisait au mépris des expériences de l'article 66 de la constitution, qui érige l'autorité judiciaire en « gardienne de la liberté individuelle ».

La loi n°2011-803 du 05 juillet 2011 [18] « relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet des soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge » est venue satisfaire certaines lacunes du dispositif antérieur. La terminologie des SPSC a été revue : les soins sur décision du directeur de l'établissement (SDDE) et les soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) se substituent aux anciennes mesures. L'hospitalisation à temps plein ne constitue plus la seule modalité de prise en charge sans consentement.

Les programmes de soins introduisent les soins ambulatoires sans consentement et définissent un cadre légal aux anciennes « sorties d'essai ». Ils peuvent être initiés à l'issue d'une période de soins et d'observation de 72 heures suivant l'admission sans consentement. Un nouveau mode légal est créé en cas de « péril imminent pour la santé de la personne » et lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande de soin écrite d'un tiers (art. L3212-1, II, 2° du CSP).

Dans ce contexte, le directeur de l'hôpital spécialisé peut prononcer une admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI), qui nécessite un seul certificat émanant d'un médecin extérieur à l'établissement d'accueil. En outre, le législateur a prévu le contrôle systématique des séjours hospitaliers sans consentement par le juge des libertés et de la détention (JLD) avant l'expiration d'un délai de 15 jours à compter de l'admission puis tous les six (6) mois si les SPSC sont maintenus en hospitalisation complète. Il s'agit d'une garantie supplémentaire en faveur du respect des libertés individuelles et des droits des personnes concernées. Par la loi n°2013-869 du 27 septembre 2013 [19], les parlementaires français ont réduit à 12 jours le délai laissé au juge pour statuer.

Des études préalables sur les SPSC ont été menées au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Angers en 2012 [20] permettant aux auteurs d'évaluer l'impact de la loi du 5 juillet 2011 sur le déroulement des séjours hospitaliers sans consentement et, notamment, l'influence que

pouvait engendrer sur les soins, l'existence (ou non) d'un tiers demandeur. Ils trouvaient une durée moyenne de la mesure et celle du séjour hospitalier des SPSC significativement plus courtes pour le groupe admis en SPPI que celui à la demande d'un tiers (SPDT).

David SAUZEAU et ses collaborateurs réalisaient une étude en 2016 à l'Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) de la Sarthe [21] trouvaient une durée moyenne de la mesure après 60 jours d'hospitalisation significativement plus courte pour les cas admis en SPPI (26,1 jours) que les cas sous SPDT (31,8 jours).

Nous avons souhaité étendre cette étude sous forme d'observation transversale à une durée d'inclusion plus courte, afin de vérifier si les résultats retrouvés ne subissaient pas un biais d'inclusion sur quatre mois seulement, et de recueillir des données supplémentaires comme le délai de l'audience avec le JLD.

Objectifs

❖ Objectif général

L'objectif général de notre étude était de comparer les caractéristiques essentielles du déroulement des séjours hospitaliers sans consentement, selon le type de mesure d'admission.

❖ Objectifs spécifiques

Pour atteindre cet objectif général, la présente étude s'est assignée les objectifs spécifiques suivants :

1. Analyser les associations possibles entre le type de mesure d'admission et les caractéristiques psychopathologiques et sociodémographiques des patients,
2. Déterminer le taux de contrôle systématique des soins psychiatriques sans consentement par le Juge de la liberté,
3. Analyser les modalités de levée et orientation à la sortie des soins psychiatriques sans consentement.

II. Généralités

2.1. Soins psychiatriques sans consentement

2.1.1. Définitions des termes [22]

❖ Soins sans consentement

Ce sont des soins psychiatriques auxquels une personne est obligée de se soumettre sans y avoir librement consenti. Il peut s'agir d'une hospitalisation complète ou d'un programme de soin.

❖ Programme de soins

C'est un terme générique recouvrant les autres formes de prise en charge : hospitalisation à temps partiel (hôpital de jour ou de nuit), soins à domicile, soins ambulatoires, des rendez-vous au centre médico psychologique, la participation à des activités au centre d'accueil thérapeutique à temps partiel etc.

Les programme de soins permettent aux patients de réintégrer la communauté avec un suivi rapproché.

Les patients en programme de soins souffrent de troubles psychiatriques sévères (troubles psychotiques, schizophrénie ou troubles schizophréniques, psychose paranoïaque délirante, troubles délirants, et troubles graves de l'humeur).

En France, les programmes de soins psychiatriques sans consentement ont été établis par la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 modifiée par la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013.

Un programme de soins psychiatriques sans consentement est précédé d'une hospitalisation complète en soins sans consentement après une période initiale d'observation d'au maximum 72 heures. Plusieurs modalités différentes d'admission en hospitalisation sont possibles : soins sur décision du directeur d'établissement ou sur décision du représentant de l'Etat. Le programme de soins ne peut constituer une fin en soi. Il est limité dans le temps et est régulièrement réévalué pour s'adapter à l'évolution de l'état clinique de la personne.

L'objectif d'un PDSSC est de proposer des soins et des services adaptés aux besoins spécifiques des patients sortant d'hospitalisation complète sans consentement et nécessitant une surveillance médicale régulière (et non plus constante). Plusieurs critères sont pris en considération pour la levée : l'état clinique du patient, l'alliance thérapeutique établie, son adhésion aux traitements et suivis adaptés en fonction de sa demande. La demande de levée du programme est discutée collégialement en réunion d'équipe. Les acteurs impliqués dans le parcours du patient, dont le médecin traitant, sont informés de la levée.

❖ Soins ambulatoires

Ou soins de ville comprennent les soins effectués lors des consultations externes à l'hôpital, en cabinet de ville, en dispensaire ou en centres de soins. Il existe une grande variété de lieux de soins : Centres Médico-Psychologiques, hôpitaux du jour, centres d'accueil et de crise, appartements thérapeutiques, consultations spécialisées.

❖ Commission Départementale des Soins Psychiatriques

Ce sont des commissions créées dans chaque département. Elles sont rattachées aux délégations départementales des régionales de santé. Elles sont chargées de contrôler les conditions d'hospitalisation sous contrainte.

❖ Tribunal de Grande Instance

C'est un tribunal chargé de juger les affaires civiles les plus importantes. Le juge des libertés et de la détention susceptible de statuer sur les mesures de soins psychiatriques sous contrainte est rattaché à ce tribunal. Il y a au moins un tribunal de grande instance par département.

2.1.2. Rappel historique de SPSC : 1838 – 2013 [23, 24]

Jusqu'en 1838 l'aliéné est hors la loi. Il n'est fait mention de lui que lorsqu'il s'agit de s'en débarrasser.

Promulguée sous le règne de LOUIS Philipe, la loi du 30 juin 1838 ou loi des aliénés traitait des institutions et de la prise en charge des patients malades mentaux. Elle apportait :

- L'institution d'un établissement psychiatrique dans chaque département et ces dits établissements sont sous le contrôle de l'autorité publique,
- Des meilleures conditions d'internement des malades mentaux en leur permettant de faire des activités rémunérées à l'intérieur des établissements,
- La création des différentes modalités d'internements : on parle de placement volontaire, placement d'office, et la création d'un statut juridique des patients malades mentaux.
- Cette loi a été l'objet de critique d'où plusieurs réformes avaient vu le jour :

❖ **La loi du 03 janvier 1968** portant réforme du droit des incapables majeurs, instituant trois régimes de protection : tutelle, curatelle, sauvegarde de justice.

❖ **La loi du 27 juin 1990** qui est une loi relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation (Article L 326 – 355 du code de santé publique).

On parle plutôt de personne atteinte de « troubles mentaux » et non d'« aliénés ».

Le texte est porté par le ministre de la santé et non par le ministre de l'intérieur. La volonté politique lui confère une dimension plus médicale que sécuritaire. Elle a remplacé la loi du 30 juin 1838. Elle avait comme objectifs :

- la protection des libertés individuelles,
- la protection des actes de vie civile des patients incapables majeurs,
- Favoriser la réadaptation et la réinsertion des patients malades mentaux,
- Pratique des sorties d'essai.

Ce texte définit deux types d'hospitalisations :

- Hospitalisation libre (HL),
- Hospitalisation sous contrainte constituée de deux sous-types, l'Hospitalisation à la Demande d'un Tiers (HDT) et l'Hospitalisation d'Office (HO).

Il précise les droits généraux des patients quel qu'en soit le type d'hospitalisation (droit de la défense permettant aux patients hospitalisés de faire entendre leur voix en dehors de l'hôpital ; le respect de sa dignité...) et institue un certain nombre de mesures ou de contrôle sur les hospitalisations en définissant les rôles respectifs des :

- préfet ;
- président du tribunal de grande instance (autorité de contrôle : contrôle de la régularité formelle des arrêtés d'hospitalisation) ;
- juge de l'instance (autorité de contrôle : appréciation du bien-fondé des hospitalisations),
- directeur de l'établissement ;
- Commission départementale des soins psychiatriques sans consentement ;
- psychiatres de l'établissement d'accueil.

❖ La loi du 05 juillet 2011 [24]

La loi de juillet 2011, modifiée par la loi de septembre 2013 a instauré plusieurs changements majeurs. Les soins psychiatriques libres demeurent la règle. La contrainte concerne les soins et n'est plus synonyme d'hospitalisation. On parle d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) ou du représentant de l'Etat (SPDRE) au lieu de HDT et HO.

Après 72 h d'observation en milieu hospitalier, les soins peuvent prendre deux modalités différentes : une hospitalisation complète (en cas de nécessité d'une surveillance médicale constante) ou un programme de soin (en cas de nécessité d'une surveillance médicale régulière) : soins ambulatoires sous contrainte qui a provoqué le plus de polémique.

L'instauration d'un contrôle des mesures par une autorité judiciaire, à savoir le juge des libertés et de la détention dans le ressort duquel se trouve l'établissement d'accueil.

L'hospitalisation complète d'un patient, étant considérée comme une situation de privation de liberté ne peut se poursuivre sans que le JLD n'ait statué sur cette mesure avant un délai de 12 jours à compter de l'admission. Il doit être systématiquement saisi par le directeur de l'établissement ou par le représentant de l'Etat dans un délai de 8 jours. Toutefois, le patient voire toute personne agissant dans son intérêt, contestant le bienfondé de la mesure peut saisir le juge à tout moment pour qu'il statue sur la mesure.

Enfin, une nouvelle modalité de SPSC est prévue pour les situations relevant d'une SPDT dans lesquelles il est impossible d'obtenir la demande d'un tiers. S'il existe, à la date d'admission, un péril imminent pour la santé de la personne, l'admission peut être prononcée sur la base d'un unique certificat médical. Il s'agit d'une admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI).

❖ **La loi du 27 septembre 2013 [24]**

Cette loi apporte des améliorations d'ordre législatif requises par la décision du constitutionnel du 20 avril 2012 et modifie certaines dispositions de la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Elle modifie le code de la santé publique en y supprimant toute référence aux unités pour malades difficiles . En ce qui concerne les personnes pénalement irresponsables, la loi maintient un régime juridique spécifique de sorte que, quand des actes graves ont été commis, la sortie d'hospitalisation ne puisse intervenir qu'après une étude approfondie de la situation psychiatrique de l'intéressé. Le texte réintroduit la possibilité de sorties de courte durée non accompagnés supprimée par la loi de 2011. Le délai de contrôle sera ramené de 15 à 12 jours en précisant que le JLD devra être saisi dans les 6 jours suivant l'admission en SPSC, le certificat médical de 8 jours est supprimé. La tenue de l'audience à l'hôpital et non au palais de justice, l'assistance d'un avocat sera obligatoire. Le texte modifie le CSP, de sorte qu'un détenu puisse être hospitalisé en unité hospitalière spécialement aménagée sous le régime de l'hospitalisation libre.

2.2. Soins psychiatriques sans consentement selon la loi du 5 juillet 2011, modifiée par la loi du 27 septembre 2013 [24, 19]

2.2.1. Les différents types de mesures, leurs indications et leurs modalités d'instauration

a) Types de mesure :

Les SPSC définis par la loi du 5 juillet 2011 modifiée par la loi du 27 septembre 2013 sont au nombre de deux :

- Les soins psychiatriques sur décision du directeur de l'établissement, anciennement soins à la demande d'un tiers, comprennent :
 - o Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgences,
 - o Les soins psychiatriques en cas de péril imminent.
- Les soins psychiatriques sur décision du Représentant de l'Etat anciennement hospitalisation d'office (HO).

b) Indications :

La mise en place **des différents types de mesures** nécessite les conditions suivantes :

❖ Pour SDDE (SPDT/SPDTU, SPPI) :

- Existence d'un trouble mental,
- La nécessité de soins immédiats et d'une surveillance constante ou régulière,
- Le fait que les troubles mentaux rendent impossible le consentement aux soins ;

❖ Pour le SPDRE : quatre conditions doivent être réunies :

- La présence de troubles mentaux,
- La nécessité de soins et d'une surveillance médicale constante ou régulière,
- L'impossibilité pour le patient de consentir aux soins,
- L'atteinte à la sûreté des personnes ou, de façon grave, à l'ordre public.

Les médecins jouent un rôle clé dans l'instauration et le maintien des mesures de SPSC, qu'ils doivent justifier du point de vue médical dans leurs certificats. Néanmoins, l'instauration effective de la mesure relève de :

- une décision du directeur de l'établissement d'accueil pour les soins psychiatriques à la demande d'un tiers et les soins psychiatriques en cas de péril imminent,
- d'un arrêté du représentant de l'Etat pour le SPDRE.

Les certificats nécessaires à l'instauration des mesures peuvent être établis par tout médecin thésé inscrit au conseil d'ordre. Tous les certificats suivants doivent être établis par des médecins psychiatres. Pour contrôler le respect des délais fixés par la loi pour la rédaction des certificats, la date et l'heure doivent être mentionnées.

c) Modalités d'instauration :

Les modalités d'instaurations sont définies par des articles du code de la santé publique selon le type de mesure.

❖ SPDT classique, les modalités d'instauration sont définies par l'article L3212-1-11 du Commission Départementale Psychiatrique :

- **Le directeur de l'établissement d'accueil** prononce la décision de l'admission lorsqu'il a été saisi d'une demande manuscrite d'un tiers (membre de la famille du malade, une

personne justifiant l'existence de relation antérieure avec le malade et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants exerçant dans l'établissement prenant en charge le malade) accompagné d'**un justificatif de l'identité du demandeur**.

- **Deux certificats médicaux** circonstanciés et détaillés de moins de 15 jours attestant que les conditions suivantes sont réunies : un état mental nécessitant des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante et régulière et le fait que les troubles mentaux rendent impossible le consentement. Le premier certificat médical ne peut être rédigé que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade ; le second certificat vient confirmer le premier et peut être rédigé par un médecin exerçant dans l'établissement accueillant le malade.
- ❖ **SPDT en urgence (SPDTU) :** les modalités d'instauration sont définies conformément à l'article L3212-3 du CSP, en cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, le directeur de l'établissement, peut à titre exceptionnel, prononcer l'admission au vu d'un seul certificat médical. Ce certificat peut émaner le cas échéant, d'un médecin exerçant dans l'établissement. Les modalités de la demande pour le tiers sont identiques à la procédure classique.
- ❖ **SPPI,** les modalités d'instauration sont définies conformément à :
L'article L3212-2 du CSP prévoit que lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande de la part d'un tiers et qu'il existe, à la date de l'admission un péril imminent pour la santé de la personne, dûment constaté par un certificat médical. Le directeur de l'établissement prononce l'admission au vu de ce seul certificat, établi par un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil du malade.
- ❖ **Soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat :**
Nous avons le SPDRE préfectoral, le municipal, celui des personnes pénalement irresponsables, le carcéral et la possibilité de transformer un SPDT/SPPI en SPDRE.
- **Le SPDRE préfectoral :** est fixé conformément à l'article L3213-1 du code de la santé publique :
Le préfet doit éditer un arrêté au vu d'un seul certificat médical circonstancié dactylographié, précisant la présence de trouble mental, l'atteinte grave à l'ordre public et la nécessité de soins. Ce certificat doit être rédigé par un médecin psychiatre n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil du patient ou par un médecin non psychiatre exerçant dans ledit établissement.

- **Le SPDRE municipal** : est une mesure provisoire prévue par l'article L3213-2 du code de la santé publique et correspond à des situations d'urgences : existence d'un comportement présentant un danger imminent pour la sûreté des personnes et révélant des troubles mentaux manifestes, où un simple avis médical attestant les troubles mentaux de la personne et le caractère du danger imminent, suffit pour que le maire ou le commissaire de police prononce une admission en soins sans consentement pour une durée limitée. Dans les 24 heures, le préfet doit être informé et agit sans délai dans les conditions du droit commun. A défaut, la mesure est caduque au terme de 48 heures.

- **Le SPDRE pour des personnes pénalement irresponsables**

Selon l'article L.122-1 du code pénal : « n'est pas pénalement responsable la personne qui est atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes ».

Les personnes relevant de cet article, auteurs d'une infraction pénale, peuvent être soignées sans leur consentement selon l'article L.3213-7 du code de la santé publique. Les décisionnaires sont le juge ou le représentant de l'état. Lorsque le juge est décisionnaire, il demande une expertise au vu de laquelle il avise la commission départementale des soins psychiatriques et le représentant de l'état.

- **Le SPDRE carcéral**

Le régime d'admission en soins psychiatriques des personnes détenues est fixé par l'article L.3214-1 du CSP. Comme tout patient, les soins libres sont de règle. Cependant « lorsque les troubles mentaux rendent impossibles » le consentement aux soins, le détenu fait l'objet d'admission en soins par le représentant de l'état. Le régime est identique à celui des patients du droit commun à l'exception du fait qu'il ne peut s'agir que d'une hospitalisation complète.

A noter qu'il est enfin possible de transformer une mesure SPDT/SPPI existante en SPDRE.

2.2.2. Les modalités de prise en charge des personnes sous SPSC [24]

La loi prévoit une **période initiale d'observation** et de soins d'une durée maximale de 72 heures sous la forme d'une hospitalisation complète afin de permettre au psychiatre d'adapter au mieux les modalités de sa prise en charge.

Cependant, rien ne s'oppose à ce que la mesure soit levée dans les 24 heures si elle s'avère injustifiée. Au cours de ces 72 heures, le patient doit bénéficier d'au moins deux (2) certificats médicaux psychiatriques et d'un certificat médical non psychiatrique :

- un examen médical non psychiatrique complet du patient est obligatoire dans les 24 h qui suit l'admission afin d'éviter un trouble mental erroné et de préciser toute comorbidité, rédiger par un médecin généraliste exerçant dans l'établissement d'accueil,
- deux certificats médicaux psychiatriques de 24 h et de 72 h établies par deux psychiatres différents exerçant dans l'établissement d'accueil dans le cas de SPDTU, SPPI, SPDRE.

Lorsque les deux (2) certificats médicaux ont conclu à la nécessité de maintenir les soins psychiatriques, le psychiatre propose dans le certificat de 72 heures la forme de la prise en charge à la suite de cette période initiale à savoir :

- une hospitalisation complète, ou
- un programme de soins (doit être inclus dans le certificat)

A l'issue de la période d'observation, la mesure peut être levée (lorsque le certificat de 24 heures ou de 72 heures établit que l'état mental du patient ne justifie plus la mesure des soins contraints) ou maintenue.

Tant que dure la mesure d'admission en SPSC, la prise en charge peut se faire sous la forme de deux modalités de soins : une hospitalisation complète ou par un programme de soins.

Le psychiatre en charge du patient peut à tout moment demander le passage de l'une à l'autre modalité.

Le maintien de l'hospitalisation complète (HC) est justifié par la nécessité d'une surveillance médicale constante. Toutefois les patients peuvent bénéficier d'autorisations de sortie de courte durée quel que soit le type de mesure d'admission dont il fait l'objet. Ces doivent favoriser leur guérison, leur réadaptation, leur réinsertion sociale ou lorsque des démarches extérieures sont nécessaires.

Le programme de soins (PS), quant à lui correspond à toutes autres formes de soins qu'une hospitalisation complète. Il peut comporter :

- Des soins ambulatoires,
- Des soins ou une hospitalisation à domicile,
- Des séjours à temps partiel ou de courte durée à temps complet effectués dans l'établissement d'accueil.

Tant que la mesure dure et quel que soit le type des soins, un psychiatre de l'établissement d'accueil doit établir chaque mois un certificat médical circonstancié.

Lorsque la durée des soins excède une période continue de un an à compter de l'admission en soins, le maintien de ces soins est subordonné à une évaluation médicale approfondie de l'état mental de la personne réalisée par un collège médical composé par trois membres de l'établissement : un psychiatre participant à la prise en charge du patient, un psychiatre ne

participant pas à la prise en charge du patient et un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient. Cette évaluation est renouvelée tous les ans.

Ce collègue recueille l'avis du patient.

2.2.3. Modalités de contrôle judiciaire des mesures

Toute situation d'hospitalisation complète doit faire l'objet d'un examen par le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance dont dépend l'établissement d'accueil, dans un délai de douze jours suivant l'admission (ou la réintégration en cas de passage d'un programme de soins vers une HC) puis tous les six mois tant que se prolonge l'hospitalisation complète.

Le juge est préalablement saisi par le directeur de l'établissement en cas de SPDT, SPPI ou du représentant de la république en cas de SPDRE dans un délai de six jours à compter de l'admission et huit jours à compter de la réadmission. Un psychiatre de l'établissement doit rédiger un avis motivé quant à la nécessité de poursuivre l'HC. Cet avis accompagne la saisine du juge. Après un an d'HC, la saisine est accompagnée d'un avis du collègue pluridisciplinaire. Le cas échéant, l'avis motivé doit mentionner les motifs médicaux qui font obstacle à l'audition du patient car ils nuiraient à son intérêt. L'audience se déroule dans une salle aménagée dans l'établissement d'accueil. Le débat doit être contradictoire : sont convoqués le patient, le directeur de l'établissement d'accueil ou le représentant de l'état, le tiers également en cas de SPDT. La présence d'un avocat est obligatoire. Ce dernier est soit choisi ou, à défaut commis d'office. Le juge rend son ordonnance dans les suites immédiates de l'audience. Il peut s'agir soit du maintien de la mesure dans sa forme d'un hospitalisation complète, soit la fin de l'hospitalisation complète, ce qui laisse au psychiatre qui suit le patient d'instaurer un programme de soins, soit une levée totale de la mesure. Le juge n'est pas tenu de suivre l'avis médical dans les situations avec irresponsabilité pénale, il est seul souverain de sa décision et peut ordonner une expertise (non obligatoire) s'il le souhaite avant sa décision.

2.2.4. Les modalités de levée des mesures

La levée de la mesure d'admission en soins psychiatriques sans consentement peut être obtenue de diverses façons : sur avis médical émanant d'un psychiatre de l'établissement, sur demande de la commission départementale des soins psychiatriques, sur demande d'un membre de la famille ou du tuteur ou du curateur de la personne, par l'absence de production du certificat ou de l'avis médical établi, par décision judiciaire de mainlevée du Juge de la liberté.

❖ **Sur avis du psychiatre**

L'admission en SPSC se faisant à la base des critères médicaux, la levée logique de la mesure intervient lorsqu'un psychiatre de l'établissement certifie que les conditions ayant motivé cette mesure ne sont plus réunies. Ce certificat circonstancié doit mentionner l'évolution ou la disparition des troubles ayant justifié les soins.

- En SPDT ou en SPPI, le directeur de l'établissement est tenu de lever la mesure dès que le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient le propose dans son certificat.
- En SPDRE, le représentant de l'état peut à tout moment mettre fin à la mesure après avis d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient attestant que les conditions ayant justifié la mesure ne sont réunies. Lorsque le psychiatre atteste que la mesure de SPSC peut être levée, le directeur de l'établissement d'accueil en réfère dans les 24 heures au représentant de l'état, qui statue dans un délai de 72 heures après la réception du certificat.

❖ **Sur ordonnance du juge**

Le JLD a toute compétence pour ordonner, s'il y a lieu, la mainlevée totale de la mesure des SPSC ou de la mesure de l'hospitalisation complète.

❖ **A la demande du préfet**

La levée de la mesure d'admission en soins psychiatriques à la demande du préfet peut être obtenue de diverses façons :

- soit sur certificat de demande de levée rédigé par un psychiatre participant à la prise en charge du malade et transmis dans les 24 heures au préfet qui doit statuer sans délai ;
- soit par décision judiciaire du JLD qui peut être saisi par le procureur de la République, le patient ou toute personne lui portant intérêt

❖ **A la demande de la commission départementale des soins psychiatriques**

Il existe dans chaque département une commission départementale des soins psychiatriques chargée d'examiner la situation des personnes admises en soins psychiatriques. La commission examine la situation de toute personne faisant l'objet de SPSC dont elle reçoit une réclamation. Le directeur de l'établissement ou le représentant de l'état prononce la levée de la mesure des soins lorsque celle-ci est demandée par la commission départementale des soins psychiatriques à l'issue de son évaluation.

❖ **A la demande d'une tierce personne**

En SPDT ou en SPPI, le directeur de l'établissement peut prononcer la levée de la mesure de soins psychiatriques lorsque celle-ci est demandée par toute personne qui remplit les conditions d'un tiers. Toutefois, le directeur de l'établissement n'est pas tenu de faire droit à

cette demande lorsqu'un certificat médical, ou en cas d'impossibilité d'examiner le patient, un avis médical établi par un psychiatre de l'établissement et datant de moins de 24 heures, atteste que l'arrêt des soins entraînerait un péril imminent pour la santé du patient. Le directeur de l'établissement informe par écrit le demandeur de son refus en lui indiquant les voies de recours prévues auprès du JLD dans le ressort duquel se situe l'établissement.

❖ **Pour défauts dans les procédures**

Le Juge des libertés et de la détention peut être saisi pour des anomalies sur la forme de la mesure. Le défaut de production d'un des certificats médicaux, des avis ou attestations prévus par la loi entraîne la levée de la mesure des soins. En SPDRE, la levée de la mesure des soins est acquise en cas d'absence de décision du représentant de l'état à l'issue de chacun des délais prévus.

2.2.5. Droits des patients

- **Informations** : informer le patient est une obligation légale,
- **Voies de recours** : le patient peut saisir : le Juge des libertés et de la détention, la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise de l'établissement dans lequel il se trouve, la commission départementale des soins psychiatriques afin de demander la mesure dont il fait l'objet. Il dispose le droit de communiquer avec les députés, les sénateurs, les représentants au parlement européen élus en France, le contrôleur général des lieux de privation de liberté.
- **Droits préservés** : pendant la mesure, le patient garde le droit :
 - de prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix lors de l'audience du Juge des libertés et de la détention ,
 - D'émettre ou de recevoir des courriers,
 - De consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir des explications qui s'y rapportent,
 - D'exercer son droit de vote,
 - De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

En cas de SPDT, le tiers doit être informé de toute modification dans la forme de la prise en charge, des sorties de courte durée non-accompagnées et de la levée de la mesure.

2.3. Hospitalisation par ordonnance de placement provisoire [24, 19]

2.3.1. Cadre général pour l'hospitalisation des mineurs

Comme les mineurs sont soumis aux décisions des titulaires de l'autorité parentale, la décision d'admission en soins psychiatrique d'un mineur et la levée de cette mesure sont

demandées, selon les situations, par les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou par le tuteur (un mineur est toujours sous la contrainte de ses parents).

En cas de désaccord entre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, c'est le juge aux affaires familiale qui doit être saisi pour statuer.

Un mineur peut faire l'objet d'une mesure SPDRE prononcée par le représentant de l'état selon les modalités prévues par la loi de juillet 2011 telles que décrit ci-avant.

2.3.2. Indications et modalités d'application de SPSC

L'ordonnance de placement provisoire est une mesure définie par les articles 375 et suivants du code civil relatifs à l'assistance éducative. Elle permet le placement d'un mineur non émancipé auprès d'une personne ou d'une structure (la personne peut être : un des parents, un autre membre de la famille, ou un tiers digne de confiance ; la structure peut être : service départemental de l'aide social à l'enfance, un établissement habilité pour l'accueil de mineurs à la journée ou suivant toutes autres modalités de prise en charge, un établissement sanitaire ou d'éducation ordinaire ou spécialisé) susceptible d'assurer son accueil et son hébergement. Cette décision est prise par le juge des enfants lorsque la santé, la sécurité, ou la moralité de l'enfant sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises. Dans ce cadre-là, le mineur peut être confié à un établissement habilité à recevoir des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux lorsque le juge l'estime nécessaire à des fins d'évaluation et/ou du traitement spécialisé. Cette mesure constitue ainsi, chez les mineurs non émancipés, une modalité spécifique de SPSC en dehors des dispositions de la loi de juillet 2011, sous la forme obligatoire d'une hospitalisation sur décision du juge des enfants. Cette décision nécessite une évaluation médicale préalable. L'article 375-9 du code civil précise que cet avis médical circonstancié doit être établi par un médecin extérieur à l'établissement. La décision initiale du juge est prise pour une durée ne pouvant excéder quinze (15) jours. La mesure peut être renouvelée après un avis médical conforme d'un psychiatre de l'établissement d'accueil, pour une durée d'un mois renouvelable.

Le juge peut statuer à la requête du père et de la mère conjointement, ou de l'un deux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié, du tuteur, du mineur lui-même ou du ministre public. En cas d'urgence, le procureur de la République du lieu où le mineur a été trouvé a le même pouvoir que le juge des enfants pour décider d'une ordonnance de placement provisoire, à charge de saisir dans les huit jours le juge compétent, qui maintiendra, modifiera ou rapportera la mesure.

Les parents conservent un droit de correspondance ainsi qu'un droit de visite et d'hébergement. Le juge fixe les modalités et peut, si l'intérêt du mineur l'exige, décider que l'exercice de ces droits ou de l'un d'eux, est provisoirement suspendu.

Il peut également décider que le droit de visite du ou des parents ne peut être exercé qu'en présence d'un tiers désigné par l'établissement auquel le mineur est confié. Si l'intérêt du mineur le nécessite ou en cas de danger, le juge décide de l'anonymat du lieu d'accueil.

2.4. Système sectoriel en psychiatrie de la république française

« Psychiatrie de secteur » désigne les principes organisationnels de la psychiatrie publique française et la répartition des structures de soins de santé mentale.

La France a mis en place à partir des années 1960 un système de sectorisation de sa politique psychiatrique. La psychiatrie publique est organisée en territoires offrant un panier de soins intra et extrahospitaliers. Afin de répondre aux besoins de soins en proximité, les territoires sont divisés en secteurs. Chaque département est ainsi découpé en secteurs de psychiatrie. Un secteur de psychiatrie générale couvre une zone d'environ 70 000 à 80 000 habitants et rassemble, pour la psychiatrie publique. Chaque habitant est toujours rattaché à un secteur. Le secteur auquel le patient doit s'adresser est fonction du lieu de résidence de la personne malade. Si elle est hospitalisée sans son consentement, elle ne peut être accueillie que dans des établissements autorisés. Tous les secteurs sont rattachés à un centre hospitalier, qui peut être un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie, un centre hospitalier général ou un établissement privé participant au service public hospitalier. Un secteur comprend une équipe pluridisciplinaire : des psychiatres, des infirmiers, des psychologues, du personnel médical et des travailleurs sociaux et dispose aussi d'équipements extrahospitaliers qui peuvent être des centres médico-psychologiques, des centres d'accueil et d'urgence, des hôpitaux de jour, des ateliers thérapeutiques etc. Aujourd'hui plus de 80 % des patients pris en charge dans les secteurs de la psychiatrie publique le sont sur un mode ambulatoire. Mais le système est inégalitaire et peu lisible. Il est rare qu'un secteur ait tous ces équipements, avec des parcours de soins le plus souvent incomplets et compliqués à comprendre, avec des structures médico-sociales et dispositifs d'accompagnement limités. Selon la loi, une personne peut demander à être pris en charge par un autre secteur que celui de son lieu de résidence. Dans la pratique, la démarche aboutit rarement. Une personne peut aussi s'adresser à l'équipe de santé mentale privée de son choix.

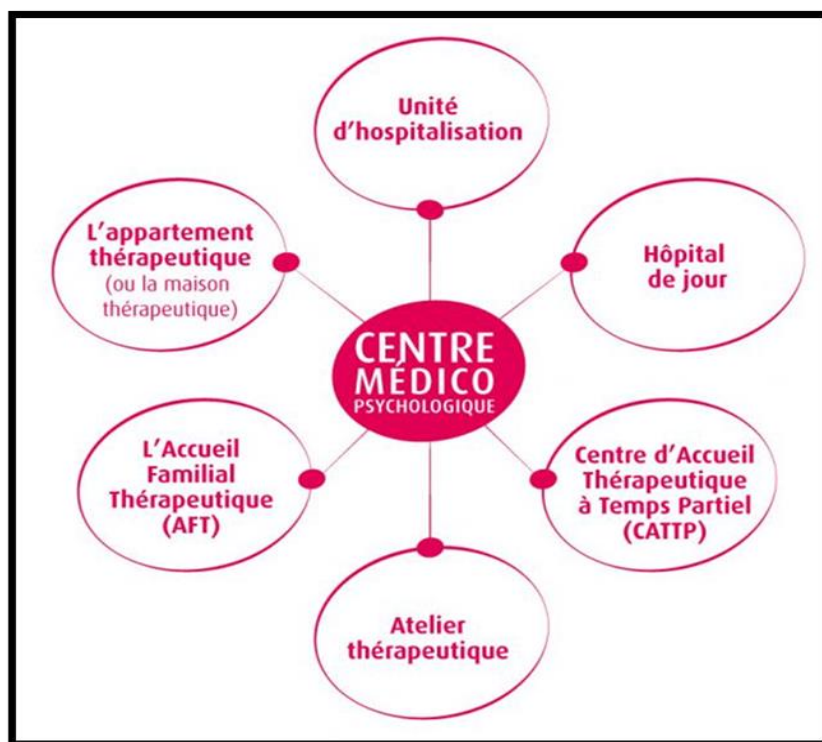


Figure 1 : Exemple de figure d'un secteur

III. Méthodologie

3.1. Cadre et lieu d'étude

L'unité « Les Acacias » du pôle d'admission Adulte « Lédoniens » du Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) Saint Ylie du Jura à Dole, en France a été le cadre et le lieu de cette étude.

3.1.1. Présentation de la République française

La France, en forme longue depuis 1875 la République française, est un Etat souverain transcontinental dont le territoire métropolitain est situé en Europe de l'Ouest, et dont le territoire ultramarin est situé dans les océans Indien, Atlantique et Pacifique ainsi qu'en Amérique du Sud. Elle s'étend sur treize fuseaux horaires.

Elle couvre une superficie de 550 000 km², avec une population d'environ 67,8 millions d'habitants selon les estimations publiées par l'INSEE au 1^{er} janvier 2022 : 65 127 000 dans les régions métropolitaines, 2180 600 dans les régions ultramarines et 631 300 dans les collectivités d'Outre-mer et en Nouvelle-Calédonie et compte 26 régions, 101 départements et 36.650 communes. Le pays a des frontières terrestres avec la Belgique, le Luxembourg, l'Allemagne, la Suisse, l'Italie, l'Espagne et les deux principautés d'Andorre et de Monaco en Europe, auxquelles s'ajoutent les frontières terrestres avec le Brésil, le Suriname et les Pays-Bas aux Amériques. La France dispose d'importantes façades maritimes sur l'Atlantique, la Méditerranée, le Pacifique et l'océan Indien, lui permettant de bénéficier de la deuxième plus vaste zone économique exclusive du monde. C'est est une république constitutionnelle unitaire ayant un régime semi-présidentiel.

Son principe constitutif est la démocratie : le « gouvernement du peuple, par le peuple et pour le peuple ». La devise de la République est depuis 1875 « Liberté, Égalité, Fraternité » et son drapeau est constitué des trois couleurs nationales : bleu, blanc, rouge. Son hymne national est « La Marseillaise », chant patriotique hérité de la Révolution française. Elle a pour capitale Paris et pour langue officielle le français depuis 1539.

Ses monnaies sont l'euro depuis 2002 dans la majeure partie du pays et le franc Pacifique dans ses territoires de l'océan Pacifique.

3.1.2. Présentation de la ville de Dole

La ville de Dole, siège du Grand Dole (47 communes associées), est le chef-lieu de la commune de Dole. Elle est située dans le département du Jura en région Bourgogne-Franche-Comté.

Elle s'insère dans le maillon urbain de l'Est de la France métropole, à mi-chemin entre les deux Métropoles régionales Besançon et Dijon.

Le territoire communal est limité :

- Au Nord, par les communes d 'Authume, Jouhe, Monnières et Sampans ;
- A l'Ouest, par les communes de Foucherans, Champvans, Choisey, Crissey et Villette-les-Dole ;
- Au Sud, par les communes de Parcey et Névy-les-Dole ;
- A l'Est, les communes de La Loye, Falletans et Brevans.

Avec une densité de 617,8 habitants par km², la commune de Dole comptait en 2019, 23 711 habitants pour une superficie de 38.14 km². La ville de Dole est située à 225.0 m d'altitude par rapport au niveau de la mer. Ses coordonnées géographiques en degrés et minutes décimales : Latitude : 47°6' Nord, Longitude : 5°30' Est.

La commune de Dole est administrée, depuis 1274, par des échevins, et depuis, par un conseil municipal.

La Dole est accessible car le réseau de communication est bien développé, des grandes infrastructures routières, ferroviaires, fluviales et aériennes permettent le désenclavement du territoire.

La carte ci-dessous présente une carte de la commune de Dole. La carte affiche les contours de Dole et elle fait office de plan interactif de la commune.



Figure 2 : Carte cartographique de la commune de Dole

3.1.3. Présentation du lieu d'étude (CHS du Jura)

Le Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) Saint Ylie Jura, est un établissement public de santé mentale proposant à la population de l'ensemble du département du Jura, des prises en charges psychiatriques diversifiées : unités d'urgences, services d'hospitalisation complète, places d'hospitalisation de jour, Centres Médico-Psychologiques, Centres d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel, pour enfants, adolescents, adultes et personnes âgées présentant des troubles psychiques. La capacité d'accueil des services de Psychiatrie du CHS est de 445 lits et places réparties sur tout le territoire jurassien et organisées en 4 secteurs de psychiatrie pour adultes, un intersecteur de pédopsychiatrie et un intersecteur de gérontopsychiatrie. Le CHS offre également des structures d'hébergement médico-sociales pour personnes âgées (135 lits) et un Foyer de vie pour adultes déficitaires (20 places).

En plus les soins psychiatriques diversifiés de qualité pour tous, le CHS du Jura assure également les formations théoriques et pratiques des internes des hôpitaux et des médecins en cours d'études de D.E.S. et DFMSA de psychiatrie et des infirmiers d'état en santé mentale.

Il emploie 1167 personnes dont 47 praticiens et 788 soignants et couvre un bassin de population d'environ 260.000 habitants (2020).

Le site principal est situé à Dole, dans un environnement agréable d'environ 11 hectares, bien desservi par les transports en commun et situé près d'une zone commerciale. Le Centre Hospitalier Spécialisé Saint Ylie Jura, établissement à vocation départementale, est administré par un Conseil de Surveillance présidé par un conseiller général et comportant des représentants des médecins, des personnels, des usagers et des familles, des élus locaux, ainsi que des personnes qualifiées désignées par l'Agence Régionale de Santé et le Préfet.

Il est géré au quotidien par un directeur qui en a la représentation légale, la responsabilité juridique et financière et comporte :

- un service d'accueil d'urgences psychiatriques (SAUP) localisé au Centre Hospitalier Général (CHG) Louis Pasteur de Dole,
- quatre pôles de soins adultes pour des malades de séjour de courte durée :
 - pôle adulte Dolois (« Les Peupliers »)
 - pôle adulte du Triangle d'Or (« Les Bruyères »)
 - pôle adulte Lédoniens (« Les Acacias ») ;
 - pôle adulte du Haut Jura (Les Mélèzes)
- deux pôles Enfants et Adolescents ou infanto-juvéniles (Nord et Sud) ;
- un pôle pour les personnes âgées, pôle gérontopsychiatrie (« Les Erables ») qui est ouvert à l'ensemble de la population du département du Jura ;

- Un service d'Addictologie (Unité de Recours en Addictologie, URA) ;
- Une unité des malades chroniques de long séjour par pôle ;
- Un Foyer de vie ;
- Deux unités d'Etablissement d'hébergement des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ;
- Un appartement pour le logement des internes (Internat).
- Les pôles médicaux sont soutenus par autres pôles : management, médico-technique, communication et logistique département d'information médicale, la blanchisserie.

Chaque unité est sous la direction du chef de pôle.

Les autres sites extrahospitaliers sont situés sur Tavaux, Lons-Le-Saunier, Champagnole, Saint, Arbois, Poligny, Saint Claude, Morez et Pont du Navoy.

Le CHS Saint-Ylie du Jura travaille en collaboration avec d'autres centres : le Centre hospitalier de Novillars, l'établissement médico-social ETAPES de Dole, l'établissement d'hébergement pour personne âgées dépendantes de Malange, l'établissement d'hébergement pour personne âgées dépendantes (l'EHPAD) de Mamirolle Alexis Marquiset et l'établissement médico-social Solidarité Doubs Handicap dans le cadre d'une direction commune appelé « Groupement Psychiatrie et Médico-Social Doubs-Jura ».

Les consultations ont lieu du lundi au vendredi, de 9H00 à 17H00 (heures locales de France) par des médecins psychiatres et les internes et les faisant fonction d'interne. A 17h30, les gardes sont assurées par les infirmiers et un interne ou un faisant fonction d'interne sous couvert d'un cadre de santé et d'un médecin psychiatre. Le CHS Saint Ylie du Jura comme tout autre centre hospitalier psychiatrique publiques en France est organisé en territoires offrant un panier de soins intra et extrahospitaliers (« secteurs créés ») afin de répondre aux besoins de soins en proximité. Le secteur auquel un malade doit s'adresser est fonction de son lieu de résidence et s'il doit être hospitalisée sans son consentement, il ne peut être accueilli que dans des établissements autorisés. Les malades ne sont pas accompagnés, les équipes soignantes sont chargées d'assurer la prise en charge globale (hygiène corporelle, soins, aides les patients à s'alimenter...), donc une psychiatrie non communautaire.

3.1.4. L'unité « Les Acacias »

Portant le nom d'un arbre, « Les Acacias » est une unité d'admission en hospitalisation complète pour traitement des troubles psychotiques, dépressifs, de comportement et de conduites addictives aigus. C'est une unité mixte et semi-ouverte.

- L'unité a une capacité de 25 chambres individuelles et 25 lits (un lit par chambre) d'hospitalisations et une chambre d'isolement. Les chambres sont pourvues de salles de bains

; elles sont équipées d'un lit, d'une table de chevet avec un tiroir, d'une armoire fermée par un cadenas, d'une chaise et d'un plan de travail sous la fenêtre.

Elle a un salon commun de télévision

- **Le public accueilli** : est la population adulte de 18 à 64 ans du secteur de Lons-le-Saunier et de sa région.

- **Les modalités de prise en charge** : sont psychiatrique, psychologique, sociale et infirmière avec mise en place d'activités socio-thérapeutiques physiques et sportives (groupe de parole, piscine, relaxation, activités manuelles ou culinaires, etc.).

- **L'organisation des soins, le règlement intérieur et les activités** :

Les admissions se font tous les jours y compris le week-end. Cette situation est d'autant plus fréquente, que le nombre de sorties le vendredi dans cette unité est important. Les patients proviennent soit des urgences psychiatriques du secteur, des autres structures extra hospitalières, du domicile et plus rarement des autres unités du centre hospitalier. L'affectation dans les chambres se fait en fonction des disponibilités.

Il est demandé au patient de signer le règlement intérieur, une fois qu'il en a pris connaissance. Dans le dossier médical du patient figure le bon de signature.

Dans le règlement figure les conditions d'hospitalisation :

○ A l'admission, un livret d'accueil contenant le questionnaire de sortie et de satisfaction est remis ; un inventaire des effets personnels est réalisé ; les valeurs peuvent être déposées à la banque de l'hôpital ; il est possible de fermer son placard à l'aide d'un cadenas ; les échanges (dons et prêts) entre patients sont déconseillés. Il est rappelé l'interdiction de fumer dans les locaux et celle concernant l'apport de substances illicites ou de boissons alcoolisées.

○ Pendant l'hospitalisation, la production de la carte vitale ou de l'attestation CMU est demandée ; l'utilisation du téléphone portable est réglementée ; les heures de repas sont communiquées ; les salles de télévision sont fermées après la fin de la première émission de la soirée ; les visites sont autorisées mais peuvent être réglementées par un avis médical ; les sorties en dehors de l'unité font l'objet d'une prescription médicale. Il est demandé de ne pas circuler dans les chambres des autres patients. L'hospitalisation comprend une période d'observation de 48h, au cours de laquelle les sorties ne se font que sur prescription médicale. Comme tous les services, aux acacias, les malades ne sont pas accompagnés durant leurs séjours et les infirmiers sont chargés d'assurer leurs activités de vie quotidienne durant leurs séjours qui sont parfois entrecoupés par quelques périodes de retours à domicile.

○ Le mardi après-midi, une réunion hebdomadaire réunit les médecins, le cadre de santé, les infirmiers, les assistantes sociales, les stagiaires, les psychologues. Au cours de cette réunion,

sont essentiellement discutés des dossiers des patients nouvellement admis et les projets thérapeutiques pour ceux qui sont déjà présents dans l'unité.

○ Il est proposé un certain nombre d'activités. Ces activités sont de nature diverse, et comprennent des ateliers d'activités manuelles, des sorties à la piscine, des ateliers médias. Des activités sportives sont également proposées par le service des sports de l'hôpital, des séances de relaxation sont également proposées ainsi que des ateliers de cuisine. Il a été précisé aux contrôleurs que la bonne tenue de ses activités dépendait de l'effectif infirmier et que les sorties à l'extérieur étaient difficiles à mettre en œuvre.

- **Le recours à l'isolement et à la contention :**

La procédure de contention physique et/ou l'isolement thérapeutique est encadré par un document datant du 5 mai 2008 ; ce dernier indique :

- Les indications et les contre-indications
- Les précautions d'emploi ;
- Le matériel de contention ;
- Les modalités d'application ;
- L'adaptation pour des cas cliniques exceptionnels uniquement sur prescription du médecin.

La prise en charge somatique des patients du CHS est assurée par des médecins généralistes de manière à assurer une présence médicale de 8 h 30 à midi trente et de 14 heures à 18 heures et par les internes ou les faisant fonction d'interne aux horaires de garde.

Les activités de l'association Croix Marine sont proposées à toutes les unités.

- **Modes de sortie :**

Admission en soins libres : le malade peut quitter l'établissement dès qu'il le désire. Si le praticien hospitalier estime sa sortie prématurée, il doit signer une déclaration dégageant la responsabilité de l'hôpital.

Toutefois, si le médecin estime que votre état de santé demande encore des soins, il a la possibilité de modifier votre mode d'hospitalisation.

Admission en SPDDE : la sortie est prononcée par le praticien hospitalier dès qu'il estime que l'amélioration de l'état psychique du malade le permet. S'il estime la sortie prématurée alors qu'elle est souhaitée par une personne habilitée à la demander, celle-ci signera un document dégageant la responsabilité du CHS. Toutefois, si le praticien hospitalier juge l'état de santé incompatible avec la sortie, il a la possibilité de demander au Préfet la transformation de l'hospitalisation en mesure de soins psychiatriques à la demande du Représentant de l'Etat (SDRE).

Admission en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat (SDRE) :

La sortie ne peut avoir lieu que sur décision du préfet. Si l'état de santé du malade le permet, le médecin peut demander un allègement de la mesure en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en soins psychiatriques libres.

3.2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale et descriptive.

3.3. Période d'étude

L'étude a concerné une période de 4 mois, allant du 1^{er} novembre 2021 au 28 février 2022.

3.4. Population d'étude

La population d'étude était composée de l'ensemble des malades hospitaliers relatifs à des personnes adultes âgées de 18 à 64 ans faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement (SPSC) au niveau de l'unité « les Acacias » du pôle adulte « Lédonien » du centre hospitalier spécialisé (CHS) Saint Ylie de Dole provenant du secteur de Lons-le-Saunier du 1^{er} novembre 2021 au 28 février 2022, soit 4 mois.

3.5. Echantillonnage

3.5.1. Critères d'inclusion

Etaient inclus dans l'étude, les patients ayant rempli les critères suivants :

- Tout patient adulte âgé de 18 à 64 ans admis en SPSC ;
- Tout transfert en provenance d'une autre structure du département (Jura) ;
- Tout détenu avec des troubles mentaux admis en hospitalisation ;
- Tout cas de réintégration considéré comme nouvelle admission.

En cas de séjours hospitaliers multiples pour un même patient, chaque admission était traitée comme un nouveau cas pour les fins de l'étude.

3.5.2. Critères de non inclusion

Etaient exclus dans l'étude :

- Tout patient âgé de moins de 18 ans, relèvent du « placement ».
- Tout transfert en provenance ou à destination d'un service psychiatrique hors-département ;
- Tous les patients admis en SPSC sans certificats de demande d'admission ;
- Tous les patients dont les dossiers médicaux informatisés sont incomplets.

3.6. Variables descriptives

- Les caractéristiques sociodémographiques avaient concerné l'âge, le sexe, la provenance.
- Les caractéristiques cliniques avaient été le diagnostic CIM 10.

- Les caractéristiques du déroulement des SPSC avaient concerné les types de mesures, les DMS, passage systématique devant le JLD, la mainlevée, les modalités de la mainlevée, orientation à la sortie.

3.7. Collecte des données : méthode et outils

La liste des séjours hospitaliers répondant aux critères d'inclusion a été obtenue à partir des dossiers médicaux informatisés et certificats des admissions en SPSC à l'unité « les Acacias » du pôle Adule Lédoniens du CHS Saint Ylie du Jura.

L'outil élaboré pour le recueil des données fut des fiches d'enquête individuelle que nous avons rempli au fur et à mesure de l'évolution des patients. Toutes les informations concernant chaque patient avaient été retrouvées sur sillage.

Un pré-test consistant à sélectionner 10 dossiers et à remplir 10 fiches d'enquête fut réalisé permettant d'apporter des ajustements à la fiche d'enquête selon les objectifs visés de cette étude. Nous avons comptabilisé au total 50 cas pendant notre période d'étude.

3.8. Analyses statistiques des données

Après avoir rempli toutes les fiches d'enquête, les données collectées ont été analysées avec les logiciels informatiques Epi Info 2012 version 3.5.4. Les graphiques ont été réalisées à l'aide du logiciel Excel 2016 et le Microsoft Word 2016 a servi pour le traitement de texte.

Les variables qualitatives ont été exprimées par simple dénombrement ainsi que leur pourcentage. Les proportions ont été exprimées avec leur intervalle de confiance à 95%.

3.9. Ethique

Les dossiers concernés (certificats des médecins, décisions du directeur de l'établissement, ordonnance du représentant de l'Etat, maires et préfet) ont été codifiés et rendus anonymes sur la fiche d'enquête et reclassés dans le rayon des dossiers.

Les dossiers informatisés ont été consultés par intranet aux ordinateurs du services.

IV. Résultats

4.1. Caractéristiques socio-démographiques et cliniques de l'échantillon global

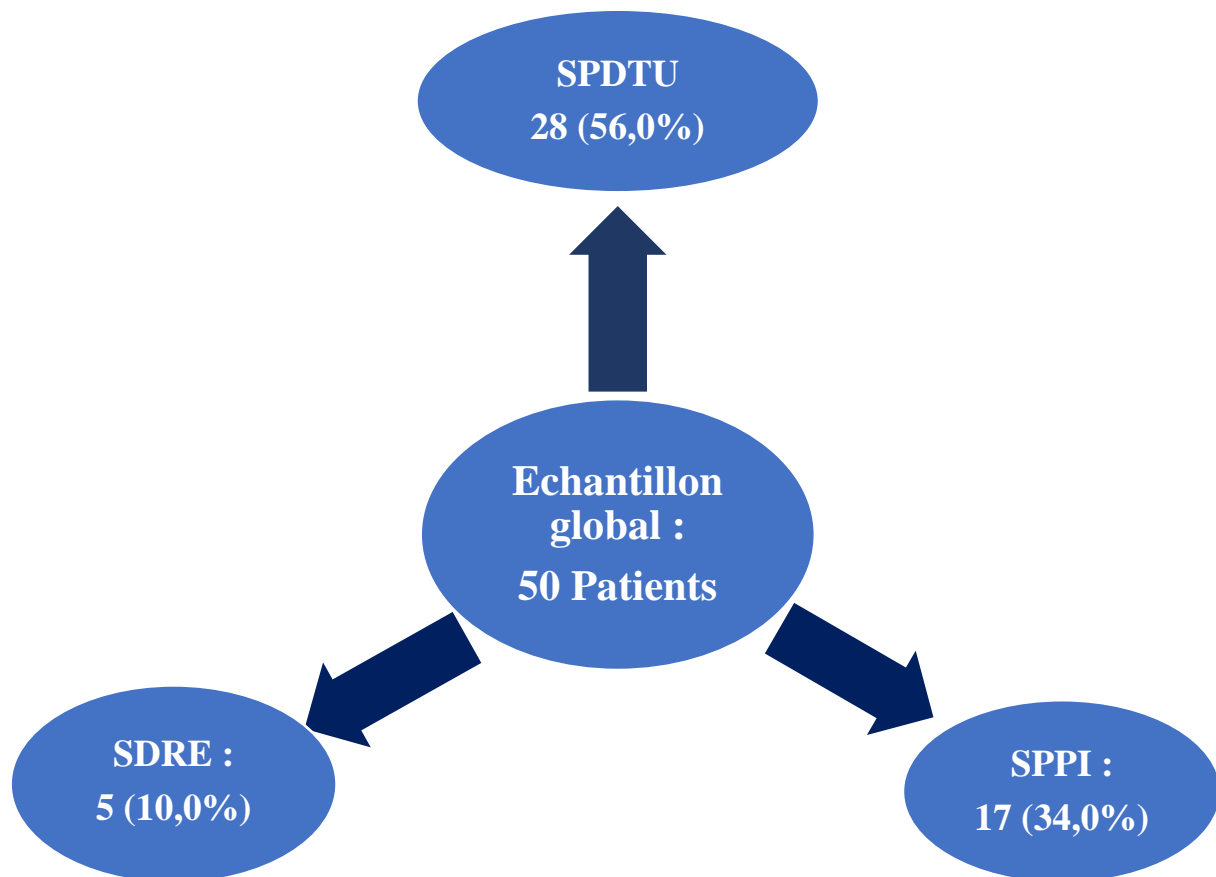


Figure 3 : Diagramme de flux

Notre étude a porté sur 50 patients hospitaliers, admis tous en soins psychiatriques sans consentement (SPSC) avec une prédominance des SPDTU avec 56% (n=28).

Ces patients sont repartis selon les caractéristiques socio-démographiques et cliniques suivantes :

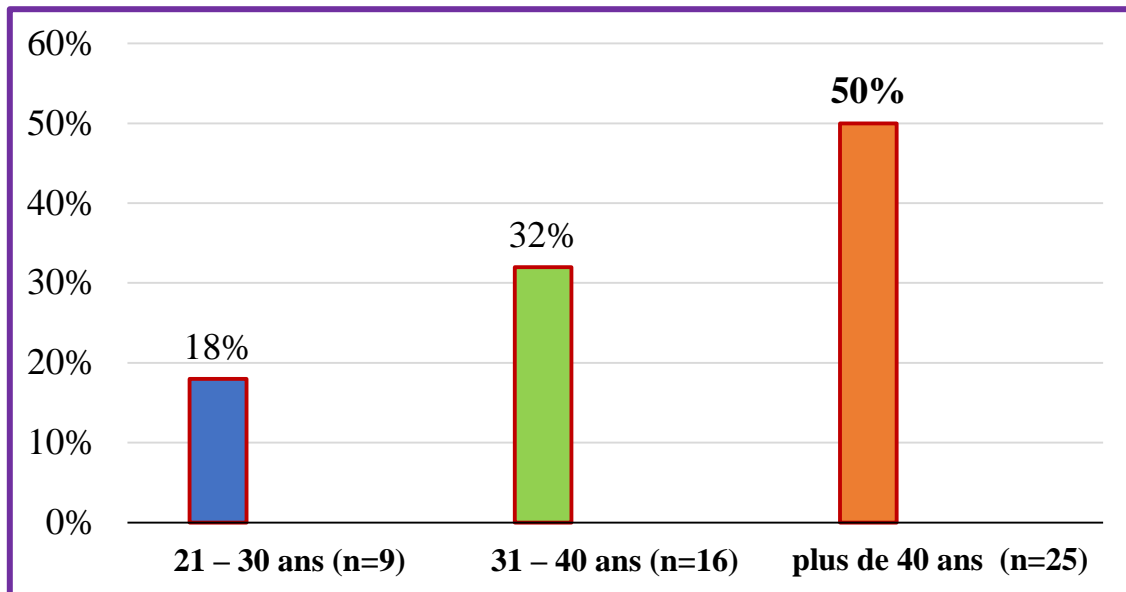


Figure 4 : Répartition des patients selon l'âge

Les patients âgés de plus de 40 ans étaient les plus représentés avec 50%.

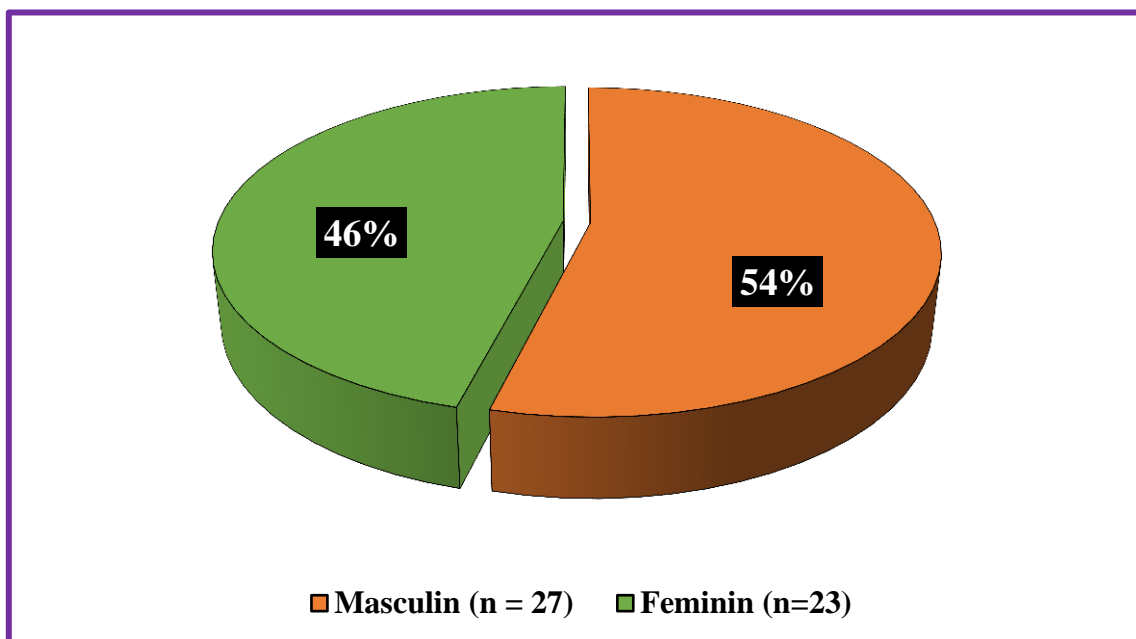


Figure 5 : Répartition des patients selon le genre

Les patients de genre masculin étaient les plus représentés avec 54%.

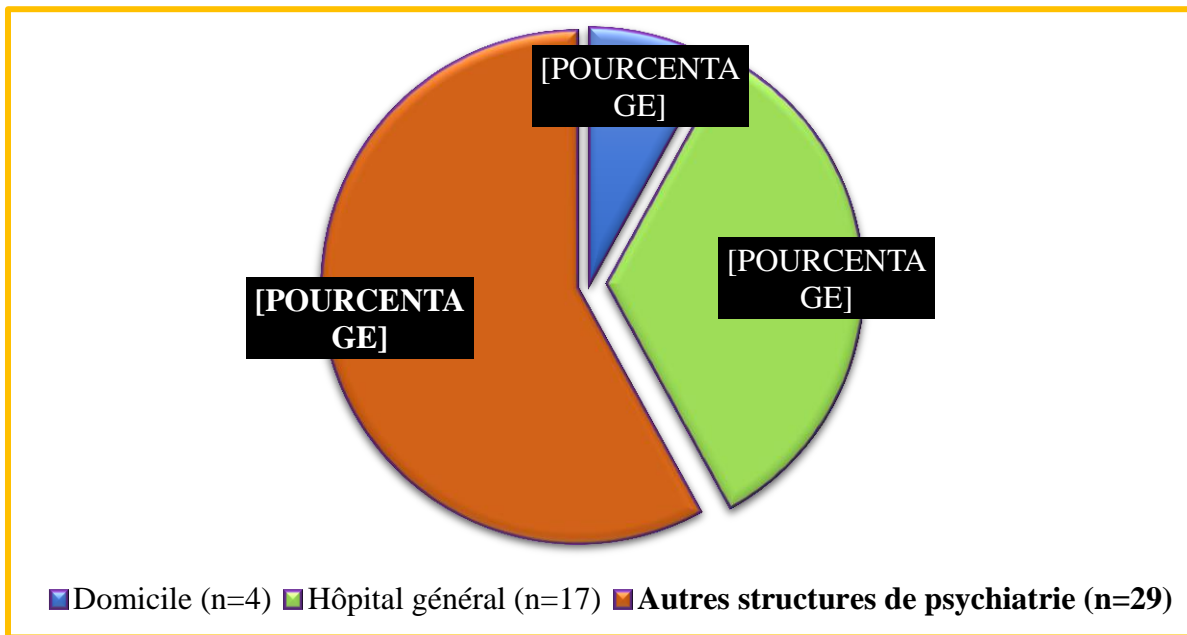


Figure 6 : Répartition des patients selon leur provenance

Les patients venant d'autres structures psychiatriques étaient les plus représentés avec 54%.

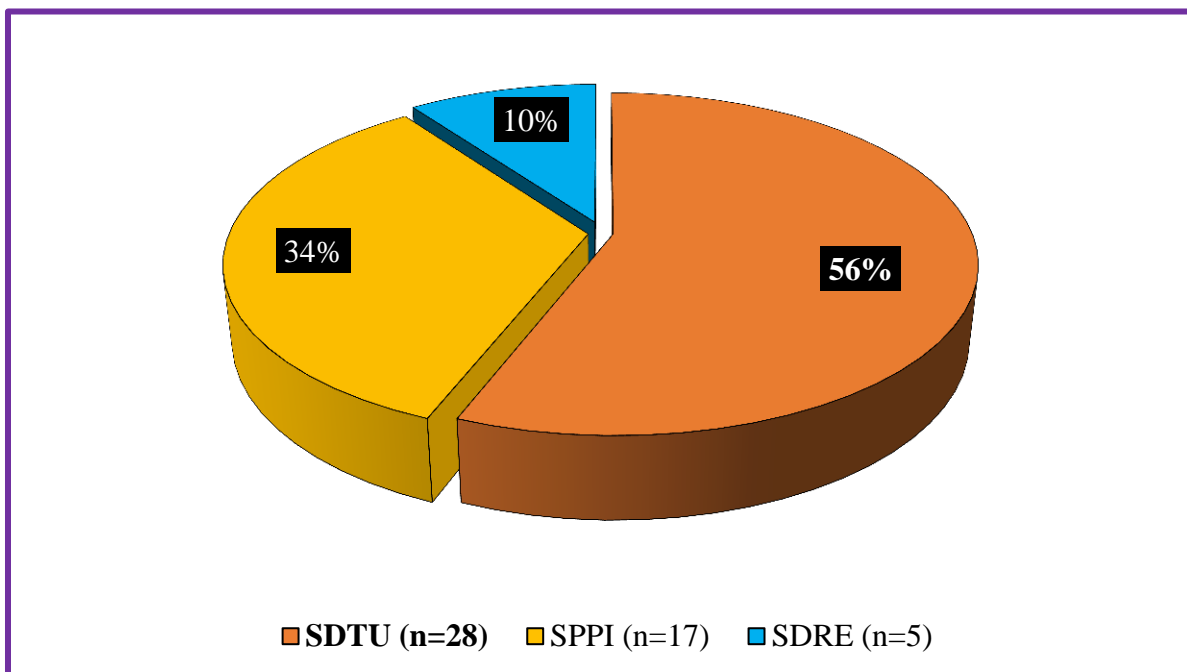


Figure 7 : Répartition des patients selon les modes d'hospitalisation.

Les patients admis en soins psychiatrique à la demande d'un tiers en urgence (SDTU) représentaient 56%.

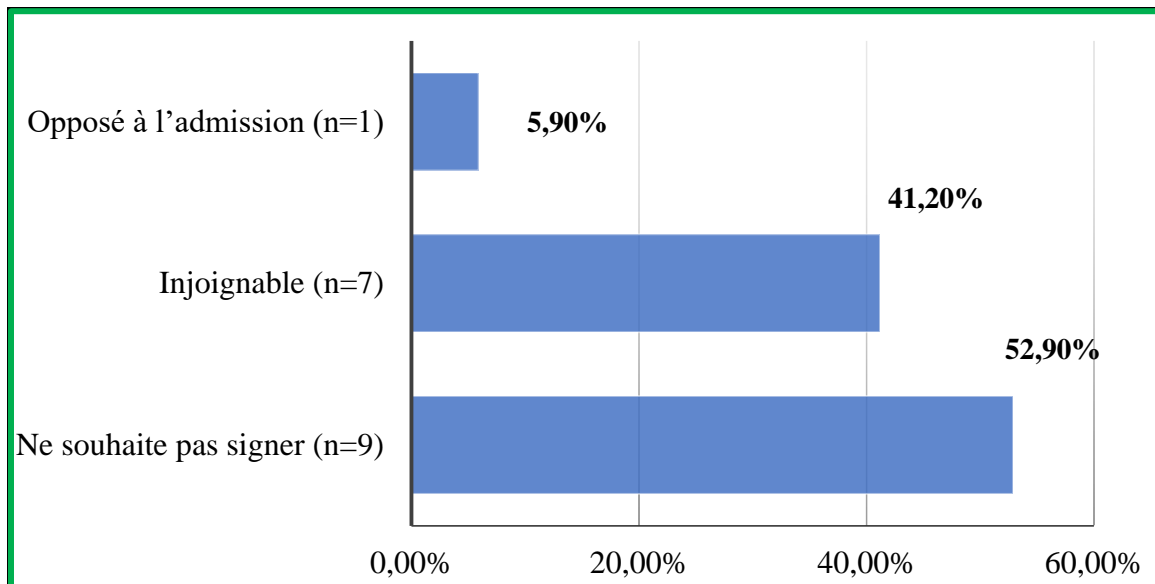


Figure 8 : Répartition des patients admis pour soins psychiatriques péril imminent (SPPI) selon les raisons de l'absence de la demande d'un tiers.

La raison de l'absence d'une demande de tiers connu pour refus de signer représentaient 52,9%.

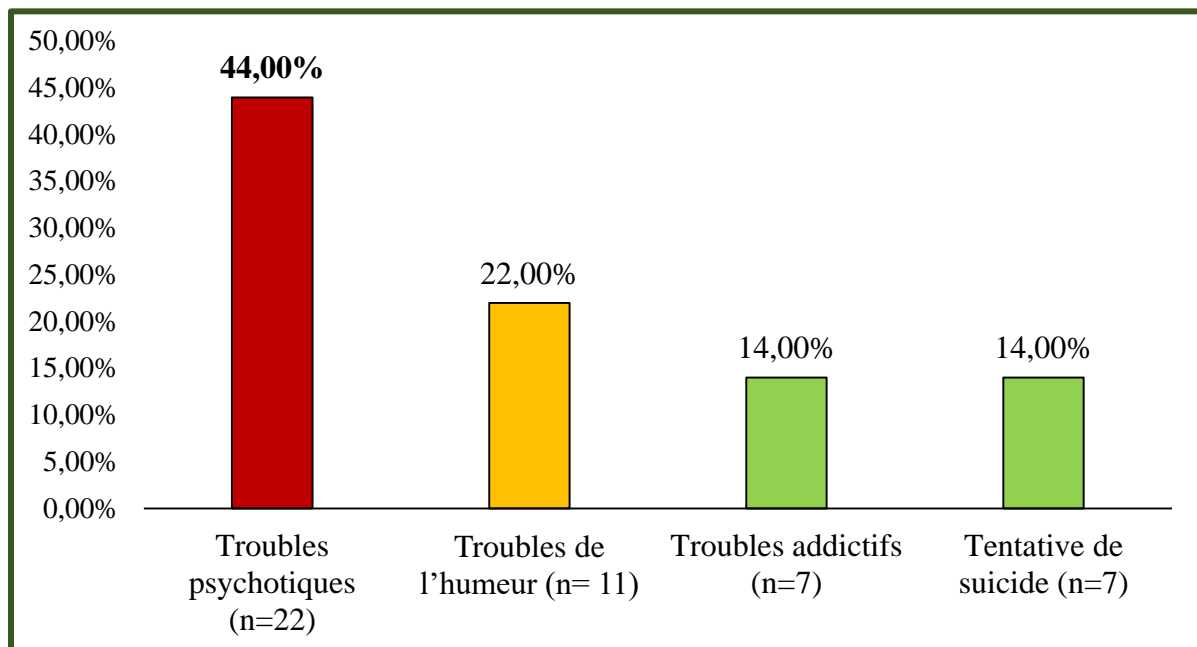


Figure 9 : Répartition des patients selon les catégories diagnostiques à l'entrée

Les troubles psychotiques étaient les plus représentés avec 44%.

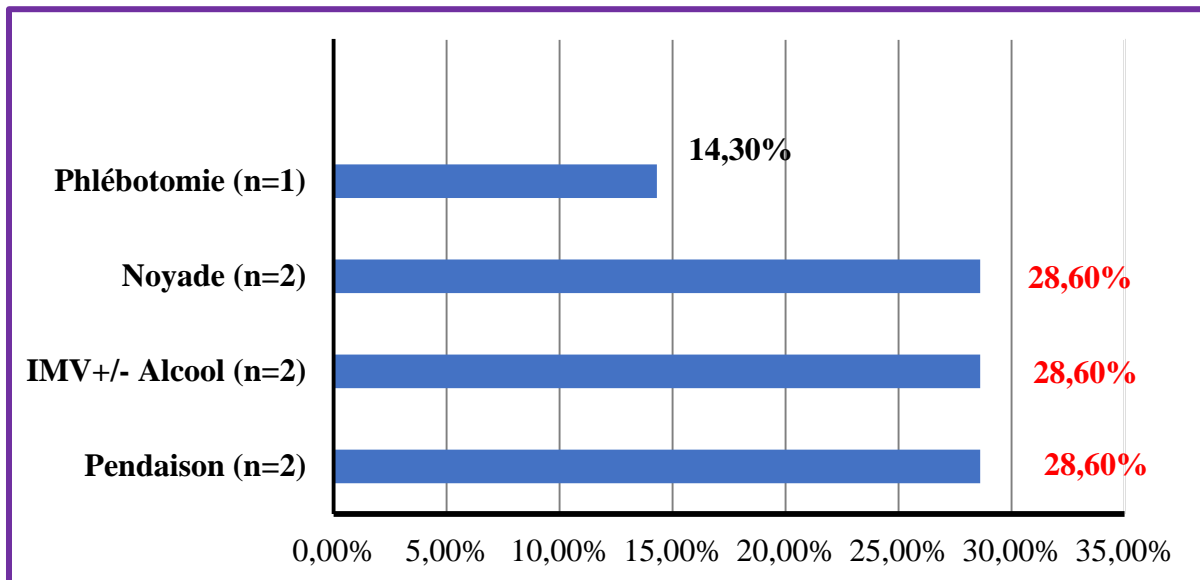


Figure 10 : Répartition des patients selon les moyens utilisés pour tentative de suicide
Le noyade, l'ingestion volontaire des médicaments associée ou non à l'alcool et la pendaison étaient les moyens de tentatives de suicide les plus utilisés équitablement avec 28,6%.

Tableau I : Répartitions des patients selon la durée du séjour à l'hôpital

Durée du séjour (en jours)	Effectifs	Pourcentage
≤ 12 jours	1	2
13 – 30 jours	21	42
31 – 120 jours	28	56
Total	50	100

Les patients ayant séjourné de 31 à 120 jours représentaient 56%.

Tableau II : Répartition des patients selon la durée de mesure

Durée de la mesure (en jours)	Effectifs	Pourcentage
≤ 12 jours	1	2,0%
13 – 30 jours	22	44,0%
31 – 120 jours	27	54,0%
Total	50	100

Les patients ayant séjourné sous contrainte (mesure) de 31 à 120 jours représentaient 54%.

Tableau III : Répartition des patients selon la levée de mesure

Levée de mesure	Effectifs	Pourcentage
Mesure levée	15	30
Mesure non levée	35	70
Total	50	100

Mesure non levée ont été prononcées chez 70% des patients avant leur sortie.

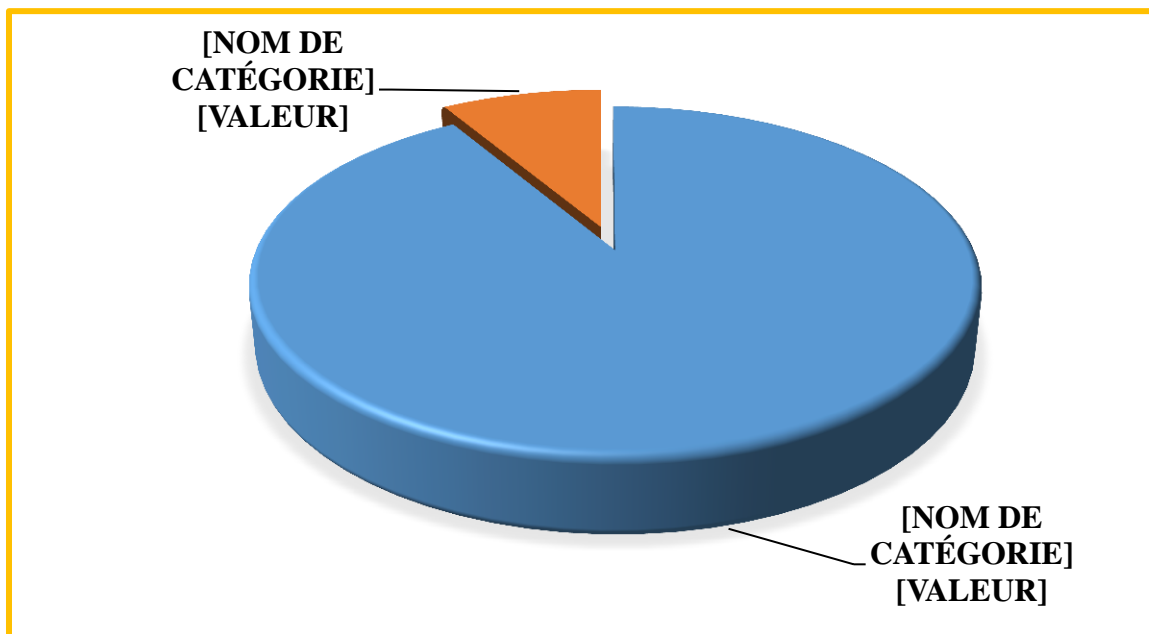


Figure 11 : Répartition des patients selon les modalités de levée de la mesure

91,4% des levées ont été réalisées en tenant compte de l'avis du médecin par le médecin.

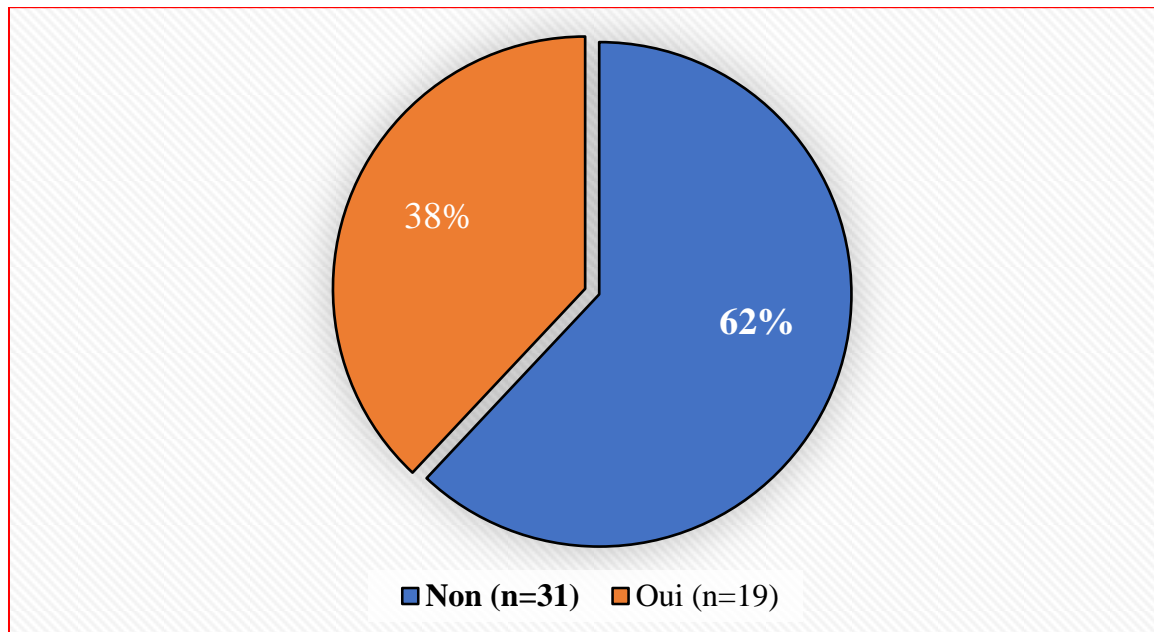


Figure 12 : Répartition des patients selon la tenue de l'audience avec le juge des libertés de la détention (JLD)

Durant leur séjour, les patients n'ayant pas eu l'audience avec le juge des libertés et de la détention (JLD) étaient les plus représentés avec 62%.

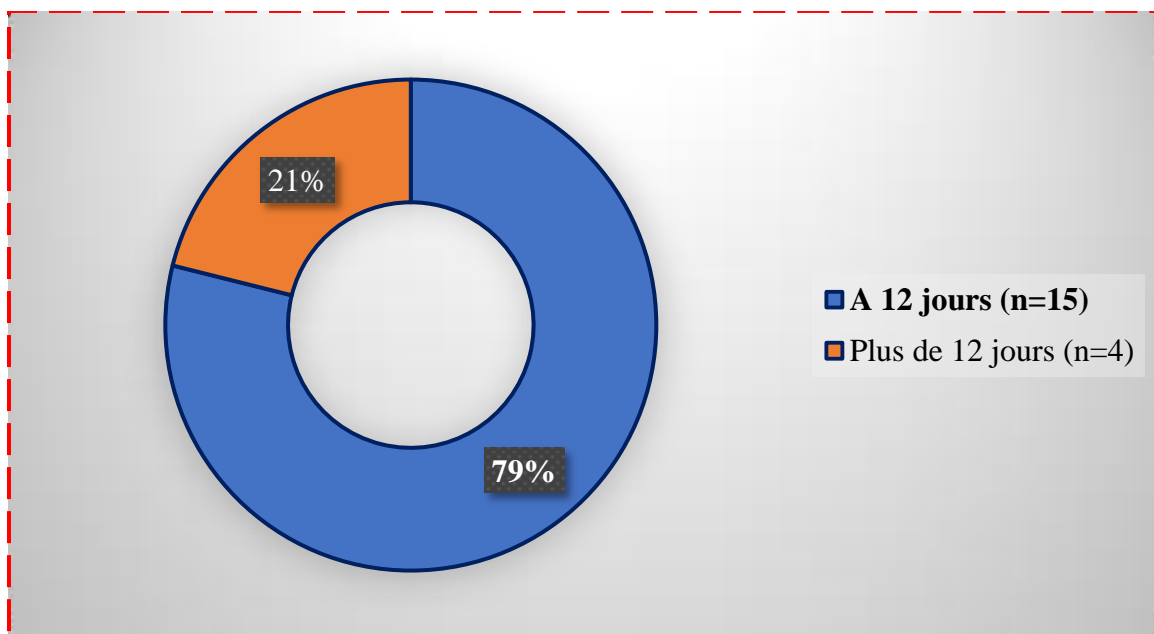


Figure 13 : Répartition des Patients selon le respect du délai de 12 jours de la tenue de l'audience avec le JLD

Pour les 19 patients passés devant le JLD, le délai de 12 jours a été respecté pour 79%.

Tableau IV : Répartition des patients selon les catégories diagnostiques (CIM 10) à la sortie.

Catégories diagnostiques	Effectifs	Pourcentage
F00 – F09	1	2
F10 – F19	8	16
F20 – F29	24	48
F30 – F39	14	28
F60 – F69	3	6
Total	50	100

La catégorie diagnostique F20 – F29 a été la plus retenue chez les patients à la sortie avec 48%.

Légendes :

F00 – F09 : Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques

F10 – F19 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation des SPA

F20 – F29 : Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants

F30 – F39 : Troubles de l'humeur

F60 – F69 : Troubles de la personnalité.

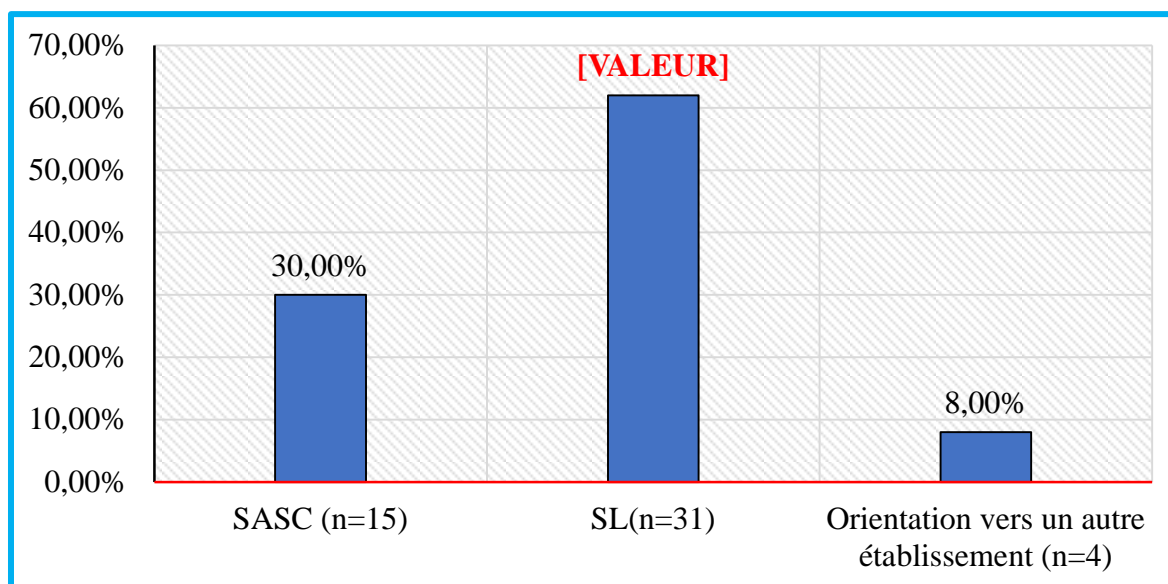


Figure 14 : Répartition selon l'orientation des patients à la sortie

A l'issue du temps de l'hospitalisation, les patients mis sous les soins libres ont été les plus représentés avec 62%.

4.2. Analyse comparative des données entre les différents types de mesure

Tableau V : Données comparatives des différents types de mesures

Caractéristiques	Types de mesure		
	SPDTU	SPPI	SDRE
Tranches d'âge			
21 – 30 ans	7 (25%)	2 (11,8)	0 (0%)
31 – 40 ans	8 (28,6%)	5 (29,4%)	3 (60%)
+ 40 ans	13 (46,4%)	10 (58,8%)	2 (40%)
Provenance des patients			
Domicile	3 (10,7%)	0 (0%)	1 (20%)
Hôpital général	10 (35,7%)	7 (41,2%)	0 (0%)
Autres structures psychiatriques	15 (53,6%)	10 (58,8%)	4 (80%)
Durée de séjours (en jours)			
≤ 12 jours	1 (3,6%)	0 (0%)	0 (0%)
13 – 30 jours	9 (32,1%)	10 (58,8%)	2 (40%)
31 – 120 jours	18 (64,3%)	7 (41,2%)	3 (60%)
Durée de mesure (en jours)			
≤ 12 jours	1 (3,6%)	0 (0%)	0 (0%)
13 – 30 jours	10 (35,7%)	10 (58,8%)	2 (40%)
31 – 120 jours	17 (60,7%)	7 (41,2%)	3 (60%)
Passage devant le JLD			
Oui	19 (33,3%)	11 (80%)	1 (20%)
Non	9 (66,7%)	6 (20%)	4 (80%)
Délais de l'audience avec le JLD			
≤ 12 jours	7 (77,8%)	5 (83,3%)	3 (75 %)
> 12 jours	2 (22,2%)	1 (16,7%)	1 (25 %)
Levée de la mesure			
Mesure levée	19 (67,9%)	13 (76,5%)	3 (40%)
Mesure non levée	9 (32,1%)	4 (23,5%)	2 (60%)
Modalités de la levée			
Mesure levée par les Médecins	19 (100%)	13 (100%)	0 (0%)
Mesure levée les CDSP	0 (0%)	0 (0%)	3 (100%)
Diagnostics de sortie (CIM-10)			
F00 - F09	1 (3,6%)	0 (0%)	0 (0%)
F10 – F19	7 (25%)	1 (5,9%)	0 (0%)
F20 – F29	10 (35,7%)	9 (52,9%)	5 (100%)
F30 – F39	8 (28,6%)	6 (35,3%)	0 (0%)
F60 – F69	2 (7,1%)	1 (5,9%)	0 (0%)
Orientation à la sortie			
SASC	9 (32,1%)	4 (23,5%)	2 (60%)
SL	15 (53,6%)	13 (76,5%)	3 (40%)
Vers un autre établissement	4 (14,3%)	0 (0%)	0 (0%)
Effectifs des sous-groupes	28	17	5

a) Analyse comparative des données entre les SPDTU et SPPI

Parmi les 50 patients admis en SPSC durant notre période d'étude, nous avons enregistré 45 patients en SDDE (28 en SPDTU + 17 en SPPI) c'est-à-dire en soins à la demande du directeur de l'établissement.

L'analyse des caractéristiques pour ces deux types de mesure nous montre :

- Un effectif d'admission plus important pour le groupe SDTU avec 28 cas contre celui de SPPI avec 17 cas ;
- La fréquence des patients âgés de plus de 40 ans est statistiquement plus significative dans chacun de ces groupes et s'élevait respectivement à : 46,6% (n=13) pour les SDTU et 58,8% (n= 10) pour les SPPI.
- Les raisons de l'absence d'une demande de tiers étaient connues pour 17 séjours hospitaliers en SPPI : dans 52,9% des cas, il refusait de signer une demande malgré sa disponibilité et son accord oral (n= 9) ; dans 41,2% (n=7) des cas, le tiers n'était pas disponible pour réaliser cette demande ou injoignable ou dans l'impossibilité de se déplacer ; enfin, le tiers se montrait opposé à une telle mesure de soins dans 5,9% des cas (n=1).
- Nous remarquons un pourcentage approximativement important des patients qui venaient d'une autre structure psychiatrique ou d'un hôpital général dans le groupe des SPPI que celui des SPDTU, où il s'élevait respectivement à : 58,8% (n=10) contre 53,6% (n=15) pour autres structures psychiatriques ; 41,2% (n=7) contre 35,7% (n=10) pour l'hôpital général. Aucun patient venait de domicile dans le groupe SPPI, par contre 10,7% (n=3) des patients dans le groupe SPDTU venaient de leurs domiciles.
- Les durées de séjour et mesure étaient plus longues de 31 à 120 jours dans le groupe des SPDTU que celui des SPPI où elles s'élevaient respectivement à : 64,3% et 60,7% de cas pour SPDTU et 41,2% chacune pour groupe SPPI ; par contre elles étaient plus courtes et égales dans le groupe des SPPI de 13 à 30 jours avec 58,8% contre 32,1% et 35,7% pour celui des SPDTU.
- 35,3% des patients en SPPI étaient passés devant le JLD (n= 6) contre 32,1% des patients en SPDTU (n = 9).
- Des mains-levées ont été prononcées pour 19 séjours hospitaliers dans le groupe SPDTU, soit 67,6%, et 13 dans le groupe des SPPI, soit 76,6%.
- Dans les deux groupes, toutes les contraintes ont été levées par le médecin, soit 100%.
- Par rapport aux diagnostics de sortie, nous avons dans le groupe SPDTU 10 troubles psychotiques, 8 troubles de l'humeur, 7 troubles addictifs, 2 troubles de personnalité,

1 trouble mental organique ; contre 9 psychotiques, 6 troubles de l'humeur, 1 trouble addictif, 1 trouble de la personnalité dans le groupe SPPI.

- A la sortie, 53,6% (n=15) des patients sont mis en SL dans le groupe des SPDTU contre 76,5% (n =13) dans celui des SPPI ; 32,1% patients en soins ambulatoire sans consentement (SASC) dans le groupe des SPDTU contre 23,5% dans le groupe des SPPI ; 14,3% des patients sont orientés vers une autre structure psychiatrique dans le groupe SPDTU. Aucun patient du groupe des SPPI n'est orienté vers une autre structure. Aucun cas de fugue n'est noté dans les deux groupes.

b) Analyse comparative des données essentielles entre SDDE (SPDTU, SPPI) et SDRE

Tableau VI : Données comparatives SDDE et SDRE

Caractéristiques	Types de mesure	
	Soins Psychiatrique sur Décision du Directeur de l'Établissement	Soins sur Décision du Représentant de l'Etat
Tranches d'âge		
21 – 30 ans	9 (20%)	0 (0%)
31 – 40 ans	13 (28,9%)	3 (60%)
+ 40 ans	23 (51,1%)	2 (40%)
Hommes	20 (44,4%)	3 (60%)
Femmes	25 (55,6%)	2 (40%)
Provenance des patients		
Domicile	3 (6,7%)	1 (20%)
Hôpital général	17 (37,7%)	0 (0%)
Autres structures psychiatriques	25 (55,6%)	4 (80%)
Durée de séjours (en jours)		
≤ 12 jours	1 (2,2%)	0 (0%)
13 – 30 jours	19 (42,2%)	2 (40%)
31 – 120 jours	25 (55,6%)	3 (60%)
Durée de mesure (en jours)		
≤ 12 jours	1 (3,6%)	0 (0%)
13 – 30 jours	20 (35,7%)	2 (40%)
31 – 120 jours	24 (60,7%)	3 (60%)
Passage devant le JLD		
Oui	15 (33,3%)	4 (80%)
Non	30 (66,7%)	1 (20%)
Délais de l'audience avec le JLD		
≤ 12 jours	12 (80%)	3 (75 %)
> 12 jours	3 (20%)	1 (25 %)
Levée de la mesure		
Mesure levée	32 (71,1%)	3 (60%)
Mesure non levée	13 (28,9%)	2 (40%)
Modalités de la levée		
Mesure levée par les Médecins	32 (100%)	0 (0%)
Mesure levée les CDSP	0 (0%)	3 (100%)
Diagnostics de sortie (CIM 10)		
F00 - F09	1 (2,2%)	0 (0%)
F10 – F19	8 (17,8%)	0 (0%)
F20 – F29	19 (42,2%)	5 (100%)
F30 – F39	14 (31,1%)	0 (0%)
F60 – F69	3 (6,7%)	0 (0%)
Orientation à la sortie		
SASC	13 (32,1%)	2 (40%)
SL	28 (53,6%)	3 (60%)
Orientation vers un autre établissement	4 (14,3%)	0 (0%)
Effectifs des sous-groupes	45 (90%)	5 (10%)

Les SDDE est la somme des SPDT et SPPI ; l'effectif du sous-groupe SDDE (n = 45) est plus important que celui de SDRE (n = 5) ; les hommes étaient statistiquement plus représentés dans le groupe SDRE avec la majorité des patients de chacun de ces sous-groupes venaient d'autres structures psychiatriques avec respectivement 80% pour le groupe des SDRE et 55,6% pour celui des SDRE ; la durée de séjour et la durée de mesure étaient significativement plus longues, de 31 à 120 jours dans chacun de ces sous-groupes et s'élevaient respectivement à : 60% et 60% pour les SDRE et 55,6% et 60,7% pour les SDDE. Dans le groupe des SDDE, 71,1% des patients avaient eu la main levée et 100% des levées avaient été réalisées par les médecins, par contre dans le groupe SDRE 100% avaient eu la mainlevée par le représentant de l'Etat (le préfet).

L'orientation à la sortie en soins libres et SASC étaient plus importante en SDDE avec 53,6% et 32,1% par contre au groupe SDRE la sortie en SASC s'élevait à 60% et en SL à 40%.

c) Analyse des 15 patients faisant l'objet d'une mesure de SPSC

Ces patients restent toujours hospitalisés sous contrainte jusqu'à la sortie : dont 9 en SPDTU, 4 en SPPI et 2 en SDRE et sortis tous (100%) en SASC. Les raisons du recours aux SPPI étaient connues pour tous les patients en SPPI. Dans 52,9% (n=9) des cas, le tiers était joignable, ne s'oppose pas à la mesure d'hospitalisation mais ne souhaite pas signer une demande écrite ; 41,2% (n= 7) des cas, aucun tiers n'était joignable et dans 5,90% (n=1) des cas, le tiers était joignable mais opposé à une mesure d'hospitalisation.

V. Discussions

5.1. Principaux résultats, limites et confrontation aux données des études récentes et de la littérature

a) Fréquences et durées de séjours et de mesure de différents types de mesure

L'inclusion successive de toutes les mesures de contrainte déclenchée dans le service pendant la période de notre étude (4 mois) était la méthodologie la plus adaptée à une étude observationnelle destinée à évaluer la pratique. Les implications avaient concerné 50 patients en termes de SPSC et l'insuffisance dans le remplissage des dossiers médicaux informatisés a été la principale difficulté au cours de notre étude.

Quelques études récentes ont apporté des données statistiques relatives aux SPSC, notamment en matière de répartition des différents modes légaux. Toutefois, les résultats semblent difficilement comparables en raison de la grande hétérogénéité des méthodologies utilisées.

L'hypothèse de départ est confirmée : les types de mesure SDDE et SDRE par lesquels les patients sont admis sans consentement au service des « Acacias » du CHS Saint Ylie du Jura ne sont pas significativement différentes pour l'ensemble de l'échantillon en termes de la durée de séjour et la durée de mesure pendant notre période d'étude.

A l'issue de notre étude :

- Nous avons objectivé une proportion conséquente d'admission en SPDTU avec 56,0% sur l'ensemble de l'échantillon suivie de SPPI avec 34% et de SDRE avec 10%.
- Aucun cas de SDRE Carcéral n'a été noté.
- Les prises en charge hospitalières initiées sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), présentaient des caractéristiques statistiquement différentes (10%) de celles initiées sur décision du directeur de l'établissement (SDDE) avec 90% de l'échantillon.
- La durée de séjours et la durée de mesure étaient plus longues en SPDTU qu'en SPPI et s'élevaient respectivement à : de 31 à 120 jours avec 64,3% et 60,7% en SPDTU et de 13 à 30 jours avec 58,8% et 58,8% en SPPI.
- Dans les groupes SDDE et SDRE, la durée de séjours et la durée de mesure étaient proches et plus longues toutes et s'élevaient de 31 à 120 jours avec : 55,6% et 60,7% pour SDDE et 60% et 60% pour SDRE. Ces différences pourraient s'expliquer par les critères cliniques qui distinguent ces deux groupes.
- Les raisons de l'absence d'une demande de tiers étaient connues pour 17 séjours hospitaliers en SPPI : dans 52,9% des cas, il refusait de signer une demande malgré sa disponibilité et son accord oral (n= 9) ; dans 41,2% (n=7) des cas, le tiers n'était pas

disponible pour réaliser cette demande ou injoignable ou dans l'impossibilité de se déplacer ; enfin, le tiers se montrait opposé à une telle mesure de soins dans 5,9% des cas (n=1).

Le recours aux soins en cas de péril imminent peut se justifier en l'absence de tiers, mais se trouve utilisé aussi pour accélérer le processus d'orientation des malades mentaux à partir des services d'urgence.

La répartition des différents modes légaux de soins psychiatriques en hospitalisation complète dans notre échantillon est superposable à celle retrouvée sur le plan national français [25] et dans la littérature [21, 26] où ils trouvaient une prédominance d'admission en SPPI plus de 22% de l'ensemble des séjours hospitaliers inclus. Ce résultat n'est pas conforme à la tendance de progression constatée depuis plusieurs années malgré de grandes disparités territoriales quant au recours à ces mesures de SPSC [27].

Nos résultats sont comparables à ceux de :

- M. ABDOU ABDOU Nana Aichatou [26] qui a trouvé une fréquence prédominante d'admission en SPDT avec 41,90%, 29% de SPPI, 20,4% de SDRE et 8,6% de SDRE carcéral. Les durées moyennes de séjours et de mesure étaient plus courtes dans le groupe des patients admis en SPPI (48,66 et 107,4 jours) que ceux de SPDT (53 et 114 jours) et dans le groupe SDDE (51,25 et 111,31 jours) que celui de SDRE (79,34 et 127,16 jours).
- David SAUZEAU et col. [21], dans leurs études en 2016 au CHS de la Sarthe, avaient trouvé une proportion conséquente d'admissions en SPDT avec 67,1%, suivie de SPPI avec 22,5% et de SDRE avec 10% de de l'ensemble des séjours hospitaliers.

Les DMS et DMM s'élevaient respectivement à 22,3 jours et 26,1 jours pour SPPI et 24,7 jours et 31,8 jours pour SPDT. Dans le groupe SDDE elles s'élevaient à 24,1 jours et 30,4 jours contre 34,2 jours et 46,2 jours pour SDRE.

b) L'âge et le genre

- Les patients âgés de plus de 40 ans représentaient 50% (n=25) de l'échantillon et ils étaient également les plus prédominants dans le sous-groupe SDDE avec 51,1%, par contre ceux âgés de 31 à 40 ans représentaient 60% dans le groupe SDRE.
- Les hommes étaient statistiquement plus représentés avec 54% (n= 27) dans l'échantillon que les femmes avec 46% (n=23), soit un sex-ratio (H/F) de 1,2.
- Dans le groupe de SDDE, les femmes représentaient avec 55,6% (n= 25), par contre le dans le groupe SDRE ce sont hommes qui prédominaient avec 60%.

La prédominance des hommes en SDRE pourrait s'expliquer par le fait que les hommes âgés souffrants des troubles mentaux sont laissés à eux-mêmes, isolés dans la plupart des temps,

plus agressifs, du coup n'y a personne pour signer le tiers et ils provoqueraient plus des actes médico-légaux que les femmes.

La prédominance des femmes en SDDE s'expliquerait par leurs relations conjugales et de leurs liens avec les demandes de placement mérite une attention particulière.

Nos résultats concordent à ceux de :

- ABDYOU ABDYOU Nana Aichatou [26] qui, dans ses études les patients de plus de 40 ans étaient les plus représentées avec 38,2% et une prédominance masculine de 78% (n=145)
- David SAUZEAU et col. [21] qui avaient trouvé 60,8% de sexe masculin.

c) Provenance des patients

Les patients qui sont venus d'autres structures psychiatriques représentaient 54% de l'échantillon, contre 34% pour l'hôpital général et 8% des patients sont venus directement de leurs domiciles.

Nous remarquons un pourcentage approximativement important des patients qui sont venus d'autres structures psychiatriques et de l'hôpital général dans le groupe des SPPI que dans celui des SPDTU, où il s'élevait respectivement à : 58,8% (n=10) contre 53,6% (n=15) pour autres structures psychiatriques ; 41,2% (n=7) contre 35,7% (n=10) pour l'hôpital général. Aucun patient venait de domicile dans le groupe SPPI, par contre 10,7% (n=3) des patients dans le groupe SPDTU venaient de leurs domiciles.

55,6% des patients admis en SDDE et 80% de ceux admis en SDRE venaient d'autres structures psychiatriques.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le CHS constitue le niveau supérieur des références psychiatriques où sont pratiqués les soins intensifs psychiatriques.

d) Levées de la mesure

Toutefois, parmi les 35 patients (70%) de l'échantillon dont la mesure n'était levée, les médecins avaient prononcé chez 100% des patients SPDTU (n=19) et aussi chez 100% des patients SPPI (n=13) contre 100% chez les patients de SDRE par le juge.

Plusieurs critères sont pris en considération pour la levée : l'état clinique du patient, l'alliance thérapeutique établie, son adhésion aux traitements et suivis adaptés en fonction de sa demande.

Nos données sont comparables à celles trouvées par ABDYOU ABDYOU Nana Aichatou [26] qui a montré dans son échantillon que la mainlevée était prononcée chez 92,7% des patients en SPDT et 95,7% des patients en SPPI par le médecin contre 100% chez les patients des SDRE par le préfet. Dans l'étude d'une cohorte de 103 patients admis en SPSC au CHU d'Angers réalisée par Mesu R-C et col. [28], les médecins avaient prononcé la mainlevée chez

100% des patients admis en SPPI contre 98,3% en SPDT (n=58) et le juge chez 1,7% des patients en SPDT (n=1).

e) Audience et respect du délai de contrôle du JLD

Dans le cadre du contrôle de plein droit des hospitalisations complètes sans consentement au douzième jour à compter de l'admission, 19 sur 50 patients ont été passés devant le JLD, soit 38%, soit un taux de contrôle de 0,38.

Le délai de 12 jours a été respecté pour 15 sur les 19 patients qui étaient passés devant le JLD soit un pourcentage de soit 78,9%, soit un taux de respect de 0,789.

62% n'ont pas été passés devant le JLD (n=31) pour raison de leur état clinique. Il n'est cependant pas commode de renforcer l'effectivité de cette garantie essentielle pour les patients concernés.

Notre résultat est comparable à celui de ABDOU ABDOU Nana Aichatou [26], dans ses études, le délai de 12 jours avait été respecté pour 75,8% des patients qui étaient passés devant le JLD.

Le JLD a confirmé dans l'immense majorité des cas la poursuite des SPSC sous la forme d'une hospitalisation complète. Trois (3) mesures avaient bénéficié d'une mainlevée par le JLD soit 8,6% des mainlevées, soit un taux de 0,086. A noter que notre résultat tient compte uniquement de la première intervention systématique du JLD. Selon les statistiques du ministère de la Justice pour l'année 2014 [29], 7,8% des demandes de contrôle obligatoire périodique de la nécessité d'une mesure d'hospitalisation complète ont conduit à des mainlevées. Elles seraient dues pour l'essentiel à des vices de forme [30]. Cette disposition avait concerné 6,2% des mainlevées des cas pour ABDOU ABDOU Nana Aichatou [26].

f) Diagnostics nosographiques de sortie retenus selon la CIM-10

Les troubles psychotiques représentaient le diagnostic de sortie le plus représenté avec 48% de notre échantillon, suivis des troubles de l'humeur avec 28% et des troubles addictifs avec 16%.

Ils prédominaient dans tous les groupes : 100% des patients admis en SDRE, 52,9% en SPPI et 35,7% en SPDTU. Cependant, les troubles addictifs étaient surreprésentés, 16% dans notre échantillon contre 11% au niveau national [27].

Cela relève une forte comorbidité entre les troubles psychiatriques et la consommation des SPA et alcool plutôt que diagnostics principaux.

14% des admissions sans consentement intervenaient dans un contexte de tentative de suicide récente avec comme moyens utilisés les plus : le noyade, l'ingestion volontaire des

médicaments associée ou non à l'alcool et la pendaison étaient les moyens de tentatives de suicide les plus utilisés équitablement avec 28,6%.

Nos résultats sont comparables à ceux de :

- Niveau national [27, 31] : 42% des admis en SPSC souffraient des troubles psychotiques, cependant, 11% des troubles addictifs.
- David SAUZEAU et col. [21] qui avaient trouvé 48,6% des troubles psychotiques, 25,7% des troubles de l'humeur, 23,5% des troubles addictifs et 10% des troubles de la personnalité. 18% des admissions intervenaient dans un contexte de tentative de suicide récente et 71,6% tentaient les intoxications médicamenteuses volontaire contre 8,4% des pendaison et 7,4% d'arme blanche.
- ABDU ABDU Nana Aichatou [26] qui, dans ses études, les troubles psychotiques prédominaient avec 61% dans son échantillon. Les troubles de l'humeur représentaient 22,6%. Cependant, les troubles addictifs étaient non significatifs dans son échantillon, 1,20%.

g) Orientation des patients à l'issue du temps en hospitalisation complète

L'orientation des patients à l'issue du temps de l'hospitalisation représentait comme suit : 62% pour les SL (n=31) ; 30% pour les SASC (n=15) et enfin 8% vers autres structures psychiatriques (n=4).

Le Programme de Soins (PS) sans consentement ou SASC est un aspect essentiel de la loi des SPSC, on note leur forte représentation dans notre échantillon avec 30% des orientations à la sortie ; il a concerné 32,1% (n=13) des admissions en SDDE contre 40% (n=2) en SDRE.

Ainsi, il a concerné des patients ayant séjourné plus longtemps sous la mesure, de 31 à 120 avec 80 % des cas (n=12) et de 13 à 30 jours avec 20 %.

Les soins ambulatoires sans consentement prennent ici toute leur importance afin de pallier au problème de l'observance.

Nos données sont comparables à celles de :

- Sur le plan national, une moyenne de 19% des patients bénéficiaient de SPSC ambulatoires après un épisode hospitalier sans consentement [27].
- HAS [33] qui a précisé dans son enquête de 2021 que les hospitalisations à temps plein en soins sans consentement représentent 24 % des admissions et qu'environ 40 % de ces patients hospitalisés sans consentement, ont bénéficié d'un PS à l'issue de leur séjour.
- Mesu et al [28], qui, dans leurs études, les programmes de soins ont concerné 25,4% des patients et ayant une durée moyenne de mesure de 30,4 jours.

- Mesu et col. [28]. ont suggéré que « les programmes de soins concernent des patients dont la prise en charge intra-hospitalière est plus longue ». Cette hypothèse est créditée par les résultats de notre étude.

h) Analyse critique des types de mesure (SDDE, SDRE)

Les différences trouvées entre les deux mesures d'admission sont liées aux critères cliniques respectifs, qui engendrent des populations distinctes sur le plan psychopathologique.

Le recours aux SDRE est justifié s'il est démontré l'existence de troubles mentaux nécessitant des soins et compromettant la sûreté des personnes ou pouvant porter atteinte, de façon grave, à l'ordre public (art. L3213-1 du CSP). Ainsi, 100% des admissions sont dans le cadre de décompensations psychotiques dans le groupe SDRE. Les sujets délirants peuvent se montrer menaçants, voire agressifs, envers autrui. Par ailleurs, la prise de substances psychoactives peut engendrer des troubles mentaux et du comportement justifiant une telle mesure. L'intervention des forces de l'ordre est souvent nécessaire en raison de l'état d'agitation et de l'hétéro-agressivité potentielle de ces patients qui seront orientés vers un établissement spécialisé suite à un entretien réalisé dans les locaux de la gendarmerie ou du commissariat. En effet, les psychiatres se montrent plus attentifs à consolider l'état clinique de ces patients, d'autant qu'ils sont perçus comme un « danger » pour la société en période aigue.

Nos résultats suggèrent que tous ces soins (SDDE, SDRE) aboutissaient à des séjours hospitaliers plus longs (31 à 120 jours) et des soins libres (SL) à l'issue des séjours hospitaliers, 60% pour SDRE et 53,6% pour SDDE. Cette mesure apporte des garanties supplémentaires concernant le suivi ambulatoire des intéressés. Les soins ambulatoires sans consentement tiendraient ici toute leur importance afin de pallier au problème de l'observance.

i) Limites et biais de l'étude

S'agissant d'une étude monocentrique réalisée dans un seul service du CHS d'un département français (Jura), la portée des résultats retrouvés paraît limitée. Ainsi, il serait délicat de les généraliser à l'ensemble du territoire national, notamment au regard de disparités majeures constatées entre départements quant au recours aux admissions sans consentement.

Une limite de notre étude tient également aux informations manquantes, particulièrement les professions du fait de l'absence d'accompagnant des patients et le non renseignement de ces données dans les dossiers de certains patients.

VI. Conclusion

L'entrée en vigueur de la loi française du 5 juillet 2011 a introduit de nouveaux éléments dans la pratique clinique psychiatrique et, notamment, la possibilité d'admettre sans consentement une personne souffrant de troubles mentaux en l'absence de demande écrite d'un tiers, lorsque celle-ci n'est pas disponible.

L'expansion progressive du recours aux SPPI interroge, d'autant qu'une proportion conséquente de ces mesures ne semble pas pleinement justifiée (tiers non sollicités, etc.).

En adjonction du certificat médical initial, la traçabilité de la recherche d'un tiers semble devoir figurer au titre des documents nécessaires afin de prononcer une admission en SPPI.

La législation française a consacré la judiciarisation des SPSC en hospitalisation complète avec plusieurs contrôles systématiques effectués à posteriori par le JLD. Cependant, une première intervention plus précoce, dans les 72 premières heures suivant l'admission par exemple (comme au Québec), permettrait d'étendre cette garantie à une plus grande majorité de patients et, notamment, à ceux ayant bénéficié d'une admission selon une procédure dérogatoire.

Les soins ambulatoires sans consentement (SASC) ou programmes de soins (PS) sans consentement sont particulièrement utilisés et adaptés dans le cadre de troubles psychotiques où le faible insight des patients conduit bien souvent à des ruptures de soins. Ces mesures permettent ainsi de favoriser l'observance des intéressés, avec la possibilité d'une réintégration en hospitalisation complète plus facile si ces derniers refusent de s'y soumettre.

Nos résultats dressent un aperçu des pratiques locales au service des Acacias du CHS du département du Jura (France) mais nécessitent d'être répliqués sur le plan national au travers d'études multicentriques, afin de pouvoir les généraliser à l'ensemble du territoire français et d'orienter les futures politiques de santé publique.

VII. Recommandations

Au regard des difficultés rencontrées et des insuffisances relevées tout au long de cette étude, nous proposons les recommandations suivantes et s'adressent :

❖ Au ministère de la justice français

- Assurer les audiences et le respect du délai de contrôle 12 jours par les JLD selon la judiciarisation de l'admission en soins psychiatriques sans consentement (SPSC).

❖ Au ministère des Solidarités et de la Santé

- Former des agents compétents et suffisants notamment, psychiatres, médecins généralistes et infirmiers spécialistes en santé mentale dans la prise en charge des urgents psychiatriques ;
- Renforcer l'équipement extrahospitalier des centres des secteurs (personnel et matériel) en agents compétents et suffisants et en matériels.

❖ Au département d'information médicale (DIM) du CHS Saint Ylie du Jura

- Améliorer la collecte informatique des données à travers l'introduction d'un plan d'observation médicale en psychiatrie dans la base.
- Construire des nouvelles chambres d'isolement (« chambre 15 »).

❖ Au personnel du service « Les Acacias »

- Remplir correctement les dossiers médicaux des patients.

❖ A la communauté française

- Réduire l'isolement sociale

VIII. Références bibliographiques

1. **Coldefy M, Fernandes S, Lapalus D.**

Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011.

Questions Economie de la Santé 2017 ; (222). Consulté en ligne le 30-01-2022.

Disponible sur : <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economiede-la-sante/222-les-soins-sans-consentement-en-psychiatrie.pdf>

2. **Jonas C.**

L'hospitalisation sans consentement des malades mentaux décidément sous l'œil du conseil constitutionnel (commentaire de la décision n°2012-235 QPC du 20 avril 2012). Médecine et Droit. 2012 ; 2012 (117) : 179-81.

3. **Rossini K, Senon J-L, Verdoux H.**

La place de l'autorité judiciaire dans les lois françaises de soins sans consentement. Evol Psychiatr. 2015 ; 80 (1) :209-20.

4. **Journal officiel de la république française du 30 juin 1990**

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. République française.

5. **Lopez A, Yeni I, Valdes-Boulouque. M, Castoldi F.**

Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison des troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. Paris : Rapport IGAS N°2005-064/IGSJSN°11/05 ; 2005.

6. **Vaillant C.**

L'intervention du juge des libertés depuis la loi du 5 juillet 2011 : les premiers obstacles rencontrés. Info psychiatr. 2011 ; 87 (10) : 763-8.

7. **Ministère de la justice et des libertés.**

Annuaire statistique de la justice. Edition 2011-2012. Paris : La documentation française ; 2012.

8. **Jonas C.**

Soins sans consentement prévus par la loi du 5 juillet 2011. EMC psychiatrie. 2013 ; 10 (2) : 1-14.

9. Vacheron M-N.

Quel impact du dispositif du 5 juillet 2011 sur les soins deux ans après ? Encéphale. 2014 ; 40 (2) : 97-9.

10. Senon J-L, Jonas C, Voyer M.

Les soins sous contraintes des malades mentaux depuis la loi du 5 juillet 2011 « relative au droit et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ». Ann Med Psychol. 2012 ; 170 (3) :211-5.

11. Senon J-L, Voyer M.

Modalités et impact de la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 : de l'impérieuse nécessité de placer le patient au centre de nos préoccupations. Ann Med Psychol. 2012 ; 170 (10) : 693-8.

12. Bachelot-Narquin R.

Projet de loi n°2494 relatifs aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, Paris, Assemblée Nationale ; 2010.

13. Jonas C.

Le certificat circonstancié de la loi du 5 juillet 2011 : Pourquoi ? Comment ? Ann Med Psychol. 2012 ; 170 (10) : 699-702.

14. Cour européenne des droits de l'homme

Arrêt de la CEDH de 18 novembre 2010- Affaire Boudoin contre France, requête n°35935/03. Strasbourg ; 2010.

15. Cour européenne des droits de l'homme

Arrêt de la CEDH du 14 avril 2011-Affaire Patoux contre France, requête n°35079/06. Strasbourg ; 2011.

16. Décision n°2010-71 QPC du 26 novembre 2010 du conseil constitutionnel. Journal officiel de la République française du 27 novembre 2010

17. Décision n°2011-135/140 QPC du 9 juin 2011 du conseil constitutionnel français, Journal officiel de la République française du 10 juin 2011.

18. République française, Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Journal Officiel ;6 juillet 2011 :11705.

19. **République française, 13. Loi n°2013-869 du 27 septembre 2013** modifiant certaines dispositions issues de la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Journal Officiel ;29 septembre 2013 :16230.
20. **Mesu R-C, Orsat M, Barré C, Brière M, Denes D, Garré J-B, et al.**
« Etude observationnelle d'une cohorte de 103 patients admis en soins psychiatriques sans consentement en application de la loi du 5 juillet 2011 », in : Ann Med Psychol. 2015 ; 173 (2), pp. 136-142.
21. **David SAUZEAU et col.**
Le devenir des soins psychiatriques sans consentement : suivi à deux mois de 510 cas, thèse, Université d'Angers, 2016.
22. **CCDH (commission des citoyens pour les droits de l'homme)**
Les Soins Psychiatriques sans Consentement en France : commission des citoyens pour les droits de l'homme, en ligne, consulté le 22/01/2022 à 18h, disponible sur : https://www.ccdh.fr/Les-soins-psychiatriques-sous-contraintesen-France_a_265.html.
23. **Gourevitch. R**
Psychiatrie Addictologique & Médico-légale : Notions de base. Version power point. Capacité parisienne interuniversitaire d'addictologie clinique, Paris V-VII-XI. 2019
24. **Hospitalisation sous contrainte : loi du 5 juillet 2011 et du 27 septembre 2013, Réforme loi de 1990.** Consulté en ligne le 30/01/2022. Disponible sur : <https://www.sante.gouv.fr/reforme-de-la-loi-relative-aux-soins-psychiatriques,9050.html>. PDF.
25. **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Tableaux MAPSY cumulés nationaux 2014 [en ligne].** [Consulté le 17/11/2021]. Disponible sur : http://www.scansante.fr/applications/rim-p_psy_nat_2014.
26. **ABDOU ABDOU Nana Aichatou**
Soins psychiatriques sans consentement à l'Hôpital Pierre Janet du Havre à propos de 186 cas. Réflexion sur sa reproductibilité en Afrique (Bénin.). D.E.S. de Psychiatrie d'Adultes, France, 2019.
27. **Coldefy M, Tartour T.**
De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011. Institut de recherche et documentation en économie de la santé, (IRDES), Questions d'économie de la santé. 2015 ;205 :1-8.

28. Mesu R-C, Orsat M, Barré C, Brière M, Denes D, Garré J-B, et al.

Etude observationnelle d'une cohorte de 103 patients admis en soins psychiatriques sans consentement en application de la loi du 5 juillet 2011. Ann Med Psychol. 2015 ;173 (2) : 136-42.

29. Ministère de la Justice.

Statistiques en matière de soins sous contrainte : saisine du JLD en 2012, 2013 et 2014 [en ligne]. [Consulté le 19/01/2022]. Disponible sur :
<http://psychiatrie.crpa.asso.fr/IMG/pdf/2015-07-28-statistiques-judiciaires-soinssouscontrainte.pdf>.

30. Wesner P.

Enquête sur l'application de la loi du 5 juillet 2011 : période du 01/08/11 au 31/07/12. Journée ADESM ; 2012 ; Lille, France.

31. Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (Rim-P)

Observatoire régional de la santé Pays de la Loire. Analyse exploratoire des données du Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (Rim-P) 2011 en Pays de la Loire. Nantes, 2015.

32. HAS : haute autorité de santé

Guide de programme de soins psychiatriques sans consentement (PSPSC), Mars 2021.

*** Annexe**

Annexe 1 : Fiche d'enquête

Numéro de la fiche :

Début d'hospitalisation :/...../.....

Début de la mesure :/...../.....

Tranche d'âge : 1 : 18 – 20 ans ; 2 : 21 – 30 ans ; 3 : 31 – 40 ans ; 4 : + 40 ans

Genre : M : Homme ; F : Femme

Provenance :

1 : Domicile ; 2 : Transformation de soins libres ; 3 : Hôpital général ; 4 : autres structures de psychiatrie ; 5 : Détention

Type de mesure : 1 : SDTU ; 2 : SPPI ; 3 : SDRE ; 4 : SDRE « Carcéral »

Si SPPI, raison de l'absence de demande de tiers :

1 : Injoignable ; 2 : ne souhaite pas signer ; 3 : Opposé à l'admission

Diagnostic d'entrée

1 : Trouble psychotique ; 2 : Trouble de l'humeur ; 3 : Trouble névrotique ; 4 : Trouble de la personnalité ; 5 : Trouble addictif ; 6 : Tentative de suicide

Tentative de suicide/ moyens utilisés :

1 : Pendaison ; 2 : IMV +/- OH ; 3 : Noyade ; 4 : Phlébotomie ; 5 : Autres

Code CIM 10 d'entrée :

Durée du séjour (en jours) : 1 : <12j ; 2 : 13-30 j ; 3 : 31-180 j ; 4 : 181-360 j

Durée de la mesure (en jours) : 1 : <12 j ; 2 : 13-30 j ; 3 : 31-180 j ; 4 : 181-360 j

Levée de la mesure : Oui Non

Modalités de levée de la mesure 1 : Médecin ; 2 : Juge ; 3 : Tiers ; 4 : CDSP

Audience avec le JLD : Oui Non

Au quantième jour à compter de l'admission : 1 : à 12 jours 2 : à plus de 12 jours

Diagnostic de sortie retenu

1 : Trouble psychotique ; 2 : Trouble de l'humeur ; 3 : Trouble névrotique ; 4 : Trouble de la personnalité ; 5 : Trouble addictif ; 6 : Tentative de suicide

Code CIM 10 de sortie :

Orientation à la sortie :

1 : SASC (soins ambulatoires sans consentement) ; 2 : SL (soins libres) ; 3 : orientation vers un autre établissement 4 : pas de suivi ; 5 : autres (préciser).....

Annexe 2 : Fiche de signalisation

Nom : DIOP

Prénom : Maïmouna

Date et lieu de naissance :

Titre de mémoire : Devenir des soins psychiatriques sans consentement (SPSC) à l'unité des « Acacias » du Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) Saint Ylie du Jura à propos de 50 cas.

Anne universitaire : 2021 – 2022.

Pays : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS et bibliothèque nationale

Secteur d'intérêt : Psychiatrie et Santé publique

Résumé

La loi du 5 juillet 2011 a introduit de nouveaux éléments dans la pratique clinique des soins psychiatriques. Nous présenterons une étude transversale et descriptive sur les soins sans consentement prodigués dans un échantillon de 50 cas admis au CHS du Jura sis à Dole pendant quatre (4) mois. La durée de séjours et la durée de mesure étaient significativement plus longues « à la demande d'un tiers en urgences » (31 à 120 jours) qu'en « péril imminent » (13 à 30 jours). La fréquence de prises en charge hospitalières initiées « sur décision du représentant de l'Etat » (n=5) était inférieure de celles initiées « sur décision du directeur de l'établissement » (n=45). 55,6% des patients admis « à la demande d'un tiers en urgences » (SDDE) et 80% « sur décision du représentant de l'Etat » (SDRE) venaient d'autres structures psychiatriques. Parmi les patients (70%) de l'échantillon dont la mesure était levée, les médecins avaient prononcé chez 100% des patients SPDTU (n=19) et aussi chez 100% des patients SPPI (n=13) contre 100% chez les patients de SDRE par le juge. Le délai de 12 jours a été respecté pour 78,9% patients qui étaient passés devant le JLD. Les troubles psychotiques représentaient le diagnostic de sortie le plus représenté chez les patients avec 48% de l'échantillon, suivis des troubles de l'humeur avec 28% et 14% des admissions sont intervenues dans un contexte de tentative de suicide récente avec comme intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) les moyens les plus utilisés (37,5%). A l'issue des hospitalisations 62% sont sortis sous soins libres, 30% sous soins ambulatoires sans consentement.

Mots clés : Soins psychiatriques sans consentement (SPSC), « Les Acacias », CHS Saint Ylie, Jura.